



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria de Chile



Magdalena Marilaf Caro<sup>a</sup>, Montserrat San-Martín<sup>b</sup>, Roberto Delgado-Bolton<sup>c,d</sup> y Luis Vivanco<sup>e,f,\*</sup>

<sup>a</sup> Programa de Atención Domiciliaria, Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, CESFAM Nueva Imperial, Región de la Araucanía, Chile

<sup>b</sup> Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Granada–Campus de Melilla, Melilla, España

<sup>c</sup> Comisión de Docencia del Sistema Riojano de Salud, Hospital San Pedro, Logroño, España

<sup>d</sup> Servicio de Medicina Nuclear, Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), Logroño, España

<sup>e</sup> Centro Nacional de Documentación en Bioética, Fundación Rioja Salud, Logroño, España

<sup>f</sup> Plataforma de Bioética y Educación Médica, Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), Logroño, España

Recibido el 2 de diciembre de 2016; aceptado el 20 de abril de 2017

Disponible en Internet el 3 de junio de 2017

### PALABRAS CLAVE

Empatía;  
Soledad;  
Satisfacción vital;  
Agotamiento laboral;  
Cuidados paliativos;  
Atención domiciliaria

### Resumen

**Introducción:** La empatía ha sido descrita como una competencia esencial de los profesionales sanitarios que trabajan en servicios de cuidados paliativos y atención domiciliaria. En estos servicios, normalmente acompañados por un alto riesgo de desgaste físico y emocional, la empatía puede jugar un importante papel en la mejora del bienestar ocupacional. El objetivo de este estudio fue confirmar el papel de la empatía en la prevención de la soledad y el desgaste, y en la promoción de la satisfacción vital.

**Métodos:** En 2016, un estudio observacional fue realizado en Chile con profesionales de enfermería que estaban trabajando en cuidados paliativos y en servicios de atención domiciliaria. La empatía con los pacientes, la soledad, la satisfacción vital y el desgaste fueron medidos utilizando escalas psicométricas. Se aplicaron análisis de correlación para confirmar las relaciones entre los elementos medidos.

**Resultados:** En una muestra de 64 participantes, se confirmaron correlaciones positivas entre la empatía y la satisfacción vital ( $P = 0,40$ ;  $p = 0,003$ ), y entre la empatía y la experiencia profesional ( $P = 0,29$ ;  $p = 0,04$ ). Por otra parte, se confirmaron correlaciones inversas entre la empatía y el desgaste ( $P = -0,38$ ;  $p = 0,01$ ), y entre la empatía y la soledad ( $P = -0,41$ ;  $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** Estos hallazgos confirman el importante papel que la empatía juega en la prevención de la soledad y el desgaste, y en la promoción de la satisfacción vital. La evidencia encontrada sugiere que las habilidades empáticas se pueden mejorar por la experiencia profesional.

© 2017 Los Autores. Publicado por 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: [lvivanco@riojasalud.es](mailto:lvivanco@riojasalud.es) (L. Vivanco).

**KEYWORDS**

Empathy;  
Loneliness;  
Life satisfaction;  
Burnout;  
Palliative care;  
Homecare services

## Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services

**Abstract**

**Introduction:** Empathy has been described as an essential competence of healthcare professionals who are working in palliative care and homecare services. In these services, usually accompanied by a high risk of physical and emotional burnout, empathy can play an important role in the improvement of occupational wellbeing. The aim of this study was to confirm the role of empathy in the prevention of loneliness and burn out, and in the promotion of life satisfaction.

**Methods:** In 2016, an observational study was carried out in Chile with professional nurses who were working in palliative care and homecare services. Empathy with the patients, loneliness, life satisfaction, and burnout were measured using psychometric scales. Correlation analyses were applied to confirm relationships among the elements measured.

**Results:** In a sample of 64 participants, positive correlations were confirmed between empathy and life satisfaction ( $P = 0.40$ ;  $p = 0.003$ ), and between empathy and professional experience ( $P = 0.29$ ;  $p = 0.04$ ). On the other hand, inverse correlations were confirmed between empathy and burnout ( $P = -0.38$ ;  $p = 0.01$ ), and between empathy and loneliness ( $P = -0.41$ ;  $p = 0.004$ ).

**Conclusions:** These findings confirm the important role that empathy plays in the prevention of loneliness and burnout, and in the promotion of life satisfaction. Evidence found suggests that empathetic abilities can be improved by the professional experience.

© 2017 The Authors. Published by 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/>).

**¿Qué se conoce?**

- La empatía, en el contexto de la atención profesional del paciente, es una habilidad eminentemente cognitiva más que emocional que es fundamental en enfermería.
- La empatía enriquece la relación con los pacientes, facilita la colaboración de los pacientes en su tratamiento, y mejora la atención sanitaria.
- Debido a la mayor experiencia de soledad, los pacientes que son atendidos en los servicios de atención domiciliaria y cuidados paliativos demandan una mayor dedicación emocional por parte de sus cuidadores.
- Los profesionales de enfermería que atienden estos servicios suelen estar más expuestos a una carga emocional intensa y aun mayor riesgo de estrés laboral.

**¿Qué aporta?**

- Se demuestra el papel que tiene la empatía en el cuidado de la salud y el bienestar de los profesionales de enfermería.
- En profesionales de enfermería expuestos a una carga emocional intensa, la empatía ayuda a prevenir la experiencia de soledad y el desgaste.
- La empatía es una competencia que se puede fortalecer a través del aprendizaje que se da fruto de la experiencia profesional.
- Se demuestra el papel positivo que tiene la empatía en el trato con el paciente en la percepción de satisfacción vital del profesional de enfermería.

**Introducción**

Las relaciones humanas cumplen un papel muy importante en el cuidado de la salud y en la prevención de la enfermedad<sup>1</sup>. En pacientes crónicos y personas mayores el deterioro en las relaciones humanas aumenta el riesgo del aislamiento social y el desarrollo de nuevas patologías<sup>2,3</sup>. De allí que para muchos de estos pacientes, las relaciones que desarrollan con los profesionales sanitarios y las

personas responsables de su cuidado adquieran un papel muy importante en el afrontamiento de sus dolencias<sup>4,5</sup>. Pero mantener relaciones saludables no solo beneficia a los pacientes. Estudios recientes han demostrado que profesionales sanitarios con un alto desarrollo de habilidades sociales en el trato con sus pacientes, tienen más recursos para afrontar el desgaste emocional<sup>6</sup> y mantener una alta motivación frente al trabajo<sup>7</sup>.

La soledad, definida como la percepción de la carencia de relaciones significativas con los demás, es un fenómeno complejo en el que intervienen diversos factores directamente asociados con el desarrollo de relaciones humanas insatisfactorias en distintos niveles y etapas de la vida<sup>8,9</sup>. Las relaciones de apego inseguras, desarrolladas principalmente

durante la infancia<sup>10</sup>; la exposición a redes sociales disfuncionales<sup>11</sup>; o ciertos entornos de vida socialmente no facilitadores<sup>9</sup>; además de la falta de habilidades interpersonales asociadas a ciertos tipos de personalidad<sup>1</sup>, han sido descrito como los principales factores que están detrás de la soledad. Por otra parte, el deterioro en la salud debido a la soledad ha sido demostrado a través de distintos tipos de alteraciones en el estado de ánimo y la conducta, como son: la depresión, trastornos de ansiedad, neurocitismo, obstinación mental, baja autoestima, y episodios de ideación suicida<sup>9,12-15</sup>. La soledad también está asociada al desarrollo de síntomas psicosomáticos, tales como los dolores de cabeza, la falta de apetito, la fatiga y el degaste físico<sup>9</sup>. Finalmente, en estudios recientes con estudiantes universitarios se ha demostrado una relación inversa entre la soledad y la satisfacción vital<sup>15,16</sup>, y entre la soledad y el desarrollo de habilidades empáticas en el trato con los pacientes<sup>17</sup>.

La empatía, en el caso de los profesionales sanitarios, ha sido descrita como un atributo esencial de una atención más humana<sup>18</sup> y uno de los elementos centrales del profesionalismo en el contexto del cuidado del paciente<sup>19,20</sup>. Esta habilidad, en tanto competencia profesional, ha sido definida como un atributo predominantemente cognitivo (más que afectivo o emocional) que implica la habilidad de comprensión (y no solo el sentimiento) de las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente<sup>1</sup>. En este sentido la empatía, en el contexto clínico, se diferencia de la simpatía en que su acento principal no está puesto en la percepción de la carga emocional que acompaña las relaciones humanas, sino en el componente eminentemente cognitivo que exige el comprender las preocupaciones del paciente y de su familia, y además, de saber incorporar dicho conocimiento en la comunicación con el paciente durante su tratamiento<sup>21</sup>. Para la empatía, como competencia profesional, las emociones son importantes, pero más aún lo es el control que sobre ellas se tiene en el manejo de la relación con el paciente. En entornos relacionales distintos al clínico, esta diferencia entre la dimensión cognitiva y emocional de la empatía no es necesariamente igual<sup>22</sup>. Las implicaciones de esta diferencia son importantes si se tiene en cuenta que en el caso de los profesiones de enfermería, la carga emocional que acompaña el trato con los pacientes puede llegar a ser perjudicial tanto para ellos como para sus pacientes si esta se escapa de control<sup>23,24</sup>. Entre los investigadores y educadores de las ciencias de la salud existe un amplio consenso sobre la importancia que tiene el desarrollo de la empatía en la formación de los profesionales sanitarios<sup>1,18-20</sup>. Sin embargo, también se advierte del cuidado que se debe tener en el tipo de conceptualización que se busca evaluar o promover pues no tener un enfoque ajustado a la realidad clínica puede resultar insuficiente<sup>1,22</sup>. Así, por ejemplo, de los diversos instrumentos desarrollados para la medición de la empatía en la población en general, los tres más conocidos: el índice de reactividad personal de Davis<sup>25</sup>, la escala de empatía de Hogan<sup>26</sup>, y la escala de empatía emocional de Mehrabian y Epstein<sup>27</sup>, exploran la empatía bien desde un enfoque multidimensional o bien desde un enfoque eminentemente emocional, que como se ha indicado anteriormente no necesariamente responden al tipo de orientación empática que se recomienda desarrollar en contextos clínicos. Existen estudios en contextos clínicos en los que se ha demostrado que el desarrollo de una relación

empática centrada en las emociones puede resultar perjudicial para los pacientes y los profesionales responsables de su cuidado<sup>1,6,28</sup>.

El síndrome del *burnout*, un desorden psicológico ampliamente estudiado en profesionales sanitarios, es un ejemplo evidente de las consecuencias negativas que se pueden derivar de una constante sobrecarga física y emocional que acompaña el trato con los pacientes<sup>29</sup>. En contextos clínicos<sup>30</sup>, el *burnout* ha sido descrito como un síndrome tridimensional en el que el trabajador presenta cansancio emocional, despersonalización o un tratamiento cínico o negativo en el cuidado de los pacientes, y una baja realización personal en el trabajo. En áreas de enfermería se han descrito como factores protectores frente al *burnout*, las habilidades de comunicación, el desarrollo de buenas relaciones interprofesionales, contar con alta autoestima, capacidad de liderazgo y apoyo de la organización, y la satisfacción laboral<sup>31-33</sup>. Por el contrario, la ansiedad y la depresión, a diferencia de la carga familiar, el estado civil, o la edad, han sido descritas como los principales factores de riesgo frente al *burnout*<sup>34-36</sup>. En línea similar, estudios con estudiantes de medicina y con profesionales de otras áreas de la salud también han remarcado el importante papel protector que tienen la empatía y una visión positiva y real frente a la vida frente al *burnout*<sup>28,37,38</sup>.

En este marco, el principal objetivo de este estudio fue explorar el papel protector que puede tener la empatía, como competencia profesional en la atención de los pacientes, en la prevención de la soledad y del agotamiento laboral (*burnout*); así como en la promoción de la satisfacción personal con la vida en una muestra de profesionales de enfermería de Chile que trabajan en servicios de cuidados paliativos y atención domiciliaria.

## Métodos

### Diseño y participantes

Entre agosto y septiembre del 2016 se realizó un estudio observacional mediante encuesta en línea. En el estudio se contó con la participación de profesionales de enfermería que durante dicho periodo se encontraban afiliados al Colegio Profesional de Enfermeras de Chile y trabajaban en los servicios de cuidados paliativos y atención domiciliaria a nivel nacional.

### Mediciones principales

La empatía se midió a través de una versión validada al español para profesionales sanitarios de la escala Jefferson de empatía en la atención de pacientes (JSE-HP)<sup>39</sup>. El JSE es un instrumento psicométrico que mide la orientación empática del profesional sanitario en el entorno clínico del trato con el paciente<sup>1</sup>.

El JSE se compone de 20 ítems que siguen una escala de puntuación tipo Likert entre 1 (fuertemente en desacuerdo) y 7 (fuertemente de acuerdo). El rango de puntuación de este instrumento está entre 20 a 140 puntos. Una mayor

puntuación en el JSE se asocia con una mayor orientación empática en el trato con el paciente.

La soledad se midió mediante la versión breve en español de la escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA-S)<sup>40</sup>. El SELSA-S mide la autopercepción global de la soledad en personas adultas a partir de tres ámbitos independientes: familia, relaciones de pareja y entorno social<sup>41</sup>. El SELSA-S está compuesto por 15 ítems que se puntúan según una escala Likert entre 1 (fuertemente en desacuerdo) y 7 (fuertemente de acuerdo). El rango de puntuación global del SELSA-S está entre 15 y 150 puntos. Una mayor puntuación se asocia a una mayor percepción global de la soledad. Para el caso de las tres dimensiones medidas de la soledad (familiar, romántica y social), el rango de puntuación para cada dimensión está entre 5 y 35 puntos. En cada dimensión, una mayor puntuación se asocia con una mayor percepción de la experiencia de soledad.

La satisfacción con la vida hace referencia a un juicio cognitivo global del individuo sobre su propia vida. La escala de satisfacción con la vida (SWLS) es un instrumento psicométrico monofactorial que arroja una medición global a partir de 5 ítems<sup>42</sup>. La versión validada al español del SWLS utiliza una escala de puntuación tipo Likert de 5 puntos que va entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo)<sup>43</sup>. El rango de puntuación global de esta escala está entre 5 y 25 puntos. Una mayor puntuación se asocia con una mayor satisfacción con la vida.

La percepción de *burnout* se midió a través del cuestionario de *burnout* de Maslach para profesionales de la salud (MBI-HSS)<sup>30</sup>. El MBI mide el síndrome de *burnout* a partir de tres dimensiones: «agotamiento emocional», «desgaste y despersonalización», y «realización personal». El MBI arroja una puntuación global sobre la base de 22 ítems. Cada ítem se puntúa siguiendo una escala tipo Likert de 7 puntos donde el encuestado debe indicar la frecuencia en la percepción de la sensación descrita para dicho ítem y que puede ir entre 0 (nunca) y 6 (todos los días). La suma global de las puntuaciones alcanzadas para este instrumento ofrece un rango posible que está entre 0 y 132 puntos. Los autores del MBI proponen un sistema de clasificación por cada dimensión que permite hacer un diagnóstico del síndrome<sup>29</sup>. Según dicho sistema la dimensión de «agotamiento emocional» con una puntuación menor o igual a 18 puntos se clasifica como «bajo», por el contrario una puntuación mayor o igual a 27 puntos se clasifica como «alto». En el caso de la dimensión de «desgaste y despersonalización» una puntuación menor o igual a 5 puntos se clasifica como «bajo», mientras que una puntuación mayor o igual a 10 puntos se clasifica como «alto». En el caso de la dimensión de «realización personal» una puntuación menor o igual a 33 puntos se clasifica como «bajo» mientras que una puntuación mayor o igual a 40 puntos se clasifica como «alto». Así, el diagnóstico positivo del síndrome se da con una puntuación global de la escala superior a 33 puntos, y que corresponde a la combinación de una puntuación «alta» para las dimensiones de «agotamiento emocional» y «desgaste y despersonalización», y «baja» para la dimensión de «realización personal».

Finalmente, los cuatro instrumentos antes indicados también fueron acompañados de un breve formulario sociodemográfico donde se recogió la siguiente información: sexo, edad y años de experiencia profesional.

## Procedimientos

La administración de los instrumentos se hizo mediante un cuestionario en línea enviando a los profesionales mediante el servicio Survey Monkey®. El cuestionario, compuesto por las cuatro escalas psicométricas y el formulario sociodemográfico, estuvo accesible a través de un enlace Web que se hizo llegar a los afiliados del Colegio Profesional de Enfermeras de Chile mediante correo electrónico. El enlace Web daba acceso a una página informativa sobre el diseño y el propósito del estudio antes de dar paso al cuestionario. De este modo se garantizó una participación voluntaria e informada. El enlace estuvo en línea durante un periodo de 45 días, al término del cual se cerró el enlace y se dio inicio al análisis de la información recogida hasta ese momento. La participación a lo largo de todo el proceso fue anónima, se ajustó a un protocolo previamente aprobado por un Comité Ético de Investigación, y contó con la autorización del Colegio Profesional de Enfermeras de Chile. El análisis de la información recogida estuvo a cargo del Centro Nacional de Documentación en Bioética en España, responsable de la coordinación de este estudio.

## Análisis estadístico

En el análisis de las puntuaciones obtenidas para cada uno de los instrumentos utilizados solo se tuvo en cuenta aquellos casos en los que se respondieron a todos los ítems. La consistencia interna de cada escala se midió mediante la determinación del coeficiente alfa de Cronbach. Se aceptó una buena fiabilidad psicométrica con coeficientes cercanos o superiores a 0,70. Posteriormente se hizo un análisis descriptivo de cada encuesta incluyendo las medidas de dispersión.

Después de estudiar la normalidad, se determinó la existencia de asociación entre las variables medidas mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Todos los resultados se realizaron mediante el lenguaje y entorno de programación para análisis estadístico y gráfico R, en su versión 3.3.1, para Windows<sup>44</sup>. Además se utilizaron los paquetes nortest<sup>45</sup> y multilevel<sup>46</sup>.

## Resultados

Sesenta y cuatro profesionales completaron los cuestionarios a nivel nacional. De ellos, 11 (17%) fueron varones y 53 (83%) mujeres. La media de edad de los participantes fue de 40 años, con un rango de edad entre 23 y 61 años y una desviación típica de 10. En función de los años de experiencia profesional, 17 (27%) indicaron tener menos de 6 años, 9 (14%) tenían entre 6 y 10 años, 22 (34%) entre 11 y 20 años, y 15 (23%) indicaron tener más de 21 años de experiencia en el ejercicio de su profesión.

Los valores de los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas globales de soledad, satisfacción con la vida, y *burnout* fueron superiores a 0,80. Solo la escala de empatía presentó un coeficiente alfa de Cronbach próximo a 0,70. En relación a los coeficientes de fiabilidad de las subescalas que midieron las tres dimensiones de soledad y de *burnout*, salvo el caso de la dimensión de desgaste y

**Tabla 1** Análisis descriptivo y coeficientes de fiabilidad para las escalas de empatía, soledad, satisfacción con la vida, y *burnout*, en una muestra de 64 profesionales de enfermería

| Estadístico     | JSE    | SELSA-S |          |           |        | SWLS | MBI    |                       |                               |                      |
|-----------------|--------|---------|----------|-----------|--------|------|--------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|
|                 |        | Global  | Familiar | Romántica | Social |      | Global | Agotamiento emocional | Desgaste y despersonalización | Realización personal |
| <i>n</i>        | 51     | 51      | 51       | 51        | 52     | 52   | 46     | 47                    | 49                            | 49                   |
| Rango observado | 94-140 | 15-87   | 5-35     | 5-35      | 5-35   | 5-25 | 3-76   | 1-47                  | 0-17                          | 24-48                |
| Media           | 126    | 31      | 8        | 13        | 10     | 20   | 33     | 20                    | 5                             | 39                   |
| <i>SD</i>       | 9      | 17      | 6        | 9         | 6      | 4    | 19     | 12                    | 5                             | 6                    |
| Cuartil         |        |         |          |           |        |      |        |                       |                               |                      |
| 1.er            | 122    | 18      | 5        | 6         | 5      | 19   | 18     | 10                    | 0                             | 35                   |
| 2. do (Mdn)     | 128    | 23      | 5        | 10        | 8      | 21   | 28     | 19                    | 4                             | 41                   |
| 3.er            | 133    | 43      | 9        | 18        | 12     | 23   | 46     | 27                    | 7                             | 44                   |
| Fiabilidad      | 0,69   | 0,89    | 0,93     | 0,85      | 0,81   | 0,92 | 0,90   | 0,91                  | 0,54                          | 0,80                 |

JSE: Escala Jefferson de empatía para profesionales sanitarios; MBI: cuestionario Maslach de *burnout*; Mdn: mediana; *n*: tamaño de la muestra; *SD*: desviación típica; SELSA-S: escala de soledad para adultos; SWLS: escala de Satisfacción con la vida.

despersonalización, los valores del coeficiente alfa de Cronbach de las demás dimensiones estuvieron en un rango que iba entre 0,80 y 0,93. El resumen de este análisis se puede consultar en la [tabla 1](#).

En relación a las puntuaciones encontradas, la muestra estudiada se mantuvo en un nivel «bajo» de *burnout* ( $M=32,8$ ;  $SD=19$ ), aunque próximo a su límite superior. El análisis individual de las tres dimensiones medidas del *burnout* también mostró que en el caso del «agotamiento emocional» la puntuación media se ubicó en el nivel «intermedio bajo» ( $M=19,6$ ;  $SD=12$ ), en el de «desgaste y despersonalización» en el «bajo» ( $M=4,9$ ;  $SD=5$ ), y en el de «realización personal» ( $M=39$ ;  $SD=6$ ) en el «intermedio alto». En el caso de las escalas de empatía, soledad y satisfacción con la vida, los desarrolladores de dichos instrumentos no proponen un sistema de clasificación de los elementos que son medidos. Para esos instrumentos una mayor puntuación se interpreta como un mayor desarrollo del elemento que es medido. El resumen completo de las puntuaciones observadas para todas las escalas utilizadas se muestra en la [tabla 1](#).

El análisis de correlación confirmó la existencia de una asociación positiva entre la empatía y la satisfacción con la vida ( $P=0,40$ ;  $p=0,003$ ). Dicho análisis también confirmó una asociación, esta vez inversa, entre la empatía y el síndrome de *burnout* ( $P=-0,38$ ;  $p=0,01$ ), y entre la empatía y la soledad ( $P=-0,41$ ;  $p=0,004$ ). Finalmente, el análisis confirmó la existencia de una relación estadística entre los tres elementos en los que la empatía tiene un papel de influencia: soledad, *burnout* y satisfacción con la vida, tal como se puede ver en la [tabla 2](#).

En el caso de la escala de *burnout* y de la escala de soledad, gracias al análisis de correlación también se pudo determinar el tipo de relación existente entre la empatía y cada una de las dimensiones que componen dichas escalas. Así, se confirmó una asociación inversa entre la empatía y la soledad en sus tres dimensiones: soledad familiar ( $P=-0,34$ ;  $p=0,02$ ), soledad romántica ( $P=-0,32$ ;  $p=0,02$ ), y soledad social ( $P=-0,38$ ;  $p=0,007$ ). Por su parte, en el

**Tabla 2** Coeficientes de correlación de Spearman entre la empatía y la satisfacción con la vida, el *burnout* y la percepción de soledad ( $N=64$ )

|         | JSE     | SELSA-S  | MBI      | SWLS |
|---------|---------|----------|----------|------|
| JSE     | 1       |          |          |      |
| SELSA-S | -0,41** | 1        |          |      |
| MBI     | -0,38** | +0,35*   | 1        |      |
| SWLS    | +0,40** | -0,49*** | -0,49*** | 1    |

JSE: escala Jefferson de empatía para profesionales sanitarios; MBI: cuestionario Maslach de *burnout*; SELSA-S: escala de soledad para adultos; SWLS: escala de satisfacción con la vida.

\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,01$ .

\*\*\*  $p < 0,001$ .

caso del *burnout* se confirmó una relación positiva entre la empatía y la dimensión de «realización personal» ( $P=0,29$ ;  $p=0,048$ ), e inversa entre la empatía y las dimensiones de «agotamiento emocional» ( $P=-0,29$ ;  $p=0,049$ ) y «desgaste y despersonalización» ( $P=-0,46$ ;  $p=0,001$ ).

Por último, también se hizo un análisis de correlación con el objeto de determinar si la edad y la experiencia profesional tienen un papel de influencia en el desarrollo de la empatía. Dicho análisis confirmó una asociación directa entre el desarrollo de la empatía y la experiencia profesional ( $P=0,29$ ;  $p=0,04$ ), mas no así respecto a la edad ( $P=0,21$ ;  $p=0,21$ ).

## Discusión

Tres de los cuatro instrumentos utilizados en este estudio mostraron muy buenas propiedades psicométricas con valores superiores a la recomendación internacional de 0,70<sup>22</sup>. Estos valores fueron además similares, para el caso de la soledad<sup>40,41</sup>, e incluso superiores, para el caso del *burnout*<sup>29,30</sup> y la satisfacción con la vida<sup>42,43</sup>, a los descritos en las versiones originales en inglés y en los estudios



de validación en español. Solo en el caso de la empatía, a pesar de mostrar un coeficiente próximo a la recomendación internacional de 0,70, su valor resultó inferior al descrito por los autores de la versión original en estudios realizados con enfermeras de Estados Unidos<sup>47,48</sup>.

En relación a las puntuaciones alcanzadas en los instrumentos utilizados, la media global de la empatía, además de ser superior a la descrita en los dos estudios anteriormente citados con enfermeras de Estados Unidos<sup>47,48</sup>, también lo fue respecto a otros dos estudios más recientes en los que participaron profesionales de enfermería, en el primer caso de Alemania<sup>49</sup> y en el segundo de otros cuatro países de América Latina<sup>6</sup>. En relación a la satisfacción vital, los resultados encontrados fueron superiores a los descritos en un estudio previo con enfermeras de Irán<sup>50</sup>, pero inferiores al reportado en el estudio con enfermeras alemanas que trabajan en residencias de ancianos<sup>49</sup>. En el caso del *burnout*, la puntuación global encontrada fue menor a la descrita en el único estudio existente con profesionales de enfermería de instituciones públicas sanitarias de Chile<sup>51</sup>. En comparación con los resultados reportados en dicho estudio para cada una de las tres dimensiones estudiadas, salvo el caso del «agotamiento emocional» que fue similar, los niveles de «desgaste y despersonalización» y de «realización personal» encontrados en este estudio fueron menor y mayor, respectivamente. Lo cual hace indicar que los profesionales de enfermería participantes en este estudio, en comparación con sus colegas de los centros de salud públicos, no solo perciben menos sentimientos y comportamientos cínicos hacia sus pacientes, sino que también manifiestan una autoevaluación más positiva del servicio profesional que realizan.

En la muestra estudiada, la relación positiva encontrada entre la empatía y la satisfacción con la vida, lo mismo que la relación inversa observada entre la empatía y la soledad y entre la empatía y el *burnout* confirman el doble papel que tiene la empatía en la cuidado de la salud y el bienestar físico y emocional de los profesionales de enfermería en sus centros de trabajo. Así, se observa que la empatía por una parte tiene un papel protector frente al agotamiento físico y emocional derivado de la carga laboral; y por otra, cumple un papel promotor de la salud y el bienestar gracias al desarrollo de habilidades sociales que son necesarias en las relaciones personales y en la comunicación con los pacientes, en coincidencia con lo descrito por diversos autores<sup>1,19,21,48,49</sup>.

De forma indirecta, estos hallazgos también ayudan a entender por qué otro tipo de variables que han sido tradicionalmente estudiadas como factores de riesgo frente al desgaste laboral (como son por ejemplo: el estado civil, la carga familiar, o la edad) han dado resultados poco concluyentes o incluso contradictorios<sup>36</sup>. La estrecha relación encontrada entre las tres variables estudiadas (soledad, satisfacción con la vida, y desgaste) en las que la empatía tiene un papel de influencia reafirma la importancia de la calidad, antes que la cantidad, en el desarrollo de las relaciones humanas<sup>1</sup>. Tal parece que no es tanto el hecho de tener o no una carga familiar, de estar o no solo, o de tener o no una relación sentimental, como sí lo es el de tener o no cubiertas de forma satisfactoria la necesidad humana de establecer relaciones significativas con otras personas en esos distintos aspectos de la vida<sup>13,15,16</sup>. En entornos clínicos, los profesionales sanitarios son una fuente importante

de este tipo de relaciones para sus pacientes. Tampoco cabe duda que en dichos entornos el beneficio generado en los pacientes por el desarrollo de tales relaciones también produzca un efecto semejante en los propios profesionales. En este sentido, la relación inversa encontrada entre la empatía y la dimensión de «agotamiento emocional» y entre la empatía y el «desgaste y despersonalización» del cuestionario de *burnout* apoyan de forma experimental este hecho.

La asociación entre la edad y la empatía ha sido estudiada en varios trabajos pero con resultados inconsistentes. En 1985, un estudio en Estados Unidos con enfermeras dedicadas a la atención domiciliar de personas mayores encontró que las enfermeras más jóvenes y con una cantidad moderada de experiencia profesional mostraron una mayor orientación empática que sus pares más mayores<sup>52</sup>. Sin embargo, en otro estudio, esta vez con estudiantes de enfermería de Australia, tales diferencias no fueron encontradas<sup>53</sup>. Según el Prof. Hojat, autor de la escala Jefferson de empatía<sup>1</sup>, estas inconsistencias pueden deberse a la restricción en los rangos de edad (en estudios con grupos más jóvenes), a la experiencia profesional, o incluso a la acción de otras variables indirectamente asociadas a la edad. En este sentido, los resultados encontrados en este estudio son consistentes con tales observaciones al no ser la edad sino la experiencia profesional, la variable en la que se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esta evidencia también refuerza la idea de una dimensión eminente cognitiva en el desarrollo de la empatía, cuyo desarrollo se vería fortalecido gracias al aprendizaje que acompaña la experiencia profesional en el trato con el paciente.

Finalmente, a pesar de las limitaciones presentadas en este estudio que se describen más adelante, gracias a los hallazgos encontrados se puede concluir que en la muestra estudiada los profesionales más empáticos presentan un mayor control emocional, lo cual se ve reflejado además en otros aspectos de su vida: en el trato diario con los pacientes y en la capacidad de sobrellevar la carga emocional que dicho trabajo supone, en el desarrollo de sus relaciones sociales y en una menor percepción de soledad, y en una visión más optimista y real frente la vida.

La limitación principal de este estudio ha estado en el reducido número de sujetos participantes debido a ciertos factores asociados a la carga laboral y a la realidad profesional del país. En relación a la carga laboral, se sabe que en Chile la demanda laboral de los profesionales de enfermería es alta y esto suele limitar su disponibilidad de tiempo para participar en estudios de este tipo ya sea dentro o fuera de su jornada laboral. A lo anterior se debe añadir que además en el caso de Chile todavía no existe una cultura lo suficientemente arraigada entre los profesionales sanitarios a favor de la participación en este tipo de estudios y menos cuando son en línea. Por último, junto a las limitaciones propias del acceso a Internet y la falta de tiempo, se debe incluir el segundo hecho importante que está directamente relacionado con el gremio profesional. En el 2004 se estimó que solo cerca de la mitad de los profesionales de enfermería que trabajan en el país se encontraban afiliados en el Colegio Profesional de Enfermeras de Chile<sup>54</sup>. Lamentablemente, en los últimos diez años esta situación no ha mostrado mayores cambios. Este hecho limita a priori el acceso a una parte importante del colectivo profesional.

A pesar de estas limitaciones, los resultados encontrados en este trabajo plantean nuevas áreas de exploración de una problemática compleja del ámbito profesional de la enfermería.

## Financiación

El estudio contó con la financiación de Fundación Rioja Salud (FRS), España.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores agradecen al Colegio Profesional de Enfermería de Chile, y a la Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER), sede de Chile, por su colaboración en el desarrollo del presente estudio.

## Bibliografía

- Hojat M. *Empathy in health professions education and patient care*. Dordrecht: Springer; 2016.
- Neufeld E, Hirdes JP, Perlman CM, Rabinowitz T. Risk and protective factors associated with intentional self-harm among older community-residing home care clients in Ontario, Canada. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30:1032–40.
- Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Uribe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:381–90.
- Bindels J, Cox K, de La Haye J, Mevissen G, Heijning S, van Schayck OC, et al. Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings. *Int J Older People Nurs*. 2015;10:179–89.
- Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci*. 2014;8:457.
- San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Professionalism and occupational well-being: similarities and differences among latin american health professionals. *Front Psychol*. 2017;8:63.
- Utriainen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *J Nurs Manag*. 2009;17:1002–10.
- Weiss RS. Reflections on the present state of loneliness research. *J Soc Behav Pers*. 1987;2:1–16.
- DiTommaso E, Spinner B. Social and emotional loneliness: A reexamination of Weiss' typology of loneliness. *Pers Individ Dif*. 1997;22:417–27.
- Jones WH, Moore TL. Loneliness and social support. *J Soc Behav Pers*. 1987;2:145–56.
- Hojat M. A psychodynamic view of loneliness and mother-child relationships—A review of theoretical perspectives and empirical findings. *J Soc Behav Pers*. 1987;2:89–104.
- Hojat M. Comparison of transitory and chronic loners on selected personality variables. *Br J Psychol*. 1983;74:199–202.
- Gerstein LH, Bates HD, Reindi M. The experience of loneliness among schizophrenic and normal persons. *J Soc Behav Pers*. 1987;2:239–48.
- Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:695–718.
- Mellor D, Stokes M, Firth L, Hayashi Y, Cummins R. Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Pers Individ Dif*. 2008;45:213–8.
- Salimi A. Social-Emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;29:292–5.
- Domínguez V, San-Martín M, Vivanco L. Relaciones familiares, soledad y empatía en el cuidado del paciente en estudiantes de enfermería. *Aten Primaria*. 2017;49:56–7.
- Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med*. 2002;77:502–15.
- Veloski J, Hojat M. Measuring specific elements of Professionalism: Empathy, Teamwork and Lifelong learning. En: Stern DT, editor. *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press; 2006. p. 117–46.
- Vivanco L, Delgado-Bolton R. Professionalism. En: Ten Have H, editor. *Encyclopedia of Global Bioethics*. Dordrecht: Springer and Business Media; 2015.
- Hojat M, Spandorfer J, Louis DZ, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Acad Med*. 2011;86:989–95.
- Hojat M, Gonnella JS. What matters more about the interpersonal reactivity index and the Jefferson Scale of Empathy? Their underlying constructs or their relationships with pertinent measures of clinical competence and patient outcomes? *Acad Med*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001424> [Publicación electrónica].
- Gama G, Barbosa F, Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18:527–33.
- Sands SA, Stanley P, Charon R. Pediatric narrative oncology: interprofessional training to promote empathy, build teams, and prevent burnout. *J Support Oncol*. 2008;6:307–12.
- Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44:113–26.
- Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psych*. 1969;33:307–16.
- Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Pers*. 1972;40:525–43.
- Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract*. 2017;23:4–10.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. En: Zalaquett C, Wood R, editores. *Evaluating stress: a book of resources*. Lanham: Scarecrow Press; 1997. p. 191–218.
- Gil-Montes PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Piramide; 2005.
- Cao X, Chen L, Tian L, Diao Y, Hu X. Effect of professional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: The mediator role of organizational commitment. *J Clin Nurs*. 2015;24:2907–15.
- Cao X, Chen L, Tian L, Diao Y. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of professional self-concept. *J Nurs Manag*. 2016;24:E77–86.
- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Semergen*. 2015;41:191–8.
- Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaularia M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enferm Clin*. 2010;20:173–8.
- Gómez-Urquiza JL, Vargas C, de la Fuente EI, Fernández-Castillo R, Cañadas-de la Fuente GA. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study. *Res Nurs Health*. 2017;40:99–110.

36. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2017;49:77–85.
37. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int J Med Educ*. 2015;29:12–6.
38. Hojat M, Michalec B, Veloski JJ, Tykocinski ML. Can empathy, other personality attributes, and level of positive social influence in medical school identify potential leaders in medicine? *Acad Med*. 2015;90:505–10.
39. Alcorta-Garza A, San-Martin M, Delgado-Bolton R, Soler-González J, Roig H, Vivanco L. Cross-validation of the spanish HP-Version of the Jefferson Scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Front Psychol*. 2016;7:1002.
40. Yarnoz-Yaben S. Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2008;8:103–16.
41. DiTommaso E, Brannen C, Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educ Psychol Meas*. 2004;64:99–119.
42. Diener E, Emmons RA, Larson RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49:71–5.
43. Martínez MJ, Martínez MR, García JC, Cortés MI, Ferrer AR, Herrero BT. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*. 2004;16:448–55.
44. R.C. Team. R. A language and environment for statistical computing. Viena, R Foundation for Statistical Computing; 2016. [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.R-project.org/>.
45. Gross J. nortest: Tests for Normality. R package version 1. 0-2. 2012 [consultado 20 Nov 2016]. Disponible en: <https://cran.r-project.org/web/packages/nortest/nortest.pdf>.
46. Bliese P. Multilevel Functions R package version 2.5. 2013 [consultado 20 Nov 2016]. Disponible en: <http://CRAN.R-project.org/package=multilevel>.
47. Hojat M, Fields SK, Gonnella JS. Empathy: an NP/MD comparison. *Nurse Pract*. 2003;28:45–7.
48. Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Kane G, Magee M. Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Eval. Health Prof*. 2004;27:80–94.
49. Gräse J, Meyer S, Wolf-Ostermann K. Quality of life ratings in dementia care-a cross-sectional study to identify factors associated with proxy-ratings. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:177.
50. Yazdanshenas Ghazwin M, Kaviani M, Ahmadloo M, Jarchi A, Golchin Javadi S, Latifi S, et al. The association between life satisfaction and the extent of depression, anxiety and stress among Iranian nurses: A multicenter survey. *Iran J Psychiatry*. 2016;11:120–7.
51. Melita-Rodríguez A, Cruz-Pedrerros M, Merino JM. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2008;14:75–85.
52. Pennington RE, Pierce WL. Observations of empathy of nursing-home staff: a predictive study. *Int J Aging Hum Dev*. 1985;21:281–90.
53. McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Molloy A, Lewis B, et al. Levels of empathy in undergraduate nursing students. *Int J Nurs Pract*. 2012;18:246–51.
54. Cabieses-Valdes B, Urrutia-Soto MT, Muñoz-Serrano M, Pizarro-Miqueles P. Motivaciones y expectativas para participar en una asociación de exalumnos de enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2004;10:67–74.