

**PREJUICIOS QUE AFECTAN LA ATENCIÓN MÉDICA EVALUADOS EN  
ESTUDIANTES DE MEDICINA. RELACIÓN CON EMPATÍA MÉDICA Y  
PERSONALIDAD**

---

**INFORME FINAL**

**DIRECTORA: Dra. Mariana Czapski**

**CO DIRECTORA: Lic. María Silvia Lassi**

**INVESTIGADORES COLABORADORES: Lic. María Eugenia Chaves Guillemes (ATP) y  
Lic. Ninette Daurade Magneres (ATP)**

**FILIACIÓN DE LOS INVESTIGADORES COLABORADORES: Instituto Universitario de  
Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló**

**SEDE-LUGAR: Buenos Aires**

**FECHA: 13/2/2026**

**CONTACTO DEL DIRECTOR: [mczapski@fb.edu.ar](mailto:mczapski@fb.edu.ar)**

**PREJUICIOS QUE AFECTAN LA ATENCIÓN MÉDICA EVALUADOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA. RELACIÓN CON EMPATÍA MÉDICA Y PERSONALIDAD**

**Índice**

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Materiales y Método.....	9
Resultados.....	13
Discusión y Conclusión.....	33
Agradecimientos.....	35
Bibliografía.....	35

## **Resumen**

El ser humano tiene una tendencia natural a formar generalizaciones, incluso irracionales y estables, en la evaluación de los otros, que favorece el desarrollo de prejuicios. Los mismos median también las relaciones médico-paciente y es importante ser conscientes del impacto que ello provoca en las decisiones clínicas. La práctica médica presenta fuertes regulaciones éticas y legales, además de los propios protocolos sobre procedimientos diagnósticos para el abordaje de pacientes. La presencia de prejuicios que pudieran afectar de alguna manera la disposición del médico hacia su paciente es un tema necesario de visibilizar, aunque controversial. La presente investigación busca conocer en qué medida el prejuicio social afecta aspectos cognitivos y motivaciones de la evaluación clínica en estudiantes de medicina y cómo se relaciona con la Empatía Médica y la Personalidad. Respondieron al relevamiento 75 estudiantes de Medicina de la Universidad Barceló. Se administraron una batería de instrumentos: una encuesta sociodemográfica y educativa, un protocolo sobre un caso clínico donde se alternaban distintos valores de posibles prejuicios sociales (Género, Estatus laboral y Nacionalidad) y preguntas de evaluación clínica (Interés en el caso, Tiempo estimado de dedicación, Prioridad y Gravedad evaluada), el EPQ- A de Eysenck (Personalidad) y el EEMJ de Jéfferson (Empatía médica). Los principales resultados indican que los aspectos referidos a la evaluación clínica se relacionan entre sí conformando un entramado actitudinal. Aspectos como el nivel de formación, el género y la edad se asocian con esta evaluación. El género del paciente se detecta como un elemento que impacta como prejuicioso, aunque en sentido contrario al esperable, disponiendo a una mayor dedicación temporal en la atención del paciente si es no binario que si es masculino. Personalidad y Empatía médica, aunque, relacionadas parcialmente entre sí, no parecen incluir en la atención de urgencia.

## **Palabras clave**

*prejuicios, empatía, estudiantes de medicina*

## **Abstract**

Human beings have a natural tendency to form generalizations, even irrational and entrenched ones, when evaluating others, which fosters the development of prejudices. These prejudices also influence doctor-patient relationships, and it is important to be aware of the impact they have on clinical decisions. Medical practice is subject to strict ethical and legal regulations, in addition to

its own protocols for diagnostic procedures and patient management. The presence of prejudices that could affect a doctor's disposition toward their patient is a necessary, albeit controversial, issue that needs to be addressed. This research seeks to understand the extent to which social prejudice affects cognitive aspects and motivations in clinical evaluation among medical students and how it relates to medical empathy and personality. Seventy-five medical students from Barceló University responded to the survey. A battery of instruments was administered: a sociodemographic and educational survey, a clinical case protocol with alternating values for potential social biases (Gender, Employment Status, and Nationality) and clinical assessment questions (Interest in the case, Estimated time commitment, Priority, and Severity assessment), the Eysenck EPQ-A (Personality), and the Jefferson Scale of Mental Health (EMH) (Medical Empathy). The main results indicate that aspects related to clinical assessment are interconnected, forming an attitudinal framework. Aspects such as level of education, gender, and age are associated with this assessment. The patient's gender is identified as a biased factor, although contrary to expectations, leading to greater time commitment to patient care if the patient is non-binary than if male. Personality and Medical Empathy, while partially related, do not appear to be factors in emergency care.

### ***Keywords***

*prejudice, empathy, medical students*

### **Introducción**

La presencia de prejuicios, disposiciones empáticas limitadas y ciertos rasgos de dureza interpersonal en el perfil profesional del médico constituye un problema de relevancia tanto social como sanitaria, debido a su impacto directo sobre la calidad de la atención clínica, la relación médico-paciente y el funcionamiento general del sistema de salud (Moore, 2012). Diversas investigaciones han señalado que los estudiantes de medicina y los profesionales en ejercicio no se encuentran exentos de desarrollar preconceptos respecto de las personas que atienden -incluidos sus propios pacientes-, lo cual puede incidir en los procesos de evaluación clínica, la toma de decisiones y el vínculo terapéutico (Sabin, 2008; Green, 2023).

Desde una perspectiva psicológica, la formación de preconceptos puede comprenderse inicialmente como un mecanismo de economía cognitiva, orientado a simplificar la complejidad del entorno social mediante procesos de categorización y generalización. Estos procesos permiten organizar la

información, anticipar respuestas y reducir la sobrecarga cognitiva. Sin embargo, cuando tales generalizaciones adquieren un carácter rígido, inflexible y valorativo, asociado a atributos de pertenencia social, cultural, étnica, de género, nacionalidad, estatus socioeconómico o conductual, se configuran como prejuicios propiamente dichos, generando actitudes de rechazo, desvalorización, distancia emocional o conductas discriminatorias hacia determinados grupos. (Allport, 1971).

Desde los aportes clásicos de la psicología social, el prejuicio ha sido conceptualizado como una actitud compleja, que integra componentes cognitivos (estereotipos), afectivos (emociones negativas) y conductuales (disposición a la discriminación), aunque investigaciones posteriores han señalado que estos componentes no siempre se presentan de manera conjunta ni necesariamente se expresan de forma explícita (Montes Berges, 2008) En los contextos contemporáneos, los prejuicios tienden a manifestarse de modo encubierto, sutil o implícito, desplazándose desde fundamentos biológicos hacia argumentos culturales y simbólicos, lo que dificulta su detección consciente y su reconocimiento subjetivo. En el ámbito sanitario, estas formas de prejuicio implícito adquieren particular relevancia, dado que pueden operar de manera silenciosa en la evaluación clínica, influyendo en la interpretación de síntomas, en la asignación de gravedad, en la priorización de casos y en la calidad del trato profesional. (Penner, 2010).

La práctica médica, lejos de reducirse a la aplicación de conocimientos técnicos y habilidades instrumentales, se encuentra atravesada por dimensiones cognitivas, emocionales, actitudinales y vinculares. En ese sentido, la personalidad del profesional y sus disposiciones empáticas constituyen factores centrales que influyen de manera relativamente estable en la forma de percibir, interpretar y responder a las demandas de los pacientes (Borrell Carrió, 2011; Eysenck, 1984). La teoría psicobiológica de la personalidad de Eysenck (Schmidt, 2010a, 2010b) ha identificado dimensiones disposicionales de base parcialmente innata, como el neuroticismo, la extroversión y el psicoticismo, que se asocian a patrones emocionales, conductuales y vinculares específicos. En particular, el psicoticismo, caracterizado por dureza interpersonal, baja empatía, transgresión normativa y escasa sensibilidad social, presenta una relación progresiva con rasgos antisociales y constituye una dimensión de especial interés para el análisis de esquemas rígidos de pensamiento, actitudes prejuiciosas y déficits empáticos en contextos profesionales.

Durante la formación universitaria, ya es posible identificar la presencia de preconcepciones y estereotipos hacia distintos grupos sociales, los cuales se articulan progresivamente con el rol profesional en construcción. Estas disposiciones no se vinculan exclusivamente con los contenidos académicos, sino también con los procesos de socialización profesional, las experiencias institucionales, los modelos identificatorios y las prácticas formativas propias del campo médico. En este proceso, los esquemas cognitivos, las actitudes y las disposiciones emocionales se consolidan gradualmente, configurando estilos relativamente estables de relación con los pacientes y de interpretación de las situaciones clínicas (Etchezahar, 2018, 2020).

En muchos contextos asistenciales, particularmente en ámbitos como la atención por guardia, la relación prolongada con los mismos pacientes no es habitual, lo que limita la posibilidad de que el conocimiento progresivo permita revisar evaluaciones iniciales negativas. En estos escenarios, ideas, creencias e impresiones basadas en características no relevantes para la comprensión del cuadro clínico tienden a agruparse en estereotipos que delimitan grupos percibidos como lejanos o diferentes al propio grupo de pertenencia. Son expresiones frecuentes de este fenómeno las categorías de “buenos” o “malos” pacientes, así como las nociones de “pacientes problemáticos” o “pacientes difíciles”, que operan como esquemas simplificadores en contextos de alta demanda emocional y cognitiva.

Dado que la relación médico-paciente se estructura sobre una asimetría de poder, el profesional se ve obligado a realizar un esfuerzo cognitivo y emocional adicional para reconocer y problematizar la influencia de prejuicios inconscientes que pueden influir en su práctica. Este proceso no puede quedar librado únicamente a la autorreflexión individual, sino que requiere instancias sistemáticas de formación, entrenamiento psicoeducativo y dispositivos institucionales orientados al desarrollo de competencias empáticas, conciencia emocional y pensamiento crítico sobre los propios esquemas cognitivos (Korstanje, 2008).

La empatía, entendida como la capacidad de comprender la perspectiva del otro, resonar afectivamente con su experiencia emocional y responder de manera prosocial, constituye una competencia central en el ejercicio profesional de la medicina. Su impacto no se limita al vínculo médico-paciente, sino que se extiende al funcionamiento institucional, al clima organizacional y al bienestar profesional, favoreciendo actitudes prosociales y reduciendo el estrés ocupacional. La empatía médica, en particular, ha sido conceptualizada como un atributo cognitivo-afectivo que

integra la comprensión del sufrimiento del paciente, la capacidad de comunicar dicha comprensión y la intención activa de ayuda, constituyéndose como un constructo operativo de alto valor clínico y formativo (Redolar, 2013).

Desde el punto de vista del problema de conocimiento, si bien en las últimas décadas se ha avanzado significativamente en el desarrollo de modelos teóricos orientados a comprender los mecanismos cognitivos, emocionales, sociales y conductuales implicados en la formación de prejuicios en distintos ámbitos, el abordaje específico de estos procesos en el contexto de la práctica médica continúa siendo relativamente escaso (Ungaretti, 2012). Las teorizaciones existentes se desarrollan principalmente en el marco de la psicología social, la psicología cognitiva y los estudios sobre representaciones sociales, con limitaciones aún importantes para la consolidación de modelos explicativos integrados y con validación empírica sólida en contextos clínicos reales (Lassi, 2002, 2003).

En este marco, la presente investigación se orienta a analizar el impacto de variables disposicionales del estudiante de medicina en los procesos de evaluación clínica, considerando particularmente el rol de la personalidad y la empatía médica en la construcción de juicios sobre los pacientes. Se plantea como hipótesis central que la personalidad y el grado de empatía médica de los estudiantes de medicina se asocian de manera significativa al nivel de interés y gravedad evaluado en el paciente.

Asimismo, el estudio se propone, por un lado, examinar en qué medida el prejuicio social no explícito influye sobre los procesos cognitivos y motivaciones de la evaluación médica, cuánto de dicho efecto se vincula al sesgo endogrupal y cómo se relaciona con la empatía médica y los rasgos de personalidad; y, por otro, analizar el impacto de variables sociales del paciente socialmente valoradas o estigmatizadas -como el género, el estatus laboral y la nacionalidad- en los procesos de evaluación clínica. En este sentido, se busca también explorar el efecto de la coincidencia entre las características del paciente y las de los propios estudiantes, así como las diferencias asociadas a variables sociodemográficas, etapa de cursada y expectativas laborales.

Finalmente, el estudio se orienta al desarrollo de un instrumento ad hoc que permita operacionalizar la evaluación del prejuicio en el contexto de la evaluación médica, a partir de la construcción de un caso clínico y reactivos específicos que exploren los componentes cognitivos y emocionales

implicados en dicho proceso, con el objetivo de aportar herramientas válidas para futuras investigaciones en el campo de la formación médica y la psicología de la salud.

### **Metodología (materiales y métodos)**

Se desarrolló un estudio cuantitativo, transversal, con diseño mixto secuencial, que integró componentes descriptivos, correlacionales y cuasi-experimentales. El diseño se estructuró en cuatro etapas analíticas complementarias:

Etapa descriptiva: caracterización sociodemográfica y académica de la muestra, análisis estadísticos descriptivos de las respuestas al protocolo de Prejuicio y de los instrumentos de Personalidad y Empatía médica. Se constató que estos instrumentos arrojaron puntajes de evaluación equivalentes con estudios anteriores, especialmente considerando posibles sesgos por el tipo y tamaño de la muestra.

Etapa cuasi-experimental: análisis del efecto de características sociales del paciente (género, estatus laboral y nacionalidad) sobre la evaluación clínica del caso médico, mediante diseños factoriales de medidas independientes. Debido a las características de la muestra y la naturaleza ordinal de la escala Likert del protocolo, se realizaron análisis de Regresión lineal, con la posibilidad de estudiar interacciones.

Etapa correlacional: análisis de relaciones entre empatía médica, personalidad, variables actitudinales del protocolo clínico (interés, tiempo, prioridad, gravedad) y variables sociodemográficas. Se realizaron diferentes análisis, dependiendo de las características de las variables. Se utilizó la Rho de Spearman (para los instrumentos más extensos), Tau de Kendall (para las asociaciones con las respuestas a las preguntas sobre el caso clínico y estadísticos no paramétricos de comparación de grupos).

Etapa de interacción disposicional: análisis factorial de la interacción entre características del paciente y variables de personalidad (especialmente psicoticismo) sobre las respuestas actitudinales frente al caso clínico. Se utilizaron modelos de regresión ordinal con las variables que ofrecieron anteriormente resultados estadísticamente significativos.

Este diseño permitió articular el análisis de procesos cognitivo-emocionales individuales con la evaluación de sesgos sociales implícitos en contextos de toma de decisión clínica simulada.

## **Variables y operacionalización**

Prejuicio social implícito (variable interviniente): fue operacionalizado mediante la manipulación experimental de características sociales del paciente no relevantes para la dolencia clínica presentada. Las variables manipuladas fueron:

Género: femenino, masculino, no binario.

Estatus laboral: alto (abogado o equivalente), bajo (personal de limpieza o equivalente).

Nacionalidad: argentino, extranjero latinoamericano (boliviano), extranjero europeo (francés).

Estas características se presentaron integradas a la descripción de un caso clínico constante, permitiendo inferir la presencia de sesgos prejuiciosos a partir de las variaciones en las respuestas actitudinales.

Aspecto cognitivo de la evaluación clínica: fue operacionalizado mediante la respuesta en escala Likert a la pregunta sobre el nivel de gravedad estimada del caso clínico.

Aspecto emocional-motivacional de la evaluación clínica: fue operacionalizado mediante la respuesta en escala Likert a la pregunta sobre el nivel de interés en el abordaje del caso clínico.

Se integró, además dos preguntas adicionales relevantes: una sobre el tiempo que le dedicaría a la consulta y otra sobre el nivel de urgencia que cree que tiene el caso.

Empatía médica: Medida mediante la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión para estudiantes), validada para población argentina (Czapski, 2017, 2019, 2020).

Personalidad: Medida mediante el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), en su adaptación para adultos, que evalúa las dimensiones de Psicoticismo, Extroversión, Neuroticismo y Sinceridad (Eysenck, 1986).

El paquete de evaluación fue enviado mediante un enlace al correo electrónico de cada estudiante que lo remitió a un cuestionario Word en línea. El mismo contaba con el correspondiente consentimiento informado y una hoja adjunta donde se explicaba la naturaleza de su participación y demás aspecto de resguardo ético. El correo electrónico brindaba información adicional básica sobre el proyecto y la participación.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS/PC de IBM.

### **Ámbito del estudio**

La investigación se desarrolló en el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló, institución universitaria privada orientada a la formación en Ciencias de la Salud, con sedes en Ciudad de Buenos Aires, La Rioja y Santo Tomé.

Este ámbito fue seleccionado por:

La magnitud de la matrícula en la carrera de Medicina.

La accesibilidad institucional.

La posibilidad de articulación con equipos docentes y médicos.

La viabilidad ética y logística para la implementación del estudio.

### **Población, muestra y muestreo**

Población objetivo: Estudiantes universitarios de la carrera de Medicina que cursan estudios de grado en Argentina.

Población accesible: Estudiantes de la carrera de Medicina del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló.

Muestra: La muestra quedó conformada por 75 estudiantes universitarios de Medicina, obtenidos mediante muestreo no probabilístico, de tipo intencional voluntario.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión: ser estudiante regular de la carrera de Medicina, ser mayor de edad, haber aprobado el curso introductorio, comprensión lectora adecuada de los instrumentos, aceptación voluntaria y consentimiento informado.

Criterios de exclusión: respuestas incompletas, dificultades de comprensión lingüística, negativa a participar.

### **Unidades de análisis**

Las unidades de análisis estuvieron constituidas por estudiantes individuales de la carrera de Medicina que respondieron al protocolo completo de evaluación.

### **Instrumentos**

1. Cuestionario sociodemográfico ad hoc. Relevó datos personales, académicos, experiencia clínica, expectativas profesionales y antecedentes formativos.
2. Protocolo de Caso clínico experimental. Caso médico construido ad hoc, con presentación constante del cuadro clínico y manipulación sistemática de variables sociales del paciente.

Escalas actitudinales frente al caso Escalas Likert para evaluar:

- Interés
  - Tiempo estimado de dedicación
  - Prioridad asistencial
  - Gravedad percibida
3. Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión para estudiantes) Instrumento validado para población argentina, que evalúa empatía total y dimensiones internas.
  4. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ) Instrumento estandarizado para la evaluación de dimensiones estructurales de personalidad.

### **Procedimiento de recolección de datos**

Los participantes fueron contactados mediante convocatoria institucional abierta. La participación fue voluntaria, anónima y autoadministrada en formato online.

### **El protocolo de evaluación incluyó:**

Consentimiento informado.

Cuestionario sociodemográfico.

Lectura del caso clínico experimental.

Respuesta a escalas actitudinales.

Escala de Empatía Médica de Jefferson.

Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

### **Plan de análisis de datos**

Se realizaron análisis estadísticos mediante:

Estadísticos descriptivos: Análisis de distribución de frecuencias. Medidas de tendencia central y dispersión, Asimetría y Curtosis de la distribución, entre otras.

Análisis correlacional: Tau-b de Kendall, Rho de Spearman y r de Pearson principalmente.

Regresión ordinal para interacciones y efectos principales.

### **Consideraciones éticas**

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de la investigación con seres humanos:

Participación voluntaria, consentimiento informado, anonimato, confidencialidad, protección de datos personales, uso exclusivo académico-científico de la información.

No se realizaron intervenciones clínicas ni manipulación directa sobre los participantes. El estudio se encuadra dentro de investigaciones sin riesgo, conforme a normativas éticas vigentes.

### **Resultados**

#### **Caracterización sociodemográfica y educativa de la muestra**

La muestra estuvo compuesta por 75 estudiantes universitarios de ambos sexos, que respondieron al relevamiento, con un marcado predominio del género femenino (Tabla 1).

**Tabla 1:**  
*Distribución de la muestra según género.*

	frecuencia	porcentaje
femenino	61	81,3
masculino	14	18,7
Total	<b>75</b>	100,0

Fuente: elaboración propia

Las edades oscilaron entre los 18 y 56 años, con predominio de jóvenes menores a 26 años que representaron más del 70% del total (Tabla 2).

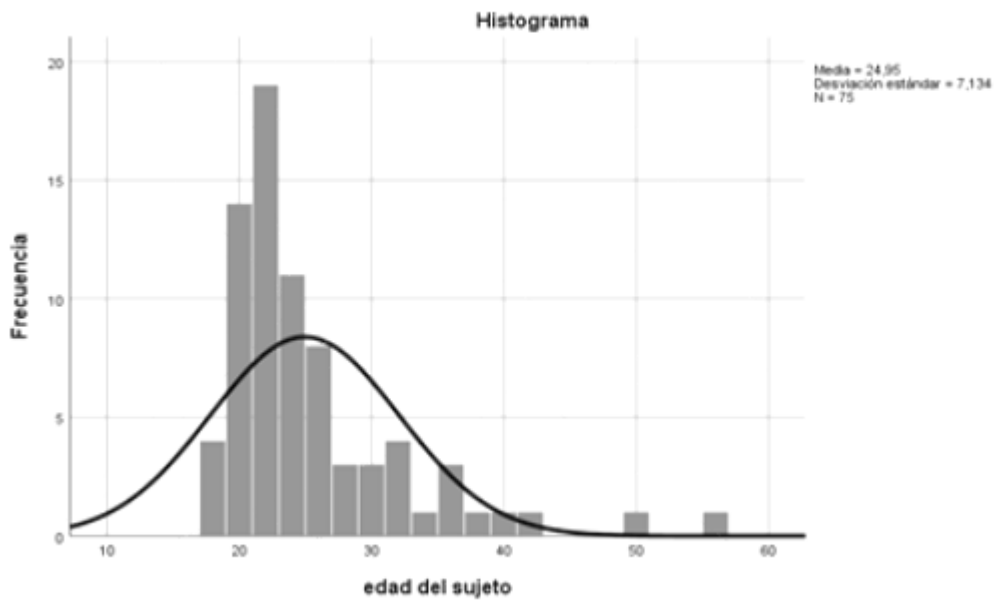
**Tabla 2**  
*Estadísticos descriptivos de la edad de los participantes.*

Media		24,95
Mediana		23,00
Moda		21
Desv. Desviación		7,134
Asimetría		2,133
Error estándar de asimetría		,277
Curtosis		5,553
Error estándar de curtosis		,548
Mínimo		18
Máximo		56
Percentiles	25	21,00
	50	23,00
	75	27,00

Fuente: elaboración propia.

La distribución etaria presentó, además de la asimetría positiva, una curtosis elevada, configurando un perfil predominantemente joven de la población analizada. (Figura 1).

**Figura 1**  
*Distribución de la edad de los participantes.*

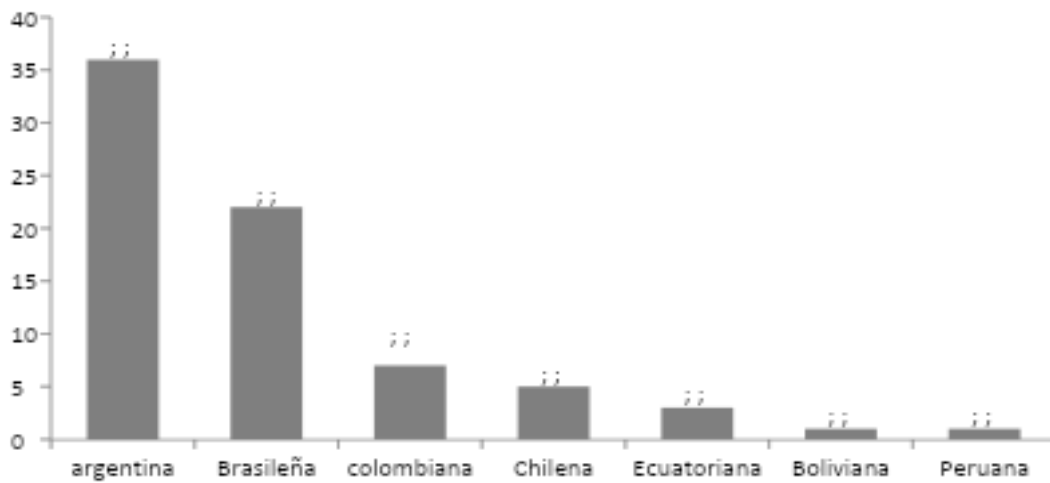


Fuente: elaboración propia.

En relación con la nacionalidad, el 48 % de los participantes fueron argentinos (n = 36), seguidos por estudiantes brasileños. El resto de las nacionalidades, todas latinoamericanas, evidenciaron frecuencias minoritarias. (Figura 2)

**Figura 2**

*Distribución de frecuencias de la muestra según nacionalidad.*



Fuente: elaboración propia.

Respecto de la procedencia institucional, la mayor proporción de estudiantes correspondió a la sede Buenos Aires con el 61,3% (n = 46), seguida por La Rioja con el 24% (n = 18) y por último, Santo Tomé con el 14,7% (n = 11).

La muestra incluyó estudiantes desde segundo a sexto año de la carrera de Medicina, con mayor representación de los primeros años de formación, particularmente segundo y tercer año. (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Distribución de la muestra según año de cursada.*

año	frecuencia	porcentaje	Porcentaje acumulado
2	26	34,7	34,7
3	17	22,7	57,3
4	13	17,3	74,7
5	14	18,7	93,3
6	5	6,7	100
Total	75	100	

Fuente: elaboración propia

La cantidad de materias cursadas mostró una amplia variabilidad (rango 2 a 50), con una media general de 13,84 materias (DE = 10,43). (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Distribución de la muestra según cantidad de materias*

Cantidad de materias	frecuencia	porcentaje	Porcentaje acumulado
Hasta 10	41	54,7	54,7
De 11 a 20	18	24	78,7
De 21 a 30	10	13,3	92
De 31 a 40	4	5,3	97,3
De 41 a 50	2	2,7	100
total	75	100	

Fuente: elaboración propia.

Se observó un incremento proporcional entre el año de cursada y la cantidad de materias aprobadas reflejándose en las medidas de tendencia central. El rango de variabilidad de estas se mantuvo elevado en todos los años, aunque también se manifestó en incremento, siendo mayor cada año (Tabla 5).

**Tabla 5***Resumen descriptivo de la cantidad de materias según año de cursada.*

año de cursada	Media	Mediana	Desv. Desviación	N	Mínimo	Máximo
2	7,50	7,00	3,010	26	2	14
3	10,18	9,00	5,491	17	2	20
4	13,62	15,00	7,500	13	4	29
5	22,07	23,50	7,918	14	6	32
6	36,80	40,00	15,786	5	12	50
Total	13,84	9,00	10,433	75	2	50

Fuente: elaboración propia.

En relación con la experiencia previa con pacientes, el 38,7 % (n = 29) de los estudiantes refirió haber tenido contacto clínico, mientras que el 61,3% (n = 46) no contaba con dicha experiencia.

Los estudiantes con experiencia previa presentaron medidas de tendencia central claramente superiores en relación con la cantidad de materias cursadas, aunque también mayor dispersión (Tabla 6).

**Tabla 6***Cantidad de materias cursadas según experiencia con pacientes.*

experiencia con pacientes	Media	Mediana	Desv.	N	Mín.	Máx.
No	9,50	8,00	5,517	46	2	29
Si	20,72	20,00	12,598	29	2	50
Total	13,84	9,00	10,433	75	2	50

Fuente: elaboración propia.

Se constató que en los años inferiores de cursada la mayoría de los estudiantes indican no tener experiencia con pacientes y en los superiores (5 y 6) la totalidad de los estudiantes manifiestan dicha experiencia (Tabla 7).

**Tabla 7***Año de cursada y experiencia con pacientes*

experiencia	Año que cursa	total
-------------	---------------	-------

	2	3	4	5	6	
no	24	14	8	0	0	46
si	2	3	5	14	5	29
total	26	17	13	14	5	75

Fuente: elaboración propia.

Todos los participantes manifiestan no tener problemas con el idioma castellano. Los brasileños respondieron tener un manejo alto o muy alto en su totalidad del idioma.

El resto de los sujetos son latinoamericanos con idioma nativo castellano, aun así, respondieron a la pregunta de manera equivalente.

### **Análisis descriptivo de las respuestas al caso clínico.**

La distribución de respuestas relacionadas al caso clínico evidenció un sesgo claramente positivo, siendo seleccionada la máxima categoría por la mayoría de los participantes en la totalidad de las preguntas. Las celdas de menor valor (1) estuvieron desiertas (Tabla 8).

**Tabla 8**

*Distribución de frecuencias de respuestas a las preguntas sobre el caso clínico*

preguntas	frecuencias					
	6	5	4	3	2	1
interés	42	19	9	4	1	0
tiempo	27	22	16	7	3	0
prioridad	40	18	15	2	0	0
gravedad	27	23	18	6	1	0

Notas: Preguntas: ¿Cuánto interés le generaría asistir en el abordaje de este paciente? ¿Cuánto tiempo estima que le dedicaría a esta consulta? ¿Qué nivel de prioridad cree que debiera darse a la atención de este paciente? ¿Qué nivel de gravedad estima que podría tener este paciente

Fuente: elaboración propia.

Para compensar el sesgo generado por la muestra reducida en relación con la cantidad de valores de la escala se decidió el reagrupamiento categorial para posteriores análisis estadísticos. Las

categorías originales fueron recodificadas en tres niveles ordinales: bajo (2-4), medio (5) y alto (6). (Tabla 9)

**Tabla 9**

*Distribución de frecuencias de respuestas a las preguntas reagrupadas sobre el caso clínico*

preguntas	frecuencias		
	3	2	1
¿Cuánto interés le generaría asistir en el abordaje de este paciente?	42	19	14
¿Cuánto tiempo estima que le dedicaría a esta consulta?	27	22	26
¿Qué nivel de prioridad cree que debiera darse a la atención de este paciente?	40	18	17
¿Qué nivel de gravedad estima que podría tener este paciente?	23	27	25

Fuente: elaboración propia.

### **Análisis descriptivo de empatía médica (EEMJ)**

Los estadísticos descriptivos de la distribución estudiada correspondiente al total de empatía médica (EEMJ) evidencian leves diferencias respecto al estudio de validación de dicha escala en Argentina. Se debe tener en cuenta que, aunque ambas muestras corresponden a la población de estudiantes de la Universidad Barceló, el estudio de validación contó con un N= 443 (Tabla 10).

**Tabla 10**

*Estadísticos descriptivos de empatía total en 2 muestras /Validación argentina y actual)*

	EEMJ Validación argentina	EEMJ muestra de investigación actual
N válidos	443	75
N perdidos	1	0

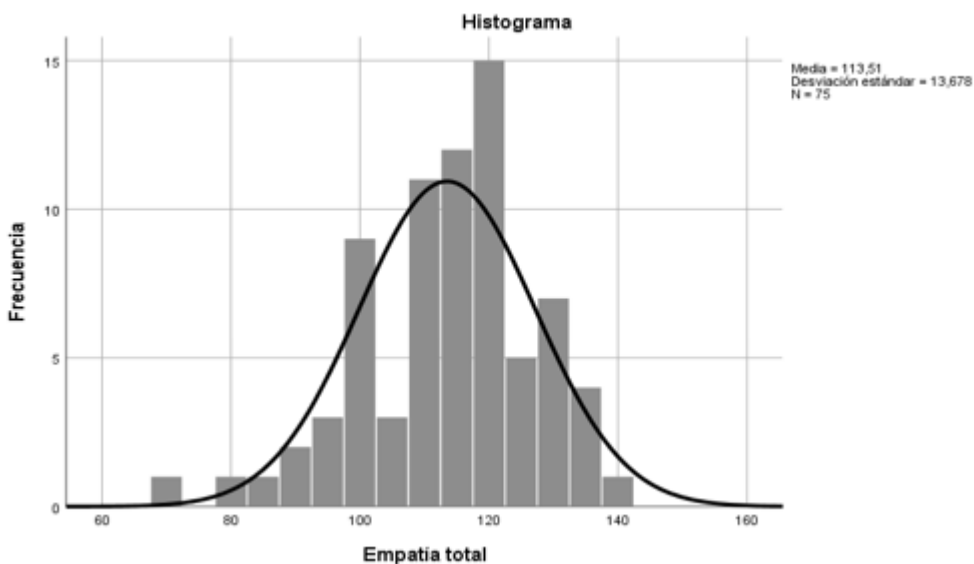
Media	104,93	113,51
Error estándar de la media	,633	1,579
Mediana	108,00	116,00
Moda	108	117
Desv. Desviación	13,329	13,678
Varianza	177,653	187,091
Asimetría	-,629	-,672
Error estándar de asimetría	,116	,277
Curtosis	-,282	,402
Error estándar de curtosis	,231	,548
Rango	65	68
Mínimo	65	70
Máximo	130	138

Fuente: elaboración propia.

La muestra actual presenta valores de tendencia central algo superiores (media, mediana y moda) con una dispersión similar. La simetría es negativa en ambos casos (mayor concentración de puntajes altos) con una curtosis cerca de 0, similar a una curva normal (Figura 3).

### Figura 3

*Distribución de la empatía médica total*



Fuente: elaboración propia.

El análisis por subescalas del instrumento, que corresponden a las 3 (tres) dimensiones del constructo: Toma de perspectiva, Cuidado con compasión y ponerse en el lugar de otro reflejan la misma tendencia que el puntaje total.

El factor Toma de perspectiva presenta una distribución caracterizada por una tendencia a los valores altos, variabilidad y asimetría negativa moderada (Tabla 11). La media es equivalente al estudio anterior y la mediana algo más elevada. En cuanto a la dispersión y la asimetría no evidencian ningún cambio significativo.

**Tabla 11**

*Estadísticos descriptivos de Toma de Perspectiva*

Media		60,20
Error estándar de la media		,914
Mediana		61,00
Moda		70
Desv. Desviación		7,919
Varianza		62,703
Asimetría		-,697
Error estándar de asimetría		,277
Curtosis		-,399
Error estándar de curtosis		,548
Rango		28
Mínimo		42
Máximo		70
Percentiles	50	61

Fuente: elaboración propia.

El factor Cuidado con compasión presenta variabilidad moderada con concentración en puntajes alto de escala. la moda coincide con el valor máximo observado. La asimetría negativa es marcada, con una cola extendida hacia valores bajos. La curtosis es positiva y leve (Tabla 12). En todos los parámetros es coincidente con el estudio anterior.

**Tabla 12**

*Estadísticos descriptivos de Cuidado con Compasión*

Media		42,09
Error estándar de la media		,736
Mediana		43,00

Moda		49
Desv. Desviación		6,378
Varianza		40,680
Asimetría		-,924
Error estándar de asimetría		,277
Curtosis		,151
Error estándar de curtosis		,548
Rango		26
Mínimo		23
Máximo		49
Percentiles	50	43

Fuente: elaboración propia

El factor Ponerse en el lugar del otro, evidencia coincidencia entre medidas de tendencia central. La moda (12) indica que el puntaje más frecuente se sitúa levemente por encima de la media. La variabilidad es moderada, sin diferencias individuales extremas. La asimetría es cercana a cero con una curtosis leve (Tabla 13). Nuevamente los parámetros no presentan diferencias significativas con estudios anteriores.

**Tabla 13**

*Estadísticos descriptivos de Ponerse en el lugar del otro*

Media		11,21
Error estándar de la media		,361
Mediana		11,00
Moda		12
Desv. Desviación		3,125
Varianza		9,765
Asimetría		-,053
Error estándar de asimetría		,277
Curtosis		,234
Error estándar de curtosis		,548
Rango		16
Mínimo		3
Máximo		19

Percentiles	50	11
-------------	----	----

Fuente: elaboración propia.

### Análisis descriptivo de Personalidad (EPQ- A)

Las dimensiones de Personalidad: Neuroticismo y Extroversión evidencian valores equivalentes a los obtenidos en su validación original (Eysenck, 1986) como en posteriores para a población hispano- hablante (Alcázar- Córcoles, 2017). En relación con Psicoticismo, dimensión que implica dureza emocional, desapego y falta de empatía, la moda es coincidente también, mientras que la media es levemente superior a la versión original, aunque coincidente con estudios posteriores. La sinceridad, en cambio, es algo inferior a la esperada. Esta situación se correspondería por cierto grado de disimulación en las respuestas, tendiendo a orientarlas en el sentido de lo esperable socialmente (Tabla 14).

**Tabla 14**

*Estadísticos descriptivos de EPQ- A*

	Neurotici smo	Extrover sión	Psicotici smo	Sinceri dad
Media	13,85	11,92	3,25	9,12
Error estándar de la media	3,36	,398	,245	,381
Mediana	14	12	3	9
Moda	15	13	2	9
Desv. Desviaci ón	5,5	3,45	2,12	3,3
Varianza	30,32	11,88	4,49	10,9
Asimetrí a	-,228	-,404	,463	-,473
Error estándar de asimetría	,277	,277	,277	,277
Curtosis	-,536	-,146	-,642	-,028
Error estándar de curtosis	,548	,548	,548	,548

Rango	23	16	8	15
Mínimo	1	2	0	1
Máximo	24	18	8	16

Fuente: elaboración propia

La dimensión de interés, para el presente estudio, es Psicoticismo. Esta presenta una distribución típica con predominio de valores bajos (asimetría positiva leve y una curtosis negativa) (Tabla 15).

**Tabla 15**

*Estadísticos descriptivos de Psicoticismo*

N	Válido	75
	Perdidos	0
Media		3,25
Error estándar de la media		,245
Mediana		3,00
Moda		2
Desv. Desviación		2,119
Varianza		4,489
Asimetría		,463
Error estándar de asimetría		,277
Curtosis		-,642
Error estándar de curtosis		,548
Rango		8
Mínimo		0
Máximo		8
Percentiles	50	3,00

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la Sinceridad, se observa una distribución con alta frecuencia de valores esperables (alrededor de 11). La elevada frecuencia del puntaje 9 y la muestra reducida contribuyeron posiblemente a generar sesgo (Tabla 16).

**Tabla 16**

*Distribución de frecuencias de Sinceridad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	1	1,3	1,3
2	3	4,0	5,3

3	2	2,7	8,0
4	2	2,7	10,7
5	2	2,7	13,3
6	6	8,0	21,3
7	4	5,3	26,7
8	7	9,3	36,0
9	11	14,7	50,7
10	10	13,3	64,0
11	7	9,3	73,3
12	11	14,7	88,0
13	5	6,7	94,7
14	2	2,7	97,3
16	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

Fuente: elaboración propia.

### **Análisis factorial**

Se analizaron, mediante Regresión ordinal, las variables intencionalmente cambiadas referidas al caso clínico: Sexo, Estatus laboral y Nacionalidad.

Respecto a la interacción entre Sexo y Estatus laboral, solo se halló un resultado significativo frente a Tiempo que le dedicaría a la consulta ( $p=,030$ ) con una capacidad predictiva del modelo no superior al 13 % (Nagelkerke = ,127). Sin embargo, solo el Sexo masculino indica una relación significativa ( $B= 1,342$ ;  $p=,022$ ) con menor probabilidad de obtener valores superiores en tiempo dedicado a la consulta que frente a los de Sexo no binarios). No hay impacto del Estatus laboral. Se confirma el impacto del Sexo mediante el análisis no paramétrico Kruskal Wallis ( $p=,013$ ).

Al evaluar la interacción entre Nacionalidad y Sexo, nuevamente el modelo ofrece un ajuste global significativo ( $p=,034$ ) que explica entre el 6% (McFadden =,064) y casi el 15 % (Nagelkerke =1,15), donde solo ante el Sexo masculino respecto al binario tienden a elegirse categorías más bajas de Tiempo que le dedicaría a consulta del paciente ( $(B= -1,41$ ;  $p= ,017)$ ).

### **Correlaciones entre características sociodemográficas de la muestra, respuestas al caso clínico, empatía médica y personalidad**

#### **Asociaciones entre las preguntas referidas al caso clínico**

Se identificaron correlaciones estadísticamente significativas directas entre todas las variables evaluadas, tanto mediante Tau-b de Kendall como Rho de Spearman. La asociación más fuerte se registró entre el tiempo dedicado a la consulta y el nivel de prioridad asignado, seguida por el interés en el caso en relación con el tiempo estimado de atención. La relación más débil se observó entre el tiempo que le dedicaría al paciente y la gravedad estimada del caso, aunque también resultó estadísticamente significativa. (Tabla 17).

**Tabla 17**

*Correlaciones entre respuestas al caso clínico.*

			¿Cuánto interés le generaría asistir en el abordaje de este paciente?	¿Cuánto tiempo estima que le dedicaría a esta consulta?	¿Qué nivel de prioridad cree que debiera darse a la atención de este paciente?	¿Qué nivel de gravedad estima que podría tener este paciente?
Tau_b de Kendall	¿Cuánto interés le generaría asistir en el abordaje de este paciente?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,464**	,429**	,268**
			.	,000	,000	,008
		N	75	75	75	75
	¿Cuánto tiempo estima que le dedicaría a esta consulta?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,464**	1,000	,485**	,219*
			,000	.	,000	,026
		N	75	75	75	75
	¿Qué nivel de prioridad cree que debiera darse a la atención de este paciente?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,429**	,485**	1,000	,450**
			,000	,000	.	,000
		N	75	75	75	75

Rho de Spearman	¿Qué nivel de gravedad estima que podría tener este paciente?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,268**	,219*	,450**	1,000
		N	75	75	75	75
	¿Cuánto interés le generaría asistir en el abordaje de este paciente?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,516**	,469**	,301**
		N	75	75	75	75
	¿Cuánto tiempo estima que le dedicaría a esta consulta?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,516**	1,000	,543**	,249*
		N	75	75	75	75
	¿Qué nivel de prioridad cree que debiera darse a la atención de este paciente?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,469**	,543**	1,000	,500**
		N	75	75	75	75
	¿Qué nivel de gravedad estima que podría tener este paciente?	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,301**	,249*	,500**	1,000
		N	75	75	75	75

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

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

Fuente: elaboración propia.

Se calcularon las correlaciones entre las variables recodificadas en 3 (tres) valores con igual procedimiento. Los análisis evidenciaron asociaciones positivas y estadísticamente significativas

entre todas las dimensiones evaluadas, manteniendo el mismo patrón relacional observado originalmente. (Tabla 18)

**Tabla 18**

*Correlaciones entre respuestas al caso clínico (reagrupadas en 3 valores)*

			interés 3 valores	tiempo 3 valores	prioridad 3 valores	gravedad 3 valores
Tau_b de Kendall	interés 3 valores	Coefficiente de correlación	1,000	,478**	,425**	,277**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,008
		N	75	75	75	75
tiempo 3 valores	tiempo 3 valores	Coefficiente de correlación	,478**	1,000	,502**	,270**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,009
		N	75	75	75	75
prioridad 3 valores	prioridad 3 valores	Coefficiente de correlación	,425**	,502**	1,000	,473**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	75	75	75	75
gravedad 3 valores	gravedad 3 valores	Coefficiente de correlación	,277**	,270**	,473**	1,000
		Sig. (bilateral)	,008	,009	,000	.
		N	75	75	75	75

	N	75	75	75	75	
Rho de Spearman	interés 3 valores	Coefficiente de correlación	1,000	,522**	,460**	,303**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,008
	N	75	75	75	75	
	tiempo 3 valores	Coefficiente de correlación	,522**	1,000	,554**	,298**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,010
	N	75	75	75	75	
	prioridad 3 valores	Coefficiente de correlación	,460**	,554**	1,000	,509**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
	N	75	75	75	75	
	gravedad 3 valores	Coefficiente de correlación	,303**	,298**	,509**	1,000
		Sig. (bilateral)	,008	,010	,000	.
	N	75	75	75	75	

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

Fuente: elaboración propia.

### **Asociaciones entre las respuestas al caso clínico y características de los participantes**

Edad de los estudiantes que participaron, año de cursada y cantidad de materias se presentaron como variables correlacionadas.

A su vez, estas variables se analizaron como predictores de las preguntas sobre el caso clínico. Edad evidenció ser predictor para el Interés en el caso. Por otro lado, el Año de cursada también se

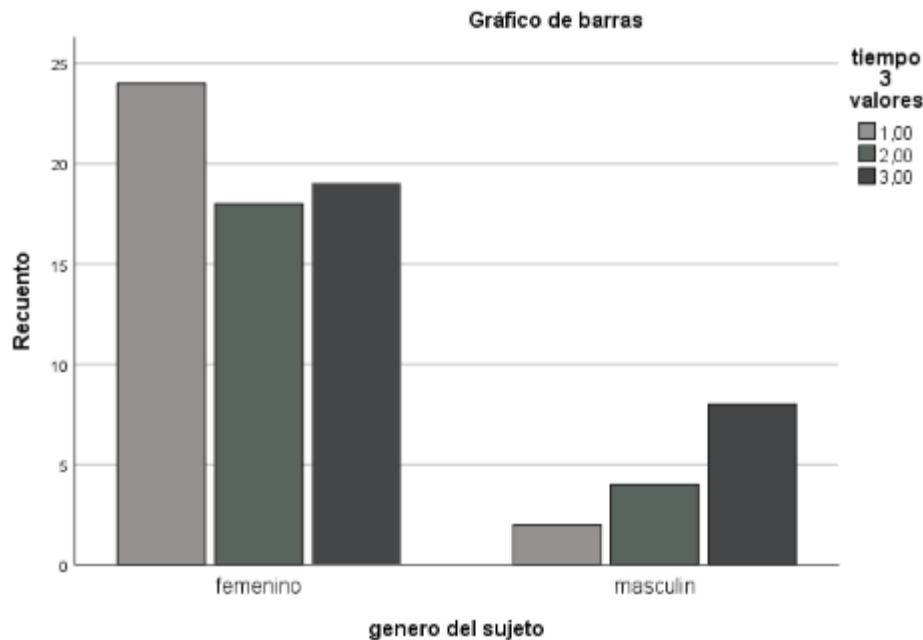
correlacionó con el Tiempo que le dedicaría y la Prioridad que le asignaría. La Cantidad de materias cursadas solo se asoció con el Tiempo que le dedicaría al caso, pero no para la Prioridad. No se encontraron predictores para el nivel de Gravedad estimada del caso (solo una correlación marginal con edad de los estudiantes, que debe tomarse con precaución). Todas las asociaciones fueron positivas y significativas en distintos grados: medio y/o bajos (Tabla 19).

**Tabla 19**

*Correlaciones entre Edad, Año cursado y Cantidad de materias con Preguntas sobre el caso clínico (interés, tiempo, prioridad y gravedad)*

			cantida d de materia s	edad del sujet o	¿Cuánto interés le generarí a asistir en el abordaje de este paciente ?	¿Cuánto tiempo estima que le dedicarí a a esta consulta ?	¿Qué nivel de priorida d cree que debiera darse a la atención de este paciente ?	¿Qué nivel de graveda d estima que podría tener este paciente ?
Tau_b de Kendall	cantida d de materia s	Coefficient e de correlació n	1,000	,164*	,118	,232**	,114	,164
		Sig. (bilateral)	.	,048	,199	,009	,216	,068
		N	75	75	75	75	75	75
edad del sujeto	edad del sujeto	Coefficient e de correlació n	,164*	1,00 0	,279**	,139	,134	,056
		Sig. (bilateral)	,048	.	,003	,125	,153	,536
		N	75	75	75	75	75	75
Año que cursa	Año que cursa	Coefficient e de correlació n	,514	,379* *	,161	,236*	,248**	,176**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,105.	,015	,013	,070





Fuente: elaboración propia.

### **Asociaciones entre las respuestas al caso clínico y empatía médica**

Ni los puntajes totales de Empatía médica ni sus subescalas correlacionaron las preguntas sobre el caso clínico.

### **Asociaciones entre las respuestas al caso clínico y personalidad**

No se encontraron asociaciones entre las subescalas del EPQ con las preguntas del caso clínico. Si se evidenció, en esta muestra, correlaciones elevadas entre las mismas subescalas del cuestionario estadísticamente significativas, entre Neuroticismo y Extroversión (negativa y naja), entre Neuroticismo y Psicoticismo (positiva media- baja), entre extroversión y Psicoticismo (negativa y baja).

### **Asociaciones entre empatía médica y personalidad**

Se halló una correlación estadísticamente significativa entre la Subescala Cuidado con compasión y Psicoticismo. La misma fue baja a media y negativa ( $r = -.323$ ;  $p = ,005$ ). Siguió manteniendo la significación con un análisis más conservador ( $\rho$  de Spearman =  $-.302$ ;  $p = ,008$ ).

### **Modelo estimado**

Mediante Regresión lineal se obtuvieron modelos estadísticamente significativos para Tiempo que se asignaría al caso a partir de las variables: Género del participante, Sexo (del caso) y cantidad de materias cursadas. Sin embargo, se consideran estimaciones inestables debido a la cantidad de participantes. En el caso de Sexo y Materias rendidas, el ajuste es satisfactorio (Chi cuadrado= 21,301;  $p=,001$ ) y el tamaño del efecto puede indicarse entre 13% y el 28%. Sin embargo, las variables no alcanzan la significación, representando una tendencia. Las estudiantes con menos materias dadas tienden a asignar mayor tiempo al caso. El efecto de Sexo queda solapado por la otra variable estudiada.

### **Conclusión y discusión**

Los resultados del presente estudio evidencian que la evaluación clínica simulada se organiza como un sistema actitudinal interrelacionado en el que las dimensiones de interés, tiempo de dedicación, prioridad asistencial y gravedad percibida en el paciente configuran un conjunto de aspectos que participan en la toma de decisión. Este patrón que hace a la evaluación clínica no impresiona ser un conjunto de valoraciones aisladas, sino una estructura integrada de significación clínica. Las correlaciones observadas entre los diferentes aspectos de esta evaluación sugieren la necesidad de ahondar en la forma en que se vinculan las dimensiones motivacionales y cognitivas en la práctica médica.

La elevada concentración de respuestas en los valores superiores de las escalas sugiere una tendencia general a la sobrevaloración positiva del caso clínico, lo que puede interpretarse como un efecto de sensibilización formativa temprana frente a situaciones de urgencia, especialmente en estudiantes con trayectorias predominantemente teóricas y limitada experiencia clínica directa en los primeros años. Este sesgo valorativo podría reflejar procesos de idealización formativa propios de la etapa de formación.

En relación con la empatía médica, los resultados muestran niveles equivalentes a los encontrados en el estudio de validación en Argentina realizado por las autoras, con una organización interna coherente entre sus dimensiones afectivas y cognitivas. Sin embargo, la falta de vinculación con la evaluación del caso queda pendiente de ser nuevamente estudiada, con una muestra mayor. Surge, sin embargo, la pregunta sobre si la actitud empática es determinante en la instancia de evaluación

rápida, como el caso abordado, o requiere elementos adicionales, como tiempo de contacto o interacción directa con el paciente.

Desde la perspectiva disposicional, los resultados muestran una diferenciación funcional entre personalidad y evaluación clínica. La dimensión de psicoticismo se asocia negativamente con la empatía, particularmente en un componente afectivo (Cuidado con Compasión), pero no se vincula de manera significativa con ningún aspecto de evaluación del paciente, lo que indica que la dureza interpersonal y el desapego emocional afectan la disposición empática, pero no la estructura evaluativa del juicio clínico.

Las características propias de los participantes, como género y edad, así como las vinculadas a su trayectoria educativa (nivel de avance en la carrera, cantidad de materias rendidas), juegan un rol relevante en la evaluación del caso. La edad se muestra vinculada, específicamente al interés en el caso, el aspecto más motivacional. Por el contrario, el avance en el estudio deja de asociarse a ese aspecto, para hacerlo con otros de naturaleza profesional, como tiempo que le dedicaría y el nivel de prioridad que le asignaría. El nivel de gravedad no presenta asociaciones significativas, aunque evidencia una tendencia a ser considerada en estudios futuros.

El género se presenta como una variable predictora pero inestable, en relación con el tiempo dedicado al paciente. Aunque los datos reflejan cierta tendencia de las mujeres a estimar tiempos menores en la atención, al combinarlo con otras variables, tiende a generar varianza confundida, superponiendo efectos. Hay que considerar que el impacto del género tiene un componente cultural sustancial que posiblemente subyace a la variable como tal.

De igual forma, el género del caso clínico evidenció cierto impacto sobre el tiempo de atención. La limitación en la cantidad de participantes que respondieron al caso con género no binario lleva a tomar con cautela el dato. En este sentido, se asignaría más tiempo a pacientes de género no binario que a los varones. Esta sobrevaloración posible de cuestiones de género puede interpretarse dentro del cambio contextual social pero también, hay que considerar, que la muestra estudiada presenta valores algo elevados en Deseabilidad Social (Simulación), lo que también podría impactar. Ni el Estatus laboral ni la Nacionalidad del paciente evidenciaron relación con la evaluación clínica. Nuevamente hay que tener en cuenta, que se forzó la recategorización de respuestas debido a la muestra reducida. Esta situación puede desfavorecer la detección de

impactos sutiles. En tal sentido queda abierta la pregunta si, a nivel del estudiantado en Medicina de nuestro contexto, la discriminación no se manifiesta, frente a estos aspectos, o habría que evaluarla de otra forma.

Desde una perspectiva formativa, los hallazgos aportan evidencia relevante para la comprensión de los procesos tempranos de construcción del juicio clínico en estudiantes de ciencias de la salud, destacando la importancia de integrar dimensiones emocionales y cognitivas en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la práctica clínica, considerar sus etapas evolutivas y disposiciones personales. La práctica, sin duda, incluso en entorno simulado, parece evidenciar cierta variabilidad de disposiciones actitudinales que debieran tomarse en cuenta.

### **Agradecimientos**

Se agradece el apoyo institucional recibido para el desarrollo del presente estudio, así como también a los estudiantes que participaron de manera voluntaria en el estudio, cuya disposición, compromiso y tiempo hicieron posible la construcción de la base empírica de esta investigación. Asimismo, se reconoce el financiamiento recibido para la realización del proyecto, que permitió el desarrollo de las distintas etapas de trabajo de investigación. Finalmente, agradecemos el acompañamiento profesional y humano de todas las personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron al desarrollo del presente trabajo, fortaleciendo su calidad académica y metodológica.

### **Bibliografía**

- Alcázar-Córcoles, M. A., Verdejo-García, A., Bouso-Saiz, J. C., Revuelta-Menéndez, J., & Ramírez-Lira, E. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de personalidad EPQ-A en una muestra de adolescentes hispanohablantes. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.002>
- Allport, G.W. (1971). *La naturaleza del prejuicio*. 4ª edición. Buenos Aires: EUDEBA.
- Borrell Carrió, F. (2011). Empatía un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*, 136, 390–397.  
[https://www.researchgate.net/publication/246618320\\_Empatia\\_un\\_valor\\_troncal\\_en\\_la\\_practica\\_clinica](https://www.researchgate.net/publication/246618320_Empatia_un_valor_troncal_en_la_practica_clinica)
- Czapski, M., Palma, A., Lassi, S., Taragano, M. (2017). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de la Carrera de Medicina. *Libro de Resúmenes de la XIX*

*Jornada Científica de la Secretaría de Ciencia y Tecnología del IUCS Fundación H.A. Barceló (29-30). Fundación H.A. Barceló.*

- Czapski M., Lassi, S. (2019). Escala de empatía médica de Jefferson -versión S: Estudios de Validez y Confiabilidad. *Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVI Jornadas de Investigación y XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <http://jimemorias.psi.uba.ar/>
- Czapski M., Lassi S. (2020) Empatía en estudiantes de medicina procedentes de Brasil y Argentina: Diferencias por sexo y nivel en la carrera. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24 (1). <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subproco>
- Etchezahar, E., Ungaretti, J., & Brussino, S. (2018). La construcción de la identidad social y las relaciones intergrupales. Barreiro, A. (Ed.), *Representaciones sociales, prejuicio y relaciones con los otros. La construcción del conocimiento social y moral* (89-106). Buenos Aires: Unipe. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/110201>
- Etchezahar, E., Ungaretti, J., Bria, M. P. y Pesce, A. (2020). *Prejuicio y discriminación en Argentina*. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Eysenck, S. B. G. y Porrata J. L. (1984). Un Estudio Transcultural de Personalidad: Puerto Rico e Inglaterra. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), 355-372. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80516301.pdf>
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1986). EPQ: *Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Manual (4ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Green, T.L., Vu, H., Swan, L.E., Luo, D., Hickman, E., Plaisime, M., y Hagiwara, N. (2023). Implicit and explicit racial prejudice among medical professionals: Updated estimates from a population-based study. *The Lancet Regional Health Americas*, 21,100489. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100489>
- Korstanje, M. (2008). Prejuicio encubierto en el turismo (un caso en la ciudad de Buenos Aires). *IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas*. <https://cdsa.aacademica.org/000-080/62.pdf>
- Lassi, S. y Argibay J.C (2002) Personalidad y prejuicios etnográficos. *IX Jornadas de Investigación*. (Tomo 7, 78-82). Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

- Lassi, S. y Argibay J.C: (2003) Efecto de la personalidad sobre la formación de prejuicios hacia otras nacionalidades. *Memorias de las X Jornadas de Investigación. Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la Investigación en Psicología*. (Tomo 1, 406-408) Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Montes Berges, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Revista electrónica Universidad de Jaén*, 3. [https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/202/183#:~:text=Como%20otras%20actitudes%2C%20el%20prejuicio%20se%20compone,medidas%20diferentes%20\(Brigham%2C%201971%2C%20Psychol%20Bull%2076:15](https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/202/183#:~:text=Como%20otras%20actitudes%2C%20el%20prejuicio%20se%20compone,medidas%20diferentes%20(Brigham%2C%201971%2C%20Psychol%20Bull%2076:15)
- Moore P., Gómez G., Kurtz S. (2012). Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*, 44, 358–365. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comunicacion-medico-paciente-una-las-competencias-S0212656711004239>
- Penner, L.A., Dovidio, J.F., West, T.V., Gaertner, S.L., Albrecht, T.L. Dailey, R.K., Markova, T. (2010). Aversive Racism and Medical Interactions with Black Patients: A Field Study. *Journal of experimental social psychology*, 46(2), 436-440. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20228874/>
- Redolar Ripoll, D.E. (2013). *Neurociencia cognitiva*. Editorial Médica Panamericana.
- Sabin, J.A., Rivara, F.P., Greenwald, A.G. (2008). Actitudes implícitas y estereotipos de los médicos sobre la raza y la calidad de atención médica. *Atención Médica*, 46(7), 678-85. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18580386/>
- Schmidt, V. (2010a). Las bases biológicas del Neuroticismo y la Extraversión ¿Por qué nos comportamos como lo hacemos? *Psiencia Revista Latinoamericana de Evaluación Psicológica*, 2(1), 20-25. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127086005.pdf>
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Olivian, M. E., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. S., y Pedrón, V. (2010b). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-21. <https://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63>
- Ungaretti, J., Jaume, L.C., Etchezahar, E. y Simkinm H.A. (2012). El estudio del prejuicio desde una perspectiva psicológica. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-072/666>