

DISEÑO Y FIABILIDAD DE UNA ESCALA SOBRE LA IDEA DE EMPATÍA. DIFERENCIAS ENTRE PROFESIONES SANITARIAS Y SOCIALES

DESIGN AND RELIABILITY OF A SCALE ON THE CONCEPT OF EMPATHY. DIFFERENCES BETWEEN HEALTH AND SOCIAL PROFESSIONS

JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA, MARTA VILLACIEROS DURBÁN Y ROSA CARABIAS MAZA

Centro Humanización de la Salud. Tres Cantos. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Bermejo Higuera, J. C., Villacieros Durbán, M. y Carabias Maza, R. (2013). Diseño y fiabilidad de una escala sobre la idea de empatía. diferencias entre profesiones sanitarias y sociales [Design and reliability of a scale on the concept of empathy. differences between health and social professions]. *Acción Psicológica*, 10(2), 143-156. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.12217>

Resumen

Objetivo: diseño, análisis de fiabilidad y estructura interna de una escala sobre el concepto del término empatía. Análisis de la relación entre el tipo de profesión sanitaria o social y el ajuste al concepto. Método: se diseñó un cuestionario incluyendo definiciones correctas y populares de la idea de empatía. 284 personas asistentes a unas Jornadas organizadas en un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid respondieron, 82% (230) mujeres y edad media 37 años. Para el análisis de fiabilidad coeficiente alfa de Cronbach y de la estructura interna análisis factorial exploratorio. ANOVA de un factor; T de student para muestras independientes y correlación de Pearson para contraste de hipótesis. Resultados: La escala de 34 ítems ofreció un alfa de Cronbach 0.919 y 4

factores que explican un 50,95% de la varianza; *empatía* (28,850%) y *actitud* (5,858%), que definen correctamente el término y la disposición. Y *sentir* (9,011%) y *simpatía* (7,233%) que recogen errores de concepto populares. Las profesiones Sanitarias (n=100) puntuaron significativamente más alto que Sociales (n=60) en el factor Sentir (media de 50,01 y 43,55) y que las Sociales (media: 53,31) y que Otras (n=67) (media: 54,76) en Simpatía (media: 63,89). Conclusiones: se diseña una escala sobre la idea de empatía a mejorar en sucesivas investigaciones y que sugiere la existencia de un concepto erróneo de empatía entre profesiones sanitarias.

Palabras clave: empatía, profesiones sanitarias, relación médico-paciente, habilidades de relación, escala de medida.

Correspondencia: Marta Villacieros Durbán, Centro Humanización de la Salud. Tres Cantos. Sector Escultores 39, 28760 Tres Cantos (Madrid) España. investigacion@humanizar.es. 918 060 696.

Recibido: 30/05/2013

Aceptado: 18/11/2013

Abstract

Objective: design, reliability analysis and internal structure of a scale about the concept of the term empathy. Analysis of the concept fitting relation with social or health professions. **Method:** a questionnaire was designed including correct and popular definitions of the concept of empathy. A total of 284 people answered, while attending a Workshop organized at a health centre at Comunidad de Madrid, the average age was 37 years and the majority of which were women 82% (230). For the reliability analysis and the exploratory factor internal structure analysis Cronbach's alpha coefficient was used. For hypothesis testing one factor ANOVA, contrast T- student for independent samples and Pearson correlation were used. **Results:** The scale of 34 items offered a 0.919 Cronbach alpha and 4 Factors which explain 50,95% of the variance; *empathy* (28,850%) and *attitude* (5,858%) which define properly the term and attitude. And *feel* (9,011%) and *sympathy* (7,233%) which encompass misleading concepts. People from Health professions (n=100) scored higher than those from Social professions (n=60) in Feel factor (average of 50.01 and 43,55) and than Social (media: 53,31) and Others (average: 54.76) in sympathy (average: 63,89). **Conclusions:** a scale on the concept of empathy has been designed which requires to be improved in subsequent research. The present analyses suggests the existence of a misconception of the term empathy among sanitary professions.

Keywords: empathy, health professions, physician-patient relations, relationship abilities, measuring scale.

Desde las primeras definiciones que se recogen hasta la actualidad, el término empatía ha ido evolucionando. En la literatura científica se encuentran múltiples definiciones del término. Las corrientes humanistas, que introducen la empatía como la actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona, además de definir el término hablan de componentes y fases del proceso empático. Para que una interacción sea empática se requiere que en ella se dé comprensión en sus niveles

cognitivo y emocional de tal forma que se pueda captar el significado de la experiencia ajena y, en segundo lugar, se requiere el componente actitudinal o capacidad de devolver este significado a quien lo vive, para que sienta que está siendo comprendido (Bermejo, 2012; Marroquín, 2002).

La diferencia etimológica con la palabra simpatía, nos aclara un matiz; mientras que empatía hace referencia a «sentir en», simpatía habla de «sentir con». Por lo tanto la empatía, requiere de una introducción en el mundo emocional del otro, pero sin anular la distancia entre el propio yo y el ajeno. Carkhuff considera la empatía como la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona y de comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta. La empatía por tanto también es una actitud, una disposición interior de la persona (Carkhuff, 1991).

También hace tiempo que se asocia la empatía a conceptos como el de resonancia emocional compartida, benevolencia (Hoffman, 1992), altruismo (Eisenberg y Miller, 1987) y experiencia vicaria de una emoción (Barnett, 1992), subrayando fundamentalmente la dimensión afectiva de la misma (Madrid Soriano, 2005). Asociación que como veremos a continuación podría estar en la base de los errores de concepto sobre la empatía.

Así, tanto la literatura reciente (Hofelich y Preston, 2012) como las escalas de medida de empatía ya consolidadas (Davis, 1983) estudian la empatía desde la perspectiva multidimensional. Más que como constructo unipolar la lógica subyacente a la escala IRI (Interpersonal Reactivity Index) se basa en un conjunto de constructos orientados a la respuesta al otro, aunque claramente diferenciables (Carrasco, Delgado, Barbero, Holgado, del Barrio, 2012). El proceso necesita del mundo afectivo en cuanto a la resonancia emocional necesaria, del cognitivo en lo que respecta a la comprensión intelectual y la reformulación a realizar y del actitudinal en cuanto a la comunicación de lo vivido (Bermejo, 2012).

En esta línea, se encuentran muchos estudios sobre la importancia de las habilidades de

comunicación (donde la empatía juega el papel protagonista) en las profesiones sanitarias para su buen desarrollo (Brunero, Lamont y Coates, 2010; Fernández-Olano, Montoya-Fernández y Salinas-Sánchez, 2008; Mercer, Jani, Maxwell, Wong y Watt, 2012) o sobre la eficacia y utilidad de la formación en empatía tanto en estudiantes de primer año de medicina (Bermejo, Carabias, Villacieros y Belda, 2010; Poirier et al., 2004; Yedidia et al., 2003), como de enfermería (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006; Bermejo, Carabias y Villacieros, 2012), así como factores que influyen en su aprendizaje (Baerheim et al., 2007; Rochester, Kilstoff y Scott, 2005).

De la misma forma los estudios que buscan *burnout* entre profesiones sanitarias utilizando el cuestionario Maslach (Maslach y Jackson, 1986) lo encuentran. En nuestro país encontramos medidas que confirman niveles elevados de *burnout* debido a las dificultades características del mundo relacional de las profesiones sanitarias (Noguera y Francés, 2008).

Por otro lado, la palabra se ha socializado velozmente y en muchas ocasiones de manera confusa. Se utiliza para definir lo que en realidad significa facilidad en la comunicación, o simplemente *feeling* o incluso sustituye a la identificación emocional con otro, a sentir lo mismo que el otro, generando así confusión en su uso (Bermejo, 2012).

La repercusión de los posibles errores de concepto derivados (probablemente) de la popularización del término es importante en su nivel más práctico. Uno de los errores más habituales que se encuentra entre alumnos de un master en *counselling* cuando llegan a la formación es que suelen concebir la empatía como algo que se produce espontáneamente entre las personas, la experiencia de caerse bien, la facilidad para comprender, para estar de acuerdo con el otro, para dejar de lado lo propio para asumir lo del otro (Bermejo, 2012).

Precisamente un desajuste en este sentido del término empatía entre profesionales que trabajan en instituciones sociosanitarias, podría ser factor de riesgo de respuesta al estrés. La empatía requiere también aprender a sepa-

rarse y restablecer la distancia emocional necesaria para no quemarse, prevenir la fatiga por compasión y el síndrome de *burnout* (Awa, Plaumann y Walter, 2010; Vassos y Nankervis, 2012; Zupiria et al., 2007).

De hecho, el concepto de empatía surge de la reflexión sobre la necesidad de limitar cierta experiencia de sobredosis de implicación cuando esta puede ser perjudicial para uno mismo. Empatía o «sentir fuera», es el proceso de exclusión activa de los sentimientos inducidos por otros. Sin ser lo mismo que frialdad o dureza afectiva, hace referencia al arte positivo de compensar sanamente el grado de implicación emocional con el otro, protegerse de la inundación por las emociones ajenas (González de Rivera, 2004).

Dentro de nuestro objetivo de fomentar mejoras en el mundo relacional sanitario y teniendo en cuenta lo recogido, nos propusimos construir un instrumento que pudiera detectar los errores más popularizados del término empatía. Así pues, el objetivo de este estudio fue el diseño de una escala de medida sobre el concepto de empatía incluyendo en ella los errores de concepto más comunes. A continuación, contrastar si la edad, el sexo, el tipo de profesión, de índole sanitaria o social, o el nivel formativo, se relacionan de alguna manera con el ajuste al concepto teórico.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo y correlacional. Estudio piloto para la validación de una escala de medida sobre la idea de empatía.

Elaboración del instrumento

Tras revisión bibliográfica y contando con la colaboración de dos expertos en habilidades de relación de ayuda de un centro de formación en *counselling* se redactaron 45 ítems que hacían referencia (o recogían parte) de las posibles definiciones y/o creencias sobre el con-

cepto de empatía. Durante el proceso de validación de contenido (o exploración de si el instrumento mide el concepto que quiere medir) se envió el listado de ítems a distintos jueces expertos en empatía, para que pudieran revisar, corregir y/o aportar información. Éstos analizaron los ítems redactados como opciones válidas o no para las distintas explicaciones que se dan al concepto. Se realizó en dos fases. En la primera eliminaron, añadieron y modificaron ítems. En la segunda se les envió el ejercicio definitivo para que mostraran su conformidad con el resultado final.

A continuación, se diseñó el cuestionario auto administrado dividido en dos partes. En la primera, se incluyeron 29 ítems recogiendo las definiciones de la idea de empatía comúnmente aceptadas, partes de, o derivaciones popularizadas sobre el concepto, bajo el epígrafe «La empatía es...». En la segunda parte se recogían 5 actitudes (pensar, sentir, actuar, querer o tener voluntad, aprender) bajo el epígrafe «Para ser empático hace falta...». Las opciones de respuesta para los 34 ítems finales del cuestionario iban del 0 (ninguna relación) a 10 (mucho relación).

También se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de formación y tipo de profesión) para la definición de la muestra y el contraste de hipótesis.

Participantes

De una población de 516 asistentes a las Jornadas de Duelo organizadas en noviembre de 2011 en un centro socio sanitario de la comunidad de Madrid, 284 personas respondieron al cuestionario, un 82% (230) mujeres y un 18% (49) hombres.

Procedimiento

Durante el inicio de las jornadas se entregaron los cuestionarios a todos los participantes junto con las inscripciones y se pidió colaboración de para completar el cuestionario. Se les indicó a los participantes que depositaran

la encuesta antes de irse en las cajas situadas en las mismas mesas.

Análisis estadísticos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v18.0. Se analizó la fiabilidad tanto de la escala como de las subescalas mediante análisis consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0.919 para la escala global y 0.871, 0.792, 0.831, 0.809 para las cuatro subescalas). Se analizó la validez de la estructura interna mediante análisis factorial exploratorio utilizando el método de componentes principales y rotación varimax. Previo al análisis factorial se realizaron las pruebas de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin y de esfericidad de Bartlett. Se eliminaron aquellos ítems con cargas o pesos factoriales inferiores a 0.350.

Para contrastar las medias obtenidas en los 3 grupos profesionales se utilizó ANOVA de un factor y HSD de Tukey (las pruebas Levene permitieron asumir la igualdad de varianzas). T de Student para muestras independientes para contrastar niveles de estudios y correlaciones de Pearson para variables cuantitativas como la edad. Se asumió un nivel de significación estadístico de $p < .05$. Los tamaños del efecto se calcularon mediante d de Cohen y η^2 cuadrado parcial.

Resultados

La tasa de respuesta fue del 56% con una proporción mayoritariamente femenina (82%). La media de edad fue de 37.20 años (d.t. 14.5, mín. 16, máx. 73).

Respecto al nivel formativo la distribución fue de 0% sin estudios, 10% (28) nivel básico, 15% (42) nivel avanzado y 75% (205) nivel superior; 8 personas (3%) no detallan nivel de estudios. Para realizar los contrastes de hipótesis se compararon los niveles avanzado y básico ($n = 71$, 25%) versus superior ($n = 205$, 72%).

En relación al tipo de profesión, estas se distribuyeron en: psicólogos (48, 17%), trabajadores y educadores sociales (12, 4.2%), enfer-

meros (19, 6.7%) y estudiantes de enfermería (50, 17.6%), auxiliares (22, 7.7%), médicos (9, 3.2%), otras profesiones (40, 14.1%) y otros estudiantes (27, 9.5%). Para los contrastes de hipótesis se compararon 3 grupos (Tabla 1), llamados sociales (psicólogos, trabajadores o educadores sociales), sanitarios (médicos, auxiliares y enfermeros, fueran o no estudiantes) y otras (maestros, personal administrativo, cuidadores, funcionario, camarero, celador,

comercial, secretaria, limpiadora...). Existió una proporción de cuestionarios (20%, 57 personas) sin dato respecto a la profesión o con dato considerado inválido para el contraste de hipótesis como en paro (8, 2.8%), jubilado o prejubilado (4, 1.4%), voluntario (3, 1.1%) y ama de casa (6, 2.1%), pero distribuidos a partes iguales en cuanto a niveles de estudios, avanzado y básico 27 (47%), superior 24 (42%) y dato perdido 6 (11%) (ver Tabla 1).

Tabla 1

Distribución de las profesiones del estudio donde se observa, según el grupo profesional, las profesiones que lo constituyen y el nivel de estudios que suponen

Grupos profesionales, profesiones y niveles de formación		Recuento	%	
Sociales (n = 60)	Profesión	Psicólogo	48	80%
		Trabajo social	12	20%
	Estudios	Avanzados y básicos	0	0%
		Superiores	60	100%
Sanitarios (n = 100)	Profesión	Enfermería	19	19%
		Estudiantes de Enfermería	50	50%
		Auxiliares de Enfermería	22	22%
		Médico	9	9%
	Estudios	Avanzados y básicos	16	16%
		Superiores	83	84%
Otras (n = 67)	Profesión	Otros estudiantes	27	40%
		Otras profesiones	40	60%
	Estudios	Avanzados y básicos	27	42%
		Superiores	38	58%

Análisis de fiabilidad y validez

De los 284 cuestionarios contestados, en 168 existía algún valor perdido al menos en un ítem. En principio se optó por mantener en el análisis de los datos la supresión de casos según lista manteniendo un N válido de 116.

Se realizó un análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Sin necesidad de eliminar ningún ítem la fiabilidad obtenida con 34 elementos fue del 0.919 (en 116 cuestionarios completos).

Para el análisis factorial exploratorio de estos 34 ítems, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin resultó de 0.818 y la Prueba de esfericidad de Bartlett significativa (sig. 0.000).

Según la Regla de Kaiser (autovalor mayor que 1) se obtenían 9 factores que explican un 70% de la varianza, y según el gráfico de sedimentación de Cattell (ver Figura 1), la estructura interna del cuestionario constaba de 4 factores que explican un 50,95% de la varianza total.

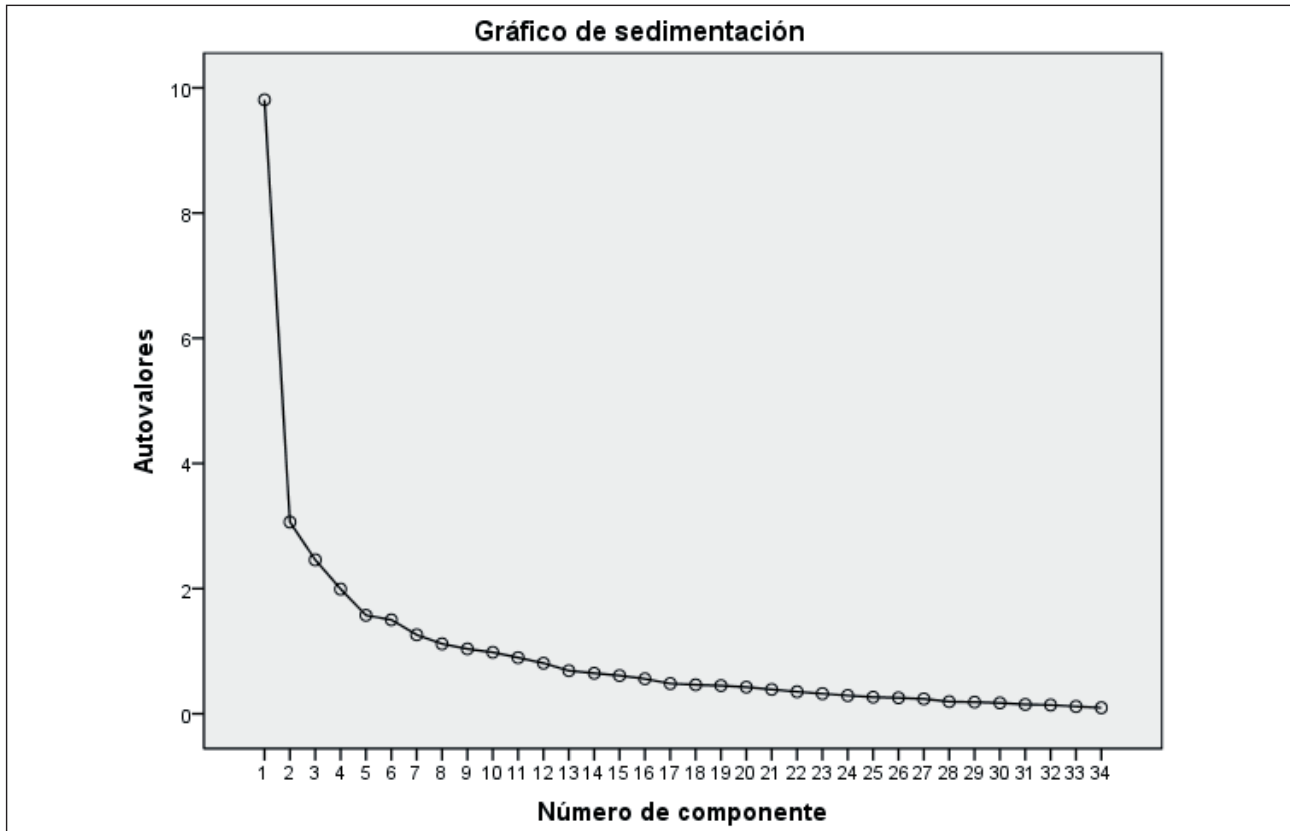


Figura 1. Gráfico de sedimentación de Cateel

Se optó por la selección de factores mediante esta última vía para simplificar la interpretación. Se eliminaron aquellos ítems que saturaban menos de 0.350 en el factor que el sistema asignaba. Así, el ítem 14 (referente a la ecpatía) quedaba sin interpretar por no saturar suficiente en ninguno de los factores. Por otro lado, existían 14 ítems ambiguos (saturaban

más de 0.35 en dos factores); el ítem 2 con un valor de 0.578 en el Factor 1 y 0.511 en el Factor 3 y se decidió incluirlo en el Factor 3 por estar su redacción más acorde con los significados del mismo. El resto de ítems ambiguos (ítems 6, 15, 23, 21, 28, 19, 26, 4, 16, 27, 3, 12, 5) permanecieron en el factor donde saturaban más (ver Tabla 2).

Tabla 2

Análisis factorial exploratorio. Matriz de componentes rotados, varianza explicada por cada factor y coeficiente alfa de Cronbach de las subescalas

	Factores			
	1 Empatía	2 Sentir	3 Simpatía	4 Actitud
Porcentaje de la varianza explicada por cada factor:	28.850	9.011	7.233	5.858
Coeficiente alfa de Cronbach:	0.871	0.792	0.831	0.809
Matriz de componentes rotados				
11. La empatía es.....conectar con el mundo interno del otro	.760			
9. La empatía es.....comprender y transmitir comprensión	.755			
1. La empatía es.....actitud (elemento cognitivo, afectivo y conductual)	.751			
8. La empatía es.....capacidad para interpretar significados y transmitirlos	.706			
6. La empatía es.....buen funcionamiento interpersonal	.671		.375	
22. La empatía es.....prerrequisito para la relación de ayuda	.641			
15. La empatía es.....entender al otro	.540	.482		
17. La empatía es.....habilidad relacional	.484			
18. La empatía es.....herramienta o técnica de intervención	.453			
23. La empatía es.....resonancia emocional	.406	.403		
25. La empatía es.....sentir lo mismo que el otro		.779		
24. La empatía es.....sentir con la otra persona		.696		
20. La empatía es.....imaginarse que me pasa lo mismo que al otro		.600		
21. La empatía es.....intuición		.553	.387	
28. La empatía es.....tratar de entender los pensamientos del otro	.415	.529		
19. La empatía es.....identificación actitudinal con la persona y su situación	.509	.526		
29. La empatía es.....un radar emocional		.482		
13. La empatía es.....disposición ante una persona «como si» fuera ella y estuviera en su situación		.424		
26. La empatía es.....simpatía		.385	.673	
4. La empatía es.....amabilidad	.473		.660	
7. La empatía es.....caerse bien			.653	
10. La empatía es.....comunidad anímica espontánea que se establece por casualidad			.638	
16. La empatía es.....feeling (buena sensación)		.446	.613	
2. La empatía es.....afabilidad	.578		.511	
27. La empatía es.....sintonía con la otra persona		.379	.564	
3. La empatía es.....altruismo	.408		.436	
12. La empatía es.....cualidad de la persona		.395	.398	

5. La empatía es.....benevolencia, compasión	.359		.368
34. Para ser empático hace falta....aprender			.827
33. Para ser empático hace falta....querer o tener voluntad			.789
30. Para ser empático hace falta....pensar			.770
32. Para ser empático hace falta....actuar			.752
31. Para ser empático hace falta....sentir			.557
14. La empatía es.....empatía	.236	.240	.142

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 13 iteraciones. Se eliminan los pesos menores de 0.350

Se muestra la matriz de componentes rotados (ver Tabla 2). El Factor 1, *empatía*, explica el 28.850% de la varianza y recoge los ítems que definen más correctamente la empatía. El Factor 2, *sentir*, explica el 9.011% y recoge significados que se orientan a la conducta de sentir lo mismo que el otro. El factor 3, *simpatía*, explica el 7.233% y recoge los que hablan de simpatía, *feeling*, etc. hacia el otro y el factor 4,

actitud, explica el 5.858% y recoge las actitudes que hay que tener para ser empático; aprender, querer, sentir, pensar y actuar.

La media obtenida para el total de la escala es de 232 puntos, con un mínimo de 60 y un máximo de 317. La media por ítem es de 6.85 puntos. El factor más puntuado es el 1 (empatía) con una media de 77, y el que tiene mayor media por ítem el 4 (actitud) (ver Tabla 3).

Tabla 3

Características descriptivas de la escala y subescalas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza	n.º ítems	media/ítem
Empatía	212	0.00	100.00	77.1934	15.6896	246.166	10	7.72
Sentir	229	10.00	70.00	46.1528	12.3316	152.069	8	5.77
Simpatía	230	0.00	100.00	57.3304	17.9977	323.917	10	5.73
Actitud	261	10.00	50.00	40.9962	07.9563	63.304	5	8.20
TOTAL	116	60.00	317.00	232.897	45.3743	2058.824	34	6.85

Contrastes de hipótesis

La edad no correlaciona con ninguna de las subescalas, correlaciona inversa y levemente con el total, (Pearson = -0.261 y $p = .005$). El resultado de T de Student muestra que no hay diferencias significativas entre las medias obtenidas por hombres y mujeres.

El resto de contrastes de medias muestran que existen algunas diferencias entre grupos de profesiones y niveles de estudios (ver Tabla 4); el grupo de sanitarios puntúa significativamente más alto (que los psicólogos y trabajadores sociales) en la media de los factores F2 y F3 así como en el total de la escala. Y el grupo de los que tienen formación superior (universitaria) puntúa más alto en F1 y F4 que los que solo han llegado a estudios de hasta los 18 años.

Tabla 4

Contraste de medias para los 4 factores y la puntuación total de la escala. (a) ANOVA de un factor entre los distintos grupos profesionales y (b) T de Student para muestras independientes entre niveles de estudios

	a) Grupos de profesiones				b) Niveles de estudios		
	Sociales	Sanitarios	Otras	Eta cuadrado parcial/sig-nificación	avanzados y básicos	superiores	D Cohen
	Media	Media	Media		Media	Media	
Empatía	81.55a	80.96a	72.46b	0.074 0.001	68.42a	79.48b	0.5930
Sentir	43.55a	50.01b	46.60a, b	0.053 0.006	46.26a	46.46a	–
Simpatía	53.31a	63.89b	54.76a	0.085 0.000	56.12a	57.51a	–
Actitud	42.57a	43.04a	38.63b	0.065 0.001	39.51a	41.75b	0.2921
TOTAL	226.59a	255.27b	213.52a	0.206 0.000	206.28a	239.06b	0.6046

Nota. Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten misma letra son significativamente diferentes en $p < 0.05$ en la prueba de igualdad bilateral de medias de las columnas.

Finalmente, se realizaron contrastes de las medias de las puntuaciones de cada ítem comparando los distintos grupos profesionales y niveles de formación y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de algunos de ellos (Tabla 5). En concreto, las profesiones sanitarias puntuaron por encima que las sociales en los ítems que definen empatía como *feeling*, imaginarse que me pasa lo mismo que al otro, intuición y simpatía. El grupo con formación de estudios superiores puntuó por encima que el resto en

cinco de los ítems que pertenecen al factor 1, comprender y transmitir comprensión, conectar con el mundo interno del otro, habilidad relacional, prerrequisito para la relación de ayuda y resonancia emocional. Asimismo, puntuó por debajo un ítem perteneciente al factor 2, empatía es...intuición.

Los tamaños del efecto (d de Cohen y eta cuadrado parcial) fueron en casi todos los casos significativos y moderados, como se muestra en las Tablas 4 y 5.

Tabla 5.

Contraste de medias para todos los ítems de la escala. (a) ANOVA de un factor entre los distintos grupos profesionales y (b) T de Student para muestras independientes en los distintos niveles de estudios. Se muestran únicamente los ítems con diferencias estadísticamente significativas

a. Contraste de medias en grupos profesionales:		Sociales	Sani- tarios	Otras	Eta cuadrado par- cial/significación
16.	Es..... <i>feeling</i> (buena sensación)	5a	7b	6b	0.076 0.000
20.	Es.....imaginarse que me pasa lo mismo que al otro	6a	7b	6a	0.054 0.003
21.	Es.....intuición	4a	6b	6b	0.057 0.002
26.	Es.....simpatía	4a	6b	5a	0.083 0.000

b. Contraste de medias en niveles de formación:		Avanzados y básicos	Superiores	D Cohen
9.	Es.....comprender y transmitir comprensión	8a	9b	0.4128
11.	Es.....conectar con el mundo interno del otro	7a	8b	0.4845
17.	Es.....habilidad relacional	7a	8b	0.4366
21.	Es.....intuición	6a	5b	0.3585
22.	Es.....prerrequisito para la relación de ayuda	7a	8b	0.4360
23.	Es.....resonancia emocional	6a	7b	0.3973

Nota. Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten misma letra son significativamente diferentes en $p < 0.05$ en la prueba de igualdad bilateral de medias de las columnas.

Discusión y conclusiones

El diseño del estudio ofrece una escala fiable y en principio válida, en la que los ítems se reparten de manera lógica y esperada en dos grupos de factores; dos de ellos hacen referencia a los conocimientos correctos o académicos revisados sobre el concepto de empatía y los otros dos hacen referencia a las distintas creencias cuando quizás la formación no es tan adecuada. Así, puntuar alto en los factores Empatía y Actitud indica tener mayores conocimientos sobre el concepto de empatía mientras que puntuar alto en Sentir y Simpatía indica tener dos tipos de errores de concepto. La suma de las puntuaciones de la escala no aporta datos significativos.

Los factores primero y último, Empatía y Actitud, recogen la definición y actitudes que subyacen a su práctica y aprendizaje mientras que los factores segundo y tercero, Sentir y Simpatía, recogen popularizaciones conocidas e

incorrectas sobre el término empatía (Bermejo, 2012; Marroquín, 2002). Tanto el primer error (creer que empatía se define simplemente por su dimensión afectiva, sentir), como el segundo (creer que la empatía simplemente necesita del establecimiento de una conexión positiva, amable, con la otra persona), olvidan o anulan la necesaria distancia emocional para mantener una actitud empática (Bermejo, 2012).

En cuanto al ítem que hace referencia a la empatía (González de Rivera, 2005) y no satura apenas en ningún factor, está actuando como control. Su baja puntuación y su ausencia de correlación con los factores de la escala indican que, ya sea por desconocimiento de su significado o por su significado alineado con el distanciamiento emocional, no existe aquiescencia en las respuestas (Quinn y Lichtenstein, 1965). En cualquier caso, el ajuste entre la estructura factorial obtenida y los errores de concepto descritos en la literatura supone una evidencia de validez de la escala.

Existen muchos estudios que analizan niveles empatía y *burnout* en profesiones sanitarias (Brunero et al., 2010; Fernández-Olano et al., 2008; Mercer et al., 2012; Noguera y Francés, 2008), lo mismo que existen otros tantos que hablan sobre las ventajas de la formación en habilidades de relación de ayuda en este campo (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006; Bermejo et al., 2010; Bermejo et al., 2012; Poirier et al., 2004; Yedidia et al., 2003), pero no hemos encontrado evidencia sobre errores de concepto en el término empatía entre los profesionales sanitarios ni su asociación con las causas de estrés descritas. Aunque sí se postula que la anulación de la distancia emocional podría estar en la base del conocido desgaste emocional y con el tiempo *burnout*. En este sentido, nuestros resultados están en la línea con otros estudios que relacionan estas variables (Awa et al., 2010; Vassos y Nankervis, 2012; Zupiria et al., 2007).

Entendemos que el punto fuerte de la escala se encuentra precisamente en su capacidad para discriminar los errores de concepto. Según nuestros resultados, tanto el grupo de Sanitarios como el de los Sociales (a diferencia de las Otras profesiones) conocen las definiciones académicas o correctas del término empatía (ambos grupos puntúan significativamente más alto en los factores Empatía y Actitud) pero, en contraposición a los Sociales, los Sanitarios confunden el concepto añadiendo a sus definiciones los errores popularizados recogidos (y puntuando diferencialmente más alto por tanto en Sentir y Simpatía). Es más, los ítems que puntúan los sanitarios significativamente más alto aun teniendo formación superior en su mayoría (enfermería y medicina en un 84%), delatan claramente cuál es este error; empatía es *feeling* (buena sensación), es imaginarse que me pasa lo mismo que al otro, es intuición y es simpatía.

Por el contrario, ni el grupo de Otras profesiones (donde se encuentran desde maestros hasta limpiadores), ni el grupo de formación superior (universitaria) cometen este error; sino que puntúan de acuerdo a su nivel de formación. Es decir, los Otros no conocen definiciones académicas mientras que los de forma-

ción superior sí, pero ninguno se confunde con las definiciones popularizadas de Sentir y Simpatía.

En la línea de lo recogido en la literatura, nuestros resultados sugieren falta de formación en habilidades de comunicación y relación de ayuda en el mundo profesional sanitario. Los Sociales (psicólogos, educadores y trabajadores sociales) se ha formado correctamente en cuanto al término, las Otras profesiones posiblemente no han tenido formación pero tampoco es una palabra que en su mundo profesional esté tan presente, sin embargo los Sanitarios ha escuchado hablar mucho de empatía quizás sin haber recibido la formación pertinente.

Si el Sanitario cree que para ser buen profesional ha de ser simpático o de crear un *feeling*, no es difícil que acumule cierta fatiga. Este error de concepto se podría subsanar con la formación adecuada (Bermejo et al., 2010, Bermejo et al., 2012) y evitar el *burnout*.

Dentro del proceso de validación de esta escala queda pendiente generar una puntuación total interpretable (a través de puntuaciones directas e inversas) y revisar el orden de los ítems en el cuestionario para no forzar la agrupación de los factores. A partir de ahí, ahondar en la búsqueda de evidencias de validez basadas en el contenido y la relación con otros constructos u otras escalas de medida de la empatía (como podría ser el IRI). Entre las propuestas para futuras investigaciones se encuentra obviamente la búsqueda de relaciones con niveles de *burnout* en el ámbito sanitario.

Con sus limitaciones, este es un estudio que ofrece resultados parsimoniosos en la detección de los errores del concepto de empatía distinguiendo entre grupos profesionales. Ya que es notable la importancia de los mismos, destacamos la utilidad de seguir desarrollando el instrumento y continuar con su validación. Destacamos asimismo, la importancia de la formación en habilidades de relación de ayuda como mejora a afianzar en el mundo sanitario.

Referencias

- Aradilla-Herrero, A. y Tomás-Sábado J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(6), 321-326.
- Awa W. L., Plaumann M. y Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184-190.
- Baerheim, A., Hjortdahl, P., Holen, A., Anvik, T., Fasmer, O. B., Grimstad, H.,... Vaglum, P. (2007). Curriculum factors influencing knowledge of communication skills among medical students. *BioMed Central medical education*, 10(7), 7-35. doi:10.1186/1472-6920-7-35
- Barnett, M. A. (1992). Empatía y respuestas afines en los niños. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 163-180). Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Bermejo, J. C. (2012). *La empatía terapéutica*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer
- Bermejo, J. C., Carabias, R. y Villacieros, M. (2012). Efecto de un curso de relación de ayuda sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de enfermería. *Gerokomos*, 23(1), 216-221.
- Bermejo, J. C., Carabias, R., Villacieros, M. y Belda, R. (2010). Efecto de un curso relacional sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de medicina. *Medicina Paliativa*, 17(5), 262- 268
- Brunero, S., Lamont, S. y Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry* 17(1), 65-74. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x.
- Carkhuff, R. R. (1991). *La relación de ayuda*. Bilbao, España: Mensajero.
- Carrasco Ortiz, M. A., Delgado Egido B., Barbero García, M. I., Holgado Tello, F. P. y Del Barrio Gándara, V. (2012). Propiedades psicométricas del interpersonal reactivity index (IRI) en población infantil y adolescente española. *Psicothema*, 23(4), 824-831.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Eisenberg, N. y Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101, 91-119.
- Fernández-Olano, C., Montoya-Fernández, J. y Salinas-Sánchez, A. S. (2008). Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher* 30(3), 322-324.
- González de Rivera, J. L. (2005). Empatía y eempatía. *Psiquis*, 25, 243-245.
- Hofelich A. J. y Preston S. D. (2012). The meaning in empathy: Distinguishing conceptual encoding from facial mimicry, trait empathy, and attention to emotion. *Cognition & Emotion*, 26(1), 119-128. doi: 10.1080/02699931.2011.55919210. 1080/ 02699931.2011.559192.
- Hoffman, M. L. (1992). La aportación de la empática a la justicia y al juicio moral. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 59-93). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Mercer, S. W., Jani, B. D., Maxwell, M., Wong, S. Y. y Watt, G. C. (2012). Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 8(13), 6-9. doi: 10.1186/1471-2296-13-6.
- Madrid Soriano, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Marroquín, M. (2002). La empatía redimensionada: la compleja evolución de un concepto. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 60(117), 421-433.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual (2ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Noguera, L. F. y Francés, F. C. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de gran canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 101-113. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622134813?accountid=14478>
- Poirier, M. K., Clark, M. M., Cerhan, J. H., Pruthi, S., Geda, Y. E. y Dale LC. (2004). Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(3), 327-331.

- Quinn, R. P. y Lichtenstein, E. (1965). Convergent and discriminant validities of acquiescence measures. *Journal of General Psychology*, 73(1), 93-104. doi:10.1080/00221309.1965.9711256
- Rochester, S., Kilstoff, K. y Scott, G. (2005). Learning from success: improving undergraduate education through understanding the capabilities of successful nurse graduates. *Nurse Education Today*, 25, 181-8.
- Vassos, M. V. y Nankervis, K. L. (2012). Investigating the importance of various individual, interpersonal, organisational and demographic variables when predicting job burnout in disability support workers. *Research in Developmental Disabilities*. 33, 1780-1791. doi:10.1016/j.ridd.2012.04.016
- Yedidia, M. J., Gillespie, C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Chepaitis, A.,... Lipkin, M. Jr. (2003) Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 290(9), 1157-1165.
- Zupiria X., Huitzi X, Alberdi M. J., Uranga M. J., Eizmendi I., Barandiaran M. y Sanz X., (2007) Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, 27, 777-787. doi:10.1016/j.nedt.2006.10.017.

