



**Universidad
Zaragoza**

TRABAJO FIN DE GRADO

Valoración de la empatía médica
en residentes de Neurociencias del
HCU: factores sociodemográficos
y determinantes psicosociales.

*Assessment of medical empathy among
Zaragoza University Hospital's
Neuroscience residents: sociodemographic
factors and psychosocial determinants.*

Autora
Nerea Núñez Lechuga

Director
Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina
Año 2020/2021

“El buen clínico no es el que siempre sabe, sino el que admite que a veces duda o se equivoca, el que se permite sufrir y se deja tocar por la preocupación genuina hacia un paciente, sin por ello caer en el descontrol.”

Francesc Borrell i Carrió.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Definición de la empatía.....	5
1.2 Factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con la empatía.....	6
1.3 Escalas de evaluación empática.....	7
1.4 La importancia de la empatía en la profesión médica.....	9
1.5 Residentes: Empatía y Desgaste profesional o <i>Burnout</i>	10
1.6 Justificación.....	12
1.7 Hipótesis del estudio.....	13
1.8 Objetivos generales.....	13
1.9 Objetivos específicos.....	13
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
2.1 Diseño del estudio.....	14
2.2 Población a estudio.....	14
2.3 Método de recogida de datos.....	14
2.4 Consideraciones éticas.....	14
2.5 Instrumentos.....	15
2.6 Variables.....	15
2.7 Cronograma.....	16
3. RESULTADOS.....	18
4. DISCUSIÓN.....	24
5. CONCLUSIONES.....	30
6. BIBLIOGRAFÍA.....	31

RESUMEN

Introducción: La empatía médica es una cualidad fundamental en la práctica clínica diaria. Es un constructo resultado de múltiples factores que han sido estudiados a lo largo de la historia y hoy en día siguen definiéndose. Tiene una trascendencia clave en la relación médico-paciente, con consecuencias positivas en los resultados clínicos y en la satisfacción del enfermo, jugando un papel muy importante en la prevención del Desgaste Profesional.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue tratar de describir los factores sociodemográficos y los determinantes psicosociales que pueden tener una repercusión en los niveles empáticos de los médicos residentes del HCU.

Material y métodos: Este estudio transversal fue realizado mediante encuesta a 62 médicos residentes de la sesión de Neurociencias del HCU “Lozano Blesa” de Zaragoza durante el curso 2020-2021. La tasa de respuesta fue del 72,58%, participando finalmente un total de 45 personas. En ellas se evaluaron los niveles empáticos mediante la Escala de la Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), la funcionalidad familiar con la herramienta del APGAR familiar y se adjuntó un cuestionario sociodemográfico y psicosocial. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS v.22.0.

Resultados: La puntuación media empática fue de 114.16 ($DE \pm 11.66$), estableciéndose unos niveles altos de empatía. En el estudio no se encontraron diferencias significativas entre el género ($p=0,51$) o la especialidad médica ($p=0,55$) y la empatía, así como tampoco entre el año de residencia y esta ($p=0,91$). La funcionalidad familiar y la empatía global se correlacionaron significativamente ($p=0,001$). No pudo asumirse igualdad de medias entre niveles empáticos y nivel socioeconómico familiar ($p=0,037$), así como tampoco entre niveles de estudios de la madre y las diferentes dimensiones empáticas ($p=0,017$).

Conclusiones: Los residentes del HCU mostraron altos niveles empáticos que se relacionaron con la funcionalidad familiar, así como con los niveles socioeconómicos del núcleo familiar y con los estudios de la madre. No se halló relación significativa entre niveles de empatía y género, especialidad médica o año de formación. Sería interesante realizar estudios futuros de carácter longitudinal para valorar la influencia de los determinantes psicosociales conforme avanza la formación médica, así como trabajar con muestras más amplias disponiendo de las percepciones de la empatía del profesional según la opinión de los pacientes.

Palabras clave: Empatía médica, médicos residentes, factores sociodemográficos, determinantes psicosociales.

ABSTRACT

Introduction: Medical empathy is a fundamental quality in daily clinical practice. It is a construct resulting from multiple factors that have been studied throughout history and are still being defined today. It is of key importance in the doctor-patient relationship, with positive consequences on clinical outcomes and patient satisfaction, playing a very important role in the prevention of professional Burnout.

Objectives: The aim of this study was to try to describe the sociodemographic factors and psychosocial determinants that may have an impact on the empathic levels of HCU resident doctors.

Material and methods: This cross-sectional study was carried out by means of a survey of 62 resident doctors of the Neurosciences session of the HCU "Lozano Blesa" of Zaragoza during the academic year 2020-2021. The response rate was 72%, with a total of 45 people participating. Empathy levels were assessed using the Jefferson Scale Empathy (JSE), family functionality with the family APGAR tool and a sociodemographic and psychosocial questionnaire was attached. Data were analysed using SPSS v.22.0.

Results: The mean empathy score was 114.16 (SD±11.66), establishing high levels of empathy. No significant differences were found between gender ($p=0.51$) or medical speciality ($p=0.55$) and empathy, nor between year of residency and empathy ($p=0.91$). Family functioning and global empathy were significantly correlated ($p=0.001$). Equal means could not be assumed between empathy levels and family socio-economic status ($p=0.037$), nor between mother's educational level and the different empathy dimensions ($p=0.017$).

Conclusions: HCU residents showed high empathic levels that were related to family functionality, as well as to socioeconomic levels of the family unit and to the mother's studies. No significant relationship was found between empathy levels and gender, medical specialty or year of training. It would be interesting to carry out future longitudinal studies to assess the influence of psychosocial determinants as medical training progresses, as well as to work with larger samples to obtain patients' perceptions of the empathy of the professional.

Keywords: Medical empathy, medical residents, sociodemographic factors, psychosocial determinants.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición de la empatía

La empatía como concepto tiene una larga y compleja trayectoria histórica y su definición es producto de múltiples corrientes filosóficas a lo largo de los años. Las primeras pinceladas de lo que más adelante sería el concepto de la empatía pueden orientarse en el ámbito del pensamiento y la tradición griega; en el *Arte Poético* de Aristóteles y las obras teatrales de Platón, que comenzarían el enfoque de una filosofía centrada en las relaciones interpersonales la cual condicionará la filosofía de la Edad Media con San Agustín y Santo Tomás ¹.

Durante el romanticismo alemán nace el concepto de *empathie*, entendido como “*la capacidad de proyectarse en concepto artístico como contenedor de belleza*”² este será traducido a la lengua inglesa por primera vez por Theodor Lipps como “*empathy*”, siendo a partir de este momento en el que comienza a ser utilizado el concepto de empatía como la vivencia de sentirse uno mismo dentro de una situación ajena ³.

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX fueron abriéndose nuevas perspectivas de la empatía desde un enfoque cognitivo de la mano de Wolfgang Kohler (1929) o Piaget (1983); que más adelante serían relacionadas con el desarrollo de las competencias sociales ⁴. Ya hacia los años 70 de este siglo, Hogan (1969) describiría la empatía como la capacidad de poder tener en cuenta y comprender el punto de vista de la otra persona; lo que más tarde se definiría como *adopción de perspectiva o role-taking* ³.

Hacia la década de los años 60 y 70, el componente afectivo de la empatía comienza a tener un mayor peso y nace una corriente que pone sobre la balanza la importancia afectiva sobre la cognitiva: mostrar sentimientos por lo que otra persona experimenta ^{5,6}. Es en los años 80 cuando empieza a formarse una definición de la empatía que fusiona los componentes afectivo y cognitivo, y creará un nuevo espacio para realizar una interpretación multidimensional de esta.

Desde entonces, su definición ha ido ganando matices y complejizándose gracias a estudios sobre la inteligencia emocional o la neuropsicología, reconociendo la existencia de *neuronas-espejo* que capacitan al ser humano para reconocer y comprender la intención de los otros ⁷. De todo este largo proceso histórico, podríamos concluir que la empatía es un complejo constructo que nos permite ponernos en el lugar del otro, y que incluye tanto respuestas afectivas o emocionales, como también no afectivas o cognitivas ³.

Es importante comprender que la empatía implica tanto cognición como emoción, puesto que, sin la integración del componente cognitivo, no estaríamos refiriéndonos a empatía, sino a simpatía; sentimiento que se genera al experimentar como propias las vivencias del otro y que solo abarca

una respuesta afectiva de estos sentimientos. El aspecto cognitivo de la empatía es lo que permite a esta tener un carácter moldeable y reeducable, a diferencia de la simpatía ⁸.

Para Stein, quien publicaría su tesis doctoral *“Sobre el problema de la empatía”* en 1916, la empatía es *“la experiencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en que aprehende la vida anímica de su próximo”* ⁹. Para su definición, los conceptos de alteridad-otredad y ajenidad son fundamentales para comprender el proceso empático: *“Todos los ajenos son otros, pero no todos los otros son ajenos”* ¹⁰.

La alteridad-otredad es un sentimiento intrínseco a la existencia humana, en la que esta viene definida por *“el yo”* y *“los otros”*, estableciéndose esta dicotomía en cualquier tipo de relación persona-persona; lo que nos hace diferentes a *“nosotros”* del *“resto”*. Ajenidad, en cambio, hace referencia a la incapacidad de reconocer al otro, resultándonos éste inteligible, ya sea por ideas incomprensibles, brechas culturales o experiencias que no somos capaces de revivir. Para que se produzca el proceso empático, tendremos que ser capaces entonces de identificar al próximo como un *“otro”* y no como un *“ajeno”* ¹⁰.

Concluiríamos definiendo la empatía como un proceso por el cual se aprehende de la vivencia ajena y se establece una igualdad esencial entre dos personas. Este fenómeno no es unidimensional, no es una simple disposición; es un complejo constructo social, emocional y cognitivo en el que numerosos factores interactúan entre ellos para terminar por conformar un concepto global empático ¹¹.

1.2 Factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con la empatía

El **género** y las diferentes maneras de expresión y vivencia de las emociones según éste han sido constantemente estudiadas y descritas en diversos estudios y revisiones bibliográficas. El caso de la empatía en estudiantes de Medicina y médicos residentes no ha sido una excepción. Por norma general, el género femenino tiende a presentar niveles de empatía mayores en comparación el masculino.

Históricamente, este hecho se ha atribuido a la influencia de los roles de género en la sociedad y la *“división tradicional del trabajo”* en el ámbito doméstico-familiar, en la cual el sujeto socialmente percibido como mujer está al cargo de los cuidados, mientras que el hombre aportaría el sustento económico familiar ¹², estereotipos que se fomentan desde la infancia y durante la juventud, donde la expresión de sentimientos como la empatía, la vulnerabilidad o la tristeza son socializados en función del género de quién los exprese ¹¹.

Por otra parte, la cultura en la que nacemos, nuestra educación desde la infancia, las circunstancias sociales en las que nos criamos, cómo somos capaces de afrontar estas situaciones y cómo

participamos en la sociedad modifican nuestros hábitos y comportamientos como individuos: la empatía que desarrollamos desde niños y que nos hace adultos empáticos. En este sentido, el **ámbito familiar** es considerado un factor clave en el desarrollo cognitivo, emocional y socioafectivo de la persona. La expresión de las emociones en el niño, ya sean positivas como una sonrisa o estresantes como el llanto, generan en sus cuidadores una respuesta emocional y afectiva. Esta respuesta origina una conexión entre ambas partes, que ayudará a construir en el niño unas bases de cómo este percibe las relaciones con el resto de su entorno ¹³.

Los estilos parenterales “*democráticos*” fomentan la estabilidad emocional del niño y del adolescente y condicionan respuestas estables en el medio con el que se relacionan, haciendo más fácil el desarrollo de sentimientos como la integración o sentirse querido dentro de un grupo. Estudios enfocados en estos factores han demostrado niveles mayores de empatía y sensibilidad social en adecuadas relaciones parento-filiales, sobre todo aquellas con la madre. Por el contrario, los estilos parenterales disfuncionales, que serían tanto los “*permissivos-indulgentes*” como “*autoritarios-controladores*” han sido señalados como posibles detonantes de niveles empáticos menores. En estos se genera un clima de emociones disfuncional derivado de actitudes nocivas que se perpetúan a lo largo de la crianza del niño y el adolescente, que muestran mayor tendencia a tener actitudes agresivas e impulsivas ^{13,14}.

Otros determinantes sociales, como el nivel socioeconómico familiar ^{15,16}, niveles de estudios de los padres ¹⁷, el tener o no hijos o el estado civil de la persona ¹⁸⁻²⁰; así como también el país de procedencia o el núcleo de población del que se provenga ²¹ y la realización de servicios comunitarios o voluntariado ^{22,23} se han visto también relacionados con diferencias en los niveles globales de empatía en la población general, y específicamente en los estudiantes de Medicina y residentes, donde los resultados previos han sido diversos.

1.3 Escalas de evaluación empática

La complejidad del concepto de la empatía y la falta de consenso en una definición conceptual de esta, no hacen sino más subjetiva su medición, dando lugar a diferentes instrumentos y escalas de evaluación de diferente naturaleza ²⁴.

1.3.1 Instrumentos de medición de la empatía en general

- A. **Escala de Dymond:** creada en el año 1949, se considera precursora de las escalas de empatía. Aceptada como una escala cognitiva, en ella, la definición de la empatía se basa en “*transportarse uno mismo, hacia el pensamiento, sentimiento del otro*” ² y evalúa la capacidad de ponerse en el lugar del otro, en tomar su forma de ver las cosas.

- B. **Escala de empatía de Hogan:** desarrollada en 1969, está compuesta por 64 ítems que responderían a 4 subescalas: autoestima, temperamento, sensibilidad y no-conformismo. Esta escala se construyó sobre la definición de la empatía que argumenta que esta es “*la aprehensión intelectual o imaginaria de la condición o estado mental del otro*”²⁵. La principal crítica a esta escala fue que sería un instrumento que mediría mejor las habilidades sociales que la propia empatía en sí misma².
- C. **Escala de Mehrabian y Epstein:** 1972, cuestionario formado por 33 ítems afirmativos. La evaluación se realiza fundamentalmente de las dimensiones “ausencia de agresividad hacia el otro” y de la “conducta de ayuda”, respondiendo a estas mediante diferentes subescalas. Esta herramienta es una de las más aceptadas y populares en la investigación de campo de la psicología social y evolutiva. La “Escala de Empatía Emocional Balanceada” (BEES) es una versión más actualizada de esta, que cuenta con 30 ítems, sin contar aún con una adaptación al español²⁶.
- D. **Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI)**²: Creado en 1980 por Davis, este instrumento cuenta con un cuestionario compuesto por 26 ítems puntuados del 1 al 5, mediante los que se valoran 4 subescalas de la empatía: “toma de perspectiva”, “preocupación empática”, “fantasía” y “sufrimiento personal”. Existe una versión de esta escala traducida al español en la que se han encontrado características psicométricas semejantes a las del instrumento original. Más tarde su validez fue ratificada en un estudio realizado 2004 en una muestra de 1185 adolescentes de ambos sexos²⁷.
- E. **Cuestionario de Empatía de Toronto (TEQ):** Breve cuestionario de 16 afirmaciones en el que se puntúan del 0 al 5 en función de la frecuencia con la que el encuestado experimenta ese sentimiento, intentando dar una evaluación empática general de la empatía sin hacer referencia a subescalas. Este instrumento se creó a partir de las anteriores escalas descritas, agrupando los ítems de ellas que mostraban mayores congruencias²⁴.
- F. **Cociente Empático (Empathy Quotient)**²⁸: Diseñado en el año 2004 como instrumento de valoración empática en pacientes con diagnóstico del Espectro Autista Grado I. Compuesto por 40 ítems de medición de la empatía y 20 de control en los que la mitad son afirmaciones y la otra mitad negaciones. Los resultados mostraron puntuaciones más bajas de manera sistemática en sujetos con espectro autista que en el grupo control. En el año 2006 se desarrolla una versión abreviada compuesta por 22 ítems²⁹.
- G. **Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA):** Creado por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad en 2008³⁰ es el único de los nombrados que fue creado en español

originalmente. Compuesto por un cuestionario de 33 ítems, respondiendo a 4 subescalas: “adopción de perspectivas”, “comprensión emocional”, “estrés” y “alegría empáticos”.

1.3.2 Instrumentos de medición de la empatía en el ámbito médico

A. **Escala de la Empatía Médica de Jefferson (EEMJ):** Creada en el año 2000 por Hojat et al. en el Centro de Investigación de Educación Médica y Atención a la Salud del Colegio de Médicos de Jefferson, fue desarrollada dar cabida a la valoración específica de la empatía en el ámbito de la relación médico-paciente de manera específica, válida y fiable, buscando una valoración de la asistencia, ya que el resto de las escalas anteriormente descritas fueron creadas para una valoración de la población general, por lo que podría cuestionarse la validez de estas en este contexto concreto.

Se crearon diferentes versiones de esta escala. La primera de ellas fue la Escala de la Empatía Médica de Jefferson en su versión para estudiantes (JSE-S), posteriormente adaptada en su versión aplicable a los profesionales de la salud (JSE-HP) y en estudiantes de profesiones sanitarias (JSE-HPS). Todas son similares, siendo la única diferencia importante la redacción de las preguntas en tercera persona en el caso de los estudiantes y en primera persona en el ámbito del personal sanitario³¹. La fiabilidad y validez de esta escala ha sido estudiada y comprobada en diferentes estudios^{15,32} y ha sido validada y traducida en más de 55 idiomas, utilizándose en 74 países diferentes³¹.

B. **Escala de Percepciones de los Pacientes sobre la Empatía de sus Médicos de Jefferson (EPPEMJ):** Esta escala fue creada con el fin de poder valorar la asociación entre la empatía auto percibida por los profesionales sanitarios y la experimentada por sus pacientes. Se han realizado estudios que han corroborado su asociación entre los niveles de empatía autoevaluados por residentes de Atención Primaria y estudiantes de Medicina y sus pacientes, lo que la hace una escala con cierta validez^{33,34}.

1.4 La importancia de la empatía en la profesión médica

La empatía médica y la impronta que esta tiene en la relación médico-paciente, hace que deje de ser un mero concepto teórico y se transforme en vivencia interna que, tanto el profesional médico como el paciente experimenta¹⁰; es un puente de conexión entre la medicina basada en la evidencia y la medicina centrada en el cuidado al paciente y la persona³¹, y constituye uno de los atributos más importantes en la práctica médica de nuestro siglo.

Esta empatía médico-paciente no viene solamente definida por un componente emocional, sino también por un destacable componente cognitivo, teniendo como pilares fundamentales, la cognición, comprensión y comunicación³⁵. Esta capacidad cognitiva es la que nos permitirá, en

el acto médico, sobreponemos a la emotividad que nos puede generar una determinada situación y ofrecer una ayuda adecuada. El no ser capaces de sobreponer nuestra cognición a la emoción, puede hacer que el proceso empático médico-paciente tenga resultados negativos⁸.

Así, integraríamos la importancia de la diferencia ya descrita previamente entre empatía y simpatía, que para Hojat es fundamental en este ámbito. El autor describe la relación entre la simpatía y la práctica médica como una U invertida, en la cual, a partir de cierto grado, esta relación deja de ser beneficiosa y termina por producir una implicación excesiva del profesional médico en los sentimientos del paciente, perjudicando así los resultados clínicos. Lo contrario ocurre con la empatía, que presenta una correlación lineal con beneficios evidentes, no solo para el enfermo, sino también para el profesional sanitario³¹.

La capacidad del médico de transmitir esta comprensión de la vivencia ajena al paciente es primordial, produciendo un proceso de reconocimiento mutuo del otro, de igualdad entre ambas partes¹⁰. La verdadera empatía nace de la reflexión y del esfuerzo; no es solamente la experimentación del proceso de comprensión del otro, sino también evidenciarlo en la relación con el este; ya sea de manera verbal o no verbal. Evitar posturas corporales que no incitan a la comunicación, asentir con la cabeza o tener expresiones faciales congruentes con la situación del momento pueden ser gestos facilitadores de la empatía; así como la capacidad de poder comprender la comunicación no verbal del paciente y hacerle ver que hemos entendido su vivencia y la comprendemos^{31,36}.

Diferentes estudios han relacionado la empatía médica con una mejor comunicación y relación con el paciente, así como la mejor realización de la anamnesis y capacidad diagnóstica³⁵, mejores habilidades para el trabajo colaborativo en equipo interdisciplinares, una mayor satisfacción y bienestar profesional, menores tasas de burnout, una mayor competencia ética y menores tasas de denuncias médicas³¹.

En cuanto a la repercusión en los usuarios, mayores niveles de empatía del profesional sanitario han aumentado la satisfacción del paciente, propiciando una mayor participación en la toma de decisiones clínicas, así como mayor adherencia terapéutica, mejor calidad de vida y reducción del estrés y sentimiento de la enfermedad latente, mejorando los resultados terapéuticos^{37,38}.

1.5 Residentes: Empatía y Síndrome de Desgaste Profesional o *Burnout*

El *Burnout* o Síndrome de Desgaste Profesional consiste en una respuesta a estresores laborales, sobre todo cuando el desarrollo profesional tiene una relación directa con personas como resultado de una exposición crónica a situaciones de tensión y estrés. Se observa una mayor prevalencia de este en trabajadores del sector de salud, y no sólo genera síntomas a nivel físico y psicológico

como despersonalización, sino que también interfiere en la calidad asistencial, generando desapego por el paciente y pudiendo poner en peligro la seguridad de este ³⁹.

En el año 1974 el psiquiatra Herbert Freudenberger describe el agotamiento, pérdida de motivación y entusiasmo en los trabajadores y voluntarios, acuñando el término “*burnout*”. Más adelante, en el año 1976, la psicóloga Cristina Maslach reutilizaría este término para hacer referencia al síndrome emocional que se veía descrito en los profesionales de ayuda a personas. El Maslach Burnout Inventory (MBI) se crea como escala para la valoración de este. Consta de 22 ítems y presenta tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y vivencias de baja realización personal ³⁹.

Las causas detonantes de este pueden ser múltiples, desde grandes exigencias laborales o académicas, pasando por jornadas laborales excesivas, entre otras ^{40,41}. Desde este punto de vista, los médicos residentes conforman un colectivo que puede verse sobreexpuesto a niveles de estrés importantes, consecuencia de un cambio de perspectiva en la manera de afrontar al paciente, pasando de un ámbito teórico durante la carrera a la práctica clínica diaria; así como también a la responsabilidad que se adquiere de forma exponencial durante su formación. Estas circunstancias desfavorables que pueden darse en el periodo de transición de estudiante a profesional sanitario hacen que los residentes que sean un grupo especialmente vulnerable para experimentar un desgaste emocional en la práctica médica ⁴¹.

Son varios los estudios que se han realizado con el objetivo de valorar los niveles de este en médicos en formación. Uno de ellos es un estudio publicado en el año 2006 en la Universidad de Zaragoza, estudió la satisfacción laboral y el síndrome de desgaste profesional en 239 médicos residentes del HCU. Los resultados mostraron una prevalencia de Síndrome de Desgaste Profesional entre los residentes del 7´6% ³⁹. Otro estudio realizado en Estados Unidos en el año 2011 comparó la presencia de Burnout en la población general respecto a estudiantes de medicina, médicos residentes y adjuntos jóvenes, evidenciando una mayor prevalencia de Desgaste Profesional en estos últimos ⁴².

Su relación con la empatía ha sido estudiada y se han obtenido respuestas contradictorias. Existen diferentes hipótesis que lo vinculan con la empatía. Una primera hipótesis apoyaría que el desgaste profesional es un aniquilador directo de la empatía, por lo que, en la práctica clínica, a mayores tasas de desgaste profesional, menores niveles de empatía ⁴³. En la *Teoría de la Fatiga por Compasión* se considera que los profesionales sanitarios que son más empáticos están más expuestos a sufrirlo ⁴⁴; sin embargo, existen evidencias de los propios profesionales de salud, en las que se apoya que un menor nivel de empatía actúa como protector de desgaste profesional ⁴⁵. Una última hipótesis describe que aquellos profesionales más empáticos muestran mayor

satisfacción laboral, encontrando mayor sentido a su práctica clínica diaria y atrasando la aparición de emociones negativas y desgaste profesional ⁴³.

Un estudio multicéntrico realizado en el año 2013 estudió la relación entre los niveles de empatía medidos mediante la EEMJ y el síndrome del Burnout mediante la escala MBI, describió una correlación positiva entre menores niveles de empatía y mayores puntuaciones en las subescalas de Despersonalización y Agotamiento Emocional, así como una correlación negativa entre menores niveles de empatía y mayores puntuaciones en la subescala de Realización Personal ⁴⁵.

1.6 Justificación

Ante la realidad de una medicina muy protocolizada y tecnificada, durante las últimas décadas la educación médica ha caído en la enseñanza de unos conocimientos teóricos y científicos sin un marco práctico en el que insertarlos, en una medicina en el que la enfermedad somática deja en un segundo plano a cualquier otra dimensión del paciente, distanciando al personal sanitario del usuario. Una de las consecuencias es la erosión de la empatía en los residentes de medicina conforme avanza su formación ^{18,46}. Sin embargo, la empatía médica es fundamental para el ejercicio adecuado de nuestra profesión y para establecer una relación médico-paciente y sigue considerándose una de las competencias básicas de la medicina del S. XXI ³⁵.

La empatía médica, como cualquier otro atributo de una persona, se crea a través de la suma de múltiples factores. La disminución de la empatía médica conforme avanza la formación de los médicos residentes nos hace pensar que quizá debería valorarse un nuevo enfoque de esta formación.

No obstante, en el presente estudio de carácter transversal, se pone el foco en las cualidades que cada individuo presenta producto de la vida en sociedad y el bagaje personal de cada uno. Busca describir más detalladamente los determinantes sociales que pueden influir en los niveles empáticos más allá de no solamente los años de formación médica, determinantes que en abundantes estudios previos solo se nombran a grandes rasgos y terminan por no ser estudiados con atención.

Los resultados de este estudio buscan ampliar la información sobre los niveles de empatía médica en los residentes del HCU y los factores sociodemográficos y psicosociales que pueden influir en esta, para poder compararlos con otros estudios previos y dejar abierta la posible investigación futura ahondando más en cuáles son las medidas que se podrían adoptar desde las unidades docentes para aumentar los niveles de empatía de los médicos residentes y prevenir la erosión de esta.

1.7 Hipótesis del estudio

1. Los niveles de empatía son mayores en los residentes de especialidades médicas frente a las especialidades quirúrgicas y diagnósticas.
2. El género femenino tiende a tener mayores niveles de empatía que el masculino.
3. La empatía de los residentes tiende a disminuir conforme avanza su formación.
4. La disfuncionalidad familiar se asocia a menores niveles de empatía.
5. Los estudios de los padres y el nivel socioeconómico familiar influyen en los niveles empáticos.

1.8 Objetivos generales

Determinan los niveles de empatía de los médicos residentes de la sesión de Neurociencias del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

1.9 Objetivos específicos

- Determinar qué factores sociodemográficos (género, edad, nivel socioeconómico) se asocian a los niveles de empatía de los médicos residentes del HCU.
- Determinar si los factores familiares (funcionalidad familiar, estudios del padre y de la madre, familiares médicos) se asocian los niveles de empatía de los médicos residentes del HCU.
- Determinar si los factores “académicos” (especialidad y año de residencia de residencia) se asocian a los niveles de empatía de los médicos residentes del HCU.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño del estudio

El estudio realizado fue un estudio descriptivo transversal mediante encuesta durante el curso 2020-2021.

2.2 Población a estudio

La muestra a estudio incluyó a un total de 62 residentes de la sesión de Neurociencias que realizaban su formación MIR en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza. La sesión de Neurociencias está compuesta por residentes de las especialidades de Psiquiatría, Neurología, Neurofisiología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Medicina Interna, Medicina Física y Rehabilitación y Radiodiagnóstico.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, los criterios de inclusión fueron estar realizando la formación médica especializada en el HCU durante el curso 2020-2021 y pertenecer a la sesión de Neurociencias previamente descrita. El único criterio de exclusión fue el no haber respondido la encuesta en el plazo establecido. La tasa de respuesta a las encuestas fue del 72.58%, por lo que, en la muestra final, fueron 45 residentes los que participaron en el estudio y cuyas respuestas pudieron ser valoradas.

2.3 Método de recogida de datos

El método de obtención de los datos fue mediante encuestas difundidas a los residentes del HCU. Previamente a la difusión de estas, se contactó con los residentes, o en su defecto, con los tutores de las diferentes especialidades con el fin de recopilar sus correos electrónicos, hacerles partícipes e informarles de la investigación que se realizaría con los datos obtenidos a través de esta encuesta.

2.4 Consideraciones éticas

La propuesta de estudio fue enviada al Comité Ético de la Investigación de Aragón (CEICA) previamente a difusión de las encuestas, y fue aprobada por este el 14 de febrero de 2021, haciendo constar que se respetan los principios éticos y legales, la confidencialidad de la información obtenida y la correcta utilización de los datos obtenidos (**Anexo 1**).

2.5 Instrumentos

Las escalas utilizadas en las encuestas fueron las siguientes:

1. **Escala de la Empatía Médica de Jefferson (EEMJ):** La versión en español consta de 20 ítem, 10 de ellos formulados de manera positiva y 10 de manera negativa; tiene una consistencia interna de 0.89. Mediante estos 20 ítems se evalúa la empatía global con una puntuación mínima de 20 y máxima de 140, sin tener un punto mínimo de corte. Es una escala multidimensional en la que se estudian 3 aspectos de la empatía: “Toma de perspectiva” (preguntas 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20), “Cuidado por compasión” (preguntas 1, 8, 11, 12, 14, 19) y “Ponerse en el lugar del paciente” (preguntas 3, 7, 6, 18)³¹ (**Anexo 2**).

Para la agrupación de los niveles totales de empatía médica en categorías, se utilizó una escala ponderada que se realizó en el año 2013 por Parra Ramírez y Cámara Vallejos, obtenida en un estudio piloto realizado en 134 estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Cada nivel está representado por 2 desviaciones estándar (12.98), exceptuando el nivel “deficiente”⁴⁷.

2. **APGAR familiar:** Escala que muestra es percibida la funcionalidad familiar por un miembro de esta. Consta de 5 preguntas que tienen como posible respuesta 0, 1 u 2 (casi nunca, a veces, casi siempre). La suma de las 5 preguntas da una puntuación entre 0 y 10. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción. En el caso de nuestro estudio, dividimos estas puntuaciones en funcional (puntuaciones 7-10) o disfuncional (puntuaciones 0-6). Esta escala tiene una consistencia interna de 0.79⁴⁸ (**Anexo 3**).

2.6 Variables

Junto con las escalas previamente descritas, se adjuntó un cuestionario sociodemográfico y psicosocial con las siguientes variables (**Anexo 4**):

- Género: masculino/femenino, variable dicotómica.
- Edad: respuesta abierta, variable cuantitativa.
- Especialidad de residencia: Psiquiatría/ Neurología/ Neurocirugía/ Neurofisiología clínica/ Medicina física y Rehabilitación/ Otorrinolaringología/ Medicina interna/ Radiodiagnóstico, variable cualitativa.

Para el análisis de los resultados, dado que nuestra muestra tenía un pequeño tamaño, las especialidades fueron agrupadas en dos grupos. El primero de ellos incluyó a las especialidades de Psiquiatría, Neurología, Medicina Física y Rehabilitación y Medicina

Interna, haciendo referencia a las especialidades “*médicas*”; mientras que en el otro grupo se introdujeron las especialidades de Neurocirugía, Otorrinolaringología, Radiodiagnóstico y Neurofisiología, como especialidades “*quirúrgicas y diagnósticas*”.

- Año de formación: 1º/2º/3º/4º/5º, variable cualitativa.
- Estado civil: Casado/Soltero/Otro, variable cualitativa. Se le adjudicó el valor de 0-soltero, 1-casado, 2-otras.
- Hijos: Sí/No, variable dicotómica.
- Núcleo de procedencia: Rural/Urbano, variable dicotómica.
- País de procedencia: España/Otro, variable cualitativa.
- Realización de actividades sociales (voluntariado, asociacionismo, organizaciones políticas...) de forma habitual: Sí/No, variable dicotómica.
- Realización de carrera o formación previa a Medicina: Sí/No, variable dicotómica.
- Nivel socioeconómico del núcleo familiar: Bajo/Medio-bajo/Medio/Medio-alto/Alto, variable cualitativa. Las respuestas se agruparon en tres posibles grupos: niveles socioeconómicos bajos o medio/bajo, medio y alto o medio/alto.
- Niveles de estudio del padre y de la madre: Sin estudios/ Educación básica/ Educación secundaria/Bachillerato o equivalente (Ciclos formativos) /Otra, variable cualitativa. Las respuestas se agruparon en tres posibles grupos, sin estudios o estudios básicos, educación secundaria obligatorio, ciclos formativos o bachillerato y estudios universitarios.
- Padres médicos: Sí, los dos/Sí, uno de ellos/No, variable cualitativa.

2.7 Cronograma

Se comienza este estudio realizando una breve revisión bibliográfica de publicaciones previas sobre “*Niveles de empatía, residentes y factores asociados*”. Se incluyeron en esta búsqueda los estudios datados desde el año 2010 hasta el 2020. Con esta primera toma de contacto se enfoca el estudio que va a llevarse a cabo.

Con la recopilación de los artículos seleccionados, la información obtenida en ellos y las variables que consideramos importantes a estudiar, se realiza una encuesta que será la base de nuestra recopilación de datos. Con el proyecto aprobado por el Comité Ético de la Investigación de Aragón (CEICA), a principios marzo se realiza la difusión de las encuestas a la muestra diana mediante *Google Forms*. La información de estas se trató de manera completamente anónima, llegando las respuestas de manera automática a la plataforma desde la que se enviaron sin que exista otro intermediario en el proceso. Se hace un recordatorio a modo de reenvío de la encuesta a mediados de marzo para una mayor tasa de participación.

A principios de abril se cierra el periodo de respuesta y se recopila la información obtenida en los cuestionarios, creando una base de datos con ellos para aplicar las pertinentes pruebas estadísticas para poder obtener nuestros resultados. Durante el mes de abril se analizan los resultados de las encuestas y a lo largo del mes de mayo se realizan la discusión, limitaciones y conclusiones de nuestro estudio.

2.8 Análisis estadístico

Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Microsoft Excel y el paquete SPSS v.22.0. Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas.

Las principales asociaciones que se buscan estudiar en este proyecto son, por un lado, la relación entre los niveles de empatía medidos mediante la Escala de la Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) y sus diferentes dimensiones con la funcionalidad/no funcionalidad familiar (APGAR familiar), para lo que se empleó una prueba de la t-Student para muestras independientes, considerando significativa una $p < 0.05$; así como la asociación entre las diferentes variables descritas previamente y los niveles de empatía y funcionalidad familiar.

Así, se realizó una prueba t-Student para analizar la relación entre “especialidad de residencia” y EEMJ y APGAR familiar. Para el estudio de la asociación entre las variables “nivel socioeconómico familiar” y “niveles de estudios del padre/madre” con los niveles de empatía, se utilizaron pruebas no paramétricas, debido al pequeño tamaño muestras, realizándose una prueba de Kruskal-Wallis. De igual modo se realizó una prueba de Kruskal-Wallis para el estudio del “año de residencia” con los niveles de empatía. Para analizar la asociación entre la edad de los residentes y los niveles de empatía se utilizó una Correlación de Spearman.

3. RESULTADOS

La edad media de los residentes que respondieron las encuestas en el periodo de tiempo establecido (72,58%), fue de 27,4 años (DE=1,99). En la **Tabla 1** se muestran las características sociodemográficas de la población a estudio.

		n	%
Género	Masculino	17	37,8
	Femenino	28	62,2
Especialidad	Médicas	29	64,4
	Quirúrgicas/Diagnósticas	16	35,6
Año de residencia	1°	9	20
	2°	12	26,7
	3°	12	26,7
	4°	10	22,2
	5°	2	4,4
Estado civil	Casado	3	6,7
	Soltero	32	71,1
	Otro	10	22,2
Hijos	Sí	1	2,2
	No	44	97,8
Actividades fuera de la formación médica	Sí	6	13,3
	No	39	86,7
Núcleo de procedencia	Urbano	40	88,9
	Rural	5	11,1
País de procedencia	España	43	95,6
	Otro	2	4,4
Nivel socioeconómico	Bajo/Medio-bajo	6	13,3
	Medio	23	51,1
	Alto/Medio-alto	16	35,6
Estudios del padre	Básico/Sin estudios	8	17,8
	ESO/Bachillerato	14	31,1
	Estudios universitarios	23	51,1
Estudios de la madre	Básico/Sin estudios	4	8,9
	ESO/Bachillerato	15	33,3
	Estudios universitarios	26	57,8
Padres médicos	No	35	77,8
	Sí, uno	5	11,1
	Sí, los dos	5	11,1
TOTAL		45	100

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Respecto a la participación por cada especialidad antes de que estas fueran agrupadas en categorías para su análisis, fue el siguiente:

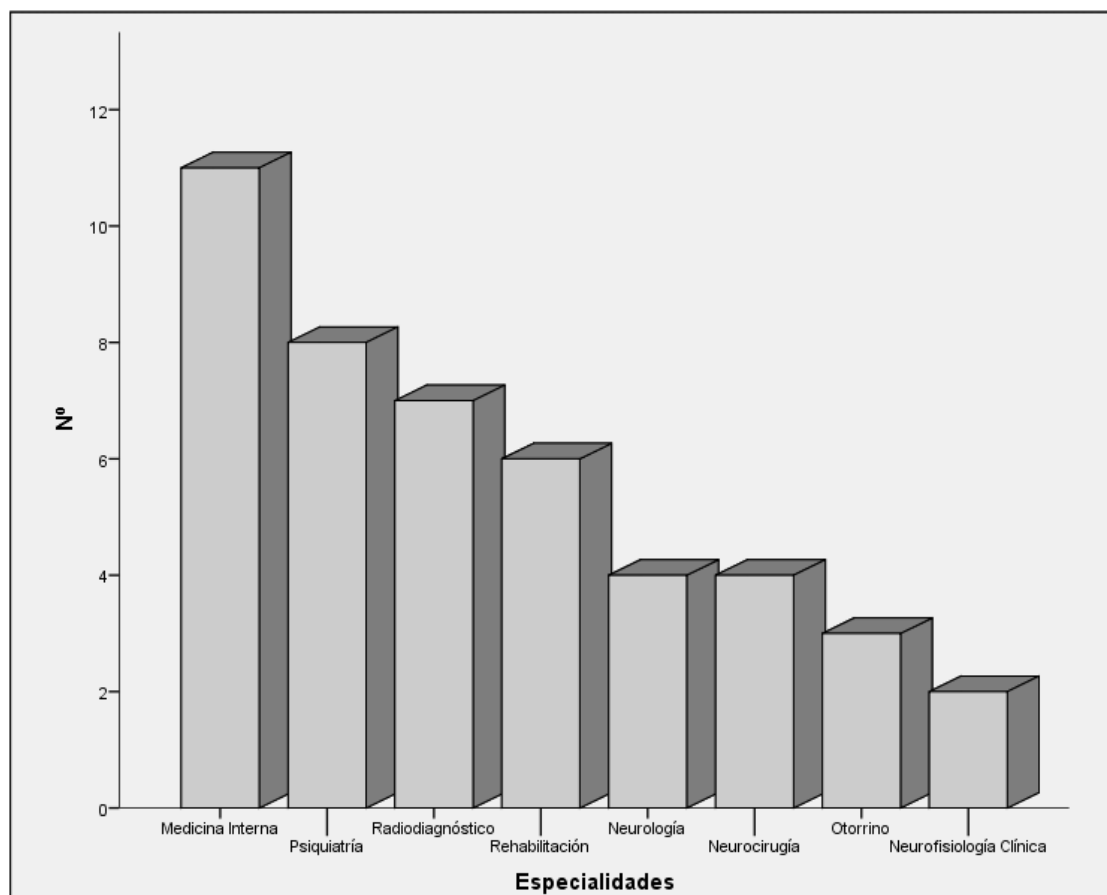


Gráfico 1. Distribución de especialidades de participación en el estudio.

No se obtuvieron relaciones significativas entre la edad de los residentes y niveles de empatía, así como tampoco entre el año de residencia y los valores de empatía. La media de las puntuaciones totales de la EEMJ fue 114,16 (DE=11,66), equivaliendo en la escala ponderada de la empatía médica como una puntuación Alta ⁴⁷. Respecto a esta escala, el 51,1% de los residentes obtuvo niveles altos de empatía, el 46,7% de ellos niveles sobresalientes y el 2,2% niveles intermedios, sin existir representación de niveles empáticos bajos o deficientes en la muestra (**Tabla 2**). La puntuación máxima obtenida fue de 140, siendo esta la máxima puntuación posible en la prueba, y la mínima 82.

Para las diferentes dimensiones de la EEMJ, los valores obtenidos fueron, para la dimensión “toma de perspectiva” una puntuación máxima de 70 y mínima de 44, con una media de 60,11 (DE=5,77), en la dimensión “atención por compasión” una puntuación máxima de 56 y mínima de 18, con una media de 45,33 (DE=6,54) y en la dimensión “ponerse en el lugar del paciente” una puntuación máxima de 14 y mínima de 2, con una media de 8,68 (DE=2,72) (**Tabla 3**).

Puntuaciones totales EEMJ	Nivel de empatía médica	n	Porcentaje
140-114	Alto	23	51,1%
113-88	Sobresaliente	21	46,7%
87-62	Intermedio	1	2,2%
61-36	Bajo	0	-
35-20	Deficiente	0	-

Tabla 2. Puntuaciones totales de empatía. Escala ponderada⁴⁷.

	Media	Puntuación máxima	Puntuación mínima	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	DE
Puntuación total EEMJ	114,16	140	82	106,5	115	123	11,66
D1: Toma de perspectiva	60,11	70	44	57	60	64	5,71
D2: Atención con compasión	45,33	56	18	43	45	50	6,54
D3: Ponerse en el lugar del paciente	8,68	14	2	6,5	8	10,5	2,72

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas en la EEMJ y sus dimensiones

No se obtuvieron diferencias significativas entre los niveles totales de empatía ni en sus dimensiones con el año de residencia de los médicos en formación (**Tabla 4**), así como tampoco el género. Sin embargo, destacaríamos unas mayores puntuaciones totales y en todas las diferentes dimensiones que el género femenino respecto al masculino (**Tabla 5**).

		n	Rango promedio	Valor p
Puntuación total EEMJ	1º	9	19,67	0,91
	2º	12	23,75	
	3º	12	24,25	
	4º	10	22,75	
	5º	2	27,25	
D1: Toma de perspectiva	1º	9	20,72	0,85
	2º	12	25,46	
	3º	12	23,04	
	4º	10	20,85	
	5º	2	29,00	
D2: Atención con compasión	1º	9	22,33	0,96
	2º	12	21,17	
	3º	12	25,29	
	4º	10	23,25	
	5º	2	22,00	
D3: Ponerse en el lugar del paciente	1º	9	21,22	0,93
	2º	12	24,58	
	3º	12	23,29	
	4º	10	21,25	
	5º	2	28,50	

Tabla 4. Rangos promedios obtenidos en empatía global y sus dimensiones respecto al año de residencia.

		n	Media	DE	Valor p
Puntuación total EEMJ	Femenino	28	115,1	12,26	0,51
	Masculino	17	112,6	10,79	
D1: Toma de perspectiva	Femenino	28	60,4	6	0,67
	Masculino	17	59,6	5,35	
D2: Atención con compasión	Femenino	28	45,8	7,03	0,59
	Masculino	17	44,6	5,77	
D3: Ponerse en el lugar del paciente	Femenino	28	8,9	2,87	0,53
	Masculino	17	8,3	2,49	

Tabla 5. Puntuaciones medias obtenidas en empatía global y sus dimensiones respecto al género.

Si bien se obtuvieron puntuaciones ligeramente mayores en los niveles totales de la EEMJ, así como en las dimensiones “tomade perspectiva” y “atención por compasión” en las especialidades médicas, no se obtuvieron diferencias significativas entre las especialidades definidas como “médicas” y las “quirúrgicas y diagnósticas”, (**Tabla 6**).

		n	Media	DE	Valor p
Puntuación total EEMJ	Médicas	29	114,9	10,52	0,55
	Quirúrgicas/Diagnósticas	16	112,75	13,74	
D1: Toma de perspectiva	Médicas	29	60,41	5,99	0,64
	Quirúrgicas/Diagnósticas	16	59,56	5,31	
D2: Atención con compasión	Médicas	29	45,79	5,09	0,53
	Quirúrgicas/Diagnósticas	16	44,5	8,71	
D3: Ponerse en el lugar del paciente	Médicas	29	8,6	2,33	0,99
	Quirúrgicas/Diagnósticas	16	8,6	3,04	

Tabla 6. Puntuaciones medias obtenidas en empatía global y sus dimensiones respecto a la especialidad de residencia.

Respecto a la **funcionalidad familiar**, el 88.9% obtuvo puntuaciones acordes a una familia funcional, mientras que sólo el 11.1 % lo hizo para una disfuncional. La relación entre niveles de empatía y funcionalidad /disfuncionalidad mostraron diferencias significativas en los niveles de empatía global ($p=0,001$), así como también en las dimensiones “atención por compasión” ($p=0,00$) y “ponerse en el lugar del paciente” ($p=0,017$) (**Tabla 7**).

		n	Media	DE	Valor p
Puntuación total EEMJ	Funcional	40	116,1	10,26	0,001
	Disfuncional	5	98,6	11,41	
D1: Toma de perspectiva	Funcional	40	60,55	5,58	0,147
	Disfuncional	5	56,6	6,18	
D2: Atención con compasión	Funcional	40	46,5	4,83	0,00
	Disfuncional	5	36,0	11,02	
D3: Ponerse en el lugar del paciente	Funcional	40	9,03	2,68	0,017
	Disfuncional	5	6,0	1,0	

Tabla 7. Relación entre la empatía global y sus dimensiones respecto a la funcionalidad familiar

Al analizar la variable **Nivel socioeconómico** con los niveles de empatía global y sus dimensiones, se hallaron diferencias significativas entre grupos y puntuaciones totales de empatía ($p=0,037$), así como en la dimensión “ponerse en el lugar del paciente” ($p=0,022$). En el caso de **Estudios del padre**, no se hallaron desigualdades entre grupos, mientras que, en el caso de **Estudios de la madre**, se establecieron diferencias entre grupos para la dimensión “ponerse en el lugar del paciente” ($p=0,017$) (**Tabla 8**).

	D1: Toma de perspectiva		D2: Atención con compasión		D3: Ponerse en el lugar del paciente		Puntuación total EEMJ	
	Rango promedio	Valor p	Rango promedio	Valor p	Rango promedio	Valor p	Rango promedio	Valor p
Bajo/Medio-bajo	16,26	0,296	13,33	0,149	9,58	0,022	10,25	0,037
Medio	22,7		24,28		25,89		24,54	
Medio-alto/Alto	25,97		24,78		23,88		25,56	
Básico/Sin estudios	19,44	0,696	23,13	0,407	17,63	0,319	19,94	0,63
ESO/Bachillerato	23,61		19,29		26,32		21,93	
Estudios universitarios	23,87		25,22		22,85		24,72	
Básico/Sin estudios	19,38	0,662	16,5	0,563	14,38	0,017*	14,5	0,385
ESO/Bachillerato	25,23		22,97		17,17		23,13	
Estudios universitarios	22,27		24,02		27,69		24,23	

Tabla 8. Relación de la empatía global, sus dimensiones y APGAR familiar con nivel sociodemográfico y estudios de los padres

*Estadísticamente significativo $p<0,05$

4. DISCUSIÓN

La empatía médica es una condición sine qua non para una buena práctica médica, y como ya hemos reflejado previamente, tiene consecuencias positivas para la relación médico-paciente, así como también una gran importancia en la prevención de la erosión de la empatía durante la formación, el desgaste profesional y niveles de estrés.

En la **Tabla 2** se puede observar el puntaje medio de los niveles de empatía de los residentes que participaron en el estudio, que fue de 114,16. Estas puntuaciones corresponderían a niveles de empatía altos según la escala ponderada⁴⁷. Estas puntuaciones se asemejan a las encontradas en algunos estudios⁴⁹, aunque fueron mayores que en otros, donde los niveles medios de empatía observados fueron, respectivamente 108,10 y 112,88^{16,19}, correspondiendo estos a niveles de empatía sobresalientes.

Sin embargo, estas puntuaciones son ligeramente menores que en otros estudios⁵⁰. Podríamos decir que los médicos residentes del HCU presentan unos niveles de empatía que serían los esperados o incluso ligeramente mayores a estos, aunque es cierto que podrían verse influidos y modificados por la cultura, la carga asistencial particular de cada hospital o el plan formativo de este.

El género con el que somos percibidos en la sociedad es un determinante social y un condicionante fundamental en cómo establecemos nuestras relaciones interpersonales y qué rol adoptamos en estas. La gran mayoría de los estudios que han valorado los niveles de empatía médica, tanto en residentes como en estudiantes de Medicina, han introducido esta variable en ellos. Algunos de ellos hallaron diferencias significativas entre los niveles de empatía y género, dándose en todos ellos la puntuación mayor en el género femenino^{12,17,35,51-53}.

Otros, como sería el caso de nuestro estudio, en el cual la puntuación total y de todas las dimensiones de la EEMJ fue mayor para el género femenino que para el masculino (**Tabla 3**), obtuvieron diferencias entre ambos grupos, si bien estas no fueron significativas^{18,45,49,54}. Estos resultados nos harían pensar, que, si bien hay un componente cultural y educacional por el cual el género femenino tiende a adoptar una postura de “cuidadora” respecto al masculino, la idiosincrasia de cada individuo podría jugar un papel importante.

La erosión de la empatía médica puede deberse a múltiples factores que no han sido el objeto de este estudio. Sin embargo, la educación médica que se nos brinda puede tener un papel muy importante en esta disminución empática. Poder valorarla, tenerla presente y ser conscientes de

las consecuencias que puede tener en nuestros médicos en formación es imprescindible. Para ello, se introdujo en nuestro estudio la variable “año de residencia”.

Un estudio que valoró la relación entre bienestar psicológico y empatía en médicos residentes en México obtuvo resultados que apuntaban a que la empatía médica presentaba una merma conforme avanzaba la formación, con puntuaciones totales empáticas mayores en residentes de primer (media = 103.12; DE = ± 16.18) y segundo año (media = 103.26; DE = ± 20.72), mientras que las puntuaciones menores se hallaron en los residentes de cuarto año (media = 72.85; DE = ± 8.964), hallando diferencias estadísticamente significativas ⁴⁶.

Otro estudio comparativo intercultural que estudió a médicos residentes en España obtuvo resultados similares al anterior, con una mayor puntuación empática en el grupo de residentes que iniciaban su formación (M = 119; DE = ± 11), seguido de los residentes de segundo año (M = 115; DE = ± 13), si bien en este, las puntuaciones menores correspondieron a los residentes de tercer año (M = 106; DE = ± 14) y las diferencias entre grupos no fueron significativas ⁴⁹.

Aunque estos datos y la bibliografía previos apuntarían a un desgaste de la empatía durante la formación, en el caso de un estudio realizado en residentes de Psiquiatría en Corea, los niveles globales de empatía de estos fueron aumentando conforme avanzaba su formación ²⁰. Quizá este hecho pueda deberse al diferente enfoque de la formación en oriente con respecto a occidente, a los diferentes itinerarios formativos o a un componente cultural.

En el caso de nuestro estudio, los niveles globales empáticos y el año de formación no se encontraron relacionados, al igual que en un estudio realizado en residentes de Lima en el año 2018, donde tampoco se encontraron diferencias significativas ¹⁹. Sería interesante poder realizar estudios longitudinales con el fin de realizar un seguimiento cercano a los residentes del HCU para poder valorar la disminución de los niveles empáticos a lo largo de la formación médica.

Se evaluaron los niveles de empatía y su relación con las diferentes especialidades médicas. Al contar con un tamaño muestral pequeño, optamos por agrupar las diferentes especialidades en dos categorías: “especialidades médicas” y “especialidades quirúrgicas/diagnósticas” (**Tabla 4**). A pesar de no hallarse diferencias significativas, las puntuaciones de las especialidades médicas fueron ligeramente mayores, exceptuando la dimensión “ponerse en el lugar del paciente”. Estos hallazgos fueron similares a los encontrados en estudios previos ⁵⁰.

Otros autores encontraron diferencias significativas entre especialidades orientadas al paciente y especialidades orientadas a la tecnología y los niveles empáticos globales ^{16,18}. Hay diversas hipótesis sobre la posibilidad de que estos niveles de empatía se vean influidos por la práctica diaria y el mayor contacto con la persona, o si bien se debería a que aquellas personas que tiene

mayores niveles empáticos previos están predispuestas a elegir especialidades que implican un mayor contacto humano^{16,50}.

La familia tiene un valor importante en la empatía que desarrollamos, siendo el principal medio de relación con otras personas durante nuestra primera infancia y haciendo de catalizador de las conductas que entendemos como adecuadas en el trato con el resto. Un estudio realizado en año 2015 por la Universidad de Cartagena (Colombia), relacionó la funcionalidad familiar con los niveles empáticos de los estudiantes de Medicina, obteniendo diferencias significativas que relacionaban menores niveles de empatía global ($p=0,0017$) y de la dimensión “toma de perspectiva” ($p =0,0005$) en aquellos participantes que tenían una familia disfuncional¹⁵. Previamente a este estudio, en el año 2015 Madera-Anaya estudió estas variables en estudiantes de Enfermería obteniendo resultados similares⁵⁵.

En el año 2018, un estudio de Matalinares-Calvet, que estudiaba la relación entre estilos parentales disfuncionales, empatía y variables sociodemográficas en estudiantes de Enfermería, Medicina y Psicología, observó una relación no significativa la Escala de Estilos Parentales Disfuncionales y la Escala de la Empatía Personal y Profesional¹⁴. Durante el año 2011 se llevó a cabo un estudio en 235 médicos residentes, evaluándose su funcionalidad familiar y empatía con la Escala del funcionamiento familiar de Atri y la Escala de empatía de Lozano, sin obtenerse una correlación entre ambas variables (0,456)⁵⁶.

En la Ciudad de Arequipa durante el año 2020, se estudió la asociación la escala de APGAR familiar con las puntuaciones de la Escala de la Empatía Médica de Jefferson, donde se pudo apreciar una relación significativa entre disfuncionalidad familiar y menores puntuaciones empáticas globales¹⁶.

En el caso de nuestro estudio, se agruparon los resultados de la prueba APGAR en dos grupos, en función de la funcionalidad/disfuncionalidad (**Tabla 5**). Se obtuvieron diferencias significativas entre la funcionalidad familiar y los niveles globales de empatía, así como en las dimensiones “atención por compasión” y “ponerse en el lugar del paciente”. Estos resultados apoyarían los encontrados en los estudios previamente descritos, así como también la importancia del ámbito familiar como catalizador de conductas empáticas, y el reflejo de la parte cognitiva de la empatía, en el que la familia juega un papel fundamental.

En la **Tabla 6** se hace referencia a la posible influencia del nivel socioeconómico familiar con los niveles de empatía. En un estudio realizado en 2020 por Vásquez, se observó que los niveles de empatía altos estuvieron ausentes en los residentes con un nivel socioeconómico alto, mientras que estos niveles pudieron observarse en un 34,83% en nivel socioeconómico medio y en un 46,30% en el nivel bajo, siendo las diferencias significativas ($p=0,03$)¹⁶. Sin embargo, los resultados en cuanto a este determinante social y los niveles de empatía son ambiguos. En el caso

del estudio realizado por Madera Anaya, donde se estudió esta misma variable entre estudiantes de medicina, los resultados no obtuvieron diferencias significativas ¹⁵.

En el caso de nuestro estudio, no se pudo asumir una igualdad de medias entre las diferentes categorías de nivel socioeconómico ni en la puntuación total de empatía, así como tampoco en la dimensión “ponerse en el lugar del paciente”. Las puntuaciones menores del rango promedio las obtuvo el grupo que tenía un nivel socioeconómico “bajo” o “medio-bajo”, por lo que podríamos decir que nuestra hipótesis “La empatía se ve influida por el nivel socioeconómico familiar” sería cierta, si bien nuestros resultados no concordarían con los obtenidos en estudios previos, en los que menores niveles socioeconómicos se relacionaban con mayores niveles empáticos ¹⁶.

Este hecho puede deberse a diversas razones. Un tamaño muestral limitado y la desigualdad en el porcentaje de los subgrupos podrían influir en los resultados, así como también las diferentes formas en los distintos estudios de medir el nivel socioeconómico y categorizar los grupos. Por otra parte, un estudio publicado en EE. UU en el año 2015, reflejó que las personas con un nivel socioeconómico mayor presentaban una respuesta neuronal disminuida al dolor ajeno, pero sin embargo tienden a evaluarse a sí mismas con mayores niveles de empatía ⁵⁷.

El nivel de estudios del padre y de la madre y su relación con la empatía están reflejados en la **Tabla 6**. En el caso de esta variable, en nuestro estudio no se hallaron diferencias significativas entre grupos, con la excepción de la dimensión “ponerse en el lugar del paciente”, que presentaría menores puntuaciones en aquellas personas cuyas madres tienen menores niveles formativos ($p=0,017$). Estos resultados no concuerdan con un estudio previo realizado por Yi en el año 2020, es el que, en una muestra de estudiantes de Medicina se hallaron diferencias significativas. Aquellos estudiantes cuyos padres tenían una educación formativa menor, presentaban niveles de empatía mayor que aquellos con padres con mayores niveles formativos (106,30 vs 103,72). En el caso de la madre, no se hallaron diferencias significativas ($p=0,09$) ¹⁷.

Otras variables que se intentaron comparar en este estudio no pudieron reflejarse debido a la asimetría de las respuestas y a un reducido número de participantes. Sin embargo, son variables que han sido descritas en estudios previos y sobre las que merecería la pena reflexionar.

El estado civil y el ser o no padre han sido estudiados con resultados diversos. Huarcaya estudió en 2018 la relación entre estas, sin hallar diferencias significativas ¹⁸, así como también los resultados fueron similares en un estudio realizado también en el año 2018 en la Facultad de Medicina de Lima, Perú ¹⁹. Sin embargo, un estudio previo en residentes de Psiquiatría en Corea obtuvo diferencias entre puntuaciones totales de la EEMJ entre residentes casados o no (105,2 vs. 102,0) con un valor p significativo ($p=0,029$) ²⁰.

El tener o no padres médicos ha sido un determinante también estudiado previamente. En el año 2016, Esquerda et al. realizan un estudio en el que valoran la empatía mediante el cuestionario TECA, en el que se encuentra una asociación significativa entre aquellos estudiantes que tenían padre médicos y menores niveles de empatía global ($p=0,02$)³⁵. En el año 2020 se realiza un estudio de esta misma variable en residentes de Arequipa, esta vez mediante la EEMJ, obteniéndose mayores porcentajes de niveles de empatía superiores en aquellas personas que no tienen familiares médicos, si bien estas diferencias no fueron significativas ($p=0,12$)¹⁶.

La cultura en la que se desenvuelve nuestra crianza y los sucesos vitales que experimentamos en función del país en el que nazcamos, también actúan como modificadores de la empatía. En el caso de nuestro estudio, solamente una persona no fue de procedencia española, por lo que esta variable no pudo ser estudiada. Un estudio comparativo intercultural publicado en el año 2016 en la provincia de Barcelona estudió la empatía en residentes españoles y latinoamericanos. Este halló niveles de empatía media significativamente mayores en residentes españoles que en latinoamericanos ($p=0,01$)⁴⁹. La posible explicación de estos resultados podría deberse a la falta de definición de modelos profesionales, derivados del contexto social presente en Latinoamérica, la falta de recursos y el difícil acceso a la sanidad.

Por otra parte, la realización de servicios comunitarios o voluntariado se han relacionado con mayores niveles de empatía. Un estudio realizado en el año 2011 por Brazeau reflejó mayores niveles de empatía en aquellos estudiantes de Medicina que realizaron durante la carrera servicios comunitarios, de la misma forma que a más horas dedicadas a estos, los niveles de empatía incrementaban²³. De la misma forma, en el año 2016 Esquerda publica un estudio que apoya esta misma hipótesis ($p=0,005$)²². En el año 2020, Vasquez analizó este factor en una muestra de médicos residentes de Arequipa, donde aquellos residentes que realizaban voluntariado obtuvieron altos niveles empáticos en un 43.40%, mientras que en aquellos que no realizaron, solo estuvieron presentes en un 29.31% ($p=0,01$)¹⁶.

Durante la realización del presente estudio se observaron una serie de limitaciones metodológicas que comparten estudios de similares características. Al tratarse de un estudio transversal, no podemos evaluar la evolución de la empatía, proceso definido como dinámico. Sería conveniente poner como punto de partida la posible realización de estudios longitudinales a fin de poder valorar cuáles pueden ser los factores de erosión empática.

Por otra parte, la evaluación de la empatía médica por la EEMJ es una encuesta autoadministrada que puede generar sesgo de respuesta, lo que puede artefactar los resultados e hipótesis de nuestro estudio. Por último, solo se evaluó la empatía médica y los factores sociodemográficos y psicosociales de una muestra limitada de residentes de la sección de Neurociencias del HCU, por lo que hubo variables que no pudieron ser estudiadas, mientras que el resto de los resultados no

pueden ser extrapolados a un total de los residentes de España, por lo que cabría ampliar la muestra a estudio.

Prospectivamente, este estudio nos abriría puertas a realizar trabajos de investigación que se enfocasen con otra perspectiva a fin de realizar una valoración global empática que como ya hemos expuesto, el propio término de empatía requiere por su complejidad.

Sería interesante tratar de estudiar la correlación entre los niveles de empatía referidos por los propios residentes y por los pacientes de estos en el ámbito hospitalario, ya que esta comparación en estudios previos fue realizada en el ámbito de la Atención Primaria³⁴ así como también poder realizar una comparación de los niveles de empatía en médicos residentes en el ámbito hospitalario y aquellos de Atención Primaria, como también incluir en nuestra muestra de estudio residentes de otras especialidades que no participan en la sesión de Neurociencias.

Por otra parte, teniendo una tesis doctoral realizada en la Universidad de Zaragoza sobre el Desgaste Profesional en los médicos residentes del HCU en el año 2006³⁹ convendría actualizar los datos de este estudio, y realizar a posteriori un estudio correlacional entre las tasas de este y la empatía en la muestra estudiada, pudiendo plantear posibles inventarios y formaciones para fomentar un aumento de la empatía o prevenir la disminución de esta en nuestros futuros profesionales médicos.

Los estudios cualitativos, con entrevistas individualizadas a los residentes podríamos ofrecerles información de mayor calidad y más personalizada, para poder indagar más profundamente en los factores psicosociales que pueden tener que ver con los niveles de empáticos, así como poder localizar qué tipo de formaciones y modelos educativos son valorados positivamente por los residentes. Si bien es cierto que este tipo de estudios implicarían una intervención longitudinal, mayores recursos humanos y económicos, consideramos que una cualidad fundamental en la profesión médica lo requeriría.

5. CONCLUSIONES

1. Los niveles medios de empatía de los residentes de la sesión del Neurociencias del HCU fueron de 114,16, lo que equivaldría a altos niveles empáticos, siendo la puntuación máxima obtenida de 140 puntos y la mínima de 82.
2. El género femenino obtuvo mayores niveles de empatía media global respecto al masculino, si bien estas diferencias no fueron significativas.
3. El año de formación en el que se encontraban los residentes no se relacionó con los niveles globales de empatía, así como tampoco con el resto de las dimensiones de la EEMJ.
4. Las especialidades clasificadas como “médicas” obtuvieron mayores puntuaciones empáticas globales que aquellas “quirúrgicas y diagnósticas”, sin diferencias significativas entre ellas.
5. La funcionalidad familiar se asoció en los residentes del HCU a mayores niveles de empatía globales, asociándose de manera significativa.
6. Los niveles educativos de los progenitores se relacionaron con diferentes niveles de empatía en los médicos residentes del HCU.
7. La empatía médica es un concepto tan fundamental como complejo para el cual consideramos que serían necesarios estudios futuros en los que se realizara una valoración longitudinal y cualitativa de esta. Las futuras investigaciones deberán contar con muestras más amplias, siendo crucial mejorar la fiabilidad con las percepciones de la empatía del profesional según los propios pacientes atendidos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Revilla C. Sobre “fenomenología” y “hermenéutica”. Aproximación a los conceptos de empatía y comprensión. *Conviv. Rev. Filos* 2010; 23:131-52.
2. Mestre Escribá V, Frías Navarro M, Samper García, P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. 2004;23(4):255–60.
3. San Martín Zapatero A, Ortega-Sánchez D. Empatía, empatía histórica y empatía prehistórica: una aproximación conceptual desde la enseñanza de las Ciencias Sociales. *Didáct. Cienc. Exp. Soc.* 2020;(38):3-16. doi:10.7203/DCES.38.15648
4. Howes C, Matheson CC, Hamilton CE. Maternal, Teacher, and Child Care History Correlates of Children’s Relationships with Peers. *Child Development*. 1994;65(1):264–73.
5. Etxebarria I, de la Caba MÁ. Consistencia entre cognición y acción moral: conducta solidaria en adolescentes en el contexto escolar. *Infancia Aprendizaje*. 1998;21(81):83–103.doi: 10.1174/021037098320825262
6. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*. 1972;40(4):525–43.
7. Moya-Albiol L, Herrero N, Bernal MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*. 2010;50(2):89–100. doi: 10.33588/rn.5002.2009111
8. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Pers Bioet*. 2014;18(2):184–93. doi: 10.5294/pebi.2014.18.2.8
9. Muñoz Pérez EV. El concepto de empatía (Einfühlung) en Max Scheler y Edith Stein. *Sus alcances religiosos y políticos*. *Veritas*. 2017;38(3):77–95.
10. Vidal y Benito MC. *La empatía en la consulta*. Buenos aires: Polemos, 2012.
11. Agnieszka L, Katarzyna T, Sandra B. Empathy, resilience, and gratitude – Does gender make a difference? *An. psicol*. 2020;36(3):521–32. doi:10.6018/analesps.391541
12. Aristegui I, Beloki U, Royo R, Silvestre M. Cuidado, valores y género: la distribución de roles familiares en el imaginario colectivo de la sociedad española. *Inguruak*. 2018;(65):90–108.
13. Páez A, Rovella A. Vínculo de apego, estilos parentales y empatía en adolescentes. *Interdisciplinaria*. 2019;36(2):23–38. doi:10.16888/interd.2019.36.2.2
14. Matalinares-Calvet ML, Díaz-Acosta AG, Rivas-Díaz LH, Arenas-Iparraguirre CA, Baca-Romero D, Raymundo-Villalva O, Rodas-Vera N. Dysfunctional parenting styles, empathy and socio-demographic variables in Nursing, Human Medicine and Psychology students. *Acta Colombiana de Psicología*. 2019;22(2), 99-111. doi: 10.14718/ACP.2019.22.2.615.

15. Madera Anaya MV, Lesbia Rosa TM, González Martínez F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de Medicina de la Universidad de Cartagena. *Rev Clin Med Fam* 2015; 8(3): 185-192.
16. Vasquez Luque KE. Nivel de empatía médica y factores asociados en internos de Medicina, Arequipa 2020. [Tesis doctoral en internet] [Arequipa]: Universidad Nacional De San Agustín de Arequipa, 2020. [Citado 19 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10876>.
17. Yi K, Kang M, Li D, Wang Z, Bai J, Xu H, et al. A multi-institutional and cross-sectional study on empathy in Chinese medical students: Differences by student cadre or not, future career preference, and father's education status. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):1–9. doi: 10.1186/s12909-020-1935-x
18. Huarcaya-Victoria J, Cano-Uría B, Villanueva-Ruska A, de la Cruz-Oré J. Evaluation of the levels of medical empathy in medical residents of a general hospital in Peru. *Educ Med.* 2019;20(S2):100-7. doi: 10.1016/j.edumed.2018.04.004
19. Mayo GVA, Ponce DA, Quijano EG. Empatía y factores relacionados en médicos residentes de un hospital nivel de atención III según la Escala de Empatía Médica de Jefferson en el año 2018 en Lima, Perú. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2018. [Citado 19 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1507>.
20. Hong M, Bahn GH, Lee WH, Moon SJ. Empathy in Korean psychiatric residents. *Asia Pac Psychiatry.* 2011;3(2):83–90.
21. San-Martín M, Roig-Carrera H, Villalonga-Vadell RM, Benito-Sevillano C, Torres-Salinas M, Claret-Teruel G, et al. Empatía, habilidades de colaboración interprofesional y aprendizaje médico permanente en residentes españoles y latinoamericanos que inician los programas de formación médica especializada en España. Resultados preliminares. *Atenc Prim.* 2017;49(1):6–12.
22. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-González J, Pifarré J. Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina. *Rev Clin Esp.* 2018. doi: 10.1016/j.rce.2018.09.002
23. Brazeau C, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationship between medical student service and empathy. *Acad Med.* 2011;86: S42–S45.
24. Olivera J, Braun M, Roussos AJ. Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *J Argent Clin Psicol.* 2011; 20:121–32.
25. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol.* 1969;33(3):307–16. doi: 10.1037/h0027580
26. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *JGIM.* 2006; 21:524–30. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x J
27. Pérez-Albéniz A, de Paúl J, Etxeberría J, Montes MP, Torres E. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema.* 2003;15(2):267–72.

28. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Spong A, Scahill V, Lawson J. Are intuitive physics and intuitive psychology independent? A test with children with Asperger Syndrome. *J Dev Learn Disord.* 2001; 5:47–78.
29. Wakabayashi A, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Goldenfeld N, Delaney J, Fine D, et al. Development of short forms of the Empathy Quotient (EQ-Short) and the Systemizing Quotient (SQ-Short). *Pers Individ Dif.* 2006; 41:929–40
30. López-Pérez B, Fernández-Pinto I, Abad FJ. TECA, Test de empatía cognitiva y afectiva. Madrid: TEA; 2008.
31. Blanco Canseco JM. Traducción, adaptación cultural y validación en nuestro medio de la Escala de Empatía Médica de Jefferson. [Tesis doctoral en internet] [Madrid]: Universidad Francisco de Vitoria, 2018. [Citado 19 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1872/Tesis%20JM%20Blanco.pdf>
32. Fjortoft N, Van Winkle LJ, Hojat M. Measuring empathy in pharmacy students. *Am J Pharm Educ.* 2011;75(6):1–6. doi: 10.5688/ajpe756109
33. Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy. *Med Teach.* 2011; 33: 388–91. doi:10.3109/0142159X.2010.530319
34. Blanco JM, Valcárcel C, Guerra M del C, Ortigosa E, García F, Caballero F, et al. Empatía médica en residentes y tutores de medicina familiar y comunitaria. La visión del profesional y del paciente. *Aten Primaria.* 2020;52(3):185–92. doi: 10.1016/j.aprim.2018.04.009
35. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria.* 2016;48(1):8–14. doi: 10.1016/j.aprim.2014.12.012
36. Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medi Clin (Barc).* 2011;136(9):390–7. doi: 10.1016/j.medcli.2009.06.032
37. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med.* 2020;133(5):561–6. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012
38. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359–64. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
39. González-Goizueta E. Estudio de la satisfacción laboral y el Síndrome de Burnout en los médicos internos residentes de un hospital general. [Tesis doctoral] [Zaragoza]: La autora; 2006.
40. Jácome SJ, Villaquiran-Hurtado A, García CP, Duque IL. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Rev Cuid.* 2019; 10(1): e543. doi:10.15649/cuidarte.v10i1.54333
41. Freille D, Gazzoni F, Claros I, Curti F, Álvarez B. Síndrome de Burnout en médicos residentes de la Clínica Universitaria Reina Fabiola. *Rev Methodo.* 2020;5(3):88–92. doi:10.22529/me.2020.5(3)3

42. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89(3):443-51. doi:10.1097/ACM.0000000000000134
43. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract.* 2012;62(600):346-7. doi:10.3399/bjgp12X652193
44. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *J Clin Psychol.* 2002;58(11):1433-41. doi:10.1002/jclp.10090
45. Park C, Lee YJ, Hong M, Jung CH, Synn Y, Kwack YS, et al. A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *J Korean Med Sci.* 2016;31(4):590-7. doi:10.3346/jkms.2016.31.4.590. Huarcaya-Victoria J, Rivera-Encinas MT. Evaluation of medical empathy in students of a private university in Peru. *Educ Med.* 2019; 20:100–7. doi: 10.1016/j.edumed.2018.05.008
46. Delgado Domínguez C, Rodríguez Barraza A, Lagunes Córdoba R, Vázquez Martínez FD. Relación entre bienestar psicológico y empatía en médicos residentes en una universidad pública en México. *Investig Educ Med.* 2020;(34):16–23. doi:10.22201/facmed.20075057e.2020.34.19189
47. Parra G de J, Cámara RM. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investig Educ.* 2017; 6:221-27. doi: 10.1016/j.riem.2016.11.001
48. Suárez MA, Alcalá M. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Rev Med. La Paz.* 2014;20(1):53–7.
49. Delgado-Bolton R, San-Martín M, Alcorta-Garza A, Vivanco L. Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Aten Primaria.* 2016;48(9):565–71. doi: 10.1016/j.aprim.2015.10.005
50. Huarcaya-Victoria J, Rivera-Encinas MT. Evaluación de la empatía en alumnos de medicina humana de una universidad privada del Perú. *Educ Med.* 2019;20(S2): 100-07. doi: /10.1016/j.edumed.2018.05.008
51. Duarte MI, Rasposo M, Rodrigues PJ, Branco M. Measuring empathy in medical students, gender differences and level of medical education: An identification of a taxonomy of students. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;5(20):253–60. doi: 10.1016/j.riem.2016.04.007
52. Kyung P, Dong-hee K, Seok K, Young Y, Jae J, Jiun C et al. The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ.* 2015; 6:103–8. doi: 10.5116/ijme.55e6.0d44
53. Villalba J, Barrios I, Palacios JM. Niveles de empatía en médicos residentes: un estudio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Rev Salud Pública Parag.* 2020;10(1):37–43.
54. Madera-Anaya M, Tirado-Amador L, González-Martínez F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad de Cartagena. *Enferm Clin.* 2016; 2685):282-289. doi: 10.1016/j.enfcli.2016.06.004

55. Gabriela L, Miranda S, Vázquez RR, García AI. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Rev Espec Med-Quirurg.* 2011;16(4):221–8.
56. Varnum M, Blais C, Hampton RS, Brewer GA. Social class affects neural empathic responses. *Cult Brain.* 2015;3(2):122–30. doi:10.1007/s40167-015-0031-2

ANEXO 1

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) ha recibido y revisado la propuesta del Trabajo:

Título: Factores psicosociales más allá de la especialidad o año de formación, ¿predictores de niveles de empatía en residentes de neurociencias?

Alumna: Nerea Núñez Lechuga
Tutor: Ricardo Campos

2º. Considera que

- El proyecto no vulnera la legislación ni los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza el respeto a los principios éticos y legales, la confidencialidad de la información, la obtención del permiso para el acceso a los datos, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC **considera adecuada** la realización del trabajo en estas condiciones y siempre que el alumno reciba los datos pseudonimizados.

Lo que firmo en Zaragoza
GONZALEZ HINJOS MARIA
- DNI
03857456B
Firmado digitalmente
por GONZALEZ
HINJOS MARIA - DNI
03857456B
Fecha: 2021.02.10
09:44:35 +01'00'
María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO 2

Escala de la Empatía Médica de Jefferson.

Versión para profesionales sanitarios (JSE-HP)

- El cuestionario consta de 20 ítems, algunos de ellos formulados en positivo y otros en negativo.
- Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes preguntas utilizando una escala de 1 a 7 puntos (1: totalmente en desacuerdo; 7: totalmente de acuerdo).

1. Comprender cómo se sienten mis pacientes y sus familiares no es un factor relevante para el tratamiento médico	1 2 3 4 5 6 7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos	1 2 3 4 5 6 7
3. Me resulta difícil ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes	1 2 3 4 5 6 7
4. Considero que entender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico-paciente	1 2 3 4 5 6 7
5. Tengo un buen sentido del humor, lo que creo que contribuye a obtener un mejor resultado clínico	1 2 3 4 5 6 7
6. Como todo el mundo es diferente, me resulta casi imposible ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes	1 2 3 4 5 6 7
7. Trato de no prestar atención a las emociones de mis pacientes cuando los entrevisto y hago su historia clínica	1 2 3 4 5 6 7
8. Prestar atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento	1 2 3 4 5 6 7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando les atiendo	1 2 3 4 5 6 7
10. El hecho de comprender los sentimientos de mis pacientes les aporta una sensación de reconocimiento que resulta terapéutica por sí misma	1 2 3 4 5 6 7
11. Las enfermedades de los pacientes solo se pueden curar mediante tratamiento médico y, por tanto, ningún vínculo afectivo que establezca con mis pacientes podrá tener un valor significativo en ese cometido	1 2 3 4 5 6 7
12. Considero que preguntar a mis pacientes sobre lo que sucede en sus vidas es un factor sin importancia para comprender sus quejas físicas	1 2 3 4 5 6 7
13. Trato de comprender qué pasa por la mente de mis pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y a su lenguaje corporal	1 2 3 4 5 6 7
14. Creo que no hay lugar para las emociones en el tratamiento de las enfermedades médicas	1 2 3 4 5 6 7
15. La empatía es una destreza terapéutica sin la cual mi éxito como médico estaría limitado	1 2 3 4 5 6 7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familiares	1 2 3 4 5 6 7
17. Trato de pensar como mis pacientes para prestarles una mejor atención	1 2 3 4 5 6 7
18. No permito que me afecten las relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y sus familiares	1 2 3 4 5 6 7
19. No disfruto leyendo literatura no médica ni con actividades artísticas	1 2 3 4 5 6 7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico	1 2 3 4 5 6 7

ANEXO 3

APGAR Familiar

- El cuestionario consta de 5 ítems
- Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes preguntas utilizando una escala de 1 a 3 puntos (1: casi nunca; 2: algunas veces; 3: casi siempre)

1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad	1 2 3
2. Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.	1 2 3
3. Me satisface cómo mi familia me acepta y apoya en mis deseos de emprender nuevas actividades	1 2 3
4. Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones	1 2 3
5. Me satisface el tiempo que comparto con mi familia	1 2 3

ANEXO 4

Cuestionario sociodemográfico y psicosocial

1. Género: Femenino// Masculino
2. Edad: Respuesta abierta
3. Año de residencia: 1º/2º/3º/4º/5º
4. Especialidad de residencia: Medicina Interna/ Neurología/ Neurocirugía/ Radiodiagnóstico/ Medicina física y rehabilitación/ Psiquiatría/ Neurofisiología Clínica/ Otorrinolaringología
5. Estado civil: Casado/ Soltero/ Otro
6. ¿Tiene hijos?: Sí/ No
7. Núcleo de procedencia: Rural/ Urbano.
8. País de procedencia: España/ Otro
9. ¿Realiza actividades sociales (voluntariado, asociacionismo, organizaciones políticas...) de forma habitual?: Sí/ No
10. ¿Ha realizado una carrera o formación (grado medio, superior, formación no reglada) previa a Medicina?: Sí/ No
11. Nivel socioeconómico del núcleo familiar: Bajo/ Medio-bajo/ Medio/ Medio-Alto/ Alto
12. Nivel de estudios máximos alcanzados por el padre: Sin estudios/ Estudios básicos/ ESO/ Bachillerato o ciclos formativos/ Estudios universitarios
13. Nivel de estudios máximos alcanzados por la madre: Sin estudios/ Estudios básicos/ ESO/ Bachillerato o ciclos formativos/ Estudios universitarios
14. ¿Sus padres son médicos?: No/ Sí, uno de ellos/ Sí, ambos