

# Religiosidad y empatía en profesionales de un servicio de urgencias hospitalario

ROSÓ DUÑÓ<sup>1</sup>, SIRA DÍAZ-MORÁN<sup>2</sup>, JOAN CARLES OLIVA<sup>3</sup>, ADOLF TOBEÑA<sup>2</sup>,  
MARÍA LUISA IGLESIAS-LEPINE<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Barcelona, España. <sup>2</sup>Unidad de Psicología Médica, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Instituto de Neurociencias. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma, Bellaterra, Barcelona, España. <sup>3</sup>Unidad de Epidemiología y de Evaluación. Fundación Parc Taulí, Universidad Autónoma de Barcelona, España. <sup>4</sup>Servicio de Urgencias, Hospital de Sabadell, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Barcelona, España.

## CORRESPONDENCIA:

Rosó Duñó  
Servicio de Psiquiatría  
Corporación Sanitaria y  
Universitaria Parc Taulí  
Parc Taulí, 1  
08208 Sabadell  
Barcelona, España  
E-mail: rduno@tauli.cat

## FECHA DE RECEPCIÓN:

29-9-2013

## FECHA DE ACEPTACIÓN:

22-1-2014

## CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

**Objetivo:** Evaluar nexos entre la religiosidad y la empatía de los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

**Método:** Estudio transversal mediante encuesta anónima y voluntaria, que contiene una escala de religiosidad y obtiene medidas de empatía con el índice de reactividad interpersonal.

**Resultados:** Los tres grupos de profesionales mostraron perfiles homogéneos de baja religiosidad y puntuaciones normativas en la habilidad para captar el punto de vista ajeno y sintonizar con los sentimientos y padecimientos de los demás. No hubo, sin embargo, diferencias significativas entre esos grupos en ningún caso. La religiosidad mostró una vinculación tenue, aunque apreciable, con la medida de empatía total ( $R = 0,18$ ,  $r^2 = 0,03$ ,  $p \leq 0,02$ ) y lo mismo ocurrió entre la toma de perspectiva (cognición empática) y el relativismo moral (pragmatismo ético) ( $R = 0,16$ ,  $r^2 = 0,02$ ,  $p < 0,03$ ).

**Conclusión:** Aparecen indicios de vinculación entre la religiosidad y la empatía en los profesionales del SUH escépticos en materia religiosa. No se obtuvieron diferencias sustantivas, entre los distintos profesionales, ni en propensión religiosa ni en actitudes empáticas y la baja religiosidad no se acompañó de déficits en empatía. Esa homogeneidad quizás sea un reflejo de las exigencias, las normas y los roles de los sanitarios en urgencias. [Emergencias 2014;26:363-366]

**Palabras clave:** Religiosidad. Empatía. SUH. Urgencias, relativismo moral y toma de perspectiva.

## Introducción

La atención sanitaria en urgencias es una modalidad de conducta auxiliadora que está cimentada en criterios exigentes de entrenamiento profesional y en normas deontológicas en un marco de respeto hacia los pacientes. Las grandes tradiciones religiosas suelen promover prescripciones cooperadoras tales como la ayuda, la compasión, la igualdad y la justicia<sup>1</sup>, que son insoslayables en la práctica médica. Hay autores que vinculan el origen de la sensibilidad religiosa con los procesos psicológicos de empatía o cognición social que pueden conectarse, a su vez, con hallazgos de neuroimagen que han empezado a identificar sistemas funcionales, en el cerebro, para las vivencias y creencias religiosas<sup>2</sup>. En

Medicina, la empatía interviene en la habilidad del clínico para interpretar las necesidades, expectativas y capacidad de comprensión del paciente, actuando con la suficiente destreza comunicativa para que pueda captar su situación. Todo ello al servicio de que el clínico decida con claridad, respetando la dignidad y la autonomía del paciente<sup>3,4</sup>. Algunos trabajos<sup>5,6</sup> han mostrado que la empatía es un componente necesario de la cognición social para que surjan comportamientos altruistas tanto en individuos escépticos como en religiosos. Los avances tecnológicos y las novedades en los tratamientos han dado lugar a controvertidos dilemas sobre los derechos y las obligaciones de los sanitarios, en unas sociedades cada vez más pluralistas y secularizadas, al intentar armonizar juicios morales y clíni-

cos. Dilemas que han condicionado la calidad de la práctica médica en la atención urgente. La medicina tecnificada ha sido criticada, a menudo, cuando la tecnología no va acompañada de una apropiada actitud compasiva y ello ha provocado debates sobre la actuación de los facultativos médicos, en contraposición con otros profesionales como enfermeros o auxiliares de enfermería, por lo que el objetivo del presente estudio es evaluar la religiosidad y la actitud empática de tres grupos de profesionales de un SUH.

## Método

Estudio transversal, mediante encuesta anónima y voluntaria, en el que se administró la Escala de Religiosidad de Kapogiannis<sup>1</sup> y el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis<sup>7-9</sup>, como cuestionario de empatía, a 194 profesionales (84 médicos, 54 enfermeros y 56 auxiliares de enfermería) de la plantilla habitual del SUH, con más de 3 años de experiencia, durante su horario laboral o de guardia. Se incluyeron sólo profesionales de adscripción católica o sin adscripción religiosa. El área del estudio fue el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Sabadell, que se encuentra en el área metropolitana de Barcelona, cubre la asistencia de 450.000 habitantes, cuenta con 500 camas de agudos y atiende 440 urgencias/día. De la Escala de Religiosidad de Kapogiannis<sup>1</sup> se valoraron 3 factores: 1) creencias religiosas; 2) prácticas religiosas durante la infancia, y 3) relativismo moral<sup>10</sup> (creencia en moralidades distintas y ajustables en función de las circunstancias). Estos factores derivan de las respuestas a 27 preguntas que ponderan diversos atributos desde el 1 (no poseo ese rasgo en absoluto) hasta el 7 (tengo ese rasgo en su mayor grado). Del Índice de Reactividad Interpersonal de Davis<sup>7-9</sup> se valoraron 3 factores: 1) toma de pers-

pectiva o dimensión cognitiva de la empatía (habilidad para comprender el punto de vista ajeno); 2) preocupación empática o dimensión emotiva (sentimientos de compasión, interés y afecto); y 3) malestar personal o desasosiego al observar las experiencias negativas de los demás. Esto se hizo a través de 7 atributos para cada dimensión, ponderándolos desde el 1 (no me describe bien) al 5 (me describe muy bien).

Para el análisis estadístico se usó el coeficiente de Cronbach de fiabilidad, que para la escala de religiosidad fue de 0,94 y para el índice de reactividad interpersonal de 0,74. Para los contrastes entre grupos se utilizó ANOVA seguido del tests *post-hoc* de Duncan y se completó, además, un análisis de correlación (R de Pearson y regresión lineal múltiple) para estimar asociaciones entre variables. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Parc Taulí, dentro del proyecto de investigación (referencia 2011526) y se observaron los requisitos de la Declaración de Helsinki y modificaciones subsiguientes.

## Resultados

En la Tabla 1 se resumen las características sociodemográficas, las puntuaciones de la escala de religiosidad y del cuestionario de reactividad interpersonal o empatía, con sus respectivas dimensiones. Los participantes se ajustan a un patrón de baja religiosidad con puntuaciones similares entre grupos [médicos: media 62,4 (DE 27,7); enfermeros: 59,1 (30,5) y auxiliares de enfermería: 61,9 (26,2) con el máximo posible situado en 189]. En el cuestionario de empatía, los auxiliares de enfermería mostraron las puntuaciones más altas, 87,5 (11,4) y los enfermeros las más bajas, 84,6 (8,4), con un máximo situado en 224 puntos.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y medidas de religiosidad y empatía

	Médicos (N = 84)	Auxiliares enfermería (N = 56)	Enfermeros (N = 54)	p
Características sociodemográficas				
Edad media (intervalo)	35,6 (25-62)	38,2 (23-57)	39 (22-59)	ns
Sexo femenino [N (%)]	52 (61,9)	38 (67,9)	49 (90,7)	ns
En pareja [N (%)]	55 (65,5)	40 (71,4)	39 (72,2)	ns
Escala de religiosidad media (DE) (máximo: 189)	62,4 (27,7)	61,9 (26,2)	59,1 (30,5)	ns
1. Creencias religiosas	8,2 (4,9)	8,4 (4,8)	8,3 (5,5)	ns
2. Práctica religiosa durante la infancia	11,1 (5,2)	10,9 (5,3)	10,7 (5,0)	ns
3. Relativismo moral	10,1 (3,5)	8,7 (4,7)	8,9 (4,0)	ns
Cuestionario de empatía media (DE) (máximo: 224)	86,0 (9,4)	87,5 (11,4)	84,6 (8,4)	ns
1. Toma de perspectiva	24,9 (3,7)	26,2 (4,6)	25,1 (3,4)	ns
2. Preocupación empática	26,4 (3,3)	27,3 (4,1)	26,2 (3,0)	ns
3. Distrés o malestar personal	14,7 (4,1)	15,7 (3,6)	15,1 (4,0)	ns

ns: no significativo.

**Tabla 2.** Relaciones entre la religiosidad y el índice de reactividad interpersonal

N total = 194	Escala de religiosidad		Índice de reactividad interpersonal		
	Creencias religiosas	Relativismo moral	Toma de perspectiva	Preocupación empática	Malestar personal
<b>Escala religiosidad</b>					
Creencias religiosas					
Relativismo moral					
Auxiliares enfermería	0,15				
Enfermeros	<b>0,28*</b>				
Médicos	-0,06				
Total muestra	0,10				
<b>Índice interpersonal reactividad</b>					
Toma de perspectiva					
Auxiliares enfermería	0,21	0,18			
Enfermeros	-0,02	0,10			
Médicos	0,10	<b>0,22*</b>			
Total muestra	0,07	<b>0,16*</b>			
Preocupación empática					
Auxiliares enfermería	<b>0,28*</b>	0,03	<b>0,35*</b>		
Enfermeros	-0,05	-0,14	<b>0,48*</b>		
Médicos	0,13	0,07	<b>0,50*</b>		
Total muestra	0,13	0,01	0,45		
Malestar personal					
Auxiliares enfermería	0,06	-0,16	0,11	<b>0,29*</b>	
Enfermeros	-0,10	-0,06	-0,28	0,05	
Médicos	0,10	0,09	-0,14	-0,11	
Total muestra	0,03	-0,04	-0,08	0,06	

Coefficientes r de pearson. \*En negrita, valores  $p < 0,05$ .

Las diferencias entre grupos no fueron significativas en ningún caso. Al comparar con las puntuaciones normativas<sup>8,9</sup>, la presente muestra denotaba una toma de perspectiva algo superior, un desasosiego percibido ligeramente inferior y una preocupación empática normativa. Se obtuvo el perfil correlacional global entre ambas escalas, religiosidad y empatía, para la muestra entera y distinguiendo entre médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería (Tabla 2). El patrón de conjunto fue de vinculaciones bajas o inexistentes: sólo se apreció una correlación débil entre el relativismo moral y la toma de perspectiva ( $r = 0,16$ ) y la asociación positiva entre creencias religiosas y preocupación empática ( $r = 0,13$ ) no alcanzó la significación. En los médicos, aquella vinculación entre relativismo moral y toma de perspectiva se acentuó algo ( $r = 0,22$ ). En las correlaciones intraescala de empatía había un nexo firme entre preocupación empática y toma de perspectiva ( $r = 0,50$ ) en los médicos, que se repetía en los enfermeros ( $r = 0,48$ ). En los auxiliares de enfermería, por último, sí apareció una vinculación positiva entre las creencias religiosas y la preocupación empática ( $r = 0,28$ ), así como las esperables, intraescala, entre la toma de perspectiva y la preocupación empática ( $r = 0,35$ ) y entre el desasosiego percibido y la preocupación empática ( $r = 0,29$ ). Un análisis de regresión múltiple mostró que la religiosidad era predictiva para la empatía total y viceversa ( $R = 0,18$ ,  $r^2 = 0,03$ ,  $p \leq 0,02$ ) y el relativismo moral para la toma de perspectiva y viceversa ( $R = 0,16$ ,

$r^2 = 0,02$ ,  $p < 0,05$ ); en el grupo de médicos emergió una relación predictiva entre la religiosidad y la empatía total y viceversa ( $R = 0,23$ ,  $r^2 = 0,05$ ,  $p \leq 0,05$ ) y la toma de perspectiva empática predijo puntuaciones superiores en relativismo moral ( $R = 0,22$ ,  $r^2 = 0,49$ ,  $p \leq 0,05$ ).

## Discusión

Los sanitarios del SUH del Parc Taulí mostraron bajas puntuaciones en religiosidad. En su mayoría se confesaban escépticos en materia religiosa. La habilidad para comprender el punto de vista ajeno (toma de perspectiva) estaba ligeramente por encima del rango normativo, el desasosiego malestar personal algo por debajo y la preocupación empática era normativa en el cuestionario de reactividad interpersonal<sup>8,9</sup>, aunque sin diferencias entre los grupos. Se encontró, de todos modos, una relación predictiva entre religiosidad y empatía, que se mostró consistente tan sólo para el grupo de médicos. Estos resultados pueden leerse como favorables para quienes<sup>1,6</sup> postulan que la religiosidad conlleva valores de auxilio y proximidad que la acercan a la empatía facilitando la compasión, aunque la vinculación detectada entre religiosidad y actitud empática quizás no derive de la sensibilidad religiosa al ser individuos escépticos. Puede que ese nexo provenga de una praxis médica fundamentada en reglas éticas exigidas por la profesión y del entrena-

miento en actitudes empáticas durante las guardias de urgencias<sup>11</sup>. No hay manera de discernirlo, sin embargo, al no disponer de medidas directas de las actitudes y conductas empáticas de los profesionales en el cuidado de sus pacientes.

A pesar de que en los SUH, la atención al paciente crítico, la exposición a la mortalidad, el volumen de pacientes y la privación del sueño son factores que pueden propiciar la vulnerabilidad al sufrimiento<sup>12,13</sup>, las puntuaciones empáticas no se resentieron y el arrastre de malestar ajeno fue más bien bajo en comparación con profesionales en los que la rutina asistencial conduce a deficiencias empáticas asociadas al *burnout* y la desmoralización<sup>14</sup>. El leve disconfort del personal del SUH puede deberse a que están acostumbrados a trabajar en situaciones críticas, es decir, a evaluar al paciente y sopesar opciones con rapidez. La comprensión empática (los sentimientos de compasión, preocupación y afecto) suele vincularse con la habilidad para adoptar la perspectiva ajena y en el personal del SUH también apareció ese patrón. Además, los datos subrayan que la toma de perspectiva se asoció con el relativismo moral (pragmatismo no religioso), lo cual indica la mediación de estrategias alternativas que ayudan al clínico a percibir/adoptar la perspectiva del paciente ante opciones con carga ética.

Este estudio tiene como limitación obvia el haberse llevado a cabo en un único hospital aunque la muestra fuera bastante homogénea y, por otro lado, el no disponer de medidas adicionales a los autoinformes para evaluar las conductas de socorro y preocupación por los pacientes. Eso limita el alcance de los hallazgos. La escala de religiosidad no ha sido todavía validada, pero los resultados concuerdan con muestras previas en población española<sup>15</sup> y eso les da firmeza.

Podemos concluir que se encuentran indicios de asociación entre la religiosidad y la actitud empática en profesionales escépticos de un SUH. El ser no religioso no se acompañó de déficits empáticos y no existen diferencias entre los médicos, los enfermeros y los auxiliares de enfermería ni en propensión religiosa ni en tendencias empáticas.

## Bibliografía

- 1 Baumard N, Boyer P. Explaining moral religions. *Trends Cogn Sci*. 2013;17:272-80.
- 2 Kapogiannis D, Barbey AK, Su M, Krueger F, Grafman J. Neuroanatomical Variability of Religiosity. *PLoS One*. 2009;4:1-7.
- 3 Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Brit J Gen Pract*. 2002;52(Supl):S9-12.
- 4 Kenneth V. Ethical Considerations in Emergency Care. *ISRJEM*. 2004;4:10-7.
- 5 Beit-Hallahmi B. Morality and immorality among the irreligious. In: Zuckerman P, editor. *Atheism and secularity*. Westport CT: Greenwood Press; 2010. pp.113-48.
- 6 Norenzayan A, Shariff AF. The origin and evolution of religious prosociality. *Science*. 2008; 322:58-62.
- 7 Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44:113-26.
- 8 Mestre V, Frías MD, Samper P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. 2004;16:255-60.
- 9 Pérez-Albéniz A, de Paúl J, Etxebarria J, Paz M, Torres, E. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*. 2003;15:267-72.
- 10 Harman G. Part I: Moral relativism. In: Harman G, editor. *Moral Relativism and Moral Objectivity*. Oxford: Wiley-Blackwell Publishers; 2000. pp.3-20.
- 11 Schmitz GR, Clark M, Heron S, Sanson T, Kuhn G, Bourne C, et al. Strategies for coping with stress in emergency medicine: Early education is vital. *J Emerg Trauma Shock*. 2012;5:64-9.
- 12 Devi S. Doctors in distress. *Lancet*. 2011;377:454-5.
- 13 Gleichgerricht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One*. 2013;19;8:e61526.
- 14 Shanafelt TD, Bradeley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67.
- 15 Díaz-Morán S, Torrubia R, Fernández-Teruel A, Molinuevo B, Tobeña, A. Religious upbringing and current religiosity in Spanish nursing and medicine students. *Mental Health, Religion and Culture* 2013;16:1056-65.

## Religiosity and empathy in a hospital emergency department's staff

Duñó R, Díaz-Morán S, Oliva JC, Tobeña A, Iglesias-Lepine ML

**Objective:** To assess relationships between religiosity and empathy in physicians, nurses, and assistant nurses in a hospital (ED).

**Methods:** Cross-sectional study using an anonymous, voluntary questionnaire for assessing degree of religiosity and an instrument assessing empathy (interpersonal reactivity index).

**Results:** The 3 staff groups were homogeneous in profile, showing a low degree of religiosity and normative scores on ability to see someone else's point of view and empathize with the feelings and suffering of others. No significant differences between groups were detected. Weak links were found between religiosity and overall empathy ( $R = 0.18$ ,  $r^2 = 0.03$ ,  $P \leq .02$ ) and between perspective taking (cognitive empathy) and moral relativism (pragmatic empathy) ( $R = 0.16$ ,  $r^2 = 0.02$ ,  $P < .03$ ).

**Conclusions:** There is light of a relationship between religiosity and empathy in ED staff who are skeptical about religion. No substantial differences between the 3 staff groups were noted with regard to religiosity or empathetic attitudes. Low religiosity did not accompany low empathy. The observed homogeneity may reflect the demands of emergency care as well as the roles assigned to caregivers and care guidelines. [*Emergencias* 2014;26:363-366]

**Keywords:** Religious ethics. Empathy. Hospital emergency department. Emergency health services. Morals. Judgment.