



Universidad de Navarra

Facultad de Medicina

**INFLUENCIA DEL PROYECTO DE IDENTIDAD
MÉDICA EN LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA**

Loreto García del Barrio

Pamplona, 2022



Universidad de Navarra

Facultad de Medicina

Memoria presentada por la licenciada Dña. Loreto García del Barrio, para aspirar al Grado de Doctor por la Universidad de Navarra en el Programa de Doctorado de Medicina Aplicada y Biomedicina

Firmado: Loreto García del Barrio

El presente trabajo ha sido realizado bajo la Dirección de la Dra Nieves Díez Goñi del Departamento de Patología, Anatomía y Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y autorizo su presentación ante el Tribunal que lo ha de juzgar.

Pamplona, 13 de octubre de 2022

Firmado: Prof^a. Nieves Díez Goñi

A Xavi, mi impulso

A mis padres, almas universitarias

A mis hijos, el futuro

MI MÁS SINCERO AGRADECIMIENTO,

A la Dra. Nieves Díez Goñi, directora de tesis y mucho más, por su generosidad y dedicación inconmensurables, que han hecho posible que este trabajo vea la luz.

A la Universidad de Navarra, mi hogar universitario, donde estudié Medicina, y a la Clínica Universidad de Navarra, donde aprendo cada día a ser médico.

A la Dra. Isabel Morales, amiga generosa, que ha hecho posible que este trabajo esté disponible en forma y aspecto adecuados y bellos.

A mis compañeros del Servicio de Radiología, con quien disfruto ejerciendo nuestra profesión.

A los residentes de la Clínica Universidad de Navarra, que me motivan día a día con sus ganas de aprender.

A los estudiantes de la Facultad de Medicina, motivo y motor de este proyecto de Educación Médica. En especial a los que voluntariamente han participado en este estudio.

A los médicos de Atención Primaria y a sus pacientes, que colaboraron desinteresadamente para la validación de las escalas.

A muchísimas personas que han contribuido a este trabajo, la lista es inmensa, y saben que les agradezco de corazón.

A mis padres, auténticos universitarios, y a mis hermanos, apoyo incondicional.

A mis hijos: Xavi, traductor y revisor incondicional, Carlos, Pablo, Loreto, Carmen y Marian, que me impulsan constantemente y me hacen llegar más alto.

A Xavi, por acompañarme en el camino, haciéndome feliz y ayudándome a sacar lo mejor de mí misma.

A todos, gracias.

RESUMEN

La empatía se considera una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina, ya que es fundamental en la relación médico-paciente. Es uno de los aspectos del profesionalismo médico que los pacientes más valoran y reclaman.

A pesar de ello, la enseñanza de la empatía sigue careciendo de un lugar destacado en los programas docentes. En general, los estudiantes que entran en las facultades de medicina son idealistas y están ilusionados por convertirse en médicos. Sin embargo, a lo largo de los años de Facultad, hay estudios que señalan una disminución de la empatía y motivación, por lo que se han llevado a cabo diversos estudios intentando clarificar que factores modifican esta actitud, así como qué intervenciones ayudan a mantenerla y aumentarla.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra pusimos en marcha el proyecto de Identidad Médica, cuyo objetivo es trabajar con los estudiantes aspectos fundamentales del profesionalismo a través de la reflexión.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la autovaloración de la empatía y la empatía percibida por el paciente estandarizado, en los estudiantes de Medicina del último curso de la Universidad de Navarra, medida en el ECOE de 6º, mejoran en los estudiantes que han cursado los talleres de Identidad Médica (Promoción 2019), respecto a los estudiantes que no la han cursado (Promoción 2018).

PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPE).

No existía una escala traducida y validada al español (España) para evaluar la empatía del médico desde la perspectiva del paciente, por lo que nuestro primer objetivo fue llevar a cabo esa traducción y validación. Lo hicimos de las dos escalas más utilizadas en otros idiomas: la medida de consulta y empatía relacional (CARE) y la escala de Jefferson de percepción de la empatía del médico por parte del paciente (JSPPE).

Después de la traducción y retrotraducción de ambas escalas, 369 pacientes de 5 centros de Salud Atención Primaria de Pamplona (Navarra, España) completaron las escalas Sp-CARE y Sp-JSPPE, un cuestionario sociodemográfico y una pregunta sobre satisfacción. Estudiamos la fiabilidad interna (α de Cronbach y α ordinal), homogeneidad

(correlaciones ítem-total corregidas), validez de constructo: análisis factorial confirmatorio (CFA) y validez concurrente (correlación de Spearman) de ambas escalas.

El α de Cronbach y el α ordinal fueron 0,953 y 0,970 respectivamente para Sp-CARE y 0,870 y 0,919, respectivamente, para Sp-JSPPPE. Todas las correlaciones ítem-total corregidas excedieron el límite aceptado de 0,30, lo que indica una alta fiabilidad interna y homogeneidad. CFA corroboró la estructura unifactorial propuesta en la versión original de ambas escalas. La puntuación total para el Sp-JSPPPE se correlacionó significativamente con sp-CARE (ρ de Spearman 0,651, $p < 0,001$) y con la satisfacción general del paciente (ρ de Spearman 0,504, $p < 0,001$).

Los resultados avalan la fiabilidad y validez de las escalas Sp-CARE y Sp-JSPPPE en Atención Primaria.

SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA.

Nuestro objetivo principal era analizar el efecto de este itinerario en un aspecto concreto, pero muy importante del profesionalismo médico, la empatía, en dos promociones consecutivas de Medicina, la de 2018 (que no había cursado Identidad Médica) y la de 2019 (primera promoción en cursarla). Reclutamos 110 estudiantes de la promoción de 2018 y 131 de la promoción de 2019. Se recogieron los cuestionarios de datos personales, dos escalas de autovaloración de la empatía (JSE-S e IRI), un cuestionario de personalidad (NEO-FFI), y las dos escalas de valoración de la empatía por parte de pacientes estandarizadas traducidas y validadas (Sp-CARE y Sp-JSPPPE), durante un caso de la ECOE que fue el mismo para ambas promociones.

Previa a la comparación entre ambas promociones, estudiamos la correlación entre las escalas de autovaloración de empatía, JSE-S e IRI, que fue moderada; la correlación entre las escalas de valoración por parte del paciente estandarizado, JSPPPE y CARE, que fue fuerte; y la correlación entre los dos tipos de escalas, de autovaloración y de valoración por parte del paciente estandarizado, donde no encontramos correlación.

Respecto a los factores que pueden influir en la empatía, en la escala de autovaloración JSE-S fue mayor la empatía en las mujeres, en los estudiantes que tienen rasgos de extraversión, en los que tienen experiencia de voluntariado y en aquellos que

prefieren Medicina de Familia frente a especialidades quirúrgicas. En la escala de autovaloración IRI encontramos mayor empatía en las mujeres, en aquellos que tienen rasgos de personalidad predominantes de apertura y amabilidad, en los que habían realizado más de 3 rotaciones del grupo de Médicas y Psiquiatría, y en aquellos que prefieren Medicina de Familia frente a especialidades quirúrgicas.

En las escalas de valoración de empatía de los estudiantes por parte de los pacientes estandarizados, observamos en JSPPPE mayor empatía en aquellos con experiencia de voluntariado, y en CARE, en aquellos con experiencia de enfermedad grave propia o de familiar/amigo y con experiencia de voluntariado, en la promoción de 2018. Esas diferencias no se observaron en la promoción de 2019, por lo que pensamos que el proyecto de Identidad Médica puede aportar algo similar a las experiencias de enfermedad grave cercana y de voluntariado.

Al comparar entre las dos promociones, ajustando por factores, no encontramos diferencias significativas en las escalas de autovaloración de la empatía total, JSE-S e IRI. En cuanto a la empatía valorada por el paciente estandarizado, JSPPPE y CARE encontramos valores más altos en los estudiantes de la promoción de 2019, y creemos que el Itinerario de Identidad Médica ha podido contribuir a ello. Se trata de una intervención larga y mantenida, que utiliza la reflexión escrita del propio estudiante como herramienta formativa, ayudándole a reflexionar sobre sus vivencias y emociones, aprendiendo de ellas y de las diferentes situaciones que se le presentan en la práctica médica.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	29
1.1. EMPATÍA: ETIMOLOGÍA.....	29
1.1.1. Marco histórico.....	29
1.1.2. Empatía médica: Definición y componentes.....	29
1.1.3. Empatía, simpatía y compasión.....	31
1.2. IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA EMPATÍA EN EL GRADO DE MEDICINA.....	32
1.3. EMPATÍA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	33
1.3.1. Factores que pueden modificar la empatía relacionadas con el Grado de Medicina.....	33
1.3.2. Otros factores que pueden influir en la empatía.....	34
1.3.3. Instrumentos de medición de la empatía médica.....	36
1.3.3.1. Escalas de autovaloración.....	36
1.3.3.2. Escalas de valoración por parte del Paciente.....	38
1.4. TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS.....	39
1.4.1. Fiabilidad: Consistencia interna.....	39
1.4.2. Validez.....	40
1.4.3. Aceptabilidad.....	40
1.5. CÓMO SE PUEDE MANTENER O AUMENTAR LA EMPATÍA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	41
1.6. ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.....	41
2. HIPÓTESIS	47
3. OBJETIVOS	51

3.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPPE).....	51
3.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA ..	51
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	55
4.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPPE).....	55
4.1.1. Traducción de las escalas	55
4.1.2. Diseño del estudio y participantes	56
4.1.3. Análisis estadístico.....	56
4.1.3.1. Fiabilidad: Consistencia interna.....	57
4.1.3.2. Validez	57
4.1.3.3. Aceptabilidad	58
4.1.3.4. Regresión multivariable	58
4.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA ..	58
4.2.1. Diseño del estudio y participantes	58
4.2.2. Datos personales	59
4.2.3. Escala JSE-S	60
4.2.4. Escala IRI.....	61
4.2.5. Inventario de personalidad (NEO-FFI).....	61
4.2.6. Análisis estadístico.....	62
5. RESULTADOS.....	65
5.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPPE).....	65

5.1.1. Sp-CARE	66
5.1.1.1. Datos descriptivos de la escala	66
5.1.1.2. Fiabilidad: Consistencia interna.....	67
5.1.1.3. Validez de constructo.....	68
5.1.1.4. Validez concurrente	69
5.1.1.5. Aceptabilidad	69
5.1.1.6. Análisis de regresión multivariable	69
5.1.3. Sp-JSPPE	71
5.1.3.1. Datos descriptivos de la escala	71
5.1.3.2. Fiabilidad: Consistencia interna.....	72
5.1.3.3. Validez de constructo.....	72
5.1.3.4. Validez concurrente	73
5.1.3.5. Análisis de regresión multivariable	73
5.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA..	75
5.2.1. Descripción de la muestra. Cuestionarios cumplimentados.....	75
5.2.2. Comparación entre las diferentes escalas de empatía utilizadas.....	76
5.2.2.1. Comparación de las escalas totales de autovaloración (JSE-S/ IRI).....	76
5.2.2.2. Comparación de las subescalas de las escalas de autovaloración JSE-S e IRI	77
5.2.2.3. Comparación de las escalas de valoración de empatía por parte del paciente estandarizado	79
5.2.2.4. Comparación de las escalas de autovaloración de empatía versus valoración por parte del paciente estandarizado	79
5.2.3. Factores que pueden influir en la empatía de los estudiantes	80
5.2.3.1. Sexo: Mujeres vs varones	80
5.2.3.2. Enfermedad grave propia	81

5.2.3.3. Enfermedad grave de familiar/amigo.....	82
5.2.3.4. Voluntariado	83
5.2.3.5. Personalidad.....	84
5.2.3.6. Pasantías.....	86
5.2.3.7. Especialidad preferida.....	87
5.2.3.8. Asignaturas optativas cursadas	88
5.2.4. Comparación de la empatía entre las promociones de 2018 y 2019.....	89
5.2.4.1. Comparación de la empatía mediante autovaloración entre las promociones de 2018 y 2019	89
5.2.4.2. Comparación de la empatía mediante valoración por parte del paciente estandarizado entre las promociones de 2018 y 2019.....	92
6. DISCUSIÓN.....	97
6.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPPE).....	97
6.1.1. Sp-CARE	97
6.1.1.1. Datos descriptivos de la escala	97
6.1.1.2. Fiabilidad: Consistencia interna.....	98
6.1.1.3. Validez de constructo.....	99
6.1.1.4. Validez concurrente	99
6.1.1.5. Análisis de regresión multivariable	99
6.1.2. Sp- JSPPPE	99
6.1.2.1. Datos descriptivos de la escala	100
6.1.2.2. Fiabilidad: Consistencia interna.....	101
6.1.2.3. Validez de constructo.....	101
6.1.2.4. Validez concurrente	101
6.1.2.5. Análisis de regresión multivariable	101

6.1.3. Sp-CARE y Sp-JSPPE.....	102
6.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA	103
6.2.1. Datos personales	103
6.2.2. Comparación de escalas	104
6.2.2.1. Comparación de las escalas y subescalas de autovaloración de la empatía (JSE-S/IRI).....	104
6.2.2.2. Comparación de las escalas de valoración de la empatía por parte del paciente (CARE/JSPPE)	105
6.2.2.3. Comparación de escalas de autovaloración de la empatía y escalas de valoración por parte del paciente	105
6.2.3. Factores que pueden influir en la empatía	106
6.2.3.1. Sexo: Mujeres vs varones	106
6.2.3.2. Enfermedad grave propia o de familiar cercano/amigo	108
6.2.3.3. Voluntariado	109
6.2.3.4. Personalidad	109
6.2.3.5. Especialidad preferida.....	111
6.2.3.6. Pasantías.....	111
6.2.3.7. Asignaturas optativas cursadas	112
6.2.4. Comparación de la empatía entre las promociones de 2018 y 2019.....	113
6.2.4.1. Comparación de la empatía mediante autovaloración entre las promociones de 2018 y 2019	114
6.2.4.2. Comparación de la empatía mediante valoración por parte del paciente estandarizado entre las promociones de 2018 y 2019	118
6.2.4.3. Comparación de la empatía mediante escalas de autovaloración y escalas de valoración por parte del paciente estandarizado, entre las promociones de 2018 y 2019	119
6.2.4.4. Reflexiones finales.....	120

7. CONCLUSIONES	125
7.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPE).....	125
7.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA	125
8. BIBLIOGRAFÍA	129
9. ANEXOS	153
Anexo 1. Portafolio para reflexión del alumno.	153
Anexo 2. Escala CARE (Consultation and Relational Empathy).....	154
Anexo 3. Escala JSPPE (Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy).....	155
Anexo 4. Datos sociodemográficos del médico	156
Anexo 5. Datos sociodemográficos del paciente.....	157
Anexo 6. Hoja de información para el médico.....	158
Anexo 7. Hoja de información para el paciente.	161
Anexo 8. Hoja de consentimiento informado para el médico.	164
Anexo 9. Hoja de consentimiento informado para paciente.....	165
Anexo 10. Hoja de información para el alumno participante	166
Anexo 11. Hoja de consentimiento informado para el alumno participante	169
Anexo 12. Cuestionario de datos personales	170
Anexo 13. Escala de empatía para estudiantes de medicina (JSE-S)	174
Anexo 14. Escala de autovaloración de empatía (IRI).	175
Anexo 15. Asignaturas optativas categorizadas de menor relación a mayor relación con la empatía.....	176
Anexo 16. Inventario de personalidad (NEO-FFI)	177

Anexo 17. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del sexo (mujer vs varón).....	179
Anexo 18. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia propia de enfermedad grave (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.	182
Anexo 19. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia de enfermedad grave de familiar/amigo (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.	183
Anexo 20. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del voluntariado (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.	184
Anexo 21. Tabla de correlación entre la autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado de empatía con los rasgos de personalidad en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.....	185
Anexo 22. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las pasantías (≤ 3 médicas + Psiquiatría vs >3) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.	186
Anexo 23. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las especialidades preferidas (quirúrgicas vs Medicina de Familia) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.	187
Anexo 24. Artículos publicados	188

ABREVIATURAS

AAMC: Association of American Medical Colleges

AFC: Análisis Factorial Confirmatorio

AFE: Análisis Factorial Exploratorio

CARE: Consultation and Relational Empathy

CFI: Comparative Fit Index

Chi²: Chi-cuadrado

DE: Desviación Estándar

ECOE: Examen Clínico Objetivo Estructurado

GMC: General Medical Council

IRI: Interpersonal Reactivity Index

IRI EC: subescala de IRI, Empathic Concern

IRI FS: subescala de IRI, Fantasy

IRI PD: subescala de IRI, Personal Distress

IRI PT: subescala de IRI, Perspective Taking

JSE: Jefferson Scale of Empathy

JSE-HP: Health Professions version of the Jefferson Scale of Empathy

JSE-HPS: Health Professions Students version of the Jefferson Scale of Empathy

JSE-S: Medical Students version of the Jefferson Scale of Empathy

JSE-S CC: subescala de JSE-S, Compassionate Care

JSE-S PT: subescala de JSE-S, Perspective Taking

JSE-S STS: subescala de JSE-S, Standing in the Patient's Shoes

JSPPPE: Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

NEO-FFI: Neo Five-Factor Inventory

OMC: Organización Médica Colegial

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SEM: Structural Equation Modeling

Sp-CARE: Escala CARE en español de España

Sp-JSPPPE: Escala JSPPPE en español de España

TLI: Tucker-Lewis Index

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Componentes de la empatía.

Tabla 2. Especialidades agrupadas.

Tabla 3. Características demográficas de los 369 pacientes de 5 centros de Atención Primaria.

Tabla 4. Escala Sp-CARE. Medias de cada ítem y total en 365 pacientes.

Tabla 5. Fiabilidad y homogeneidad de la escala Sp-CARE.

Tabla 6: Regresión multivariable de las características del paciente, del médico y de la consulta, asociadas con las puntuaciones de la escala Sp-CARE. Todas las variables presentadas en la tabla se incluyen al mismo tiempo en un modelo multivariable.

Tabla 7. Escala Sp-JSPPE. Medias de cada ítem y total en 367 pacientes.

Tabla 8: Fiabilidad y homogeneidad de la escala Sp-JSPPE.

Tabla 9. Regresión multivariable de las características del paciente, del médico y de la consulta asociadas con las puntuaciones de la escala Sp-JSPPE. Todas las variables presentadas en la tabla se incluyen al mismo tiempo en un modelo multivariable.

Tabla 10. Datos personales de los estudiantes de ambas promociones.

Tabla 11. Correlaciones entre las subescalas de escalas de autovaloración: IRI y JSE-S.

Tabla 12. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del sexo (mujer vs varón) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

Tabla 13. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia propia de enfermedad grave (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

Tabla 14. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia de enfermedad grave de familiar/amigo (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

Tabla 15. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del voluntariado (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

Tabla 16. Correlación entre la autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado de la empatía, con los rasgos de personalidad en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

Tabla 17. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las pasantías (≤ 3 médicas + Psiquiatría vs > 3) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado

Tabla 18. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las especialidades preferidas (quirúrgicas vs Medicina de Familia) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

Tabla 19. Comparación de la empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado entre las promociones de 2018 y 2019.

Tabla 20. Comparación de la empatía mediante autovaloración con JSE-S ajustando por factores que influyen en la empatía.

Tabla 21. Comparación de la empatía mediante autovaloración con IRI ajustando por factores que influyen en la empatía.

Tabla 22. Comparación de la empatía mediante valoración por parte del paciente estandarizado ajustando por los factores que influyen en la empatía.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama del modelo de un factor mejorado de la escala Sp-CARE.

Figura 2. Diagrama del modelo de un factor mejorado de la escala Sp-JSPPE.

Figura 3. Correlación de las escalas de autovaloración (JSE-S/ IRI): a) promociones juntas; b) promociones separadas.

Figura 4. Correlación de las escalas de valoración por parte del paciente estandarizado (JSPPE/CARE): a) promociones juntas; b) promociones separadas.



INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EMPATÍA: ETIMOLOGÍA

1.1.1. Marco histórico

El concepto de empatía fue utilizado por primera vez en 1873 por Robert Vischer, un historiador de arte y filósofo alemán que usó la palabra *Einfühlung* para abordar los sentimientos de un observador provocados por las obras de arte. Posteriormente, en 1903, Wilhelm Wundt, psicólogo, utilizó el término *Einfühlung* en el contexto de las relaciones humanas (1). La palabra empatía, del griego *empátheia*, es un neologismo acuñado por el psicólogo Edward Bradner Titchener (2) como traducción del término *Einfühlung* (3). *Empátheia* significa apreciación de los sentimientos de otra persona. Southard (4) fue el primero en describir la importancia de la empatía en la relación entre médico y paciente, para facilitar la comunicación del diagnóstico.

El diccionario de la lengua española tiene dos acepciones para el término empatía: 1) sentimiento de identificación con algo o alguien; 2) capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos.

1.1.2. Empatía médica: Definición y componentes

En lo que respecta al concepto de empatía médica, es difícil de definir, pero muy importante, y requiere una conceptualización clara, tanto en el contexto de la educación médica como en el de la atención al paciente. Las definiciones encontradas en la literatura indican que existe bastante desacuerdo entre los investigadores, siendo la más aceptada la división clásica en dos componentes: cognitivo y afectivo.

Algunos investigadores tienen en cuenta predominantemente el **componente cognitivo**. Kohler (5) fue uno de los primeros en argumentar que la empatía era más la comprensión de los sentimientos del otro que el compartirlos. El componente cognitivo implica la capacidad de comprender las experiencias y perspectivas del paciente, comunicarle que se le ha comprendido con intención de ayudar, pero sin involucrar una respuesta emocional personal (6). Es decir, ponen más énfasis en la comprensión y la percepción que en la implicación emocional. Se basa en identificar y comprender la perspectiva del paciente, sin perder la objetividad.

Friedlmeier y otros autores (7–9) tienen en cuenta el **componente afectivo o emocional**, y la describen como una reacción afectiva que surge ante la percepción del estado emocional de otra persona, que implica experimentarla indirectamente y prestarle atención. Para ellos, un requisito previo de la comprensión afectiva es la autoconciencia. Sólo a través de la autoconciencia es posible ver el comportamiento de la persona observada como una expresión de su estado emocional y hacer una distinción mental entre uno mismo y el “otro yo”. De ahí que la mayoría de los autores con enfoque afectivo presuponen que, durante el evento empático, hay algo que se puede caracterizar como una identificación parcial del observador con lo observado. Según esta definición, la diferenciación entre la propia experiencia y la experiencia de otro es el criterio decisivo para definir la empatía afectiva (9).

Un tercer grupo muestra una visión integradora, considerando que la empatía comprende tanto la dimensión afectiva como cognitiva (10). Estos autores destacan varias fases para alcanzar la comunicación empática: 1) reconocer la existencia de emociones intensas en el paciente; 2) imaginar cómo se siente el paciente; 3) transmitir al paciente que conocemos su emoción; 4) legitimar los sentimientos del paciente y mostrar respeto por los esfuerzos que está realizando para afrontar su situación y 5) ofrecer ayuda.

Recientemente, otros autores (11) defienden un concepto más amplio de empatía, teniendo en cuenta otros componentes: cognitivo, afectivo, conductual, intrínseco y autorregulador. Describen el *componente cognitivo* como “ponerse en el lugar del paciente” sin confundir la experiencia del paciente con la propia, identificar y comprender la perspectiva del paciente sin perder la objetividad (12). El *componente afectivo* reconoce las emociones del paciente y ofrece una respuesta adecuada, y está estrechamente relacionado con el *componente conductual* que implica la comunicación verbal y no verbal de la otra persona, y con el *componente de motivación intrínseca* para ayudar al otro a reducir su angustia (11). Decety y Meyer (13) y Airagnes (12) argumentan que responder a las emociones y necesidades de los demás requiere la presencia de *autorregulación* y la capacidad de evitar la “confusión entre uno mismo y los demás”.

Tabla 1. Componentes de la empatía

Cognitivo	Se basa en identificar y comprender la perspectiva del paciente sin perder la objetividad. “Ponerse en el lugar del paciente” sin confundir la experiencia del paciente con la propia.
Afectivo	Se basa en reconocer las emociones del paciente y ofrecer una respuesta adecuada.
Conductual	Implica la comunicación verbal y no verbal de la otra persona.
Intrínseco	Motivación intrínseca para ayudar al otro a reducir su angustia.
Autorregulador	Para responder a las emociones y necesidades de los demás requiere la presencia de autorregulación y la capacidad de evitar la “confusión entre uno mismo y los demás”

Adaptado de Yi Cheng Zhou¹, 2021(11)

1.1.3. Empatía, simpatía y compasión

En ocasiones podemos confundir la empatía con otros conceptos. La simpatía se ha definido como “experimentar las emociones de otra persona” en contraposición a imaginar esas emociones, o como una preocupación por el bienestar de los demás (14,15). La simpatía está relacionada con los elementos afectivos de la empatía (16) pero se diferencia en que no adopta una perspectiva “orientada hacia el otro” si no que está “autoorientada”, lo que pone al receptor en riesgo de angustia personal (17).

La compasión comparte muchas características de la empatía y ha sido descrita como “un sentimiento de profunda simpatía y dolor por otro que está afectado por el sufrimiento o la desgracia, acompañado de un fuerte deseo de aliviar el dolor o eliminar su causa” (18). En educación médica y en la práctica médica se prefiere utilizar el término más amplio de “empatía” que el de “compasión”, ya que la empatía engloba el componente cognitivo del que puede carecer la compasión (19).

1.2. IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA EMPATÍA EN EL GRADO DE MEDICINA

La empatía se considera una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina, ya que es una cualidad fundamental en la relación médico-paciente (20). Los pacientes aprecian la dedicación de su médico, que incluye escuchar, explicar claramente e involucrarlos en la toma de decisiones (21). Es la cualidad personal que se menciona con mayor frecuencia cuando se describe a un “médico humanista” (22,23) y un elemento importante del profesionalismo en medicina (24).

Varios autores y sociedades científicas remarcan su importancia. Cowley C. sostiene que “las Facultades de Medicina necesitan estudiantes que sean más capaces de entender al paciente y por lo tanto puedan aplicar el tratamiento más adecuado” (24). El *General Medical Council* (GMC) incluye numerosas referencias a la empatía y la describe como una cualidad que lleva a ser un buen médico (25). La *Association of American Medical Colleges* (AAMC) afirma que “los médicos deben ser compasivos y comprensivos en el cuidado de los pacientes, y que la enseñanza de la empatía debe ser un objetivo esencial en la educación de pregrado” (26). En España, el Código de Deontología médica de la Organización Médica Colegial (OMC) en el capítulo III, recoge que: 1) El médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente y 2) La asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y paciente (27).

Respecto a los beneficios que aporta la empatía en los pacientes, uno de los más importantes es el aumento de su satisfacción (28–31), pero también se observa mejoría en los resultados clínicos debido a una mejor comunicación y relación médico-paciente. Al expresar con mayor facilidad los síntomas y preocupaciones, se obtiene una mejor anamnesis y precisión diagnóstica (32), así como un aumento de la adherencia al tratamiento y recomendaciones (33,34). Todo esto contribuye a una disminución de errores médicos y de juicios por mala práctica (35). También se reducen los costes, ya que al mejorar la comunicación disminuye el número de pruebas diagnósticas que se realizan (36).

La medicina y otras profesiones del cuidado de la salud se asocian con el estrés, y en este contexto, la empatía parece influir positivamente en los médicos, relacionándose con mayor satisfacción profesional, menor estrés y menor “burnout” (37–40).

Además, se ha observado que una mayor empatía se correlaciona con evaluaciones más altas de la competencia clínica (41).

1.3. EMPATÍA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

A pesar de la evidencia existente sobre los beneficios de la empatía médica, la enseñanza de la empatía sigue careciendo de un lugar destacado en los programas docentes. En general, los estudiantes que entran en las Facultades de Medicina son idealistas y están ilusionados por convertirse en médicos. Sin embargo, hay una serie de factores que modifican esta actitud (42), lo que ha llevado a realizar diferentes estudios para clarificarlos. En Estados Unidos se ha observado una disminución significativa de la empatía durante los estudios de medicina y de especialización, algo que los docentes médicos observan con preocupación creciente (43,44). No obstante, en los estudios europeos esta disminución no es tan evidente (45,46).

1.3.1. Factores que pueden modificar la empatía relacionadas con el Grado de Medicina

Algunos trabajos correlacionan la disminución de la empatía en los estudiantes con la exposición a los pacientes y el entorno clínico, siendo más pronunciada en los últimos cursos (47,48). Entre las razones que parecen motivar esta disminución destacan: 1) la sobrecarga de trabajo académico de los alumnos, que aumenta la angustia entre los estudiantes, disminuyendo su empatía. Más del 80% de los estudiantes tienen alguna manifestación de angustia, y más del 50% tienen más de 3 manifestaciones, incluyendo como tales el “burnout”, la baja calidad de vida, la depresión, el insomnio y el estrés (49); 2) el “currículo oculto”: los estudiantes destacan que se prioriza la adquisición de conocimientos teóricos y de habilidades sobre el conocimiento humanístico (transmitido en el currículo informal y oculto). Aunque su importancia no deja de recalcarse, no se le da prioridad y la limitación de tiempo hace que los estudiantes lo dejen de lado (50); 3) el realizar las pasantías con profesionales que tienen gran presión asistencial (51); 4) la necesidad que los estudiantes perciben de distanciarse del paciente, el cinismo y la

pérdida del idealismo. Algunos alumnos intentan reconciliar la razón con las emociones, y ven éstas últimas como una amenaza a la racionalidad en lugar de aplicar una visión más integrada. Sin embargo, existen numerosos argumentos filosóficos y pruebas empíricas que indican que las emociones, manejadas de modo adecuado, pueden ser una fuente importante de información y punto de partida para la autorreflexión, y ayudarían al médico a identificar aspectos importantes en la consulta (16). En muchas ocasiones los estudiantes quieren controlar y reprimir estas emociones (ante la muerte, sufrimiento, error médico, etc.) porque no saben cómo manejarlas, y este aumento de la distancia emocional disminuye la empatía (52).

1.3.2. Otros factores que pueden influir en la empatía

Respecto al **género y edad**, las mujeres reportan constantemente una mayor empatía que los hombres, fundamentalmente cuando se evalúa con escalas de autovaloración (41,53–57); aunque algún trabajo ha encontrado también diferencias en la valoración por parte de pacientes estandarizados (58).

Algunos estudios observan que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales, lo que puede conducir a una mejor comprensión y, por lo tanto, a una mejor relación empática, tanto cognitiva como emocional (41). Iman Hegazi objetivó que la empatía, tanto cognitiva como afectiva, no se modificaba en los estudiantes varones durante los estudios de medicina, mientras que la empatía afectiva aumentaba en las mujeres. No está claro si se trata de un efecto del proceso de educación médica o simplemente de un desarrollo natural con la edad (32). Otros trabajos han demostrado correlación entre la activación del hemisferio derecho y la empatía en mujeres, así como el aumento de esta diferencia con los varones al incrementarse la edad (59).

La vivencia de **enfermedad grave**, propia o de una persona cercana, es otro factor importante para el desarrollo de la empatía, y se ha considerado factor de riesgo para alteraciones psicológicas entre los estudiantes de Medicina en España (60).

La experiencia de **voluntariado** es un factor que se asocia con una mayor empatía. Varios estudios demuestran que la empatía de los estudiantes aumenta tras una “intervención” de voluntariado (61,62). En otros estudios, la comparación entre

estudiantes de la misma promoción, con y sin experiencia de voluntariado, evidencia mayor empatía en el grupo de estudiantes con esa experiencia (45,63).

La **personalidad del alumno** de medicina podría ser una variable importante que module la empatía (64,65). La personalidad es una forma efectiva de medir las diferencias individuales en los patrones de pensamiento o las tendencias emocionales. Según la Real Academia Nacional de Medicina de España, la personalidad se define como la cualidad o estado de la persona que hace a cada uno diferente de los otros e igual a sí mismo a lo largo del tiempo. Está constituida por un conjunto de características psicofísicas organizadas en un sistema que determinan el modo propio de conducirse y reaccionar. Con este modo de ser, el individuo mantiene su equilibrio dinámico interno y su adaptación y relación con el mundo (66).

Respecto a los cuestionarios de personalidad en psicología médica, uno de los más utilizados es el NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (67,68). Es un cuestionario breve y sencillo que se utiliza frecuentemente en educación médica y valora 5 dimensiones de la personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad, teniendo en cuenta el género, edad y diferencias educacionales.

En algunos estudios, se han hallado relaciones positivas entre empatía autovalorada y algunas características de la personalidad como la “amabilidad”, la “apertura a lo nuevo”, la “meticulosidad” y la “sociabilidad”, así como relaciones negativas con características indeseables como la “agresividad” (69–75). En otros estudios, el estrés empático se ha relacionado con el “neuroticismo” (76,77).

Las **pasantías**, llevadas a cabo durante la carrera por el estudiante, pueden influir también en su formación en empatía, ya que la exposición a los pacientes y el entorno clínico se ha asociado a disminución de la empatía en algunos estudios (47,48).

En cuanto a la **preferencia de especialidad**, los estudiantes de medicina que planean elegir especialidades con alta interacción con el paciente (p.e. Atención Primaria y pediatría) muestran una empatía media más alta que los que prefieren especialidades con poca comunicación con el paciente (p.e. Anatomía Patológica y radiología) (49,57,78,79).

1.3.3. Instrumentos de medición de la empatía médica

La empatía médica puede evaluarse mediante tres puntos de vista: autovaloración, valoración por parte del paciente o realizada por un observador. La correlación entre estas tres medidas es variable (23,80,81).

Tener en cuenta el punto de vista del paciente contempla la inclusión de sus expectativas y tiene el potencial de maximizar los resultados clínicos exitosos. Además, se ha comprobado que las autovaloraciones de empatía de los médicos no siempre se correlacionan con la de sus pacientes (50). En la valoración por parte del paciente, además de la interacción directa con el médico, pueden afectar a la perspectiva del paciente otros factores como el lugar de la entrevista, el sexo del paciente o del médico, la duración o el contexto de la consulta (82).

1.3.3.1. Escalas de autovaloración

Respecto a la autovaloración, hay varias escalas para la población general. Entre ellas se encuentran la escala de empatía, el índice de reactividad interpersonal, la escala de empatía emocional y la escala equilibrada de empatía emocional (83).

La escala de empatía para estudiantes de medicina de Jefferson (en inglés, **JSE-S**: Jefferson Scale of Empathy-Students) fue desarrollada por Hojat M. y col. Valora la empatía médica teniendo en cuenta fundamentalmente el componente cognitivo (84) y se utiliza para evaluar la empatía de los estudiantes de medicina (85). Tras realizar estudios de validación y fiabilidad se ha corregido para mejorar su claridad (41,83,86).

Además de la versión para estudiantes (JSE-S) (84), hay una versión adaptada para los profesionales de la salud (86) (JSE-HP) y otra para estudiantes de profesiones sanitarias (JSE-HPS). Las tres versiones son muy similares en contenido con pequeñas diferencias en alguna palabra para ajustarla a la población a la que va dirigida (85).

La escala analiza tres dimensiones de la empatía: 1) “toma de perspectiva” (en inglés, PT: Perspective Taking) que valora la empatía cognitiva, refleja el entendimiento racional del profesional acerca del padecimiento del paciente y es la más importante de la escala; 2) “atención con compasión” (en inglés, CC: Compassionate Care), que valora la empatía emocional, la aparición de sentimientos semejantes a los del enfermo y 3) “ponerse en el lugar del paciente” (en inglés, STS: Standing in the Patient’s Shoes),

componente muy residual de la escala que incluye los dos componentes, cognitivo y emocional (6). Se ha validado en 56 idiomas y dialectos y ha sido utilizada en más de 85 países (79). En España también ha sido traducida y validada la versión JSE-S (87). Una ventaja de esta escala es el equilibrio entre las preguntas redactadas positiva y negativamente, que disminuye la confusión (por ejemplo, la tendencia a estar siempre de acuerdo o en desacuerdo con las preguntas enunciadas) (88).

En la escala JSE-S, las preguntas están redactadas en 3ª persona, no hacen referencia al propio estudiante, por ejemplo: “El paciente se siente mejor cuando su médico entiende sus sentimientos”.

El Índice de reactividad interpersonal (en inglés **IRI**: Interpersonal Reactivity Index) fue diseñado por Davis, MH (10,89) y valora la empatía desde una perspectiva multidimensional que incluye factores cognitivos y emocionales. Es una de las medidas de autovaloración más utilizadas para evaluar la empatía en la población general.

La dimensión cognitiva incluye dos subescalas: la “toma de perspectiva” (en inglés, PT: Perspective Taking) que evalúa los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona; y la subescala “fantasía” (en inglés, FS: Fantasy), que evalúa la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, es decir, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias.

Por otro lado, la dimensión afectiva incluye otras dos subescalas: la “preocupación empática” (en inglés, EC: Empathic Concern) que evalúa los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros; y el “malestar personal” (en inglés, PD: Personal Distress), que mide los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (89).

Esta escala también se utiliza para valorar la empatía en educación médica (64,65). Se ha traducido a varios idiomas, entre ellos al español, en el que la traducción ha sido además validada (90).

Respecto a la **relación entre las escalas de autovaloración JSE-S e IRI**, en los estudios donde se ha trabajado con ambas escalas, algunos autores han observado que IRI y JSE-S están débilmente relacionados y que miden diferentes constructos. IRI mide más

la empatía genérica o disposición empática y JSE-S mide la empatía dentro de un contexto médico (91). Sin embargo, otros autores han encontrado una correlación moderada (80).

1.3.3.2. Escalas de valoración por parte del Paciente

Actualmente, la evaluación de la empatía del médico en idioma español (España) está restringida a medidas de autovaloración, no existe un método válido y fiable para evaluar la empatía del médico desde la perspectiva del paciente. Las dos escalas más utilizadas en otros idiomas son: la medida de consulta y empatía relacional (CARE) y la escala de Jefferson de percepción de la empatía del médico por parte del paciente (JSPPPE).

La medida de consulta y empatía relacional (en inglés, **CARE**: Consultation and Relational Empathy) ha sido desarrollada por el Dr. Stewart Mercer y sus colegas en los Departamentos de Medicina General de la Universidad de Glasgow y la Universidad de Edimburgo (92). Se basa en una definición amplia de empatía en el contexto de una relación terapéutica dentro de la consulta. La intención es obtener una medida holística, centrada en el paciente y que sea adecuada para todos los pacientes, independientemente de su clase social. Se ha utilizado ampliamente en inglés para evaluar las percepciones de empatía y comunicación de los pacientes durante las consultas de Atención Primaria (92). Además de utilizarse con pacientes reales, se ha utilizado con pacientes estandarizados en residentes de primer año (93) y en estudiantes de medicina durante las pruebas de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) (94). La escala ha sido traducida y validada a varios idiomas (95–101), pero no contamos con una versión en español (España).

Hojat M y col. diseñaron la **Escala de Jefferson de Percepción de la Empatía del Médico por parte del Paciente** (en inglés, **JSPPPE**: Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy) (102,103), con la intención original de medir la percepción del paciente sobre el compromiso empático con su médico, pero también se puede utilizar para evaluar el compromiso empático de otros profesionales de la salud (104). Es una escala breve que puede cumplimentarse en muy poco tiempo. Se ha utilizado en estudios con médicos en formación y se ha observado correlación con la satisfacción del paciente, confianza interpersonal y adhesión a los consejos médicos (103). En estudiantes de medicina se ha utilizado durante las pruebas de ECO con

pacientes estandarizados (105). La escala está disponible en 12 idiomas (106) pero todavía no ha sido traducida y validada en español (España).

Acerca de la relación entre las escalas CARE y JSPPPE, no existen muchos estudios donde se haya valorado la correlación entre ambas, pero en general se ha observado una correlación moderada (23,101,107).

En cuanto a la **relación entre las escalas de valoración por parte del paciente y autovaloración** disponemos de pocos estudios. Se ha observado que JSPPPE no se correlaciona con la empatía autovalorada de los médicos con JSE (101,103) y tampoco se ha visto correlación entre las escalas de valoración por parte del paciente (JSPPPE y CARE) con IRI (80,101).

1.4. TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS

Para poder obtener una versión en un idioma diferente a la escala original, se requiere en primer lugar realizar una buena traducción que cuente con traducción y traducción inversa. Posteriormente es imprescindible comprobar su fiabilidad y validez de constructo y de criterio. Se pueden medir otras dimensiones como la aceptabilidad, validez de contenido y aparente, pero no son obligatorias (108).

1.4.1. Fiabilidad: Consistencia interna

La fiabilidad es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones, el grado en el que el instrumento es capaz de medir sin errores. Dentro de la fiabilidad, una de las dimensiones más importantes es la consistencia interna: grado de interrelación y coherencia entre los ítems y qué dichos ítems midan el mismo concepto, presenten homogeneidad entre ellos. La medida de consistencia interna más utilizada es el **coeficiente Alfa de Cronbach** (109). Otro de los índices para valorar la fiabilidad y que contribuye a la consistencia interna de la escala es el **índice de homogeneidad de cada ítem**, que nos informa del grado en que dicho ítem está midiendo lo mismo que la prueba globalmente (110).

1.4.2. Validez

La validez de un instrumento se refiere a su capacidad para medir aquello para lo que ha sido diseñado. Podemos valorar diferentes dimensiones: La validez de constructo y de criterio.

La validez de constructo es la capacidad de un instrumento para medir adecuadamente un constructo teórico, representa el grado en que una medición se relaciona con otras mediciones de manera consistente, con las hipótesis teóricas que definen el fenómeno o constructo que se quiere medir. La validez de constructo garantiza que las mediciones que resulten de las respuestas del cuestionario puedan ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno estudiado (111). Se utiliza el análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC). Si ya se ha realizado el AFE en la versión original no es necesario volver a realizarlo, es suficiente con el AFC (109).

Para valorar la **validez de criterio** se utiliza con frecuencia la denominada **validez concurrente** que valora en qué grado los resultados de la medición de la escala a validar se corresponden con los de una medición previamente establecida para el mismo constructo (Gold Standard). En general, cuando se diseña un nuevo instrumento de medición se dispone de algún método alternativo de medición del fenómeno estudiado con validez demostrada, que se toma como referencia para determinar la validez del nuevo instrumento (108,111).

1.4.3. Aceptabilidad

La aceptabilidad valora la rapidez con la que se completa el cuestionario y la proporción de participantes que lo encuentran difícil, imposible o inaceptable por cualquier motivo (112). Se puede medir con preguntas sobre el cuestionario o valorando el número de respuestas en blanco o “no aplica” (113).

1.5. CÓMO SE PUEDE MANTENER O AUMENTAR LA EMPATÍA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

Algunos estudios de intervención han demostrado un aumento cuantitativo de la empatía en estudiantes de medicina. Zhou YC y col. resumen en un artículo de revisión reciente (11) las que más se han utilizado: grupos de discusión de experiencias personales (114–116), escenarios de simulación incluyendo role play o pacientes estandarizados (117–119), así como aprendizaje experiencial (120). Se ha observado que el role play facilita la confianza de los participantes en la comunicación (121,122). En Estados Unidos el 94% de las Facultades de Medicina incluyen la participación de los pacientes estandarizados tanto en la enseñanza como en la evaluación de la empatía (123) y en España se está implementando en algunas Facultades.

Otros métodos utilizados consisten en usar obras de arte o de las Ciencias humanísticas, como la poesía y la literatura (119,124), dibujos y pinturas (117,125), la escritura reflexiva (124), estudios culturales y de historia, el cine (117), la fotografía (125) y los cómics (126). Estos métodos han demostrado un incremento de la autoconciencia y de la reflexión (125).

1.6. ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Una formación médica completa implica el desarrollo de actitudes y habilidades personales (profesionalismo), junto con competencias específicas del ejercicio de la Medicina. El desarrollo de una identidad profesional conjuga las cualidades personales del médico con las competencias profesionales. En este escenario surge el proyecto de Identidad Médica, incluido en el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, un proyecto transversal, desde 4º hasta 6º, y cuyo principal objetivo es trabajar con los estudiantes aspectos fundamentales que caracterizan la identidad profesional del médico, a través de la reflexión. Hay estudios que demuestran que la reflexión escrita del estudiante acerca de temas de profesionalismo, aumenta su empatía (125,127).

Hasta ahora, el aprendizaje de aspectos del profesionalismo, el llamado currículo oculto, se hacía de manera implícita al observar y compartir con médicos y equipos

sanitarios el día a día en los hospitales y centros de salud. También a través de asignaturas humanísticas, en las que no existía una reflexión explícita, ni actividades dirigidas al aprendizaje de las cualidades más propiamente relacionadas con el ejercicio de la profesión médica.

Con este nuevo itinerario, la actividad docente se integra dentro de las rotaciones clínicas y el aprendizaje del alumno se desarrolla en 3 fases:

1ª fase: Taller teórico-práctico donde el objetivo es trabajar y reflexionar sobre cada uno de los aspectos de identidad profesional descritos. El taller lo dirige un responsable con la colaboración de otros médicos y profesionales sanitarios. Tiene lugar durante una mañana (4 horas) al inicio de cada rotación clínica. Se lleva a cabo un taller por semestre, de 4º a 6º curso. Una de las claves para provocar la reflexión en el aula es que los contenidos logren conmover, sensibilizar e incluso inquietar a los estudiantes. Para ello la metodología que se sigue es variada: testimonios de pacientes, familiares, médicos y enfermeras, role-play, gamificación y una selección de películas.

2ª fase: Rotación clínica y reflexión escrita, donde los estudiantes deben identificar los contenidos trabajados en el taller correspondiente, en sí mismos y en los profesionales, mientras realizan sus prácticas en hospitales y centros de salud. Con la reflexión escrita, que se recoge en un portafolio, se pretende que exploren sus propias experiencias, el impacto personal que han generado en ellos las situaciones reales de los aspectos de identidad médica estudiados, a través de la descripción y análisis de una situación clínica. De esta manera, se integran conocimientos y se fusionan con la propia experiencia. Para esta tarea, se les proporciona una estructura para guiarles y «homogeneizar» las reflexiones (anexo 1).

3ª fase: Feedback personalizado, realizado por los responsables del taller, que evalúan por escrito el portafolio, guiados por unas rúbricas que conocen los estudiantes. Esta evaluación es la que se tiene en cuenta en la calificación de la asignatura. Además, el profesor puede hacer comentarios adicionales para reforzar o redirigir el aprendizaje concreto del alumno.

En cada taller (6 en total, 2 por curso) se trabajan algunos contenidos más específicamente, aunque hay una interrelación entre todos los aspectos. Los talleres, en el orden en que lo reciben los estudiantes, son:

Compasión y empatía (4º curso)

El corazón de la práctica clínica es la relación médico-paciente: su naturaleza determina el fin y la práctica adecuada de la profesión médica. Esta relación está marcada por la vulnerabilidad y la dependencia del paciente. Ponerse en el lugar del paciente y utilizar nuestros conocimientos científicos y humanos para aliviar, curar y consolar marca la excelencia en el cuidado. La compasión, el acompañamiento en el padecimiento, como motor de la práctica de la Medicina, nos hace profesionales más humanos.

Competencia profesional (4º curso)

El médico debe asegurar una renovación continua del conocimiento científico, de acuerdo con su práctica profesional. Por otro lado, la naturaleza de la profesión médica exige una responsabilidad que va más allá del mero cumplimiento de unas obligaciones: llega a ser un estilo de vida, una dedicación vital. Esta dedicación implica asimismo una responsabilidad compartida, tanto hacia el paciente como entre los miembros del equipo, por lo que se hace fundamental aprender a corregir y a aceptar la crítica constructiva. Por último, el ejercicio de la Medicina es una constante toma de decisiones en situaciones complejas. El error médico es una realidad, y asumir con honestidad las consecuencias es fundamental, así como afrontar el impacto en las relaciones con el paciente, colegas y en nuestra propia carrera profesional.

Comunicación (5º curso)

El médico debe proporcionar una información veraz, honesta y adecuada al paciente. La comunicación es más que información, porque se establece en una relación interpersonal que compromete y se establece con las palabras y con las actitudes. La capacidad comunicativa se puede trabajar y fomentar como un arma terapéutica más.

Integridad (5º curso)

El eje de la actuación médica siempre debe ser el paciente. A lo largo de la carrera profesional el médico debe lograr un equilibrio entre el altruismo, el desarrollo personal y el propio interés. Además, hay que enfrentarse a algunos conflictos de intereses ineludibles: la relación del profesional con la industria farmacéutica, el prestigio profesional y las relaciones personales. La integridad personal, el intento de mantener el foco de todas las actuaciones en el bien del paciente, hará la práctica médica más humana.

Liderazgo y trabajo en equipo (6º curso)

Tanto el paciente como la enfermedad son realidades complejas que requieren visiones múltiples y coordinadas. El trabajo en equipo, siempre centrado en el paciente, con generosidad y humildad, es clave para una buena atención integral. Identificar los puntos fuertes y las dificultades del trabajo con otros colegas es esencial para entender la propia naturaleza de la colaboración, y crecer como profesionales en equipo.

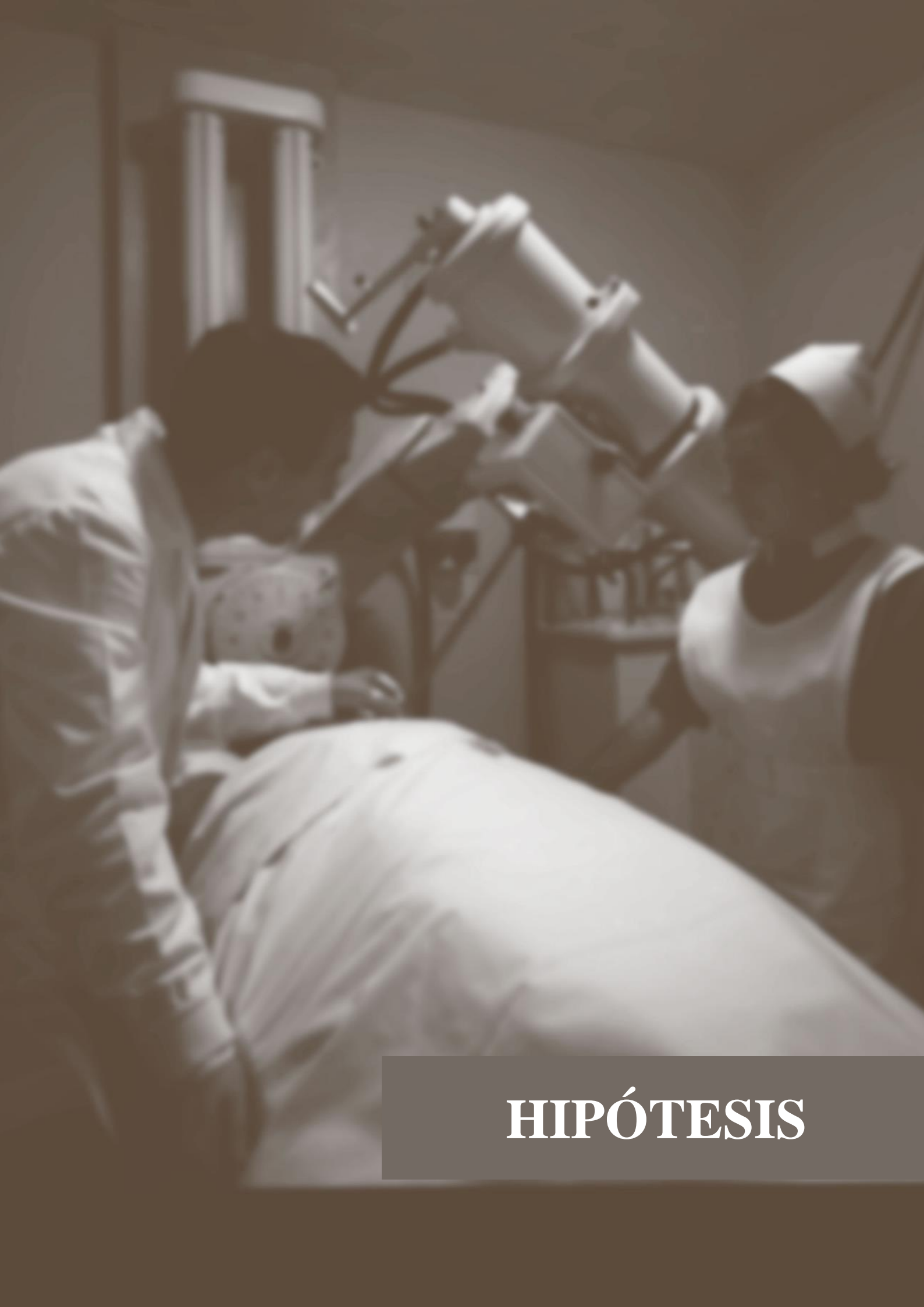
Compromiso con el paciente (6º curso)

El compromiso con el paciente vincula al médico y le hace comprender que el paciente siempre es vulnerable y mantiene una autonomía personal. La confianza marca la relación médico-paciente y demanda confidencialidad, protegiendo y respetando la intimidad del paciente en todas sus dimensiones. El compromiso con el paciente es la mayor fuente de plenitud en el ejercicio de la Medicina.

La evaluación de cada uno de los contenidos tiene 2 partes:

Evaluación sumativa: valoración que hace cada responsable del taller, de la reflexión escrita, de acuerdo con una rúbrica. La máxima puntuación la obtienen los estudiantes que exploran sus propias emociones y experiencias y descubren qué puede tener implicación para su futuro profesional.

Evaluación formativa: valoración que hace cada tutor clínico -que no es docente de la asignatura- sobre la reflexión. No se puntúa, es decir, no es una evaluación sumativa, pero es obligatoria para obtener la evaluación. El tutor, mediante feedback, refuerza los aspectos que considere y planteará, si es necesario, estrategias de mejora para ayudar al alumno a ir conformando su identidad profesional.



HIPÓTESIS

2. HIPÓTESIS

Por todo lo expuesto en la introducción, creemos que la enseñanza de la empatía debe ser una de las principales apuestas en los programas curriculares de las Facultades de Medicina. Es importante que sepamos transmitirlo a los estudiantes, tanto mediante talleres en pequeños grupos (a través de simulación con pacientes estandarizados, películas, casos, etc.), como durante sus pasantías.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la autovaloración de la empatía y la empatía percibida por el paciente estandarizado, en los estudiantes de Medicina del último curso de la Universidad de Navarra, medida en el ECOE de 6º, mejoran en los estudiantes que han cursado los talleres de Identidad Médica (Promoción 2019), respecto a los estudiantes que no la han cursado (Promoción 2018).



OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPE)

Antes de comprobar el efecto del itinerario de identidad médica sobre la empatía de los estudiantes del grado de medicina, llevamos a cabo la traducción y validación de las escalas de valoración de la empatía por parte del paciente.

1. Traducir al español (España) y validar la escala de valoración de la empatía del médico por parte del paciente “Consultation and Relational Empathy (CARE), en Atención Primaria (Sp-CARE).

2. Traducir al español (España) y validar la escala de valoración de la empatía del médico por parte del paciente “Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE)” en Atención Primaria (Sp-JSPPE).

3.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA

Objetivo principal

Comparar la autovaloración de la empatía (escalas JSE-S e IRI) y la empatía percibida por los pacientes estandarizados del ECOE de 6º (escalas JSPPE y CARE), de los estudiantes que han cursado el Itinerario de Identidad Médica (Promoción 2019) y de los estudiantes que no la han cursado (Promoción 2018).

Objetivos secundarios

1. Correlacionar la autovaloración de la empatía y la valoración de la empatía por pacientes estandarizados, en ambos grupos.

2. Valorar cómo afectan otros factores: sexo, antecedentes de enfermedad grave propia o en familiares/amigos, voluntariado, personalidad, pasantías realizadas, preferencia de especialidad y asignaturas optativas cursadas, en la autovaloración y la valoración de la empatía por pacientes estandarizados.



MATERIAL Y MÉTODOS

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPE)

4.1.1. Traducción de las escalas

Elegimos dos escalas en inglés, ampliamente utilizadas para medir la empatía del médico desde el punto de vista del paciente.

La escala CARE (anexo 2) consta de 10 ítems en una escala Likert de “1” (pobre) a “5” (excelente) e incluye una opción de “no aplica”. La puntuación total corresponde a la suma de la puntuación de cada pregunta individual; las puntuaciones más altas indican una mayor empatía por parte del médico. Se permiten hasta dos respuestas “no aplica” (113), reemplazándolas por el promedio de los ítems restantes.

La escala JSPPE (anexo 3) contiene 5 ítems en una escala Likert de “1” (totalmente en desacuerdo) a “7” (totalmente de acuerdo). La puntuación total corresponde a la suma de la puntuación de cada pregunta individual; las puntuaciones más altas indican una mayor empatía por parte del médico(102,103).

Obtuvimos permiso para ambas traducciones del editor original de ambas escalas.

El proceso de traducción de ambas escalas incluyó dos traducciones de inglés a español por traductores independientes, la conciliación de ambas traducciones y una traducción inversa de esas versiones en español al inglés, realizada por un traductor bilingüe sin conocimiento previo de las versiones originales. La traducción inversa ayudó a identificar inexactitudes en la traducción inicial comparándola con las versiones originales. Los tres traductores involucrados discutieron luego las discrepancias para llegar a una versión más refinada, que, finalmente, revisaron dos expertos externos, nativos de español de España. La versión final de ambas escalas (Sp-CARE y Sp-JSPPE) fue sometida a un estudio piloto con una muestra de 10 pacientes voluntarios en uno de los centros de Atención Primaria. Estos 10 voluntarios completaron una evaluación adicional con preguntas relacionadas con la comprensión de todos los elementos, si encontraron algo irrelevante u ofensivo y si tenían algún comentario o sugerencia con respecto a preguntas adicionales. Estos voluntarios no transmitieron ningún comentario o

sugerencia significativa, por lo que las versiones finales fueron las mismas que las iniciales.

4.1.2. Diseño del estudio y participantes

De enero a abril de 2018, reclutamos a 21 médicos de Atención Primaria, especialistas en Medicina de Familia. Todos ellos eran hablantes nativos de español de España, de cinco centros de Atención Primaria (sistema público de salud) en Pamplona y alrededores (Navarra, España). Se recogieron los datos de edad, sexo y años de experiencia en Atención Primaria (anexo 4). Todos los directores de los centros estuvieron de acuerdo en la realización del estudio.

A continuación, reclutamos a 369 pacientes no consecutivos de estos médicos; 292 nacieron en Navarra y 77 en otros lugares de España. El criterio de inclusión de los pacientes fue ser nativos de España, tener de 18 a 75 años y haber visitado a ese mismo médico, al menos otra vez en el último año.

Los pacientes, que aceptaron completar los cuestionarios al ser preguntados por su médico, fueron guiados a una sala privada inmediatamente después de la consulta, donde uno de los investigadores explicó el estudio y pasó un cuestionario sociodemográfico (anexo 5). Posteriormente, completaron ambas escalas, Sp-CARE y Sp-JSPPE, e informaron sobre su percepción de la duración de la consulta. Además, respondieron a una pregunta directa sobre su satisfacción general con la consulta médica mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (de menor a mayor satisfacción).

El estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki y obtuvo la aprobación ética del Comité Ético de Investigación Clínica del Gobierno de Navarra. Cada participante, paciente y médico por igual, leyó la hoja de información del estudio (anexos 6 y 7) y firmó un documento de consentimiento informado (anexos 8 y 9). Antes de comenzar el cuestionario, los pacientes recibieron información oral y escrita sobre el anonimato del cuestionario y también sobre el compromiso del equipo de investigación de no compartir las respuestas de los pacientes con sus respectivos médicos.

4.1.3. Análisis estadístico

Completamos el análisis estadístico de los resultados utilizando el software IBM SPSS Statistics (25.0 IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp.) y el

paquete estadístico del programa Stata (ordalpha) (12.1 StataCorp LLC, College Station, TX). La significación se estableció en 0,05.

Para todos los análisis estadísticos, incluimos cuestionarios con hasta dos valores “no aplica” o en blanco de la escala Sp-CARE, y uno de la escala Sp-JSPPE, reemplazándolos con la puntuación media de los ítems restantes (113).

4.1.3.1. **Fiabilidad: Consistencia interna**

Para valorar la consistencia interna calculamos el alfa de Cronbach con el programa Stata ordalpha basado en el código de Coveney (128) y modificado por uno de los autores para calcular el coeficiente alfa ordinal, ya que este coeficiente es el preferido para escalas tipo Likert (129) y cuando hay “efecto techo”. Además, se evaluaron los valores de la alfa de Cronbach habituales y se analizó si, al eliminar alguno de los elementos, se debilitaba. El alfa de Cronbach $> 0,90$ indica una fiabilidad excelente (110).

El **índice de homogeneidad de cada ítem** mide el coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación de cada ítem y la suma de las puntuaciones en los restantes ítems, y valores superiores a 0,30 predicen una alta correlación (130).

4.1.3.2. **Validez**

La **validez de constructo** se evaluó mediante AFC considerando estudios previos (92,99).

Antes de realizar el análisis factorial, se estimaron las medidas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para evaluar el porcentaje de la varianza que surge de los factores subyacentes (se requieren valores KMO de 0,6 y superiores) (131).

El AFC se realizó con Stata 12.1. utilizando el modelado de ecuaciones estructurales (SEM) en una matriz de correlación policórica, y con el método de estimación de máxima verosimilitud por su adecuación a los datos ordinales (132). La evaluación del ajuste de los datos del modelo se realizó mediante el uso de índices de bondad de ajuste e índices de ajuste aproximados de Chi-cuadrado (χ^2) del modelo. Una prueba de χ^2 no significativa ($P > 0,05$) indica un excelente ajuste del modelo; sin embargo, los valores de χ^2 son muy sensibles al tamaño de la muestra. Por lo tanto, calculamos la relación χ^2 por grados de libertad (gl), χ^2/gl , donde los valores menores a 3 muestran un buen ajuste del modelo (133). Los índices de ajuste aproximados

adicionales utilizados incluyeron el índice de Tucker-Lewis (TLI) y el índice de ajuste comparativo (CFI), elegidos como medidas de ajuste incremental (los valores superiores a 0,95 son indicativos de un buen ajuste), y el error de la raíz cuadrada media de aproximación (RMSEA), seleccionada como una medida de ajuste parsimonioso (valores iguales o inferiores a 0,06 implican un buen ajuste) (134).

La validez concurrente la valoramos mediante la correlación (rho de Spearman) de las puntuaciones de Sp-CARE y Sp-JSPPE, con la satisfacción general del paciente. Se considera que valores $> 0,7$ corresponden a una correlación fuerte, valores entre 0,30 y 0,70 a una correlación moderada y cualquier valor $< 0,30$ a una correlación débil (135).

4.1.3.3. Aceptabilidad

Valoramos la aceptabilidad con un estudio piloto con 10 pacientes. Se les preguntó si habían entendido las preguntas y términos utilizados, si encontraron algo irrelevante u ofensivo y si tenían algún comentario o sugerencia.

Además, en la escala Sp-CARE se pudo valorar su aceptabilidad de manera indirecta, teniendo en cuenta el número de “no aplica” o puntuaciones en blanco registradas para cada uno de los 10 ítems.

4.1.3.4. Regresión multivariable

Se realizaron análisis de regresión multivariable sobre las puntuaciones de Sp-CARE o Sp-JSPPE para detectar la interacción entre los factores demográficos del paciente y las características del médico, así como los relacionados con la consulta.

4.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA

4.2.1. Diseño del estudio y participantes

Realizamos el estudio en dos promociones consecutivas de la Facultad de Medicina, la promoción de 2018 y la promoción de 2019. La diferencia entre ambas es que la promoción de 2019 es la primera en haber cursado la asignatura transversal obligatoria de Identidad Médica. Esta asignatura se cursa durante los tres últimos cursos de la carrera, asociada a las pasantías clínicas.

Reclutamos 110 estudiantes de la promoción de 2018 y 131 de la promoción de 2019. En los últimos días del curso (2018 o 2019) y tras finalizar una de sus clases, se les explicó el proyecto.

Se concretó un día y hora para que completaran todos los cuestionarios. Se les pasó el informe del estudio (anexo 10) y aquellos que quisieron participar firmaron el consentimiento informado (anexo 11). Seguidamente, rellenaron un cuestionario de datos personales (anexo 12), la escala de autovaloración de empatía para estudiantes de Medicina, JSE-S (anexo 13), la escala de autovaloración de empatía general, IRI (anexo 14) y un inventario de personalidad (NEO-FFI) (anexo 15). Contamos con la colaboración de profesores que nos dejaron un tiempo de su clase para llevarlo a cabo.

Unos días después, durante la ECOE, se evaluó a los estudiantes de ambas promociones (cada promoción en su año) mediante las escalas de evaluación de la empatía por parte del paciente que habíamos traducido y validado, Sp-CARE y Sp-JSPPPE (anexos 2 y 3). Uno de los casos clínicos del ECOE de ambos años fue el mismo: una paciente joven (paciente estandarizada formada para ello) que acudía a consulta tras la pérdida reciente de su madre. Las pacientes estandarizadas evaluaron a los estudiantes con las dos escalas, Sp-CARE y Sp-JSPPPE. Los resultados de ambas escalas se añadieron a la base de datos de los estudiantes que habían aceptado participar en el estudio.

4.2.2. Datos personales

Se recogieron los siguientes datos:

- Fecha nacimiento
- Sexo
- Lugar de nacimiento
- Estado civil
- Con quién convive
- Experiencia de enfermedad grave, personal o de gente familiares y/o amigos.
- Experiencia de voluntariado, tanto si el alumno refería haber dedicado “poco tiempo”, como si respondía “bastante tiempo”. Asimismo, la experiencia de voluntariado podía haber sido antes de la universidad, en la universidad o ambas.

- Pasantías realizadas. Para el análisis, sumamos el número de pasantías médicas con la pasantía en psiquiatría y dividimos a los estudiantes en dos grupos: los que sumaban 3 rotaciones o menos del grupo de médicas + psiquiatría y los que sumaban más de 3 rotaciones del grupo de médicas + psiquiatría. Lo hicimos así por la relación de ese tipo de especialidades con una mayor empatía de los profesionales que las ejercen.
- Especialidades preferidas, con 3 opciones. Estas respuestas las categorizamos según la siguiente tabla (Tabla 2).

Tabla 2. Especialidades agrupadas

1	Medicina de Familia
2	Psiquiatría
3	Anestesia
4	Médico-quirúrgicas
5	Médicas
6	Quirúrgicas
7	Imagen
8	Básicas

- Asignaturas optativas cursadas. Eran muchas y variadas y las categorizamos de menor relación con empatía a mayor relación. La asignatura “Conductas y actitudes en la práctica médica” se categorizó con el número mayor (3) ya que fue el origen de la asignatura transversal de Identidad médica (anexo 15).

4.2.3. Escala JSE-S

La escala de empatía para estudiantes de medicina de Jefferson, JSE-S (84), valora fundamentalmente el componente cognitivo de la empatía en estudiantes de medicina. Consta de 20 preguntas y cada una se valora en una escala de siete puntos tipo Likert (1 = muy en desacuerdo, 7 = muy de acuerdo). La puntuación final, se calcula con la suma de cada pregunta (rango posible de 20 a 140), de manera que una puntuación más elevada se corresponde con una mayor empatía percibida por el propio estudiante.

La subescala “toma de perspectiva”, JSE-S PT, comprende 10 ítems (2,4,5,9,10,13,15,16,17,20), todos ellos formulados en positivo. La subescala “atención

con compasión”, JSE-S CC, está compuesta por 8 ítems (1,7,8,11,12,14,18,19), todos ellos formulados en negativo. Y la subescala “ponerse en el lugar del paciente”, JSE-S STS, contiene 2 ítems (3 y 6) formulados en negativo. Una ventaja de este cuestionario es el equilibrio entre las preguntas redactadas positiva y negativamente (10 de cada tipo).

Se utilizó la escala traducida al español y validada por Ferreira-Valente y col. (87).

4.2.4. Escala IRI

El Índice de reactividad interpersonal, IRI, ampliamente utilizado para autovaloración de la empatía en la población general (90,136), consta de 28 ítems que se valoran con una escala de cinco puntos de Likert (1=no me describe bien, 2=me describe un poco, 3=me describe bastante bien, 4= me describe bien y 5= me describe muy bien). Tiene cuatro subescalas con 7 ítems cada una y por lo tanto una puntuación total entre 7 y 35.

La subescala “toma de perspectiva”, IRI PT, comprende los ítems 3, 8, 11, 15, 21, 25, 28 (3 y 15 formulados en negativo). La subescala de “fantasía”, IRI FS, contiene los ítems 1, 5, 7, 12, 16, 23, 26 (7 y 12 formulados en negativo). La subescala de “preocupación empática”, IRI EC, contiene los ítems 2, 4, 9, 13, 14, 18, 20, 22 (4, 13, 14 y 18 formulados en negativo). Y la subescala de “malestar personal”, IRI PD, que mide los sentimientos de ansiedad y malestar al observar las experiencias negativas de los demás, comprende los ítems 6, 10, 17, 19, 24, 27 (19 formulado en negativo).

Se utilizó la escala traducida al español y validada por Samper y col. (90).

4.2.5. Inventario de personalidad (NEO-FFI)

El Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores, NEO-FFI, es uno de los cuestionarios más utilizados para valorar aspectos de la personalidad. Se trata de una versión resumida del NEO-PI-R y consta de 60 elementos en vez de los 240 que tiene el inventario original. Se responde en una escala Likert de cinco opciones y permite la evaluación de cinco dimensiones principales: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad, teniendo en cuenta el género, edad y diferencias educacionales (67,68). La dimensión *neuroticismo* comprende los ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56; la *extraversión*, los ítems 2,7,12,17,22,27,32,37,42,47,52 y 57; la *apertura*, los ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58; la *amabilidad*, los

ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54 y 59; y la *responsabilidad* los ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 y 60.

4.2.6. Análisis estadístico

Se describieron las características de las promociones de 2018 y 2019 utilizando medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas.

La correlación entre los cuestionarios de autovaloración y sus subescalas se representó con un gráfico de dispersión con línea de ajuste y se utilizó la correlación de Pearson, obteniendo la *r* de Pearson y su valor *p* correspondiente. Este mismo procedimiento se utilizó también para la correlación entre las escalas de valoración por parte del paciente estandarizado, y para la correlación entre las escalas de autovaloración y las de valoración por parte del paciente estandarizado.

Para comparar la media de las distintas escalas y subescalas entre grupos definidos por promoción, sexo, enfermedad grave propia, enfermedad grave de un familiar o amigo, especialidad preferida, pasantías realizadas y asignaturas optativas cursadas, se describió la media y la diferencia de medias y se comparó utilizando la prueba de la *t* de Student para muestras independientes, con un intervalo de confianza del 95% y el valor de *p* correspondiente. Se utilizó la correlación de Pearson para estudiar la correlación entre los test de personalidad y las distintas escalas y subescalas.

Por último, se llevó a cabo un análisis multivariable de regresión lineal múltiple para cada escala y subescala, en el que la variable dependiente fue cada una de las escalas y subescalas y las variables independientes fueron todas aquellas relevantes en el análisis univariable. Se obtuvieron diferencias de medias con sus intervalos de confianza al 95% y su correspondiente valor *p*.

Para el análisis estadístico se utilizó el software Stata (16.1, StataCorp LLC, College Station, TX). Todos los test se realizaron a dos colas y se estableció el nivel de significación estadística en 0,05.



RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPE)

Características de los pacientes

Reclutamos a 369 pacientes, de los cuales 365 completaron la escala Sp-CARE y 367 la escala Sp-JSPPE. Los datos quedan recogidos en la tabla 3.

La edad promedio de los pacientes fue de 52,69 (DE = 14,55) años.

Tabla 3. Características demográficas de los 369 pacientes de 5 centros de Atención Primaria.

Características	Sp-CARE n= 365 (%)	Sp-JSPPE n = 367 (%)
Edad (años)		
18-39	69 (18,7)	68 (18,5)
40-59	163 (44,2)	163 (44,4)
60-75	137 (37,1)	136 (37,1)
Sexo		
Mujer	218 (59,1)	217 (59,1)
Varón	151 (40,9)	150 (40,9)
Estado civil		
Soltero	88 (23,8)	88 (24,0)
Casado	221 (59,9)	219 (59,7)
Divorciado	30 (8,1)	30 (8,2)
Viudo	19 (5,1)	19 (5,2)
Pareja estable	11 (3,0)	11 (3,0)
Nivel educativo		
Estudios primarios	106 (28,7)	106 (28,9)
Estudios secundarios	46 (12,5)	46 (12,5)
Formación profesional	104 (28,2)	102 (27,8)
Grado medio universitario	40 (10,8)	40 (10,9)
Grado superior universitario	73 (19,8)	73 (19,9)
Situación laboral		
Trabaja fuera de casa	212 (57,5)	211 (57,5)
Desempleado	12 (3,3)	12 (3,3)
Jubilado	87 (23,6)	86 (23,4)
Estudiante	17 (4,6)	17 (4,6)
Ama de la casa	41 (11,1)	41 (11,2)

Características de los médicos

Reclutamos 21 médicos de Atención Primaria, 7 varones y 14 mujeres, con una edad promedio de 52,28 (Desviación estándar, DE = 6,74) años. El tiempo de actividad del médico en el ámbito de la Atención Primaria correspondió a una media de 22,91 (DE = 8,93) años.

Características de la consulta

Las escalas se pasaron inmediatamente después de la consulta. La media de duración de la consulta (según duración estimada realizada por el propio paciente) fue de 11,59 (DE = 5,38) minutos. La media de satisfacción general fue de 4,77 (DE = 0,50) en una escala tipo Likert de 5 puntos.

5.1.1. Sp-CARE

5.1.1.1. Datos descriptivos de la escala

Tras la traducción-traducción inversa, la versión final de la escala en español (España) Sp-CARE y los valores obtenidos en este grupo de pacientes, quedan reflejados en la tabla 4.

La puntuación media fue 42,21 (DE = 7,38) con un rango de 16 a 50. Se excluyeron cuatro cuestionarios con más de dos elementos en blanco o “no aplica”.

Tabla 4. Escala Sp-CARE. Medias de cada ítem y total en 365 pacientes.

Ítems Sp-CARE	Media (DS)
1. Hacerte sentir cómodo/a	4,23 (0,88)
2. Dejarte contar tu “historia”	4,26 (0,88)
3. Escucharte atentamente	4,20 (0,87)
4. Interesarse en ti como persona	4,09 (0,97)
5. Comprender completamente tus preocupaciones	4,13 (0,94)
6. Mostrar interés y compasión	4,17 (0,93)
7. Ser positivo/a	4,25 (0,90)
8. Explicar las cosas con claridad	4,48 (0,78)
9. Ayudarte a tomar el control	4,29 (0,87)
10. Diseñar un plan de acción contigo	4,28 (0,92)
Total	42,39 (8,93)

Entre todos los ítems, “excelente” fue el valor más común (promedio de 46,3%), con las puntuaciones más altas en el ítem 8, “Explicar las cosas con claridad”. Encontramos las puntuaciones más bajas en el ítem 4, “Interesarse en ti como persona”, con un 8,7% con valoración de solo “aceptable”.

5.1.1.2. Fiabilidad: Consistencia interna

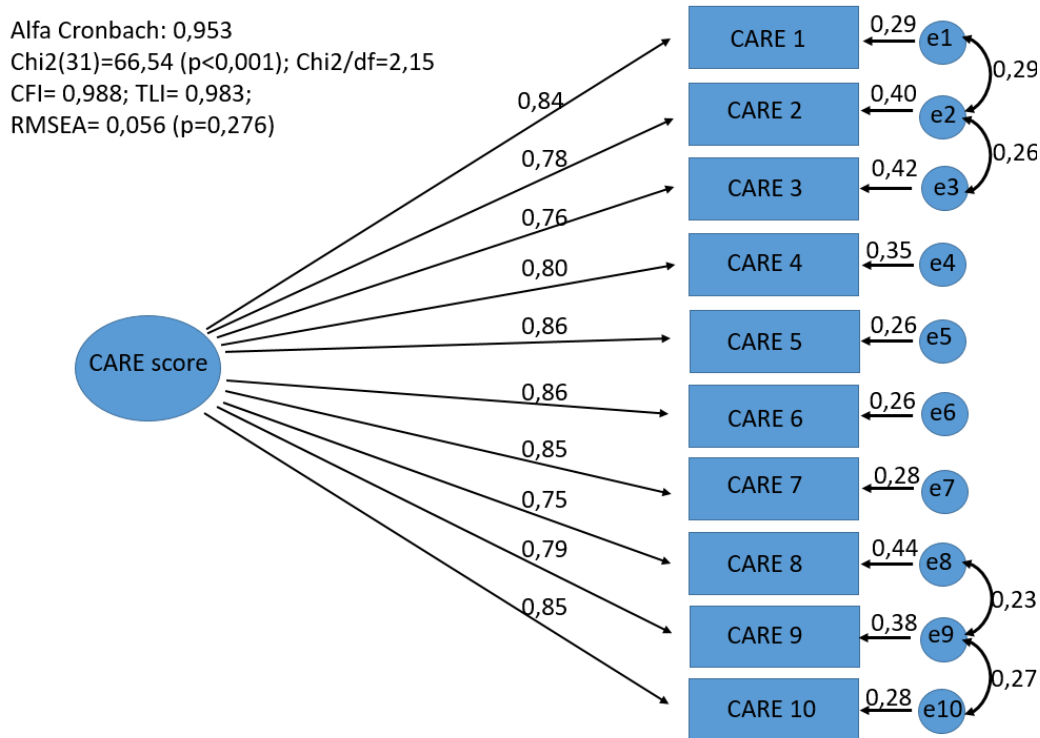
En el análisis de consistencia interna, el alfa de Cronbach y el alfa ordinal para los 10 ítems de la medida Sp-CARE fueron 0,953 y 0,970, respectivamente. El alfa de Cronbach y el alfa ordinal se redujeron ligeramente por la eliminación de cualquiera de los elementos, lo que demuestra una alta fiabilidad. Los coeficientes alfa ordinales fueron ligeramente más altos que los alfa de Cronbach. Todas las correlaciones ítem-total corregidas excedieron el punto de corte aceptado de 0,30, lo que indica que cada ítem contribuyó adecuadamente a la escala general (Tabla 5).

Tabla 5. Fiabilidad y homogeneidad de la escala Sp-CARE.

	Media CARE si se elimina el ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem	Alfa Ordinal si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida
1. Hacerte sentir cómodo/a	37,97	0,947	0,965	0,823
2. Dejarte contar tu “historia”	37,95	0,948	0,966	0,786
3. Escucharte atentamente	38,01	0,950	0,968	0,752
4. Interesarse en ti como persona	38,12	0,949	0,967	0,770
5. Comprender completamente tus preocupaciones	38,09	0,947	0,966	0,826
6. Mostrar interés y compasión	38,05	0,946	0,965	0,831
7. Ser positivo/a	37,97	0,947	0,966	0,820
8. Explicar las cosas con claridad	37,75	0,950	0,967	0,742
9. Ayudarte a tomar el control	37,96	0,948	0,966	0,789
10. Diseñar un plan de acción contigo	38,00	0,946	0,965	0,832

5.1.1.3. Validez de constructo

El resultado de $KMO = 0,953$ estableció la idoneidad del conjunto de datos para el análisis factorial. En el AFC se encontró que el modelo de un factor mejorado (que permite cierta correlación entre los errores de los ítems) cumplía con los criterios, demostrando un buen ajuste: $\chi^2(31) = 66,54$ ($p < 0,001$); $\chi^2/gl = 2,15$; $CFI = 0,988$; $TLI = 0,983$; $RMSEA = 0,056$ ($p = 0,276$) (Figura 1).

Figura 1. Diagrama del modelo de un factor mejorado de la escala Sp-CARE.

5.1.1.4. Validez concurrente

La puntuación total de la escala Sp-CARE se correlacionó significativamente con la satisfacción general del paciente (rho de Spearman 0,45, $P < 0,001$).

5.1.1.5. Aceptabilidad

En todos los cuestionarios Sp-CARE sólo hubo 37 (1%) respuestas de “no aplica” y 3 (0,08%) respuestas en blanco, lo que indica una alta aceptabilidad. Los valores de “no aplica” oscilaron entre 0% (ítems 1 y 3) y 3,3% (ítem 10). Los valores en blanco solo se observaron para dos ítems (1 y 8).

5.1.1.6. Análisis de regresión multivariable

El análisis de regresión multivariable (Tabla 6) no reveló relaciones significativas entre las puntuaciones de la escala Sp-CARE y las características del paciente, el sexo del médico o la duración de la consulta. En relación con la edad y el tiempo de actividad, observamos diferencias significativas entre los médicos con “más edad y menos tiempo activo”, que tenían una puntuación de la escala Sp-CARE más baja que los médicos con

“menos edad y menos tiempo activo” ($P < 0,001$). Sin embargo, no hubo diferencias con los médicos de “más edad y más tiempo activo”.

Tabla 6: Regresión multivariable de las características del paciente, del médico y de la consulta, asociadas con las puntuaciones de la escala Sp-CARE. Todas las variables presentadas en la tabla se incluyen al mismo tiempo en un modelo multivariable.

Sp-CARE	Dif. de Medias	95% IC	Valor p
Características de los médicos			
Varón vs Mujer	0,532	-1,191 2,255	0,544
Edad y años de experiencia			
Otros vs joven y con menos experiencia			
Joven y con experiencia	1,189	-2,332 4,710	0,507
Mayor y con menos experiencia	-6,786	-9,398 -4,174	<0,001
Mayor y con experiencia	-0,920	-2,629 0,788	0,290
Características de los pacientes			
Varón vs Mujer	-0,648	-2,259 0,964	0,430
Edad (años)	-0,010	-0,084 0,064	0,793
Ocupación vs Trabaja fuera de casa			
Jubilado	1,811	-0,471 4,093	0,119
Ama de casa	0,914	-1,962 3,791	0,532
Estudiante	-1,815	-5,804 2,174	0,372
Desempleado	-4,173	-8,447 0,106	0,056
Otros estudios vs estudios primarios			
Estudios secundarios	0,105	-2,483 2,692	0,937
Formación profesional	-0,496	-2,650 1,658	0,651
Grado medio universitario	-1,188	-3,986 1,611	0,405
Grado superior universitario	-0,104	-2,495 2,288	0,932
Características de la consulta			
Duración de la consulta referida por el paciente (min)	-0,006	-0,152 0,140	0,937

5.1.3. Sp-JSPPPE

5.1.3.1. Datos descriptivos de la escala

Tras la traducción-traducción inversa, la versión final de la escala en español (España) Sp-JSPPPE y los valores obtenidos en este grupo de pacientes, quedan reflejados en la tabla 7.

La puntuación media de la escala Sp-JSPPPE fue 30,10 (DE = 4,98) con un rango de 9 a 35. Se excluyeron dos cuestionarios porque el paciente no los rellenó.

Entre todos los elementos, las puntuaciones más altas se encontraron en el punto 5, “Es un médico comprensivo”, media 6,50 (DE = 0,90), y las puntuaciones más bajas se encontraron en el ítem 2, “Me pregunta sobre mi vida cotidiana”, media 5,50 (DE = 1,55) (Tabla 7). El valor más frecuente fue “Muy de acuerdo” (promedio de 49,4%).

Tabla 7. Escala Sp-JSPPPE. Medias de cada ítem y total en 367 pacientes.

Ítems JSPPPE	El medico...	Media (DS)
1.	puede ver las cosas desde mi punto de vista (tal y como yo las veo)	6,02 (1,06)
2.	me pregunta sobre mi vida cotidiana	5,50 (1,55)
3.	parece que se preocupa por mí y por mi familia	6,00 (1,31)
4.	comprende mis emociones, sentimientos y preocupaciones	6,08 (1,21)
5.	es un/a médico/a comprensivo/a	6,50 (0,90)
Total		30,10 (4,98)

5.1.3.2. Fiabilidad: Consistencia interna

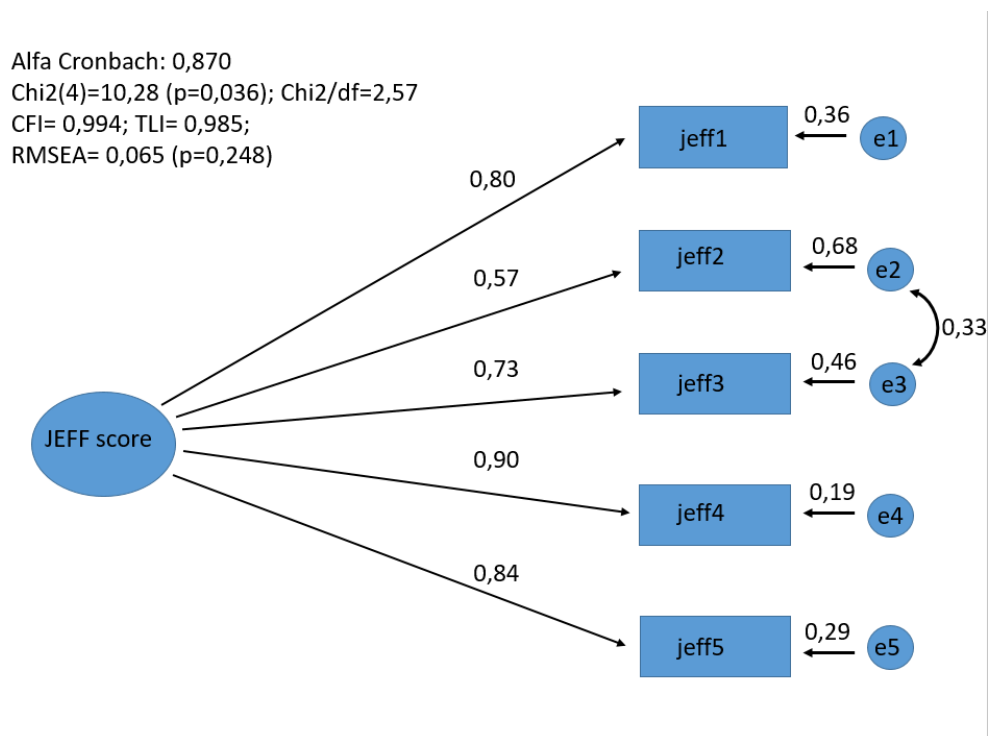
El análisis de consistencia interna para los 5 ítems de Sp-JSPPE, en términos de alfa de Cronbach y alfa ordinal, fueron 0,870 y 0,919 respectivamente. Esos valores se redujeron moderadamente con la eliminación de cualquier elemento, lo que demuestra una alta fiabilidad. Los coeficientes alfa ordinales fueron un poco más altos que los alfa de Cronbach. Cada correlación ítem-total corregida excedió 0,30, el punto de corte aceptable, lo que indica que todos los ítems contribuyen adecuadamente a la escala general (Tabla 8).

Tabla 8: Fiabilidad y homogeneidad de la escala Sp-JSPPE.

	Media JSPPE si se elimina el ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem	Alfa Ordinal si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregida
1. puede ver las cosas desde mi punto de vista (tal y como yo las veo)	24,08	0,838	0,897	0,724
2. me pregunta sobre mi vida cotidiana	24,60	0,882	0,925	0,597
3. parece que se preocupa por mí y por mi familia	24,10	0,829	0,894	0,745
4. comprende mis emociones, sentimientos y preocupaciones	24,02	0,818	0,882	0,793
5. es un/a médico/a comprensivo/a	23,60	0,845	0,886	0,725

5.1.3.3. Validez de constructo

El resultado de KMO = 0,851 confirmó la idoneidad del conjunto de datos para el análisis factorial. EL AFC indicó que el modelo de un factor mejorado (que admite alguna correlación entre los errores de los ítems) cumplió con los criterios, exhibiendo así un buen ajuste: $\chi^2(4) = 10,28$ ($p = 0,034$); $\chi^2/df = 2,57$; CFI = 0,994; TLI = 0,985; RMSEA = 0,065 ($p < 0,05$). La figura 2 demuestra el ajuste del modelo.

Figura 2: Diagrama del modelo de un factor mejorado de la escala Sp-JSPPE.

5.1.3.4. Validez concurrente

La puntuación total de la escala Sp-JSPPE se correlacionó significativamente con la medida Sp-CARE (rho de Spearman 0,651, $p < 0,001$) y con la satisfacción general del paciente (rho de Spearman 0,504, $p < 0,001$).

5.1.3.5. Análisis de regresión multivariable

El análisis de regresión multivariable (Tabla 9) reveló una relación significativa entre las puntuaciones de Sp-JSPPE y el sexo de los pacientes, las mujeres percibían a sus médicos como más empáticos que los varones ($p = 0,006$). En cuanto a los médicos, aquellos con más años de práctica activa obtuvieron puntuaciones más altas ($p = 0,019$). No hubo diferencias basadas en la duración de la consulta.

Tabla 9. Regresión multivariable de las características del paciente, del médico y de la consulta asociadas con las puntuaciones de la escala Sp-JSPPE. Todas las variables presentadas en la tabla se incluyen al mismo tiempo en un modelo multivariable.

Sp-JSPPE	Dif. de medias	95% IC		Valor p
Características de los médicos				
Varón vs Mujer	-0,417	-1,531	0,696	0,461
Tiempo de experiencia	0,070	0,011	0,129	0,019
Características de los pacientes				
Varón vs Mujer	-1,521	-2,599	-0,443	0,006
Edad	0,048	-0,002	0,097	0,060
Ocupación vs trabajador fuera de casa				
Jubilado	0,749	-0,794	2,293	0,341
Ama de casa	0,462	-1,465	2,389	0,638
Estudiante	0,505	-2,153	3,163	0,709
Desempleado	0,017	-2,878	2,913	0,991
Otros estudios vs Estudios primarios				
Estudios secundarios	0,512	-1,220	2,244	0,561
Formación profesional	0,132	-1,326	1,590	0,859
Grado medio universitario	-1,605	-3,482	0,272	0,093
Grado superior universitario	-0,606	-2,221	1,010	0,461
Características de la consulta				
Duración de la consulta referida por el propio paciente	0,017	-0,082	0,115	0,742

5.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA

5.2.1. Descripción de la muestra. Cuestionarios cumplimentados

Los datos personales de los estudiantes que completaron las escalas quedan reflejados en la tabla 10. Las dos promociones presentan datos muy similares.

Tabla 10. Datos personales de los estudiantes de ambas promociones.

	Promoción 2018 n=110	Promoción 2019 n=131
Edad, media (DE)	24,17 (0,79)	24,11 (0,62)
Sexo, mujer (%)	69,09%	69,47%
Estado civil, soltero (%)	99,09%	97,71%
Vive con (%)		
Compañeros	43,64%	54,20%
Familia	46,36%	35,88%
Sólo	3,64%	0%
Colegio/Residencia	3,64%	5,34%
Pareja	0%	0,76%
Cónyuge	0,91%	0,76%
Otros	1,82%	3,05%
Enfermedad grave propia: Si (%)	5,45%	3,82%
Enfermedad grave familiar/amigo: Si (%)	67,27%	51,15%
Voluntariado: Si (%)	70,00%	70,23%

De los 242 estudiantes que cumplimentaron los cuestionarios se excluyó uno de la promoción de 2018 porque no participó en el ECOE. Además, en la promoción 2018 se excluyeron 3 estudiantes del análisis de alguna de las escalas por falta de cumplimentación de más del 20% de los ítems: uno de la escala de autovaloración IRI, otro del inventario de personalidad NEO-FFI y el tercero de la escala de valoración por el paciente estandarizado JSPPPE. En la promoción 2019 se excluyó un estudiante del análisis de la escala de valoración por parte del paciente estandarizado (CARE), por el mismo motivo.

En los casos en que el porcentaje de respuestas en blanco o “no aplica” era inferior al 20% (una respuesta en la escala JSPPPE y dos respuestas en la escala CARE), se sustituyó por la media de puntuaciones obtenidas por el alumno en el resto de los ítems de la escala. Hubo 48 respuestas en blanco, de un total de 9.880 (0,49%), que fueron sustituidas por la media.

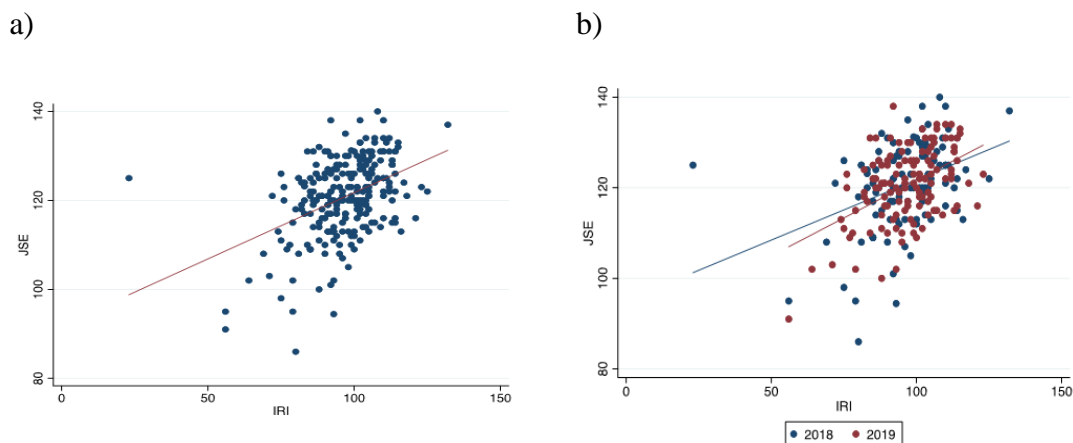
Antes de comparar la empatía entre los estudiantes de las dos promociones se llevó a cabo un estudio estadístico para valorar las correlaciones de las diferentes escalas de autovaloración entre sí, de las dos escalas de valoración por parte de los pacientes estandarizados entre sí, y de las correlaciones entre ambos tipos de escalas. También se analizaron algunos factores que pueden influir en la empatía de los estudiantes.

5.2.2. Comparación entre las diferentes escalas de empatía utilizadas

5.2.2.1. Comparación de las escalas totales de autovaloración (JSE-S/ IRI)

Se observó una correlación moderada, estadísticamente significativa ($p < 0,0001$), entre las dos escalas de autovaloración de la empatía (JSE-S/IRI), tanto en las dos promociones juntas como en cada una por separado (Figura 3).

Figura 3. Correlación de las escalas de autovaloración (JSE-S/ IRI): a) promociones juntas; b) promociones separadas.



R Pearson = 0,426; $p < 0,001$; $n=241$

2018: $r = 0,377$; $P < 0,001$; $n = 110$

2019: $r = 0,484$; $P < 0,001$; $n = 131$

5.2.2.2. Comparación de las subescalas de las escalas de autovaloración JSE-S e IRI

Cuando comparamos las diferentes subescalas (ambos grupos y por promoción) de las escalas de autovaloración, observamos que alguna de ellas se correlacionaba de forma moderada (r de Pearson entre 0,30 y 0,70), pero en la mayoría la correlación era débil ($r < 0,3$). La correlación más alta se observó entre las subescalas JSE-S PT e IRI EC (Tabla 11).

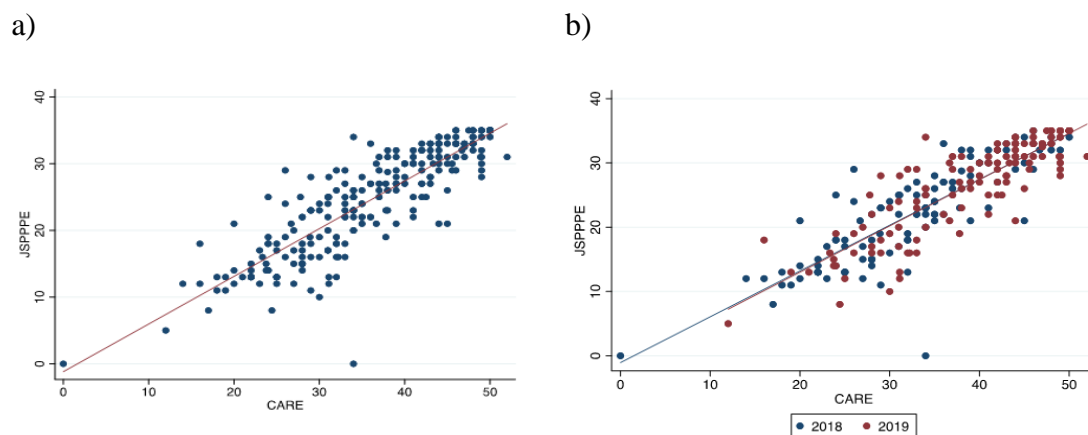
Tabla 11. Correlaciones entre las subescalas de las escalas de autovaloración: IRI y JSE-S

	IRI EC	IRI PD	IRI FS	IRI PT
JSE-S CC	Total: 0,323; p<0,001	Total: 0,016; p=0,80	Total: 0,167; p=0,010	Total: 0,205; p=0,001
	2018: 0,337; p<0,001	2018: 0,064; p=0,51	2018: 0,149; p=0,121	2018: 0,169; p=0,077
	2019: 0,337; p<0,001	2019: 0,077; p=0,38	2019: 0,183; p=0,037	2019: 0,247; p=0,005
JSE-S PT	Total: 0,439; p<0,001	Total: 0,128; p=0,048	Total: 0,231; p<0,001	Total: 0,279; p<0,001
	2018: 0,332; p<0,001	2018: 0,165; p=0,086	2018: 0,157; p=0,101	2018: 0,162; p=0,092
	2019: 0,561; p<0,001	2019: 0,096; p=0,276	2019: 0,311; p<0,001	2019: 0,403; p<0,001
JSE- STS	Total: 0,154; p=0,017	Total: 0,045; p=0,49	Total: 0,184; p=0,004	Total: 0,142; p=0,028
	2018: 0,238; p=0,012	2018: 0,249; p=0,008	2018: 0,262; p=0,006	2018: 0,254; p=0,007
	2019: 0,072; p=0,418	2019: 0,121; p=0,170	2019: 0,118; p=0,183	2019: 0,044; p=0,620

5.2.2.3. Comparación de las escalas de valoración de empatía por parte del paciente estandarizado

Se observó una correlación fuerte, estadísticamente significativa, entre las dos escalas de valoración de la empatía por parte del paciente estandarizado: CARE y JSPPPE, tanto en las dos promociones juntas como en cada una por separado (Figura 4).

Figura 4. Correlación de las escalas de valoración por parte del paciente estandarizado (JSPPPE/CARE): a) promociones juntas; b) promociones separadas.



R Pearson = 0,866; $p < 0,001$; $n=241$

2018: $r = 0,833$; $P < 0,001$; $n = 110$

2019: $r = 0,866$; $P < 0,001$; $n = 131$

5.2.2.4. Comparación de las escalas de autovaloración de empatía versus valoración por parte del paciente estandarizado

No se observaron correlaciones significativas de las escalas de autovaloración: JSE-S e IRI Totales ni tampoco de sus subescalas, respecto a las escalas de valoración de la empatía por parte del paciente estandarizado, CARE y JSPPPE. En todas ellas la r fue menor de 0,3.

5.2.3. Factores que pueden influir en la empatía de los estudiantes

5.2.3.1. Sexo: Mujeres vs varones

Autovaloración

En relación con el factor sexo, en las escalas de autovaloración de empatía y en sus diferentes subescalas, encontramos diferencias estadísticamente significativas en ambas promociones con puntuaciones más altas en las mujeres. La significación más elevada fue en IRI Total e IRI EC (Tabla 12).

Valoración por parte del paciente estandarizado

No encontramos diferencias entre mujeres y varones en las escalas de valoración de la empatía por parte del paciente estandarizado (tabla 12).

Tabla 12. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del sexo (mujer vs varón) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n=241)	2018 valor p (n=111)	2019 valor p (n=130)
JSE-S Total	0,002	0,026	0,029
JSE-S PT	0,093	0,111	0,467
JSE-S CC	0,002	0,123	0,004
JSE-S STS	0,045	0,058	0,331
IRI Total	<0,001	<0,001	0,018
IRI PT	0,626	0,818	0,661
IRI FS	<0,001	0,001	0,117
IRI EC	<0,001	<0,001	0,002
IRI PD	0,005	0,002	0,326
JSPPE	0,302	0,952	0,178
CARE	0,512	0,813	0,489

Las tres tablas completas, de cada promoción y de ambas promociones juntas, se adjuntan en el anexo 17.

5.2.3.2. Enfermedad grave propia

Autovaloración

Se encontraron diferencias, valores mayores de empatía, en los alumnos de la promoción 2018 que presentaron enfermedad grave propia en IRI Total (Tabla 13), con una $p = 0,028$.

Valoración por parte del paciente estandarizado

La valoración de la empatía por parte de los pacientes estandarizados en la escala CARE fue mayor en los estudiantes con enfermedad grave propia de la promoción 2018 con una $p = 0,041$ (Tabla 13).

Tabla 13. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia propia de enfermedad grave (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n = 241)	2018 valor p (n = 111)	2019 valor p (n = 130)
JSE-S Total	ns	ns	ns
JSE-S PT	ns	ns	ns
JSE-S CC	ns	ns	ns
JSE-S STS	ns	ns	ns
IRI Total	ns	0,028	ns
IRI PT	ns	ns	ns
IRI FS	ns	ns	ns
IRI EC	ns	ns	ns
IRI PD	ns	ns	ns
JSPPE	ns	ns	ns
CARE	ns	0,041	ns

ns: diferencia no significativa ($p > 0,05$)

La tabla completa se encuentra en el anexo 18.

5.2.3.3. Enfermedad grave de familiar/amigo

Autovaloración

Se encontraron diferencias en la autovaloración de empatía IRI FS en los estudiantes con experiencia de enfermedad grave en familiares/amigos de la promoción de 2018, con una $p = 0,037$ (Tabla 14).

Valoración por parte del paciente estandarizado

Se encontraron diferencias, valores mayores de empatía en los estudiantes de la promoción 2018 que tenían familiares o amigos con enfermedad grave, en las escalas JSPPE ($p = 0,047$) y CARE ($p = 0,043$) (Tabla 14).

Tabla 14. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia de enfermedad grave de familiar/amigo (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n = 241)	2018 valor p (n = 111)	2019 valor p (n = 130)
JSE-S Total	ns	ns	ns
JSE-S PT	ns	ns	ns
JSE-S CC	ns	ns	ns
JSE-S STS	ns	ns	ns
IRI Total	ns	ns	ns
IRI PT	ns	ns	ns
IRI FS	ns	0,037	ns
IRI EC	ns	ns	ns
IRI PD	ns	ns	ns
JSPPE	ns	0,047	ns
CARE	ns	0,044	ns

ns: diferencia no significativa ($p > 0,05$)

La tabla completa se encuentra en el anexo 19.

5.2.3.4. Voluntariado

Autovaloración

En las escalas de autovaloración de empatía observamos asociación estadísticamente significativa con la experiencia de voluntariado al analizar ambas promociones juntas, en JSP-S Total ($p = 0,027$) y en la subescala JSE-S PT ($p = 0,024$). En la promoción de 2018 observamos asociación estadísticamente significativa en la subescala JSE-S CC ($p = 0,048$) y en la promoción de 2019 en las subescalas JSE-S PT ($p = 0,018$), IRI PT ($p = 0,040$) e IRI PD ($p = 0,010$) (Tabla 15).

Valoración por parte del paciente estandarizado

Los estudiantes de la promoción de 2018 y de las dos promociones juntas, con experiencia de voluntariado, tenían mayores puntuaciones en la valoración de empatía por parte de los pacientes estandarizados, tanto en la escala JSPPPE en ambas promociones, $p = 0,002$ y en la promoción 2018, $p < 0,001$) como en CARE en ambas promociones, $p < 0,001$ y en la promoción 2018, $p < 0,001$) (Tabla 15).

Tabla 15. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del voluntariado (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n = 241)	2018 valor p (n = 111)	2019 valor p (n = 130)
JSE-S Total	0,027	ns	0,064
JSE-S PT	0,024	ns	0,018
JSE-S CC	ns	0,048	ns
JSE-S STS	ns	ns	ns
IRI Total	ns	ns	ns
IRI PT	ns	ns	0,040
IRI FS	0,057	ns	ns
IRI EC	ns	ns	ns
IRI PD	ns	ns	0,010
JSPPPE	0,002	<0,001	ns
CARE	0,009	<0,001	ns

ns: diferencia no significativa ($p > 0,05$)

La tabla completa se encuentra en el anexo 20.

5.2.3.5. Personalidad

Autovaloración

Observamos que los rasgos de apertura y amabilidad son los que más se asociaban con la autovaloración de empatía, con la escala IRI de ambas promociones y con JSE-S Total de la promoción de 2019. El rasgo de neuroticismo se asoció con el componente IRI PD, “malestar personal” (Tabla 16).

Valoración por parte del paciente estandarizado

No se observaron correlaciones significativas entre los rasgos de personalidad y las escalas de valoración de la empatía por parte del paciente estandarizado, CARE y JSPPPE, en ambas promociones (Tabla 16).

Tabla 16. Correlación entre la autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado de la empatía, con los rasgos de personalidad en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado

	Neuroticismo			Extraversión			Apertura			Amabilidad			Responsabilidad		
	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019
JSE-S Total	0,022	cd	cd	0,312	cd	0,350	cd	cd	0,412	cd	cd	0,389	cd	cd	cd
JSE-S PT	cd	cd	cd	cd	cd	0,347	cd	cd	0,420	cd	cd	0,410	cd	cd	cd
JSE-S CC	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	0,307	cd	cd	cd	cd	cd	cd
JSE-S STS	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd
IRI Total	cd	cd	cd	cd	cd	cd	0,413	0,345	0,468	0,404	0,333	0,474	cd	cd	cd
IRI PT	cd	cd	cd	cd	cd	0,385	0,326	0,308	0,345	0,457	0,385	0,519	cd	cd	cd
IRI FS	cd	cd	cd	cd	cd	cd	0,494	0,527	0,468	cd	cd	cd	cd	cd	cd
IRI EC	cd	cd	cd	cd	cd	cd	0,346	cd	0,483	0,456	0,352	0,527	cd	cd	cd
IRI PD	0,466	0,370	0,542	cd	cd	0,340	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd
JSPPE	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd
CARE	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd	cd

Correlación (r de Pearson), cd: correlación débil <0,3; correlación moderada: 0,3-0,7

La tabla completa se encuentra en el anexo 21

5.2.3.6. Pasantías

Autovaloración

Observamos diferencias significativas, valores más elevados de empatía, en los estudiantes que habían realizado más de 3 rotaciones del grupo de médicas + psiquiatría en la escala IRI Total en la promoción 2019 ($p = 0,004$) y en las dos promociones juntas ($p = 0,036$). También en las subescalas IRI EC ($p = 0,049$) en ambas promociones juntas, y en la subescala IRI FS ($p = 0,036$) en la promoción 2019. En cuanto a la escala JSE-S encontramos diferencias estadísticamente significativas en la subescala JSE-S CC ($p = 0,018$) en la promoción 2018 (Tabla 17).

Valoración por parte del paciente estandarizado

No objetivamos diferencias en la empatía valorada por el paciente estandarizado teniendo en cuenta el itinerario de pasantías (Tabla 17).

Tabla 17. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las pasantías (≤ 3 médicas + Psiquiatría vs > 3) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n = 241)	2018 valor p (n = 111)	2019 valor p (n = 130)
JSE-S Total	ns	ns	ns
JSE-S PT	ns	ns	ns
JSE-S CC	ns	0,018	ns
JSE-S STS	ns	ns	ns
IRI Total	0,036	ns	0,004
IRI PT	0,053	ns	ns
IRI FS	ns	ns	0,036
IRI EC	0,049	ns	ns
IRI PD	ns	ns	ns
JSPPE	ns	ns	ns
CARE	ns	ns	ns

ns: diferencia no significativa ($p > 0,05$)

La tabla completa se encuentra en el anexo 22.

5.2.3.7. Especialidad preferida

Autovaloración

En la promoción 2018 encontramos diferencias significativas al comparar la categoría 6 (especialidades quirúrgicas) con la categoría 1 (Medicina de familia) en IRI Total ($p = 0,046$). En la promoción 2019 encontramos diferencias significativas en JSE-S Total ($p = 0,008$), JSE-S PT ($p = 0,043$) y JSE-S CC ($p = 0,046$). En ambas promociones juntas también encontramos diferencias significativas en JSE-S Total ($p = 0,009$) y JSE-S PT ($p = 0,032$), así como en IRI Total ($p = 0,042$) y la subescala IRI PD ($p = 0,018$) (Tabla 18).

Valoración por parte del paciente estandarizado

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dos escalas, CARE y JSPPPE (Tabla 18).

Tabla 18. Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las especialidades preferidas (quirúrgicas vs Medicina de Familia) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n = 241)	2018 valor p (n = 111)	2019 valor p (n = 130)
JSE-S Total	0,009	ns	0,008
JSE-S PT	0,032	ns	0,043
JSE-S CC	0,058	ns	0,046
JSE-S STS	ns	ns	ns
IRI Total	0,042	0,046	ns
IRI PT	ns	ns	ns
IRI FS	ns	ns	ns
IRI EC	0,063	0,062	ns
IRI PD	0,018	0,055	ns
JSPPPE	ns	ns	ns
CARE	ns	ns	ns

ns: diferencia no significativa ($p > 0,05$)

La tabla completa se encuentra en el anexo 23.

5.2.3.8. Asignaturas optativas cursadas

Autovaloración y Valoración por parte del paciente estandarizado

No encontramos correlación entre las asignaturas optativas y las escalas de autovaloración o valoración de empatía por parte del paciente estandarizado, aunque las medias más altas se observaron en el grupo de estudiantes que había realizado la asignatura “Conductas y actitudes en la práctica médica”.

5.2.4. Comparación de la empatía entre las promociones de 2018 y 2019

5.2.4.1. Comparación de la empatía mediante autovaloración entre las promociones de 2018 y 2019

En la comparación bruta (sin ajustar por factores) de la empatía de los estudiantes entre las promociones 2018 y 2019, en las escalas de autovaloración, observamos mayor valor en la subescala IRI EC con una tendencia a la significación estadística ($p = 0,091$) (Tabla 19).

Tabla 19. Comparación de la empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado entre las promociones de 2018 y 2019.

	2018 Media (DE)	2019 Media (DE)	Dif. de medias 2019 vs 2018 (95% CI)	Valor p
JSE-S Total	120,8 (9,7)	120,6 (8,1)	-0,17 (-2,44 a 2,10)	0,883
JSE-S PT	63,1 (5,7)	63,4 (4,7)	0,37 (-0,96 a 1,69)	0,586
JSE-S CC	45,5 (4,0)	44,8 (3,8)	-0,62 (-1,61 a 0,37)	0,220
JSE-S STS	12,3 (3,3)	12,3 (3,4)	0,09 (-0,77 a 0,94)	0,844
IRI Total	96,7 (11,9)	96,9 (11,7)	0,28 (-2,75 a 3,3)	0,857
I PT	26,90 (4,07)	27,15 (4,38)	0,26 (1,34 a -0,83)	0,644
I FS	25,94 (5,60)	25,69 (5,66)	-0,25 (1,19 a -1,6)	0,730
IRI EC	27,40 (4,31)	28,32 (4,05)	0,92 (1,99 a -0,15)	0,091
IRI PD	16,42 (4,41)	15,78 (4,64)	-0,65 (0,52 a -1,81)	0,274
JSPPE	22,3 (7,1)	26,8 (7,3)	4,46 (2,62 a 6,30)	<0,001
CARE	32,6 (8,4)	39,1 (8,8)	6,59 (4,39 a 8,78)	<0,001

Tras ajustar los resultados de valoración de empatía a los factores que pueden influir en la misma, descritos previamente, observamos mayor empatía en la subescala JSE-S CC ($P = 0,038$) en los estudiantes de la promoción de 2018 (Tabla 20). En la escala IRI, tras realizar el ajuste, no encontramos diferencias significativas (Tabla 21).

Tabla 20. Comparación de la empatía mediante autovaloración con JSE-S ajustando por factores que influyen en la empatía

	JSE-S		JSE-S CC		JSE-S PT		JSE-S STS	
	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p
Sexo: Mujer vs Hombre	1,85 (-0,59 a 4,29)	0,136	1,21 (0,07 a 2,36)	0,038	0,08 (-1,42 a 1,58)	0,915	0,56 (-0,47 a 1,58)	0,287
Enferm. grave: si vs no	0,21 (-5,08 a 5,50)	0,938	-0,65 (-3,13 a 1,84)	0,609	0,12 (-3,13 to 3,37)	0,943	0,74 (-1,49 a 2,96)	0,516
Enferm. grave familiar: si vs no	0,13 (-2,08 a 2,34)	0,906	0,13 (-0,90 a 1,17)	0,802	0,64 (-0,72 to 2,00)	0,355	-0,64 (-1,57 a 0,29)	0,177
Voluntariado: si vs no	1,47 (-0,89 a 3,82)	0,221	0,34 (-0,77 a 1,45)	0,546	1,08 (-0,37 to 2,53)	0,144	0,05 (-0,94 a 1,04)	0,922
Curso: 2019 vs 2018	-1,70 (-3,98 a 0,59)	0,144	-1,11 (-2,18 a -0,04)	0,042	-0,44 (-1,85 to 0,96)	0,532	-0,14 (-1,10 a 0,82)	0,775
Personalidad Neuroticismo	0,02 (-0,10 a 0,15)	0,710	-0,01 (-0,07 a 0,05)	0,682	0,03 (-0,05 to 0,11)	0,461	0,01 (-0,05 a 0,06)	0,792
Personalidad Extraversión	0,24 (0,09 a 0,39)	0,002	0,04 (-0,03 a 0,11)	0,281	0,15 (0,05 to 0,24)	0,002	0,05 (-0,01 a 0,12)	0,113
Personalidad Apertura	0,12 (-0,02 a 0,27)	0,088	0,05 (-0,01 a 0,12)	0,107	0,05 (-0,03 to 0,14)	0,233	0,02 (-0,04 a 0,08)	0,604
Personalidad Amabilidad	0,21 (0,05 a 0,37)	0,009	0,09 (0,02 a 0,17)	0,017	0,11 (0,01 to 0,20)	0,032	0,01 (-0,05 a 0,08)	0,669
Personalidad Responsabilidad	0,15 (0,01 a 0,29)	0,038	0,07 (0,01 a 0,14)	0,029	0,04 (-0,05 to 0,12)	0,372	0,04 (-0,02 a 0,09)	0,232
Especialidad preferida Quirúrgica vs Familia	-5,09 (-9,35 a -0,83)	0,019	-1,32 (-3,32 a 0,68)	0,196	-2,51 (-5,13 to 0,10)	0,060	-1,26 (-3,05 a 0,54)	0,168
Pasantías: más de 3 médicas + Psiquiatría vs menos de 3	-0,66 (-2,98 a 1,66)	0,574	0,09 (-1,00 a 1,18)	0,867	-0,45 (-1,87 to 0,98)	0,535	-0,31 (-1,28 a 0,67)	0,539

Tabla 21. Comparación de la empatía mediante autovaloración con IRI ajustando por factores que influyen en la empatía.

	IRI		IRI PT		IRI FS		IRI EC		IRI-PD	
	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p
Sexo: Mujer vs hombre	4,06 (1,25 a 6,86)	0,005	0,06 (-1,10 a 1,23)	0,913	1,28 (-0,18 a 2,75)	0,086	1,96 (0,87 a 3,05)	<0,001	0,62 (-0,58 a 1,83)	0,308
Enferm. grave: si vs no	5,17 (-0,91 to 11,26)	0,095	1,60 (0,93 a 4,13)	0,214	0,91 (-2,27 a 4,08)	0,574	1,73 (0,63 a 4,08)	0,149	0,76 (-1,85 a 3,36)	0,568
Enferm. grave familiar: si vs no	0,30 (-2,26 to 2,86)	0,817	-0,08 (-1,13 a 0,98)	0,887	-0,02 (-1,35 a 1,31)	0,980	0,57 (-0,41 a 1,56)	0,252	0,76 (-0,33 a 1,85)	0,173
Voluntariado: si vs no	-2,85 (-5,57 to -0,13)	0,040	0,22 (-0,91 a 1,35)	0,697	-2,60 (-4,01 a -1,18)	<0,001	-0,16 (-1,21 a 0,89)	0,767	-1,09 (-2,25 a 0,08)	0,067
Curso: 2019 vs 2018	-1,50 (-4,15 to 1,14)	0,264	-0,19 (-1,29 a 0,91)	0,736	-0,04 (-1,42 a 1,33)	0,950	0,26 (-0,76 a 1,28)	0,610	-0,80 (-1,93 a 0,33)	0,164
Personalidad Neuroticismo	0,34 (0,19 to 0,48)	<0,001	-0,09 (-0,15 a -0,03)	0,006	0,08 (-0,00 a 0,15)	0,051	0,11 (0,05 a 0,16)	<0,001	0,21 (0,15 a 0,27)	<0,001
Personalidad Extraversión	0,11 (-0,07 to 0,29)	0,215	-0,01 (-0,08 a 0,07)	0,861	0,10 (0,01 a 0,19)	0,030	0,06 (-0,01 a 0,13)	0,074	-0,08 (-0,15 a 0,00)	0,050
Personalidad Apertura	0,37 (0,21 to 0,54)	<0,001	0,13 (0,06 a 0,20)	<0,001	0,31 (0,23 a 0,40)	<0,001	0,09 (0,03 a 0,16)	0,004	-0,12 (-0,19 a -0,05)	0,001
Personalidad Amabilidad	0,61 (0,43 to 0,79)	<0,001	0,25 (0,17 a 0,32)	<0,001	0,04 (-0,06 a 0,13)	0,442	0,23 (0,16 a 0,30)	<0,001	0,12 (0,05 a 0,20)	0,002
Personalidad Responsabilidad	0,02 (-0,15 to 0,18)	0,850	0,01 (-0,06 a 0,07)	0,826	-0,01 (-0,09 a 0,07)	0,806	0,02 (-0,04 a 0,08)	0,562	-0,01 (-0,07 a 0,06)	0,871
Especialidad preferida Quirúrgica vs Familia	-3,40 (-8,30 to 1,50)	0,173	1,21 (-0,83 a 3,24)	0,245	-2,25 (-4,81 a 0,30)	0,084	-0,84 (-2,73 a 1,06)	0,384	-1,33 (-3,43 a 0,77)	0,215
Pasantías: más de 3 médicas + Psiquiatría vs menos de 3	1,05 (-1,64 to 3,73)	0,443	0,97 (-0,14 a 2,08)	0,086	0,14 (-1,25 a 1,54)	0,838	0,64 (-0,39 a 1,68)	0,221	0,40 (-0,75 a 1,54)	0,494

5.2.4.2. Comparación de la empatía mediante valoración por parte del paciente estandarizado entre las promociones de 2018 y 2019

En la comparación bruta (sin ajustar por factores) de la empatía de los estudiantes entre las promociones 2018 y 2019, observamos puntuaciones significativamente más altas en la promoción 2019 en las escalas de valoración por parte del paciente estandarizado, CARE y JSPPPE ($p < 0,001$) (Tabla 19).

Tras ajustar los resultados de valoración de empatía por los factores que pueden influir en ella, y que hemos analizado previamente, sigue existiendo diferencia significativa en los cuestionarios de valoración de empatía por parte del paciente estandarizado, CARE y JSPPPE ($p < 0,001$), con valores más altos en los estudiantes de la promoción 2019 (Tabla 22).

Tabla 22. Comparación de la empatía mediante valoración por parte del paciente estandarizado ajustando por los factores que influyen en la empatía

	JSPPE		CARE	
	Dif. de medias (95% CI)	Valor p	Dif. de medias (95% CI)	Valor p
Sexo: Mujer vs Hombre	1,64 (-0,58 a 3,87)	0,147	1,14 (-1,50 a 3,77)	0,397
Enf. grave: si vs no	2,04 (-2,80 a 6,89)	0,407	2,38 (-3,34 a 8,09)	0,413
Enf. grave familiar: si vs no	2,35 (0,34 a 4,37)	0,022	2,40 (0,01 a 4,78)	0,049
Voluntariado: si vs no	2,35 (0,20 a 4,51)	0,033	2,18 (-0,37 a 4,73)	0,093
Curso: 2019 vs 2018	5,54 (3,46 a 7,62)	<0,001	7,77 (5,31 a 10,24)	<0,001
Personalidad Neuroticismo	-0,04 (-0,16 a 0,08)	0,530	0,01 (-0,13 a 0,15)	0,899
Personalidad Extraversión	-0,05 (-0,19 a 0,09)	0,499	0,02 (-0,15 a 0,19)	0,822
Personalidad Apertura	0,07 (-0,06 a 0,20)	0,308	0,08 (-0,07 a 0,24)	0,284
Personalidad Amabilidad	0,05 (-0,10 a 0,19)	0,511	0,08 (-0,09 a 0,26)	0,333
Personalidad Responsabilidad	-0,10 (-0,22 a 0,03)	0,140	-0,05 (-0,20 a 0,10)	0,486
Especialidad preferida Quirúrgica vs Familia	0,63 (-3,26 a 4,52)	0,749	0,88 (-3,72 a 5,49)	0,707
Pasantías: más de 3 médicas + Psiquiatría vs menos de 3	0,78 (-1,34 a 2,90)	0,467	0,62 (-1,89 a 3,12)	0,627



DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

6.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPE)

6.1.1. Sp-CARE

Tradujimos la versión original en inglés de la escala CARE a español de España (Sp-CARE) y examinamos su fiabilidad y validez en una población de Atención Primaria. La escala mostró alta fiabilidad y validez de constructo. El bajo número de respuestas “no aplica” o en blanco sugiere una alta aceptabilidad. Este es el primer estudio de validación de CARE en español de España.

La traducción de la escala CARE original la llevamos a cabo con una combinación conservadora de los dos métodos de traducción más populares, es decir, traducción inversa y reconciliación de traducciones. Este método condujo a una versión traducida que mantiene todos los matices contenidos en la escala CARE original. Nuestro estudio piloto con 10 voluntarios en un centro de Atención Primaria en Pamplona confirmó la claridad y adecuación del Sp-CARE, demostrando así una adecuada adaptación cultural.

6.1.1.1. Datos descriptivos de la escala

El bajo número de respuestas “no aplica” o de respuestas en blanco refleja el hecho de que los encuestados encontraran las preguntas relevantes, lo que implica una alta **aceptabilidad**. Los valores de “no aplica” variaron de 0% (ítems 1 y 3) a 2.2% y 3.3% (ítems 9 y 10, respectivamente), y solo cuatro pacientes (1.1%) fueron excluidos con más de dos “no aplica” o respuestas en blanco. Otros autores también han observado un mayor número de respuestas “no aplica” en los ítems 9, “Ayudarte a tomar el control” y 10, “Diseñar un plan de acción contigo” (95–97,113,137). Van Dijk y col. (96) sugieren que es posible que los pacientes no evalúen positivamente la toma de decisiones compartida y prefieran una actitud más paternalista de su médico de Atención Primaria. Además, las tasas más altas de respuestas “no aplica” para los ítems 9 y 10 pueden explicarse por su posición en el cuestionario; cuando los pacientes llegan a las últimas preguntas, es posible que simplemente pierdan interés (138). Observamos también asociación entre una menor

duración de la consulta y mayor número de respuestas “no aplica”, en comparación con los que respondieron todos los ítems, aunque sin significación estadística.

En cuanto a las respuestas en blanco, solo se dieron tres casos (0,08%). En nuestro estudio, tanto las respuestas “no aplica” como las respuestas en blanco fueron menos frecuentes que en otros (95–97,113,137). Atribuimos esta baja tasa a la presencia de investigadores en los centros de Salud que explicaban a los pacientes cómo completar los cuestionarios, junto con la oferta de condiciones cómodas para rellenarlos, sin presión de tiempo y en una habitación privada.

La puntuación media de la escala Sp-CARE fue de 42,21. Esta media es similar a la obtenida con la escala original (113,139) y también a las obtenidas con otras traducciones (96,100). Sin embargo, en países asiáticos han publicado puntuaciones más bajas (95,97,137).

Entre todos los ítems, “excelente” fue el valor más común (promedio de 46,3%), lo que demuestra la presencia de un efecto techo y por lo tanto utilizamos el coeficiente alfa ordinal, recomendado ante la presencia de dicho efecto, para valorar la fiabilidad de la escala. Este resultado fue similar en otros estudios (100), con un 40% a 50% de las respuestas obteniendo la máxima puntuación. Además, otros trabajos de validación han observado una distribución ligeramente sesgada de la puntuación total (92,96,97). En nuestro estudio, estos resultados pueden explicarse por la valoración positiva que se tiene en España de la Atención Primaria, especialmente en Navarra (donde fue validada la Medida Sp-CARE) comunidad con la segunda puntuación más alta en un estudio sobre satisfacción con el sistema sanitario español (140).

Las puntuaciones más altas se registraron para el ítem 8, “Explicar las cosas con claridad”, y las más bajas fueron para el ítem 4, “Interesarse por ti como persona”; resultados similares a los encontrados por Mercer y col. (137).

6.1.1.2. Fiabilidad: Consistencia interna

La fiabilidad de la escala Sp-CARE se demostró por el alto valor del alfa de Cronbach y el alfa ordinal, y por el hecho de que al eliminar cualquier elemento encontramos un valor de alfa más débil. Las correlaciones totales de los ítems corregidos fueron igualmente altas para todos los ítems. Encontramos resultados similares en la versión en inglés de CARE, así como en otros estudios (92,95–97,100).

6.1.1.3. Validez de constructo

Existe una hipótesis clara sobre el AFE de la escala CARE (141) y por lo tanto solo realizamos el AFC como se indica en la literatura (109). Encontramos que el modelo tiene un ajuste adecuado, corroborando la estructura monofactorial propuesta por los autores de la versión original (139,141). Otros autores que han realizado traducción y validación de CARE con AFC en otras especialidades han tenido resultados similares (80,99,101).

6.1.1.4. Validez concurrente

La validez concurrente puso de manifiesto una correlación positiva con la satisfacción general de los pacientes con la consulta, similar a la encontrada en Reino Unido (139), fortaleciendo la validez de la escala.

6.1.1.5. Análisis de regresión multivariable

En nuestro estudio, no encontramos asociación entre la puntuación Sp-CARE y la duración de la consulta, a pesar de que otros estudios han encontrado una débil asociación (95,97,137,139).

Al igual que otros estudios, no observamos relaciones significativas entre la puntuación total de Sp-CARE y las variables demográficas (95,97). Algunos estudios han demostrado una correlación positiva muy débil entre la edad y las puntuaciones de CARE (113,137).

Tampoco encontramos asociación entre la puntuación Sp-CARE y el sexo de los médicos, como sucede en otros estudios (101,137).

Con respecto al tiempo de actividad del médico, no hubo diferencias entre los médicos con “más edad y más tiempo activo” y los médicos con “menos edad y menos tiempo activo”, al igual que en el estudio de Mercer y col. (137).

6.1.2. Sp- JSPPE

Tradujimos la versión original en inglés de la escala JSPPE a español de España (Sp-JSPPE) y examinamos su fiabilidad y validez en una población general de Atención Primaria. La escala mostró alta fiabilidad y validez de constructo. El bajo número de respuestas en blanco sugiere una alta aceptabilidad. Hasta donde sabemos, este es el

primer estudio de validación de JSPPPE en español de España (versión de 5 ítems con escala de 7 puntos). Hay un estudio de traducción y validación al español (Argentina), utilizando una versión de 5 ítems y una versión modificada de 6 ítems, ambas con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (142).

La traducción de la escala JSPPPE original la llevamos a cabo con una combinación conservadora de los dos métodos de traducción más populares, es decir, traducción inversa y reconciliación de traducciones. Este método condujo a una versión traducida que mantiene todos los matices contenidos en la escala original. Nuestro estudio piloto con 10 voluntarios en un centro de Atención Primaria en Pamplona confirmó la claridad y adecuación del Sp-JSPPPE, demostrando así una adecuada adaptación cultural.

6.1.2.1. Datos descriptivos de la escala

La puntuación media fue 30,10 similar a los resultados de la escala original (103,143,144) y a la media obtenida con otras traducciones (101). Sin embargo, otras versiones en países asiáticos han publicado puntuaciones más bajas (145,146). Parece, por tanto, que los países de América y Europa obtienen mejores resultados en la evaluación de la empatía del médico percibida por los pacientes que los países asiáticos.

Entre las respuestas, “Muy de acuerdo” fue la más común, lo que demuestra la presencia de un efecto techo, por lo que utilizamos un coeficiente alfa ordinal para valorar la fiabilidad de la escala, recomendado ante la presencia de dicho efecto. De todas formas, estudios con la escala JSPPPE original, escala Likert de 5 puntos (102), tuvieron un efecto techo mayor. Otros estudios también tuvieron un efecto techo alto (147), mientras que los artículos que no hacen referencia a este efecto presentaron puntuaciones medias altas (101,103).

Las puntuaciones más altas se registraron para el ítem 5: “es un médico comprensivo”, y la puntuación más baja para el ítem 2: “me pregunta sobre mi vida cotidiana”; resultados que también reflejan otros estudios (142,145,146). Esto puede sugerir que, aunque los pacientes creen en general que sus médicos son personas comprensivas, no tienen tiempo suficiente para preguntar sobre los problemas que influyen en su salud.

6.1.2.2. Fiabilidad: Consistencia interna

La fiabilidad de la escala Sp-JSPPE se demostró con un alfa de Cronbach y un alfa ordinal alto, y por el hecho de que al eliminar cualquier elemento se obtenga un valor alfa más débil. Las correlaciones totales de los ítems corregidos fueron igualmente altas para todos los ítems (valores superiores a 0,30). Encontramos resultados similares en la versión en inglés de JSPPE con una escala Likert de 7 puntos (103), así como en otros estudios con el idioma de la versión original (107,143,148) y con otros idiomas (101,142,145,147,149).

6.1.2.3. Validez de constructo

Existe una hipótesis clara con respecto a la estructura factorial de la escala JSPPE (102) y, por lo tanto, realizamos el AFC. Encontramos que el modelo tenía un ajuste apropiado, corroborando la estructura de un factor propuesta por los autores de la versión original (102,103). En la literatura existen estudios de traducción y validación de esta escala con AFC con resultados similares (101,142,147).

6.1.2.4. Validez concurrente

Observamos una correlación moderada de las puntuaciones entre la escala JSPPE y CARE en Atención Primaria. Los estudios que analizaron otras especialidades médicas también encontraron una correlación entre ambas escalas (101,107), indicando que comparten un elemento común.

Se observó una correlación positiva entre la escala y la satisfacción general de los pacientes con la consulta, con una pregunta de valoración de 1 a 5, similar al estudio de Byrd y col. (144). Keulen y col. (107) utilizaron una pregunta sobre la satisfacción general (valoración de 0 a 10), y otros estudios la pregunta: “¿Recomendaría al médico a su familia o amigos?” (103,142,145,146) encontrando buena correlación todos ellos. Estas correlaciones fortalecen la validez de la escala.

6.1.2.5. Análisis de regresión multivariable

En cuanto a las características de los pacientes, solo observamos diferencias significativas entre la puntuación total de Sp-JSPPE y el sexo del paciente. De manera similar a otro estudio, las pacientes mujeres asignaron puntuaciones más altas que los

varones (150). En otros trabajos, los varones dieron puntuaciones más altas que las mujeres (142,143) y en otros no hubo diferencias (101,103,146,149).

En nuestro estudio no observamos asociación entre la puntuación Sp-JSPPPE y sexo de los médicos. Solo hemos encontrado un estudio que evaluara esta correlación, donde la puntuación de los pacientes sobre las médicas era más alta (101).

En cuanto al período de práctica activa de los médicos, encontramos puntuaciones más altas para los médicos con más tiempo de ejercicio profesional. No hay datos en la literatura sobre este aspecto.

En nuestro estudio, como en otros (146,150), no encontramos asociación entre la puntuación Sp-JSPPPE y la duración de la consulta.

6.1.3. Sp-CARE y Sp-JSPPPE

En resumen, no contábamos con escalas de valoración de empatía del médico por parte del paciente en español (España), y nos parece muy importante para conocer el punto de vista del paciente. Ambas escalas, CARE y JSPPPE, traducidas al español (España) presentan fiabilidad y validez para poder evaluar la empatía del médico, y por lo tanto podemos utilizarla en especialistas, médicos en formación y estudiantes.

Una fortaleza clave de este estudio es el tiempo y el esfuerzo invertidos en establecer una traducción al español (España) precisa y adaptada culturalmente de las escalas CARE y JSPPPE, que, lejos de ser una simple traducción y retrotraducción, fue un proceso laborioso. Otro punto fuerte es haber realizado un AFC para comprobar la validez de constructo, es decir, si nuestras escalas se ajustaban a la versión en inglés. Además, los investigadores pasaron las escalas a los pacientes, para disminuir la presión generada cuando los médicos los administran, y esto contribuyó a que los cumplimentaran de forma adecuada, y hubiera pocas respuestas en blanco y “no aplica”.

Podrían ser limitaciones, todas ellas menores, que no afectan a la validación de los cuestionarios, la población elegida (una población urbana de una determinada zona geográfica), el hecho de que el tiempo de consulta se basó en la percepción del paciente y no en una medida directa del tiempo transcurrido, o que no se valorara la frecuencia de visitas al médico de familia.

6.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA

Hay varios estudios en la literatura sobre intervenciones llevadas a cabo en Facultades de Medicina para aumentar la empatía de sus estudiantes (151).

En nuestra Facultad se puso en marcha durante el curso 2017/18 el proyecto de Identidad Médica, un proyecto transversal, desarrollado en los últimos 3 cursos de la carrera, y conectado con las pasantías clínicas. Nuestro estudio compara la empatía de los estudiantes de dos promociones, la de 2018 (que no cursaron Identidad Médica) y la de 2019 (primera promoción en cursar Identidad Médica), tanto con escalas de autovaloración como de valoración por parte del paciente estandarizado. A continuación, exponemos la discusión de los hallazgos encontrados. Antes de la comparación propiamente dicha, discutiremos las correlaciones entre escalas y los factores que pueden influir en la empatía.

6.2.1. Datos personales

Como era de esperar la **edad** media de los estudiantes fue de 24 años, al hallarse en el último curso de un grado de 6 años de duración.

En nuestro estudio, el **sexo** mujer fue mayoritario (69%), lo cual concuerda con los datos actuales en España, donde el porcentaje de mujeres que estudia medicina es mayor que el de varones (aproximadamente un 76%) (152). En otros estudios sobre empatía llevados a cabo en España también se constata este dato (64,153), sin embargo, en otros países europeos es un poco inferior (91,154); y en algún país asiático el porcentaje de varones es mayor (155).

Sobre el **estado civil** y las personas que **cohabitan** con el estudiante, factores que pueden influir en la empatía, no encontramos diferencias significativas ya que la inmensa mayoría no están casados y viven con su familia o compañeros.

Como era de esperar, teniendo en cuenta la edad de los estudiantes, la **experiencia de enfermedad grave propia** fue baja, 7% en la promoción de 2018 y 4% en la de 2019. En otros estudios de España se han detectado porcentajes similares, Capdevila y col. (152) encontraron un 9,7% incluyendo accidentes, y Esquerda y col. un 5,7% (45).

En relación con la **experiencia de enfermedad grave en familiares o amigos cercanos**, el porcentaje fue alto, de 68% en la promoción de 2018 y 51% en la de 2019. En los estudios comentados previamente, Capdevila y col. (152) encontraron un porcentaje más bajo, 25%, mientras que los resultados de Esquerda y col. (45) fueron similares a los nuestros (61,5%).

Otro dato recogido fue la experiencia de **voluntariado**, factor que se asocia a una mayor empatía. En nuestro caso un porcentaje elevado de estudiantes, 70 %, habían realizado voluntariado, y en relación con otros estudios sólo hemos encontrado datos en el realizado por Esquerda y col. (45) donde un 33% de los estudiantes tenían experiencia de voluntariado.

6.2.2. Comparación de escalas

6.2.2.1. Comparación de las escalas y subescalas de autovaloración de la empatía (JSE-S/IRI)

Las dos escalas que utilizamos para la autovaloración de la empatía, IRI y JSE-s, son escalas ampliamente utilizadas en la literatura. Muchas veces se elige una u otra, pero nosotros utilizamos ambas para poder compararlas y estudiar cómo se correlacionaban.

En nuestro estudio se observó una correlación moderada, estadísticamente significativa, entre las dos **escalas de autovaloración** de la empatía (JSE-S/IRI). En otros estudios con estudiantes americanos también se observó una correlación moderada, $r=0,61$ (156), y en estudiantes de Europa era moderada pero menor, $r=0,313$ (91). La correlación encontrada entre estas dos escalas con médicos en formación de 3 hospitales universitarios de Brasil también mostró una correlación moderada, $r=0,44$ (80).

Respecto a la correlación entre **subescalas**, encontramos una correlación moderada entre IRI EC con JSE-S PT y JSE-CC, similar al estudio de Costa P y col. (91).

Estas correlaciones moderadas o débiles entre ambas escalas y subescalas hacen necesario aclarar qué clase de constructos miden. Ambas escalas miden la empatía autovalorada y usan subescalas para valorar diferentes dimensiones de la empatía. Sin embargo, los autores de IRI ven la empatía como multidimensional, involucrando tanto aspectos cognitivos como emocionales, y preguntan al encuestado en primera persona (todos los ítems contienen las palabras “yo” o “mí”). Los autores de JSE-S ven la empatía

como un proceso predominantemente cognitivo, preguntando al encuestado por su nivel de acuerdo con afirmaciones genéricas sobre cómo deben comportarse los médicos (91,157).

6.2.2.2. Comparación de las escalas de valoración de la empatía por parte del paciente (CARE/JSPPPE)

En nuestro estudio, se observó una correlación fuerte, estadísticamente significativa, entre las dos escalas de valoración de la empatía del médico por parte del paciente estandarizado: CARE y JSPPPE. De nuevo, utilizar dos escalas y poder compararlas y correlacionarlas entre sí, nos pareció importante, para dar solidez al estudio.

No encontramos en la literatura muchos estudios de comparación de las dos escalas en estudiantes de medicina. En el trabajo de Chen JY (158) realizado también con estudiantes y pacientes estandarizados se observó una correlación alta, $r=0,77$. En estudios con médicos y pacientes reales la correlación también fue moderada-alta (101,107,159). Estos hallazgos indican que ambas escalas miden variables similares, algo que no se da en las escalas de autovaloración previamente comentadas.

También se describe en la literatura que la escala CARE puede tener algunos beneficios en el contexto educativo sobre escalas más cortas como sería la de JSPPPE, y, sobre todo, sobre otras que miden la empatía global de 1 elemento. Con 10 ítems, la escala CARE expande un concepto complejo y lo divide en un conjunto de elementos prácticos y concretos que los pacientes entienden claramente (158).

6.2.2.3. Comparación de escalas de autovaloración de la empatía y escalas de valoración por parte del paciente

No observamos correlaciones significativas entre las escalas de autovaloración JSE-S e IRI y de sus subescalas, respecto a las escalas de valoración por parte del paciente, CARE y JSPPPE. Nos pareció importante estudiar esta correlación, ya que numerosos estudios sobre empatía utilizan sólo escalas de autovaloración, y, sin embargo, la empatía del médico tiene importancia referida a su relación con el paciente, a cómo el paciente la percibe.

La ausencia de correlación significativa entre los dos tipos de escalas podría asombrar, pero se describe ampliamente en la literatura, tanto en estudiantes de medicina (105,160,161), residentes (102,162), como en especialistas (101,163). Incluso los estudios que encuentran una correlación moderada entre ambos tipos de escala (23), plantean dudas sobre la validez de las escalas de autovaloración y recomiendan utilizar ambas herramientas (105).

En nuestro caso la valoración de la empatía la llevaron a cabo pacientes estandarizados, y aunque no se trata de pacientes reales, hay estudios que han demostrado que su valoración se correlaciona de manera significativa con la evaluación por pacientes reales (164), por lo que es una herramienta válida para valorar la empatía percibida por el paciente. No obstante, otros estudios han encontrado correlación débil entre la valoración de la empatía en el ámbito de la educación médica entre pacientes reales y pacientes estandarizados (165).

En resumen, la correlación de las escalas de autovaloración de empatía, IRI y JSE-S, fue moderada. La correlación entre las escalas de valoración por parte del paciente estandarizado, CARE y JSPPE, fue fuerte. Al correlacionar los dos tipos de escalas, de autovaloración y de valoración por parte del paciente estandarizado, no encontramos correlación.

6.2.3. Factores que pueden influir en la empatía

En este apartado comentaremos los resultados teniendo en cuenta la autovaloración y la valoración por parte del paciente estandarizado, aunque respecto de esta última hemos encontrado pocos estudios.

6.2.3.1. Sexo: Mujeres vs varones

Autovaloración

Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones en las escalas de autovaloración de empatía en nuestro estudio, como sucede en muchos estudios en entornos culturales dispares, incluidos Asia, Europa y América.

En relación con la **escala JSE-S**, la que más han utilizado en los estudios de Medicina, encontramos mayor puntuación por parte de las mujeres en JSE-S Total y en la subescala JSE-S CC. En la mayoría de los trabajos, con estudiantes de medicina, se han

encontrado resultados similares tanto en España (64,152,153) como en otros países de Europa, Asia y América (79,155,156,166–169).

Sin embargo, algunos estudios no encontraron diferencias en los niveles de empatía entre los géneros (170,171) y otros mostraron patrones diferentes en la variación de la empatía a lo largo de los años en función del sexo (172).

Respecto a la escala **IRI**, encontramos la puntuación más elevada en mujeres en IRI Total, fundamentalmente en la subescala IRI EC, aunque también en IRI FS e IRI PD, subescalas que valoran el componente afectivo de la empatía. Sin embargo, no se observaron diferencias entre varones y mujeres en la subescala IRI PT (toma de perspectiva), que valora el componente cognitivo. Estos resultados concuerdan con el primer estudio de su autor, Davis y col. (89) y con otros estudios posteriores (64,155,167,173,174) en los que las alumnas mostraron puntuaciones significativamente más altas que los varones en los aspectos afectivos del IRI (dimensiones de preocupación empática y angustia personal).

La diferencia de valores de empatía en función del género se ha atribuido a menudo al aprendizaje social y a factores culturales. Sin embargo, hay autores que sugieren que no sólo depende de eso, y que la inclinación empática de las mujeres puede tener raíces más profundas, tras estudiar los comportamientos específicos de género observados en bebés y niños pequeños (como el llanto reactivo del bebé) (79). Hojat expone en su libro sobre “La empatía en la formación de los profesionales de la salud y la atención al paciente”, que históricamente las mujeres han tenido una mayor propensión a las habilidades sociales y al compromiso empático, debido a la división del trabajo, su mayor implicación en el cuidado de los hijos y factores hormonales y fisiológicos. Señala, sin embargo, que algunas de las diferencias de género actuales pueden dejar de existir en el futuro, debido a los cambios que están ocurriendo en las sociedades modernas. Si continúan durante un período de tiempo suficientemente largo, se pueden alterar esas diferencias de género y transformarlas (6).

Algunos autores han propuesto una base biológica para las diferencias de empatía entre hombres y mujeres. Christov-Moore y col. argumentan que, en estudios tanto sobre primates, como humanos: bebés, niños, adolescentes y adultos, las diferencias empáticas entre varones y mujeres son parcialmente biológicas y pueden explicarse a través de un marco evolutivo (169).

Valoración por parte del paciente estandarizado

En nuestro estudio, no hemos encontrado diferencias entre mujeres y varones en la valoración de la empatía por parte del paciente estandarizado, ni en CARE ni en JSPPPE. Este hallazgo coincide con lo descrito por Bernardo y col. en un estudio con especialistas brasileños (101).

Sin embargo, existe un estudio en el que los pacientes estandarizados calificaron a las alumnas, independientemente de su origen étnico, significativamente más alto que a los estudiantes varones (156). En este estudio la diferencia venía dada sobre todo por los pacientes estandarizados mujeres. En nuestro estudio, todos los pacientes estandarizados fueron mujeres, por lo tanto, no teníamos este factor de posible confusión.

6.2.3.2. Enfermedad grave propia o de familiar cercano/amigo

Autovaloración

En nuestro estudio se observaron diferencias, valores mayores de empatía, en estudiantes con experiencia de enfermedad propia en IRI Total, así como en estudiantes con experiencia de enfermedad grave de un familiar o amigo cercano en IRI FS, en los estudiantes de la promoción de 2018.

En la literatura hay pocos estudios al respecto. Arani y col. valoraron la influencia de enfermedad grave propia de los estudiantes sobre la empatía (JSE-S), y no encontraron diferencias (175). En un estudio realizado en España con otra escala de autovaloración de empatía (Test de Empatía Cognitiva y Afectiva, TECA) no se encontró asociación de la empatía con la experiencia de enfermedad propia o familiar, pero sí con la enfermedad en amigos (45).

Valoración por parte del paciente estandarizado

Los estudiantes de la promoción de 2018 con experiencia de enfermedad grave propia tenían valores más altos en la escala CARE, y en las escalas CARE y JSPPPE cuando tenían experiencia de enfermedad grave en familiares o amigos. Sin embargo, en los estudiantes de la promoción de 2019 no se encuentran estas diferencias. Ello puede llevar a pensar que el itinerario de Identidad Médica elimina las diferencias entre los estudiantes que han tenido dicha experiencia y los que carecen de ella, logrando de algún modo un efecto similar al que ese tipo de vivencias tiene en la empatía del médico.

No hemos encontrado estudios en los que se valore esta asociación.

6.2.3.3. Voluntariado

Autovaloración

En las escalas de autovaloración de empatía se encontró una asociación estadísticamente significativa con la experiencia de voluntariado en JSE-S Total y las subescalas JSE-S PT, JSE-S CC, IRI PT e IRI PD.

Respecto a estudios con alumnos de España, Esquerda y col. (45) observaron que los estudiantes que habían realizado voluntariado tenían niveles más elevados de empatía global, medida con la escala TECA. Brazeau y col. observaron en estudiantes de Estados Unidos una clara asociación positiva entre los que habían realizado voluntariado y la escala JSE-S Total (63). No obstante, no se puede establecer una relación causal, no podemos concluir si la empatía conduce a actividades de voluntariado o si la experiencia de voluntariado aumenta la empatía.

Valoración por parte del paciente estandarizado

Hemos observado que los estudiantes con experiencia de voluntariado, fundamentalmente los de la promoción de 2018, tienen mayores puntuaciones en ambas escalas de valoración por parte del paciente estandarizado (JSPPE y CARE), con significación estadística. Como hemos mencionado al inicio de la discusión de este apartado, no hay muchos estudios que valoren la empatía de los estudiantes por parte del paciente estandarizado, por lo que no podemos comparar. Al igual que con la experiencia de enfermedad grave analizada anteriormente, no encontramos diferencias significativas en los estudiantes de la promoción de 2019, lo que puede sugerir que el itinerario de Identidad Médica logra suplir la carencia de una experiencia de voluntariado en los estudiantes de dicha promoción.

6.2.3.4. Personalidad

Autovaloración

Observamos que las dimensiones que más se asociaban con empatía eran la apertura y la amabilidad.

Respecto a la correlación con la escala **JSE-S** encontramos correlación positiva en las dimensiones de apertura, amabilidad y extraversión en la promoción de 2019. Se ha descrito correlación positiva con las dimensiones de apertura y amabilidad en otro estudio en España (64), así como en otros países (46,69,70,171).

La amabilidad implica una predisposición a cooperar con los demás y se relaciona con la generosidad y la ayuda. La apertura aporta la sensibilidad y la perspicacia necesarias para conocer y comprender a otras personas, así como la capacidad de captar las condiciones emocionales y personales de los demás. Por lo tanto, esta asociación era esperable.

Respecto a la correlación con la escala **IRI**, observamos correlaciones positivas de la escala Total y las subescalas de empatía afectiva (EC) y cognitiva (PT) del IRI, con las dimensiones de amabilidad y apertura (subescalas que comparten ítems orientados al “otro”). En un estudio multicéntrico (77) con estudiantes de medicina de 4 países: China, Alemania, España y Estados Unidos, los resultados fueron similares a los nuestros, aunque nuestras correlaciones fueron más altas. Esto se debe a que en el estudio mencionado se incluyen países (Asia, Europa del Norte) donde los estudiantes presentan menor proporción en la dimensión de amabilidad que en los países de Europa del sur, como España. Estos resultados también se han observado en otros estudios (76).

Observamos que la dimensión de la personalidad que mejor correlacionaba con la subescala de fantasía de IRI (IRI FS), es la apertura. Guilera y col. también observaron esta correlación, y argumentan que una actitud abierta y más flexible puede fomentar la fantasía, la imaginación y la creatividad (64).

La subescala de angustia personal (IRI PD) se correlacionó con la dimensión de neuroticismo, como se ha registrado en otros estudios (64,76,77). El neuroticismo se ha asociado positivamente con la excitabilidad emocional, que sustenta la respuesta empática emocional (176), y se relaciona con la propensión a experimentar emociones negativas como ansiedad, miedo e inseguridad en las relaciones (68,177).

Valoración por parte del paciente estandarizado

En el estudio no se observaron correlaciones significativas entre los rasgos de personalidad y las escalas de valoración de la empatía por parte del paciente estandarizado, CARE y JSPPE. No hemos encontrado artículos que lo hayan valorado.

6.2.3.5. Especialidad preferida

Autovaloración

Encontramos diferencias significativas al comparar la categoría 6 (especialidades quirúrgicas) con la categoría 1 (Medicina de familia) en JSE-S Total, JSE-S PT y JSE-S CC en la promoción de 2019 y en ambas juntas, así como en IRI Total e IRI PD en las dos promociones juntas y en la promoción de 2018.

Los hallazgos encontrados en **JSE-S** son consistentes con la literatura. En estudios llevados a cabo en Estados Unidos (79,178), Gran Bretaña (57), España (78), Turquía (28) y Japón (179), los estudiantes que preferían especialidades orientadas a las personas (Medicina Interna, Medicina de Familia y Pediatría) tenían valores más altos de empatía que los estudiantes que preferían especialidades orientadas a la tecnología (Anestesiología, Radiología y Cirugía). Estas diferencias no se encontraron, sin embargo, en Portugal (180). En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos se comprobó que los estudiantes orientados a Psiquiatría también tenían valores más altos en JSE-S (174).

Respecto a estudios con la escala **IRI**, Guilera T y col. (78) encontraron asociación entre especialidad preferida orientada al paciente y la subescala IRI PD, resultados que se asemejan a los que hemos observado en nuestro estudio.

Por todo lo comentado, podemos concluir que los estudiantes más empáticos tienden a elegir especialidades médicas en las que la relación médico-paciente es muy importante, como era de esperar (28,166).

Valoración por parte del paciente estandarizado

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dos escalas, CARE y JSPPPE, ni tampoco estudios dónde se haya valorado esta asociación.

6.2.3.6. Pasantías

Analizamos si existía relación entre las pasantías llevadas a cabo por los estudiantes y las diferentes escalas. Los alumnos eligen trayectos de pasantías según sus preferencias, y todos llevan a cabo una pasantía por Atención Primaria. Los trayectos son múltiples, y abarcan especialidades quirúrgicas, médicas, o una mezcla de ambas.

Autovaloración

Observamos diferencias significativas, valores más elevados de empatía, en los estudiantes que habían realizado más de 3 rotaciones del grupo de médicas + psiquiatría en la escala IRI (2019 y en las dos promociones juntas) y en JSE-S CC (2018). Esta autovaloración más elevada en los estudiantes que hicieron más pasantías orientadas al paciente (médicas) puede deberse en parte a que los alumnos eligen trayectos de pasantías según sus preferencias, y, por lo tanto, un estudiante que tenga preferencia por especialidades médicas elegirá un trayecto donde haya más rotaciones en dichas especialidades.

Valoración por parte del paciente estandarizado

No objetivamos diferencias en la empatía valorada por el paciente estandarizado teniendo en cuenta el itinerario de pasantías y no hemos encontrado estudios al respecto.

6.2.3.7. Asignaturas optativas cursadas

Autovaloración y Valoración por parte del paciente estandarizado

Las asignaturas optativas eran muchas y variadas y no hemos encontrado correlación entre las asignaturas cursadas y las escalas de autovaloración o valoración de empatía por parte del paciente estandarizado, aunque las medias más altas se han observado en los estudiantes que habían realizado la asignatura “conducta y actitudes en la práctica médica”. Se trataba de una asignatura optativa para estudiantes de los tres últimos cursos de la carrera de Medicina, en la que se desarrollaban aspectos de profesionalismo (comunicación, trabajo en equipo, confidencialidad, conflicto de intereses, interdisciplinariedad, ...) en 10 talleres de 2 horas de duración cada uno.

Este posible factor de asignaturas optativas cursadas, no se ha valorado en otros estudios.

***En resumen,** en cuanto a los factores que pueden influir en la empatía, lo más reseñable es:*

*En la escala de autovaloración **JSE-S** en los estudiantes de medicina, encontramos mayor empatía en las mujeres, en los estudiantes con rasgos de personalidad de extraversión, en los que tenían experiencia de voluntariado y en aquellos que preferían Medicina de Familia frente a especialidades quirúrgicas.*

*En la escala de autovaloración **IRI** en los estudiantes de medicina, encontramos mayor empatía en las mujeres, en aquellos que tenían rasgos de personalidad predominantes de apertura y amabilidad, en los que habían realizado más de 3 rotaciones del grupo de médicas y Psiquiatría, y en aquellos que preferían Medicina de Familia frente a especialidades quirúrgicas.*

*En la escala de valoración de empatía de los estudiantes por parte de los pacientes estandarizados, **JSPPE**, observamos mayor empatía en aquellos con experiencia de voluntariado, en la promoción **2018**.*

*En la escala de valoración de empatía de los estudiantes por parte de los pacientes estandarizados, **CARE**, observamos mayor empatía en aquellos con experiencia de enfermedad grave propia o de familiar/amigo y en aquellos con experiencia de voluntariado, en la promoción **2018**.*

*Esas diferencias en la valoración de la empatía por los pacientes estandarizados (**JSPPE** y **CARE**) no se observaron en la Promoción **2019**, por lo que pensamos que el proyecto de Identidad Médica puede aportar algo similar a las experiencias de enfermedad grave cercana y de voluntariado.*

6.2.4. Comparación de la empatía entre las promociones de 2018 y 2019

Este apartado es el más importante de la discusión en este segundo bloque: comparar la autovaloración de la empatía y la empatía percibida por los pacientes estandarizados del ECOE entre los estudiantes de 6º que han cursado el itinerario de Identidad Médica (promoción de 2019) y los estudiantes que no la han cursado (promoción de 2018).

En la revisión de la literatura hemos encontrado estudios randomizados donde se comparan grupo con intervención y grupo control, antes y después de la misma; estudios longitudinales con valoración del mismo grupo antes y después de la intervención y estudios transversales en los que se valoran grupos con y sin intervención.

La duración de las intervenciones es muy variada, desde unas horas a todo el currículo. El contenido y la metodología también varían de unos a otros.

Cómo ya hemos comentado anteriormente, hay estudios que miden la autovaloración de la empatía, fundamentalmente la escala JSE-S; otros, la valoración por parte del paciente; y otros, ambos tipos de escalas, como en nuestro caso.

Por último, los datos de empatía medidos en algunos estudios son brutos y en otros están ajustados por factores que pueden modificar la empatía.

Tendremos en cuenta todos estos aspectos al describir los estudios.

6.2.4.1. Comparación de la empatía mediante autovaloración entre las promociones de 2018 y 2019

En la comparación bruta de la empatía (sin ajustar por factores que puedan modificarla) entre los estudiantes de las promociones 2018 y 2019 en las escalas de autovaloración, observamos únicamente un aumento de la empatía en la subescala IRI EC (preocupación empática), en la promoción de 2019, prácticamente significativo. En las escalas totales y el resto de subescalas no encontramos diferencias.

Al ajustar los resultados por los factores que hemos visto que influyen en la empatía de nuestros estudiantes (sexo, experiencia de enfermedad grave propia o de familiar/amigo, haber realizado voluntariado, personalidad, preferencia de especialidad y pasantías realizadas), esta cuasi significación en el componente IRI EC no se observó. En las escalas totales de JSE-S e IRI no se observaron diferencias, aunque se objetivó una empatía mayor, con diferencia significativa en la subescala JSE-S CC en la promoción de 2018 respecto a la de 2019.

JSE-S

Respecto a la escala de autovaloración JSE-S, hemos encontrado 3 estudios con estudiantes de último curso como el nuestro.

Zgheib NK y col. (181) realizaron un estudio tras el cambio de currículo, y compararon la empatía de los estudiantes del currículo antiguo y el nuevo (currículo integrado). En este currículo nuevo se incluyeron varios cursos (humanidades, ética médica, psicología, espiritualidad y medicina paliativa) orientados a aumentar la empatía, la compasión y el profesionalismo. Asimismo, introducen la figura del tutor, que mediante feedback, ayuda a la formación reflexiva del estudiante. La empatía valorada mediante JSE-S fue mayor en los estudiantes del currículo nuevo, aunque no se tuvieron en cuenta otros factores que podían influir en la empatía. En nuestra Facultad los talleres de Identidad Médica (4º a 6º) están más orientados al profesionalismo, donde utilizamos la autorreflexión como herramienta formativa fundamental, apoyada también en la labor

del tutor. Las asignaturas de humanidades, ética, psicología y medicina paliativa ya estaban incluidas en nuestro currículo.

Bombeke K y col. (182) valoraron la empatía en dos cursos consecutivos, antes de pasantías y al finalizar el grado (6° medicina). El segundo grupo había cursado el programa de habilidades de comunicación de 1° a 5°. La empatía valorada con JSE-S permaneció estable en las 2 cohortes. No se ajustaron por factores relacionados con la empatía (aunque no había diferencias basales) y el tamaño muestral era pequeño (55 vs 45 estudiantes).

Arani y col. (175) en un estudio trasversal reciente, valoraron la empatía en estudiantes de 6° curso comparando el grupo que había realizado algún curso de empatía (1 semana) en los 3 primeros años y los que no lo habían cursado. Encontraron mayor puntuación en JSE-S Total (ajustando por factores que pudieran modificarla) en el grupo que había realizado alguno de los cursos, pero la limitación del estudio fue el tamaño muestral, 25 y 17 estudiantes por grupo.

Otros estudios se han realizado en cursos intermedios e incluso en primer curso.

Rosenthal S y col. (114) realizaron la intervención durante las rotaciones del tercer curso, mediante sesiones interactivas de humanismo y profesionalismo antes de cada rotación, donde publicaban reflexiones anónimas en un blog, a petición de los propios estudiantes. Se valoró la empatía con JSE-S antes y después del curso, ajustando los resultados por factores que pueden modificarla, y no se observaron diferencias. Sin embargo, la empatía no disminuyó, como se ha observado en otros estudios, cuando los estudiantes hicieron sus rotaciones.

Marcelo Schweller y col. (183) realizaron una intervención en estudiantes de 1°. Una vez a la semana durante 4 meses, los alumnos recibieron talleres de identidad médica y profesionalismo a través de entrevistas con pacientes y médicos, visitas supervisadas a hospitales y vídeos de pacientes estandarizados. La valoración de empatía mediante JSE-S aumentó al finalizar la intervención, pero no realizaron ajuste por factores.

Kataokaa H y col. (184) observaron que, en estudiantes de 3° o 4° curso, tras un taller de 4 horas de habilidades de comunicación con pacientes estandarizados, y sin ajustar por factores que puedan modificar la empatía, aumentaba la empatía valorada con JSE-S Total y las subescalas de toma de perspectiva (PT) y atención con compasión (CC). Sin embargo, al volver a valorarla en 5° o 6° curso, disminuían.

DelPrete A y col. (185), tras una intervención muy corta, un escenario con paciente estandarizado y discusión posterior, no observaron diferencias en JSE-S (sin ajustar por factores).

D'souza PC y col. (186) realizaron un estudio con grupo control e intervención en 2º curso. Consistía en una sesión de habilidades de comunicación, y se observó un aumento de la empatía valorada con JSE-S (sin ajustar por factores) tras la sesión, y una disminución de la misma a las 3 semanas.

Ahmadzadeh A y col. (187) realizaron una intervención corta de habilidades de comunicación y película con estudiantes de últimos cursos, donde observaron un aumento la empatía medida con JSE-S (ajustada por factores) pero una disminución al mes de la intervención.

IRI

Hay pocos estudios de intervención con autovaloración de empatía por IRI.

Kangmoon Kim y col. (188) realizaron un estudio de intervención corto, de 8 horas que incluyen teoría y role-playing, sobre empatía médica, y midieron la empatía mediante IRI y JSE-S. Sólo se observó aumento de la empatía en la escala JSE-S Total y la subescala JSE-S PT (componente cognitivo). En IRI Total y sus subescalas no se encontraron diferencias. No se realizaron ajustes y el número de estudiantes era de 17.

Schweller M y col. (189) realizaron una intervención de 4 talleres de escenarios con pacientes estandarizados en estudiantes de 4º y 6º curso, con debriefing posterior. Encontraron aumento de la empatía medida con IRI y JSE-S, sin ajustar por factores. Los autores piensan que, aunque los estudiantes obtuvieron valores de empatía más altos después de la actividad de simulación, ello no se traduce necesariamente en un comportamiento empático futuro. No están seguros de que el aumento de la empatía autovalorada se correlacione con la empatía real, percibida por los pacientes. Creen que las valoraciones de los pacientes son el método más adecuado, por encima de las autovaloraciones, cómo ya hemos comentado previamente.

Resumiendo, observamos algunos aspectos a tener en cuenta:

Uno de los principales objetivos de nuestro itinerario de Identidad Médica era trabajar el profesionalismo a través de la autorreflexión, ya que hay estudios que avalan su eficacia. Existen argumentos filosóficos que sugieren que la autorreflexión es un buen

punto de partida para la reconciliación entre emociones y razón, necesaria para mantener la empatía.

Respecto a la valoración de la empatía mediante JSE-S en los estudios de intervención comentados, podemos observar que muy pocos ajustan los valores de empatía por factores que puedan modificarla. Creemos, sin embargo, que se trata de un aspecto importante, y que ignorarlo puede distorsionar los resultados. Por lo tanto, en nuestro estudio, hemos ajustado por dichos valores.

Las intervenciones cortas mejoran en algunos casos la empatía, pero esta mejoría disminuye a lo largo de los cursos o incluso en pocas semanas (184,186,187). Estos hallazgos sugieren la necesidad de reforzar esta enseñanza con programas adicionales a lo largo de todo el currículo (184,186,190). Nuestro proyecto de Identidad Médica es transversal y se cursa en los tres últimos años del grado.

El tamaño muestral es importante y hay varios estudios con una *n* pequeña (175,182). Nuestra población, incluyendo las dos promociones, *n*=241, aporta solidez al estudio.

Algunos autores piensan que la escala JSE-S es la que más se utiliza porque es específica para estudiantes de medicina, pero que no valora bien los dos componentes de la empatía, cognitivo y emocional, y por lo tanto, en algunos estudios no encuentran diferencias tras la intervención (185).

Asimismo, otros autores creen que la autovaloración de la empatía puede relacionarse con la intención de ser empático y la percepción del estudiante sobre la importancia de la empatía (183), pero que no predicen el comportamiento empático de los estudiantes durante la práctica clínica real. En consecuencia, recalcan la importancia de incorporar instrumentos para medir la empatía desde la perspectiva de los pacientes, y recomiendan realizar esta medición mediante pacientes estandarizados en las ECOE (183,185,186,191).

En la mayoría de los estudios comentados se valora la escala de autovaloración Total de JSE-S sin subescalas. Nosotros, además valoramos las subescalas y observamos que en la escala total y subescalas sin ajustar no había diferencias, pero al ajustar por factores que pudieran afectar a la empatía, se objetivó una empatía mayor en la subescala JSE-S CC en la promoción de 2018 respecto a la del 2019. Creemos que no es

relevante porque no predice el comportamiento empático como lo hacen las escalas de valoración por parte del paciente.

***En resumen,** en nuestro estudio, con una intervención larga, con tamaño muestral adecuado y ajustando por factores, no encontramos diferencias significativas en las escalas de autovaloración de empatía total entre las dos promociones.*

6.2.4.2. Comparación de la empatía mediante valoración por parte del paciente estandarizado entre las promociones de 2018 y 2019

En la comparación bruta (sin ajustar por factores) de la empatía valorada por parte del paciente estandarizado en los estudiantes de las promociones de 2018 y 2019, se observaron puntuaciones significativamente más altas en las escalas CARE y JSPPPE en la promoción de 2019.

Al ajustar los resultados por los factores que hemos visto que influyen en la empatía de nuestros estudiantes (sexo, experiencia de enfermedad grave propia o de familiar o amigo, haber realizado voluntariado, personalidad, preferencia de especialidad y pasantías realizadas) se mantuvo esta diferencia.

Los estudios de intervención realizados con estas escalas son poco frecuentes porque implican una mayor infraestructura de tiempo, pacientes estandarizados y formadores.

Bayne HB (116) y col. realizaron un estudio con estudiantes de 3º de medicina durante sus rotaciones en Medicina de Familia (6 semanas) con contenidos teóricos y prácticos para aumentar la empatía de los estudiantes. Valoraron la empatía mediante la escala CARE a través de pacientes estandarizados, observando un aumento de esta. En este estudio no se realizó ajuste por factores y el número de estudiantes fue bajo, de 22.

Chen JY y col. (192) observaron en un estudio de valoración de empatía con CARE, que la evaluación por parte del paciente estandarizado es más real que la de un observador externo, ya que el paciente interacciona directamente con el alumno.

No obstante, hay también estudios que afirman que los pacientes estandarizados no valoran la empatía de forma tan adecuada como los pacientes reales (165). Por lo que un trabajo futuro que nos planteamos es valorar la empatía de los estudiantes en consultas de Atención Primaria, con pacientes reales.

En resumen, estos estudios, aunque escasos, demuestran que la empatía valorada por los pacientes estandarizados (mediante CARE) aumenta tras la intervención, por lo que van en consonancia con los resultados de nuestro estudio.

6.2.4.3. Comparación de la empatía mediante escalas de autovaloración y escalas de valoración por parte del paciente estandarizado, entre las promociones de 2018 y 2019

Como hemos comentado anteriormente, en nuestro estudio, en la autovaloración mediante las escalas JSE-S e IRI Totales y la valoración por parte del paciente estandarizado mediante CARE y JSPPPE, encontramos valores más altos en la promoción de 2019 para las 2 últimas. Sin embargo, no hemos encontrado estudios de intervención en estudiantes con las 4 escalas juntas.

LoSasso y col. valoraron la empatía de los estudiantes en grupo control y grupo con intervención puntual (tras talleres de habilidades de comunicación), mediante JSE-S y JSPPPE. Encontraron diferencias, aumento de empatía mediante JSPPPE, en el grupo de intervención. No obstante, no hubo diferencias en la empatía autovalorada con JSE-S (193).

M. Wüdrich y col. valoraron la empatía en un grupo control y en un grupo con intervención que practicaron con pacientes estandarizados. La autovaloración de ambos grupos con JSE-S no mostró diferencias, pero la valoración por parte de los pacientes estandarizados fue mayor en el grupo de intervención (194).

Estos dos estudios muestran resultados similares a los nuestros, pero con intervención más corta.

Sin embargo, Buffel Du Varea C y col. (94) realizaron un estudio randomizado encaminado a desarrollar habilidades de empatía en estudiantes de 4º curso, durante 2 meses, 7 sesiones de 1,5 horas cada una, donde los estudiantes exponían sus experiencias en las pasantías clínicas. Observaron un aumento de la empatía autovalorada, JSE-S, y no de la empatía valorada por el paciente estandarizado mediante la escala CARE. Podría deberse a la corta duración de la intervención, siendo necesaria una acción a largo plazo, para notar cambios en la empatía percibida por el paciente.

En resumen, los estudios son escasos, con intervenciones y resultados dispares, siendo necesarios más estudios que comparen todas estas escalas.

6.2.4.4. Reflexiones finales

En cuanto a las escalas de **autovaloración**, aunque nuestra hipótesis, basada en la literatura, era que la empatía autovalorada aumentaría con la intervención, no lo hemos objetivado.

La empatía autovalorada es una percepción interna sobre uno mismo y por lo tanto parece menos susceptible al cambio que la empatía percibida por los demás. Varios autores se cuestionan si las escalas de autovaloración de la empatía valoran realmente la empatía en la práctica con el paciente, y por lo tanto recomiendan usar más de un instrumento de autovaloración junto con la observación directa de la práctica empática y las evaluaciones de pacientes estandarizados o reales (154,185,186,189,191). En esa línea, nosotros hemos realizado la medición con 2 escalas de autovaloración y 2 de valoración por parte de paciente estandarizado.

Muchos de los estudios de intervención son puntuales y valoran la empatía inmediata mediante autovaloración, donde se observa mejoría. Sin embargo, en intervenciones a largo plazo, como en nuestro estudio, creemos que es más importante medir el comportamiento empático a través de un paciente estandarizado.

En cuanto a la empatía valorada por el **paciente estandarizado**, nuestra hipótesis se cumple, hemos encontrado valores más altos en los estudiantes de la promoción de 2019, y creemos que el Itinerario de Identidad Médica ha podido contribuir a ello. Se trata de una intervención larga y mantenida, que utiliza la reflexión escrita del propio estudiante como herramienta formativa. Ayuda al estudiante a reflexionar sobre sus vivencias y emociones, aprendiendo de ellas y de las diferentes situaciones que se le presentan en la práctica médica.

Fortalezas

En nuestro estudio hemos utilizado dos escalas de autovaloración de la empatía, JSE-S e IRI. Además, como han sugerido varios autores, en los estudios previamente comentados, medimos la empatía de los estudiantes mediante escalas de valoración por parte de pacientes estandarizados, durante la ECOE de 6º, con las escalas más utilizadas, CARE y JSPPPE. El haber utilizado cuatro escalas de valoración de la empatía, además del cuestionario de personalidad NEO-FFI 5, hace que nuestro estudio sea muy completo.

Otra fortaleza de nuestro trabajo es el tamaño muestral. La n total de las dos promociones es alta (n=241) y la n de cada promoción (2018, n=110; 2019 n=131) permitió el análisis estadístico de las diferencias entre ambos grupos.

El análisis multivariable de las escalas y subescalas, con todos los factores que pueden influir en la empatía es otro de los aspectos que hacen que nuestro estudio sea exhaustivo.

Limitaciones

La limitación más importante es que no se trata de un ensayo longitudinal, sino de un estudio trasversal de dos promociones consecutivas. No hay valoración preintervención en la misma promoción, sino que se comparan dos promociones distintas, sin/con intervención. Las características conocidas de los estudiantes, sin embargo, no indican diferencias significativas entre ambas promociones y hemos ajustado todos los valores por los factores asociados que podían modificar la empatía. Además, se trata de dos promociones seguidas, en la misma universidad, con el mismo plan de estudios, con la única diferencia de haber cursado el itinerario de Identidad Médica.

El hecho de haber valorado la empatía percibida por el paciente con pacientes estandarizados podría limitar nuestro estudio. Si bien es cierto que la simulación y los pacientes estandarizados, son herramientas ampliamente utilizadas en el ámbito de la Educación Médica, es lógico pensar que la valoración de la empatía por el paciente real es más exacta. Pensamos que realizar nuevos estudios con pacientes reales sería de mucha utilidad.



CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

7.1. PRIMERA PARTE: VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE EN ESPAÑOL (ESPAÑA) (SP-CARE Y SP-JSPPE)

1. La escala CARE traducida y adaptada al español (España) presenta fiabilidad y validez. Con ella podemos evaluar la empatía en especialistas de Atención Primaria, médicos en formación y estudiantes de medicina. Es la primera traducción de esta escala al español de España.
2. La escala JSPPPE traducida y adaptada al español (España) presenta fiabilidad y validez. Con ella podemos evaluar la empatía en especialistas de Atención Primaria, médicos en formación y estudiantes de medicina. Es la primera traducción de esta escala al español de España.
3. Existe una buena correlación entre las dos escalas traducidas y validadas, Sp-CARE y Sp-JSPPE, que valoran la empatía por parte del paciente. Esto permitiría pasar una o ambas escalas a los pacientes, según el tiempo disponible o el motivo del estudio.

7.2. SEGUNDA PARTE: EFECTO DEL ITINERARIO DE IDENTIDAD MÉDICA SOBRE LA EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA

4. La comparación bruta y la ajustada por factores que puedan afectar a la empatía, con las escalas Totales de autovaloración JSE-S e IRI, no mostraron diferencias significativas entre los estudiantes que han cursado el Itinerario de Identidad Médica (Promoción 2019) y los estudiantes que no lo han cursado (Promoción 2018). Tras ajustar por factores que puedan afectar a la empatía, únicamente mostró un aumento la subescala JSE-S CC en la Promoción de 2018.
5. La comparación bruta y la ajustada por factores que puedan afectar a la empatía, con las escalas de valoración por parte del paciente, CARE y JSPPPE, entre los estudiantes que han cursado el Itinerario de Identidad Médica (Promoción 2019) y los estudiantes que no lo han cursado (Promoción 2018), mostraron diferencias significativas, con valores más altos de empatía en los estudiantes de la promoción 2019.

6. La asignatura transversal de Identidad Médica asociada a las pasantías clínicas, que utiliza la reflexión escrita como herramienta pedagógica principal, ha podido contribuir al aumento de la empatía, valorada por los pacientes estandarizados, de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Navarra.



BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Hunsdahl JB. Concerning Einfühlung (empathy): A concept analysis of its origin and early development. . *Journal of History of the Behavioral Sciences*. 1967;3:180–91.
2. Titchener EB. *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. Macmillan. New York; 1909.
3. Lockwood PL. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behavioural Brain Research* [Internet]. 2016 Sep 15 [cited 2021 Nov 5];311:255–66. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0166432816303321>
4. Southard EE. The empathic index in the diagnosis of mental diseases. *J Abnorm Psychol*. 1918;13:199–214.
5. W. Kohler. *Gestalt psychology*. Liveright, Oxford. 1929.
6. Hojat M. Empathy in health professions education and patient care. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer International Publishing; 2016. 1–450 p.
7. W. Friedlmeier. *Entwicklung von Empathie, Selbstkonzept und prosozialem Handeln in der Kindheit (Development of empathy, self-concept and prosocial action in childhood)*. konstanz: Hartung-Gorre; 1993.
8. N. Eisenberg. *Altruistic emotion, cognition and behavior*. Erlbaum. Hillsdale; 1986.
9. M.L. Hoffmann. Interaction of affect and cognition in empathy. In: Carroll E. Izard, Jerome Kagan, Robert B. Zajonc, editors. *Emotions, Cognition, and Behavior*. Cambridge: MIT Press. Cambridge; 1984.
10. Davis M H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44:113–26.
11. Zhou YC, Tan SR, Tan CGH, Ng MSP, Lim KH, Tan LHE, et al. A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 2021 Dec 1;21(1).

12. Airagnes G, Consoli SM, de Morlhon O, Galliot AM, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014 May [cited 2021 Nov 6];76(5):426–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399914000749>
13. Decety J, Meyer M. From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2008 Oct 7;20(4):1053–80. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579408000503/type/journal_article
14. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2006 May;21(5):524–30. Available from: <http://link.springer.com/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>
15. Decety J, Yang CY, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *Neuroimage* [Internet]. 2010 May 1;50(4):1676–82. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053811910000455>
16. Halpern J. *Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. In Oxford: Oxford University Press; 2001.
17. Batson C. These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In: Decety J, Ickes W, editors. *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge: MIT Press. Cambridge; 2011.
18. von Dietze E, Orb A, Dietze VE. Compassionate care: a moral dimension of nursing *. Vol. 7, *Nursing Inquiry*. 2000.
19. Jeffrey D. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *J R Soc Med* [Internet]. 2016 Dec 6;109(12):446–52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0141076816680120>
20. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 Apr 9 [cited 2021 Nov 4];136(9):390–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775309010860>

21. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *British Journal of General Practice* [Internet]. 2009 Apr 1;59(561):e116–33. Available from: <http://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp09X420248>
22. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2002 Oct 1 [cited 2021 Nov 5];52 Suppl(Suppl):S9-12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12389763>
23. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Med Sci Monit* [Internet]. 2007 Jul;13(7):CR291-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17599021>
24. Cowley C. Polemic: Five Proposals for a Medical School Admission Policy. Source: *Journal of Medical Ethics* [Internet]. 2006;32(8):491–4. Available from: www.jmedethics.com
25. General Medical Council. Your Health Matters [Internet]. http://www.gmc-uk.org/doctors/information_for_doctors/7033.asp. . 2010 [cited 2016 May 24]. Available from: <https://www.gmc-uk.org/>
26. Medical School Objectives Project [Internet]. Association of American Medical Colleges. 2016 [cited 2016 May 28]. Available from: <https://www.aamc.org/initiatives/msop/>
27. OMC. Código Deontología médica. http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf España: OMC; 2011.
28. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. Vol. 63, *British Journal of General Practice*. 2013.
29. Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: A new model. *Med Educ*. 2007 Jul;41(7):690–7.
30. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients’ overall satisfaction with primary care physicians.

- Fam Med [Internet]. 2011 Jun;43(6):412–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21656396>
31. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. Physician empathy and listening: Associations with patient satisfaction and autonomy. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011 Nov;24(6):665–72.
 32. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: It is possible. *Med Teach* [Internet]. 2013 Dec 19;35(12):1002–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2013.802296>
 33. Haskard Zolnierek KB, Robin DiMatteo M. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. Vol. 47, *Care*. 2009.
 34. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*. 2011;86(3):359–64.
 35. Levinson W. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1997 Feb 19;277(7):553–9.
 36. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*. 2005 Sep;3(5):415–21.
 37. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. Vol. 6, *Burnout Research*. Elsevier GmbH; 2017. p. 18–29.
 38. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy. *JAMA*. 2006 Sep 6;296(9):1071.
 39. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *J Gen Intern Med*. 2007 Feb 9;22(2):177–83.

40. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol*. 2016 May 26;7.
41. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ [Internet]*. 2002 Jun;36(6):522–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12047665>
42. Schwartzstein RM. Getting the Right Medical Students — Nature versus Nurture. *New England Journal of Medicine*. 2015 Apr 23;372(17):1586–7.
43. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. Vol. 86, *Academic Medicine*. Lippincott Williams and Wilkins; 2011. p. 996–1009.
44. Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*. 2012 Apr 28;34(4):305–11.
45. 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 [Internet]*. 2016 Jan;48(1):8–14. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265671500058X>
46. Costa P, Magalhães E, Costa MJ. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Advances in Health Sciences Education*. 2013 Aug;18(3):509–22.
47. Hojat M, Shannon SC, Desantis J, Speicher MR, Bragan L, Calabrese LH. Does Empathy Decline in the Clinical Phase of Medical Education? A Nationwide, Multi-Institutional, Cross-Sectional Study of Students at DO-Granting Medical Schools. *Academic Medicine*. 2020 Jun 1;95(6):911–8.
48. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004 Sep;38(9):934–41.

49. Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RRB, et al. Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*. 2014 Apr 4;9(4).
50. Eikeland HL, Ørnes K, Finset A, Pedersen R. The physician's role and empathy - A qualitative study of third year medical students. *BMC Med Educ*. 2014 Aug 9;14(1).
51. Park KH, Roh H, Suh DH, Hojat M. Empathy in Korean medical students: Findings from a nationwide survey. *Med Teach*. 2015 Oct 3;37(10):943–8.
52. Tyssen R. Health Problems and the Use of Health Services among Physicians: A Review Article with Particular Emphasis on Norwegian Studies. Vol. 45, *Industrial Health*. 2007.
53. Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. Medical students' self-reported empathy and simulated patients' assessments of student empathy: An analysis by gender and ethnicity. *Academic Medicine*. 2011;86(8):984–8.
54. Michalska KJ, Kinzler KD, Decety J. Age-related sex differences in explicit measures of empathy do not predict brain responses across childhood and adolescence. *Dev Cogn Neurosci*. 2013 Jan;3(1):22–32.
55. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007 Oct;22(10):1434–8.
56. Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Medical Principles and Practice*. 2015;24(4):344–50.
57. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK Medical Students: Differences by Gender, Medical Year and Specialty Interest. *Education for Primary Care*. 2011 Jan 7;22(5):297–303.
58. van Zanten M, Boulet JR, Norcini JJ, McKinley D. Using a standardised patient assessment to measure professional attributes. *Med Educ*. 2005 Jan;39(1):20–9.
59. Rueckert L, Naybar N. Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. *Brain Cogn*. 2008 Jul;67(2):162–7.

60. Capdevila-Gaudens P, García-Abajo JM, Flores-Funes D, García-Barbero M, García-Estañ J. Depression, anxiety, burnout and empathy among Spanish medical students. Sattar K, editor. *PLoS One* [Internet]. 2021 Dec 2;16(12):e0260359. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0260359>
61. Dussán KB, Leidal A, Corriveau N, Montgomery D, Eagle KA, LaHood BJ. Increasing Medical Trainees' Empathy Through Volunteerism and Mentorship. *J Med Educ Curric Dev*. 2017 Jan 1;4:238212051773799.
62. Beck J, Chretien K, Kind T. Professional Identity Development Through Service Learning. *Clin Pediatr (Phila)*. 2015 Nov 8;54(13):1276–82.
63. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationship Between Medical Student Service and Empathy. *Academic Medicine* [Internet]. 2011 Oct;86:S42–5. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201110001-00011>
64. Guilera T, Batalla I, Forné C, Soler-González J. Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019 Dec 14;19(1):57. Available from: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1485-2>
65. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild* [Internet]. 2012;29(1):Doc11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403596>
66. Real academia nacional de medicina [Internet]. [cited 2021 Dec 6]. Available from: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=personalidad
67. Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychol Assess*. 1992;4(1):5–13.
68. Costa PT, McCrae RR. *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO FFI)*. TEA. Madrid: TEA; 1999.

69. Costa P, Alves R, Neto I, Marvão P, Portela M, Costa MJ. Associations between medical student empathy and personality: A multi-institutional study. *PLoS One*. 2014 Mar 17;9(3).
70. Magalhães E, Costa P, Costa MJ. Empathy of medical students and personality: Evidence from the Five-Factor Model. *Med Teach*. 2012 Oct 8;34(10):807–12.
71. Nettle D. Empathizing and systemizing: What are they, and what do they contribute to our understanding of psychological sex differences? *British Journal of Psychology*. 2007 May;98(2):237–55.
72. Barrio V del, Aluja A, García LF. Relationship between empathy and the big five personality traits in a sample of spanish adolescents. *Social Behavior and Personality: an international journal* [Internet]. 2004 Jan 1;32(7):677–81. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/10.2224/sbp.2004.32.7.677>
73. Iacovella JD, Díaz-Lázaro C, Richard's MM. Iacovella, Relación Entre la Empatía y los Cinco Grandes. Factores de Personalidad en una Muestra de Estudiantes Universitarios. *Rev Argent Cienc Comport*. 2015 Jul;7(2):14–21.
74. Hojat M, Zuckerman M, Magee M, Mangione S, Nasca T, Vergare M, et al. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Pers Individ Dif*. 2005 Nov;39(7):1205–15.
75. Beven J, Beven JP, Hall G. Using the Interpersonal Reactivity Index to Assess Empathy in Violent Offenders [Internet]. Vol. 1, *International Journal of Forensic Psychology*. 2004. Available from: <http://www.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@health/documehttp://researchrepository.murdoch.edu.au/2698/>
76. Song Y, Shi M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PLoS One*. 2017 Feb 1;12(2).
77. Melchers MC, Li M, Haas BW, Reuter M, Bischoff L, Montag C. Similar Personality Patterns Are Associated with Empathy in Four Different Countries. *Front Psychol*. 2016 Mar 8;7.
78. Guilera T, Batalla I, Soler-González J. Empathy and specialty preference in medical students. Follow-up study and feedback. *Educación Médica* [Internet].

- 2018 Oct;19:153–61. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181317301559>
79. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Speicher MR, Bragan L, Calabrese LH. Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest: A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. *Med Educ* [Internet]. 2020 Jun 2;54(6):571–81. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.14138>
80. Bernardo MO, Cecilio-Fernandes D, Lima AR de A, Silva JF, Ceccato HD, Costa MJ, et al. Investigating the relation between self-assessment and patients' assessments of physicians-in-training empathy: a multicentric, observational, cross-sectional study in three teaching hospitals in Brazil. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Jun 25;9(6):e029356. Available from:
<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2019-029356>
81. Chen DCR, Pahilan ME, Orlander JD. Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students. *J Gen Intern Med*. 2010 Mar;25(3):200–2.
82. Neumann M, Bensing J, Wirtz M, Wübker A, Scheffer C, Tauschel D, et al. The impact of financial incentives on physician empathy: A study from the perspective of patients with private and statutory health insurance. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 Aug;84(2):208–16. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399110004131>
83. Hojat M. *Empathy in Patient Care*. New York, NY: Springer New York; 2007.
84. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Meas*. 2001 Apr 2;61(2):349–65.
85. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*. 2018 Dec 2;23(5):899–920.

86. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Sep;159(9):1563–9.
87. Ferreira-Valente A, Costa P, Elorduy M, Virumbrales M, Costa MJ, Palés J. Psychometric properties of the Spanish version of the Jefferson Scale of Empathy: Making sense of the total score through a second order confirmatory factor analysis. *BMC Med Educ*. 2016 Sep 19;16(1).
88. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine*. 2003 Mar;1(1):25–41.
89. Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy.
90. Samper P, Frías MD, Mestre V. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema* [Internet]. 2014;16(2):255–60. Available from: www.psicothema.com
91. Costa P, de Carvalho-Filho MA, Schweller M, Thiemann P, Salgueira A, Benson J, et al. Measuring Medical Students' Empathy. *Academic Medicine* [Internet]. 2017 Jun 1;92(6):860–7. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201706000-00049>
92. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004 Dec;21(6):699–705.
93. Downar J, McNaughton N, Abdelhalim T, Wong N, Lapointe-Shaw L, Seccareccia D, et al. Standardized patient simulation versus didactic teaching alone for improving residents' communication skills when discussing goals of care and resuscitation: A randomized controlled trial. *Palliat Med*. 2017 Feb 10;31(2):130–9.
94. Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. *J Psychosom Res* [Internet]. 2017 Dec 1;103:102–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399917307596>

95. Aomatsu M, Abe H, Abe K, Yasui H, Suzuki T, Sato J, et al. Validity and reliability of the Japanese version of the CARE Measure in a general medicine outpatient setting. *Fam Pract* [Internet]. 2014 Feb 1;31(1):118–26. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmt053>
96. van Dijk I, Scholten Meilink Lenferink N, Lucassen PLBJ, Mercer SW, van Weel C, olde Hartman TC, et al. Reliability and validity of the Dutch version of the Consultation and Relational Empathy Measure in primary care. *Fam Pract* [Internet]. 2017 Feb;34(1):119–24. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmw116>
97. Fung CSC, Hua A, Tam L, Mercer SW. Reliability and validity of the Chinese version of the CARE Measure in a primary care setting in Hong Kong. *Fam Pract* [Internet]. 2009 Oct 1;26(5):398–406. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmp044>
98. Hanževački M, Jakovina T, Bajić Ž, Tomac A, Mercer S. Reliability and validity of the Croatian version of Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in primary care setting. *Croat Med J* [Internet]. 2015 Feb;56(1):50–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4364352/>
99. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Warm M, Wolf J, Pfaff H. Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstruments „Consultation and Relational Empathy“ (CARE) am Beispiel von Krebspatienten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*. 2008 Jan;58(1):5–15.
100. Crosta Ahlforn K, Bojner Horwitz E, Osika W. A Swedish version of the Consultation and Relational Empathy (CARE) measure. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2017 Jul 3;35(3):286–92. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2017.1358853>
101. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. Arrieta A, editor. *PLoS One* [Internet]. 2018 May 31;13(5):e0198488. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0198488>

102. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croat Med J* [Internet]. 2007 Feb;48(1):81–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17309143>
103. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ*. 2010 Dec 14;1:83–7.
104. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient Perceptions of Clinician's Empathy. *J Patient Exp* [Internet]. 2017 Jun 20;4(2):78–83. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373517699273>
105. 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* [Internet]. 2011 May 25;33(5):388–91. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2010.530319>
106. Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy [Internet]. [cited 2021 Dec 4]. Available from: <https://www.jefferson.edu/academics/colleges-schools-institutes/skmc/research/research-medical-education/jefferson-scales.html>
107. Keulen MHF, Teunis T, Kortlever JTP, Vagner GA, Ring D, Reichel LM. Measurement of Perceived Physician Empathy in Orthopedic Patients. *J Patient Exp* [Internet]. 2020 Aug 12;7(4):600–6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373519875842>
108. Taherdoost H. Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. *International Journal of Academic Research in Management*. 2016;5(3):28–36.
109. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007 Jan;60(1):34–42.
110. Hinton PR, McMurray I, Brownlow C. *spss explained*. Routledge. 2014.
111. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* [Internet]. 2009 Jul;5(4):171–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1699258X09000497>

112. Selby P, Robertson B. Measurement of quality of life in patients with cancer. *Cancer Surv* [Internet]. 1987;6(3):521–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3326660>
113. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract*. 2005 Jun;22(3):328–34.
114. Rosenthal S, Howard B, Schluskel YR, Herrigel D, Smolarz BG, Gable B, et al. Humanism at Heart: Preserving Empathy in Third-Year Medical Students. *Academic Medicine* [Internet]. 2011 Mar;86(3):350–8. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201103000-00024>
115. Sands SA, Stanley P, Charon R. Pediatric narrative oncology: interprofessional training to promote empathy, build teams, and prevent burnout. *J Support Oncol*. 6(7):307–12.
116. Bayne HB. Training Medical Students in Empathic Communication. *The Journal for Specialists in Group Work*. 2011 Dec;36(4):316–29.
117. Graham J, Benson LM, Swanson J, Potyk D, Daratha K, Roberts K. Medical Humanities Coursework Is Associated with Greater Measured Empathy in Medical Students. *Am J Med* [Internet]. 2016 Dec;129(12):1334–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934316308336>
118. Kommalage M. Using videos to introduce clinical material: effects on empathy. *Med Educ* [Internet]. 2011 May;45(5):514–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.2011.03951.x>
119. Muszkat M, Yehuda A ben, Moses S, Naparstek Y. Teaching empathy through poetry: a clinically based model. *Med Educ* [Internet]. 2010 May;44(5):503–503. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.2010.03673.x>
120. Ohuabunwa U, Perkins M, Eskildsen M, Flacker J. Towards Patient Safety: Promoting Clinical Empathy Through an Experiential Curriculum in Care Transitions Among the Underserved. *Med Sci Educ*. 2017 Dec 18;27(4):613–20.

121. Vargas Pelaez AF, Ramirez SI, Valdes Sanchez C, Piedra Abusharar S, Romeu JC, Carmichael C, et al. Implementing a medical student interpreter training program as a strategy to developing humanism. *BMC Med Educ*. 2018 Dec 18;18(1):141.
122. Blanco M, Maderer A, Price L, Epstein S, Summergrad P. Efficiency is not enough; you have to prove that you care: Role modelling of compassionate care in an innovative resident-as-teacher initiative. *Education for Health*. 2013;26(1):60.
123. Passiment M, Sacks H, Huang G. Simulation in Medical Education: Results of an AAMC Survey. [Internet]. 2011 [cited 2016 May 20]. Available from: <https://www.aamc.org/download/259760/data>
124. Potash J, Chen J. Art-mediated peer-to-peer learning of empathy. *Clin Teach* [Internet]. 2014 Aug;11(5):327–31. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tct.12157>
125. He B, Prasad S, Higashi RT, Goff HW. The art of observation: a qualitative analysis of medical students' experiences. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019 Dec 26;19(1):234. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1671-2>
126. Tsao P, Yu CH. “There’s no billing code for empathy” - Animated comics remind medical students of empathy: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2016 Dec 12;16(1):204.
127. Arbea L, Díaz-González JA, Centeno C, del Pozo JL, Martínez M, Salvador J, et al. Diseño e implantación de un proyecto docente para la formación de la identidad médica en estudiantes de Medicina. *Educación Médica*. 2020 May;21(3):207–11.
128. Coveney J. Calculated alpha after polichoric factor analysis. [Internet]. [cited 2020 Apr 5]. Available from: <http://www.stata.com/statalist/archive/2012-02/msg00696.html>
129. Zumbo BD, Gadermann AM, Zeisser C. Ordinal Versions of Coefficients Alpha and Theta for Likert Rating Scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*. 2007 May 1;6(1):21–9.
130. Streiner D, Norman G, Cairney J. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use.* . 5th ed. Oxford. Oxford: Oxford University Press; 2015.

131. Kaiser H. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974;39:31–6.
132. Flora DB, Curran PJ. An Empirical Evaluation of Alternative Methods of Estimation for Confirmatory Factor Analysis With Ordinal Data. *Psychol Methods*. 2004 Dec;9(4):466–91.
133. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J. Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *J Educ Res*. 2006 Jul 1;99(6):323–38.
134. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999 Jan;6(1):1–55.
135. Martínez González M, Sánchez Villegas A, Toledo Atucha E, Faulin Fajardo J. *Bioestadística amigable*. 3rd ed, Elsevier. Elsevier; 2014.
136. Albiero P, Ingoglia S, Coco A lo. Contributo all’adattamento italiano dell’Interpersonal Reactivity Index Children’s Voices for a new human Space View project [Internet]. 2007. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/285905694>
137. Mercer SW, Fung CSC, Chan FWK, Wong FYY, Wong SYS, Murphy D. The Chinese-version of the CARE Measure reliably differentiates between doctors in primary care: A cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Fam Pract*. 2011;12.
138. Missing data: the hidden problem. SPSS White Paper. [Internet]. Chicago, IL:SPSS,Inc. . 2000. Available from: www.spss.com
139. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland-A pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns*. 2008 Nov;73(2):240–5.
140. Valls Martínez M del C, Ramírez-Orellana A. Patient Satisfaction in the Spanish National Health Service: Partial Least Squares Structural Equation Modeling. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Dec 4;16(24):4886. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/24/4886>

141. Mercer SW. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* 2004 Oct 1;21(6):699–705.
142. Borracci RA, Doval HC, Celano L, Ciancio A, Manente D, Calderón JGE. Patients' perceptions of argentine physicians' empathy based on the jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Psychometric data and demographic differences. *Education for Health: Change in Learning and Practice.* 2017 Jan 1;30(1):19–25.
143. Kline JA, Lin MP, Hall CL, Puskarich MA, Dehon E, Kuehl DR, et al. Perception of Physician Empathy Varies With Educational Level and Gender of Patients Undergoing Low-Yield Computerized Tomographic Imaging. *J Patient Exp.* 2020 Jun;7(3):386–94.
144. Byrd J, Knowles H, Moore S, Acker V, Bell S, Alanis N, et al. Synergistic effects of emergency physician empathy and burnout on patient satisfaction: A prospective observational study. *Emergency Medicine Journal.* 2021 Apr 1;38(4):290–6.
145. Mohammadi A, Kamali K. Inpatients' Perceptions of Physicians' Empathy and Their Level of Satisfaction Regarding Medical Care Measured by Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy. 2019;2.
146. Alzayer ZM, Abdulkader RS, Jeyashree K, Alseliem A. Patient-rated physicians' empathy and its determinants in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2019 Sep 1;26(3):199–205.
147. Katsari V, Tyritidou A, Domeyer PR, Giorgi G. Physicians' Self-Assessed Empathy and Patients' Perceptions of Physicians' Empathy: Validation of the Greek Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy. *Biomed Res Int.* 2020;2020.
148. Gonzalez AI, Kortlever JTP, Rijk L, Ring D, Brown LE, Reichel LM. Is there a correlation between the patient-doctor relationship questionnaire and other patient-reported experience measures? *Patient Exp J.* 2020 Apr 28;7(1):44–50.
149. Domingues AC, Santiago LM, Rodrigues AR, Pires B, Velho D, Ferreira PL. Cross-cultural adaptation and validation of the jefferson scale of patient's

- perceptions of physician empathy (JSPPE) for the portuguese population. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:1145–52.
150. Kortlever JTP, Ottenhoff JSE, Vagner GA, Ring D, Reichel LM. Visit Duration Does Not Correlate with Perceived Physician Empathy. *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*. 2019 Feb 20;101(4):296–301.
151. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students. *Academic Medicine* [Internet]. 2013 Aug;88(8):1171–7. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201308000-00037>
152. Capdevila-Gaudens P, García-Abajo JM, Flores-Funes D, García-Barbero M, García-Estañ J. Depression, anxiety, burnout and empathy among Spanish medical students. Sattar K, editor. *PLoS One* [Internet]. 2021 Dec 2;16(12):e0260359. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0260359>
153. Blanco JM, Caballero F, García FJ, Lorenzo F, Monge D. Validation of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Spanish medical students who participated in an Early Clerkship Immersion programme. *BMC Med Educ* [Internet]. 2018 Dec 12;18(1):209. Available from: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1309-9>
154. Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2016 Aug;Volume 7:443–55. Available from: <https://www.dovepress.com/undergraduate-medical-students39-empathy-current-perspectives-peer-reviewed-article-AMEP>
155. Shin HS, Park H, Lee YM. The relationship between medical students' empathy and burnout levels by gender and study years. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2022 Feb;105(2):432–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399121003918>
156. Berg K, Blatt B, Lopreiato J, Jung J, Schaeffer A, Heil D, et al. Standardized Patient Assessment of Medical Student Empathy: Ethnicity and Gender Effects in a Multi-Institutional Study. *Academic Medicine*. 2015 Jan 13;90(1):105–11.
157. Dohrenwend AM. Defining Empathy to Better Teach, Measure, and Understand Its Impact. *Academic Medicine* [Internet]. 2018 Dec;93(12):1754–6. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201812000-00011>

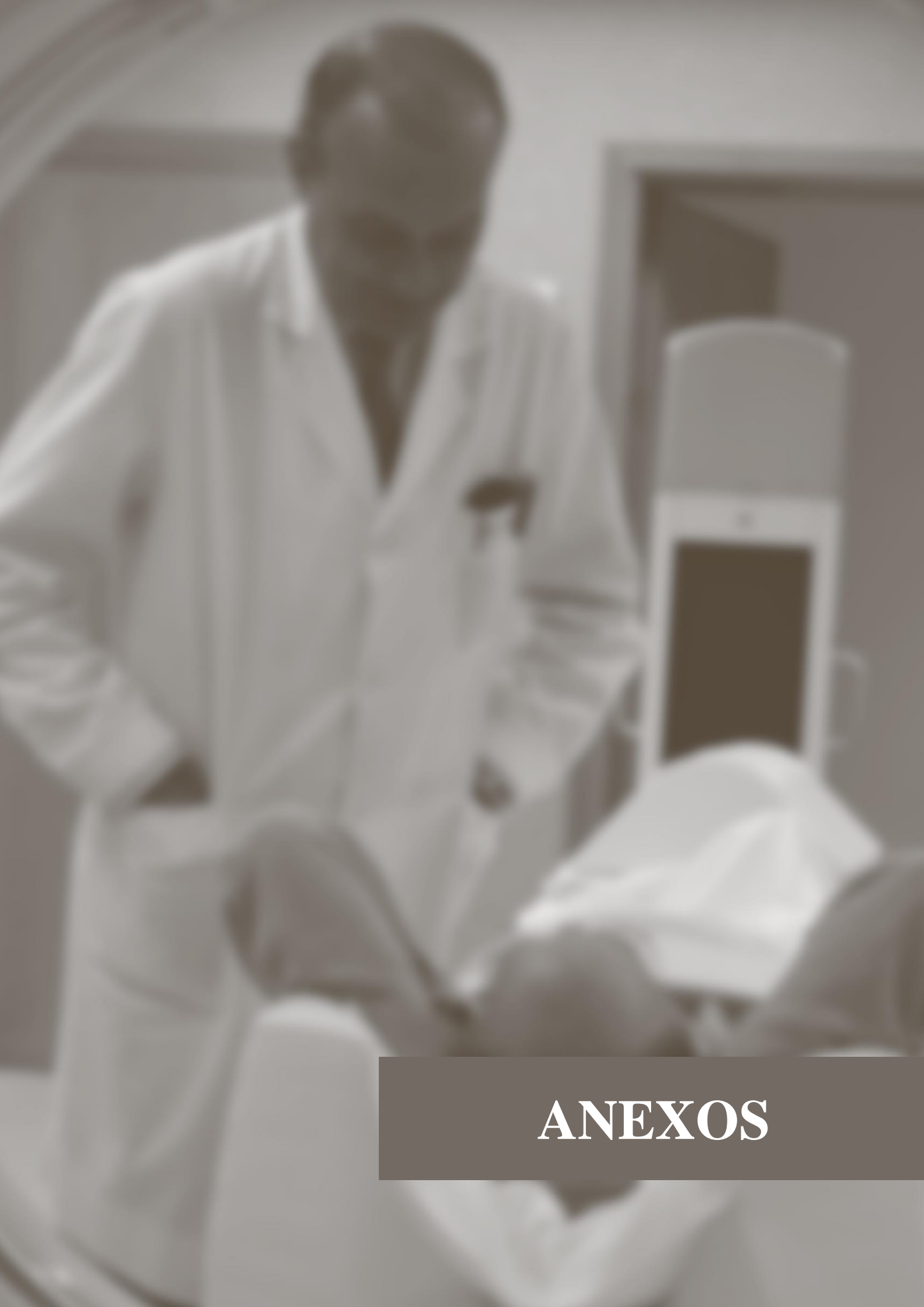
158. Chen JY, Chin WY, Fung CSC, Wong CKH, Tsang JPY. Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Med Educ Online* [Internet]. 2015 Jan 7;20(1):27346. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/meo.v20.27346>
159. Díez N, García del Barrio L, Rodríguez-Díez M, Martín-Lanas R, Gea A, Costa M. Validation of the Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy Spanish (Spain) Version in Primary Care. *Fam Med*.
160. McTighe AJ, DiTomasso RA, Felgoise S, Hojat M. Correlation Between Standardize Patients' Perceptions of Osteopathic Medical Students and Students' Self-Rated Empathy. *J Am Osteopath Assoc* [Internet]. 2016 Oct 1;116(10):640–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27669067>
161. Jarski RW, Gjerde CL, Bratton BD, Brown DD, Matthes SS. A comparison of four empathy instruments in simulated patient-medical student interactions. *Academic Medicine* [Internet]. 1985 Jul;60(7):545–51. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-198507000-00006>
162. Grosseman S, Novack DH, Duke P, Mennin S, Rosenzweig S, Davis TJ, et al. Residents' and standardized patients' perspectives on empathy: Issues of agreement. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 Jul;96(1):22–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399114001451>
163. Dekker ABE, Keulen M, Vagner G, Driscoll M, Smoot B, Gallagher S, et al. Physician Self-Assessed Empathy Does Not Correlate with Patient Perceptions of Physician Empathy.
164. Wright B, McKendree J, Morgan L, Allgar VL, Brown A. Examiner and simulated patient ratings of empathy in medical student final year clinical examination: are they useful? *BMC Med Educ* [Internet]. 2014 Dec 22;14(1):199. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-199>
165. Wear D, Varley JD. Rituals of verification: The role of simulation in developing and evaluating empathic communication. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2008 May;71(2):153–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399108000104>

166. Kötter T, Kiehn L, Obst KU, Voltmer E. The Development of Empathy and Associated Factors during Medical Education: A Longitudinal Study. *J Med Educ Curric Dev* [Internet]. 2021 Jan 13;8:238212052110301. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23821205211030176>
167. Elkin B, LaPlant EM, Olson APJ, Violato C. Stability and Differences in Empathy Between Men and Women Medical Students: a Panel Design Study. *Med Sci Educ* [Internet]. 2021 Dec 3;31(6):1851–8. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s40670-021-01373-0>
168. Fernández-Rodríguez LJ, Bardales-Zuta VH, San-Martín M, Delgado Bolton RC, Vivanco L. Empathy Enhancement Based on a Semiotics Training Program: A Longitudinal Study in Peruvian Medical Students. *Front Psychol* [Internet]. 2020 Oct 29;11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.567663/full>
169. Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, Grigaityte K, Iacoboni M, Ferrari PF. Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2014 Oct;46:604–27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763414002164>
170. Omayma A.E. Hamed1 2; Abdullah M.S Alahwal1 ; Afanan H. Basri1 ; Byan M. Bukhari. Personal, cultural and academic factors affecting empathy score in third year medical students. .
171. O’Tuathaigh CMP, Nadhirah Idris A, Duggan E, Costa P, Costa MJ. Medical students’ empathy and attitudes towards professionalism: Relationship with personality, specialty preference and medical programme. Arrieta A, editor. *PLoS One* [Internet]. 2019 May 2;14(5):e0215675. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0215675>
172. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-Centered Care and Outcomes. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2013 Aug 20;70(4):351–79. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558712465774>
173. Worly B, Verbeck N, Walker C, Clinchot DM. Burnout, perceived stress, and empathic concern: differences in female and male Millennial medical students.

- Psychol Health Med [Internet]. 2019 Apr 21;24(4):429–38. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2018.1529329>
174. Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: A longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ*. 2011;11(1).
175. Hizomi Arani R, Najj Z, Moradi A, Shariat SV, Mirzamohamadi S, Salamati P. Comparison of empathy with patients between first-year and last-year medical students of Tehran University of Medical Sciences. *BMC Med Educ* [Internet]. 2021 Dec 30;21(1):460. Available from: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02897-0>
176. Jabbi M, Swart M, Keyzers C. Empathy for positive and negative emotions in the gustatory cortex. *Neuroimage* [Internet]. 2007 Feb;34(4):1744–53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053811906010780>
177. McCrae R, Costa J, Paul T. A Five-Factor theory of personality. In: L. A. Pervin, O. P. John, editors. *Handbook of personality: Theory and research*. Guilford Press; 1999. p. 139–53.
178. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine* [Internet]. 2009 Sep;84(9):1182–91. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-200909000-00012>
179. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic Medicine* [Internet]. 2009 Sep;84(9):1192–7. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-200909000-00013>
180. Duarte MIF, Raposo MLB, Rodrigues PJF da SF, Branco MC. Measuring empathy in medical students, gender differences and level of medical education: An identification of a taxonomy of students. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2016 Oct;5(20):253–60. Available from: <http://www.riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/275>

181. Zgheib NK, Dimassi Z, Arawi T, Badr KF, Sabra R. Effect of Targeted Curricular Reform on the Learning Environment, Student Empathy, and Hidden Curriculum in a Medical School: A 7-Year Longitudinal Study. *J Med Educ Curric Dev* [Internet]. 2020 Jan 27;7:238212052095310. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2382120520953106>
182. Bombeke K, van Roosbroeck S, de Winter B, Debaene L, Schol S, van Hal G, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 Sep;84(3):310–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399111001431>
183. Schweller M, Ribeiro DL, Celeri EV, de Carvalho-Filho MA. Nurturing virtues of the medical profession: does it enhance medical students' empathy? *Int J Med Educ* [Internet]. 2017 Jul 11;8:262–7. Available from: <http://www.ijme.net/archive/8/empathy-and-professional-identity-development/>
184. Kataoka H, Iwase T, Ogawa H, Mahmood S, Sato M, DeSantis J, et al. Can communication skills training improve empathy? A six-year longitudinal study of medical students in Japan. *Med Teach* [Internet]. 2019 Feb 1;41(2):195–200. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2018.1460657>
185. DelPrete A, Giordano C, Castiglioni A, Hernandez C. Medical Students' Attitudes Toward Non-Adherent Patients Before and After a Simulated Patient-Role Activity and Small-Group Discussion: Revisited. *Cureus* [Internet]. 2016 Apr 19; Available from: <http://www.cureus.com/articles/3426-medical-students-attitudes-toward-non-adherent-patients-before-and-after-a-simulated-patient-role-activity-and-small-group-discussion-revisited>
186. D'souza PC, Rasquinha SL, D'souza TL, Jain A, Kulkarni V, Pai K. Effect of a Single-Session Communication Skills Training on Empathy in Medical Students. *Academic Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun 6;44(3):289–94. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40596-019-01158-z>
187. Ahmadzadeh A, Esfahani MN, Ahmadzad-Asl M, Shalbafan M, Shariat SV. Does watching a movie improve empathy? A cluster randomized controlled trial. *Can*

- Med Educ J [Internet]. 2019 Nov;10(4):e4–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31807222>
188. Kim K, Kim SH, Yoon HS, Shin HS, Lee YM. Assessing the effects of an empathy education program using psychometric instruments and brain fMRI. *Advances in Health Sciences Education*. 2019;
189. Schweller M, Costa FO, Antônio MÂRGM, Amaral EM, de Carvalho-Filho MA. The Impact of Simulated Medical Consultations on the Empathy Levels of Students at One Medical School. *Academic Medicine* [Internet]. 2014 Apr;89(4):632–7. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201404000-00031>
190. Hojat M, Axelrod D, Spandorfer J, Mangione S. Enhancing and sustaining empathy in medical students. *Med Teach* [Internet]. 2013 Dec 11;35(12):996–1001. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2013.802300>
191. Thangarasu S, Renganathan G, Natarajan P. Empathy Can Be Taught, and Patients Teach it Best. *J Med Educ Curric Dev* [Internet]. 2021 Jan 17;8:238212052110003. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23821205211000346>
192. Chen JY, Chin WY, Tsang JPY. How clinician examiners compare with simulated patients in assessing medical student empathy in a clinical exam setting. *Med Teach*. 2020 Jan 2;42(1):86–91.
193. LoSasso AA, Lamberton CE, Sammon M, Berg KT, Caruso JW, Cass J, et al. Enhancing Student Empathetic Engagement, History-Taking, and Communication Skills During Electronic Medical Record Use in Patient Care. *Academic Medicine* [Internet]. 2017 Jul 1;92(7):1022–7. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201707000-00048>
194. Wünderlich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students – a randomized controlled trial. *Med Teach* [Internet]. 2017 Oct 3;39(10):1096–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2017.1355451>



ANEXOS

9. ANEXOS

Anexo 1. Portafolio para reflexión del alumno.

SITUACIÓN CLÍNICA DEL VALOR PROFESIONAL		PUNTOS
NOMBRE		
Matrícula		
Curso		
Fecha		
CASO (Título): original y preciso		Hasta 10
SÍNTESIS DEL CASO O SITUACIÓN (máx 200 palabras) (1)		Hasta 30
REFLEXIÓN SOBRE LOS ASPECTOS DEL VALOR PROFESIONAL CONSIDERADO QUE SE PUEDEN IDENTIFICAR EN ESTE CASO (máx 200 palabras) (2)		Hasta 40
CONSULTAS CON EL TUTOR CLÍNICO U OTRO PROFESIONAL		Hasta 10
COMENTARIO SOBRE LO APRENDIDO O LO QUE HABRÁ QUE APRENDER		Hasta 10

1. Describe situación y explica conceptos relacionados con la cualidad observada.
2. Reflexión crítica sobre la situación clínica: reflexión que relaciona claramente la situación clínica con la cualidad observada. Además explora sus propias ideas y sensaciones.
3. Se aporta evidencia externa sobre los conceptos aprendidos (opinión contrastada de expertos, bibliografía, literatura....).
4. Se considera cómo lo observado y aprendido puede afectar a su comportamiento profesional actual o futuro.

Educación Médica. 2020;21:207-11

Anexo 2. Escala CARE (Consultation and Relational Empathy).

Escala CARE para el/la paciente sobre la atención recibida							
Por favor, valora los siguientes aspectos sobre la consulta de hoy. Marca la casilla correspondiente del siguiente modo √. Si cambias de opinión, tacha la primera respuesta y marca la nueva casilla. Por favor, responde a todos los puntos.							
Cómo consideras que ha sido tu médico/a en los siguientes aspectos:		Mediocre	Aceptable	Bueno/a	Muy bueno/a	Excelente	No aplica
1)	Hacerte sentir cómodo/a (presentándose, indicando su cargo, siendo amable y acogedor/a, tratándote con respeto; no de forma fría o brusca)						
2)	Dejarte contar tu “historia” (dándote tiempo para describir con detalle tu estado de salud con tus propias palabras; sin interrumpirte, meterte prisa o desviarte del tema)						
3)	Escucharte atentamente (prestando toda su atención a lo que le decías; sin mirar las notas o el ordenador mientras hablabas)						
4)	Interesarse por ti como persona (preguntando/conociendo detalles relevantes sobre tu vida, tu situación; sin tratarte “como un número”)						
5)	Comprender completamente tus preocupaciones (comunicando que ha comprendido tus preocupaciones y ansiedades con exactitud; sin pasar por alto ni restar importancia a nada)						
6)	Mostrar interés y compasión (mostrándose genuinamente preocupado/a, conectando contigo a nivel humano; sin ser indiferente o distante)						
7)	Ser positivo/a (teniendo un enfoque positivo y una actitud positiva; siendo honesto/a pero no negativo/a acerca de tu situación)						
8)	Explicar las cosas con claridad (respondiendo totalmente a tus preguntas; explicando con claridad, dando la información adecuada; sin vaguedades)						
9)	Ayudarte a tomar el control (analizando contigo qué puedes hacer para mejorar tu salud por ti mismo/a; alentándote en lugar de “sermoneándote”)						
10)	Diseñar un plan de acción contigo (valorando las opciones, implicándote en las decisiones en la medida que desees implicarte; sin ignorar tus opiniones)						
<p>Comentarios: Si quisieras añadir algún comentario sobre la consulta, por favor utiliza este espacio:</p>							

Anexo 3. Escala JSPPPE (Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy).

Escala Jefferson sobre la percepción del paciente respecto a la empatía del médico

Instrucciones: Nos gustaría conocer hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre su médico/a. Utilice la escala de puntuación de 1 a 7 que aparece a continuación y escriba en la casilla situada delante de cada frase el número que corresponda (1 significa que está Totalmente en desacuerdo y 7 significa que está Totalmente de acuerdo con la afirmación. Un número más elevado indica un mayor nivel de acuerdo).

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

El médico/la médica (nombre) _____:

1. ____ puede ver las cosas desde mi punto de vista (tal y como yo las veo)
2. ____ me pregunta sobre mi vida cotidiana
3. ____ parece que se preocupa por mí y por mi familia
4. ____ comprende mis emociones, sentimientos y preocupaciones
5. ____ es un/a médico/a comprensivo/a.

© Jefferson Medical College, 2001. Todos los derechos reservados

Anexo 4. Datos sociodemográficos del médico

Médico - Código	
Edad	
Sexo	
Años de experiencia	

Contacto: En caso de que necesite ponerse en contacto con los investigadores puede llamar al teléfono 948 425600, extensión 6238 para hablar con la Investigadora Principal:
Dra. Nieves Díez

Anexo 5. Datos sociodemográficos del paciente.

Fecha	
Código Médico	
Código Paciente	
Paciente	
Edad	
Sexo	
Lugar de nacimiento	
Estado civil	
Ocupación	
Estudios	
Tiempo desde la última consulta	
Tiempo de consulta	
Satisfacción general 1 a 5 (1: muy poca satisfacción y 5: mucha satisfacción)	
Recomendaría SÍ NO	

Contacto: En caso de que necesite ponerse en contacto con los investigadores puede llamar al teléfono 948 425600, extensión 6238 para hablar con la Investigadora Principal:
Dra. Nieves Díez

Anexo 6. Hoja de información para el médico.

Título del Proyecto: “Estudio longitudinal de la influencia de las pasantías clínicas y del currículo sobre la empatía en los estudiantes de medicina”.

Usted va a participar en la validación de los cuestionarios de empatía, Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) y Consultation and Relational Empathy (CARE).

La empatía suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal o no verbal.

Antes de decidir si desea participar en este estudio, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios y riesgos. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) y por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Navarra (CEI).

Objetivo del estudio

El objetivo es dar validez a dos cuestionarios que valoran la empatía del médico y están en lengua inglesa. Para ello se ha hecho una traducción de la versión en inglés y con su participación queremos validar el cuestionario.

El objetivo de esta parte del estudio no es analizar la empatía del médico.

Participación voluntaria y retirada del estudio

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Participantes

Médicos de Atención Primaria.

Pacientes que acuden a consulta de Atención Primaria.

Metodología

Paso 1: al finalizar la consulta usted preguntará al paciente si quiere participar en el estudio. Los requisitos para participar son tener entre 18 a 75 años, y haber sido visto por usted al menos en dos ocasiones en el último año.

Paso 2: sin el paciente manifiesta su deseo de participar se lo comunicará a un miembro de nuestro equipo.

¿En qué consiste mi participación?

Reclutamiento de pacientes.

Derechos del participante

El médico no conocerá los resultados de sus encuestas.

De conformidad con la normativa de protección de datos, le informamos y usted autoriza expresamente a que sus datos se incorporarán a ficheros titularidad de la Universidad de Navarra, debidamente inscritos en el Registro General de Protección de Datos, con la finalidad de llevar a cabo toda la gestión y operativa del estudio.

Usted tendrá un código en su hoja de los cuestionarios, de manera que la persona que analice los datos no conoce de quién son las respuestas. No será posible identificarle a usted a través de las comunicaciones que pudiera generar este estudio.

Todos los datos personales serán tratados conforme a las leyes actuales de protección de datos (LO 15/ 99 de Protección de Datos de Carácter Personal y su Reglamento de Desarrollo).

Si participa en este estudio sus datos serán utilizados por el equipo investigador para dar a conocer qué intervenciones son más favorables para aumentar la empatía de los alumnos de medicina. También podrán acceder a los datos, los miembros del comité ético si lo considerasen necesario.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. En todo momento, Vd., puede acceder, rectificar, oponerse y/o cancelar los datos personales existentes en nuestra base de datos, para lo cual deberá ponerse en contacto con la

Universidad de Navarra como responsable del fichero, y remitirnos una solicitud firmada a la dirección Avda., Pío XII nº 36 código postal 31008 de Pamplona.

Compensación económica

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio.

Investigadores del estudio

Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador. [Dra. Nieves Díez Goñi, teléfono 948 425600, extensión 6238).

En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas decide participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento.

Anexo 7. Hoja de información para el paciente.

Título del Proyecto: “Estudio longitudinal de la influencia de las pasantías clínicas y del currículo sobre la empatía en los estudiantes de medicina”.

Usted va a participar en la validación de los cuestionarios de empatía, Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) y Consultation and Relational Empathy (CARE).

La empatía suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal o no verbal.

Antes de decidir si desea participar en este estudio, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios y riesgos. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) y por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Navarra (CEI).

Objetivo del estudio

El objetivo es dar validez a dos cuestionarios que valoran la empatía del médico. Los cuestionarios más utilizados están escritos en lengua inglesa y se han traducido al español. Para ello se ha hecho una traducción de la versión en inglés y con su participación queremos dar validez al cuestionario.

Participación voluntaria y retirada del estudio

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Participantes

Médicos de Atención Primaria.

Pacientes que acuden a consulta de Atención Primaria.

Metodología

Los requisitos para participar son tener entre 18 a 75 años, y haber sido visto en consulta al menos en dos ocasiones en el último año por el mismo médico.

Paso 1: al finalizar la consulta el médico le preguntará si quiere participar en el estudio.

Paso 2: un miembro del equipo le informará sobre el estudio. Si está de acuerdo firmará el Consentimiento Informado y se recogerán sus datos en una ficha técnica.

Paso 3: completará los cuestionarios de empatía de JSPPPE y CARE.

¿En qué consiste mi participación?

Contestar encuestas sobre:

- Datos personales sociodemográficos.
- Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) y Consultation and Relational Empathy (CARE).

Derechos del participante

El médico no conocerá los resultados de sus encuestas.

De conformidad con la normativa de protección de datos, le informamos y usted autoriza expresamente a que sus datos se incorporarán a ficheros titularidad de la Universidad de Navarra, debidamente inscritos en el Registro General de Protección de Datos, con la finalidad de llevar a cabo toda la gestión y operativa del estudio.

Usted tendrá un código en su hoja de los cuestionarios, de manera que la persona que analice los datos no conoce de quién son las respuestas. No será posible identificarle a usted a través de las comunicaciones que pudiera generar este estudio.

Todos los datos personales serán tratados conforme a las leyes actuales de protección de datos (LO 15/ 99 de Protección de Datos de Carácter Personal y su Reglamento de Desarrollo).

Si participa en este estudio sus datos serán utilizados por el equipo investigador para dar a conocer qué intervenciones son más favorables para aumentar la empatía de los alumnos de medicina. También podrán acceder a los datos, los miembros del comité ético si lo considerasen necesario.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. En todo momento, Vd., puede acceder, rectificar, oponerse y/o cancelar los datos personales existentes en nuestra base de datos, para lo cual deberá ponerse en contacto con la Universidad de Navarra como responsable del fichero, y remitirnos una solicitud firmada a la dirección Avda., Pío XII nº 36 código postal 31008 de Pamplona.

Compensación económica

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio.

Investigadores del estudio

Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador. [Dra. Nieves Díez Goñi, teléfono 948 425600, extensión 6238).

En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas decide participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento.

Anexo 8. Hoja de consentimiento informado para el médico.

Título del Proyecto: “Estudio longitudinal de la influencia de las pasantías clínicas y del currículo sobre la empatía en los estudiantes de medicina”.

Usted va a participar en la validación de los cuestionarios de empatía, Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) y Consultation and Relational Empathy (CARE).

Yo, acepto participar de forma voluntaria en el estudio.

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado.
- He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas sobre el estudio a los investigadores.
- Comprendo que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos siempre que quiera.
- Comprendo que mi participación en el estudio consiste en solicitar al paciente su participación en este proyecto de investigación.
- Comprendo que no recibiré ningún beneficio directo por mi participación en este estudio.
- Comprendo que la información del estudio es confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos.

He hablado con

(Dra. Nieves Díez Goñi, Dra. Cristina Rodríguez Díez o Dra. Loreto García del Barrio)

Doy mi conformidad para participar en el estudio y para que los resultados obtenidos sean publicados.

Fecha

Firma del participante

Firma del investigador

Contacto: En caso de que necesite ponerse en contacto con los investigadores puede llamar al teléfono 948 425600, extensión 6238 para hablar con la Investigadora Principal: Dra. Nieves Díez

Anexo 9. Hoja de consentimiento informado para paciente.

Título del Proyecto: “Estudio longitudinal de la influencia de las pasantías clínicas y del currículo sobre la empatía en los estudiantes de medicina”.

Usted va a participar en la **validación de los cuestionarios de empatía, Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) y Consultation and Relational Empathy (CARE).**

Yo, acepto participar de forma voluntaria en el estudio.

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado.
- He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas sobre el estudio a los investigadores.
- Comprendo que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos siempre que quiera.
- Comprendo que mi participación en el estudio consiste en rellenar los cuestionarios de empatía de empatía, Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) y Consultation and Relational Empathy (CARE).
- Comprendo que no recibiré ningún beneficio directo por mi participación en este estudio.
- Comprendo que la información del estudio es confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos.

He hablado con

(Dra. Nieves Díez Goñi, Dra. Cristina Rodríguez Díez o Dra. Loreto García del Barrio)

Doy mi conformidad para participar en el estudio y para que los resultados obtenidos sean publicados.

Fecha

Firma del participante

Firma del investigador

Contacto: En caso de que necesite ponerse en contacto con los investigadores puede llamar al teléfono 948 425600, extensión 6238 para hablar con la Investigadora Principal: Dra. Nieves Díez

Anexo 10. Hoja de información para el alumno participante

Título del Proyecto

“Estudio longitudinal de la influencia de las pasantías clínicas y del currículo sobre la empatía en los estudiantes de medicina”

Te invitamos a participar en un estudio sobre la empatía en los estudiantes de medicina.

La empatía suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal o no verbal.

En el proyecto “Estudio longitudinal de la influencia de las pasantías clínicas y del currículo sobre la empatía en los estudiantes de medicina” iniciado en el curso 2016-17 (memoria técnica del estudio nº ref. 2016.0259) estamos valorando cómo se modifica la empatía de los alumnos de medicina a lo largo del grado y cómo influye el currículo actual, para conocer cuáles son las intervenciones más favorables y aumentar la empatía de los alumnos.

Objetivo del estudio

La empatía es una competencia básica en el ejercicio de la medicina, aumenta la satisfacción del paciente y mejora los resultados clínicos. Sin embargo, su enseñanza se encuentra en un nivel poco destacado y algunos estudios observan una disminución significativa de la empatía durante los años del Grado en Medicina. Los objetivos del estudio son:

1. Valorar cómo se modifica la empatía de los alumnos de medicina a lo largo del Grado.
2. Valorar cómo influye el currículo actual en la empatía de los estudiantes.
3. Conocer qué intervenciones son más favorables para aumentar la empatía de los alumnos.

Participación voluntaria y retirada del estudio

Debes saber que tu participación en este estudio es voluntaria y que puedes decidir no participar o cambiar tu decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Participantes

Alumnos de medicina de la Universidad de Navarra.

¿En qué consiste mi participación?

Contestar encuestas sobre:

- Datos personales (sociodemográficos).
- Cuestionarios de empatía para estudiantes de medicina JSE-S e IRI.
- Inventario de personalidad (NEO-FFI).

El tiempo que le costará responder a los cuestionarios será aproximadamente de 20-25 minutos.

Derechos del participante

De conformidad con la normativa de protección de datos, te informamos y autorizas expresamente a que tus datos se incorporarán a ficheros titularidad de la Universidad de Navarra, debidamente inscritos en el Registro General de Protección de Datos, con la finalidad de llevar a cabo toda la gestión y operativa del estudio.

Tendrás un código en tu hoja de los cuestionarios, de manera que la persona que analice los datos no conoce de quién son las respuestas. No será posible identificarte a través de las comunicaciones que pudiera generar este estudio.

Todos los datos personales serán tratados conforme a las leyes actuales de protección de datos (LO 15/ 99 de Protección de Datos de Carácter Personal y su Reglamento de Desarrollo).

Si participas en este estudio tus datos serán utilizados por el equipo investigador para dar a conocer qué intervenciones son más favorables para aumentar la empatía de los alumnos de medicina. También podrán acceder a los datos, los miembros del comité ético si lo considerasen necesario.

Debes saber que tu participación en este estudio es voluntaria y que puedes decidir no participar o cambiar tu decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. En todo momento, puedes acceder, rectificar, oponerte y/o cancelar los datos personales existentes en nuestra base de datos, para lo cual deberás ponerte en contacto con la Universidad de Navarra como responsable del fichero, y remitirnos una solicitud firmada a la dirección Avda. Pío XII nº 36 código postal 31008 de Pamplona.

Compensación económica

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio.

Investigadores del estudio

Si tienes alguna duda sobre algún aspecto del estudio o te gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no dejes de preguntar a los miembros del equipo investigador. (948 255400, extensión 4043. Dra. Loreto García del Barrio).

En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas decidas participar en el estudio, deberás firmar el consentimiento informado.

Anexo 11. Hoja de consentimiento informado para el alumno participante

Título del Proyecto:

“Estudio longitudinal de la influencia de las pasantías clínicas y del currículo sobre la empatía en los estudiantes de medicina”

Equipo investigador:

Dra. Nieves Díez Goñi. Investigador principal. Universidad de Navarra.

Dra. Cristina Rodríguez-Díez. Universidad de Navarra.

Dra. Azucena Díez Suárez. Clínica Universidad de Navarra.

Dr. Juan Carlos Galofré Ferrater. Clínica Universidad de Navarra.

Loreto García del Barrio. Clínica Universidad de Navarra.

Miguel Pérez Carasol. Universidad de Navarra

Yo ,..... acepto participar de forma voluntaria en el estudio.

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado.
- He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas sobre el estudio a los investigadores.
- Comprendo que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos siempre que quiera.
- Comprendo que mi participación en el estudio consiste en rellenar los datos personales y los cuestionarios de empatía para estudiantes de medicina (JSE-S) e IRI, así como el inventario de personalidad (NEO-FFI).
- Comprendo que no recibiré ningún beneficio directo por mi participación en este estudio.
- Comprendo que la información del estudio es confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos.

He hablado con

(Dra. Loreto García del Barrio)

Doy mi conformidad para participar en el estudio y para que los resultados obtenidos sean publicados.

Fecha

Firma del participante

Firma del investigador

Contacto: En caso de que necesite ponerse en contacto con los investigadores puede llamar al teléfono 948 255400, extensión 4043 para hablar con la Investigadora Principal: Dra. Loreto García del Barrio.

Anexo 12. Cuestionario de datos personales

POR FAVOR, ESCRIBE O RODEA CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN ELEGIDA

Código asignado para el estudio: _____

Fecha de nacimiento _____

Lugar de Nacimiento _____ **País** _____

Sexo:

1=M (mujer) 2=V (varón)

Estado civil:

1=soltero; 2=casado; 3=separado; 4=divorciado; 5=viudo

En este momento, durante el curso vive con:

1=Padres; 2=colegio/residencia; 3=piso de estudiantes; 4=solo; 5=pareja; 6=cónyuge;
7=otros familiares

Experiencia con enfermedad grave propia

0=No; 1=Si

Experiencia con enfermedad grave de familiar/amigo

0=No; 1=Si

1=padre y/o madre; 2= hermanos; 3=cónyuge; 4=amigo; 5=varios

Experiencia de voluntariado

0=No; 1=Si

Actividad: _____

Dedicación al voluntariado: 1= poco tiempo; 2= bastante tiempo

Periodo: 1=antes de la universidad; 2=en la universidad; 3= ambas

Especialidad que más te gusta: Escribe el código de las 3 que más te gustan por orden

	Código especialidad
1 ^a	
2 ^a	
3 ^a	

Código especialidad

1=Alergología; 2=Anatomía Patológica; 3=Anestesia; 4= Atención Primaria (medicina de familia); 5=Cardiología; 6=Cirugía cardiaca; 7=Cirugía general; 8=Cirugía maxilofacial; 9=Cirugía pediátrica; 10=Cirugía plástica; 11=Cirugía torácica; 12=Cirugía vascular; 13=COT; 14=Dermatología; 15=Digestivo; 16=Endocrino; 17=Forense; 18=Infecciosas; 19=Inmunología; 20=Geriatría; 21=Ginecología; 22=Hematología; 23=Medicina del Deporte; 24=Medicina Interna; 25=Medicina Paliativa; 26=Medicina Preventiva; 27=Medicina de Trabajo; 28=Microbiología; 29=Nefrología; 30=Neumología; 31=Neurocirugía; 32=Neurología; 33=Oftalmología; 34=Oncología médica; 35=Oncología RT; 36=ORL; 37=Pediatría; 38=Psiquiatría; 39=Radiología; 40=Rehabilitación; 41=Reumatología; 42=UCI; 43=Urgencias; 44=Urología; 45=Otras:
Indicar

Indica dónde has realizado las pasantías (PS), lugar y especialidad

	Código lugar	Código especialidad
1= PS1		
2= PS2		
3= PS3		
4= PS4		
5= PS5		
6= PS6		
7= PS7		

Código lugar

1=Clínica Universidad de Navarra; 2=Complejo Hospitalario; 3=Conde Oliveto; 4=Clínica San Miguel; 5=Hospital García Orcoyen (Estella); 6=Amma Argaray; 7=San Juan de Dios; 8=Padre Menni

Código especialidad

1=Alergología; 2=Anatomía Patológica; 3=Anestesia; 4= Atención Primaria (medicina de familia); 5=Cardiología; 6=Cirugía cardiaca; 7=Cirugía general; 8=Cirugía maxilofacial; 9=Cirugía pediátrica; 10=Cirugía plástica; 11=Cirugía torácica; 12=Cirugía vascular; 13=COT; 14=Dermatología; 15=Digestivo; 16=Endocrino; 17=Forense; 18=Infecciosas; 19=Inmunología; 20=Geriatría; 21=Ginecología; 22=Hematología; 23=Medicina del Deporte; 24=Medicina Interna; 25=Medicina Paliativa; 26=Medicina Preventiva; 27=Medicina de Trabajo; 28=Microbiología; 29=Nefrología; 30=Neumología; 31=Neurocirugía; 32=Neurología; 33=Oftalmología; 34=Oncología médica; 35=Oncología RT; 36=ORL; 37=Pediatría; 38=Psiquiatría; 39=Radiología; 40=Rehabilitación; 41=Reumatología; 42=UCI; 43=Urgencias; 44=Urología; 45=Otras:
Indicar

Indica si has realizado pasantías extracurriculares (PSEC), lugar y especialidad

PSEC, son las pasantías que ha realizado voluntariamente, fuera del currículo.

	Código lugar	Código especialidad
1= PSEC1 (pasantía extracurricular 1)		
2= PSEC2 (pasantía extracurricular 2)		
3= PSEC3 (pasantía extracurricular 3)		
4= PSEC4 (pasantía extracurricular 4)		
5= PSEC5 (pasantía extracurricular 5)		
6= PSEC6 (pasantía extracurricular 6)		
7= PSEC7 (pasantía extracurricular 7)		

Código lugar 1=España; 2=Extranjero

Código especialidad

1=Alergología; 2=Anatomía Patológica; 3=Anestesia; 4= Atención Primaria (medicina de familia); 5=Cardiología; 6=Cirugía cardiaca; 7=Cirugía general; 8=Cirugía maxilofacial; 9=Cirugía pediátrica; 10=Cirugía plástica; 11=Cirugía torácica; 12=Cirugía vascular; 13=COT; 14=Dermatología; 15=Digestivo; 16=Endocrino; 17=Forense; 18=Infecciosas; 19=Inmunología; 20=Geriatría; 21=Ginecología; 22=Hematología; 23=Medicina del Deporte; 24=Medicina Interna; 25=Medicina Paliativa; 26=Medicina Preventiva; 27=Medicina de Trabajo; 28=Microbiología; 29=Nefrología; 30=Neumología; 31=Neurocirugía; 32=Neurología; 33=Oftalmología; 34=Oncología médica; 35=Oncología RT; 36=ORL; 37=Pediatría; 38=Psiquiatría; 39=Radiología; 40=Rehabilitación; 41=Reumatología; 42=UCI; 43=Urgencias; 44=Urología; 45=Otras:
Indicar

Indica qué asignaturas optativas ha cursado hasta el momento en el Grado de Medicina

-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

Anexo 13. Escala de empatía para estudiantes de medicina (JSE-S)

POR FAVOR, LEE DETENIDAMENTE LAS 20 PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO Y MARCA CON UNA X LA CASILLA QUE CONSIDERES MÁS ADECUADA, SIENDO 1 = MUY EN DESACUERDO, 7 = MUY DE ACUERDO

ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON (versión para español)		1	2	3	4	5	6	7
1	La comprensión por parte del médico de los sentimientos del paciente y de sus familiares no influye en el tratamiento médico.							
2	El paciente se siente mejor cuando su médico entiende sus sentimientos.							
3	Es difícil para el médico ver las cosas desde la perspectiva del paciente.							
4	La comprensión del lenguaje no verbal es tan importante como la comunicación oral en la relación entre médico y paciente.							
5	El sentido del humor del médico contribuye a obtener un mejor resultado clínico.							
6	Dado que cada persona es diferente, es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente.							
7	Atender a las emociones de los pacientes no es importante en el momento de hacer la historia clínica.							
8	Estar pendiente de las experiencias personales de los pacientes no influye en la eficacia de los tratamientos.							
9	El médico debería de intentar ponerse en el lugar del paciente (de ponerse en la piel del paciente) cuando lo está atendiendo.							
10	Los pacientes valoran que el médico entienda sus sentimientos, cosa que tiene un valor terapéutico en sí mismo.							
11	Las enfermedades de los pacientes solo se pueden curar con tratamientos médicos o quirúrgicos, por tanto, los vínculos emocionales de los médicos con sus pacientes no tienen influencia significativa en los resultados.							
12	Preguntar a los pacientes como les va en su vida privada es un factor sin importancia para que el médico comprenda sus molestias físicas.							
13	El médico ha de intentar entender lo que le pasa por la cabeza del paciente fijándose en sus expresiones no verbales y en su lenguaje corporal.							
14	Creo que las emociones no tienen cabida en el tratamiento de la enfermedad física.							
15	La empatía es una habilidad terapéutica y sin ella el médico ve limitados sus éxitos.							
16	La comprensión por parte del médico del estado emocional de sus pacientes, así como de sus familiares es un componente importante en la relación médico-paciente.							
17	Los médicos deberían pensar como sus pacientes (intentar ponerse en el lugar de los pacientes) para ofrecer una mejor asistencia.							
18	Los médicos no deberían dejarse influir por vínculos emocionales fuertes con los pacientes y sus familiares.							
19	No disfruto leyendo literatura que no sea médica o de las artes.							
20	Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.							

Anexo 14. Escala de autovaloración de empatía (IRI).

Debes marcar las respuestas en la plantilla adjunta.

<p>Las siguientes frases se refieren a vuestros pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica cómo te describe eligiendo la puntuación de 1 a 5 (1=no me describe bien, 2=me describe un poco, 3=me describe bastante bien, 4= me describe bien y 5= me describe muy bien).</p> <p>Lee cada frase cuidadosamente antes de responder. Contesta honestamente. GRACIAS</p>
1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder
2. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo
3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona
4. A veces no me siento preocupado por otras personas cuando tienen problemas
5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela
6. En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo
7. Soy normalmente objetivo cuando veo una película u obra de teatro y no me involucro completamente
8. Intento tener en cuenta cada una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión
9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo
10. Normalmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva
11. A menudo intento comprender a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)
12. Resulta raro para mí implicarme completamente en un buen libro o en una película
13. Cuando veo a alguien herido tiendo a permanecer calmado
14. Las desgracias de otros normalmente no me molestan mucho
15. Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás
16. Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes
17. Cuando estoy en una situación emocional tensa me asusto
18. Cuando veo que alguien está siendo tratado injustamente a veces no siento ninguna compasión por él
19. Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de emergencias
20. A menudo estoy bastante afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren
21. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes
22. Me describiría como una persona bastante sensible
23. Cuando veo una buena película puedo muy fácilmente situarme en el lugar del protagonista
24. Tiendo a perder el control durante las emergencias
25. Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento
26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí
27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo
28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar

Anexo 15. Asignaturas optativas categorizadas de menor relación a mayor relación con la empatía.

<p>Diploma Investigación, técnicas básicas, introducción a la investigación... Métodos epidemiológicos, Técnicas en bioestadística Economía sanitaria, Diseño de instalaciones hospitalarias Academic Skills in English, Alemán, Francés Médico, Italiano Médico Beyond physiology Basics in propaedeutic Clinical Cases in Oncology International Health Topics Medical Consultations in English, Presentations for Health Care Professionals Drogas y fármacos de abuso, Trastornos del sueño, Neurofisiología Clínica Introduction to Neuroscience, Introduction to Neuroradiology Cirugía dermatológica y de la piel, Cirugía maxilofacial de cabeza y cuello Cirugía Plástica, estética y reparadora Radiología intervencionista Medicina del deporte Dietoterapia infantil, Nutrición Médica Urgencias y emergencias pre-hospitalarias Emergency medicine, Principles of emergency medicine Maternal Fetal Medicine, Reproducción humana Patología del suelo pélvico, Patología mamaria Medicina del trabajo, Medicina Nuclear, Medicina traslacional International Hospital Rotation I,II,III. International core Práctica clínica en centros españoles II, Divulgación científica Técnicas en Simulación Básica, Técnicas de disección en anatomía humana Ecografía en anestesia, en UCI Sexualidad humana</p>	0
<p>Introducción al cristianismo-Core, Antropología Core, Matrimonio y familia-Core Protagonistas de la Biblia-Core Ciencia, razón y fe Técnicas de oratoria y debate, Hablar con eficacia. Psiquiatría del niño y adolescente Trastornos depresivos y de ansiedad Técnicas en Simulación Avanzada</p>	1
<p>Medicina y ayuda humanitaria Decisions making at the end of life Comunicación clínica</p>	2
<p>Conductas y actitudes en la práctica médica</p>	3

Anexo 16. Inventario de personalidad (NEO-FFI)

Este cuestionario consta de 60 afirmaciones en referencia a su forma de ser o comportarse. Por favor, lea cada frase con atención. Debe indicar su grado de acuerdo según el siguiente código:

1. Total desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Neutral 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo.

No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario.

Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay tiempo límite, pero intente trabajar lo más deprisa posible. No se entretenga demasiado en la respuesta. No deje NINGUNA respuesta en blanco.

DEBES MARCAR LA RESPUESTA EN LA PLANTILLA ADJUNTA

1. A menudo me siento inferior a los demás
2. Soy una persona alegre y animosa
3. A veces, cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento profunda emoción o excitación
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso
7. Disfruto mucho hablando con la gente
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí
9. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero
10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada
11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores
12. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente
13. Tengo gran variedad de intereses intelectuales
14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas
16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada
17. No me considero especialmente alegre
18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza
19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear
20. Tengo mucha auto-disciplina
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza
22. Me gusta tener mucha gente alrededor
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas
24. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias
26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar
27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas
28. Tengo mucha fantasía
29. Mi primera reacción es confiar en la gente
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez
31. A menudo me siento tenso e inquieto
32. Soy una persona muy activa

33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades
34. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago
36. A veces me he sentido amargado y resentido
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo
41. Soy bastante estable emocionalmente
42. Huyo de las multitudes
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas
44. Trato de ser humilde
45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo
46. Rara vez estoy triste o deprimido
47. A veces reboso felicidad
48. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos
49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento
52. Me gusta estar donde está la acción
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países
54. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna
56. Es difícil que yo pierda los estribos
57. No me gusta mucho charlar con la gente
58. Rara vez experimento emociones fuertes
59. Los mendigos no me inspiran simpatía
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer

RODEE UNA DE
LAS RESPUESTAS

¿Ha respondido a todas las frases?	SÍ	NO
¿Ha anotado sus respuestas en los lugares indicados?	SÍ	NO
¿Ha respondido fiel y sinceramente a las frases?	SÍ	NO

Anexo 17. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del sexo (mujer vs varón)

Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del sexo (mujer vs varón) en las dos promociones juntas (2018+2019)

	Mujer	Varón	Dif, de medias	Valor p
	Media (SD)	Media (SD)	(95% IC)	
JSPE-S Total	121,87 (7,50)	118,02 (11,01)	3,857 (1,456 a 6,257)	0,002
JSPE-S PT	63,63 (4,31)	62,42 (6,70)	1,215 (-0,204 a 2,633)	0,093
JSPE-S CC	45,65 (3,50)	43,95 (4,51)	1,706 (0,652 a 2,761)	0,002
JSPE-S STS	12,58 (3,34)	11,65 (3,31)	0,936 (0,020 a 1,852)	0,045
IRI Total	99,27 (10,87)	91,35 (12,03)	1,921 (4,822 a 11,020)	<0,001
IRI PT	27,13 (4,11)	26,84 (4,51)	0,289 (-0,879 a 1,458)	0,626
IRI FS	26,62 (5,46)	23,99 (5,58)	2,638 (1,122 a 4,153)	<0,001
IRI EC	28,90 (3,54)	25,68 (4,67)	3,227 (2,147 a 4,308)	<0,001
IRI PD	16,62 (4,43)	14,85 (4,55)	1,767 (0,534 a 2,999)	0,005
JSPPE	25,09 (7,73)	24,00 (7,04)	1,087 (-0,985 a 3,158)	0,302
CARE	36,40 (9,29)	35,55 (9,02)	0,845 (-1,689 a 3,379)	0,512

Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del sexo (mujer vs varón) en la promoción 2018

	2018 mujer	2018 varón	Dif. de medias	Valor p
	Media (SD)	Media (SD)	(95% IC)	
JSPE-S Total	122,15 (8,66)	117,71 (11,32)	4,443 (0,535 a 8,351)	0,026
JSPE-S PT	63,64 (4,81)	61,76 (7,25)	1,878 (-0,440 a 4,196)	0,111
JSPE-S CC	45,86 (3,81)	44,59 (4,26)	1,266 (-0,350 a 2,882)	0,123
JSPE-S STS	12,65 (3,32)	11,35 (3,19)	1,299 (-0,042 a 2,640)	0,058
IRI Total	100,13 (10,80)	89,03 (10,85)	11,104 (6,671 a 15,537)	<0,001
IRI PT	26,96 (3,87)	26,76 (4,52)	0,195 (-1,479 a 1,869)	0,818
IRI FS	27,12 (5,12)	23,35 (5,80)	3,767 (1,578 a 5,956)	<0,001
IRI EC	28,75 (3,67)	24,44 (4,18)	4,305 (2,733 a 5,878)	<0,001
IRI PD	17,31 (4,18)	14,47 (4,31)	2,836 (1,105 a 4,567)	0,002
JSPPE	22,35 (7,35)	22,26 (6,62)	0,089 (-2,836 a 3,014)	0,952
CARE	32,68 (8,60)	32,27 (8,16)	0,414 (-3,049 a 3,876)	0,813

Comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del sexo (mujer vs varón) en la promoción 2019

	2019 mujer	2019 varón	Dif. de medias	Valor p
	Media (SD)	Media (SD)	(95% IC)	
JSPE-S Total	121,64 (6,42)	118,28 (10,87)	3,362 (0,349 a 6,376)	0,029
JSPE-S-PT	63,63 (3,87)	62,98 (6,22)	0,651 (-1,115 a 2,418)	0,467
JSPE-S CC	45,48 (3,22)	43,40 (4,69)	2,084 (0,684 a 3,483)	0,004
JSPE-S STS	12,53 (3,37)	11,90 (3,43)	0,627 (-0,645 a 1,900)	0,331
IRI Total	98,56 (10,94)	93,33 (12,76)	5,231 (0,897 a 9,564)	0,018
IRI PT	27,27 (4,32)	26,90 (4,56)	0,367 (-1,285 a 2,019)	0,661
IRI FS	26,21 (5,72)	24,52 (5,40)	1,686 (-0,430 a 3,802)	0,117
IRI EC	29,03 (3,43)	26,73 (4,86)	2,308 (0,834 a 3,783)	0,002
IRI PD	16,04 (4,58)	15,18 (4,78)	0,869 (-0,875 a 2,614)	0,326
JSPPE	27,35 (7,32)	25,49 (7,12)	1,864 (-0,860 a 4,589)	0,178
CARE	39,50 (8,73)	38,34 (8,87)	1,156 (-2,138 a 4,450)	0,489

Anexo 18. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia propia de enfermedad grave (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n=241)	2018 valor p (n=111)	2019 valor p (n=130)
JSPE-S Total	0,738	0,378	0,538
JSPE-S PT	0,757	0,353	0,491
JSPE-S CC	0,894	0,727	0,792
JSPE-S STS	0,800	0,570	0,822
IRI Total	0,189	0,028	0,605
IRI PT	0,134	0,067	0,817
IRI FS	0,504	0,198	0,662
IRI EC	0,160	0,114	0,705
IRI PD	0,083	0,314	0,244
JSPPE	0,233	0,177	0,490
CARE	0,161	0,041	0,676

Anexo 19. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de experiencia de enfermedad grave de familiar/amigo (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n=241)	2018 valor p (n=111)	2019 valor p (n=130)
JSPE-S Total	0,826	0,271	0,406
JSPE-S PT	0,312	0,065	0,777
JSPE-S CC	0,927	0,590	0,533
JSPE-S STS	0,277	0,563	0,369
IRI Total	0,657	0,407	0,947
IRI PT	0,810	0,288	0,279
IRI FS	0,355	0,037	0,564
IRI EC	0,367	0,303	0,446
IRI PD	0,553	0,707	0,372
JSPPE	0,165	0,047	0,157
CARE	0,344	0,044	0,304

Anexo 20. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función del voluntariado (sí vs no) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n=241)	2018 valor p (n=111)	2019 valor p (n=130)
JSPE-S Total	0,027	0,199	0,064
JSPE-S PT	0,024	0,358	0,018
JSPE-S CC	0,100	0,048	0,690
JSPE-S STS	0,664	0,865	0,462
IRI Total	0,592	0,932	0,515
IRI PT	0,093	0,782	0,040
IRI FS	0,057	0,236	0,137
IRI EC	0,287	0,521	0,382
IRI PD	0,020	0,523	0,010
JSPPE	0,002	<0,001	0,381
CARE	0,008	<0,001	0,579

Anexo 21. Tabla de correlación entre la autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado de empatía con los rasgos de personalidad en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	Neuroticismo			Extraversión			Apertura			Amabilidad			Responsabilidad		
	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019	2018 + 2019	2018	2019
JSPE-S Total	0,022	0,043	0,003	0,312	0,283	0,350	0,241	0,062	0,412	0,282	0,188	0,389	0,216	0,281	0,167
JSPE-S PT	0,009	0,051	0,038	0,293	0,239	0,347	0,207	0,009	0,420	0,251	0,080	0,410	0,133	0,214	0,047
JSPE-S CC	0,028	0,134	0,051	0,196	0,266	0,155	0,213	0,094	0,307	0,221	0,197	0,284	0,192	0,241	0,187
JSPE-S STS	0,012	0,124	0,120	0,146	0,100	0,185	0,070	0,084	0,060	0,106	0,179	0,045	0,144	0,169	0,125
IRI Total	0,280	0,293	0,272	0,145	0,128	0,157	0,413	0,345	0,468	0,404	0,333	0,474	0,095	0,241	0,027
IRI PT	0,224	0,199	0,239	0,226	0,106	0,385	0,326	0,308	0,345	0,457	0,385	0,519	0,105	0,119	0,079
IRI FS	0,204	0,249	0,164	0,173	0,217	0,134	0,494	0,527	0,468	0,169	0,129	0,213	0,081	0,186	0,002
IRI EC	0,181	0,189	0,202	0,241	0,217	0,242	0,346	0,212	0,483	0,456	0,352	0,527	0,135	0,252	0,015
IRI PD	0,466	0,370	0,542	0,298	0,241	0,340	0,117	0,099	0,133	0,006	0,059	0,011	0,079	0,001	0,127
JSPPE	0,015	0,014	0,025	0,048	0,121	0,075	0,105	0,170	0,081	0,095	0,032	0,034	0,032	0,024	0,184
CARE	0,007	0,055	0,028	0,090	0,136	0,022	0,144	0,144	0,183	0,137	0,031	0,088	0,042	0,028	0,070

Anexo 22. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las pasantías (≤ 3 médicas + Psiquiatría vs >3) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n=241)	2018 valor p (n=111)	2019 valor p (n=130)
JSPE-S Total	0,417	0,329	0,897
JSPE-S PT	0,537	0,903	0,428
JSPE-S CC	0,328	0,018	0,376
JSPE-S STS	0,952	0,883	0,829
IRI Total	0,036	0,971	0,004
IRI PT	0,053	0,311	0,086
IRI FS	0,213	0,692	0,036
IRI EC	0,049	0,184	0,131
IRI PD	0,194	0,939	0,072
JSPPE	0,329	0,764	0,227
CARE	0,277	0,900	0,126

Anexo 23. Tabla de comparación de valoración de empatía mediante autovaloración y valoración por parte del paciente estandarizado en función de las especialidades preferidas (quirúrgicas vs Medicina de Familia) en las dos promociones juntas (2018+2019) y por separado.

	2018+2019 valor p (n=241)	2018 valor p (n=111)	2019 valor p (n=130)
JSPE-S Total	0,009	0,229	0,008
JSPE-S PT	0,032	0,287	0,043
JSPE-S CC	0,058	0,506	0,046
JSPE-S STS	0,170	0,395	0,228
IRI Total	0,042	0,046	0,506
IRI PT	0,476	0,694	0,527
IRI FS	0,158	0,166	0,678
IRI EC	0,063	0,062	0,534
IRI PD	0,018	0,055	0,218
JSPPE	0,773	0,933	0,968
CARE	0,681	0,834	0,646

García Del Barrio L, Rodríguez-Díez C, Martín-Lanas R, Costa P, Costa MJ, Díez N. Reliability and validity of the Spanish (Spain) version of the consultation and relational empathy measure in primary care. *Fam Pract*. 2021 Jun 17;38(3):353-359. doi: [10.1093/fampra/ctaa135](https://doi.org/10.1093/fampra/ctaa135). PMID: 3334032

Díez N, García Del Barrio L, Cristina Rodríguez-Díez M, Martín-Lanas R, Gea A, João Costa M. Validation of the Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy Spanish (Spain) Version in Primary Care. *Fam Med.* 2022 Sep;54(8):621-628. doi: [10.22454/FamMed.2022.169675](https://doi.org/10.22454/FamMed.2022.169675). PMID: 36098693.

