



# UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

**TRABAJO FIN DE GRADO**

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

La humanización de la asistencia sanitaria en atención  
primaria. Percepción del paciente y del médico

Autora: Raquel López Martínez

Director: Dr. Juan Antonio Divisón Garrote

Murcia, a 2 de mayo de 2026









# UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

**TRABAJO FIN DE GRADO**

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

La humanización de la asistencia sanitaria en Atención  
Primaria. Percepción del paciente y del médico

Autora: Raquel López Martínez

Director: Dr. Juan Antonio Divisón Garrote

Murcia, a 2 de mayo de 2026





# UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

## DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: López Martínez	Nombre: Raquel
DNI: 45341655F	Grado: Medicina
Facultad de Medicina	
Título del trabajo: La humanización de la asistencia sanitaria en Atención Primaria. Percepción del paciente y del médico.	

El Dr. Juan Antonio Divisón Garrote Tutor <sup>(1)</sup> del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorgo el V, B,<sup>o</sup> a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 2 de mayo de 2026.

Fdo.: Dr. Juan Antonio Divisón Garrote



## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Juan Antonio Divisón Garrote, por su orientación y disponibilidad durante el desarrollo de este trabajo. También me gustaría agradecer al Dr. José Gómez Yelo, coordinador del Centro de Salud de Cieza Este, por haberme permitido llevar a cabo el estudio, así como a todos los pacientes y médicos participantes en el mismo.

Finalmente, me gustaría dar las gracias a mi familia por el apoyo que me han dado en todo momento a lo largo de mi carrera, sobre todo a mi padre, mi ejemplo a seguir como profesional y como persona. Sin ellos no habría podido llegar hasta aquí.

*“Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”*

*Bérard y Gubler*



<b>ÍNDICE</b>	<b>Pg</b>
ABREVIATURAS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	15
RESUMEN	17
ABSTRACT	19
1. INTRODUCCIÓN	21
2. JUSTIFICACIÓN	23
2.1. Objetivo principal	23
2.2. Objetivos específicos	23
3. PACIENTES Y MÉTODOS	25
3.1. Diseño del estudio	25
3.2. Población, ámbito de estudio y criterios de inclusión	25
3.3. Reclutamiento, fuente y recogida de datos	25
3.4. Documentación y variables recogidas	26
3.5. Muestra del estudio	26
3.6. Análisis estadístico de los datos	27
3.7. Consideraciones éticas	27
4. RESULTADOS	29
4.1. Cuestionario Consultation And Relational Empathy (CARE) Measure	29
4.1.1. Variables sociodemográficas	29
4.1.2. Respuestas al Cuestionario CARE	30
4.1.3. Asociaciones de Variables sociodemográficas y Respuestas al Cuestionario CARE	31
4.2. Cuestionario Jefferson Scale of Empathy-HP	32
4.2.1. Variables sociodemográficas	32
4.2.2. Asociaciones de Variables sociodemográficas	33
4.2.3. Respuestas al Cuestionario Jefferson	34
4.2.4. Asociaciones de Variables sociodemográficas y Respuestas al Cuestionario Jefferson	34
5. DISCUSIÓN	37
5.1. Aplicación de la escala CARE	38
5.2. Aplicación de la escala de Jefferson	39

	<b>Pg</b>
6. CONCLUSIONES	43
7. ANEXOS	45
7.1. ANEXO I: Escala de valoración de la empatía relacional CARE	45
7.1.1. Autorización uso Escala CARE	46
7.2. ANEXO II: Información e Instrucciones para responder al Cuestionario CARE	47
7.3. ANEXO III: Jefferson Scale of Empathy-HP health professional version	48
7.3.1.- Autorización uso Escala Jefferson	49
7.4. ANEXO IV: Información e Instrucciones para responder al Cuestionario Jefferson HP	50
7.5. ANEXO V: Autorización inclusión figura proyecto HUCI	51
7.6. ANEXO VI: Aprobación del Comité de Ética de Investigación	52
7.7. ANEXO VII: Comunicaciones enviadas al Congreso Regional de Médicos de Familia Semergen	53
8. BIBLIOGRAFÍA	55
9. TABLAS	59
Tabla 1. Componentes de la Humanización en la asistencia sanitaria	59
Tabla 2. Variables sociodemográficas recogidas en la población incluida en el estudio	61
Tabla 3. Valoración media de los médicos de familia en las cuestiones incluidas en el Cuestionario CARE	63
Tabla 4. Asociaciones de Variables sociodemográficas y Puntuación del Cuestionario CARE	65
Tabla 5. Puntuación media de la autopercepción de empatía por los médicos de familia en la Escala Jefferson H-P	67
Tabla 6. Asociaciones de Variables sociodemográficas y Puntuación del Cuestionario Jefferson	69

## **ABREVIATURAS**

- CARE: Cuestionario Consultation And Relational Empathy
- CEI: Comité de Ética de la Investigación
- DE: Desviación Estándar
- HCE: Historia Clínica Electrónica
- HUMAS: Healthcare Professional Humanization Scale
- IC: Intervalo de Confianza
- JSE-HP: Jefferson Scale of Empathy health profesional version
- m: Media
- ns: No significativo
- PCC: Pregunta Cuestionario CARE
- PCJ: Pregunta Cuestionario Jefferson
- SPSS: Statistical Package for Social Sciences
- vs: Versus



<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>Pg</b>
Figura 1. Correlación de la Edad de los pacientes con la puntuación CARE	31
Figura 2. Puntuación Care media asociada al nivel de estudios y situación laboral	31
Figura 3. Puntuación Escala CARE asociada al número de veces atendido por el médico y la duración de la consulta	32
Figura 4. Asociación percepción de agotamiento y edad en los médicos de familia participantes	33
Figura 5. Asociación puntuación Escala Jefferson con el género, edad y realización de cursos de humanización de los participantes.	35
Figura 6. Medidas de Humanización del Proyecto HUCI	37



# **RESUMEN**

## **Introducción**

La humanización de la asistencia sanitaria debe guiar todo acto médico. Los avances tecnológicos en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico se focalizan en la enfermedad. La concienciación y formación del médico en la asistencia humanizada permitirá una medicina centrada en el paciente.

## **Objetivos**

Evaluar la humanización en la asistencia médica a través de escalas validadas para pacientes y médicos; Analizar la percepción de la empatía por parte del paciente y del médico.

## **Material y métodos**

Estudio descriptivo transversal de la respuesta de los pacientes al cuestionario: Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure y de los médicos de familia al cuestionario: Jefferson Scale of Empathy-HP (health professional versión) entre febrero y marzo de 2026. Se realizó análisis descriptivo y comparativo de las variables sociodemográficas y respuestas de los cuestionarios para estudiar su relación con aspectos de la humanización en la asistencia sanitaria.

## **Resultados**

La valoración global de los médicos por los pacientes (n=200) fue buena: 3,6/5, existiendo diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) con relación a la edad, nivel de estudios, experiencia previa con el sistema de salud, duración de la consulta y número de veces atendido por el profesional.

La autopercepción de los médicos de familia (n=143) de su empatía fue alta: 6,0/7, siendo mayor en las mujeres: 6,1 vs los hombres: 5,7 ( $p = 0,02$ ) y cuando se había realizado algún curso de humanización: 6,1 vs 5,7 ( $p = 0,01$ )

## **Conclusiones**

En atención primaria, existe una valoración positiva de los pacientes sobre la empatía médica y una alta autopercepción de los médicos de familia sobre la empatía hacia el paciente.

## **Palabras clave**

Atención centrada en el paciente; Humanización; Empatía; Cuestionarios



## **ABSTRACT**

### **Introduction**

The humanization of healthcare should guide every medical decision. Technological advances in diagnosis, treatment, and prognosis focus on the disease. Raising awareness and training physicians in humanized care will enable patient-centered medicine.

### **Objectives**

To assess the humanization of healthcare using validated scales for patients and doctors; to analyze patient's and doctor's perceptions of empathy.

### **Materials and Methods**

A cross-sectional descriptive study was conducted between February and March 2026, analyzing patient responses to the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure and Family Physician responses to the Jefferson Scale of Empathy-HP Health (professional version). A descriptive and comparative analysis of sociodemographic variables and questionnaire responses was carried out to investigate their relationship with aspects of humanization in healthcare.

### **Results**

Patients' overall rating of doctors (n=200) was good: 3.6/5, with significant differences ( $p < 0.001$ ) observed in relation to age, level of education, previous experience with the healthcare system, duration of the consultation and the number of times the patient had been seen by the doctor. Family Physician' (n=143) self-assessment of their empathy was high: 6.0/7.0, with women scoring higher: 6.1 compared with men: 5.7 ( $p = 0.02$ ), and who had completed a humanization course also scored higher: 6.1 compared with 5.7 ( $p = 0.01$ )

### **Conclusions**

In primary care, patients rate doctors' empathy positively, and Family Physician have a high self-perception of their empathy towards patients.

### **Keywords**

Patient-centered care; Humanization; Empathy; Questionnaires



## 1. INTRODUCCIÓN

La medicina actual se sustenta en avances tecnológicos que mejoran el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes.

El desarrollo de los modernos sistemas sanitarios ha incorporado nuevas herramientas administrativas de gestión y control de calidad con una gran repercusión en la práctica asistencial.

Los aspectos citados anteriormente, han focalizado la asistencia sanitaria en una atención prioritaria sobre la enfermedad desplazando a un segundo término al paciente. En ocasiones, esta “medicina tecnológica” se olvida de los aspectos de humanización que deben guiar todo acto médico.

Para intentar revertir esto, surgen corrientes humanizadoras<sup>1-3</sup> en la práctica médica que ponen en valor el papel de la relación médico-paciente considerando al paciente como un sujeto activo en un medio social y cultural, teniendo en cuenta sus emociones y su percepción de la enfermedad como experiencia vital. La incorporación de estas prácticas, como reflejan diversos estudios, influye en los resultados de salud, con una mayor satisfacción del paciente, una mejor adherencia terapéutica y una opinión más positiva de la calidad asistencial<sup>1,4</sup>.

La Humanización de la atención médica es un concepto multidimensional que conlleva un abordaje integral del paciente como persona. Incluye aspectos como la comunicación efectiva, el respeto, la atención individualizada, la empatía, así como las necesidades psicológicas, adaptados todos ellos a elementos sociales y culturales del paciente (Tabla 1)<sup>5</sup>.

Sin embargo, la medición de la Humanización en la asistencia sanitaria es compleja, a pesar de existir múltiples herramientas como la Escala de Empatía Relacional y de Consulta (CARE)<sup>4,6</sup>, la Escala de Humanización de Profesionales de la Salud (HUMAS)<sup>7</sup>, y las Escalas de Jefferson en sus versiones para estudiantes de Medicina (JS-S) y para Profesionales de la salud (JS-HP)<sup>8</sup>, entre otras.

La dificultad para la utilización de estas escalas incluye la complejidad en su construcción, la aplicación adaptada a la identidad cultural y social del paciente y la variabilidad de contextos en los que se emplean<sup>9-10</sup>.

A pesar de lo anteriormente expresado, la valoración de la humanización del profesional médico mediante escalas validadas permitiría dar un salto de calidad respecto a la práctica médica tradicional.

La atención primaria, debe ser el punto de partida en el que el paciente se sienta comprendido, acompañado y escuchado. Esto justificaría la implantación de programas de humanización.

La estructura sanitaria del centro de salud puede llegar a ser muy rígida, en cuanto a cupos de pacientes, agenda de citas y tiempo de consulta, lo que dificulta que el médico de atención primaria pueda poner en práctica muchas de las medidas de humanización<sup>2-3,11</sup>.

La atención sanitaria humanizada debería evaluarse por el paciente y también por el médico en aspectos como la comunicación y trato, tiempos de respuesta y accesibilidad y competencia profesional y utilización de recursos, entre otros, lo que favorecería una cultura de humanización en la asistencia sanitaria<sup>5,11-12</sup>.

El profesional médico y los equipos asistenciales juegan un papel primordial en este trato humanizado del paciente. La consideración de la opinión del paciente y la actitud proactiva del profesional, también deben de incentivarse con la fijación de objetivos y políticas de gestión en su centro de salud. La administración debe implicarse en la formación del médico en habilidades comunicativas, actividades compasivas, escucha activa y asertividad para implementar la cercanía, trato y empatía con el paciente, como base de una atención centrada en la persona<sup>5,7,13</sup>. Las políticas institucionales de apoyo al paciente y al médico deben garantizar un tiempo adecuado para prestar la atención y una infraestructura acogedora y funcional que permita un ambiente en el que ambos, paciente y médico se sientan cómodos<sup>6-8,13</sup>.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La justificación de este trabajo, parte de la percepción de la deshumanización creciente del modelo de asistencia sanitaria. La humanización debe ser una obligación ética de todo profesional de la salud y de todo estudiante del grado de Medicina. Para poder mejorar el trato humano, desde la perspectiva del paciente y del médico debemos analizar los modelos de asistencia sanitaria y las estrategias para implementar medidas de humanización.

Por ello, se plantea el presente estudio con idea de aplicar dos escalas de valoración de la humanización a través de aspectos concretos como son la empatía percibida por el paciente y la autopercepción de la misma por el médico de familia.

Los objetivos planteados son:

### **2.1. Objetivo principal**

- Evaluar la humanización en la asistencia médica a través de escalas de validadas para pacientes y médicos.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Analizar la valoración de los médicos y su grado de empatía por parte de los pacientes
- Analizar la percepción de la empatía por parte del médico en la atención sanitaria
- Determinar las variables asociadas al grado empatía por los pacientes
- Determinar las variables asociadas al grado empatía por los médicos
- Valorar y proponer acciones de mejora en la práctica clínica diaria



### 3. PACIENTES Y MÉTODOS

#### 3.1. Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal mediante la distribución de cuestionarios validados, traducidos y autorizados a pacientes y médicos de familia de atención primaria.

#### 3.2. Población, ámbito de estudio y criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años del Centro de Salud de Cieza Este:

Respuesta de los pacientes a la Escala Care<sup>4</sup>.

- Médicos de Familia de centros de Salud de las provincias de Murcia, Albacete y Las Palmas:

Respuesta de los Médicos de Familia a la Escala Jefferson-HP<sup>8</sup>.

#### 3.3. Reclutamiento, fuente y recogida de datos

Se solicitará al Coordinador de Docencia de los Centro de Salud para que autorice y difunda entre los pacientes y médicos los cuestionarios para valorar distintos aspectos de la Humanización en la asistencia sanitaria.

Las encuestas serán entregadas en formato papel en la Administración del Centro de Salud para que los pacientes la rellenen de **FORMA ANÓNIMA Y VOLUNTARIA** tras pasar por consulta y serán devueltas en Administración a su salida para su análisis.

A los Médicos de Familia se le enviará el cuestionario en formato on line (“google forms”), para su participación y posteriormente sus respuestas se remitirán por correo electrónico al investigador principal.

Los participantes tendrán que **autorizar su participación**.

### 3.4. Documentación y variables recogidas

Se distribuirá a los participantes de cada grupo la siguiente documentación:

- **Cuestionarios-Escalas:**

- **Pacientes:**

- Escala CARE<sup>4</sup>: 10 preguntas tipo escala Likert 0-5 (Anexo I)

- Hoja informativa Encuesta Pacientes (Anexo II)

- **Médicos de Familia:**

- Escala Jefferson-HP<sup>8</sup>: 20 preguntas tipo escala Likert 1-7 (Anexo III)

- Hoja informativa Encuesta Médicos (Anexo IV)

- **Cuestionarios Variables Sociodemográficas**

- Las variables recogidas se presentan en la Tabla 2.

### 3.5. Muestra del estudio

Muestreo de conveniencia no probabilístico. Con el objetivo de valorar cuantas personas serían necesarias en el presente estudio, se consideró el porcentaje más desfavorable de participantes, es decir un 50%. Admitiendo una amplitud total del intervalo de confianza de 0,20 (0,10 por debajo y 0,10 por encima) y un nivel de confianza del 95%, se precisaría un mínimo de 96 pacientes y 96 médicos.

Ante la posibilidad de pérdidas, bien relacionadas con la participación o por cumplimiento defectuoso se incrementará el número de participantes en un 10%.

### **3.6. Análisis estadístico de los datos**

Para llevar a cabo el análisis estadístico de este estudio, se empleará el programa SPSS/PC (Statistical Package for Social Sciences), la versión 24.

Se codificará y verificará la información contenida en las bases de datos.

Para evaluar la normalidad de las variables numéricas continuas se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov.

En las variables cualitativas se calculará la frecuencia y el porcentaje. En las variables cuantitativas se realizarán medidas de tendencia central, calculándose para ello la media y la desviación estándar (DE).

La relación o independencia entre dos variables categóricas, se realizará mediante la prueba de la Chi cuadrado.

Las medias de dos grupos independientes o muestras relacionadas se compararán por el test de la t de Student y a través del test de Anova las medias de tres o más grupos independientes.

La correlación bivariada se estableció por el coeficiente r de Pearson.

La asociación entre variables se estableció aceptando como significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .

### **3.7. Consideraciones éticas**

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y procesados conforme a la normativa vigente sobre la protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y Reglamento UE 2016/679). El acceso a la información personal identificada quedará restringido al investigador del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, CEI y personal autorizado por el promotor (monitores de estudio, auditores), siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente.



## 4. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre febrero y marzo de 2026 se registraron las respuestas de una muestra de:

- **Pacientes** atendidos en el Centro de Salud de Cieza Este, al cuestionario CARE<sup>4</sup> y;
- **Médicos de familia** de atención primaria de Centros de Salud de 3 provincias (Murcia, Albacete y Las Palmas), al cuestionario Jefferson H-P<sup>8</sup>.

Los resultados más relevantes de la aplicación de los dos cuestionarios referidos se exponen a continuación.

### 4.1. CUESTIONARIO CONSULTATION AND RELATIONAL EMPATHY (CARE) MEASURE

200 pacientes respondieron a las cuestiones sociodemográficas y a las preguntas del cuestionario con relación a la atención dispensada por el médico de familia de atención primaria.

#### 4.1.1. Variables sociodemográficas

La edad media de la muestra fue de 48,6 años (18,3) con un 61,0% de los pacientes mayores de 45 años. La distribución por géneros fue de un 57% de mujeres y un 43% de hombres.

El nivel de estudios fue en un 74% no universitario (26,5% estudios primarios; 47,5% estudios secundarios).

La situación laboral de los pacientes fue un 55% activo respecto a un 11,5% desempleados, un 25,5% jubilados y un 8% estudiantes.

La experiencia previa con el sistema de salud por parte de los pacientes fue en un 87% buena.

El número de veces atendido previamente por el médico de familia fue de entre 2 y 10 veces en más de un 60% de los casos.

La duración de la consulta fue menor a 10 minutos en un 63% de las ocasiones (menor de 5 minutos: 19%, entre 5 y 10 minutos: 44%).

#### 4.1.2. Respuestas al Cuestionario CARE

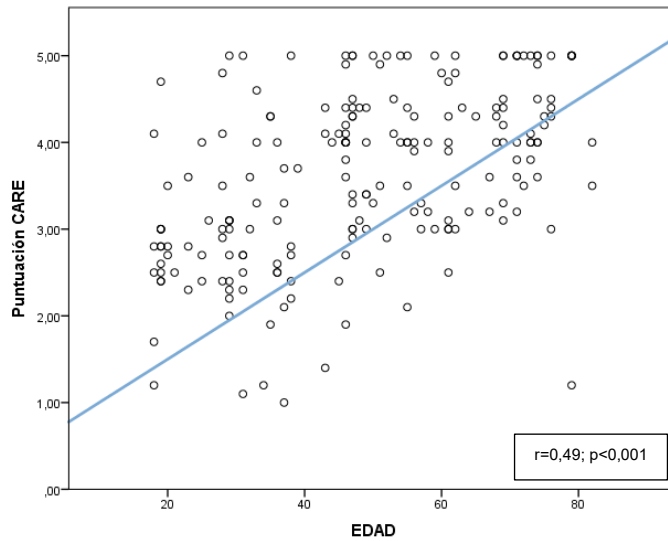
La puntuación total media en la escala Care fue de 36,1 (9,7). La valoración global media de los médicos de familia evaluados fue de un 3,60/5 en los diez apartados recogidos en el cuestionario CARE (Tabla 3). Dentro de esta percepción positiva destacan como apartados:

- **Mejor valorados:** PCC 8: El médico que le atendió: *“Explica las cosas con claridad”* (puntuación media 3,9/5) y la PPC 3: El médico que le atendió: *“Escucha de verdad”* (puntuación media 3,7/5).
- **Peor valorados:** PCC 5: El médico que le atendió *“comprende plenamente sus preocupaciones”* (puntuación media 3,5/5) y PPC 6: El médico que le atendió *“muestra atención y comprensión”* (puntuación media 3,5/5)

#### 4.1.3. Asociaciones de Variables sociodemográficas y Respuestas al Cuestionario CARE

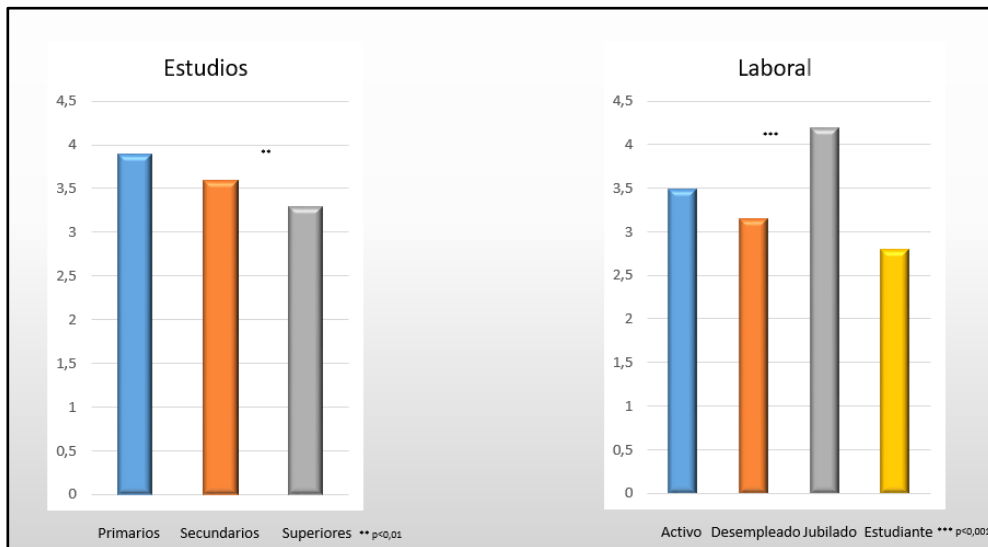
Existieron diferencias significativas (Tabla 4) entre la puntuación media en las diez cuestiones (PCC1 a PPC 10) valoradas y:

- Edad: en los grupos de mayor edad: Mayores de 45 años: 3,9 (0,8) vs menores de 45 años: 2,9 (0,9);  $p < 0,001$ . La asociación entre la edad y la puntuación CARE mostro una correlación positiva con un coeficiente r de Pearson: 0,49 (Figura 1).
- Nivel de estudios: en los grupos de pacientes con estudios primario-secundarios: 3,7 (0,9) vs estudios superiores: 3,3 (0,9);  $p = 0,002$  (Figura 2).
- Situación laboral: en el grupo de pacientes jubilados: 4,2 (0,8) vs pacientes en activo: 3,5 (0,9);  $p < 0,001$  y en el grupo de pacientes jubilados: 4,2 (0,8) vs estudiantes: 2,9 (0,6):  $p < 0,001$  (Figura 2).
- Experiencia previa con el sistema de salud: en el grupo de pacientes con experiencia buena: 3,7 (0,9) vs experiencia regular-mala: 3,0 (1,2);  $p = 0,01$

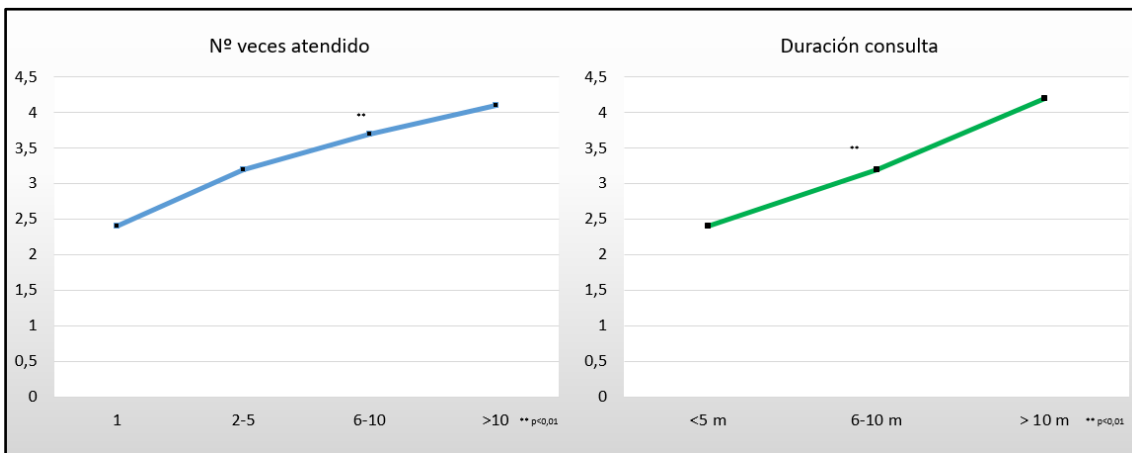


**Figura 1.** Correlación de la Edad de los pacientes con la puntuación CARE asignada al médico de familia

- Número de veces atendido por el médico de familia: en el grupo de pacientes que habían sido atendidos 5 o más veces: 3,9 (0,9); vs menos de 5 veces: 3,1 (0,8);  $p < 0,001$  (Figura 3).
- Duración de la consulta: en el grupo de pacientes que su consulta había durado 10 o más minutos: 4,3 (0,8) vs menos de 10 minutos: 3,2 (0,8);  $p < 0,001$  (Figura 3).



**Figura 2.** Puntuación Escala CARE media asociada al nivel de estudios y situación laboral de los participantes.



**Figura 3.** Puntuación Escala CARE asociada al número de veces atendido por el médico y la duración de la consulta.

## 4.2. CUESTIONARIO JEFFERSON SCALE OF EMPATHY-HP (HEALTH PROFESSIONAL VERSION)

143 médicos de familia respondieron a las cuestiones sociodemográficas y a las preguntas del cuestionario con relación a la autopercepción de su empatía en la atención dispensada a los pacientes de Atención primaria.

### 4.2.1. Variables sociodemográficas

La edad media de la muestra fue de 50,9 años (12,6) con un 55,3% de los médicos mayores de 50 años. La frecuencia por géneros fue de un 64,3% de mujeres y un 35,7% de hombres.

La distribución por centros de salud de los médicos de familia fue: Las Palmas: 50,3%; Murcia. 27,3% y Albacete: 22,4%.

La experiencia laboral de los médicos que respondieron al cuestionario fue mayor de 10 años en el 79,0%.

La duración media de la consulta de atención primaria fue mayoritariamente en el rango comprendido entre 5 y 10 minutos con un 61,5% de frecuencia.

La percepción por parte del profesional de agotamiento en el rango de moderado a extremo fue de un 83,3%

El 74,8% de los médicos de familia habían realizado algún curso de humanización en la asistencia sanitaria de distinta duración (<8 h: 53,8%; >8 horas: 21,0%).

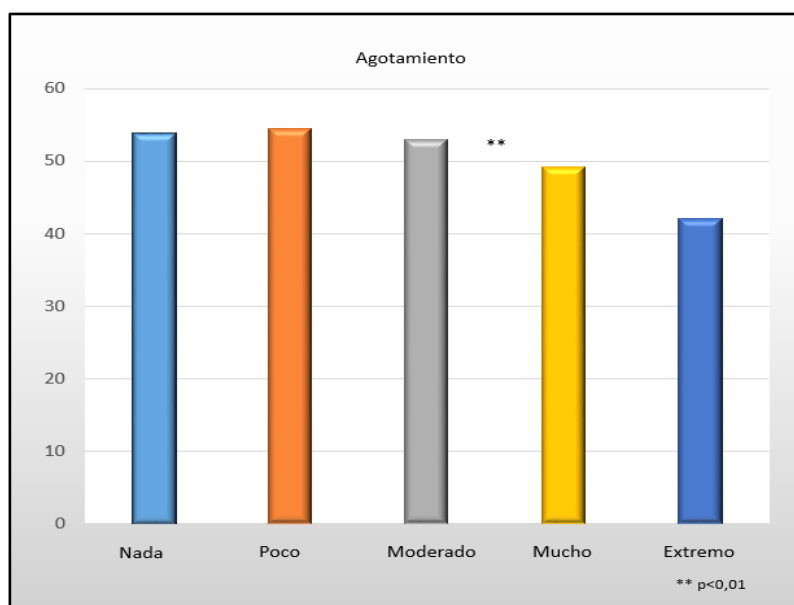
El 87,4% de los centros de salud, no dispone de programas específicos de humanización asistencial o si existen no son conocidos según reflejan los datos remitidos por los profesionales.

La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), en opinión de los médicos de familia, interfiere en la comunicación con el paciente hasta en un 73,5%.

#### 4.2.2. Asociaciones de Variables sociodemográficas

Existieron diferencias significativas entre:

- La edad y la percepción de agotamiento estratificado entre Nada-moderado: 53,5 (12,2) años vs Mucho-extremo: 48,2 (12,3) años;  $p=0,01$  (Figura 4);
- El género y el tiempo medio dedicado por el médico de familia a la consulta estratificado en más de 10 minutos: 40,2 % de las mujeres vs 23,5% de los hombres ( $p=0,04$ )



**Figura 4.** Asociación percepción de agotamiento y edad en los médicos de familia participantes

### 4.2.3. Respuestas al Cuestionario Jefferson

La puntuación total media en la escala Jefferson-HP fue de 120,1 (12,4). La puntuación media de los médicos de familia que evaluaron la autopercepción sobre la empatía fue de un 6,0 (0,6) /7 en los veinte apartados recogidos en el cuestionario (Tabla 5).

Las PCJ en las que los médicos de familia muestran un **acuerdo mayor** son:

- **PCJ 2:** *Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos: 6,8 (0,7) /7*
- **PCJ 20:** *Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico: 6,8 (0,5) /7*
- **PCJ 4:** *Considero que entender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico-paciente: 6,5 (0,9) /7*

Las PCJ en las que los médicos de familia muestran un **mayor desacuerdo** son:

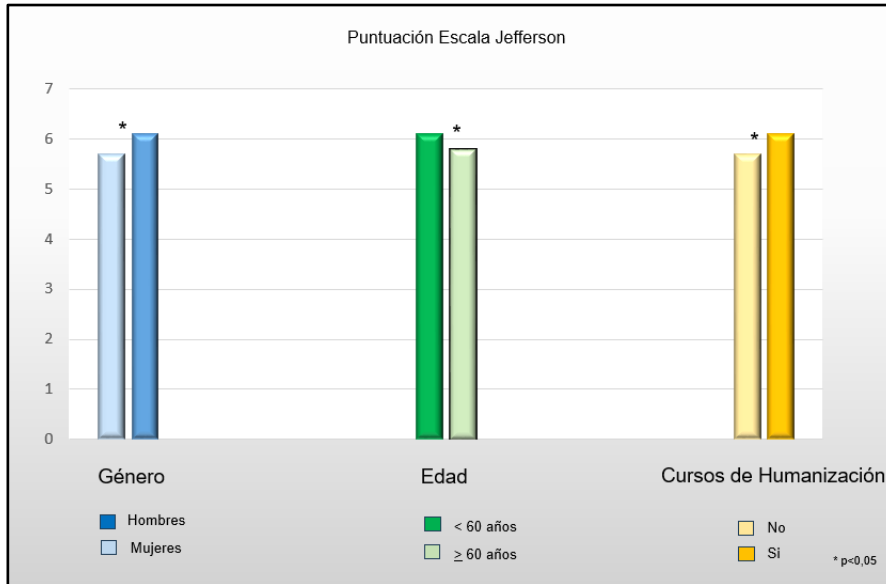
- **PCJ 11:** *Las enfermedades de los pacientes solo se pueden curar mediante tratamiento médico y, por tanto, ningún vínculo afectivo que establezca con mis pacientes podrá tener un valor significativo en ese cometido: 6,4 (1,1) /7*
- **PCJ 8:** *Prestar atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento: 6,3 (1,3) /7*
- **PCJ 14:** *Creo que no hay lugar para las emociones en el tratamiento de las enfermedades médicas: 6,3 (1,5) /7*

### 4.2.4. Asociaciones de Variables sociodemográficas y Respuestas al Cuestionario Jefferson

Existieron diferencias significativas (Tabla 6 y Figura 5) entre la puntuación media total de las 20 PCJ y:

- **Género:** Hombres: 5,7 (0,7) vs Mujeres: 6,1 (0,5); p=0,02

- **Edad:** Menores de 60 años: 6,1 (0,5) vs mayores de 60 años: 5,8 (0,5);  $p=0,04$ .
- **Realización de cursos de Humanización:** No se había recibido ningún curso de humanización: 5,7 (0,7) vs Se había recibido algún curso de Humanización: 6,1 (0,5);  $p=0,01$



**Figura 5.** Asociación puntuación Escala Jefferson con el género, edad y realización de cursos de humanización de los participantes.



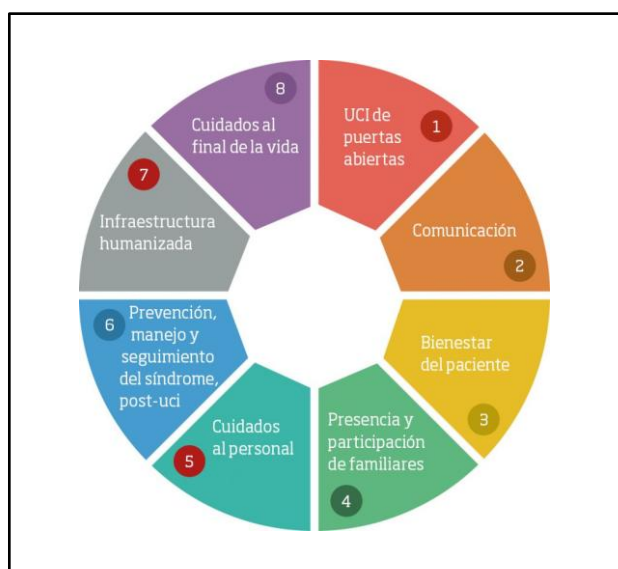
## 5. DISCUSIÓN

La valoración de la humanización en la atención médica es compleja ya que incluye múltiples aspectos como la empatía, el respeto, la comunicación efectiva y la atención individualizada. Por ello, las herramientas para su medición son difícilmente aceptadas por todos<sup>4-8,13</sup>.

El sistema sanitario prioriza el enfoque técnico y económico, por encima de las prácticas humanizadoras sobre todo en unidades de oncología y cuidados intensivos (Figura 6) en favor de la eficiencia y el cumplimiento de los protocolos<sup>1-3</sup>.

El objetivo del presente trabajo ha sido evaluar un aspecto fundamental de la humanización de la asistencia como es la empatía desde la perspectiva del paciente y del médico de atención primaria.

Las puntuaciones globales obtenidas en el cuestionario CARE de 36,1 se aproximan a las publicadas por Howick et al.<sup>14</sup> en un metaanálisis de 64 estudios realizado en el año 2017 con puntuación media de 40,48 puntos. Igual ocurre con la puntuación de la escala Jefferson de 120,1 similar a la reportada por Hojat et al.<sup>8</sup> con una media de 116 puntos.



**Figura 6.** Medidas de Humanización del **Proyecto HUCI:** Humanizando los Cuidados Intensivos. (Reproducido de Heras La Calle<sup>1</sup>, con autorización).

## 5.1. Aplicación de la escala CARE

Los pacientes encuestados asignan una alta valoración (entre buena y muy buena) a la empatía mostrada por el médico de familia que le atiende, destacando como aspectos mejor valorados el que el médico “*explique las cosas con claridad*” y que les “*escuche de verdad*”. Sanders et al.<sup>15</sup> concluyen que los pacientes identifican comportamientos empáticos como la escucha activa, la comunicación con claridad y la preocupación sincera por parte de los médicos. Hall et al.<sup>16</sup> además incluyen la comprensión, atención a las emociones y un enfoque integral en la persona, en lugar de centrarse únicamente en la enfermedad. Otros aspectos empáticos del médico a destacar por los pacientes son el comportamiento, la accesibilidad y la competencia<sup>15-16</sup>.

Mercer SW et al, destacan aspectos que pueden influir en la empatía percibida por el paciente, como la edad, la presencia de problemas psicosociales, enfermedades crónicas y angustia emocional pero que no afectan de forma consistente las puntuaciones medias de la escala CARE<sup>6</sup>.

Los pacientes más jóvenes pueden tener expectativas que no siempre coinciden con los estilos de consulta tradicionales. Además, la frecuencia de sus vistas suele ser menor y también de menor duración, ya que se les presupone un mejor estado de salud. Por el contrario, los pacientes mayores acumulan mayor experiencia con el sistema sanitario y una mayor duración de las consultas dado que a mayor edad las patologías tienden a ser más crónicas, lo que también puede generar un mayor conocimiento y confianza en el médico que le atiende<sup>4,17</sup>. Además, distintas revisiones concluyen que la longitudinalidad de la asistencia en atención primaria, con mayor frecuencia de contacto con el mismo médico, se asocia con una menor mortalidad<sup>18-19</sup>.

El nivel de estudios más bajo se asoció a unas puntuaciones mayores, lo que podría justificarse porque estos pacientes culturalmente respetan la autoridad y el rol del médico y tienden a valorar más los aspectos afectivos y emocionales respecto a los pacientes con mayor nivel educativo que suelen priorizar la comunicación orientada a sus problemas concretos de los que demandan una solución inmediata<sup>20</sup>.

Las consultas médicas de al menos 10 minutos mejoran las actividades de promoción de la salud, la satisfacción y la atención centrada en el paciente, y se consideran un indicador de humanización en la atención médica como demuestra una revisión realizada en 67 países<sup>21</sup>.

## **5.2. Aplicación de la escala de Jefferson**

La autopercepción de empatía por el médico de familia encuestado, valorada por la Escala de Jefferson es alta. Están casi totalmente de acuerdo en que: *“Sus pacientes se sienten mejor cuando comprende sus sentimientos”, en “Considerar la empatía como un factor terapéutico”* al igual que *“entender que el lenguaje corporal de sus pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico- paciente”*.

En este sentido, la comprensión empática del médico dando por válidos los sentimientos, pensamientos o sensaciones del paciente hace que este, al sentirse comprendido reduzca su ansiedad y su angustia aumentando la satisfacción con la atención recibida. Esto repercutirá en una mayor confianza y una mejor adherencia al tratamiento, con mejores resultados de salud<sup>22</sup>.

La autopercepción de empatía fue superior por parte de las mujeres, como describen diversos estudios relacionándolo con factores sociales culturales, psicológicos y neurobiológicos<sup>23-25</sup>. Estudios experimentales y de neuroimagen muestran que las mujeres tienden a activar con mayor intensidad las regiones cerebrales relacionadas con las emociones que implican empatía afectiva, como la angustia personal<sup>24</sup>. Las mujeres demuestran mayor capacidad de respuesta afectiva y compasión, lo que puede reforzar su autopercepción de la empatía<sup>25</sup>.

La importancia de instaurar la formación en humanización en los médicos de familia queda constatada con las puntuaciones obtenidas en la escala de Jefferson cuando los médicos habían realizado algún curso de humanización. Estudios como el de Doreille et al.<sup>26</sup> y Fernández-Rodríguez et al.<sup>27</sup> concluyen que los programas de humanización y de mejora de la empatía conducen a aumentos significativos en las puntuaciones de la Escala de Jefferson. En este sentido la “metodología de atención Humanitude” que enfatiza la comunicación

no verbal, la empatía y el respeto por la autonomía y la dignidad del paciente, aplicada en estudiantes de medicina mejora las puntuaciones de empatía tanto inmediatamente después de la intervención como a largo plazo con refuerzos o exposición repetida para mantener estos logros<sup>28</sup>.

Un resultado destacable es que, aunque una alta proporción de los médicos de familia habían realizado algún curso de humanización, no existen programas específicos en la mayoría de los centros de salud. Se ha demostrado la importancia de estos programas de humanización en atención primaria fortaleciendo la alianza terapéutica y mejorando las experiencias de pacientes y profesionales sanitarios lo que conlleva una mejor prestación de atención sanitaria<sup>5,29</sup>.

Por último, un aspecto que podría influir en la autoempatía del médico es la percepción de agotamiento. Llamativamente, en relación con la edad, la percepción de agotamiento es mayor en los médicos de familia más jóvenes. Este hallazgo se justifica según distintos autores debido a que los médicos más jóvenes tienen mayores exigencias laborales y su autonomía es más limitada con horarios de guardias más prolongados, lo cual se asocia sistemáticamente con un mayor agotamiento profesional<sup>27-30</sup>. Estos se enfrentan a curvas de aprendizaje pronunciadas, frecuentes turnos de noche y altas expectativas de sus tutores y compañeros, lo que contribuye a la fatiga crónica, agotamiento emocional, menor satisfacción laboral y una peor conciliación familiar<sup>30</sup>. Este agotamiento del profesional puede ser paliado en parte con cursos de formación en Humanización que fomentan la confianza, y el bienestar psicológico tanto de pacientes como de cuidadores, mejorando la satisfacción y reduciendo el agotamiento de estos últimos<sup>27,29</sup>.

De la realización de este trabajo surgen como posibles líneas futuras de investigación, la valoración de otros aspectos de la humanización en la asistencia médica, la aplicación de ambas escalas de forma simultánea, tanto por el paciente para valorar al médico como por el propio médico para autovalorarse y la posibilidad de valorar si un programa específico de humanización de la medicina en un centro de salud mejora este aspecto de la atención sanitaria.

En el presente estudio, podemos destacar como principales limitaciones: la evaluación de un solo aspecto de la humanización, la empatía y el hecho de que no ha habido aleatorización. Por el contrario, las fortalezas más destacables son: proporcionar unos datos preliminares sobre la humanización en la asistencia sanitaria y el abordar un tema que puede considerarse marginal, sin embargo, debería ser fundamental como base de la relación médico-paciente.

Para concluir, incidir en que la investigación en humanización debería estimular el desarrollo de políticas, planes de estudio y prácticas institucionales, garantizando que los sistemas de salud prioricen la atención integral, ética e individualizada del paciente, poniendo en valor los aspectos humanos de la medicina.



## 6. CONCLUSIONES

El presente trabajo ha permitido analizar la empatía transmitida por los médicos de familia a los pacientes como aspecto de la humanización de la asistencia médica y la propia percepción de los médicos de familia de su empatía, junto a los factores asociados a ambas, alcanzándose los objetivos fijados inicialmente.

Las principales conclusiones obtenidas tras la realización de este estudio son:

1. La empatía del médico de familia percibida por el paciente de atención primaria fue entre buena y muy buena, destacando como aspectos con mejor puntuación, el que el médico “explique las cosas con claridad” y que “escuche al paciente de verdad”.

2. Las mejores puntuaciones se asociaron con los pacientes de mayor edad, con niveles de estudios no universitarios, en situación laboral inactiva (jubilado) y con experiencia previa con el sistema de salud buena.

3. Los pacientes que habían sido atendidos más número de veces por el médico de familia o aquellos que su consulta duró más tiempo, asignaron una mayor puntuación en el cuestionario a los médicos de familia.

4. La valoración de empatía autopercebida por los propios médicos de familia fue alta, siendo mayor en las mujeres, destacando como aspectos con los que los médicos se identifican más: “la comprensión de los sentimientos de los pacientes y de su estado de ánimo”, “la influencia terapéutica de la empatía” y “la importancia de la valoración de la comunicación no verbal del paciente”.

5. La realización de cursos de humanización se asocian a una mejora de la autopercepción de la empatía en los médicos de familia.



## 7. ANEXOS

### 7.1. ANEXO I: Escala de valoración de la empatía relacional CARE<sup>4</sup>

Por favor evalúe al profesional que le ha atendido en los siguientes 10 apartados con base a la siguiente clasificación:						
	No tengo elementos adecuados para valorarlo o prefiero no contestar (0)	Malo (1)	Regular (2)	Bueno (3)	Muy bueno (4)	Excelente (5)
1.-Le hace sentir cómodo (presentándose, explicando su puesto, siendo amable y cordial con usted, tratándole con respeto; sin ser frío ni brusco)						
2.-Deja que le cuente su "problema" (dándole tiempo para que describa completamente su situación con sus propias palabras; sin interrumpirle, apresurarle ni desviarle de su relato)						
3.-Escucha de verdad (presta mucha atención a lo que le dice; no mira las anotaciones ni el ordenador mientras le habla)						
4.-Se interesa por usted como persona integral (pregunta/conoce detalles relevantes sobre su vida, su situación; no le trata como "un simple número")						
5.-Comprende plenamente sus preocupaciones (comunica que ha comprendido con precisión sus preocupaciones y ansiedades; sin pasar por alto ni desestimar nada)						
6.-Muestra atención y compasión (muestra un interés sincero, conectar con usted a un nivel humano; no es indiferente ni "distante")						
7.-Es positivo (Tiene una actitud y un enfoque positivos; es honesto, no ve solo la parte negativa de sus problemas)						
8.-Explica las cosas con claridad (responde completamente a sus preguntas; le proporciona la información adecuada; no es impreciso)						
9.-Le ayuda a tomar decisiones (explorando con usted qué puede hacer para mejorar su salud por usted mismo, animándole en lugar de amonestarle o recriminarle)						
10.-Elabora un plan de actuación consensuado con usted (discute las opciones, le permite involucrarle en las decisiones tanto como usted; no ignora sus opiniones)						
Comentarios: Si desea agregar más comentarios sobre esta consulta, hágalo aquí.						

© CARE SW Mercer, Scottish Executive 2004: The CARE Measure <sup>4</sup>.

## 7.1.1. Autorización uso Escala CARE

Raquel López Martínez  
Para: Stewart.Mercer@ed.ac.uk

Responder Responder a todos Reenviar

Mié 29/10/2025 8:

Patient Humanization in Med...  
130 KB

Dear Sirs:  
My name is Raquel López Martínez, and I am a sixth-year medical student.  
I am completing a final project about "Humanization in Medical Care" (attached document) and would like to use the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure to complement my work to assess empathy in healthcare  
I would like to ask if it would be possible for me to be authorized to use this scale in my study with only academic purposes and free to use for non-commercial purposes.  
I thank you in advance for your attention.

Sincerely,

**Raquel López Martínez**  
6<sup>o</sup> course of medical student  
Catholic University of San Antonio  
Murcia,  
Spain

Stewart Mercer <Stewart.Mercer@ed.ac.uk>  
Para: Usted: Jayne Richards

Responder Responder a todos Reenviar

Mié 29/10/2025 10:28

Feel free to use the CARE Measure Raquel, I retain copyright on all versions, and please contact the person below to ask to use their validated version in Spanish , this is preferable to translating it yourself.  
Good luck,  
Stewart

...

**From:** Jayne Richards <vjric10@exseed.ed.ac.uk>  
**Sent:** 29 October 2025 10:22  
**To:** jmloal@hotmail.com  
**Cc:** Stewart Mercer <Stewart.Mercer@ed.ac.uk>  
**Subject:** FW: Authorization Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure

Dear Colleague



For a copy of the Spanish version of the CARE MEASURE please contact:

[j.salazar@wanadoo.es](mailto:j.salazar@wanadoo.es)

Best wishes  
Jayne


**PERSONAL ASSISTANT** (Monday- Wednesday 0900-1630hrs only)  
Professor Stewart Mercer & Professor Bruce Outhrie

Usher Building, The University of Edinburgh, 5-7 Little France Road, Edinburgh BioQuarter – Gate 3, EDINBURGH EH16 4UX  
[jayne.richards@ed.ac.uk](mailto:jayne.richards@ed.ac.uk) | +44 (0)131 650 3216 |

 THE UNIVERSITY of EDINBURGH |  Usher institute

"Better health, better futures"

[www.ed.ac.uk/usher](http://www.ed.ac.uk/usher) | @EdinUnlUsher

 Athena SWAN Silver Award

## 7.2. ANEXO II: Información e Instrucciones para responder al Cuestionario

### CARE

#### **FORMULARIO DE VALORACIÓN DE LA EMPATÍA RELACIONAL (CARE)**

El formulario que se presenta a continuación ha sido autorizado para su uso en el trabajo para obtener el Grado de Medicina a la investigadora Raquel López Martínez alumna de 6º curso de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

Este formulario sirve para valorar la **PERCEPCION DE LOS PACIENTES** sobre uno de los aspectos humanos de la asistencia sanitaria: **La Empatía de los profesionales**, es decir la capacidad de comprender y compartir los sentimientos y emociones de un paciente por el profesional sanitario, poniéndose en su lugar para entender su visión de los problemas planteados

Se trata de un cuestionario **VOLUNTARIO Y ANÓNIMO** (sus datos serán codificados) en el que se pide su opinión. Debe ser contestado de forma individual, sincera y reflexiva.

Le agradezco sinceramente su esfuerzo y colaboración

Evalúe por favor al profesional que le ha atendido en los siguientes 10 apartados con base a la siguiente clasificación:

- No tengo elementos adecuados para valorarlo o prefiero no contestar
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno
- Excelente

\* Indica que la pregunta es obligatoria

### 7.3. ANEXO III: Jefferson Scale of Empathy-HP health professional version<sup>8</sup>

Escala 1 a 7 puntos:

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo	

1. Comprender cómo se sienten mis pacientes y sus familiares no es un factor relevante para el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me resulta difícil ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4. Considero que entender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico- paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo un buen sentido del humor, lo que creo que contribuye a obtener un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
6. Como todo el mundo es diferente, me resulta casi imposible ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trato de no prestar atención a las emociones de mis pacientes cuando los entiendo y hago su historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8. Prestar atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando les atiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10. El hecho de comprender los sentimientos de mis pacientes les aporta una sensación de reconocimiento que resulta terapéutica por sí misma	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermedades de los pacientes solo se pueden curar mediante tratamiento médico y, por tanto, ningún vínculo afectivo que establezca con mis pacientes podrá tener un valor significativo en ese cometido.	1	2	3	4	5	6	7
12. Considero que preguntar a mis pacientes sobre lo que sucede en sus vidas es un factor sin importancia para comprender sus quejas físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Trato de comprender qué pasa por la mente de mis pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y a su lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que no hay lugar para las emociones en el tratamiento de las enfermedades médicas.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una destreza terapéutica sin la cual mi éxito como médico estaría limitado.	1	2	3	4	5	6	7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familiares.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trato de pensar como mis pacientes para prestarles una mejor atención.	1	2	3	4	5	6	7
18. No permito que me afecten las relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y sus familiares.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto leyendo literatura no médica ni con actividades artísticas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7

© Thomas Jefferson University. All rights reserved Translation by José Manuel Blanco Canseco, C.S Universitario Valle de la Oliva, Spain<sup>8</sup>

### 7.3.1. Autorización uso Escala Jefferson

**From:** Raquel López Martínez  
**Sent:** Monday, October 20, 2025 11:17 AM  
**To:** Jefferson Scale of Empathy <empathy@jefferson.edu>  
**Subject:** Autorization Jefferson Scale

Dear Sirs:  
My name is Raquel López Martínez, and I am a sixth-year medical student.  
I am completing a final project about "Humanization in Medical Care" and would like to use the Jefferson Empathy Scale to complement my work to assess medical professionals' self-perception of empathy.  
I would like to ask if it would be possible for me to be authorized to use this scale in my study with only academic purposes.  
I thank you in advance for your attention.

Sincerely,

Jefferson Scale of Empathy <empathy@jefferson.edu>  
Para: 'raquellopezmartinez3@gmail.com'

Responder Responder a todos Reenviar

Vie 24/10/2025 15:51

Respondió el Vie 24/10/2025 16:15.

Spanish (Spain)\_S(Vivanco).pdf 27 KB Spanish (Spain)\_HP-version [...].pdf 143 KB Scoring Algorithm.pdf 71 KB USER GUIDE.pdf 2 MB Empathy for Health Professionals.pdf 1 MB

Mostrar los 7 datos adjuntos (4 MB) Guardar todo en OneDrive Descargar todo

Dear Raquel,

Thank you for the explanation of your project and agreement to the conditions. We must ask that you refer to the JSE versions in the correct way (JSE HP-version, JSE S-version). The name of the scales are copyrighted and so the proper titles should be used. You will find the name and location of the translators at the bottom of each translation. Both English and translated versions of the scale are attached. You may contact the authors for information about their studies (Luis Vivanco Sierra, email address: [vivanco@ricjasa.ucd.es](mailto:vivanco@ricjasa.ucd.es); José Manuel Blanco, email address: [sergio16@da.urj.es](mailto:sergio16@da.urj.es)) or if you have questions about the translations. If you are using the JSE online, this will require you to copy the survey exactly as it appears, along with copyright line into the survey software or website you are using. Then, you would send the secure link to the survey in an email to your participants to complete. This will collect your data for you for scoring.

Please note that we cannot endorse the accuracy of any translation. We suggest that you compare the translated version with the original English version to judge if the translation is accurate. You are welcome to improve the accuracy of the translation if deemed necessary. If there is any further want to use the JSE in a future project, permission must be requested before starting another project.

#### 7.4. ANEXO IV: Información e Instrucciones para responder al Cuestionario Jefferson HP:

##### **Jefferson Scale of Empathy-HP health professional version.**

El formulario que se presenta a continuación ha sido **autorizado** para su uso en el trabajo para obtener el Grado de Medicina a la alumna Raquel López Martínez de 6º curso de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Este formulario sirve para valorar la **AUTO-PERCEPCION DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA** sobre uno de los aspectos humanos de la asistencia sanitaria: La Empatía de los profesionales, es decir la capacidad de comprender y compartir los sentimientos y emociones de un paciente por el profesional sanitario, poniéndose en su lugar para entender su visión de los problemas planteados

Se trata de un cuestionario **VOLUNTARIO Y ANÓNIMO** (sus datos serán codificados) en el que se pide su opinión. Su realización **LE LLEVARÁ MENOS DE 5 MINUTOS**.

Debe ser contestado de forma individual, sincera y reflexiva.

Le agradezco sinceramente su esfuerzo y colaboración

##### **INSTRUCCIONES:**

Por favor, indique su grado de desacuerdo o acuerdo con cada de las cuestiones que se le plantean al final de este formulario (Escala Jefferson para profesionales de la salud) utilizando una **escala de 1 a 7 puntos (1: totalmente en desacuerdo; 7: totalmente de acuerdo)**.

Marque con una cruz sobre el número elegido.

\* Indica que la pregunta es obligatoria

## 7.5. ANEXO V: Autorización inclusión figura proyecto HUCI<sup>1</sup>

El 17/03/2026 14:02 CET RAQUEL <enviomail@proyectohuci.com> escribió:

---

¿Cuál es el motivo de la consulta? Consulta general

---

Tu nombre RAQUEL

---

Dirección Email Raquellopezmartinez3@gmail.com

---

¿Qué podemos hacer por ti?;o tú por nosotros? SOY RAQUEL LÓPEZ MARTINEZ, ESTUDIANTE DE 6º AÑO DE MEDICINA Y ESTOY REALIZANDO MI TRABAJO DE FIN DE GRADO SOBRE HUMANIZACIÓN EN LA ASITENCIA SANITARIA. qUERIA SOLICITARLE AUTORIZACION PARA INCLUIR LA FIGURA DE SU PROYECTO SOBRE LAS 8 ACCIONES DE HUMANIZACION EN MI TRABAJO.

G

Gabriel Heras La Calle <gabi@proyectohuci.com>

Para: Usted;

Buen día Raquel, si puedes usarla citando la fuente que es esta:

Heras La Calle, Gabriel. [My Favorite Slide: The ICU and the Human Care Bundle](#). NEJM Catalyst. April 5th 2018

Cuando lo hayas terminado, me encantaría leer tu trabajo.

Muchas gracias por tu interés,

Dr. Gabriel Heras

Creador y Director de Proyecto HU-CI

Médico Especialista en Medicina Intensiva



Mail: [gabi@proyectohuci.com](mailto:gabi@proyectohuci.com)

Telf: +34649141488

[Perfil LinkedIN](#)

## 7.6. ANEXO VI: Aprobación del Comité de Ética de Investigación



### Informe Dictamen Protocolo Favorable Otros Estudios-Trabajo Fin Grado

C.P. No consta - C.I. EST: 82/25

28 de enero de 2026

#### CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

Dra. María Dolores Nájera Pérez  
Presidenta del CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

#### HACE CONSTAR QUE:

1º. El CEIm/CEI Hospital General Universitario José María Morales Meseguer en su Reunión del día 28/01/2026 Acta ORDINARIA ha evaluado la propuesta del promotor referida al **Estudio-Trabajo Fin Grado**:

**Título:** "LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO"

**Código Promotor:** No consta **Código Interno:** EST: 82/25

**Promotor:** Investigador

**Versión Protocolo Evaluada:** V.1.0. 13-11-25. **Nueva Versión tras Aclaraciones:** Versión 1.1. Enero 2026.

**Versión Hoja Información al Paciente Evaluada:** -----

**Fecha Entrada:** 13/11/2025. **Entrada Aclaraciones:** 10/01/2026.

**Investigador Principal:** D<sup>a</sup>. Raquel LÓPEZ MARTÍNEZ. Alumna 6º Medicina UCAM. (Realización del TFG en el Área IX-Centro de Salud Cieza).

2º. Tras la evaluación correspondiente, el CEIm/CEI considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- Se respetan los principios éticos básicos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- En dicha Reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente y se cumplieron las normas de funcionamiento interno del Comité para que la decisión del citado CEIm sea válida.
- El CEIm, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/E6 R2).

3º. Por lo que este CEIm/CEI emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

✚ La composición actual del CEIm es la siguiente:

**Presidenta:** Dra. María Dolores Nájera Pérez  
Especialista de Farmacia Hospitalaria  
Miembro del Comité de Ética Asistencial

**Vicepresidente:** Dr. Juan Belchí Hernández  
Especialista Alergología. Jefe de Sección de Alergia.

**Secretaría Técnica:** Dra. Ana Aranda García  
Especialista de Farmacia Hospitalaria.

## 7.7. ANEXO VII: Comunicaciones enviadas al Congreso Regional de Médicos de Familia Semergen

Se ha enviado una Comunicación con los siguientes datos:

**CONGRESO: 11º CONGRESO AUTONÓMICO SEMERGEN MURCIA 2026**

**Datos del contacto**

**Identificador:** 410948  
**Nombre:** Raquel  
**Apellidos:** López Martínez

Puede acceder a su área privada desde la sección MI CONGRESO dentro de la web, introduciendo sus datos de usuario y contraseña con los que se encuentra registrado en SEMERGEN. Si desconoce dichos datos puede recuperarlos a través de la opción "Recordar Contraseña" en la propia WEB.

**Datos de la Comunicación**

**Identificador de Comunicación:** 960/18  
**Título de la Comunicación:** PERCEPCIÓN DE LA EMPATÍA POR EL MEDICO DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA  
**Tipo de Comunicación:** Resultados de trabajos originales Descriptivo. Médico Residente  
**Area de la Comunicación:** Comunicación asistencial  
**Formato de la Comunicación:** ORAL  
**Autor Principal:** Raquel López Martínez  
**Coautor 1:** ADRIAN BOLEA SAURA  
**Coautor 2:** JOSE GOMEZ YELO  
**Coautor 3:** Juan Antonio División Garrote

Se ha enviado una Comunicación con los siguientes datos:

**CONGRESO: 11º CONGRESO AUTONÓMICO SEMERGEN MURCIA 2026**

**Datos del contacto**

**Identificador:** 410948  
**Nombre:** Raquel  
**Apellidos:** López Martínez

Puede acceder a su área privada desde la sección MI CONGRESO dentro de la web, introduciendo sus datos de usuario y contraseña con los que se encuentra registrado en SEMERGEN. Si desconoce dichos datos puede recuperarlos a través de la opción "Recordar Contraseña" en la propia WEB.

**Datos de la Comunicación**

**Identificador de Comunicación:** 960/17  
**Título de la Comunicación:** EMPATÍA DEL MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA VALORADA POR LOS PACIENTES  
**Tipo de Comunicación:** Resultados de trabajos originales Descriptivo. Médico de Familia  
**Area de la Comunicación:** Comunicación asistencial  
**Formato de la Comunicación:** ORAL  
**Autor Principal:** Raquel López Martínez  
**Coautor 1:** ADRIAN BOLEA SAURA  
**Coautor 2:** JOSE GOMEZ YELO  
**Coautor 3:** Juan Antonio División Garrote



## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Heras La Calle G. My Favorite Slide: The ICU and the Human Care Bundle. NEJM Catalyst [Internet]. 5 de abril de 2018. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0215>
2. Diaz KA, Spiess PE, García-Perdomo HA. Humanization in oncology care: a necessary change. Urol Oncol. 2023 Dec;41(12):481-2. doi: 10.1016/j.urolonc.2023.09.014.
3. Nielsen AH, Kvande ME, Angel S. Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (HumanIC). J Adv Nurs. 2023 Feb;79(2):475-88. doi: 10.1111/jan.15481
4. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. Fam Pract. 2005 Jun;22(3):328-34. doi: 10.1093/fampra/cmh730
5. Tackett S, Adams G, Chen B, Wright SM. A group concept mapping study to define humanizing health care. Mayo Clin Proc. 2026 Jan;101(1):95-105. doi:10.1016/j.mayocp. 2025.04.016. Epub 2025 Jul 28. PMID: 40719670.
6. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland--a pilot prospective study using structural equation modeling. Patient Educ Couns. 2008 Nov;73(2):240-5. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.022. PMID: 18752916.
7. Pérez-Fuentes MC, Herrera-Peco I, Molero MM, Oropesa NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. Int J Environ Res Public Health. 2019 Oct 18;16(20):3999. doi: 10.3390/ijerph16203999. PMID: 31635037; PMCID: PMC6843922

8. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2018 Dec;23(5):899-920. doi: 10.1007/s10459-018-9839-9.
9. Mai S, Li L. Reliability and Validity of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Scale. *J Eval Clin Pract*. 2025 Feb;31(1):e14296. doi: 10.1111/jep.14296
10. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of Physician Empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Med Sci Monit*. 2007 Jul;13(7):CR291-294.
11. Loxterkamp D. What Humans Need. *Ann Fam Med*. 2023 Sep-Oct;21(5):465-7. doi: 10.1370/afm.3015
12. Chen X, Liu C, Yan P, Wang H, Xu J, Yao K. The impact of doctor-patient communication on patient satisfaction in outpatient settings: implications for medical training and practice. *BMC Med Educ*. 2025 Jun 4;25(1):830. doi: 10.1186/s12909-025-07433-y
13. Sueiras P, Romano-Betech V, Vergil-Salgado A, Romero-Mendoza R, Hernández-Garduño A, González-Ramos A, et al. Today's medical self and the other: challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PLoS One*. 2017 Mar 3;12(3):e0173004. doi: 10.1371/journal.pone.0173004.
14. Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Med Educ*. 2017 Aug 21;17(1):136. doi: 10.1186/s12909-017-0967-3. PMID: 28823250; PMCID: PMC5563892
15. Sanders JJ, Dubey M, Hall JA, Catzen HZ, Blanch-Hartigan D, Schwartz R. What is empathy? Oncology patient perspectives on empathic clinician behaviors. *Cancer*. 2021 Nov 15;127(22):4258-4265. doi: 10.1002/cncr.33834

16. Hall JA, Schwartz R, Duong F, Niu Y, Dubey M, DeSteno D, et al. What is clinical empathy? Perspectives of community members, university students, cancer patients, and physicians. *Patient Educ Couns*. 2021 May;104(5):1237-1245. doi: 10.1016/j.pec.2020.11.001.
17. Lelorain S, Descamps A, Grignoli N, Pruvost T, Dhelft A, Rouhier MA, et al. Patient and contextual variables contribute to patients' perception of general practitioners' empathy. *Patient Educ Couns*. 2025 Nov;140:109268. doi: 10.1016/j.pec.2025.109268.
18. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020 Sep;70(698):e600-e611. doi: 10.3399/bjgp20X712289
19. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018 Jun 28;8(6):e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161.
20. Aelbrecht K, Rimondini M, Bensing J, De Maeseneer J, Willems S, Deveugele M. Quality of doctor-patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient's educational level. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015 Oct;20(4):873-84. doi: 10.1007/s10459-014-9568-1
21. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Hull A, Pascale A, Free C, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017 Nov 8;7(10):e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902.
22. Broadbridge E, Greene K, Venetis MK, Buckley-laderosa J, Sanford AA. Facilitating psychological adjustment for breast cancer patients through empathic communication and uncertainty reduction. *Patient Educ Couns*. 2023 Nov;116:107936. doi: 10.1016/j.pec.2023.107936
23. Rajasekhar N, Redly A, Nanda S, Brown GR. Gender difference in self-reported empathy: Effects of task instructions and exposure to gender

essentialism primes. PLOS ONE. 2024;19(1):e0294154. doi: 10.1371/journal.pone.0294154.

24. Wu X, Lu X, Zhang H, Wu J, Wang C, Tang Y, et al. Sex difference in trait empathy is encoded in the human anterior insula. *Cereb Cortex*. 2023 Feb 7;33(4):1199-1209. doi: 10.1093/cercor/bhac129

25. McDonald B, Kanske P. Gender differences in empathy, compassion, and prosocial donations, but not theory of mind in a naturalistic social task. *Sci Rep*. 2023 Nov 2;13(1):18903. doi: 10.1038/s41598-023-45543-x

26. Doreille A, Vilaine E, Belenfant X, Jacquelinet C, Combe C, Thervet E, et al. Can empathy be taught? A cross-sectional survey assessing training to deliver the diagnosis of end stage renal disease. PLOS ONE. 2021 Apr 15;16(4):e0248488. doi: 10.1371/journal.pone.0248488.

27. Fernández-Rodríguez LJ, Bardales-Zuta VH, San-Martín M, Delgado Bolton RC, Vivanco L. Empathy enhancement based on a semiotics training program: A longitudinal study in Peruvian medical students. *Front Psychol*. 2020 Oct 14;11:574444. doi: 10.3389/fpsyg.2020.574444.

28. Fukuyasu Y, Kataoka HU, Honda M, Okabe T, Hirai K, Inaba M, et al. The effect of humanitude care methodology on improving empathy: a six-year longitudinal study of medical students in Japan. *BMC Med Educ*. 2021 Oct 21;21(1):542. doi: 10.1186/s12909-021-02980-8.

29. Chagas Cardoso H, Pereira ERS, Soares V, Rabahi MF. Influence of teaching a structured and humanized method of care on the perception of medical student attitudes in the doctor-patient relationship. *PLoS One*. 2025 Feb 7;20(2):e0314317. doi: 10.1371/journal.pone.0314317.

30. Surawattanasakul V, Siviroj P, Kiratipaisarl W. Resident physician burnout and association with working conditions, psychiatric determinants, and medical errors: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2024 Oct 30;19(10):e0312839. doi: 10.1371/journal.pone.0312839

## 9. TABLAS

**Tabla 1.** Componentes de la Humanización en la asistencia sanitaria (tomado de Tackett et al <sup>5</sup>)

1.- Comunicación efectiva.
2.- Cultura de la atención médica
3.- Actitudes de los trabajadores de la salud (curiosidad, compasión, respeto).
4.- Equipo multidisciplinar de profesionales de la salud.
5.- Políticas institucionales y valor de la atención.
6.- Sistemas físicos/digitales y acceso a la atención.
7.- Tiempo y atención para los pacientes.
8.- Integración de las perspectivas de los pacientes en todo el sistema.



**Tabla 2.** Variables sociodemográficas recogidas en la población incluida en el estudio

Pacientes	Médicos
• Edad	• Edad
• Identidad de género	• Identidad de género
• Estudios	• Años de experiencia profesional
• Situación Laboral	• Lugar de trabajo
• Duración aproximada de la consulta recibida	• Duración promedio de sus consultas
• Percepción de su estado de salud	• Percepción de agotamiento emocional
• Número de veces atendido por el profesional	• Formación en humanización
• Experiencia previa con el sistema de salud	• Conocimiento de la existencia en su centro de trabajo de programas de humanización
	• Percepción de interferencia de la historia electrónica en la comunicación con el paciente



**Tabla 3.** Valoración media de los médicos de familia en las cuestiones incluidas en el Cuestionario CARE<sup>4</sup>

	m (DE)
<b>1.-Le hace sentir cómodo</b> (presentándose, explicando su puesto, siendo amable y cordial con usted, tratándole con respeto; sin ser frío ni brusco)	3,6 (0,9)
<b>2.-Deja que le cuente su "problema"</b> (dándole tiempo para que describa completamente su situación con sus propias palabras; sin interrumpirle, apresurarlo ni desviarle de su relato)	3,6 (0,9)
<b>3.-Escucha de verdad</b> (presta mucha atención a lo que le dice; no mira las anotaciones ni el ordenador mientras le habla)	3,7 (1,0)
<b>4.-Se interesa por usted como persona integral</b> (pregunta/conoce detalles relevantes sobre su vida, su situación; no le trata como "un simple número")	3,6 (1,1)
<b>5.-Comprende plenamente sus preocupaciones</b> (comunica que ha comprendido con precisión sus preocupaciones y ansiedades; sin pasar por alto ni desestimar nada)	3,5 (1,2)
<b>6.-Muestra atención y compasión</b> (muestra un interés sincero, conectar con usted a un nivel humano; no es indiferente ni "distante")	3,5 (1,1)
<b>7.-Es positivo</b> (Tiene una actitud y un enfoque positivos; es honesto, no ve solo la parte negativa de sus problemas)	3,5 (1,0)
<b>8.-Explica las cosas con claridad</b> (responde completamente a sus preguntas; le proporciona la información adecuada; no es impreciso)	3,9 (1,1)
<b>9.-Le ayuda a tomar decisiones</b> (explorando con usted qué puede hacer para mejorar su salud por usted mismo, animándole en lugar de amonestarle o recriminarle)	3,6 (1,1)
<b>10.-Elabora un plan de actuación consensuado con usted</b> (discute las opciones, le permite involucrarle en las decisiones tanto como usted; no ignora sus opiniones)	3,6 (1,1)
<b>Puntuación total media escala CARE (n=200)</b>	<b>36,1 (9,7)</b>



**Tabla 4.** Asociaciones de Variables sociodemográficas y Puntuación del Cuestionario CARE<sup>4</sup>

Variable		Puntuación CARE m (DE)	p	IC al 95%
Género	Mujer	3,7 (0,9)	0,26 (ns)	[-0,4-0,1]
	Hombre	3,5 (0,9)		
Edad	≥45 a	3,9 (1,9)	<0,001	[0,7-1,2]
	<45 a.	2,9 (0,8)		
Nivel de Estudios	Primarios-Secundarios	3,7 (0,9)	0,002	[-0,8-(-0,2)]
	Universitarios	3,3 (0,8)		
Situación Laboral	Jubilado	4,2 (0,7)		
	Activo	3,5 (0,9)	<0,001	[-0,8-(-0,2)]
	Estudiante	2,8 (0,5)	<0,001	[-1,8-(-0,9)]
	Desempleado	3,1 (1,0)	<0,001	[0,6-1,5]
Experiencia previa sistema de salud	Buena	3,7 (0,9)	0,01	[-1,2-(-0,2)]
	Regular-Mala	3,0 (1,2)		
Nº de veces atendido por el médico	≥ 5 veces	3,9 (0,9)	<0,001	[1,1-(-0,6)]
	< 5 veces	3,1 (0,8)		
Duración de la consulta	≥ 10 m.	4,3 (0,8)	<0,001	[-1,3-(-0,8)]
	< 10 m.	3,2 (0,8)		
Percepción estado de salud	Regular-Malo	3,6 (1,1)	0,3 (ns)	[-0,4-0,1]
	Excelente-bueno	3,5 (0,8)		



**Tabla 5.** Puntuación media de la autopercepción de empatía por los médicos de familia en la Escala Jefferson H-P<sup>8</sup>

	m (DE)
1.- Comprender cómo se sienten mis pacientes y sus familiares no es un factor relevante para el tratamiento médico*.	5,7 (2,2)
2.- Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos.	6,8 (0,7)
3.- Me resulta difícil ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes*.	5,3 (1,6)
4.- Considero que entender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico- paciente.	6,5 (1,0)
5.-Tengo un buen sentido del humor, lo que creo que contribuye a obtener un mejor resultado clínico.	5,7 (1,3)
6.- Como todo el mundo es diferente, me resulta casi imposible ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes*.	5,9 (1,3)
7.- Trato de no prestar atención a las emociones de mis pacientes cuando los entiendo y hago su historia clínica*.	6,1 (1,6)
8. Prestar atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento*.	6,3 (1,4)
9.- Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando les atiendo.	6,1 (1,2)
10.- El hecho de comprender los sentimientos de mis pacientes les aporta una sensación de reconocimiento que resulta terapéutica por sí misma	6,4 (0,8)
11.- Las enfermedades de los pacientes solo se pueden curar mediante tratamiento médico y, por tanto, ningún vínculo afectivo que establezca con mis pacientes podrá tener un valor significativo en ese cometido*	6,4 (1,2)
12.- Considero que preguntar a mis pacientes sobre lo que sucede en sus vidas es un factor sin importancia para comprender sus quejas físicas*.	5,7 (2,2)
13.- Trato de comprender qué pasa por la mente de mis pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y a su lenguaje corporal.	6,0 (1,3)
14.- Creo que no hay lugar para las emociones en el tratamiento de las enfermedades médicas*.	6,3 (1,5)
15.- La empatía es una destreza terapéutica sin la cual mi éxito como médico estaría limitado.	6,4 (1,2)
16.- Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familiares.	6,5 (0,9)
17.- Trato de pensar como mis pacientes para prestarles una mejor atención.	5,5 (1,4)
18.- No permito que me afecten las relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y sus familiares*.	3,6 (1,4)
19.- No disfruto leyendo literatura no médica ni con actividades artísticas*.	6,3 (1,3)
20.- Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.	6,8 (0,6)
<b>Puntuación total media escala Jefferson -HP (n=143)</b>	<b>120,1 (12,4)</b>

\*La puntuación será inversa, a mayor valor, menor acuerdo



**Tabla 6.** Asociaciones de Variables sociodemográficas y Puntuación del Cuestionario Jefferson<sup>8</sup>

Variable		Puntuación Escala Jefferson m (DE)	p	IC al 95%
<b>Género</b>	Mujer	6,1 (0,5)	0,02	[-0,5 - (-0,1)]
	Hombre	5,8 (0,8)		
<b>Edad</b>	<60 a.	6,1 (0,5)	0,04	[-0,5 - (-0,1)]
	≥ 60 a.	5,8 (0,7)		
<b>Provincia del Centro de Salud</b>	La Palmas	5,9 (0,7)	0,2 (ns)	[-0,4-0,1]
	Albacete	6,1 (0,6)		
	Murcia	6,1 (0,5)		
<b>Experiencia profesional</b>	<10 a	5,9 (0,6)	0,4 (ns)	[-0,1-0,3]
	≥10 a	6,0 (0,6)		
<b>Duración de la consulta</b>	<10 m	5,9 (0,6)	0,78 (ns)	[-0,2-0,2]
	≥ 10 m	6,0 (0,6)		
<b>Percepción de agotamiento</b>	Nada-Moderado	6,0 (0,6)	0,87 (ns)	[-0,2-0,1]
	Mucho-Extremo	5,9 (0,6)		
<b>Realización cursos de Humanización</b>	No	5,7 (0,7)	0,01	[0,1-0,6]
	Si	6,1 (0,5)		



