



## ORIGINAL

## Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina



Armand Grau<sup>a,b,\*</sup>, Pere Toran<sup>a</sup>, Alberto Zamora<sup>a</sup>, Miquel Quesada<sup>a</sup>, Carme Carrion<sup>a,c</sup>, Esther Vilert<sup>a</sup>, Antoni Castro<sup>a</sup>, Carlos Cerezo<sup>a</sup>, Susanna Vargas<sup>a</sup>, Bibiana Gali<sup>a</sup> y Ferran Cordon<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Ciencias Médicas, Universitat de Girona, España

<sup>b</sup> Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida (IRQV), Girona, España

<sup>c</sup> Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, España

Recibido el 9 de noviembre de 2015; aceptado el 8 de abril de 2016

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2016

### PALABRAS CLAVE

Empatía;  
Estudiantes de  
Medicina;  
Comunicación

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La empatía es la capacidad de transmitir comprensión hacia las emociones de otros individuos. La empatía de los profesionales sanitarios se ha asociado a mejores resultados clínicos y de relación con el paciente. El objetivo del estudio era conocer el nivel de empatía de los estudiantes de Medicina, y su evolución después de recibir un curso sobre Entrevista Clínica y Comunicación.

**Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo con intervención (módulo de Comunicación y Entrevista Clínica de un mes de duración) y sin grupo control. La empatía se midió con el cuestionario Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) que tiene 2 dimensiones cognitivas (toma de perspectiva y fantasía) y 2 emocionales (preocupación empática y distrés personal). La empatía percibida se obtuvo mediante autoevaluación del 0 al 10.

**Resultados:** Participaron 136 alumnos, un 72% eran mujeres, con una edad media de 20,3 años. La empatía percibida correlacionó con las dimensiones del IRI, excepto con distrés personal. Después de la intervención educativa se observaron incrementos en los hombres en toma de perspectiva (de 16,5 a 17,8;  $p=0,005$ ) y en las mujeres en fantasía (de 15,5 a 16,7;  $p=0,001$ ), con aumento en ambos sexos de la empatía percibida autoevaluada (de 6,9 a 7,4 en hombres;  $p=0,009$  y de 7,4 a 7,8 en mujeres;  $p<0,001$ ). No se modificaron las dimensiones emocionales de empatía.

**Conclusiones:** Los estudiantes de Medicina no perciben dentro de la empatía el componente de distrés personal, y después de la formación se incrementaron los niveles de empatía cognitiva y percibida.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [grauma@comg.cat](mailto:grauma@comg.cat) (A. Grau).

**KEYWORDS**

Empathy;  
Medical students;  
Communication

**Empathy assessment in medical students****Abstract**

*Introduction and objectives:* Empathy is the capacity to place oneself in another's position and understand his/her emotions. Empathy of health professionals has been associated with better clinical outcomes and relationship with the patients. The aim of the study is to define the level of empathy of Medical students and how does it evolve after following a one-month Clinical Interview and Communication training module.

*Methods:* The study is a non-control prospective longitudinal study. Second year Medical students have followed Clinical interview and Communication training module during one month. Empathy has been measured through the Interpersonal Reactivity Index (IRI) questionnaire that has 2 cognitive (perspective taking and fantasy) and 2 emotional (empathic concern and personal distress) dimensions. The perceived empathy was self-assessed using a 1-10 points scale

*Results:* A sample of 136 students participated on this study (72% women, mean age 20.3 years). The perceived empathy correlates with the size of IRI, except personal distress. Post training intervention scores showed a significant increase in perspective taking dimension among men (from 16.5 to 17.8;  $P=.005$ ) and fantasy among women (from 15.5 to 16.7;  $P=.001$ ), while self-assessed empathy increased in both sexes (from 6.9 to 7.4 in men;  $P=.009$  and from 7.4 to 7.8 in women;  $P<.001$ ).

*Conclusions:* Medical students don't perceive personal distress as an empathy component. After receiving clinical interview and training module, cognitive and perceived empathy were significantly increased.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

La empatía está considerada como una cualidad básica para que se establezca una adecuada relación médico paciente, ya que es un importante componente del profesionalismo médico<sup>1-3</sup>. Podemos definirla como la capacidad de una persona para transmitir comprensión hacia las emociones de otros individuos, lo cual implica una capacidad para comprender cómo se siente la otra persona y para hacerle saber que existe esta comprensión<sup>4</sup>. Aun así, estamos ante un constructo que no resulta fácil de conceptualizar y que está constituido de manera multidimensional por elementos cognitivos (identificar y comprender los sentimientos del otro), emocionales (experimentar y compartir sentimientos), morales (motivación interior a practicar la empatía) y relacionales (respuesta comunicativa de comprensión)<sup>5,6</sup>. La empatía de los profesionales sanitarios se ha asociado a mayor satisfacción del paciente<sup>7</sup>, mayor adherencia a las recomendaciones médicas, mejores resultados clínicos y a una menor conflictividad, lo que incluye menos reclamaciones legales. Además, el entrevistador empático es capaz de obtener mayor información del paciente y de mejor calidad durante la entrevista clínica<sup>8,9</sup>.

Para conseguir un buen nivel de empatía en los profesionales sanitarios es clave la manera en que se educa y se trabaja esta cualidad durante su periodo de formación. La capacidad de los estudiantes de Medicina de empatizar puede disminuir a medida que progresan en los planes de estudios, mayoritariamente centrados en la adquisición de conocimientos y técnicas<sup>10</sup>. Esto indica que hay una necesidad de promover la empatía hacia los pacientes durante el periodo de formación<sup>2,5</sup>. La empatía es un proceso de múltiples etapas mediante el cual la conciencia en el médico

de las preocupaciones del paciente produce una secuencia de compromiso emocional, la compasión y un deseo de ayudar al paciente. El primer paso en este proceso, la detección de las preocupaciones del paciente, es una habilidad enseñable mediante la realización de una entrevista «centrada en el paciente», para crear así una atmósfera que anima a los pacientes a compartir sus preocupaciones. El mantenimiento de la empatía y la promoción del profesionalismo médico entre los estudiantes de Medicina pueden hacer necesario un cambio en el estilo de entrevista, para potenciar los entornos de enseñanza clínica en los que los estudiantes pueden establecer una relación continua con los pacientes<sup>10</sup>.

Los estudiantes de Medicina son por lo general muy idealistas cuando ingresan en la facultad. Algunos autores resaltan como los estudiantes de Medicina pueden desarrollar cinismo como mecanismo de defensa a medida que adquieren más experiencia<sup>11</sup> y, concretamente, se ha documentado el declive de la empatía a partir del tercer año de carrera, cuando se adentran en los cursos más clínicos<sup>12</sup>. Estas observaciones indican una necesidad de formación temprana de la empatía en la carrera de los médicos. Las facultades de Medicina y el periodo de residencia deberían desempeñar un papel activo en la formación y el desarrollo de la empatía<sup>13</sup>.

Parece que los programas de entrenamiento en los estudiantes aumentan su tendencia empática y mejoran las actitudes positivas hacia las habilidades de comunicación. No obstante, estas habilidades empáticas pueden degradarse con el tiempo. Poco se sabe acerca de la eficacia a largo plazo de las intervenciones de empatía<sup>14</sup>.

Aunque debe llevarse a cabo más investigación, parece que las intervenciones selectivas podrían ser capaces de

cultivar la empatía del médico. La escasez de información sobre la empatía durante la formación médica solo amplifica la importancia de encontrar intervenciones fiables para los médicos en formación. De hecho, una mayor empatía entre los profesionales de la Medicina no solo podría dar lugar a un sistema de salud más ético, sino también a potenciar la salud y el bienestar de los pacientes y de los propios profesionales<sup>15</sup>. Existe poca literatura al respecto generada en nuestro entorno, como profesionales docentes del Módulo de Habilidades de Comunicación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Girona (UdG), que se imparte a estudiantes de segundo curso, consideramos que la adquisición de esta competencia por los estudiantes es esencial y puede mejorar sus cualidades empáticas. Por ello, diseñamos un estudio con los siguientes objetivos:

1. Conocer el nivel de empatía intrínseco de los estudiantes de segundo curso de la Facultad de Medicina de la UdG, antes de que profundicen en el estudio de la entrevista clínica y de las herramientas de comunicación en la relación con los pacientes y en la relación interprofesional.
2. Evaluar si el contenido docente de un módulo de Entrevista Clínica y Comunicación modifica el grado de empatía de los estudiantes medido mediante un cuestionario validado, o si modifica la percepción del estudiante cuantificada por autoevaluación de su nivel de empatía.
3. Conocer la percepción del estudiante sobre su capacidad de empatía y compararlo con los valores obtenidos en las 4 dimensiones de un cuestionario de medida de la empatía validado en población general.

## Material y métodos

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con intervención y sin grupo control, que valora los niveles de empatía antes y después de la intervención.

La muestra estaba integrada por los alumnos de segundo curso de la Facultad de Medicina de la UdG matriculados en el Módulo 9 (Comunicación, Entrevista Clínica e Historia Clínica) durante los años académicos 2013-2014 y 2014-2015, que aceptaron voluntariamente participar, después de ser informados sobre el contenido y los objetivos del estudio.

Los estudiantes cumplieron el primer y el último día lectivo de la asignatura un cuestionario de datos que incluía una codificación en clave para la identificación anónima del alumno, la edad y el sexo. Para cuantificar la empatía percibida se les pidió que autoevaluaran su nivel de empatía del 0 al 10 mediante la instrucción «Indica cuál crees que es tu nivel de empatía, si 0 significa nada empático y 10 totalmente empático», después de cumplimentar el cuestionario Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) en su versión validada en lengua castellana<sup>16,17</sup>. El IRI es una escala compuesta por 28 ítems distribuidos en 4 subescalas que miden 4 dimensiones del concepto integrador de empatía: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y distrés o malestar personal, con 7 ítems cada una de ellas. Las subescalas toma de perspectiva y fantasía evalúan los procesos más cognitivos, mientras que las subescalas preocupación empática y distrés personal miden las reacciones emocionales de las personas ante las experiencias de los otros. La puntuación en toma de perspectiva indica 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. La subescala de fantasía 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. En la subescala preocupación empática se miden los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros (se trata de sentimientos «orientados al otro»). En la subescala distrés o malestar personal se evalúan los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (se trata de sentimientos «orientados al yo»). En las instrucciones del instrumento se le indica al participante que debe contestar a una serie de afirmaciones relacionadas con sus pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones, solicitándole que puntúe de 0 a 4, según el grado en que dicha afirmación le describa.

La intervención consistió en el desarrollo del currículum de la asignatura Módulo 9 (Comunicación, Entrevista Clínica e Historia Clínica) durante un mes, con una carga lectiva de 6 ECTS (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos) por alumno, mediante 9 sesiones de trabajo en grupos de 10 personas con la metodología de aprendizaje basado en problemas para la resolución de 3 casos-problema<sup>18,19</sup>. Cada caso se trabaja por los alumnos en 3 sesiones de trabajo grupal. En la primera sesión, tras la exposición o visualización de una situación clínica centrada en la comunicación clínica, los alumnos realizan una lluvia de ideas sobre experiencias previas y conocimientos sobre el tema expuesto. Durante esta sesión los alumnos determinan los objetivos de aprendizaje en función de sus intereses y expectativas y se realiza un reparto de la información que debe buscarse. Durante el segundo día, cada alumno expone el material trabajado, el tutor distribuye los objetivos del caso y se vuelve a hacer una segunda búsqueda de información por parte de los alumnos. El tercer día se hace un resumen integrador del material encontrado con relación a los objetivos, junto con la realización de *role-playing* en los que se representa la base teórica encontrada. La evaluación global de los 3 casos se realiza el tercer día del tercer caso, en la que se autovaloran los alumnos, se valora la dinámica del grupo y la función del tutor facilitador.

También se desarrollan 3 seminarios explicativos teórico-prácticos (bases de la comunicación clínica, cómo dar malas noticias y manejo de situaciones conflictivas en un entorno clínico). Posteriormente a cada seminario se realizan sesiones de *role-playing* seguidas de una sesión de *feed-back* grupal. Por otro lado, los alumnos tienen una experiencia clínica real al acompañar durante un día a un médico de Atención Primaria en la consulta, con posterior informe evaluativo. Por último, mediante pacientes simulados y apoyándose en entornos virtuales de simulación, los estudiantes realizan una videograbación en la que actúan como profesionales médicos. Cada alumno realiza una autovaloración de su grabación, centrándose en la comunicación clínica y utilizando como lista de comprobación el cuestionario CICC<sup>20</sup>. El concepto empatía formaba parte del contenido teórico del temario, pero no fue especialmente potenciado o destacado.

Los resultados se expresan como N (%) y media (desviación típica). Para analizar las diferencias en las puntuaciones

obtenidas por cada alumno antes y después de la intervención se utilizó el test de la *t* de Student para muestras relacionadas. Para estudiar la correlación lineal entre la empatía percibida y las dimensiones del cuestionario IRI mediante las valoraciones de los estudiantes al final de módulo, se calculó la correlación de Pearson. El análisis se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS v15.

## Resultados

Participaron 136 alumnos de los 150 matriculados (14 fueron excluidos por carecer de una de las valoraciones), de los cuales 97 (72%) eran del sexo femenino, con una edad media (desviación típica) de 20,3 (3,3) años.

Los valores totales en toma de perspectiva fueron 17,2 (4,0); en fantasía de 15,1 (5,0); en preocupación empática 16,0 (5,6); en distrés personal 10,0 (3,2) y en empatía autopercibida de 7,3 (1,1). En la comparación de los valores obtenidos previa y posteriormente a la intervención educativa se observaron incrementos en la segunda medida en las puntuaciones totales de toma de perspectiva (17,8 [4,4];  $p=0,036$ ), de fantasía (16,1 [5,2];  $p=0,001$ ) y en la empatía percibida autoevaluada (7,70 [1,0];  $p=0,001$ ), sin diferencias en preocupación empática (16,1 [5,2];  $p=0,54$ ) ni en distrés personal (9,7 [3,6];  $p=0,25$ ).

Por sexos, los hombres aumentaron en toma de perspectiva y las mujeres en fantasía, y en ambos sexos aumentó la percepción de ser empáticos (tabla 1).

La empatía percibida al final del módulo correlacionó en grado moderado con la puntuación total del IRI en ambos sexos, y demostró una ausencia absoluta de correlación con la dimensión distrés personal. En los hombres (con una menor muestra) solo alcanzó significación la correlación con fantasía, mientras que en las mujeres se constató correlación de la empatía percibida con las 3 dimensiones restantes del IRI (tabla 2).

## Discusión

En el colectivo de los estudiantes de segundo curso de Medicina de la UdG nuestros resultados muestran que los hombres presentan niveles de empatía previos a la intervención más bajos que las mujeres. Tras la intervención, la empatía mejora en todas las dimensiones del IRI; únicamente alcanza significación estadística para la dimensión fantasía en las mujeres y de toma de perspectiva en los hombres. La empatía autopercibida basal también es menor en los hombres que en las mujeres, mejora en ambos casos tras la intervención educativa de manera estadísticamente significativa y tiende a igualarse en ambos sexos, aunque persiste más alta en las mujeres.

En cuanto a la correlación entre la empatía autopercibida y la empatía medida mediante el IRI, se encuentra en rangos bajo-moderados.

En nuestro caso los estudiantes de Medicina de 2.º curso de la UdG expresaron unos niveles de empatía con diferencias respecto a la muestra nacional utilizada para la validación española del cuestionario<sup>17</sup>. En ambos sexos la dimensión cognitiva toma de perspectiva era superior, mientras que las dimensiones emocionales preocupación

empática y distrés personal eran inferiores a las de la muestra de validación, dato relevante si atendemos a que la toma de perspectiva se considera la habilidad empática más importante para los clínicos<sup>21</sup> y que altos niveles de distrés personal podrían afectar a la salud mental del profesional. Recordemos que la dimensión toma de perspectiva valora los aspectos cognitivos e indica la habilidad para comprender el punto de vista de otra persona, mientras que la preocupación empática y el distrés personal abordan reacciones más emocionales ante las experiencias negativas de los otros. Esta comparación debe ser valorada con cautela, ya que la muestra utilizada por los autores de la validación<sup>17</sup> corresponde a 1.285 jóvenes con una media de edad de 15 años y 2 meses. Son consistentes nuestros resultados y los de esta muestra de validación en la mayor puntuación, para todas las dimensiones del IRI, que presentan en ambos casos las mujeres. Esta misma tendencia se observa, así mismo, en el estudio de Pérez-Albéniz et al.<sup>16</sup> en universitarios con edades más parecidas a las de nuestros alumnos. La mayor disposición empática por parte de las mujeres ya está descrita en los trabajos del propio autor del cuestionario<sup>22</sup> y en otros estudios más recientes realizados en estudiantes de Medicina<sup>6,23-25</sup>. El trabajo de Neumann<sup>6</sup> no encuentra diferencias en ninguno de los ítems de empatía entre estudiantes de Medicina y los de otras áreas de conocimiento, pero se trata de una muestra muy pequeña. En sentido contrario sucede en el estudio de Handford<sup>26</sup>, en el que los sujetos de profesiones no sanitarias obtienen puntuaciones más bajas en todas las escalas excepto en la de distrés personal, tanto en estudiantes como en posgraduados. Estos resultados dispares indican la necesidad de profundizar con estudios de tamaños muestrales más altos si se quiere clarificar esta cuestión.

La empatía se ha asociado con diversos atributos, como el sentido del deber, la conducta prosocial y el razonamiento moral<sup>8</sup>, está considerada como una de las cualidades personales que define el profesionalismo en Medicina y es un requisito para la atención centrada en el paciente<sup>25,27</sup>. Por estos motivos, se ha incluido la valoración de la empatía en las pruebas de selección de estudiantes de Medicina en algunas universidades anglosajonas<sup>28</sup>. En este contexto, es deseable que los estudiantes de Medicina muestren un valor de empatía cognitiva superior a la media, como parece que sucede en nuestro estudio.

Sin embargo, los valores de toma de perspectiva de nuestros estudiantes son similares a los poblacionales de EE. UU.<sup>29</sup>, Bélgica<sup>30</sup> o Chile<sup>31</sup>, y quedan por debajo de los observados en estudiantes de Medicina en Brasil<sup>1</sup> (solo en hombres) y Gran Bretaña<sup>25</sup>, o en residentes de EE. UU.<sup>32</sup>. Estas comparaciones entre poblaciones de estudiantes, al estar realizadas mediante un instrumento genérico como el IRI, creemos que indican el nivel basal de empatía, pero aportan poca información con relación al desarrollo de la empatía según el sistema de educación médica, que debe ser abordado desde diversas perspectivas: curricular (diseño de contenidos del currículum), social (aprendizaje observacional basado en modelos, de imitación o de rol) y organizacional (inclusión temprana de encuentros clínicos y observaciones clínicas en el currículum)<sup>33</sup>.

La empatía autopercibida previa a la intervención estuvo alrededor de 7 sobre 10, un punto correcto, pero con

**Tabla 1** Comparación de los valores de las dimensiones del cuestionario Índice de Reactividad Interpersonal y de empatía percibida en los estudiantes de Medicina, previa y posterior a la intervención, separado por sexos

|                       | Hombres UdG |             |       | Mujeres UdG |             |        |
|-----------------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|--------|
|                       | Pre         | Post        | p     | Pre         | Post        | p      |
| Toma de perspectiva   | 16,50 (3,5) | 17,81 (3,7) | 0,005 | 17,51 (4,2) | 17,84 (4,7) | 0,389  |
| Fantasía              | 14,15 (4,9) | 14,89 (5,1) | 0,115 | 15,57 (5,0) | 16,70 (5,1) | 0,001  |
| Preocupación empática | 14,92 (4,6) | 14,97 (4,6) | 0,906 | 16,44 (5,9) | 16,61 (5,7) | 0,524  |
| Distrés personal      | 9,20 (3,0)  | 9,28 (3,6)  | 0,839 | 10,31 (3,3) | 9,87 (3,5)  | 0,184  |
| Empatía percibida     | 6,97 (1,1)  | 7,42 (1,2)  | 0,009 | 7,44 (1,0)  | 7,81 (0,9)  | <0,001 |

margen de mejora. La percepción de empatía de los alumnos de Medicina de ambos sexos no estaba asociada a distrés personal, es decir, no se identificaba la empatía con los pensamientos y sensaciones descritos en las afirmaciones de esta dimensión. En este sentido, se ha planteado que el distrés personal no sea un componente necesario de la empatía sino la expresión de una empatía «menos sana», con sobreimplicación emocional que conduce a una experiencia aversiva con ansiedad o angustia<sup>34</sup> y, en consecuencia, consideramos un dato positivo que los alumnos no incorporen el contenido de distrés personal en su percepción de empatía. En la empatía autopercebida también las mujeres presentan niveles más elevados que los hombres, tanto antes como después de la intervención educativa. Este aspecto ya comentado<sup>6,23-25</sup> y que podría deberse a un rol de género, obliga a comunicar y analizar los resultados desagregados por sexo.

En un estudio similar de la Universitat de Lleida<sup>24</sup> constatan, igual que en nuestro caso, mayores niveles de empatía en las mujeres y con un mayor componente del distrés emocional también en mujeres. Se observa un incremento de la empatía, más marcado en mujeres, a través de los cursos de Medicina, pero sin vincularlo a ninguna intervención formativa específica como es el módulo de comunicación en nuestro caso. Según estos autores, los hombres mantienen niveles de empatía más bajos y menos modificables con la experiencia, aspecto este último que entra en contradicción con los resultados que presentamos.

La empatía está considerada como un rasgo constitucional relativamente estable, aunque puede estar influida por circunstancias externas, de modo que las experiencias educativas pueden incidir sobre el desarrollo de la empatía en los estudiantes. Las evaluaciones sobre la modificación de la empatía en el transcurso de los años de estudio

de Medicina han mostrado resultados contradictorios, con experiencias que muestran descensos, ascensos o estabilidad sin variaciones<sup>1</sup>. Una revisión recopiló 6 estudios en los que se comunicaron incrementos de la empatía mediante la enseñanza de habilidades comunicativas, y en 2 de ellos se demostró la persistencia de este incremento en los siguientes meses<sup>9</sup>. En el presente estudio la intervención educativa conseguía un incremento en la autopercepción de ser empático en ambos sexos, que se acompañaba de un incremento en toma de perspectiva en los varones hasta igualar a las mujeres y un aumento de fantasía en las mujeres. Los incrementos se produjeron en las dimensiones cognitivas, manteniendo sin cambios las dimensiones emocionales. En el estudio de la Irvine School of Medicine<sup>35</sup> sobre un programa para el desarrollo de la empatía en sus estudiantes, el 81% de los participantes pensaban que su empatía se había mantenido o había aumentado tras pasar por dicho plan formativo, con un elevado nivel de satisfacción por parte de los alumnos. Estos resultados nos indican que las intervenciones educativas en los primeros años de la formación pueden ayudar a fortalecer el reconocimiento de la perspectiva empática de los alumnos<sup>23</sup>, mientras que en los años de formación más clínica deberían centrarse en el trabajo emocional para evitar el declive de la empatía observado a lo largo del grado en algunos estudios<sup>12</sup>. Así mismo, apoyarían la tesis de introducir estos elementos formativos, que son reconocidos y valorados positivamente por los alumnos<sup>33,35</sup>, de una manera formal en el currículum de pregrado.

Al tratarse la intervención de una formación genérica en comunicación y entrevista clínica, sin que se añadiera al temario de la asignatura un contenido específico para modelar la empatía, podemos valorar el incremento empático conseguido como un resultado positivo. Sin embargo, no conocemos si este aumento del pensamiento empático

**Tabla 2** Correlaciones entre la empatía percibida y las dimensiones del cuestionario Índice de Reactividad Interpersonal en la muestra de estudiantes de Medicina separado por sexos

|                       | Hombres UdG n = 39 |       | Mujeres UdG n = 97 |        |
|-----------------------|--------------------|-------|--------------------|--------|
|                       | Empatía percibida  | p     | Empatía percibida  | p      |
| Toma de perspectiva   | 0,270              | 0,17  | 0,353              | <0,001 |
| Fantasía              | 0,478              | 0,002 | 0,294              | 0,004  |
| Preocupación empática | 0,255              | 0,12  | 0,309              | 0,002  |
| Distrés personal      | -0,064             | 0,70  | -0,090             | 0,38   |
| Puntuación total IRI  | 0,412              | 0,011 | 0,331              | 0,001  |

en general y de la empatía percibida en particular en el alumnado implicará conseguir un mayor comportamiento empático. Para ello, deberíamos incorporar al estudio otro tipo de metodologías que permitan la observación directa del comportamiento, bien en situaciones reales, bien simuladas<sup>36,37</sup>. También es discutible si el aumento de la empatía cognitiva ha de ser el único objetivo docente, o se debería intentar modelar la empatía emocional. Es reseñable que el componente de distrés personal se mantuviera igual o descendiera, pero debería abrirse un debate sobre la idoneidad de incrementar la dimensión preocupación empática que implican los sentimientos de compasión y de preocupación ante el estado de los otros. Sería objeto de preocupación si su desarrollo llegara a afectar al profesional; sin embargo, la preocupación empática mostró una correlación inversa con la despersonalización y una correlación directa con la realización personal, y mostró un perfil positivo para estos 2 componentes del síndrome de *burnout*, al contrario que el distrés personal, que se asoció a agotamiento emocional y baja realización personal<sup>1</sup>.

Las principales limitaciones de este estudio son la dependencia de la subjetividad de los participantes al responder el cuestionario, como sucede en la mayoría de los estudios revisados<sup>5</sup>, y la ausencia de un grupo control que permitiría aislar el efecto propiamente debido a la intervención educativa que proponemos. También cabría considerar el estudio de otras variables que pueden influir en la empatía, como son todas aquellas cuestiones relacionadas con experiencias personales o familiares con relación al contacto con el sistema sanitario (experiencia vicaria). Estas variables ya han sido incorporadas al cuestionario para sucesivas observaciones, ya que es intención de los autores profundizar en esta línea de trabajo con otra observación de estos mismos estudiantes en sexto curso, lo que permitirá analizar la evolución de la empatía a lo largo del grado de Medicina. Aunque el 45% de los alumnos creen que la empatía no puede ser enseñada<sup>35</sup>, y considerando las barreras y los facilitadores para este aprendizaje<sup>33</sup>, creemos que vale la pena intentarlo.

En conclusión, los estudiantes de Medicina de nuestra facultad expresan mayores niveles de empatía cognitiva y menores de empatía emocional, no perciben dentro de la empatía el componente de distrés personal, y durante los estudios de Medicina pueden incrementarse los niveles de empatía cognitiva y percibida con el propósito de mejorar la futura atención al paciente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns C, Giava RR, et al. Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS ONE*. 2014;9(4):e94133.
2. Haslam N. Humanising medical practice: The role of empathy. *Med J Aust*. 2007;187:381-2.
3. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(9):390-7.
4. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. 1.ª ed. Barcelona: SEMFYC; 2004.
5. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: A systematic review. *Med Educ*. 2016;50(3):300-10.
6. 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*. 2012;29(1). Doc11.
7. Kim S, Kaplowitz S, Johnston M. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27:237-51.
8. Hojat M, Gonnella JS, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1563-9.
9. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-30.
10. Benbassat J, Bauman R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med*. 2004;79:832-9.
11. Testerman JK, Morton KR, Loo LK, Worthley JS, Lamberton HH. The natural history of cynicism in physicians. *Acad Med*. 1996;71 10 suppl:543-5.
12. 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. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91.
13. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *J Am Med Assoc*. 2005;293:1100-6.
14. Harlak H, Gemalmaz A, Gurel FS, Dereboy C, Ertekin K. Communication skills training: Effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. *Educ Health (Abingdon)*. 2008;21(2):62.
15. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14:219. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>.
16. Pérez Albeniz A, de Paúl J, Etxeberria J, Montes MP, Torres E. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*. 2003;15(2):267-72.
17. Mestre V, Frias MD, Samper P. La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. 2004;16:255-60.
18. Zamora Cervantes A, Carrión Ribas C, Cordon Granados F, Galí Pla B, Balló Peña E, Quesada Sabate M, et al. Skills in clinical communication: Are we correctly assessing them at undergraduate level? *JOTSE*. 2014;4(2):89-100. <http://dx.doi.org/10.3926/jotse.97>.
19. Carrion C, Torán P, Zamora A, Balló E, Quesada M, Grau A, et al. Learning clinical communication. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;14:85-9.
20. Ruiz Moral R, Pérula LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: El cuestionario CICC. *Aten Primaria*. 2006;37:320-4.
21. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):670-4.
22. Davis MH. Measuring individual differences in empathy. Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113-26.
23. Ren GS, Min JT, Ping YS, Shing LS, Win MT, Chuan HS, et al. Complex and novel determinants of empathy change in medical students. *Korean J Med Educ*. 2016;28(1):67-78.
24. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de Medicina. *Aten Primaria*. 2016;48(1):8-14.
25. 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;11:90.

26. Handford C, Lemon J, Grimm MC, Vollmer-Conna U. Empathy as a function of clinical exposure - Reading emotion in the eyes. *PLoS ONE*. 2013;8(6):e65159.
27. Miles A, Asbridge JE, Caballero F. Towards a person-centered medical education: Challenges and imperatives. *Educ Med*. 2015;16(1):25–33.
28. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of test of empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 2007;7:24, 2007.
29. Davis M. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog Sel. Doc. Psychol*. 1980;10:85.
30. De Corte K, Buysse A, Verhofstadt LL, Roeyers H, Ponnet K, Davis MH. Measuring empathic tendencies: Reliability and validity of the Dutch version of the interpersonal reactivity index. *Psychol Belg*. 2007;47:235–60.
31. Fernández AM, Dufey M, Kramp U. Testing the psychometric properties of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) in Chile. Empathy in a different cultural context. *Eur J Psychol Assess*. 2011;27(3):179–85.
32. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2005;20:559–64.
33. Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn EG, Scheffer C. Determinants of physician empathy during medical education; hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC Med Educ*. 2014;14:122.
34. Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *An Psicol*. 2008;24:284–98.
35. Afghani B, Besimanto S, Amin A, Shapiro J. Medical students' perspectives on clinical empathy training. *Educ Health (Abingdon)*. 2011;24(1):544.
36. Foster A, Chaudhary N, Kim T, Waller JL, Wong J, Borish M, et al. Using virtual patients to teach empathy. A randomized controlled study to enhance students' empathic communication. *Simul Healthc*. 2016. Feb 2.[Epub ahead of print].
37. 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*. 2014;14:199.