

Trabajo Fin de Grado  
Grado en Medicina

# Respuesta emocional de los futuros médicos frente a los pacientes

Autor:

**Idoia Ruiz Andrés**

Director/a:

**Eduardo Ruiz Parra**

© 2023, Idoia Ruiz Andrés

Leioa, 26 de Abril de 2023



## **AGRADECIMIENTOS**

Con estas palabras quiero mostrar mi más sincera gratitud a todas las personas que han sido una ayuda y un apoyo enorme para sacar adelante el estudio que ha constituido mi Trabajo de Fin de Grado:

Un especial agradecimiento a mi tutor del TFG, el Dr. Eduardo Ruiz Parra, psiquiatra del Hospital Universitario de Basurto por haberme guiado, ayudado y resuelto todas las dificultades que han ido surgiendo durante la elaboración de esta investigación.

A mi familia, amigos y compañeros de carrera, que han contribuido a la difusión de la investigación, y sin los cuales la realización de este proyecto no hubiera sido posible.

Y, por supuesto, mi mayor agradecimiento a todos los estudiantes de medicina que han dedicado su tiempo a participar en el estudio, pues sin su colaboración no tendría la fuente principal de todo este trabajo.

## **ABSTRACT**

El objetivo del estudio ha sido evaluar la respuesta emocional que presentan los estudiantes de medicina frente a los pacientes en diversas situaciones complejas de la práctica clínica diaria. Para ello, se ha utilizado una muestra total de 136 alumnos de todos los cursos del Grado en Medicina. Se difundió una encuesta online donde los participantes debían contestar los siguientes cuestionarios: FWC-24 de contratransferencia, PID-5-BF de personalidad, RFQ-8 de mentalización, IRI-TP de empatía y CGS-28 de salud mental. Una vez recogidos estos datos se ha llevado a cabo, por una parte, un análisis descriptivo de la escala FWC-24 con el objetivo de examinar la respuesta emocional de los estudiantes de medicina y, por otra parte, un análisis correlacional entre esta escala y el resto de cuestionarios con la finalidad de establecer asociaciones entre las diversas variables, además se han analizado posibles diferencias entre los grupos de género y curso académico. Las reacciones medidas con el cuestionario FWC-24 han resultado ser lo esperable para cada situación clínica. Sin embargo, en contra de las hipótesis planteadas, no se han hallado diferencias en la adecuación de las respuestas contratransferenciales en función de las puntuaciones en los demás cuestionarios, observando, asimismo, escasas diferencias entre los grupos de género y curso.

**Palabras clave:** Transferencia, contratransferencia, sentimientos, estudiantes, medicina, empatía, mentalización, personalidad, psicopatología, género, curso.

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	1
TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.....	3
TIPOS DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.....	5
UTILIDAD DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.....	9
MANEJO DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.....	10
EVALUACIÓN DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN LOS MÉDICOS...	11
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
<b>OBJETIVOS</b> .....	16
<b>HIPÓTESIS</b> .....	17
<b>METODOLOGÍA</b> .....	19
DISEÑO DE ESTUDIO.....	19
INSTRUMENTOS.....	19
MEDIDAS.....	19
PROCEDIMIENTO.....	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	24
RECODIFICACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE FWC-24.....	26
<b>RESULTADOS</b> .....	28
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	28
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA FWC-24.....	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL.....	37

<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	42
<b>LIMITACIONES</b> .....	46
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	47
<b>ANEXOS</b> .....	

## **ÍNDICE DE TABLAS**

**Tabla 1.** Recodificación de la variable FWC-24.

**Tabla 2.** Tabla de frecuencias para la Viñeta 1.

**Tabla 3.** Tabla de frecuencias para la Viñeta 2.

**Tabla 4.** Tabla de frecuencias para la Viñeta 3.

**Tabla 5.** Tabla de frecuencias para la Viñeta 4.

**Tabla 6.** Tabla de frecuencias para la Viñeta 5.

**Tabla 7.** Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la Viñeta 1

**Tabla 8.** Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la Viñeta 2

**Tabla 9.** Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la Viñeta 3

**Tabla 10.** Tabla de coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la Viñeta 4.

**Tabla 11.** Tabla de coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la Viñeta 5.

**Tabla 12.** Estadísticos de prueba para la comparación de respuestas entre ambos grupos (Preclínico/Clinico) para cada viñeta.

**Tabla 13.** Estadísticos de prueba para la comparación de las respuestas más frecuentes en cada viñeta entre ambos grupos (Preclínico/Clinico).

**Tabla 14.** Estadísticos de prueba para la comparación de las respuestas más frecuentes en las viñetas 2 y 3 entre ambos grupos de género (Femenino/Masculino).

**Tabla 15.** Correlaciones entre los cuestionarios de empatía, mentalización, personalidad y salud mental.

**Tabla 16.** Correlaciones entre los cuestionarios RFQ-8 y los 5 dominios del cuestionario PID-5-BF.

**Tabla 17.** Correlaciones entre los 5 dominios del cuestionario PID-5-BF y las 4 subescalas del CGS-28.

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

**Figura 1.** Puntuación media de la respuesta emocional para cada viñeta.

**Figura 2.** Gráfico de medias para la Viñeta 1.

**Figura 3.** Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 1.

**Figura 4.** Gráfico de medias para la Viñeta 2.

**Figura 5.** Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 2.

**Figura 6.** Gráfico de medias para la Viñeta 3.

**Figura 7.** Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 3.

**Figura 8.** Gráfico de medias para la Viñeta 4.

**Figura 9.** Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 4.

**Figura 10.** Gráfico de medias para la Viñeta 5.

**Figura 11.** Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 5.

**Figura 12.** Representación gráfica del rango promedio en las respuestas a cada viñeta de ambos grupos.

**Figura 13.** Representación gráfica del rango promedio de las respuestas más frecuentes en la Viñeta 5 entre ambos grupos.

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO I:** Viñetas clínicas

**ANEXO II:** *Feeling Word Checklist* o Lista de Verificación de Palabras de Sentimientos (FWC-24)

**ANEXO III:** Inventario de Personalidad del DSM-5-Versión Breve (PID-5-BF)

**ANEXO IV:** Cuestionario de Función Reflexiva (RFQ-8)

**ANEXO V:** Índice de Reactividad Interpersonal: Toma de Perspectiva (IRI-TP)

**ANEXO VI:** Cuestionario General de Salud (CGS-28)

**ANEXO VII:** Recodificación de la variable FWC-24

**ANEXO VIII:** Coeficientes de correlación para las reacciones contratransferenciales más frecuentes en cada viñeta

## **ACRÓNIMOS**

TR	Transferencia
CTR	Contratransferencia
APA	Asociación Americana de Psicología
FWC-24	<i>Feeling Word Checklist</i> o Lista de Verificación de Palabras de Sentimientos
PID-5-BF	Inventario de Personalidad del DSM-5-Versión Breve
RFQ-8	Cuestionario de Función Reflexiva
IRI-TP	Índice de Reactividad Interpersonal: Subescala Toma de Perspectiva
CGS-28	Cuestionario General de Salud

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

Según los datos que recoge el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, tan solo en el año 2020 se han realizado 243,5 millones de consultas en Medicina de Atención Primaria y 72,7 millones de consultas en Atención Hospitalaria (1).

El pilar fundamental sobre el que se sustenta la práctica médica diaria y todas estas consultas, es la relación médico-paciente, un vínculo propio, característico e imprescindible de esta profesión, que posee un impacto mayúsculo en el efecto anhelado por todos, la salud.

La relación médico-paciente consiste en una interacción psicosocial, continua y dinámica que, pese a ser asimétrica, habría de darse, en teoría, entre dos sujetos con el mismo objetivo. En ella, sin embargo, se esconden infinidad de emociones que, tanto consciente como inconscientemente, brotan de manera automática (2).

La comunicación es la pieza clave para conseguir la confianza que exige una interacción tan asimétrica como es la relación médico-paciente (3). En este sentido, resulta indispensable, saber escuchar. Escuchar las palabras de los pacientes, observar su lenguaje no verbal, atender las emociones y preocupaciones ocultas que pueden no estar expresando verbalmente, ser conscientes del impacto que se está generando en ellos y, a su vez, del que ellos están creando en los profesionales. En definitiva, escuchar, para ser capaz de comprender a los pacientes en su totalidad, lo que supone una cualidad básica y fundamental en todos los ámbitos de la medicina, pero siendo especialmente importante en psicoterapia, debido al impacto que esta alianza genera en los resultados (4).

#### **1.1.1. Importancia de una adecuada alianza terapéutica**

Tal y como se ha demostrado en numerosos estudios, una buena alianza terapéutica se correlaciona de manera positiva con mejores resultados terapéuticos, pues genera en el paciente un ambiente de confianza donde sentirse protegido y seguro, y, por tanto, le permite avanzar en su objetivo de curación o cambio. De hecho, al margen de las propias técnicas terapéuticas que se vayan a aplicar, la creación de ese vínculo es el medio necesario para conseguir ese fin común (4).

Aunque la responsabilidad de construir una correcta alianza recaiga sobre el terapeuta, los psicoanalistas describen tres factores principales que influyen en ella: las características del paciente, las características del terapeuta y la propia técnica terapéutica. Asimismo, para que esta relación pueda ser efectiva debe existir una cooperación y capacidad de autoobservación por parte de ambos. Al fin y al cabo, una buena alianza terapéutica se basa en concretar unos objetivos comunes, acordar unas labores o tareas para alcanzarlos y establecer una conexión interpersonal sólida, tres compromisos que no se consiguen si no existe implicación por parte de ambos (4).

### **1.1.2. Resistencia**

Sin embargo, un aspecto que se debe tener siempre en mente es que, a pesar de afianzar una correcta relación médico-paciente, en numerosas ocasiones, el paciente no llega a cumplir las expectativas del terapeuta, lo que puede derivar en una respuesta, del todo humana y natural, de enfado, frustración e irritación. Este acontecimiento que interfiere en el proceso terapéutico es lo que se conoce como “resistencia”. Dicho término psicoanalítico fue originalmente descrito por Greenson en 1967 (5) como “todas aquellas fuerzas internas del paciente que se oponen a los procedimientos y procesos de análisis”. Ahora bien, aunque este fenómeno se presente en situaciones en las que el paciente no satisface la expectativa del profesional, no siempre el origen se encuentra en él, por ello, si se pretende vencer esta resistencia, es fundamental, primero de todo, detectar la fuente. Se consideran tres posibles factores causales de esta resistencia: el paciente, la red social del paciente o el propio terapeuta. La resistencia originada en el paciente se suele manifestar, habitualmente, por temor al cambio, por incapacidad de reconocer y expresar sus emociones o por una reacción emocional negativa no realista con respecto a la persona del terapeuta, debido a que, la propuesta de cambio, puede despertar en el paciente conflictos psicológicos internos de su pasado y futuro. Por otra parte, las relaciones y el eje familiar del paciente también pueden ser la causa de esta interferencia en el proceso terapéutico. Por último, la fuente puede radicar en el terapeuta, especialmente, cuando sus expectativas son inadecuadas, excesivas o incongruentes con las del paciente. Además, de mismo modo que las reacciones emocionales del paciente, a menudo, supone una fuente de resistencia en el proceso terapéutico, las reacciones del médico, igualmente puede serlo (4).

Una vez aparece esta resistencia, es necesario reconducirla y combatirla para recuperar la confianza en el proceso terapéutico y consolidar la alianza terapéutica. Para conseguirlo, resulta primordial, precisar el origen para después neutralizarlo, intentando mantener una perspectiva positiva y optimista, así como, mostrando una actitud empática en todo momento (4). En este aspecto, recalcar también la importancia de saber reconocer y abordar de manera adecuada los procesos emocionales que se manifiestan en el transcurso de la terapia y que pueden obstaculizar el objetivo.

## **1.2. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA**

La transferencia y contratransferencia son dos conceptos que fueron descritos por primera vez a manos de Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, a principios del siglo XX (2, 4, 6-8). Sin embargo, aunque originariamente surgieron en la teoría psicoanalítica, hoy en día, muchos autores reconocen que ambos fenómenos están presentes en todo tipo de procesos terapéuticos (4, 9). Constituyen, de hecho, uno de los retos más complejos de la relación terapéutica, debido a la cantidad de emociones y procesos psíquicos internos, tanto del terapeuta como del paciente, que afloran durante el transcurso de la terapia (4).

### **1.2.1. Transferencia (TR)**

Freud, en 1905, describió la transferencia cómo un proceso psíquico inconsciente en el cual, el paciente, proyecta en el médico, experiencias infantiles vividas con sus figuras parenterales, que se manifiestan durante su interacción con él (2). Dicho de otra manera, la alianza que se forma con el terapeuta en la consulta, despierta en el paciente una serie de emociones y comportamientos que son el resultado de revivir sentimientos que inicialmente iban dirigidos hacia otra persona o figura de autoridad en su infancia (4, 6). Como el propio Freud señaló (10): *“es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico.”* (p.101)

Esta definición, con el tiempo, ha sido ampliada y moldeada por distintos psicoanalistas hasta que, a día de hoy, se entiende por TR a las reacciones y emociones distorsionadas que el paciente exhibe frente al psicoterapeuta como reflejo de las relaciones, tanto pasadas como actuales, que han supuesto un impacto en él (4).

### **1.2.2. Contratransferencia (CTR)**

Tal y como se ha expuesto anteriormente, para alcanzar una buena alianza terapéutica se necesita una colaboración por parte de los dos polos de la relación. Esta implicación conlleva que, del mismo modo que en el paciente aparecen estos sentimientos transferenciales, el terapeuta tampoco puede rehuir de ellos (6). Freud, en 1910, presentó el término de “contratransferencia” por primera vez, como la reacción que el analista presenta frente al paciente, al igual que sucede con la TR, fruto de revivir experiencias pasadas con otras relaciones interpersonales (4).

La Asociación Americana de Psicología (11) define en su página web la CTR como “las reacciones inconscientes (y a menudo conscientes) del terapeuta hacia el paciente y la transferencia del paciente” es decir, la reacción espontánea y automática que el terapeuta experimenta al toparse con la personalidad del paciente (2).

### **1.2.3. Evolución histórica de los conceptos transferencia y contratransferencia**

Recalcar que, estos procesos de TR y CTR, según la primera interpretación de Freud, eran considerados un impedimento para crear una óptima relación terapéutica, pues bloqueaban la creación de ese vínculo (7, 8, 11). Así pues, Freud describía la transferencia como una “resistencia a la cura”. No obstante, los conceptos de TR y CTR fueron evolucionando con la perspectiva de otros psicoterapeutas, hasta que, 40 años más tarde, a mediados del siglo XX, empiezan a surgir interpretaciones opuestas a la original. En ese periodo, mientras algunos autores como Reich, Glover o Fliess, seguían defendiendo la clásica definición de TR y CTR, considerándolos un impedimento que se debía vencer en la terapia, otros autores como Heimman, Rackett o Winnicott, comenzaban a ver estos procesos como una herramienta eficaz para llegar a comprender más profundamente al paciente y conducirlo al cambio (4, 8, 12).

Actualmente, se considera que los fenómenos de TR y CTR pueden suponer, tanto una ventaja, como un problema para lograr el objetivo final, siendo clave la capacidad del médico de reconocer y manejar estos procesos. Comprender el valioso papel que juegan la TR y CTR en la alianza terapéutica y, por ende, en la curación del paciente, ayuda a evitar resistencias, fomenta la capacidad de autoobservación del propio médico y, sobre todo, consigue brindar una atención más cercana y humana(2, 4, 7, 8).

### 1.3. TIPOS DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Como se ha mencionado previamente, las reacciones transferenciales del paciente y del terapeuta pueden suponer tanto un beneficio como un impedimento a la hora de consolidar la relación terapéutica. En parte, la clave de que la balanza se incline a un lado o a otro, se halla en saber reconocer el origen de estas respuestas emocionales e identificar el tipo de reacción que se está experimentando.

#### 1.3.1. Tipos de transferencia

Por una parte, la TR puede proceder de tres fuentes distintas (4):

- a) La TR originada en el paciente surge de los conflictos no resueltos del paciente y de la influencia que éste intenta ejercer sobre el analista para adecuarlo a sus deseos.
- b) La TR procedente del terapeuta es la reacción que el analista desencadena en el paciente debido a sus procesos internos no resueltos. Es decir, la reacción en respuesta a la CTR del terapeuta.
- c) La TR interactiva incorpora elementos tanto de TR como de CTR. Al ser la relación entre el analista y el analizado una interacción dinámica, ambas partes pueden presentar estos fenómenos transferenciales al mismo tiempo y retroalimentarse.

Por otra parte, a su vez, la reacción transferencial puede ser positiva o negativa (4, 6):

- a) Cuando la TR es positiva aparecen sentimientos positivos desmesurados y alterados del paciente hacia el terapeuta como amor, veneración profunda, gran sensación de protección, etc., lo que puede conducir a una alta dependencia.
- b) La TR negativa, por el contrario, fruto de malas relaciones y experiencias en el pasado, emana sentimientos destructivos y de rebeldía hacia al terapeuta como ira, agresividad, envidia, rabia, indiferencia... que pueden derivar en desobediencia y abandono de tratamiento por parte del paciente (2, 4).

Recalcar la importancia de que ambos tipos de transferencia sean correctamente abordados y controlados. Aunque en un principio, una mínima TR positiva pueda favorecer la confianza y alianza terapéutica, cuando estos sentimientos comienzan a alejarse de la realidad y distorsionarse, pueden acabar siendo más peligrosos incluso que los que surgen de la TR negativa, y, sin embargo, suelen pasar más desapercibidos, pues el profesional puede llegar a sentirse cómodo en este ambiente de admiración (4).

### 1.3.2. Tipos de contratransferencia

Asimismo, se distinguen tres tipos de CTR en función de su procedencia (4):

- a) La CTR originada en el paciente se refiere a la reacción que la conducta y transferencia del paciente despierta en el terapeuta. Ésta, a su vez, puede ser una “CTR concordante”, cuando el médico expresa un sentimiento que se corresponde y se asemeja a la reacción del paciente, o “CTR complementaria” con el paciente.
- b) Del mismo modo que surge la TR del paciente, la CTR originada en el terapeuta es la que aparece como consecuencia de los conflictos interpersonales no abordados del clínico. Factores y acontecimientos tales como la necesidad de determinadas relaciones interpersonales, conflictos psicológicos pasados y presentes, sucesos vitales, perspectiva cultural y valores personales, entre otros, pueden constituir la fuente de este tipo de CTR.
- c) La CTR interactiva, una vez más, como su propio nombre indica, surge de la interacción médico-paciente, que puede dar lugar a experiencias y sentimientos semejantes en ambos sujetos.

Aunque, a pesar de que se hayan descrito distintos tipos de CTR, la gran mayoría de estudios empíricos coinciden en la presencia de conflictos no resueltos del terapeuta como principal fuente de ésta y, a menudo, siendo las características del paciente el desencadenante que hace revivir dichas experiencias (13).

En este marco, Hayes en 1995 desarrolló una teoría estructural de la CTR que puede ser útil para sintetizar la investigación sobre este fenómeno que se presenta en los médicos. En su trabajo, fraccionó la CTR en cinco componentes principales: *orígenes*, *desencadenantes*, *manifestaciones*, *efectos* y *manejo*. El *origen* de la CTR, tal y como se ha aclarado previamente, se encuentra en los problemas no resueltos del terapeuta. Los *desencadenantes* son los acontecimientos durante la sesión que remueven estos conflictos internos. Al despertar esos recuerdos y pensamientos, los terapeutas experimentan una serie de reacciones o *manifestaciones* cognitivas, afectivas y conductuales, es decir, la contratransferencia propiamente dicha. Se refiere a los *efectos* de la CTR como las consecuencias que tales reacciones pueden ocasionar en los resultados del proceso terapéutico. Finalmente, el *manejo* de la CTR alude a las estrategias para hacer frente a esta reacción emocional (14).

Es de valiosa utilidad que los terapeutas y médicos en formación aprendan a identificar las respuestas transferenciales y contratransferenciales que se presentan en las sesiones y consultas, así como su probable origen, de manera que puedan ser óptimamente manejados y con ello llegar a comprender mejor los procesos psíquicos internos de los pacientes y alcanzar el objetivo terapéutico. Asimismo, constituye una herramienta útil para desarrollar la capacidad de autoobservación del propio clínico con el fin de afrontar, como es debido, los comportamientos disfuncionales que surgen en él (4).

Sin embargo, aunque en la teoría estén descritos y diferenciados estos tipos de reacciones transferenciales, en la práctica puede resultar complejo llegar a determinar la fuente de éstas, pues se encuentran mezclados varios elementos a la vez, de ahí la importancia, rentabilidad e insistencia de aprender a detectar los signos que ponen de manifiesto estos fenómenos de TR y CTR (4).

Normalmente, resulta más complicado detectar la CTR que la TR, pues exige ese ejercicio de autoanálisis previo, lo que supone al terapeuta el reto de enfrentarse a sí mismo y aceptar que puede haber factores internos propios influyendo negativamente en el proceso terapéutico. Por ello, así como la TR de los pacientes suele ser más precozmente percibida, la CTR de los profesionales, generalmente, no se llega a apreciar hasta que comienza a ser desmesurada y excesiva, tanto, como para no poder ignorar la influencia que esos sentimientos están teniendo en su comportamiento (4). Como expone Corveleyn (7): *“No son las debilidades o los rasgos personales del analista<sup>1</sup> los que estorban en sí mismos el proceso terapéutico, es el no-reconocimiento de ellos”* (p.173).

Para llegar a la conclusión definitiva de que se está dando una situación de CTR en el terapeuta, se debe atender a determinados signos, a menudo, muy sutiles, que se manifiestan durante la interacción médico-paciente. La CTR frecuentemente se refleja como: impaciencia por la duración de la sesión, rabia injustificada, ira, irritación, ansiedad, culpa, miedo, decepción, desesperación, vergüenza, aburrimiento, incapacidad de recordar acontecimientos específicos de la terapia, etc. (4, 13).

---

<sup>1</sup> Léase terapeuta

### **1.3.3. Reacciones no transferenciales y no contratransferenciales**

Inicialmente, cuando se comenzó a estudiar y reflexionar sobre estos fenómenos transferenciales, el psicoanalista Balint, en uno de sus trabajos sobre CTR, amplió el uso de este término incluyéndolo en cualquier reacción del terapeuta que, de alguna manera, revele su propia personalidad y características. Es decir, contemplaba la CTR como la totalidad de actitudes y comportamientos del médico hacia su paciente (15).

Sin embargo, este concepto ha ido evolucionando y hoy en día se entiende que no todas las reacciones que el médico o el paciente muestran en la consulta son respuestas contratransferenciales. Por tanto, no se deben confundir las reacciones de TR y CTR con reacciones, completamente naturales y humanas, que pueden surgir en un momento dado durante el transcurso de la relación terapéutica. Al fin y al cabo, cuando dos personas desconocidas son, inevitablemente, forzadas a construir un vínculo, es posible que surjan todo tipo de sentimientos, tanto positivos como negativos, lo que no implica, que todos ellos sean patológicos. Los pacientes pueden presentar emociones de afecto, agradecimiento, respeto, incluso cierta dependencia, de manera apropiada, realista y positiva para la relación. Asimismo, en determinados contextos, es habitual que los pacientes se sientan decepcionados, inseguros y enfadados sin que ello afecte a la relación construida, aplicándose la misma situación a los analistas.

Por lo tanto, no todas las reacciones se deben interpretar como TR o CTR, la complejidad se halla en determinar qué respuestas son apropiadas y cuáles sobrepasan los límites y comienzan a desfigurar la alianza terapéutica.

En este contexto, el psiquiatra y psicoanalista Greenson propuso que la relación paciente-terapeuta se comprendía de tres pilares: la alianza terapéutica, la relación realista entre ambos y la relación transferencial-contratransferencial (4). Se observa, por tanto, como discierne entre las reacciones transferenciales y las reacciones humanas y realistas que pueden darse durante el tratamiento. A su vez, reconoce también la implicación que los procesos transferenciales y contratransferenciales pueden tener en el vínculo médico-paciente.

#### 1.4. UTILIDAD DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Para conseguir beneficiarse de estos fenómenos transferenciales es necesario comprender su implicación en el proceso terapéutico y saber reconocerlos cuando aparecen (4), pues, del mismo modo que estos procesos correctamente gestionados permiten forjar la relación médico-paciente, rápidamente pueden llegar a destruirla (2).

Por una parte, las reacciones transferenciales del paciente son un reflejo de los conflictos internos, relaciones interpersonales, fantasías o problemas ocultos que presenta y que, incluso él mismo, puede desconocer. El objetivo es que el profesional de la salud sea capaz de captar estos signos de TR, pudiendo así comprender mejor las actitudes disfuncionales del paciente y brindar una ayuda más óptima. Adicionalmente, entender los procesos psíquicos del paciente y observar su comportamiento, proporciona al terapeuta una visión de cómo se dan las relaciones interpersonales del paciente fuera de la interacción médico-paciente (4). Del mismo modo puede, esta idea, aplicarse a la reacción de CTR “originada en el paciente”, pues, estos pacientes, no sólo desencadenan respuestas idiosincrásicas en sus terapeutas, sino que probablemente también desaten reacciones similares a las que esta presentando el analista en otras personas de su entorno, lo que permite ampliar el conocimiento sobre la vida del paciente y sus relaciones (15, 16).

Por otra parte, que los terapeutas sean capaces de identificar sus propias reacciones, además de favorecer el objetivo terapéutico, les permite afrontar los problemas internos no resueltos y los obstáculos psicológicos que lo bloquean. De esta manera, mejora su habilidad de introspección y posibilita un mejor control de los comportamientos inadecuados que surgen en respuesta a esos sentimientos distorsionados. Tal y como describe Beitman (4): *“El objetivo final de la psicoterapia es facilitar el crecimiento personal del paciente; sin embargo, ayudar a otras personas a crecer depende del crecimiento de uno mismo.”* (p. 276)

Se ha visto que, a lo largo de los años de formación, el médico aprende a ser más consciente de su carácter y de la respuesta que genera en los pacientes, llegando a reconocer sus límites e intentando mostrar una figura dónde el paciente encuentre mayor seguridad, confianza y tranquilidad para abrirse al tratamiento (2).

## **1.5. MANEJO DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA**

Una vez reconocidos los signos de TR y CTR durante el proceso terapéutico, es importante abordarlos de manera inmediata para que no interfieran con el objetivo y el tratamiento tenga éxito (4).

### **1.5.1. Manejo de la transferencia**

Un correcto abordaje de la TR comienza por la habilidad del terapeuta de saber detectar y confirmar la presencia de este tipo de reacciones, diferenciándolas de otras respuestas habituales y no transferenciales que pueden aparecer en los pacientes. Cuando el terapeuta se asegura de que el paciente está manifestando una reacción transferencial, un manejo beneficioso puede ser, exponerlo y hablar de la TR que está detectando en él. De esta manera, el paciente, puede ser capaz de verlo desde una perspectiva que le permita ser más consciente de su reacción, favoreciendo, al mismo tiempo, la capacidad de autoobservación del paciente en futuras interacciones (4).

### **1.5.2. Manejo de la contratransferencia**

Cuando el terapeuta detecta la presencia de una reacción contratransferencial intensa frente al paciente, lo primero en lo que debe indagar es, hasta qué punto esa respuesta se debe a conflictos internos propios de él, o, cuánto de esta reacción se debe al paciente. En otras palabras, diferenciar si la fuente de la CTR está en el propio terapeuta o en el paciente, pues de ello dependerá la manera de abordarlo.

Si la CTR se debe a procesos internos del analista, resulta necesario descubrir el origen, lo que requiere un importante ejercicio de autoanálisis. Además, es posible que haga falta comentarlo con otros compañeros o ser supervisado por personas ajenas al caso. Si con todo ello, el terapeuta es incapaz de manejar la CTR, entonces, debería decidir si lo más adecuado es proseguir el mismo con el proceso o derivar al paciente.

Si, por el contrario, la CTR tiene su origen en el paciente y, por ende, se trata de una reacción a la conducta o personalidad del paciente, el terapeuta podría intentar contener durante un tiempo esa CTR hasta determinar si es posible aprovechar estas características del paciente para obtener más información acerca de él y utilizarla para su proceso de cambio (4).

## **1.6. EVALUACIÓN DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN LOS MÉDICOS**

Existen múltiples formas clínicamente sofisticadas y psicométricamente consistentes para estudiar las reacciones de contratrtransferencia en los terapeutas (15). La evaluación de la CTR puede hacerse desde tres perspectivas distintas: la del médico, la del observador y la del observador supervisor (9).

La perspectiva del médico se utiliza para investigar la experiencia emocional de los clínicos durante las sesiones, utilizando, mayoritariamente, cuestionarios autoaplicados, aunque también, con menos frecuencia, métodos cualitativos o entrevistas. Mediante la perspectiva del observador se obtiene una evaluación más objetiva del comportamiento del terapeuta, para ello, evaluadores externos experimentados proceden a examinar las reacciones de los terapeutas a través de transcripciones o grabaciones en audio/vídeo de las sesiones. Por último, las evaluaciones realizadas por supervisores, generalmente, utilizan medidas similares a las del observador externo, pero en este caso el supervisor sí conoce al sujeto que está siendo evaluado y conlleva que sus evaluaciones sean posiblemente más precisas (9).

En el estudio de la CTR, un problema metodológico que se suele plantear son las herramientas utilizadas para investigar las respuestas emocionales del terapeuta. Las evaluaciones de CTR realizadas mediante viñetas clínicas o sesiones grabadas, pueden ser menos precisas que las medidas directamente estudiando la interacción con pacientes reales. Como consecuencia, muchos de estos estudios tienen gran validez interna, pero pueden carecer de validez ecológica. Por el contrario, investigaciones a través de estudios naturalistas que miden las reacciones contratrtransferenciales de los médicos en la práctica clínica diaria, tienen la ventaja de una buena validez ecológica, pero escasa validez interna (9).

Ya desde 1977, en una revisión que incluía tanto estudios teóricos como empíricos, se concluía que, mientras los estudios teóricos son útiles para describir y entender el concepto de CTR, los estudios empíricos contribuyen al análisis de cómo funciona este fenómeno. Años más tarde, en una revisión realizada en 2002, se analizaron los hallazgos de estudios realizados en laboratorios de CTR (p. ej.: evaluación de las reacciones de los terapeutas a una entrevista o evaluación de las reacciones a vídeos de pacientes) y en trabajo de campo dentro del ámbito psicoterapéutico. Las

conclusiones fueron que, los estudios en laboratorios de CTR son importantes y especialmente útiles debido a que la CTR es un fenómeno complejo, abstracto y difícil de medir. En cambio, la investigación de campo, pese a suponer mayor dificultad de control durante la investigación, finalmente suele presentar mayor aplicabilidad (17).

En este aspecto, existen múltiples autores que, a lo largo de la historia, han puesto sus esfuerzos en estudiar la CTR presentada en los terapeutas (17).

Por una parte, en la revisión sistemática llevada a cabo por Machado y sus colaboradores en 2014 (17) recogen los estudios que evalúan la relación de diferentes aspectos de la CTR (utilizando distintas herramientas para su medición) con el diagnóstico y la evolución terapéutica. En general, las herramientas utilizadas para evaluar la CTR fueron muy similares, pues eran esencialmente listas de sentimientos y escalas que calificaban la CTR desde “ausente” a “muy intensa”. Es decir, aunque había algunas diferencias en el diseño de los estudios, la forma de evaluar la CTR fue similar en la mayoría de los estudios, siendo esta: puntuar al final de la sesión los sentimientos provocados en el terapeuta mediante un cuestionario. Esencialmente, la CTR se describió como positiva cuando representaba sentimientos de cercanía, respeto y bienestar hacia el paciente, mientras que los sentimientos negativos estaban relacionados con el desafecto como la ira y la sobrecarga. Los estudios utilizaron 12 herramientas diferentes: *Hostility Inhibition Scale (HIS)*, *Feeling Word Checklist-58 (FWC-58)*, *Checklist of feelings*, *Countertransference Questionnaire (CTQ)*, *Gegenübertragungs-Rating (GR)*, *Countertransference Assessment Scale (CTAS)*, *Countertransference Factor Inventory (CFI)*, *Impact Message Inventory (IMI)*, *Countertransference Index (CTI)*, *Inventory of Countertransference Behaviors (ICB)*, *Rating of Emotional Attitudes to Client by Therapists (REACT)* y *Circle*. Siendo la herramienta más frecuente y más utilizada en los estudios el cuestionario FWC-58, un instrumento que consiste en una lista de 58 palabras de sentimiento sobre la que el terapeuta expone si ha presentado, o no, tal sentimiento tras su intervención con el paciente. Como se puede apreciar, la principal contribución de esta revisión fue describir brevemente todos los estudios recuperados hasta el momento que evaluaran la CTR y, por tanto, proporcionar una visión general de los conocimientos actuales sobre este tipo de respuesta emocional (17).

Además de eso, también se han desarrollado herramientas para medir el correcto manejo de la CTR por parte de los médicos. En estos casos específicos en los que se indaga sobre la capacidad de gestión de la CTR, ésta se evalúa casi exclusivamente con el Inventario de Factores de Contratransferencia o *Countertransference Factor Inventory* (CFI) desarrollado por Van Wagoner, Gelso, Hayes y Diemer en 1991 (13).

Estos mismos autores propusieron cinco factores o cualidades que pueden ejercer un papel central en el manejo de la CTR: autoconocimiento (ser consciente de las propias emociones y su fuente), autointegración (capacidad de reconocer los límites de la relación médico-paciente), gestión de la ansiedad (ser capaz de controlar eficazmente la ansiedad), empatía (tener la habilidad afectiva de comprender las emociones y el punto de vista del paciente) y habilidades de conceptualización (capacidad de comprender tanto la dinámica del cliente como la relación terapéutica). En este contexto, el CFI fue desarrollado para poder evaluar estos cinco atributos en los terapeutas, descubriendo así, que las valoraciones positivas de los supervisores sobre la Autocomprensión, Autointegración y Empatía del terapeuta, estaban inversamente relacionadas con la conducta contratransferencial de evitación. Dicho de otra manera, se confirmó la hipótesis de que una correcta gestión de la CTR se correlaciona positivamente con el resultado del tratamiento. Por tanto, se concluye que, a mayor capacidad de manejo de estas reacciones, mejor respuesta terapéutica se obtiene (18).

Estos resultados son consistentes con tres metaanálisis publicados en 2011 por Hayes, Gelso y Hummel (13). Primeramente, se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios que correlacionaban la CTR con el resultado terapéutico, demostrando, una vez más, que la aparición de CTR influye negativamente en estos resultados. Por otra parte, se realizó un segundo metaanálisis recogiendo los estudios que vinculaban el manejo de la CTR con una reducción de las reacciones contratransferenciales. En este caso, se llegó a la conclusión de que la simple gestión de la CTR es insuficiente para conseguir evitar que parezcan las reacciones de CTR. Recapitulando, los resultados de estas dos revisiones sistemáticas evidencian, por un lado, una significativa relación inversa entre la CTR y la respuesta al tratamiento, pero, por otro lado, los resultados del segundo metaanálisis no apoyan que exista una disminución de las reacciones contratransferenciales con un adecuado manejo de estas. Por ello, en última instancia, se desarrolló un nuevo metaanálisis para revisar la relación entre el

correcto manejo de la CTR y los resultados en el tratamiento, llegando a la conclusión de que la adecuada gestión de la CTR está positivamente relacionada con el resultado terapéutico. Así pues, de estos tres estudios metaanalíticos se consigue esclarecer, que la CTR supone un perjuicio para el proceso terapéutico y que los esfuerzos del terapeuta por llegar a comprenderse a sí mismo y trabajar en su propia salud psicológica, así como resolver sus principales conflictos, favorece la adquisición de resultados positivos.

De hecho, los resultados del estudio realizado por Abargil y Tishb en 2022 (19) apoyan estos resultados, pues, de nuevo, afirman que el manejo de la CTR, en sí, no reduce la aparición de reacciones contratransferenciales durante la consulta e interacción con el paciente, pero sí consigue mejorar los resultados de la terapia aplicada.

Siguiendo la línea de los cinco factores propuestos anteriormente y, en especial, enfatizando en el papel de la gestión de la ansiedad y la empatía, existen estudios empíricos desarrollados con el objetivo de observar la relación de los estados de ansiedad de los clínicos en formación y la respuesta contratransferencial manifestada. Desde 1968, Yulis y Kiesler (20) ya afirmaron en sus estudios la teoría de que los terapeutas con menor ansiedad estarían más involucrados personalmente en el proceso terapéutico y, por ende, mostrarían menos CTR con sus pacientes, que los terapeutas con altos niveles de ansiedad. Siguiendo con estas investigaciones, Hayes y Gelso (21) exponen cómo, es de esperar, que aflore una sensación de ansiedad al estimular los conflictos no resueltos de los analistas durante la intervención con el paciente. A menudo, la respuesta natural de los terapeutas a este obstáculo, se exterioriza, consciente o inconscientemente, mediante un distanciamiento y retirada de su implicación personal en el proceso terapéutico. Esta reacción de evitación se ha descrito en numerosas ocasiones como un claro signo de contratransferencia (20, 21). Por tanto, si la ansiedad en los médicos podría ser una fuente de CTR, supondría un beneficio esclarecer qué atributos o cualidades del terapeuta son capaces de amainar este efecto. Hayes y Gelso, en uno de sus trabajos (21), proponen la empatía como una de esas posibles cualidades. Con todo, las dos hipótesis formuladas en su estudio se resumen en: (a) a mayor ansiedad presentada en el terapeuta en formación, más probable será que muestre un comportamiento de CTR, esperando una correlación positiva entre ambas variables, y (b) proponen la empatía como factor atenuador del

efecto de la ansiedad sobre la CTR, esperando observar en terapeutas con un nivel de empatía elevado que la ansiedad no estuviera relacionada con la CTR y viceversa. Por último, se planteó si los resultados podrían diferir en función del género. Los resultados mostraron, por una parte, tal y como se predijo, que la ansiedad estaba relacionada con la respuesta contratransferencial, pero solo en los alumnos varones; por otra parte, no se pudo confirmar la hipótesis del efecto moderador de la empatía sobre la CTR, dejando una puerta abierta a futuras investigaciones y planteando, a su vez, una posible implicación del factor género en dicho papel moderador.

Por ir concluyendo, se podría decir que, la contratransferencia dirige la mayoría de los procesos terapéuticos y, de hecho, está presente, prácticamente, en la totalidad de las intervenciones médicas y, sin embargo, pese a la determinación por intentar estudiar y aclarar los procesos contratransferenciales en los clínicos, llama la atención la escasa cuantía de estudios realizados en este ámbito con estudiantes de medicina.

Si bien, como se ha señalado previamente, existe un buen número de estudios que evalúan la contratransferencia entre médicos y terapeutas en general, apenas se encuentran estudios que exploren las características de dicho fenómeno entre los futuros profesionales sanitarios. En ese sentido, en un estudio realizado con alumnos de medicina en su 3<sup>er</sup> año de formación (22), se evidencia una gran cantidad de sentimientos no reconocidos y comportamientos potencialmente perjudiciales para los pacientes asociados a estos sentimientos. Si bien, previamente en el estudio, los estudiantes habían demostrado tener unas habilidades de entrevista adecuadas, la aparición de estas emociones durante la interacción con los pacientes, condujo, finalmente, a un desempeño deficiente de la entrevista. Del estudio, por tanto, se concluye la necesidad de instruir a los alumnos, además de en unas correctas técnicas de entrevista, en la importancia del concepto de CTR, debido a su potencial efecto negativo en el resultado terapéutico del paciente y aprendizaje del futuro terapeuta.

Dicho esto, resulta evidente la responsabilidad que recae en los centros formativos y sus docentes, de transmitir a los futuros profesionales de la salud la relevancia de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en la comunicación médico-paciente para lograr una atención más cercana, más humana y de mayor calidad en su futura práctica clínica (2).

## **1.7. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Así como el término "transferencia" se ha utilizado casi exclusivamente en el marco de la teoría psicoanalítica, a menudo, el término "contratransferencia", pese a que la mayoría de los estudios sobre este fenómeno se hayan realizado en el psicoanálisis, también se ha llegado a emplear en un contexto más global, para describir el conjunto de sentimientos y conductas del médico hacia su paciente, incluso para describir facetas de relaciones extraterapéuticas normales (15). En todo caso, aún a día de hoy, la ausencia de estudios en este sentido, hace que se mantenga incierto cómo funciona la CTR en otros procedimientos terapéuticos independientes del marco psicoanalítico, como puede ser, en la atención asistencial general, constituyendo, así, una interesante rama a estudio (17).

Además, a pesar de la importancia y utilidad de un correcto manejo de la CTR en la relación médico-paciente, hasta el momento y, debido a la complejidad del constructo, son pocos los estudios que han examinado la presencia de este fenómeno específico en los estudiantes de medicina. Como se ha mencionado anteriormente, apenas existe un estudio que haya evaluado la CTR en los futuros profesionales (22), mientras que, conceptos como pueden ser la empatía y sus determinantes o la inteligencia emocional, han sido mayormente estudiados en esta población en diversas investigaciones (23-27).

Así pues, resulta novedosa y necesaria una investigación que trate de comprender la contratransferencia de los futuros profesionales de la salud, así como los factores que puedan estar relacionados con la aparición de este fenómeno en los mismos.

## **2. OBJETIVOS**

Por todo lo dicho, el presente Trabajo de Fin de Grado posee, como principal objetivo, examinar la respuesta contratransferencial que se presenta entre los estudiantes de medicina ante los pacientes en diversas situaciones complejas de la práctica clínica.

A su vez, se pretende analizar de forma multidireccional la influencia que, diversas variables cómo género, curso académico, personalidad, capacidad de mentalización, empatía y salud mental, pueden tener en dicha respuesta emocional.

### 3. HIPÓTESIS

Una parte del trabajo se orientará puramente a lo descriptivo, permitiéndonos conocer las respuestas prototípicas que se van a producir entre los estudiantes de medicina con respecto a distintas situaciones clínicas conflictivas habituales en la práctica clínica (viñetas adjuntadas en el Anexo I). De igual manera, nos permitirá establecer un conocimiento sobre la intensidad esperable para dichas respuestas. Se analizará también si dichas respuestas emocionales son diferentes por género y curso académico:

- Por un lado, se espera reflejar en los alumnos de cursos superiores (4º, 5º y 6º curso) la mejor gestión de las emociones y de la contratransferencia que se observa en los profesionales de la salud a lo largo de los años por su experiencia. Es decir, se observará una diferencia significativa en función del periodo de formación en el que se encuentren los alumnos, de tal manera que, los estudiantes con mayor experiencia práctica mostrarán un adecuado perfil de respuestas emocionales, pero más moderado en intensidad con respecto a las respuestas emocionales prototípicas presentadas en los alumnos de cursos inferiores (1º, 2º y 3º).
- Por otro lado, aunque son pocas las investigaciones que muestran diferencias en las respuestas emocionales en función del género del terapeuta, en el presente estudio se espera encontrar una diferencia significativa entre los grupos de dicha variable frente a las situaciones planteadas en las viñetas 2 y 3, pues ambos escenarios clínicos exponen casos dónde el factor género tiene una fuerte implicación. Por tanto, se espera que la respuesta contratransferencial desencadenada en estos escenarios sea más intensa entre las mujeres que entre los varones.

Adicionalmente, de acuerdo con la bibliografía previamente revisada, se han formulado una serie de hipótesis respecto a los resultados esperados para cada una de las situaciones clínicas a las que han tenido que reaccionar los participantes:

1. En la Viñeta N°1, se espera una correlación positiva entre moderada y fuerte entre el nivel de empatía y la mayor adecuación de la respuesta contratransferencial para aquellas emociones más esperables en esta situación concreta. Asimismo, se pretende observar una correlación negativa significativa entre mayores puntuaciones en las escalas que miden déficit en la función reflexiva o mentalización, los rasgos de personalidad disfuncionales (especialmente en los

dominios “Desapego” y “Antagonismo”), así como, la presencia de sintomatología psiquiátrica no psicótica (principalmente en las subescalas “Ansiedad e Insomnio” y “Disfunción social”) y la adecuación de las reacciones contratransferenciales más frecuentes en la presente viñeta.

2. Para la Viñeta N°2, se evidenciará una correlación positiva significativa entre mayores respuestas empáticas y el grado de adecuación de las respuestas contratransferenciales más frecuentes frente a esta situación. De igual manera, se espera una correlación negativa entre hipomentalización (medida por el Cuestionario de Función Reflexiva), rasgos de personalidad maladaptativos (sobre todo en el dominio “Desinhibición”) y puntuaciones elevadas en el Cuestionario de Salud Mental (principalmente, en la subescala “Ansiedad”), al correlacionar estas tres variables con el grado de adecuación de las respuestas contratransferenciales más habituales y naturales presentadas por los estudiantes de medicina ante el caso.
3. En relación con la Viñeta N°3, por una parte, el grado de adecuación de las respuestas contratransferenciales más esperables en los estudiantes de medicina ante este escenario clínico correlacionarán con un mayor nivel de empatía y mentalización, observándose, una correlación positiva con la Escala de Toma de Perspectiva y una correlación negativa con el Cuestionario de Función Reflexiva. Por otra parte, se evidenciará una correlación negativa entre la adecuación de las respuestas contratransferenciales más habituales y los rasgos de personalidad disfuncionales en los dominios “Desapego” y “Afecto negativo” y con mayores puntuaciones en las subescalas “Síntomas somáticos”, “Ansiedad” y “Depresión grave” del Cuestionario de Salud General.
4. En la misma línea, la Viñeta N°4 desencadenará un mayor grado de adecuación de las respuestas contratransferenciales más frecuentes entre los participantes con mayor capacidad empática y mentalización, observándose una correlación positiva y negativa, respectivamente. Por el contrario, la adecuación de las respuestas contratransferenciales se presentará en menor grado entre alumnos con personalidades mas disfuncionales (especialmente en rasgos de “Antagonismo” y “Desinhibición”) y alumnos con posible trastorno de salud mental (sobre todo en el dominio “Disfunción social”), esperando así una correlación negativa.

5. Por último, en cuanto a la Viñeta N°5, se espera una correlación positiva significativa entre mayor capacidad de toma de perspectiva y mayor adecuación de las respuestas emocionales apropiadas para la situación. En contra, se evidenciará una correlación negativa entre dicha adecuación de las respuestas emocionales y la puntuación en la función reflexiva, los rasgos de personalidad maladaptativos (fundamentalmente de “Afectividad negativa”, “Desapego” y “Antagonismo”) y la sintomatología psiquiátrica no psicótica de “Ansiedad” y “Depresión grave”.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. DISEÑO DE ESTUDIO**

Se ha llevado a cabo un estudio empírico de diseño no experimental, transversal, y correlacional con el fin de evaluar la contratransferencia presentada en los estudiantes del Grado en Medicina e identificar si existen diferencias significativas en estas respuestas según género, curso, personalidad, mentalización, empatía y salud mental.

### **4.2. INSTRUMENTOS**

Se ha desarrollado una encuesta *online*, única en el tiempo, dirigida a la población objetivo de este estudio, es decir, a los estudiantes de medicina de todos los cursos, que de manera voluntaria y totalmente anónima debían contestar a todas las secciones de la encuesta. La muestra se ha reclutado divulgando el enlace para acceder a la encuesta por medio de diferentes redes sociales vinculadas con la carrera de medicina.

Por un lado, el método de aplicación de la encuesta ha sido autoadministrado, obteniendo las respuestas a través de técnicas de medición basadas en preguntas cerradas y escalas multidimensionales. Por otro lado, el método de recolección y registro de los datos ha sido electrónico y automatizado (28).

### **4.3. MEDIDAS**

Primeramente, la encuesta requería rellenar unos datos generales seleccionados ad hoc con el fin de obtener información respecto a la edad, género y curso académico de los participantes, importante para las hipótesis de la investigación.

Una vez recogidos estos datos, los participantes cumplimentaron un total de 5 cuestionarios que se detallan a continuación:

#### **4.3.1. *Feeling Word Checklist* o Lista de Verificación de Palabras de Sentimientos (FWC-24) (29, 30, 31)**

La encuesta comienza recolectando la que será la variable dependiente del estudio, esto es, la contratransferencia de los estudiantes de medicina y, con ello, la información más importante en la investigación. Para evaluar la respuesta emocional, se exponen una serie de viñetas clínicas adaptadas y estandarizadas al presente estudio (Anexo II). Estas cinco viñetas han sido creadas con el fin de simular situaciones clínicas complejas o, en cierta manera, ambiguas, de la práctica clínica diaria, buscando despertar sentimientos dispares en los participantes y que posteriormente se han recogido mediante el cuestionario FWC-24.

1. La Viñeta N°1 expone el caso de una mujer polidemandante e hiperfrecuentadora, en cuyos múltiples motivos de consulta se han realizado las pruebas diagnósticas indicadas y pautado los tratamientos necesarios. Pese a todo, persisten los síntomas, las demandas y la angustia de que algo grave le ocurre.
2. En la Viñeta N°2 se describe a un paciente varón que se muestra enfadado, irritable y poco colaborativo al ser atendido tras haber estado varias horas con dolor en la sala de espera de las urgencias del hospital. Se atiende, se explora y se explican las medidas terapéuticas a tomar, pero el paciente reacciona de manera agresiva contra el personal sanitario al finalizar la consulta, exigiendo ser atendido por otra persona.
3. La Viñeta N°3 muestra la situación de una paciente con antecedentes de haber sido atendida en urgencias múltiples veces en los últimos años. Durante la nueva consulta, confiesa, nerviosa, una agresión física por parte de su pareja, refiriendo no ser lo habitual y atribuyendo la situación a que ambos están pasando por una mala época. Una vez tranquilizada muestra su deseo de querer volver a su hogar.
4. La Viñeta N°4 expone el caso de un paciente crónico de difícil control e incumplimiento regular de las indicaciones terapéuticas, a pesar de las insistencias de sus familiares, refiriendo encontrarse bien y no necesitar información acerca de su estado de salud.

5. Por último, en la Viñeta N°5 se presenta el caso de un paciente que acude a consulta muy preocupado y asustado debido al importante empeoramiento de su sintomatología. Se explica cuidadosamente tanto el pronóstico como la evolución de su grave y avanzada patología. Él paciente lamenta y reprocha haber recibido un diagnóstico tardío debido a la demora sufrida durante el periodo de pandemia.

Para recoger la experiencia emocional presentada frente a cada una de estas situaciones, se ha traducido y utilizado el cuestionario FWC-24, adjunto en el Anexo II. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 24 ítems que fue desarrollado con el objetivo de evaluar la contratransferencia de los terapeutas. Originalmente, el cuestionario creado por Whyte, et al. (31), creadores de esta herramienta de medición de CTR, consistía en una escala de 30 sentimientos valorada con respuestas de si o no; posteriormente múltiples autores han estudiado la estructura factorial de este cuestionario y desarrollado múltiples versiones con distinto número de ítems, siendo los instrumentos más frecuentemente utilizados hoy en día el FWC de 58 ítems y FWC de 24 ítems, siendo gran objeto de debate el número ideal de ítems. El FWC-24 ha sido recientemente traducido y validado al castellano para población general (32).

Mediante este instrumento, se proporciona una lista de 24 sentimientos y se pide a los clínicos que informen, una vez finalizada la intervención con el paciente, en qué medida han experimentado tales sentimientos durante el contacto con el mismo o, como en este caso concreto, después de leer la viñeta. Las respuestas se miden mediante una escala *likert* del 0 al 4 (siendo 0 = “nada” y 4 = “mucho”).

Una vez recogida la variable principal, la encuesta se continúa de otros 4 cuestionarios, previamente traducidos al castellano y validados en población española, mediante los cuales se consigue reunir la información de las variables independientes del estudio, es decir, personalidad, mentalización, empatía y salud mental de los alumnos:

#### **4.3.2. Inventario de Personalidad del DSM-5 Versión Breve (PID-5-BF) (33, 34, 35, 36)**

El cuestionario PID-5-BF, validado en muestra clínica y comunitaria española por Gutiérrez F y colaboradores (36), es un inventario autoaplicado de 25 ítems, dirigido a adultos a partir de 18 años, mediante el cual se valoran distintos rasgos de personalidad descritos entre los trastornos de personalidad del DSM-5. En este estudio

se ha utilizado la versión breve de esta escala (disponible en el Anexo III), que evalúa, concretamente, 5 dominios de la personalidad:

1. Afecto negativo. Incluye rasgos de labilidad emocional, ansiedad, hostilidad, sumisión e inseguridad en la separación consecuencia de vivir múltiples experiencias y emociones negativas de ira, culpa, ansiedad o preocupación.
2. Desapego. Se compone de gran retraimiento, anhedonia, depresión y evitación de la intimidad lo que lleva a rehuir las interacciones interpersonales y socioemocionales.
3. Antagonismo. Este dominio engloba conductas de manipulabilidad, engaño, hostilidad, búsqueda de atención y grandiosidad, es decir, conductas que pueden resultar conflictivas en las interacciones interpersonales como consecuencia de una importante carencia de la percepción y comprensión de las necesidades y emociones de los demás.
4. Desinhibición. Incluye rasgos de irresponsabilidad, impulsividad y distracción, así como la asunción de riesgos sin importancia de las consecuencias que puedan tener.
5. Psicoticismo. Se caracteriza por creencias y experiencias inusuales, excentricidad y desregulación perceptiva, dando lugar a conductas extrañas, incoherentes e inoportunas.

Cada uno de estos dominios se evalúa mediante 5 ítems, pidiendo a los sujetos que valoren en qué medida el ítem les describe utilizando una escala tipo *likert* del 0 al 3, siendo 0 = “Totalmente falso o a menudo falso” y 3 = “Muy cierto o a menudo cierto”. Las puntuaciones de cada rasgo oscilan, por tanto, entre 0 y 15, indicando, los valores más altos, un mayor grado de disfunción en un rasgo de personalidad específico. Para corregir este cuestionario y poder aplicar su información en los procesos estadísticos posteriores, se procede a calcular la puntuación media global del cuestionario y la puntuación media para cada dominio. Valores elevados en el cuestionario indican mayor disfunción de la personalidad, pudiendo observar cuál ha resultado el dominio más afectado; mientras que, puntuaciones bajas apuntan hacia una personalidad más adaptativa.

#### **4.3.3. Cuestionario de Función Reflexiva (RFQ-8) (37, 38)**

El RFQ-8, adjuntado en el Anexo IV, es un cuestionario que evalúa la capacidad de mentalización, es decir, la habilidad de percibir los comportamientos y estados

mentales de uno mismo y de los demás. Fonagy et al. (37), diseñaron este cuestionario para operacionalizar y conseguir medir esta función de una manera sencilla. El cuestionario ha sido posteriormente validado en población general y clínica española por Ruiz-Parra y colaboradores (38). Consiste en un formulario autoadministrado de 8 ítems que se responden mediante una escala tipo *likert* del 1 al 7 (siendo 1 = “Completamente en desacuerdo” y 7 = “Completamente de acuerdo”).

La corrección de la versión española del RFQ-8 se realiza de la siguiente manera: se asigna a cada ítem el valor del 1 al 7 según haya sido la contestación, excepto para el ítem 7, el cual es inverso y, por tanto, debe ser recodificado (siendo su puntuación 1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1). Con todo ello, la puntuación final de la escala se obtiene hallando la media de las puntuaciones en los 8 ítems. Valores altos obtenidos en el cuestionario, indican incertidumbre acerca de los estados mentales y, por tanto, hipomentalización, mientras que, los valores más bajos indican certeza y, por ello, una mentalización genuina. Recalcar que no existe punto de corte para establecer una óptima función reflexiva, los resultados se interpretan tomando como referencia la totalidad de la muestra.

#### **4.3.4. Índice de Reactividad Interpersonal: Subescala Toma de Perspectiva (IRI-TP) (39, 40)**

El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), validado al castellano por Pérez-Albéniz y colaboradores (40), es un cuestionario autoaplicado de 28 ítems dividido en 4 subescalas que evalúan distintos aspectos del concepto global de empatía. En este estudio se valora específicamente la “Toma de Perspectiva (TP)”, adjuntado en el Anexo V, con el que se mide la cualidad implícita de adoptar espontáneamente el punto de vista psicológico de los demás. Esta subescala se compone de 7 ítems que el sujeto debe responder mediante una escala tipo *likert* de la A a la E indicando lo bien que le describe cada afirmación, siendo: A = “No me describe muy bien” y E = “Me describe muy bien”. Para obtener la puntuación media de esta escala, previamente se requiere recodificar las respuestas aplicando una puntuación del 0 al 4 a cada ítem, siendo, A=0, B=1, C=2, D=3 y E=4, exceptuando los ítems 1 y 4, que son inversos, y por tanto, sus puntuaciones consistirán en A=4, B=3, C=2, D=1 y E=0. Valores más elevados en el cuestionario se asocian con un mayor nivel de empatía y mejor funcionamiento social.

#### **4.3.5. Cuestionario General de Salud (CGS-28) (41)**

Por último, el CGS-28, disponible en el Anexo VI, es un instrumento de cribado que detecta los trastornos psiquiátricos no psicóticos, validado en población española por Lobo, et al (41). Consiste en un cuestionario autoadministrado de 28 ítems agrupados en 4 subescalas: A (Síntomas somáticos), B (Ansiedad e Insomnio), C (Disfunción social) y D (Depresión grave). Cada subescala consta de 7 ítems dónde el sujeto debe marcar la respuesta que más se ajuste a su situación actual. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores, desde “No, en absoluto” a “Más que lo habitual”. La corrección del cuestionario se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las 4 respuestas, respectivamente, por tanto, de cada ítem solo puntúan las dos últimas contestaciones. Con estos valores asignados, se suman las puntuaciones obtenidas en cada subescala (siendo la puntuación máxima posible 7) y la puntuación global del cuestionario. Para la interpretación de los resultados, el punto de corte se sitúa en 5/6 (no caso/caso), por lo que, un valor igual o superior a 6 en cualquiera de las categorías es indicativo de “posible caso de trastorno de salud mental”. Por tanto, la puntuación individual de cada escala permite orientar al posible tipo de trastorno, pues la subescala con mayor puntuación será la más patológica. Remarcar que, las diferentes subescalas valoran síntomas específicos para cada uno de sus apartados, pero no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos, por ello se expone como “caso probable”.

#### **4.4. PROCEDIMIENTO**

Cumpliendo con las normas éticas que guían el trabajo de investigación, se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos en todo momento. Asimismo, todos los sujetos fueron previamente informados de la naturaleza y objetivo del estudio, remarcando la voluntariedad de su participación desde el principio. En este sentido, se decidió no solicitar un exceso de datos que facilitaran la identificación de los sujetos, de tal forma que solo se han recogido las variables género, edad y curso.

#### **4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

Se han calculado los porcentajes para las variables cualitativas de la investigación (género y curso) y, tanto las medias, cómo las desviaciones estándar para las variables cuantitativas (edad, FWC-24, IRI-TP, PID-5-BF, RFQ-8 y CGS-28).

Previo a realizar cualquier análisis inferencial, se han comparado, utilizando el estadístico Ji cuadrado ( $\chi^2$ ), las posibles diferencias en cuanto al género que pudiese haber entre los alumnos de curso preclínico y curso clínico, pues resulta necesario determinar si ambos grupos son comparables.

A continuación, se ha procedido a realizar técnicas de análisis bivariante para la correlación de nuestras hipótesis planteadas. Para ello, primeramente, ha sido necesario comprobar la normalidad de la distribución de los datos con el objetivo de definir correctamente la prueba estadística idónea para el contraste de hipótesis, siendo necesario utilizar pruebas paramétricas (coeficiente de correlación de Pearson) para variables cuya distribución es normal y pruebas no paramétricas (coeficiente de correlación de Spearman) para el análisis entre variables de distribución no normal. Para la correcta interpretación de ambos coeficientes de correlación, se debe tener en cuenta que valores próximos a 1/-1 indican una correlación fuerte y positiva/negativa, mientras que valores próximos a 0 indican una correlación escasa o nula. En este estudio se considerará una correlación significativa entre moderada y fuerte los valores situados entre 0,40 y 0,79 en números absolutos (42).

Por otra parte, para analizar y comparar medias entre dos variables independientes, siendo una de ellas cualitativa y la otra cuantitativa, se ha elegido la prueba paramétrica T de Student o la no paramétrica U de Mann-Whitney, dependiendo de la distribución de la variable cuantitativa.

Una vez obtenido el coeficiente de correlación, se deberán tener en cuenta las denominadas “pruebas de contraste”, para probar la significación estadística de los resultados. El objetivo de ello consiste en decidir si se puede aceptar o rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) y la hipótesis alternativa ( $H_1$ ), considerando  $H_0$  que ambas variables son independientes y  $H_1$  que las variables tienen algún grado de asociación. Para poder concluir si se aceptan o se rechazan las hipótesis se deberá atender al valor de probabilidad “p”, el cual indica la probabilidad de que los datos obtenidos en nuestros resultados se deban al azar. Así pues, se considera una diferencia estadísticamente significativa cuando el valor p hallado sea  $<0.05$ , aceptando en ese caso la  $H_1$  y rechazando la  $H_0$ .

Todos los datos han sido procesados con el software *SPSS Statistics Editor* versión 29.

#### **4.6. RECODIFICACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE FWC-24**

Para el presente estudio se ha corregido el cuestionario de FWC-24 de dos formas. La primera es la forma original de corrección y se dirige a determinar la presencia e intensidad de cada una de las emociones. Todo el análisis descriptivo de los datos extraídos del cuestionario se ha realizado según esta corrección estandarizada.

Sin embargo, a la hora de evaluar correlaciones con otras variables, se ha apreciado la necesidad, no tanto de evaluar la intensidad de la respuesta emocional, como la adecuación de la misma, tanto en presencia como en intensidad. Para este propósito, que implica determinar la adecuación contratransferencial en cada escenario clínico, nos hemos servido de un complejo sistema de recodificación de las variables que hemos tratado de basar al máximo en un análisis de los resultados iniciales para el FWC-24 en nuestras muestras.

Con la finalidad de crear este nuevo código, se deben tener en cuenta, antes que nada, las siguientes consideraciones:

1. En primer lugar, se deben observar cuales son las respuestas más comunes en cada situación clínica, considerando estas como las más naturales y esperadas para dichos supuestos. Para ello, se han tenido en cuenta los resultados obtenidos en el análisis descriptivo del FWC-24 (explicado a continuación en Resultados) y atendiendo a los valores obtenidos en cada sentimiento, se han escogido las reacciones que presentan un valor superior a la media observada en la viñeta.
2. Sin embargo, no solo se debe tener en cuenta el hecho de que se presente esa reacción, sino también, en que grado de intensidad se ha mostrado, siendo esto un elemento clave para la detección de respuestas contratransferenciales que podrían interferir en el proceso terapéutico, como bien se ha desarrollado en la introducción. Para poder evaluar la intensidad de las emociones seleccionadas, se debe atender al valor de la mediana, esto es, el valor con el que la mayoría de los alumnos han puntuado ese sentimiento, escogiendo únicamente los que hubiesen mostrado medianas de 2 o 3. Las medianas de 1 se han excluido puesto que, aunque ese sentimiento se haya dado en gran medida, el grado de intensidad con el que se ha presentado ha sido muy débil.

Aplicando estos criterios de selección, se ha obtenido una lista de las principales emociones originadas en cada viñeta, constituyendo estas las variables a correlacionar con el resto de factores. Para proceder al análisis estadístico inferencial con estas variables en base al objetivo de evaluar la idoneidad de las reacciones, se han tenido que recodificar las respuestas siguiendo un criterio de respuesta central:

1. Primero de todo, se ha considerado que las respuestas más adecuadas sean las contestadas con un nivel de intensidad 2 o 3 en el cuestionario FWC-24, pues puntuaciones de 1 pueden ser escasas (sobre todo si la tendencia general ha sido contestar 3) y puntuaciones de 4 pueden resultar excesivas (especialmente cuando el valor predominante para esa emoción ha sido 2). Además, en todos los casos, si el grueso de la muestra ha presentado en cierta medida ese sentimiento, puntuarlo con un valor de 0 y, por ende, no haberlo experimentado en absoluto, supone un hallazgo inusual e inapropiado.
2. Siguiendo estos criterios, se ha adjudicado un valor máximo de 3 a la contestación más repetida entre los alumnos, es decir, a la mediana (p.ej.: si la emoción *Prudente* ha sido una de las más contestadas para la viñeta 1 con una mediana de 2, el valor central y de mayor puntuación será este, pasando a tener un valor de 3).
3. Para recodificar el resto de reacciones, se tendrá en cuenta si la tendencia para ese sentimiento concreto ha sido más extremo o moderado. Si el valor central ha sido 2, quiere decir que el grado intensidad predominante para ese sentimiento ha sido moderado, por ende, ese sentimiento se recodifica de la siguiente manera: (0=0) (1=2) (**2=3**) (3=2) (4=1). Partiendo de que el valor máximo se les atribuye a las contestaciones de 2, a las respuestas 1 y 3 se les adjudica una puntuación de 2 pues ambos se consideran un grado aceptable de respuesta en esa situación, mientras que, a las contestaciones de 4 se les confiere un valor de 1, pues viendo que las respuestas han sido, en su mayoría, moderadas, las puntuaciones de 4 en ese sentimiento se consideran excesivas. Del mismo modo, si la mediana para ese sentimiento ha sido de 3 y, por tanto, la gran mayoría de los participantes lo han sentido con ese grado de intensidad, éste pasa a ser nuestro valor central de la variable dándole un valor de 3 y el resto de contestaciones quedarán recodificadas de la siguiente manera: (0=0) (1=1) (2=2) (**3=3**) (4=2). En este caso, las emociones puntuadas con 2 y 4 se considerarán medianamente adecuadas, dándoles, por ello, el valor de 2 y, las

contestaciones puntuadas con 1, teniendo en cuenta que la mayoría de reacciones han sido intensas, se consideran insuficientes en este caso, dándoles un valor de 1.

Resumiendo, tal y como se muestra en la **Tabla 1** adjunta en el Anexo VII, la codificación para los sentimientos con mediana de 2 queda: 0-2-3-2-1, mientras que la codificación para sentimientos con mediana de 3 queda: 0-1-2-3-2.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

La muestra se compone de un total de 136 estudiantes universitarios del Grado en Medicina de nacionalidad española, constituida por una abundante mayoría de mujeres frente a hombres, con un 73,5% y 25,7% respectivamente. La edad promedio de los participantes fue de 21,90 (DE = 2,1).

Por otra parte, analizando la distribución de los participantes en función del curso académico actual, observamos que un 4.4% de los sujetos son alumnos de 1º de medicina, un 14.7% alumnos de 2º, un 18% alumnos de 3º, un 9,6% alumnos de 4º, un 11% alumnos de 5º y, la mayoría de los sujetos, un 41,9%, alumnos de 6º. De acuerdo a las hipótesis planteadas, se ha decidido agrupar esta variable en dos grupos, diferenciando a los alumnos que estén cursando en Fase Preclínica de la formación (1º, 2º o 3º) y los alumnos que estén cursando en Fase Clínica (4º, 5º o 6º), de esta manera, la muestra se compone de un 37,5% de alumnos que actualmente están en cursos Preclínicos y un 62,5% de alumnos en cursos Clínicos.

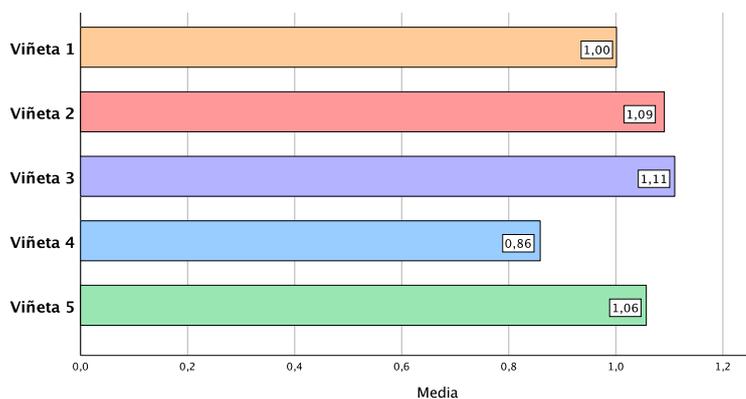
Tal y como se ha adelantado, se han comparado las posibles diferencias en cuanto al género que pudiese haber entre los alumnos de curso preclínico y curso clínico. Para ello, se ha utilizado la prueba para comparación entre variables cualitativas de Ji cuadrado ( $\chi^2$ ). Los resultados para esta prueba, muestran una  $p=0.31$  ( $>0.05$ ), por tanto, se acepta la hipótesis nula, concluyendo que no existen diferencias entre ambos grupos y, por ende, son comparables.

### **5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA FWC-24**

A continuación, se presenta un análisis descriptivo de las reacciones obtenidas por los estudiantes de medicina en el cuestionario FWC-24, con motivo de observar cuáles

han sido, y en qué grado, las emociones predominantes en cada supuesto. Así pues, poco a poco, se irá articulando la respuesta a la pregunta planteada como principal objetivo la investigación: *¿Cuál es la reacción emocional de los futuros médicos frente a diversas situaciones de la práctica clínica?*

Primeramente, se han calculado y representado en la figura inferior, las medias de los resultados obtenidos en cada una de las viñetas (**Figura 1**), siendo la finalidad de estos datos ilustrar las situaciones que han desencadenado mayor y menor carga emocional. Tal y como se aprecia en el gráfico, las medias han sido muy similares entre sí en la mayoría de las viñetas; sin embargo, destaca la viñeta nº4 como la situación que menor reacción emocional ha despertado entre los participantes, con una media de 0.86 frente a las medias superiores a una puntuación de 1 que se presentan en el resto de viñetas.



**Figura 1. Puntuación media de la respuesta emocional para cada viñeta.** Se muestran las medias de todos los sentimientos presentados por los alumnos para cada una de las situaciones clínicas.

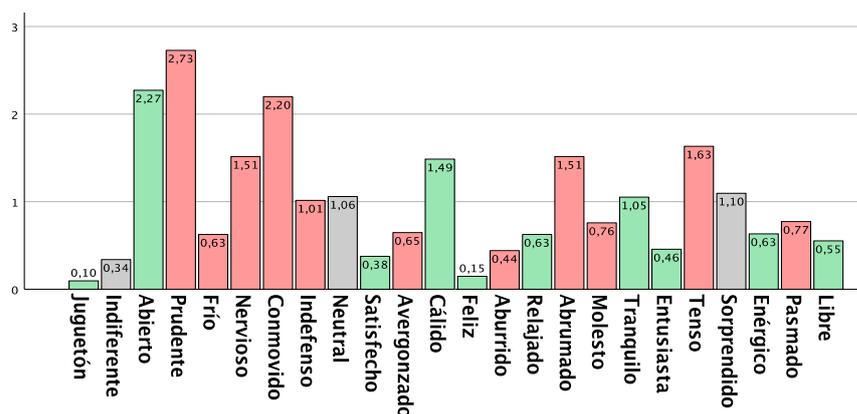
Sin embargo, la información más útil y relevante para nuestro estudio se ha extraído desglosando a continuación, uno por uno, los datos de cada viñeta, lo que ha permitido observar el tipo de respuestas que han predominado en cada situación, y la posible aparición de casos fuera de la norma. Se ha consensado que todos los sentimientos que presenten una media superior a la media global de la viñeta, serán los dominantes en esa situación clínica.

Antes que nada, mencionar también la clasificación que se ha utilizado para describir los sentimientos que componen el cuestionario FWC-24, considerado tres categorías de respuesta emocional. Por una parte, se diferencian claramente una serie de emociones o respuestas contratransferenciales positivas, siendo estas: *Juguetón, Abierto, Satisfecho, Cálido, Feliz, Relajado, Tranquilo, Entusiasta, Enérgico y Libre.*

Por otra parte, se observan una serie de reacciones indudablemente negativas o que se muestran como respuesta a situaciones negativas o adversas como son: *Prudente, Frío, Nervioso, Conmovido, Indefenso, Avergonzado, Aburrido, Abrumado, Molesto, Tenso* y *Pasmado*. Por ultimo, destacan tres sentimientos que no se han podido englobar en ninguna de las dos categorías, calificándolas como reacciones neutras, estas son: *Indiferente, Neutral* y *Sorprendido*.

### 5.2.1. Análisis descriptivo de la Viñeta N°1

En la viñeta 1, dónde se describe el caso de una paciente polidemandante, se aprecia una ligera mayoría de reacciones calificadas como negativas, representadas en el gráfico inferior en color rojo, aunque no siendo despreciable tampoco la cantidad de respuestas positivas, representadas en color verde (**Figura 2**). Además, tal y como se muestra en este mismo gráfico y en la tabla de frecuencias para la viñeta 1 (**Tabla 3**), destaca *Prudente* como la emoción que mayor número de respuestas ha obtenido en este escenario, con una media de 2,73. De hecho, prestando atención a los valores de la mediana, se erige como la única emoción que ha sido puntuada por la mayoría de estudiantes con un valor de 3 sobre 4. Seguido de este sentimiento, observamos, igualmente señalados en negrita en la tabla, otras emociones que también se han dado en gran medida, como *Abierto, Conmovido, Tenso* y *Nervioso*.



**Figura 2. Gráfico de medias para la Viñeta 1.** Se muestran las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los sentimientos. Se han representado en color verde los sentimientos considerados “positivos”, en rojo los sentimientos “negativos” y en gris los “neutros”.

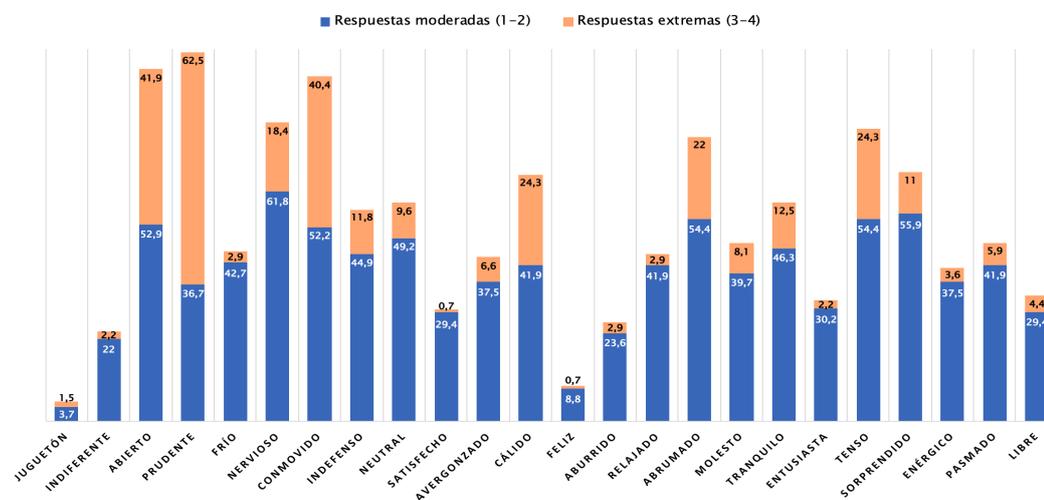
Tabla 2. Tabla de frecuencias para la Viñeta 1.

	Juguetón	Indiferente	Abierto	Prudente	Frío	Nervioso	Conmovido	Indefenso	Neutral	Satisfecho	Avergonzado	Cálido
<b>Media</b>	,10	,34	2,27	2,73	,63	1,51	2,20	1,01	1,06	,38	,65	1,49
<b>Mediana</b>	,00	,00	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00
<b>Desv. est.</b>	,515	,702	1,022	,865	,816	1,054	1,081	1,089	1,080	,632	,899	1,344

	Feliz	Aburrido	Relajado	Abrumado	Molesto	Tranquilo	Entusiasta	Tenso	Sorprendido	Enérgico	Pasmado	Libre
<b>Media</b>	,15	,44	,63	1,51	,76	1,05	,46	1,63	1,10	,63	,77	,55
<b>Mediana</b>	,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00	2,00	1,00	,00	,00	,00
<b>Desv. est.</b>	,524	,814	,807	1,161	,970	1,131	,769	1,240	1,003	,885	,943	,893

Por otra parte, con el objetivo de visualizar qué sentimientos se han presentado con mayor intensidad, se ha generado la gráfica mostrada a continuación (**Figura 3**), dónde se diferencian las respuestas consideradas moderadas, es decir, puntuadas con valores de 1 o 2 en el cuestionario (representadas en azul), y las más extremas o intensas, puntuadas con valores de 3 o 4 (marcadas en naranja). Dicha gráfica pone de manifiesto que los sentimientos que mayor carga emocional han generado han sido *Prudente*, *Abierto* y *Conmovido*, siendo las tres únicas emociones que han obtenido una respuesta emocional intensa en más del 40% de los estudiantes.

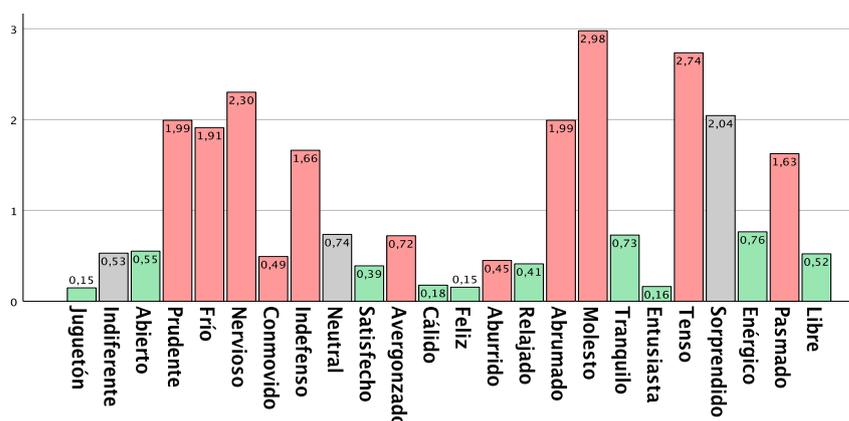


**Figura 3. Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 1.** Se representan en color azul los sentimientos mostrados con una puntuación de 1 o 2 y en naranja los presentados con una puntuación de 3 o 4 en el cuestionario FWC-24 que mide esta variable.

### 5.2.2. Análisis descriptivo de la Viñeta N°2

En la viñeta 2 se explica el caso de un paciente que tras varias horas de espera con dolor reacciona de manera agresiva contra el personal sanitario durante la consulta. Los datos analizados y representados en la **Figura 4** y **Tabla 3** permiten apreciar

claramente una amplia mayoría de emociones negativas frente a esta situación clínica, siendo la palabra *Molesto*, el sentimiento desencadenado en mayor medida entre los participantes, con una media de 2.98 y una mediana de 3. Le siguen de cerca *Tenso*, *Nervioso*, *Sorprendido*, *Prudente*, *Abrumado*, *Frío*, *Indefenso* y *Pasmado*, lo cual, marca claramente la tendencia de las respuestas recibidas para esta situación clínica.



**Figura 4. Gráfico de medias para la Viñeta 2.** Se muestran las puntuaciones medias de cada sentimiento, representados en color verde los sentimientos positivos, en rojo los sentimientos negativos y en gris los neutros.

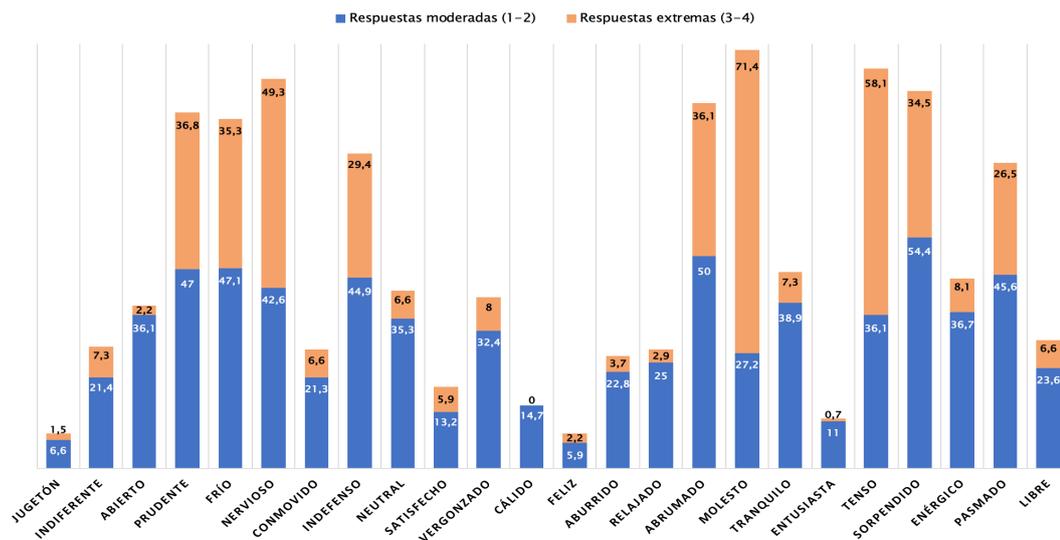
**Tabla 3. Tabla de frecuencias para la Viñeta 2.**

	Jugueteón	Indiferente	Abierto	Prudente	Frío	Nervioso	Conmovido	Indefenso	Neutral	Satisfecho	Avergonzado	Cálido
<b>Media</b>	,15	,53	,55	<b>1,99</b>	<b>1,91</b>	<b>2,30</b>	,49	<b>1,66</b>	,74	,39	,72	,18
<b>Mediana</b>	,00	,00	,00	<b>2,00</b>	<b>2,00</b>	<b>2,00</b>	,00	<b>2,00</b>	,00	,00	,00	,00
<b>Desv. est.</b>	,538	,988	,815	1,314	1,297	1,225	,981	1,335	1,056	,904	1,059	,454

	Feliz	Aburrido	Relajado	Abrumado	Molesto	Tranquilo	Entusiasta	Tenso	Sorprendido	Enérgico	Pasmado	Libre
<b>Media</b>	,15	,45	,41	<b>1,99</b>	<b>2,98</b>	,73	,16	<b>2,74</b>	<b>2,04</b>	,76	<b>1,63</b>	,52
<b>Mediana</b>	,00	,00	,00	<b>2,00</b>	<b>3,00</b>	,00	,00	<b>3,00</b>	<b>2,00</b>	,00	<b>2,00</b>	,00
<b>Desv. est.</b>	,595	,868	,774	1,183	1,043	1,000	,490	1,182	1,147	,991	1,344	,943

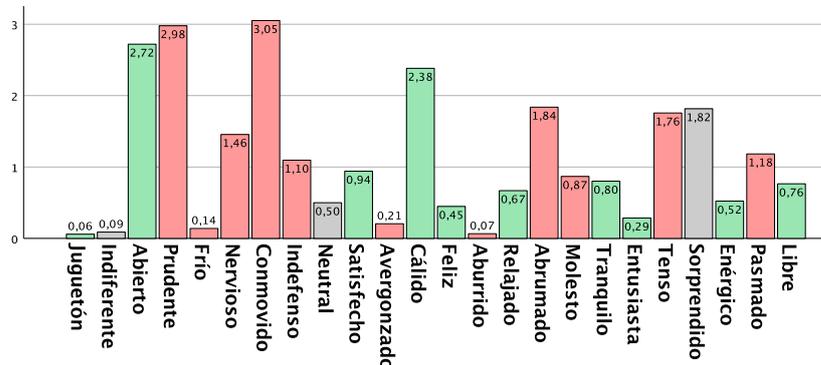
Asimismo, atendiendo a la gráfica inferior (**Figura 5**) se puede observar que la carga emocional presentada frente a esta situación ha sido, en general, muy elevada y predominantemente negativa, especialmente destacando los sentimientos *Molesto*, *Tenso* y *Nervioso*, puntuados con valores superiores a 3 por más del 50% de los alumnos. Cabe remarcar, además, que la emoción *Molesto* en esta viñeta, ha resultado ser el sentimiento que mayor carga emocional ha generado en todo el cuestionario, con un porcentaje de respuesta extrema superior al 70%.



**Figura 5. Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 2.** Se representan en color azul los sentimientos mostrados con una puntuación de 1 o 2 y en naranja los presentados con una puntuación de 3 o 4 en el cuestionario que mide esta variable.

### 5.2.3. Análisis descriptivo de la Viñeta N°3

En este tercer suceso, se muestra la situación de una mujer que confiesa una agresión física por parte de su pareja. En respuesta a esta viñeta se advierte una mayoría de sentimientos tales como *Conmovido* y *Prudente*, obteniendo medias muy similares en ambos, de 3,05 y 2,98, respectivamente, siendo remarcable también la media obtenida en los sentimientos positivos *Abierto* y *Cálido*. Resalta cómo en dichas emociones se han obtenido medianas con valor de 3, respuestas de elevada intensidad (**Figura 6, Tabla 4**).



**Figura 6. Gráfico de medias para la Viñeta 3.** Se muestran las puntuaciones medias de cada sentimiento, representados en color verde los sentimientos positivos, en rojo los sentimientos negativos y en gris los neutros.

Tabla 4. Tabla de frecuencias para la Viñeta 3.

	Juguetón	Indiferente	Abierto	Prudente	Frío	Nervioso	Conmovido	Indefenso	Neutral	Satisfecho	Avergonzado	Cálido
Media	,06	,09	2,72	2,98	,14	1,46	3,05	1,10	,50	,94	,21	2,38
Mediana	,00	,00	3,00	3,00	0,00	1,00	3,00	1,00	,00	,00	,00	3,00
Desv. est.	,380	,354	1,304	1,145	,388	,995	,937	1,167	,878	1,222	,585	1,451

	Feliz	Aburrido	Relajado	Abrumado	Molesto	Tranquilo	Entusiasta	Tenso	Sorprendido	Enérgico	Pasmado	Libre
Media	,45	,07	,67	1,84	,87	,80	,29	1,76	1,82	,52	1,18	,76
Mediana	,00	,00	,00	2,00	,00	,00	,00	2,00	2,00	,00	1,00	,00
Desv. est.	,859	,303	,887	1,200	1,185	1,039	,643	1,078	1,137	,886	1,242	1,110

Resultados muy concordantes se muestran en la siguiente gráfica que identifica las reacciones más extremas para esta viñeta (**Figura 7**), pues vemos que más del 60% de la muestra ha reconocido sentirse con una intensidad mayor a 3, *Prudente*, *Conmovido* y *Abierto* y *Cálido*. Además, se puede observar que, a pesar de haberse presentado en gran medida también reacciones más negativas como *Abrumado*, *Tenso* y *Sorprendido*, la mayoría de estas respuestas han sido de intensidad moderada.

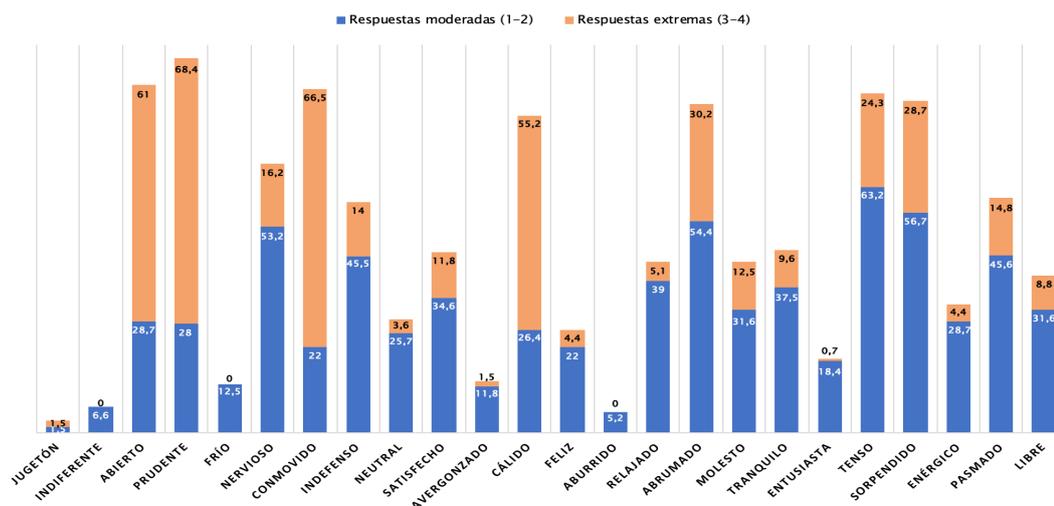
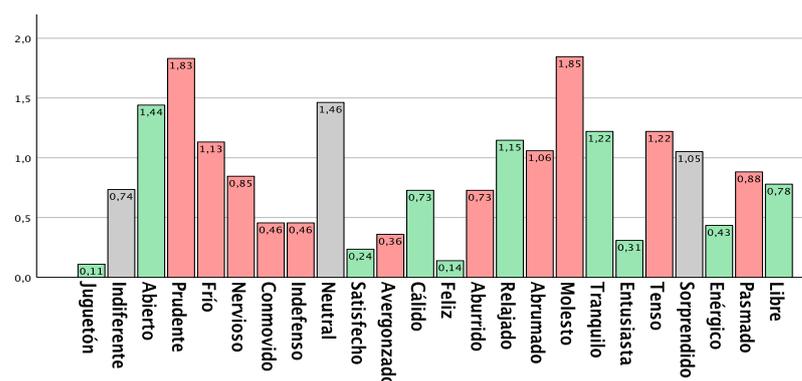


Figura 7. Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 3. Se representan en color azul los sentimientos mostrados con una puntuación de 1 o 2 y en naranja los presentados con una puntuación de 3 o 4 en el cuestionario que mide esta variable.

#### 5.2.4. Análisis descriptivo de la Viñeta N°4

Llama la atención los resultados tan dispares presentados en el caso clínico desarrollado en la viñeta 4, dónde se muestra un paciente crónico mal cumplidor y de difícil control. Atendiendo, primeramente, a los sentimientos que han predominado ante esta situación, representados en la **Figura 8** y **Tabla 5**, se evidencia que las dos emociones más recurrentes han sido *Molesto* y *Prudente*, presentando ambas medias

muy parejas entorno a 1,85. A su vez, también destacan las reacciones *Neutral* y *Abierto* como las siguientes más contestadas. Por tanto, estamos ante una situación en la que no se ve una clara tendencia entre las respuestas de los alumnos, puesto que, por una parte, muchos se han sentido *Molestos*, un sentimiento indudablemente negativo, pero, por otra parte, también ha despertado, en gran medida, sentimientos positivos (*Abierto*) y neutros (*Neutral*).



**Figura 8. Gráfico de medias para la Viñeta 4.** Se muestran las puntuaciones medias de cada sentimiento, representados en color verde los sentimientos positivos, en rojo los sentimientos negativos y en gris los neutros.

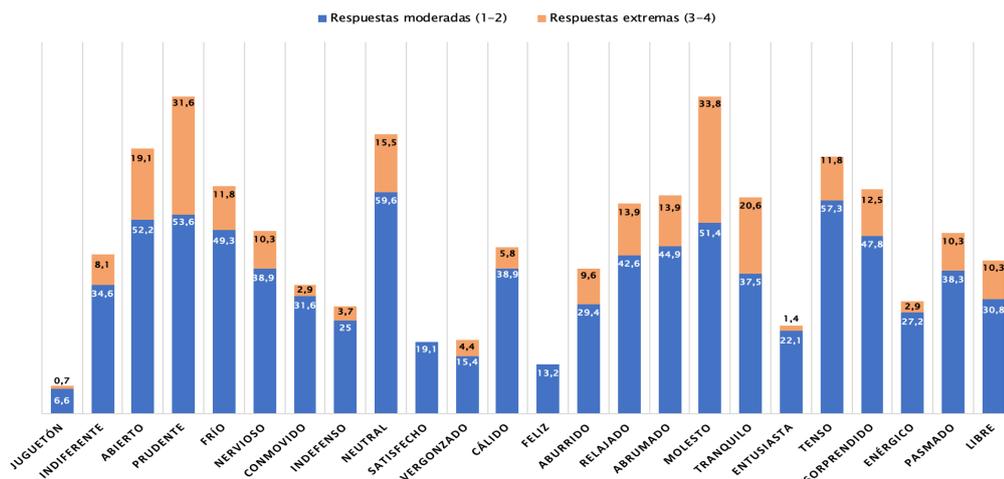
**Tabla 5. Tabla de frecuencias para la Viñeta 4.**

	Juguetero	Indiferente	Abierto	Prudente	Frio	Nervioso	Conmovido	Indefenso	Neutral	Satisfecho	Avergonzado	Cálido
<b>Media</b>	,11	,74	1,44	1,83	1,13	,85	,46	,46	1,46	,24	,36	,73
<b>Mediana</b>	,00	,00	1,00	2,00	1,00	,00	,00	,00	2,00	,00	,00	,00
<b>Desv. est.</b>	,433	1,034	1,216	1,158	1,134	1,053	,729	,851	1,102	,520	,823	,954

	Feliz	Aburrido	Relajado	Abrumado	Molesto	Tranquilo	Entusiasta	Tenso	Sorprendido	Enérgico	Pasmado	Libre
<b>Media</b>	,14	,73	1,15	1,06	1,85	1,22	,31	1,22	1,05	,43	,88	,78
<b>Mediana</b>	,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
<b>Desv. est.</b>	,369	1,078	1,220	1,134	1,198	1,304	,650	1,059	1,131	,777	1,109	1,113

A la hora de analizar la intensidad de estas respuestas con la siguiente gráfica, dónde se muestra el porcentaje de reacciones moderadas e intensas para cada sentimiento en esta viñeta (**Figura 9**), podemos observar que en ningún caso las reacciones han sido excesivamente intensas. Las emociones *Molesto* y *Prudente* son las que mayor número de reacciones han recibido, pero en ninguno de los casos el porcentaje de respuestas extremas para estas emociones supera el 33% de la muestra, es decir, en su gran mayoría han sido reacciones moderadas con una mediana de 2. Además, para los sentimientos *Neutral* y *Abierto*, observamos tanto en la gráfica inferior como en la tabla anterior, que tampoco han supuesto reacciones extremas.

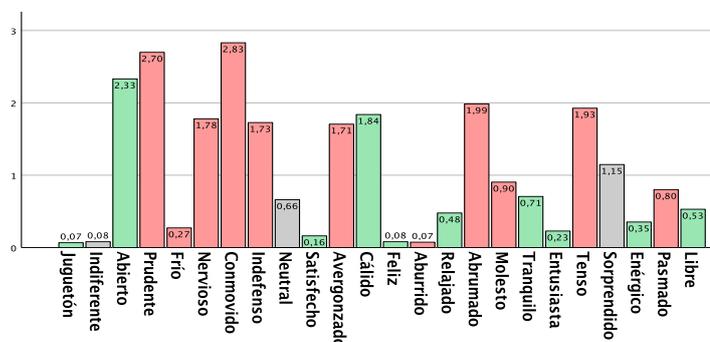


**Figura 9. Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 4.** Se representan en color azul los sentimientos mostrados con una puntuación de 1 o 2 y en naranja los presentados con una puntuación de 3 o 4 en el cuestionario que mide esta variable.

Todo ello entra en consonancia con lo previamente mencionado en la **Figura 2** al comparar las medias de todas las viñetas, donde ya se podía dilucidar claramente que la viñeta 4 era la que menor carga emocional había desencadenado.

### 5.2.5. Análisis descriptivo de la Viñeta N°5

Por último, en la viñeta 5 se presenta el caso de un hombre preocupado y asustado por la mala evolución de su patología debido a un diagnóstico tardío que resulto de la demora sufrida en la pandemia del COVID-19. Se muestra en la **Figura 10** y la **Tabla 6**, que el sentimiento predominante en este caso ha sido *Conmovido*, con una media de 2,83. Además, atendiendo al valor de la mediana, señalada junto con la media en negrita en la tabla, vemos que la mayoría de los estudiantes han reaccionado con un valor de 3 a este sentimiento. Destacan, a su vez, los sentimientos *Prudente*, *Abierto*, *Abrumado*, *Tenso*, *Cálido*, *Nervioso*, *Indefenso* y *Avergonzado* con gran presencia.



**Figura 10. Gráfico de medias para la Viñeta 5.** Se muestran las puntuaciones medias de cada sentimiento, representados en color verde los sentimientos positivos, en rojo los sentimientos negativos y en gris los neutros.

Tabla 6. Tabla de frecuencias para la Viñeta 5.

	Juguétón	Indiferente	Abierto	Prudente	Frío	Nervioso	Conmovido	Indefenso	Neutral	Satisfecho	Avergonzado	Cálido
<b>Media</b>	,07	,08	<b>2,33</b>	<b>2,70</b>	,27	<b>1,78</b>	<b>2,83</b>	1,73	,66	,16	1,71	<b>1,84</b>
<b>Mediana</b>	,00	,00	<b>2,00</b>	<b>3,00</b>	,00	<b>2,00</b>	<b>3,00</b>	2,00	,00	,00	<b>2,00</b>	<b>2,00</b>
<b>Desv. est.</b>	,349	,405	1,253	1,182	,626	1,052	1,099	1,208	,913	,443	1,136	1,452

	Feliz	Aburrido	Relajado	Abrumado	Molesto	Tranquilo	Entusiasta	Tenso	Sorprendido	Enérgico	Pasmado	Libre
<b>Media</b>	,08	,07	,48	<b>1,99</b>	,90	,71	,23	<b>1,93</b>	1,15	,35	,80	,53
<b>Mediana</b>	,00	,00	,00	<b>2,00</b>	1,00	,00	,00	<b>2,00</b>	1,00	,00	,00	,00
<b>Desv. est.</b>	,405	,336	,699	1,109	1,010	,895	,608	1,139	1,099	,705	,987	,973

Finalizando este análisis descriptivo de los resultados en la escala FWC-24, se puede observar en la **Figura 11** presentada a continuación, que las reacciones más intensas en la viñeta 5 se han dado en los sentimientos *Conmovido* y *Prudente*, habiendo manifestado alrededor del 60% de la muestra valores extremos. Estos datos también se apoyan observando el valor de la mediana para ambas reacciones en la **Tabla 6**, siendo ésta de 3.

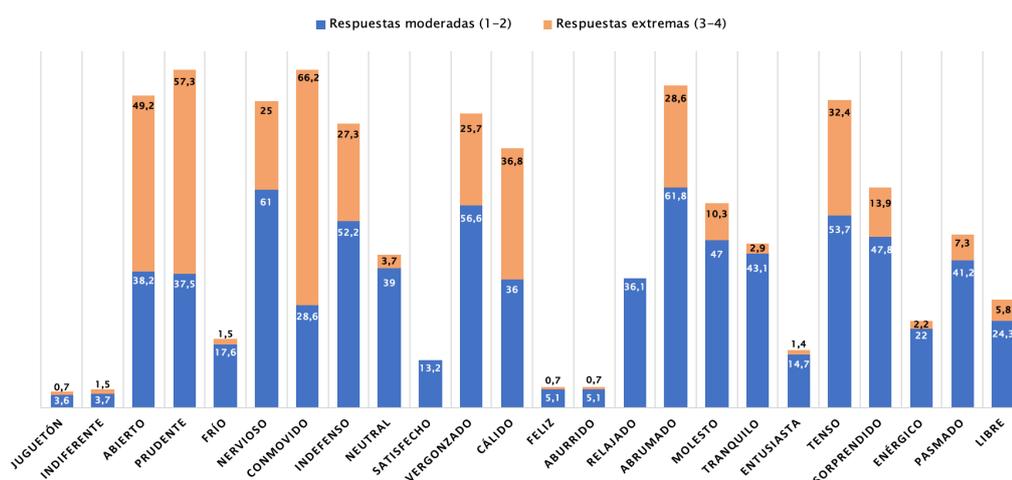


Figura 11. Porcentaje de respuestas moderadas y extremas para cada sentimiento en la Viñeta 5. Se representan en color azul los sentimientos mostrados con una puntuación de 1 o 2 y en naranja los presentados con una puntuación de 3 o 4 en el cuestionario que mide esta variable.

### 5.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

Teniendo en cuenta la distribución no normal de los datos y la independencia de las variables a correlacionar, se han utilizado pruebas no paramétricas en todos los casos. Por una parte, Rho de Spearman para la correlación entre variables cuantitativas y, por otra parte, U de Mann-Whitney para la comparación de medias entre variables cualitativas y cuantitativas.

### 5.3.1. Correlación entre los resultados de los diferentes cuestionarios y las respuestas más frecuentes en cada viñeta

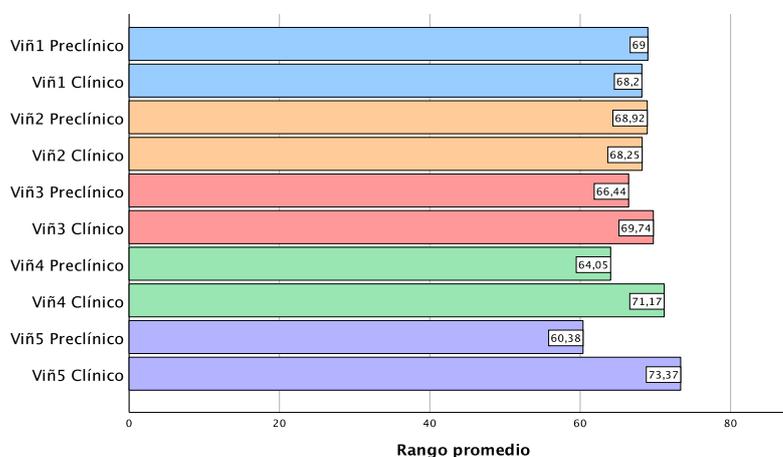
A continuación se adjuntan en el Anexo VIII las cinco tablas (**Tabla 7, Tabla 8, Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11**) dónde se recogen, para cada una de las 5 viñetas, los coeficientes de correlación calculados entre la adecuación de los principales sentimientos presentados por los estudiantes de medicina (FWC-24) y los resultados de los cuestionarios que miden sus niveles de empatía y toma de perspectiva (IRI-TP), función reflexiva (RFQ-8), rasgos de personalidad desadaptativa (PID-5-BF) y presencia de síntomas psicopatológicos (CGS-28), no habiendo conseguido demostrar asociación alguna entre las variables en ninguna de las situaciones clínicas.

Atendiendo a los coeficientes de correlación para cada una de las comparaciones y la ausencia de significación ( $p > 0.05$ ) en todas ellas, no se puede afirmar que existan diferencias en las respuestas al FWC-24 en función de los factores mencionados y, por tanto, cabe rechazar las hipótesis formuladas para estos supuestos.

### 5.3.2. Diferencias en función del curso académico

Con objeto de determinar si existen diferencias en función del curso académico de los alumnos, se ha llevado a cabo una comparación de las reacciones emocionales distinguiendo entre los participantes de cursos Preclínicos y los de cursos Clínicos.

Primeramente, vemos representada en la **Figura 12** la carga emocional mostrada en cada viñeta y diferenciada por grupos (Preclínico/Clínico), para observar si existen diferencias en la reacción emocional entre ambos.



**Figura 12.** Representación gráfica del rango promedio en las respuestas a cada viñeta de ambos grupos.

Podemos apreciar claramente en la gráfica cómo los valores son muy similares en ambos grupos para las viñetas 1, 2, 3 y 4, pudiéndose distinguir cierta diferencia para la viñeta 5. Sin embargo, al aplicar el estadístico de prueba para estas comparaciones (**Tabla 12**), observamos que no existen diferencias significativas entre ambos grupos para ninguna de las viñetas.

**Tabla 12. Estadísticos de prueba para la comparación de respuestas entre ambos grupos (Preclínico/Clínico) para cada viñeta.** Se considera una diferencia significativa cuando  $p < 0.05$ .

	FWC24_Viñ1	FWC24_Viñ2	FWC24_Viñ3	FWC24_Viñ4	FWC24_Viñ5
<b>U de Mann-Whitney<sup>a</sup></b>	2142,000	2146,000	2062,500	1940,500	1753,500
<b>Sig. asin. (bilateral)</b>	,909	,923	,637	,307	,063

a. Variable de agrupación: Preclínico/Clínico

Tras estos resultados, se han comparado las reacciones emocionales más frecuentes en cada viñeta entre los participantes de ambos grupos, con la finalidad de demostrar la hipótesis que plantea un mayor número de respuestas adecuadas o apropiadas entre los estudiantes en Fase Clínica (**Tabla 13**).

**Tabla 13. Estadísticos de prueba para la comparación de las respuestas más frecuentes en cada viñeta entre ambos grupos (Preclínico/Clínico).** Se considera una diferencia significativa cuando  $p < 0.05$ .

	Viñ1_Prudente	Viñ1_Abierto	Viñ1_Conmovido	Viñ1_Tenso	Viñ1_Nervioso
<b>U de M-W<sup>a</sup></b>	2028,00	2133,00	2160,50	2158,50	1977,50
<b>Sig.</b>	,483	,866	,971	,966	,358

	Viñ2_Molesto	Viñ2_Tenso	Viñ2_Nervioso	Viñ2_Sorprendido	Viñ2_Prudente	Viñ2_Frío	Viñ2_Indefenso	Viñ2_Pasmado
<b>U de M-W<sup>a</sup></b>	2104,00	1954,50	2087,50	2163,50	2073,50	2070,50	1873,50	2045,50
<b>Sig.</b>	,749	,264	,693	,983	,656	,651	,164	,567

	Viñ3_Conmovido	Viñ3_Prudente	Viñ3_Abierto	Viñ3_Cálido	Viñ3_Abrumado	Viñ3_Sorprendido	Viñ3_Tenso
<b>U de M-W<sup>a</sup></b>	2014,50	1999,50	2125,50	2057,50	2104,00	2060,00	2123,00
<b>Sig.</b>	,437	,372	,829	,595	,760	,630	,828

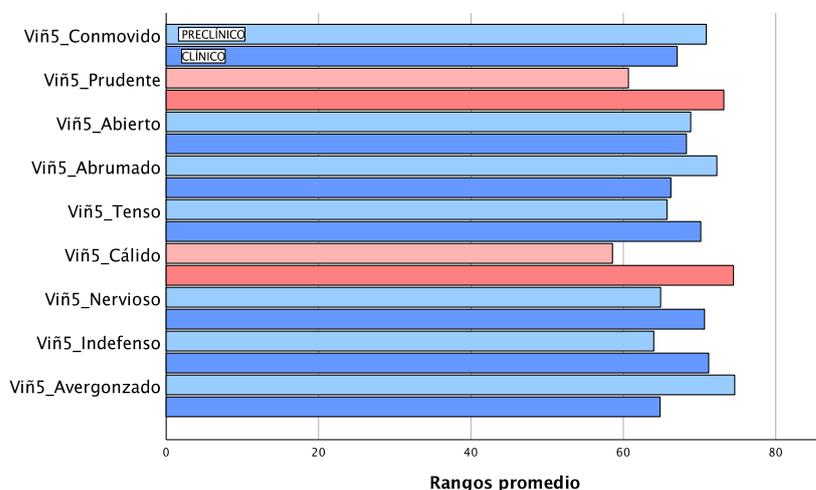
  

	Viñ4_Molesto	Viñ4_Prudente	Viñ4_Neutral
<b>U de M-W<sup>a</sup></b>	2076,00	1874,50	2152,50
<b>Sig.</b>	,651	,152	,943

	Viñ5_ Conmovido	<b>Viñ5_ Prudente</b>	Viñ5_ Abierto	Viñ5_ Abrumado	Viñ5_ Tenso	<b>Viñ5_ Cálido</b>	Viñ5_ Nervioso	Viñ5_ Indefen.	Viñ5_ Avergon.
<b>U de M-W<sup>a</sup></b>	21046,00	<b>1768,50</b>	2149,50	1974,50	2026,00	<b>1661,00</b>	1984,00	1937,50	1855,50
<b>Sig.</b>	,538	<b>,04</b>	,932	,353	,495	<b>,018</b>	,373	,274	,132

a. Variable de agrupación: Preclínico/Clínico

Tal y como se ha marcado en la **Tabla 13** y se representa en la **Figura 13** a continuación, se ha demostrado una diferencia significativa entre ambos grupos en las respuestas *Prudente* y *Cálido* para la viñeta número 5, siendo mayor estas respuestas entre los alumnos de la Fase Clínica, lo cual se corresponde con nuestra hipótesis.



**Figura 13. Representación gráfica del rango promedio de las respuestas más frecuentes en la Viñeta 5 entre ambos grupos. Se señalan en rojo los sentimientos que han presentado una diferencia significativa.**

### 5.3.3. Diferencias en función del género para las viñetas 2 y 3

La hipótesis del estudio respecto a esta variable plantea una reacción más intensa entre las mujeres para las situaciones clínicas de las viñetas 2 y 3. Para ello, se muestra una tabla donde se observan las posibles diferencias entre ambos grupos para los sentimientos más contestados en tales supuestos (**Tabla 14**).

En esta comparación, únicamente se han encontrado diferencias significativas en las respuestas a la emoción *Sorprendido* para la Viñeta 2 y *Abierto* para la Viñeta 3, marcados en negrita en la tabla y representados en color rojo en la gráfica; siendo estas diferencias significativamente superiores en el grupo femenino (**Figura 14**).

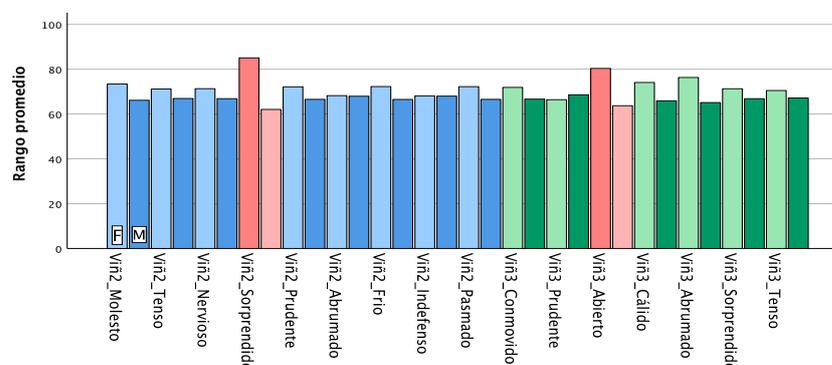
**Tabla 14. Estadísticos de prueba para la comparación de las respuestas más frecuentes en las viñetas 2 y 3 entre ambos grupos de género (Femenino/Masculino). Se considera diferencia significativa cuando  $p < 0.05$ .**

	Viñ2_ Molesto	Viñ2_ Tenso	Viñ2_ Nervioso	<b>Viñ2_ Sorprendido</b>	Viñ2_ Prudente	Viñ2_ Abrumado	Viñ2_ Frío	Viñ2_ Indefen.	Viñ2_ Pasmado
<b>U de M-W<sup>a</sup></b>	1561,50	1640,00	1634,00	<b>1153,00</b>	1605,50	1743,50	1601,50	1747,50	1602,50
<b>Sig.</b>	,284	,518	,526	<b>,001</b>	,443	,972	,430	,989	,440

	Viñ3_ Conmovido	Viñ3_ Prudente	<b>Viñ3_ Abierto</b>	Viñ3_ Cálido	Viñ3_ Abrumado	Viñ3_ Sorprendido	Viñ3_ Tenso
<b>U de M-W<sup>a</sup></b>	1615,00	1693,00	<b>1318,50</b>	1538,00	1460,00	1636,00	1663,00
<b>Sig.</b>	,443	,736	<b>,013</b>	,255	,119	,538	,635

a. Variable de agrupación: Preclínico/Clínico



**Figura 14. Representación gráfica del rango promedio de las respuestas más frecuentes en las viñetas 2 y 3 entre ambos grupos (Masculino / Femenino). Se señalan en color rojo los sentimientos que han presentado una diferencia significativa entre los grupos.**

### 5.3.4. Correlaciones entre los resultados de los diferentes cuestionarios

En última instancia, se ha realizado adicionalmente un análisis correlacional entre los diversos cuestionarios que evalúan los factores con posible, pero no demostrada, implicación en la contratransferencia de los estudiantes (**Tabla 15**).

**Tabla 15. Correlaciones entre los cuestionarios de empatía, mentalización, personalidad y salud mental.**

		RFQ-8	IRI-TP	PID-5-BF	CGS-28
<b>Rho de Spearman</b> Coeficientes de correlación	RFQ-8	.	-,241*	<b>,591**</b>	,284**
	IRItp	-,241**	.	-,166	-,104
	PID-5-BF	<b>,591**</b>	-,166	.	<b>,469**</b>
	CGS-28	,284**	-,104	<b>,469**</b>	.

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En base a estos resultados obtenidos podemos afirmar, por una parte, que existe una correlación positiva modera/fuerte y significativa entre los cuestionarios RFQ-8 y PID-5-BF, lo que significa que, participantes con mayor puntuación en la escala que mide la función reflexiva y, por tanto, hipomentalizadores, presentan mayores puntuaciones en el cuestionario de trastornos de la personalidad. Además, tal y como se representa en la **Tabla 16**, menores capacidades de mentalización presentan una asociación fuerte, concretamente, con mayores puntuaciones en los rasgos “Afecto Negativo”, “Desapego” y “Psicoticismo”.

**Tabla 16. Correlaciones entre los cuestionarios RFQ-8 y los 5 dominios del cuestionario PID-5-BF.**

	Afecto Negativo	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo
<b>Rho de Spearman</b> RFQ-8	<b>,482**</b>	<b>,431**</b>	,038	,296**	<b>,483**</b>

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Por otra parte, se observa igualmente una correlación positiva modera/fuerte entre los cuestionarios PID-5-BF y CGS-28, lo que permite asumir que participantes con rasgos de personalidad más disfuncionales, puntuaran más elevado en la escala de síntomas psicopatológicos (**Tabla 15**). Específicamente, en la **Tabla 17** se observa una asociación modera/fuerte entre el rasgo “Afecto Negativo” y mayores puntuaciones en todas las subescalas del CGS-28.

**Tabla 17. Correlaciones entre los 5 dominios del cuestionario PID-5-BF y las 4 subescalas del CGS-28.**

	Afecto Negativo	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo
Síntomas somáticos	<b>,432**</b>	,255**	,057	,094	,362**
<b>Rho</b> Ansiedad e Insomnio	<b>,490**</b>	,226**	,023	,139	,327**
Disfunción social	<b>,409**</b>	,257**	,125	,180*	,344**
Depresión grave	<b>,419**</b>	,255**	,015	,082	,365**

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por una parte, los resultados mostrados en el análisis descriptivo han resultado ser congruentes con lo esperado para cada situación clínica, hayan sido estas reacciones positivas o negativas. Es decir, al igual que se considera totalmente lógico y racional

presentar respuestas de tipo *Conmovido*, *Prudente*, *Cálido* o *Abierto* ante escenarios clínicos como los que describen las viñetas 1, 3 y 5, también, resulta completamente esperable y humano presentar reacciones más negativas como *Tenso*, *Abrumado*, e incluso *Molesto* en situaciones como las descritas en las viñetas 2 y 4. Dicho de otra manera, presentar reacciones negativas no supone un rasgo patológico; de hecho, tal y como se explica en la introducción, no todas las reacciones presentadas por los clínicos, o por los estudiantes en este caso, van a suponer un obstáculo en la relación médico-paciente. Es por ello que las reacciones, bien positivas, negativas o neutras, que se hayan desencadenado en una amplia mayoría de los participantes, son las que se han considerado como más coherentes y adecuadas para la situación clínica, y, por tanto, constituyen las emociones que deberían aparecer en los estudiantes con capacidades óptimas de empatía y mentalización, con personalidades más adaptativas y con nula o baja presencia de síntomas psicopatológicos.

Por otro lado, en lo que respecta al análisis correlacional entre la contratransferencia de los estudiantes de medicina y factores que podrían influir en ella, no se han podido demostrar las hipótesis planteadas para cada situación clínica. Por tanto, no se puede afirmar con estos resultados que existan diferencias en esas reacciones en función de las variables empatía, mentalización, personalidad y salud mental de los estudiantes.

Concretamente:

- No se ha podido corroborar la hipótesis que postula una correlación positiva entre los niveles de empatía y respuestas contratransferenciales más adecuadas.
- No se ha observado asociación alguna entre una menor función reflexiva y una peor adecuación de las respuestas contratransferenciales.
- La presencia de algunos rasgos de personalidad disfuncionales entre los alumnos no ha presentado ninguna correlación negativa significativa con la mayor adecuación de las respuestas contratransferenciales.
- No se ha podido demostrar la hipótesis que plantea una peor adecuación de la respuesta contratransferencial medida por el cuestionario FWC-24 entre alumnos con sintomatología psicopatológica, especialmente en las subescalas “Ansiedad” y “Depresión”.

Pese a ser sorprendentes estos resultados, podrían deberse a la homogeneidad de la muestra, lo que ha supuesto que las respuestas a los diversos cuestionarios hayan sido, en general, muy similares. Es decir, pese a que algunos participantes hayan presentado respuestas más “patológicas” en los cuestionarios IRI-TP, RFQ-8, PID-5-BF o CGS-28, estos corresponden a casos muy marginales, no siendo de suficiente magnitud para obtener resultados significativos. Esto se puede apreciar claramente al examinar las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios que han evaluado estas variables, pues en ellas encontramos, por una parte, respuestas en su mayoría óptimas para los cuestionarios RFQ-8 e IRI-TP, por tanto, gran nivel de empatía y mentalización y, por otra parte, puntuaciones medias muy bajas para el cuestionario de personalidad, así como, puntuaciones totales también bajas para el CGS-28 en la mayoría de los participantes.

En este aspecto, resulta necesario remarcar el pequeño, pero muy llamativo, porcentaje de alumnos que ha presentado respuestas totalmente excéntricas para la situación mostrada (p. ej.: reaccionar con el sentimiento *Feliz* o *Juguetón* en el caso de la viñeta 2, donde el clínico se enfrenta a un estado de agresividad por parte del paciente). Sería interesante ver hasta que punto se correlacionan estos resultados con puntuaciones más patológicas en los cuestionarios mencionados, sin embargo, la escasa frecuencia de estas respuestas ha imposibilitado establecer correlaciones firmes. De esta manera, resultaría atractivo de cara a futuras investigaciones, poder aplicar un estudio de estas características a una muestra mucho más extensa con el objetivo de poder llegar a tener una cantidad de participantes lo suficientemente amplia en estos grupos tan marginales como para ser capaz de establecer correlaciones significativas entre estas variables.

Respecto al análisis inferencial que comprara las diferentes respuestas entre los grupos de las variables curso y género, por una parte, se esperaba que los estudiantes con mayor experiencia práctica, cursando 4º, 5º o 6º de medicina, presentasen un mayor grado de respuestas adecuadas o apropiadas en cada situación clínica, sin embargo, estas hipótesis tan sólo se han podido demostrar para las emociones *Prudente* y *Cálido* presentadas en mayor medida entre los alumnos de cursos Clínicos en la viñeta 5.

Además, dado que las viñetas 2 y 3 exponen casos donde el factor género tiene una fuerte implicación, se pretendía observar una reacción emocional más intensa por parte

de la muestra femenina. Por un lado, la Viñeta 2 expone un caso en el que el paciente actúa de manera agresiva frente al personal sanitario y según respaldan los datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en España estas agresiones se producen en mayor medida (61% de los casos) cuando el profesional que atiende es una mujer (43). En consecuencia, la reacción del profesional ante esta situación se esperaba que fuese distinta si el clínico detrás de la mesa fuese un hombre o una mujer. En el mismo sentido, la Viñeta 3 relata un caso de violencia de género, por tanto, si las reacciones más esperadas para esta situación han sido *Conmovid*, *Prudente*, *Abierto*, *Cálido*, *Abrumado*, *Sorprendido* y *Tenso*, se pretendía observar una reacción emocional más intensa en estos sentimientos por parte de las mujeres. A pesar de todo, únicamente se han presentado diferencias significativas para los sentimientos *Sorprendido* y *Abierto* de las viñetas 2 y 3, respectivamente, presentadas en mayor medida por las mujeres, no habiéndose apreciado diferencias en el resto de reacciones.

Estos resultados podrían, tal vez, encontrar su explicación si se tiene en cuenta el perfil homogéneo de la muestra, puesto que la investigación esta dirigida, específicamente, a estudiantes de medicina, es decir, sujetos (tanto hombres como mujeres), en teoría, más empáticos, con un nivel ligeramente superior de inteligencia emocional y, por ende, dotados, en mayor medida, de estrategias para el control de las emociones, aun a falta de experiencia en el ámbito clínico. Por tanto, las similitudes en los cuestionarios que miden la empatía, personalidad, mentalización o psicopatología y la ausencia de diferencias en las respuestas contratransferenciales entre alumnos de distinto género y curso, pueden deberse a que los futuros profesionales de la salud, habitualmente y como es bien sabido, se engloban dentro del grupo de “buenos estudiantes” con las características que ello conlleva y que todos comparten. Las escasas distinciones en cuanto al género, pueden deberse, a su vez, a la falta de representación masculina en la muestra, habiendo sido ésta tan solo de un 25,7%.

Consecuentemente, cabe puntualizar que, aplicando este mismo estudio a una muestra de población general, los resultados, muy posiblemente, podrían diferir en comparación con los presentados entre alumnos de la carrera de medicina, no sólo porque el perfil de los participantes pudiera ser diferente, sino también porque se podría dar un mayor grado de identificación con el punto de vista del paciente, en vez de con el del profesional.

Por tanto, una vez analizados nuestros datos, se debe recalcar la interesante perspectiva que supondría aplicar un estudio de estas características a un espectro más amplio y comparar las respuestas entre diferentes poblaciones con mayor variabilidad, creando así una atractiva puerta abierta a futuras y trascendentes investigaciones.

## **7. LIMITACIONES**

Se encuentran una serie de limitaciones en el presente estudio:

Referente al método de recogida de la muestra, se debe tener en cuenta que los cuestionarios autoadministrados poseen ciertas desventajas. Precisamente, las encuestas enviadas a través de redes sociales presentan índices de respuesta generalmente bajos, lo que deriva en una muestra más pequeña, pudiendo comprometer así la representatividad de la misma. Además, en este tipo de mediciones completamente anónimas, no se puede asegurar la identidad de los participantes que han contestado, ni tampoco una posible influencia de terceras personas en las respuestas.

Destacar también ciertas limitaciones en cuanto al instrumento FWC-24. Por un lado, esta escala es la versión más corta disponible del FWC, ello podría suponer una ventaja por parte de que requiere menos tiempo para su realización y, por tanto, mayor adherencia e índice de respuestas. Sin embargo, por otro lado, se encuentra el inconveniente de que cuestionarios con menor número de ítems podrían no ser lo suficientemente representativos del amplio espectro de emociones presentadas por los participantes. Asimismo, cabe mencionar de nuevo que, las evaluaciones de contratransferencia realizadas mediante viñetas clínicas pueden ser menos precisas que las medidas directamente estudiando la interacción con los pacientes reales.

Por último, tal y como se ha mencionado previamente, resulta remarcable la menor participación de muestra masculina en la investigación, pudiendo contribuir a la falta de diferencias significativas a en la comparación de las respuestas entre ambos géneros.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/INFORME\\_ANUAL\\_2020\\_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf)
- (2) Urbina-Méndez R, Hernández-Vargas CI, Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MÁ, Irigoyen-Coria A. Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México. *Atención Familiar*. 2015;22(2):58-61. doi: [10.1016/S1405-8871\(16\)30050-5](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30050-5)
- (3) Honavar SG. Patient-physician relationship - Communication is the key. *Indian J Ophthalmol*. 2018;66(11):1527–1528. doi: [10.4103/ijo.IJO\\_1760\\_18](https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1760_18)
- (4) Beitman BD, Yue D, Martín Ortiz R, Fernández Lira A. *Psicoterapia: Programa de formación*. Barcelona España: Masson; 2004.
- (5) Greenson RR. *The technique and practice of psychoanalysis*. Vol.I. New York: International Universities Press. 1967.
- (6) Castaño GR. *Transferencia y contratransferencia: conceptos psicoanalíticos y evolución histórica [trabajo de fin de máster en Internet]*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Psicología; 2019.
- (7) Corveleyn J. Acerca de la contratransferencia: ¿obstáculo o instrumento? *PSICO*. 1997;15(2):157-78. doi: <https://doi.org/10.18800/psico.199702.001>
- (8) Teixeira G, Zambrano S. *La contratransferencia: Comprensión, manejo y uso de elementos inconscientes en el espacio psicoterapéutico*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, Facultad de Humanidades y Educación; 2018. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT6969.pdf>
- (9) Colli A, Ferré M. Personalidad del paciente y contratransferencia del terapeuta. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(1):46-56. doi: 10.1097/YCO.0000000000000119
- (10) Freud S. Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). *Amorrortu editores*. 1905;7.
- (11) American Psychological Association [Internet]. Washington, DC: APA. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/countertransference>
- (12) Ruíz JJ. Transferencia y contratransferencia. *Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional*. REALITAS. 2013;1(2):52-58. Disponible en:

[https://www.academia.edu/5968670/Transferencia\\_y\\_contratransferencia\\_Del\\_psicoan%C3%A1lisis\\_a\\_la\\_FA](https://www.academia.edu/5968670/Transferencia_y_contratransferencia_Del_psicoan%C3%A1lisis_a_la_FA)

- (13) Hayes JA, Gelso JC, Hummel AM. Manejo de la contratransferencia. *Psicoterapia*. 2011;48(1):88–97. doi: [10.1037/a0022182](https://doi.org/10.1037/a0022182).
- (14) Rosenberger EW, Hayes JA. Therapist as Subject: A Review of the Empirical Countertransference Literature. *JCD*. 2002;80(3):264-270. doi: [10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x)
- (15) Sandler J, Holder A, Dare C. Basic Psychoanalytic Concepts: IV. Counter-Transference. *Br J Psychiatry*. 1970;117(536):83-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5479331/>. PMID: 5479331
- (16) Betan E, Kegley Heim A, Zittel Conklin C, Westen D. Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(5):890-898. doi: [10.1176/appi.ajp.162.5.890](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890). PMID: 15863790
- (17) Machado DB, Coelho FM, Giacomelli AD, Donassolo MA, Abitante MS, Dall’Agnol T, et al. Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014;36(4):173-185. doi: [10.1590/2237-6089-2014-1004](https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1004)
- (18) Gelso CJ, Latts MG, Gomez MJ, Fassinger RE. Countertransference management and therapy outcome: an initial evaluation. *J Clin Psychol*. 2002;58(7):861-7. doi: [10.1002/jclp.2010](https://doi.org/10.1002/jclp.2010). PMID: 12205726.
- (19) Abargil M, Tishby O. Countertransference awareness and treatment outcome. *J Couns Psychol*. 2022;69(5):667-677. doi: [10.1037/cou0000620](https://doi.org/10.1037/cou0000620). PMID: 35549276
- (20) Yulis, S, Kieser DJ. Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *J Consult Clin Psychol*. 1968;32(4):413-419. doi: [10.1037/h0026107](https://doi.org/10.1037/h0026107)
- (21) Hayes JA, Gelso CJ. Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *J Clin Psychol*. 1991;47(2):284-90. doi: [10.1002/1097-4679\(199103\)47:2<284::AID-JCLP2270470216>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199103)47:2<284::AID-JCLP2270470216>3.0.CO;2-N)
- (22) Smith RC. Teaching interviewing skills to medical students: the issue of 'countertransference'. *J Med Educ*. 1984;59(7):582-8. doi: [10.1097/00001888-198407000-00007](https://doi.org/10.1097/00001888-198407000-00007)

- (23) Findyartini A, Felaza E, Setyorini D, Mustika R. Relationship between empathy and motivation in undergraduate medical students. *GMS J Med Educ.* 2020;37(4):Doc43. doi: [10.3205/zma001336](https://doi.org/10.3205/zma001336). PMID: 32685671
- (24) Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009. doi: [10.1097/ACM.0b013e318221e615](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615) PMID: 21670661.
- (25) Assing Hvidt E, Ulsø A, Thorngreen CV, Søndergaard J, Andersen CM. Weak inclusion of the medical humanities in medical education: a qualitative study among Danish medical students. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):660. doi: [10.1186/s12909-022-03723-x](https://doi.org/10.1186/s12909-022-03723-x). PMID: 36064397.
- (26) Ivette Hernández-Vargas C, Eloísa Dickinson-Bannack M. Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. Elsevier. 2014;3(11):155-160. doi: [10.1016/S2007-5057\(14\)72742-5](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72742-5)
- (27) Prieto-Rincón D, Inciarte-Mundo J, Rincón-Prieto C, Bonilla E. Estudio del coeficiente emocional en estudiantes de medicina. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2008;46(1):10-15. doi: [10.4067/S0717-92272008000100002](https://doi.org/10.4067/S0717-92272008000100002)
- (28) Romo HL. La metodología de la encuesta. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación.* México: Logman; 1998. 33-74. Disponible en: [https://biblioteca.marco.edu.mx/files/metodologia\\_encuestas.pdf](https://biblioteca.marco.edu.mx/files/metodologia_encuestas.pdf)
- (29) Lindqvist K, Falkenström F, Sandell R, Holmqvist R, Ekeblad A, Thorén A. Multilevel Exploratory Factor Analysis of the Feeling Word Checklist-24. *Assessment.* 2017;24(7):907-918. doi: [10.1177/1073191116632336](https://doi.org/10.1177/1073191116632336)
- (30) Røssberg JI, Hoffart A, Friis S. Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nord J Psychiatry.* 2003;57(1):45-53. doi: [10.1080/08039480310000257](https://doi.org/10.1080/08039480310000257)
- (31) Whyte CR, Constantopoulos C, Bevans HG. Types of countertransference reactions identified by Q-analysis. *Br J Med Psychol.* 1982;55:187–201.
- (32) Berasain I. Traducción, adaptación cultural y validación al español de la escala FWC-24 [trabajo de fin de máster en Internet]. Universidad Pública de Navarra. 2019.
- (33) Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. The Personality Inventory for DSM-5 — Brief Form (PID-5-BF) — Adult. *Psychiatr Res Clin Pract.*

2013. Disponible en: [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM5\\_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Brief-Form-Adult.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Brief-Form-Adult.pdf)
- (34) Porcerelli JH, Hopwood CJ, Jones JR. Convergent and Discriminant Validity of Personality Inventory for DSM-5-BF in a Primary Care Sample. *J Pers Disord*. 2019;33(6):846-856. doi: [10.1521/pepi\\_2018\\_32\\_372](https://doi.org/10.1521/pepi_2018_32_372)
- (35) Widiger TA, Costa PT. Personality disorders and the five-factor model of personality. 3<sup>rd</sup> ed. American Psychological Association. 2013. doi: [10.1037/13939-000](https://doi.org/10.1037/13939-000)
- (36) Gutiérrez F, Aluja A, Peri JM, Calvo N, Ferrer M, Baillés E, et al. Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*. 2017; 24(3):326–36. doi: [10.1177/1073191115606518](https://doi.org/10.1177/1073191115606518)
- (37) Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, et al. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS ONE*. 2016;11(7).doi: [10.1371/journal.pone.0158678](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678)
- (38) Ruiz-Parra E, Manzano-García G, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, Lahera G, Moreno-Pérez AI, et al. The Spanish version of the reflective functioning questionnaire: Validity data in the general population and individuals with personality disorders. *PLoS ONE*. 2023;18(4). doi: [10.1371/journal.pone.0274378](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274378)
- (39) Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(1):113-126. doi: [10.1037/0022-3514.44.1.113](https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113)
- (40) Pérez-Albéniz A, de Paúl J, Etxeberria J, Montes MP, Torres E. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*. 2003; 15(2):267–72. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1056>
- (41) Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*. 1986;16:135-140. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=23>
- (42) Campbell MJ, Swinscow TDV. *Statistics at square one*. 11<sup>th</sup> ed. Chichester GB: Wiley-Blackwell; 2009.
- (43) Estudio sobre agresiones 2022 [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid: Organización Médica Colegial de España. Disponible en: <https://www.cgcom.es/publicaciones/estudio-sobre-agresiones-2022>

## ANEXO I

### Viñetas clínicas

#### VIÑETA 1

Acude a nuestra consulta del centro de salud una mujer de 58 años. En el último año la hemos atendido en 14 ocasiones por síntomas variados y fluctuantes, que incluyen cefaleas tensionales intensas; dolor abdominal con alternancia de diarrea y estreñimiento, sin disminución de peso; palpitaciones; cansancio y sensación de sueño apenas reparador. Ha sido evaluada diligentemente en cada ocasión, realizándose las exploraciones complementarias oportunas e indicándose tratamiento sintomático cuando se entendía que podía ser de ayuda. En esta ocasión refiere mantenimiento de la cefalea a pesar de la toma de medicación analgésica. Nos manifiesta sus dudas sobre si hay algo que se nos pudiera haber pasado por alto, pues insiste en que a ella le ocurre algo grave y que “no puede más”. La paciente llora y solicita reiteradamente que la derivemos a los especialistas en neurología, aparato digestivo y cardiología.

#### VIÑETA 2

Acude al servicio de urgencias del hospital un hombre de 40 años. Al recibirle en la consulta se queja de haber estado esperando con mucho dolor durante más de 3 horas y que ha visto cómo otras personas que han llegado más tarde que él han sido atendidas antes. Refiere dolor abdominal y deposiciones diarreicas. Durante la anamnesis suspira ante las preguntas referidas a sus antecedentes y alergias. Evita respondernos señalando que todo eso está en su historial y deberíamos haberlo leído. Leemos en su historia los antecedentes, sin relevancia. Se procede a interrogarle sobre su enfermedad actual. Durante la exploración y palpación del abdomen, se enfada y opone gran resistencia señalando que le estamos haciendo daño, que deberíamos poner más cuidado y nos grita llamándonos “matasanos”. Solicitamos las pruebas complementarias más apropiadas para el caso, siendo el diagnóstico una gastroenteritis leve. Se lo explicamos y le indicamos las medidas que ha de tomar, proponiéndole el alta con seguimiento por su centro de salud. Le explicamos, asimismo, los síntomas de alarma por los que acudir de nuevo a urgencias. En ese momento, se levanta bruscamente, grita que todo aquello es un despropósito, que ha perdido toda la mañana para nada, que nunca es debidamente atendido cuando lo necesita, que los médicos son unos “imbéciles” y que no se va a ir de allí hasta que, de una vez por todas, le atienda bien “un médico de verdad”.

### VIÑETA 3

Atendemos de urgencia a una mujer de 31 años por fractura costal y hematoma orbitario. En los últimos 2 años ha acudido por diversos traumatismos leves a nuestro servicio de urgencias. Cuando le preguntamos cómo se ha producido la fractura se muestra nerviosa y se echa a llorar. Nos confiesa que su pareja le ha agredido, se desahoga con nosotros y nos explica la precariedad en la que viven ella y su pareja en los últimos años, desde que él perdió su trabajo. Nos comenta cómo él “lo está pasando mal” y que, “aunque es una buena persona, a veces pierde los nervios” y en algún momento de esos le ha llegado a agredir, para luego arrepentirse. Ella reconoce que también en ocasiones “pierde los papeles y le trata sin tacto”. Cuando comienza a estar más tranquila nos transmite que se siente muy aliviada y agradecida por haberla escuchado sin juzgarla ni presionarla, y nos pide por favor que le demos las indicaciones para poder irse a casa.

### VIÑETA 4

Acude a consulta un varón de 69 años con nefropatía diabética en estadio de insuficiencia renal crónica terminal, en tratamiento de hemodiálisis desde hace 4 meses. Siempre que acude a las sesiones de diálisis se muestra malhumorado, comentando que no quiere acudir, pues pierde mucho tiempo, pero acaba yendo por insistencia de su mujer. Presenta mal control glucémico e hipertensión arterial severa. Ha faltado a numerosas consultas de seguimiento. Toma irregularmente la medicación aduciendo que a veces le sienta mal o se le olvida recoger los medicamentos en la farmacia. Presenta una obesidad leve por la que se le ha aconsejado dieta hipocalórica, pero no la realiza. Diariamente se reúne con amigos para tomarse "un par de cañas de cerveza". No demanda información acerca de su estado de salud. Dice encontrarse bien.

### VIÑETA 5

Acude a la consulta un varón de 56 años con diagnóstico de cáncer colorrectal desde hace 2 años. Fue un diagnóstico tardío, presentando un estadio bastante avanzado en el momento del mismo. Aun así, fue posible su resección. Sin embargo, en el último año ha presentado varias recidivas. Por ello, actualmente recibe tratamiento quimioterápico, con buena tolerancia hasta el momento. Al entrar a la consulta lo vemos decaído. Refiere un rápido empeoramiento clínico en las últimas semanas, presentando gran fatiga, disnea, pérdida de peso y dolor, habiendo tenido que acudir en varias ocasiones a urgencias. Con la voz temblorosa nos dice que se muestra preocupado y asustado. Se ha confirmado una metástasis pulmonar. Se lo explicamos cuidadosamente, junto con el pronóstico. Nos reprocha que todo aquello podría haberse evitado, que él sabía desde hace más de 2 años que algo no iba bien, pero que, a pesar de su insistencia, solo fue atendido telefónicamente (al inicio de la pandemia por COVID-19), y que finalmente fue atendido de manera presencial cuando ya era demasiado tarde.

## ANEXO II

### *Feeling Word Checklist*

#### **o Lista de Verificación de Palabras de Sentimientos (FWC-24)**

---

Se evaluará mediante un cuestionario la respuesta emocional que evocan una serie de situaciones clínicas en los participantes de la encuesta. Para ello, se mostrarán 5 viñetas y para cada una de ellas se presentará una lista de 24 palabras de sentimientos. Por favor, indique del 0 al 4 según haya presentado alguno de estos estados de ánimo:

- 0 = Nada
- 4 = Mucho

**Indique en qué medida esta situación ha hecho que se sienta:**

	0	1	2	3	4
1. Juguetón					
2. Indiferente					
3. Abierto					
4. Prudente					
5. Frío					
6. Nervioso					
7. Conmovido					
8. Indefenso					
9. Neutral					
10. Satisfecho					
11. Avergonzado					
12. Cálido					
13. Feliz					
14. Aburrido					
15. Relajado					
16. Abrumado					
17. Molesto					
18. Tranquilo					
19. Entusiasta					
20. Tenso					
21. Sorprendido					
22. Enérgico					
23. Pasmado					
24. Libre					

---

## ANEXO III

### Inventario de Personalidad del DSM-5-Versión Breve (PID-5-BF)

Esta es una lista de cosas que las distintas personas podrían decir de sí mismas. Nos interesa saber de qué manera se describe usted a sí mismo. No hay respuestas correctas e incorrectas. Por consiguiente, puede describirse con toda la honestidad posible: nosotros mantendremos la confidencialidad de sus respuestas. Nos gustaría que se tomara tiempo para leer cada frase con atención y elegir la respuesta que le describa mejor:

- 0 = Totalmente falso o a menudo falso
- 1 = A veces o en cierto modo falso
- 2 = A veces o en cierto modo cierto
- 3 = Muy cierto o a menudo cierto

1. La gente me describiría como imprudente

2. Creo que actúo totalmente por impulso

3. Aunque sé que no está bien, no puedo dejar de tomar decisiones impulsivas

4. A menudo pienso que nada de lo que hago importa en realidad

5. Otros me consideran irresponsable

6. No se me da bien planificar con antelación

7. Mis ideas suelen carecer de sentido para los demás

8. Me preocupo por casi todo

9. Me emociono fácilmente, a menudo por motivos nimios

10. Temo estar solo en la vida más que cualquier otra cosa

11. Me empeño en hacer las cosas de una sola forma, aunque esté claro que así no funciona

12. He visto cosas que en realidad no estaban allí

13. Me mantengo alejado de las relaciones románticas

14. No me interesa hacer amigos

15. Me irritan fácilmente toda suerte de cosas

16. No me gusta intimar mucho con las personas

17. Me importa poco herir los sentimientos de los demás

18. Rara vez me entusiasmo con algo

19. Ansío que me presten atención

---

20. A menudo tengo que tratar con personas menos importantes que yo

21. A menudo pienso cosas que tienen sentido para mí pero que otras personas dicen que son raras

22. Utilizo a las personas para lograr lo que quiero

23. A menudo estoy «en babia» y luego, cuando vuelvo en mí, veo que ha pasado mucho tiempo

24. Las cosas que me rodean me suelen parecer irreales o más reales de lo normal

25. Me resulta fácil aprovecharme de los demás

---

## ANEXO IV

### Cuestionario de Función Reflexiva (RFQ-8)

---

A continuación puede ver una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida si está de acuerdo o en desacuerdo y hasta qué punto. Utilice la siguiente escala de valoración, puntuando del 1 al 7:

- 1 si está completamente en desacuerdo
- 7 si está completamente de acuerdo
- El punto intermedio, si usted se siente neutral al respecto o indeciso, es 4.

1. Los pensamientos de la gente son un misterio para mi
---------------------------------------------------------

2. No siempre sé por qué hago lo que hago.
--------------------------------------------

3. Cuando me enfado digo cosas sin realmente saber por qué las digo
---------------------------------------------------------------------

4. Cuando me enfado digo cosas de las que luego me arrepiento
---------------------------------------------------------------

5. Si me siento inseguro puedo comportarme de una manera que molesta a los demás
----------------------------------------------------------------------------------

6. A veces hago cosas sin saber exactamente por qué
-----------------------------------------------------

7. Siempre sé lo que siento
-----------------------------

8. A menudo sentimientos muy fuertes nublan mi pensamiento
------------------------------------------------------------

---

## ANEXO V

### Índice de Reactividad Interpersonal: Toma de Perspectiva (IRI-TP)

---

Las siguientes afirmaciones le piden información sobre sus pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Indique lo bien que le describe a usted cada afirmación eligiendo la letra apropiada de la escala: A, B, C, D o E. Siendo:

- A = No me describe muy bien
- E = Me describe muy bien

- |                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. A veces encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otros                                            |
| 2. En un desacuerdo con otros, trato de ver las cosas desde el punto de vista de los demás antes de tomar una decisión |
| 3. A veces intento entender mejor a mis amigos imaginando como ven las cosas desde su perspectiva                      |
| 4. Si estoy seguro/a de que tengo la razón en algo, no pierdo mucho tiempo escuchando los argumentos de otras personas |
| 5. Creo que todas las cuestiones se pueden ver desde dos perspectivas e intento considerar ambas                       |
| 6. Cuando estoy molesto con alguien, generalmente trato de “ponerme en su pellejo” durante un tiempo                   |
| 7. Antes de criticar a alguien, intento imaginar cómo me sentiría yo si estuviera en su lugar                          |

## ANEXO VI

### Cuestionario General de Salud (CGS-28)

Nos gustaría saber si ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a todas las preguntas, simplemente marcando las respuestas que a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas.

Las preguntas se dividen en cuatro bloques (A/B/C/D) de 7 ítems cada uno.

**A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**

Mejor que lo habitual. Igual que lo habitual. Peor que lo habitual. Mucho mejor que lo habitual

**A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente (sustancia o medicamento)?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**B5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**B7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?**

Más activo que lo habitual. Igual que lo habitual. Bastante menos que lo habitual. Mucho menos que lo habitual

**C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?**

Más rápido que lo habitual. Igual que lo habitual. Más tiempo que lo habitual. Mucho más tiempo que lo habitual

**C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**

Mejor que lo habitual. Aproximadamente lo mismo. Peor que lo habitual. Mucho peor que lo habitual

**C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?**

Más satisfecho. Aproximadamente lo mismo. Menos satisfecho que lo habitual. Mucho menos satisfecho

**C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?**

Más tiempo que lo habitual. Igual que lo habitual. Menos útil que lo habitual. Mucho menos útil que lo habitual

**C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

Más que lo habitual. Igual que lo habitual. Menos que lo habitual. Mucho menos que lo habitual

**C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?**

Más que lo habitual. Igual que lo habitual. Menos que lo habitual. Mucho menos que lo habitual

**D1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

Claramente, no. Me parece que no. Se me ha cruzado por la mente. Claramente lo he pensado

**D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?**

No, en absoluto. No más de lo habitual. Bastante más de lo habitual. Mucho más de lo habitual

**D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?**

Claramente, no. Me parece que no. Se me ha cruzado por la mente. Claramente lo he pensado

## ANEXO VII

### Recodificación de la variable FWC-24

Tabla 1. Recodificación de la variable FWC-24. Código de recodificación para los sentimientos más presentados, en orden descendente, en cada viñeta, según los criterios basados en el objetivo de la investigación.

<b>VIÑETA 1</b>	<b>Prudente</b> 0-1-2-3-2 <b>Abierto</b> 0-2-3-2-1 <b>Conmovido</b> 0-2-3-2-1 <b>Tenso</b> 0-2-3-2-1 <b>Nervioso</b> 0-2-3-2-1
<b>VIÑETA 2</b>	<b>Molesto</b> 0-1-2-3-2 <b>Tenso</b> 0-1-2-3-2 <b>Nervioso</b> 0-2-3-2-1 <b>Sorprendido</b> 0-2-3-2-1 <b>Prudente</b> 0-2-3-2-1 <b>Abrumado</b> 0-2-3-2-1 <b>Frio</b> 0-2-3-2-1 <b>Indefenso</b> 0-2-3-2-1 <b>Pasmado</b> 0-2-3-2-1
<b>VIÑETA 3</b>	<b>Conmovido</b> 0-1-2-3-2 <b>Prudente</b> 0-1-2-3-2 <b>Abierto</b> 0-1-2-3-2 <b>Cálido</b> 0-2-3-2-1 <b>Abrumado</b> 0-2-3-2-1 <b>Sorprendido</b> 0-2-3-2-1 <b>Tenso</b> 0-2-3-2-1
<b>VIÑETA 4</b>	<b>Molesto</b> 0-2-3-2-1 <b>Prudente</b> 0-2-3-2-1 <b>Neutral</b> 0-2-3-2-1
<b>VIÑETA 5</b>	<b>Conmovido</b> 0-1-2-3-2 <b>Prudente</b> 0-1-2-3-2 <b>Abierto</b> 0-2-3-2-1 <b>Abrumado</b> 0-2-3-2-1 <b>Tenso</b> 0-2-3-2-1 <b>Cálido</b> 0-2-3-2-1 <b>Nervioso</b> 0-2-3-2-1 <b>Indefenso</b> 0-2-3-2-1 <b>Avergonzado</b> 0-2-3-2-1

## ANEXO VIII

### Coeficientes de correlación para las reacciones contratransferenciales más frecuentes en cada viñeta

**Tabla 7. Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la viñeta 1.**

	Viñ1_Prudente	Viñ1_Abierto	Viñ1_Conmovido	Viñ1_Tenso	Viñ1_Nervioso
<b>IRItp</b>	-,009	-,118	-,030	,029	,029
<b>RFQ8</b>	,000	,136	,038	,087	,087
<b>PID5BF</b>	-,040	,003	,025	,040	,040
Afecto negativo	-,047	,053	,067	,063	,063
Desapego	-,129	-,074	-,012	-,011	-,011
Antagonismo	,028	-,092	,147	,024	,024
Desinhibición	,009	-,065	,011	,070	,070
Psicoticismo	,012	,046	-,081	-,035	-,035
<b>CGS28</b>	-,054	-,117	-,088	-,019	-,019
Síntomas somáticos	-,045	-,141	-,138	-,009	-,009
Ansiedad e Insomnio	-,098	-,057	-,046	-,072	-,072
Disfunción social	-,012	-,120	-,044	,091	,091
Depresión grave	-,065	-,006	-,037	-,069	-,069

a. \*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

b. \*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 8. Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la viñeta 2.**

	Viñ2_Molesto	Viñ2_Tenso	Viñ2_Nervioso	Viñ2_Sorpren.	Viñ2_Prudente	Viñ2_Abrum.	Viñ2_Frío	Viñ2_Indefen.	Viñ2_Pasmado
<b>IRItp</b>	,025	-,086	-,027	-,081	-,107	,017	-,093	-,125	-,183
<b>RFQ8</b>	-,065	,028	,069	-,005	,276	-,030	,106	,110	,092
<b>PID5BF</b>	-,015	,115	,060	,020	,151	-,040	,085	,010	,013
Af. Neg.	-,143	,106	,014	,054	,163	,012	,052	,120	,014
Desap.	-,052	,065	-,033	-,030	,063	-,048	,066	,119	,041
Antag.	-,040	,062	,122	,057	-,010	-,006	,047	,077	,165
Desinhib.	,073	,070	,136	,028	,050	-,038	,073	-,085	,090
Psicot.	-,002	,040	,050	,026	,202	-,021	,091	-,042	-,143
<b>CGS28</b>	-,123	-,003	-,010	-,122	-,044	-,026	-,002	,045	-,046
Sínt. Som.	-,158	,004	-,023	-,183	-,022	,047	-,096	,103	-,037
Ans. e Insom.	-,114	,034	,030	-,012	-,036	-,009	,046	,069	-,118
Disf. social	-,086	,031	-,005	-,087	,005	-,016	,019	,016	,040
Depresión gr.	-,119	-,008	-,026	-,015	,077	,141	,061	,052	,034

a. \*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

b. \*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 9. Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la viñeta 3.**

	Viñ3_ Conmovido	Viñ3_ Prudente	Viñ3_ Abierto	Viñ3_ Cálido	Viñ3_ Abrumado	Viñ3_ Sorprendido	Viñ3_ Tenso
<b>IRItp</b>	-,042	-,046	-,047	-,021	,029	-,027	-,007
<b>RFQ8</b>	,161	-,045	,037	,087	-,070	,038	,017
<b>PID5BF</b>	,180	-,019	,063	,111	-,016	,052	,050
Af. Neg.	,181	,018	,118	,090	,052	,004	,032
Desap.	-,017	-,025	-,076	,083	-,050	,013	-,001
Antag.	,088	-,041	-,019	,252	,161	,107	,134
<i>Rho</i> . <sup>a,b</sup> Desinhib.	,117	-,028	-,007	,008	-,056	,161	,028
Psicot.	,083	-,048	,048	-,027	-,070	-,041	,011
<b>CGS28</b>	,025	,011	,026	-,081	,063	,023	-,006
Sínt. Som.	-,007	,172	,011	-,038	,134	,049	,006
Ans. e Insom.	,102	-,073	,087	-,056	,029	,000	-,023
Disf. social	-,006	,033	,117	-,021	,011	,025	,009
Depresión gr.	,046	,028	,076	,082	,068	-,096	-,028

a. \*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

b. \*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 10. Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la viñeta 4.**

	Viñ4_Molesto	Viñ4_Prudente	Viñ4_Neutral
<b>IRItp</b>	-,070	-,065	-,009
<b>RFQ8</b>	,023	,081	-,004
<b>PID5BF</b>	-,036	-,043	,056
Af. Neg.	-,064	,131	-,036
Desap.	-,174	-,105	,100
Antag.	,049	-,068	,090
<i>Rho</i> . <sup>a,b</sup> Desinhib.	,073	-,074	-,036
Psicot.	-,009	,003	-,009
<b>CGS28</b>	-,026	,065	,011
Sínt. Som.	-,044	,104	,073
Ans. e Insom.	-,071	,058	-,059
Disf. social	,014	,039	-,009
Depresión gr.	,028	,023	-,011

a. \*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

b. \*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 11. Coeficientes de correlación para las reacciones más frecuentes en la viñeta 5.

	Viñ5_	Viñ5_	Viñ5_	Viñ5_	Viñ5_	Viñ5_	Viñ5_	Viñ5_	Viñ5_
	Conmo.	Prudente	Abierto	Abrum.	Tenso	Cálido	Nervioso	Indefen.	Avergon
<b>IRItp</b>	-,067	-,031	-,167	,044	-,134	-,055	-,060	,035	-,014
<b>RFQ8</b>	,034	,148	,046	,025	,045	,013	,064	,125	-,046
<b>PID5BF</b>	,130	-,015	-,098	,057	,082	-,002	,044	,161	-,031
Af. Neg.	,125	,149	-,073	,035	,083	-,016	,111	,228	-,087
Desap.	,007	-,070	-,014	-,050	,066	,028	-,054	,087	,162
Antag.	,069	-,172	,042	,005	,147	,053	,001	-,071	-,138
<b>Rho.<sup>a,b</sup></b> Desinhib.	,220	-,040	-,040	,096	,106	,057	,040	,028	-,098
Psicot.	-,009	-,024	-,100	,028	,026	-,067	,047	,152	,127
<b>CGS28</b>	,068	-,070	-,106	-,053	,060	-,056	,044	,017	-,054
Sínt. Som.	,042	-,061	-,100	-,096	,033	-,107	,040	,038	,008
Ans. e Insom.	,054	-,099	-,081	,013	,103	,001	,067	,029	-,019
Disf. social	,082	-,032	-,027	-,012	,115	-,021	,059	,017	-,178
Depresión gr.	,007	-,004	,052	,019	,081	,076	-,001	,099	,057

a. \*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

b. \*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).