



TESIS DOCTORAL

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO DE PATOLOGIA EXISTENCIAL E INTERVENCION EN
CRISIS**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE EMPATÍA MÉDICA, SENSIBILIDAD
EMOCIONAL Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIODEMOGRÁFICAS
ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA Y MÉDICOS ESPECIALISTAS
DOCENTES EN VENEZUELA**

**AUTOR: JOSÉ SÁNCHEZ DELGADO
DIRECTOR: DR. JESÚS POVEDA DE AGUSTÍN**

ABRIL DE 2010

DICATORIA

A Dios

Al Ser Humano

A los Seres Vivos

A los/as que Viven en mi recuerdo y corazón

AGRADECIMIENTO

A mi familia

Al amor de mi vida

A mis amigos y amigas

A mis compañeros y compañeras

A mis alumnos y alumnas

A mis pacientes

ÍNDICE GENERAL

| | Pag. |
|--|-------------|
| RESUMEN..... | 01 |
| ABSTRACT..... | 02 |
| INTRODUCCIÓN..... | 03 |
| | |
| CAPÍTULO I..... | 08 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 08 |
| Justificación de la investigación..... | 20 |
| Objetivos..... | 23 |
| Objetivo general..... | 23 |
| Objetivos específicos..... | 23 |
| Alcance..... | 24 |
| Limitaciones..... | 25 |
| | |
| CAPÍTULO II..... | 26 |
| MARCO TEÓRICO..... | 26 |
| Antecedentes de la investigación..... | 26 |
| Celis de Oliveros; E (1990)..... | 26 |
| García – Campayo, J; Aseguinolaza, L y Lasa Labaca, G (1995)..... | |
| García – Campayo, J; Aseguinolaza, L y Tazón, P (1998).... | 26 |
| Hojat, J; Gonnella, JS; Mangione, S; y otros (2002)..... | 27 |

| | |
|--|----|
| Mayor, E; del Río, G; Tabares, G y Fernández, S (2002).... | 28 |
| Tsuchida, M; Bandres, M y Guevara, X (2003)..... | 29 |
| González de Rivera, J (2004)..... | 29 |
| Retuerto, P (2004)..... | 30 |
| Alcorta, A; González, J; Tavitas, S; Rodríguez, F y Hojat, M (2005)..... | 30 |
| Guarino, L y Roger, D (2005)..... | 31 |
| Guarino, L; Feldman, L y Roger, D (2005)..... | 31 |
| García - Hiubodro, D; Núñez, F; Vargas, P; y otros (2006)... | 32 |
| Marsiglia, I (2006)..... | 33 |
| Doval, H (2008)..... | 34 |
| Fernández-Pinto, I; López-Pérez, B y Márquez, M (2008)... | 34 |
| Petrillo, N (2009)..... | 34 |
| Bases teóricas..... | 35 |
| Empatía..... | 35 |
| Antecedentes..... | 35 |
| Desde la filosofía de la economía: Simpatía como antecedente arcaico de la empatía..... | 35 |
| Desde el arte y la psicología: Origen etimológico del término empatía..... | 36 |
| Perspectiva histórica ontológica de empatía..... | 38 |
| Aristóteles..... | 38 |
| Lipps..... | 38 |
| Titchener..... | 39 |

| | |
|---|-----------|
| Perspectiva psicoanalítica de la empatía..... | 40 |
| Freud..... | 40 |
| Kohut..... | 42 |
| Perspectiva existencialista de la empatía..... | 44 |
| Stein..... | 44 |
| Perspectiva cognitivista de la empatía..... | 47 |
| Rogers..... | 47 |
| Estructuración cognitiva – afectiva y evolutiva de la empatía..... | 48 |
| Hoffman..... | 49 |
| Perspectiva neurocientífica de la empatía o la fenomenología neurofisiológica: Últimos avances en la comprensión de la empatía..... | 51 |
| Rizzolatti..... | 51 |
| Perspectiva Médica: la empatía propiamente dicha..... | 52 |
| Balint..... | 52 |
| Concepción aplicativa de empatía médica..... | 53 |
| Hoffman..... | 53 |
| Eisenberg..... | 54 |
| Davis..... | 54 |
| Hojat..... | 55 |
| Instrumento de medición de la Empatía Médica... | 56 |
| Sensibilidad emocional..... | 57 |
| Antecedentes..... | 57 |

| | |
|--|-----------|
| Eysenck..... | 57 |
| Davis..... | 59 |
| Tipos de sensibilidad emocional..... | 60 |
| Sensibilidad emocional negativa (SEN)..... | 60 |
| Sensibilidad interpersonal positiva (SIP)..... | 60 |
| Distanciamiento emocional (DE)..... | 60 |
| Instrumento de medición de sensibilidad emocional..... | 61 |
| Características Psicosociodemográficas..... | 61 |
| Características psicológicas y demográficas..... | 61 |
| Instrumento de medición de las Características psicológicas y demográficas..... | 61 |
| Características Sociales..... | 62 |
| Cuadro N° 1: Método Graffar Méndez Castellano..... | 63 |
| Instrumento de medición de las características sociales: Método de Graffar modificado por Méndez Castellano..... | 63 |
| Profesión del jefe de la familia..... | 64 |
| Nivel de instrucción de la madre..... | 64 |
| Principal fuente de ingreso de la familia.... | 64 |
| Condiciones de la vivienda..... | 65 |
| Bases legales de la investigación..... | 65 |
| Constitución de la República Bolivariana de Venezuela..... | 66 |
| Ley Orgánica de Salud..... | 67 |

| | |
|--|-----------|
| Ley del Ejercicio de la Medicina..... | 67 |
| Código de Deontología Médica..... | 68 |
| CAPÍTULO III..... | 69 |
| MARCO METODOLÓGICO..... | 69 |
| Sistema de Variables..... | 69 |
| Cuadro N° 02: Operacionalización de las Variables..... | 70 |
| Diseño y tipo de investigación..... | 78 |
| Población y muestra..... | 79 |
| Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 81 |
| Validez y confiabilidad..... | 83 |
| Técnicas de análisis de datos..... | 84 |
| Procedimiento..... | 86 |
| Fase I: Teórica..... | 86 |
| Fase II: Metodológica..... | 86 |
| Fase III: Procedimental..... | 86 |
| Fase IV: Conclusiva..... | 86 |
| CAPÍTULO IV..... | 87 |
| RESULTADOS, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN..... | 87 |
| SECCIÓN I: Análisis descriptivo de las variables..... | 89 |
| PARTE I: Características psicosociodemográficas..... | 89 |
| Dimensión: Características demográficas..... | 91 |
| Cuadro N° 03 y Gráfico N° 01: Distribución de frecuencias simples y | |

| | |
|--|------------|
| porcentuales, según el año de la carrera (sólo para estudiantes)..... | 91 |
| Cuadro N° 04 y Gráfico N° 02: Distribución de frecuencias simples y porcentajes ponderados, según la especialidad del médico docente..... | 92 |
| Cuadro N° 05 y Gráfico N° 03: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el rango de edad (estudiantes)..... | 93 |
| Cuadro N° 06 y Gráfico N° 04: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el rango de edad (docentes)..... | 94 |
| Cuadro N° 07 y Gráfico N° 05: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el sexo (ambos grupos)..... | 95 |
| Cuadro N° 08 y Gráfico N° 06: Distribución de frecuencias simples y porcentuales según el estado civil (ambos grupos)..... | 96 |
| Cuadro N° 09 y Gráfico N° 07: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el número de hijos (ambos grupos)..... | 97 |
| Cuadro N° 10 y Gráfico N° 08: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según la religión (ambos grupos)..... | 98 |
| Cuadro N° 11 y Gráfico N° 09: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según la escolaridad (sólo para estudiantes)..... | 99 |
| Cuadro N° 12 y Gráfico N° 10: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según años de graduado como médico..... | 100 |
| Cuadro N° 13 y Gráfico N° 11: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según años de graduado como médico especialista..... | 101 |
| Cuadro N° 14 y Gráfico N° 12: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según años como médico docente..... | 102 |
| Dimensión: Características Psicológicas..... | 103 |

| | |
|---|------------|
| Cuadro N° 15 y Gráfico N° 13: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según experiencia personal propia enfermedad grave (ambos grupos)..... | 103 |
| Cuadro N° 16 y Gráfico N° 14: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según experiencia familiar enfermedad grave (ambos grupos) | 104 |
| Cuadro N° 17 y Gráfico N° 15: Distribución de las frecuencias simples y porcentuales, según experiencia artística (ambos grupos)..... | 105 |
| Cuadro N° 18 y Gráfico N° 16: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según experiencia política (ambos grupos)..... | 106 |
| Cuadro N° 19 y Gráfico N° 17: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según apoyo a la comunidad (ambos grupos)..... | 107 |
| Cuadro N° 20 y Gráfico N° 18: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según trabajos comunitarios área de residencia (ambos grupos)..... | 108 |
| Cuadro N° 21 y Gráfico N° 19: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según trabajos comunitarios fuera área de residencia (ambos grupos)..... | 109 |
| Cuadro N° 22 y Gráfico N° 20: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según posición como hijo (ambos grupos)..... | 110 |
| Dimensión: Características socioeconómicas..... | 111 |
| Cuadro N° 23 y Gráfico N° 21: Distribución de las frecuencias simples y porcentuales, según profesión jefe familia (ambos grupos)..... | 111 |
| Cuadro N° 24 y Gráfico N° 22: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según nivel de instrucción madre (ambos grupos)..... | 112 |

| | |
|---|------------|
| Cuadro N° 25 y Gráfico N° 23: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según fuente de ingreso (ambos grupos)..... | 113 |
| Cuadro N° 26 y Gráfico N° 24: Distribución de las frecuencias simples y porcentuales, según condiciones de vivienda (ambos grupos)..... | 114 |
| Cuadro N° 27 y Gráfico N° 25: Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según puntaje total de Graffar Méndez Castellano (ambos grupos)..... | 115 |
| PARTE II: Empatía médica..... | 116 |
| Dimensión: Toma de perspectiva..... | 117 |
| Cuadro N° 28 y Gráfico N° 26: Distribución de las frecuencias porcentuales y media, según toma de perspectiva (estudiantes)..... | 117 |
| Cuadro N° 29 y Gráfico N° 27: Distribución de las frecuencias porcentuales y media, según toma de perspectiva (médicos)..... | 118 |
| Cuadro N° 30 y Gráfico N° 28: Distribución de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 10-70), según toma de perspectiva (ambos grupos)..... | 119 |
| Dimensión: Compasión..... | 120 |
| Cuadro N° 31 y Gráfico N° 29: Distribución de frecuencias porcentuales, según la compasión (estudiantes)..... | 120 |
| Cuadro N° 32 y Gráfico N° 30: Distribución de frecuencias porcentuales, según la compasión (médicos)..... | 122 |
| Cuadro N° 33 y Gráfico N° 31: Distribución de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 8-56), según compasión (ambos grupos)..... | 123 |

| | |
|---|-----|
| Dimensión: Ponerse en el lugar del otro..... | 124 |
| Cuadro N° 34 y Gráfico N° 32: Distribución de frecuencias porcentuales y media, según ponerse en la situación del otro (estudiantes)..... | 124 |
| Cuadro N° 35 y Gráfico N° 33: Distribución de frecuencias porcentuales y media, según ponerse en la situación del otro (médicos)..... | 125 |
| Cuadro N° 36 y Gráfico N° 34: Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 2-14), según ponerse en la situación del otro (ambos grupos)..... | 126 |
| Empatía total..... | 127 |
| Cuadro N° 37 y Gráfico N° 35: Distribución de frecuencias porcentuales (promedios), según dimensiones de empatía y empatía total (estudiantes)... | 127 |
| Cuadro N° 38 y Gráfico N° 36: Distribución de frecuencias porcentuales (promedios), según dimensiones de empatía y empatía total (médicos)..... | 128 |
| Cuadro N° 39 y Gráfico N° 37: Distribución de frecuencias porcentuales (promedios) comparativas entre ambos grupos, según dimensiones de empatía y empatía total..... | 129 |
| Cuadro N° 40 y Gráfico N° 38: Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 7-140), según empatía total (ambos grupos)..... | 130 |
| PARTE III: Sensibilidad emocional | 131 |
| Dimensión: Sensibilidad egocéntrica negativa..... | 132 |
| Cuadro N° 41 y Gráfico N° 39: Distribución de frecuencias porcentuales, según la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) (estudiantes)..... | 132 |
| Cuadro N° 42 y Gráfico N° 40: Distribución de frecuencias porcentuales | |

| | |
|--|-----|
| según SEN (médicos)..... | 134 |
| Cuadro N° 43 y Gráfico N° 41: Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-22), según SEN (ambos grupos)..... | 136 |
| Dimensión: Distanciamiento emocional..... | 138 |
| Cuadro N° 44 y Gráfico N° 42: Distribución de frecuencias simples y porcentuales según, Distanciamiento emocional (DE) (estudiantes)..... | 138 |
| Cuadro N° 45 y Gráfico N° 43: Distribución de frecuencias simples y porcentuales según DE (médicos)..... | 139 |
| Cuadro N° 46 y Gráfico N° 44: Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-10), según DE (ambos grupos)..... | 140 |
| Dimensión: Sensibilidad interpersonal positiva..... | 141 |
| Cuadro N° 47 y Gráfico N° 44: Distribución de frecuencias simples y porcentuales según, SIP (estudiantes)..... | 141 |
| Cuadro N° 48 y Gráfico N° 44: Distribución de frecuencias simples y porcentuales según SIP (médicos)..... | 142 |
| Cuadro N° 49 y Gráfico N° 44: Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-13), según SIP (ambos grupos)..... | 143 |
| SECCIÓN II: Análisis multivariante (ANAVA) y correlación de pearson..... | 144 |
| PARTE I: Diferencias entre las varianzas de los factores: características psicosociodemográficas y la variable | |

| | |
|---|-----|
| dependiente: empatía médica, y sus dimensiones constitutivas (ANAVA) (ambos grupos)..... | 145 |
| Apartado A: Estudiantes..... | 145 |
| Cuadro N° 50: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y año de carrera (sólo estudiantes)..... | 145 |
| Cuadro N° 51: Distribución de comparaciones múltiples entre años (HSD de Tukey) (estudiantes)..... | 145 |
| Cuadro N° 52: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y edad (estudiantes)..... | 148 |
| Cuadro N° 53: Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de edades (HSD de Tukey) (estudiantes)..... | 148 |
| Cuadro N° 54: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y sexo (estudiantes)..... | 149 |
| Cuadro N° 55: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y estado civil (estudiantes)..... | 150 |
| Cuadro N° 56: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y profesión jefe familia (estudiantes)..... | 151 |
| Cuadro N° 57: Distribución de comparaciones múltiples entre profesiones de jefe de familia (HSD de Tukey) (estudiantes)..... | 151 |
| Cuadro N° 58: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y condiciones de la vivienda (estudiantes)..... | 152 |
| Cuadro N° 59: Distribución de comparaciones múltiples entre condiciones de la vivienda (HSD de Tukey) (estudiantes)..... | 152 |
| Cuadro N° 60: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y | |

| | |
|--|---------|
| estrato socioeconómico (Graffar) (estudiantes)..... | 154 |
| Cuadro N° 61: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y trabajos comunitarios fuera del área de residencia (estudiantes)..... | 155 |
| Apartado B: Médicos Especialistas Docentes..... | 156 |
| Cuadro N° 62: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y años de graduado (MED)..... | 156 |
| Cuadro N° 63: Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años de graduado (HSD de Tukey) (MED)..... | 156 |
| Cuadro N° 64: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y años como docente (MED) | 158 |
| Cuadro N° 65: Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años como docente (HSD de Tukey) (MED)..... | 158 |
| Cuadro N° 66: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y posición como hijo (MED)..... | 159 |
| Cuadro N° 67: Distribución de comparaciones múltiples entre posiciones como hijo (HSD de Tukey) (MED)..... | 159 |
| Cuadro N° 68: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y Graffar por estratos socioeconómicos (MED)..... | 160 |
| Cuadro N° 69. Distribución de comparaciones múltiples entre posiciones como hijo (HSD de Tukey) (MED)..... | 160 |
| PARTE II: Diferencias entre las varianzas de los factores: características psicosociodemográficas y variable dependiente: sensibilidad emocional, a través de sus dimensiones constitutivas, intra – grupo..... | 161 |

| | |
|---|------------|
| Apartado A: Estudiantes..... | 161 |
| Cuadro N° 70: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y año (estudiantes)..... | 161 |
| Cuadro N° 71: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y apoyo a su comunidad (estudiantes)..... | 162 |
| Cuadro N° 72: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y trabajos comunitarios área de residencia (estudiantes)..... | 163 |
| Cuadro N° 73: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y trabajos comunitarios fuera de su área de residencia (estudiantes)..... | 164 |
| Cuadro N° 74: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y profesión jefe de familia (estudiantes)..... | 165 |
| Apartado B: Médicos..... | 166 |
| Cuadro N° 75: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y años de graduado..... | 166 |
| Cuadro N° 76: Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años de graduado (HSD de Tukey) (MED)..... | 166 |
| Cuadro N° 77: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y años de graduado como especialista (MED)..... | 167 |
| Cuadro N° 78: Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años de graduado como especialista (HSD de Tukey) (MED)..... | 167 |
| Cuadro N° 79: ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y Graffar (MED)..... | 168 |
| Cuadro N° 80: Distribución de comparaciones múltiples entre estratos de Graffar (HSD de Tukey) (MED)..... | 168 |

| | |
|---|----------------|
| PARTE III: Diferencias de las varianzas entre las variables empatía y sensibilidad emocional, inter – grupos..... | 169 |
| Cuadro N° 81: ANAVA, según empatía entre estudiantes y MED..... | 169 |
| Cuadro N° 82: ANAVA, según sensibilidad emocional en estudiantes y MED..... | 170 |
| PARTE IV: Correlaciones entre empatía médica y sensibilidad emocional: Dimensiones constitutivas..... | 171 |
| Cuadro N° 83: Distribución de correlaciones entre las dimensiones de empatía médica y sensibilidad emocional Correlación de Pearson (a) (estudiantes)..... | 171 |
| Cuadro N° 84: Distribución de correlaciones entre las dimensiones de empatía médica y sensibilidad emocional Correlación de Pearson (a) (Médicos)..... | 172 |
| Discusión | 173 |
| CAPÍTULO V | 182 |
| CONCLUSIONES | 182 |
| CAPÍTULO VI | 185 |
| RECOMENDACIONES | 185 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 187 |
| | 197 |

| | |
|---|------------|
| ANEXOS..... | |
| Anexo 1: Escala Jefferson de Empatía Médica, en su versión al castellano “S-MF” Y “HP-MF”..... | 198 |
| Anexo 2: Escala de Sensibilidad Emocional..... | 204 |
| Anexo 3: Método Graffar Méndez Castellano: Estrato socioeconómico..... | 208 |
| Anexo 4: Cuestionario de Características Psicosociodemográficas versiones “E” y “MD”..... | 210 |

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
TESIS DOCTORAL**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE EMPATÍA MÉDICA, SENSIBILIDAD
EMOCIONAL Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE
ESTUDIANTES DE MEDICINA Y MÉDICOS ESPECIALISTAS DOCENTES EN
VENEZUELA**

Autor: José Sánchez Delgado

Director: Dr. Jesús Poveda de Agustín

Fecha: Abril de 2010

RESUMEN

La investigación tiene como finalidad comparar empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas entre estudiantes de medicina y médicos especialistas docentes de la Universidad de Carabobo, sede Aragua. El diseño fue no experimental, de campo y transversal, apoyado en una investigación de tipo documental, descriptiva y correlacional. La población: 435 alumnos de los últimos tres años de la carrera de medicina y 104 médicos. La muestra: 306 estudiantes (70,34%); y 72 médicos (69,23%). La técnica usada fue la encuesta y los instrumentos fueron los cuestionarios: Escala Jefferson de empatía médica (EJEM), versiones: “S-R” (estudiantes) y “HP-R” (médicos), Escala de sensibilidad emocional (ESE), Método Graffar Méndez Castellano: Estrato social y Cuestionario de características psicosociodemográficas, versiones: “E” (estudiantes) y “M” (médicos). Los resultados descriptivos permitieron concluir que la empatía es alta para ambos grupos (77,5% en estudiantes y 82,35% en médicos); siendo la dimensión predominante: compasión en estudiantes y toma de perspectiva en los médicos. La sensibilidad interpersonal positiva es elevada en los dos grupos, mientras los niveles de sensibilidad egocéntrica negativa y de distanciamiento emocional son bajos. El análisis de varianzas intra-grupo indica empatía alta en estudiantes con responsabilidad social, jóvenes, mujeres y solteros; y en médicos primogénitos, de clases altas y jóvenes. Por otra parte indica sensibilidad interpersonal positiva baja en estudiantes del: 6to año, que no demuestran responsabilidad social y cuyos padres son obreros especializados; también muestra sensibilidad egocéntrica negativa alta en: los que no ejercen actividades de responsabilidad social y revela distanciamiento emocional alto en alumnos con padres obreros especializados. Este mismo análisis indica, en los médicos, sensibilidad interpersonal positiva alta cuando se graduaron mayores, entre 30 - 39 años y obtuvieron títulos de postgrado tempranamente, entre 20 – 29 años, y muestra distanciamiento emocional alto cuando son de clase media baja (estrato IV). El análisis de varianzas inter-grupos indicó que los médicos son más empáticos y expresan mayor sensibilidad interpersonal positiva que los estudiantes. Finalmente existe correlación positiva entre empatía y sensibilidad interpersonal positiva en estudiantes, por el contrario en los médicos no hubo correlación.

Palabras Clave: Empatía Médica, Sensibilidad Emocional, Características Psicosociodemográficas, estudiantes de medicina, médicos especialistas docentes.

COMPARATIVE STUDY OF MEDICAL EMPATHY, EMOTIONAL SENSITIVITY AND PSYCHO-SOCIAL-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS BETWEEN MEDICINE STUDENTS AND PROFESSOR MEDICAL DOCTORS IN VENEZUELA

ABSTRACT

The research was focused on comparing medical empathy, emotional sensibility and psycho-social-demographic characteristics between medicine students and specialized doctors who teach at the University of Carabobo, Campus Aragua. The design of the research was not experimental, in-field and traverse, supported in a documental, descriptive and co-relational type. The population: 435 students of the last three years of the medicine career and 104 specialized doctors who teach. The sample: 306 students (70.34%); and 72 doctors (69.23%). The technique used was a survey and the instruments were the questionnaires: Scale Jefferson of medical empathy (EJEM), versions: "S-R" (students) and "HP-R" (doctors), Scale of Emotional Sensibility (ESE), Graffar Méndez Castellano Method: Social stratum and Psycho-social-demographic characteristic questionnaire, "S" (students) and "D" (doctors) versions. The descriptive results allowed to conclude that the empathy is high for both groups (77.5% in students and 82.35% in doctors); being the predominant dimension: compassion in students and taking of perspective in doctors. Positive interpersonal sensibility is elevated in both groups, while the levels of negative egocentric sensibility and emotional spacing are low. The analysis of variances intra-group indicates high empathy in students with social responsibility, young people, women and unmarried; and in first-born doctors, of high class and young. On the other hand, low positive interpersonal sensibility is indicated in students of: 6to year, who do not demonstrate social responsibility and whose parents are specialized working class; also it shows a high negative egocentric sensibility in: those who do not practice activities of social responsibility and also shows high emotional spacing in students with specialized working class parents. This same analysis indicates, in doctors, a high positive interpersonal sensibility when they graduated greater, between 30 - 39 years and obtained post degree early, between 20 - 29 years, and shows high emotional spacing when they are lower middle-class (stratum IV). The analysis of variances inter-groups indicated that the doctors are more emphatics and express greater positive interpersonal sensibility than the students. Finally, there is a positive correlation between empathy and positive interpersonal sensibility in students; on the contrary in the doctors were no correlation.

Key words: medical empathy, emotional sensibility, medicine students, psycho-socio-demographic characteristics, professor medical doctors.

INTRODUCCIÓN

**“Cada hombre que se acerca más a sí mismo, en alguna forma, se acerca
mayormente a los demás”**

Leo Buscaglia

Desde una perspectiva **filosófica** la investigación se fundamenta en el humanismo, según el cual es importante rescatar el sentido inicial de la relación médico - paciente, basada en una relación empática por excelencia. En palabras de Hipócrates cinco siglos antes de Cristo: “el paciente puede recuperar su salud, simplemente, por la satisfacción de la bondad del médico”. Pasteur en el Siglo XIX enuncia que: “aunque tengas toda la ciencia, si no tienes piedad, no tendrás nada”. Ignacio Chávez en México en el Siglo XX, expresa: “nos amenaza una nueva barbarie fundada en la técnica” (1). Estos pensamientos expresados a través de estas citas denotan el carácter eminentemente humanista que ha de considerarse en la formación del médico para que pueda tener las competencias necesarias para ejercer la medicina de manera integral e idónea. Los estudios sobre la empatía médica y la sensibilidad emocional de los estudiantes de medicina se convierten, entonces, en fuentes que posibilitan la obtención de datos, información y realidades en sus praxis, lo cual permitiría, a través de los hallazgos encontrados, la puesta en marcha de mecanismos esenciales en la rectificación o mantenimiento de la formación médica sólidamente empática.

El constructo “Empatía Médica”, en la actualidad se ha convertido en una temática básica en el estudio curricular de la formación de los estudiantes y el perfil profesional del egresado de la Carrera de Medicina a nivel Mundial, debido

a la significación que tiene en la formación de médicos integrales y humanistas que presten un servicio adecuado a las demandas del entorno y a las comunidades e individuos que las integran, considerando para ello elementos relacionados con la compasión y la identificación, entre otros. A pesar de ser un aspecto que en sus inicios fue tratado solo por el arte como el conjunto de sentimientos, que potencialmente podía producir una obra de arte al ser contemplada y generar en el espectador conmoción (2).

Posteriormente fue utilizado en el área de Ciencias de la conducta, por primera vez, por Theodor Lipps, el cual comprendió la empatía como la unión entre el sujeto y el objeto artístico y como la unión - experiencia entre las acciones de dos sujetos. La teoría estética de Lipps, contemplaba la empatía como la posibilidad psicológica de la belleza, ésta es un valor ético en la percepción subjetiva del otro, de los objetos, de la realidad. Los desarrollos actuales dirigen su atención a la empatía, a veces inteligencia emocional, como la forma más eficiente o eficaz de entrada en la realidad, una realidad que se constituye como el otro con el que negociar las formas más eficaces de acción conjunta (3).

Desde una perspectiva psicoanalítica Freud la definió como “el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental” (2).

Es a Kohut a quien se le atribuyen los avances más significativos en la forma contemporánea de entender el constructo de Empatía médica desde una perspectiva psicoanalítica basada en la teoría psicológica del yo (4).

El concepto de empatía se definió operacionalmente, para esta investigación, considerando tres aspectos desarrollados por el Centro de

Investigación en Educación y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Center for Research in Medical Education and Health Care), en los siguientes términos: a. Toma de perspectiva, b. atención con compasión y c. habilidad para “ponerse en los zapatos de otro”, (5).

Estudios sobre la empatía son altamente oportunos en cuanto permiten obtener conclusiones alusivas al desempeño del estudiante en sus competencias como médico y dan cuenta de la relación del desarrollo de la empatía en los estudios universitarios y su futuro mejor ejercicio profesional (6); así mismo permiten comprender el desempeño laboral del médico docente y la proyección que en su práctica docente hace al estudiantado. En este caso las variables Empatía Médica y Sensibilidad Emocional, fueron relacionadas con la variable: Características psicosociodemográficas, en ambos grupos.

En cuanto a las relaciones entre empatía médica en estudiantes de medicina, médicos docentes y sensibilidad emocional no se han encontrado hallazgos en la revisión llevada a cabo. No obstante, autores como Alonso y Kraftchenko, insisten en que una asistencia médica de calidad está relacionada con la función afectiva que sea capaz de poner en marcha el tratante con su paciente (7). Otros autores mencionan que en intentos por medir la preocupación empática a través del enfoque multidimensional propuesto por Davis en 1980, han resultado dos limitaciones básicas: a. se miden, en defecto, las posibles reacciones exocéntricas de los sujetos de estudio, dejando a un lado un gran número de posibilidades exocéntricas de responsividad emocional y, b. la forma en que fueron construidos los ítems para medir la variable no obedeció a un estricto

análisis del constructo en sí, lo cual le podría conferir sesgos a las mediciones realizadas (8).

Por tales motivos es razonable el estudio de los elementos vinculados con la sensibilidad emocional de los estudiantes de medicina y médicos docentes, con base a escalas de medidas confiables y válidas, que cuenten con estudios transculturales capaces de dar cuenta de estos atributos en dichos instrumentos. Guarino y Derek han demostrado que en tal medición la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) es válida y confiable en estudios que intentan medir tres subdimensiones de la variable: sensibilidad egocéntrica negativa, sensibilidad interpersonal positiva y distanciamiento afectivo, en poblaciones de hispanoparlantes (8).

Siendo el objetivo fundamental de la investigación comparar empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas entre estudiantes de medicina y médicos docentes de la Universidad de Carabobo, sede Aragua.

El trabajo se estructuró en seis capítulos, estos son:

Capítulo I: Planteamiento del problema: justificación de la investigación, objetivos general y específicos, alcance y limitaciones.

Capítulo II: Marco Teórico, organizado a través de: Antecedentes, bases teóricas, bases legales, sistema de variables y operacionalización de las variables.

Capítulo III: Marco Metodológico, constituido por: Diseño y tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, técnicas de análisis de datos y procedimiento.

Capítulo IV: Resultados, Análisis e Interpretación y Discusión.

Capítulo V: Conclusiones

Capítulo VI: Recomendaciones

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**“El mejor medio de comenzar bien el día es pensar si durante él se puede
favorecer por lo menos a un hombre”
Federico Nietzsche**

El avance de la técnica o tecnología médica y de los conocimientos que le dan origen, ha prosperado de manera inusitada y sorprendente en el siglo XX. Lo cual está persistiendo en el siglo XXI, arrastrando consigo la esencia de la relación médico - paciente, la empatía como fenómeno central de tal relación, tiende a ser desplazada. De esta forma se impediría la resolución del conjunto integral de sufrimientos y enfermedades que presenta el paciente y se privilegia la particularización de “la cosa” enferma, del órgano, aparato o sistema y se ocluiría y excluiría del discurso, análisis y praxis médica al conjunto como un todo.

En la actualidad la medicina y por ende las relaciones que se establecen entre sus protagonistas fundamentales: pacientes y médicos, están signadas por los fenómenos de la “techné” y de la “paideia”, en tal medida que la relación médico paciente se ve marcada, en muchos casos, por la indiferencia al contacto con el otro que sufre, el alejamiento inconsciente – consciente del médico hacia el paciente, la intolerancia hacia el acervo cultural de éste, y por ende a su sistema de valores y creencias, la ausencia o practica marginal del dialogo y la escucha atenta y solicita en el acto médico, la sustitución de mecanismos directores sobre los negociadores en la relación, la preponderancia de “los aparatos” sobre el contacto humano y del conocimiento científico sobre el conocimiento del y por el paciente.

Es por ello que los desarrollos teóricos y prácticos interesados en el estudio de los fenómenos de la empatía médica y la sensibilidad emocional en estudiantes de medicina y médicos docentes son altamente significativos y pertinentes.

La relación médico – paciente ha sido un aspecto de la medicina que ha llamado la atención de los galenos desde la época antigua, tal relación puede considerarse como un tipo especial de relación interpersonal en la cual juega un papel fundamental, cuando esta presente como característica propia del médico, la empatía. Esta es solo una de las dimensiones que intervienen en la relación médico – paciente, (transferencia, contratransferencia y rapport, entre otras, también son elementos constitutivos e intervinientes del intrincado mundo de las relaciones previstas entre el médico y el paciente) pero por la complejidad que implica, la empatía en si misma, y lo difícil de su valoración es más conveniente el estudio por separado.

Desde una perspectiva humanística, la relación médico – paciente debería ser una relación empática por excelencia. En Grecia en palabras de Hipócrates cinco siglos antes de Cristo: “el paciente puede recuperar su salud, simplemente, por la satisfacción de la bondad del médico” (1), esta simple frase contiene un significado complejo y profundo. La palabra bondad posee algunos sinónimos que dan cuenta de las implicaciones de su uso, tal y como: piedad, misericordia, ternura, indulgencia, humanidad y compasión, de allí se puede extraer, por analogía, que al menos se ven reflejadas las tres características actuales del término: toma de perspectiva, atención con compasión y ponerse en el lugar del otro.

Más adelante en Francia, Pasteur en el Siglo XIX enuncia que: “aunque tengas toda la ciencia, si no tienes piedad, no tendrás nada” (1), igual que en el caso anterior algunos de los sinónimos de la palabra piedad implican a los elementos que hoy día se consideran básicos para los estudios de empatía. La palabra piedad puede significar: bondad, misericordia, humanidad, altruismo, beneficencia y compasión.

Ignacio Chávez en México en el Siglo XX, expresa: “nos amenaza una nueva barbarie fundada en la técnica” (1). Es de hacer notar que, debido a la gran presencia de la tecnología y la derivación extrema del quehacer médico basado en la “techné”, existe hoy día una tendencia excesiva en convertir la praxis médica en un acto, sobre todo, técnico, en menoscabo de los otros elementos propios de la práctica médica: conocimiento y empatía (9).

En la actualidad existen médicos ecpáticos, es decir médicos que practican la ecpatía, termino para denotar el contrario de empatía, colocándose así este médico en una posición caracterizada por la exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por el paciente a través de procesos mentales voluntarios (10). Esta posición administrada, podría ser beneficiosa en la relación médico – paciente, el problema estaría cuando en tal relación se excluyen por completo los elementos empáticos aún siendo necesarios para el establecimiento de acto médico integral.

Los pensamientos de Hipócrates, Pasteur y Chávez, expresados a través de las citas anteriores, denotan el carácter eminentemente humanista que ha de considerarse en la educación del médico, así como la profunda conciencia del médico docente en la formación de ese nuevo médico, para que pueda tener las

competencias necesarias para ejercer la medicina de manera integral e idónea. Los estudios sobre la empatía médica en los estudiantes de medicina y médicos docentes se convierten, entonces, en fuentes que posibilitan la obtención de datos, información y realidades en sus praxis, lo cual permitiría, a través de los hallazgos encontrados, la puesta en marcha de mecanismos esenciales en la rectificación o mantenimiento de la formación medica sólidamente empática.

El constructo “Empatía Médica”, en la actualidad se ha convertido en una temática básica en el estudio curricular de la formación de los estudiantes y el perfil profesional del egresado de la Carrera de Medicina a nivel Mundial, debido a la significación que tiene en la formación de médicos integrales y humanistas que presten un servicio adecuado a las demandas del entorno y a las comunidades e individuos que las integran, considerando para ello elementos relacionados con la compasión y la identificación, entre otros. A pesar de ser un aspecto que en sus inicios fue tratado sólo por el arte como el conjunto de sentimientos, que potencialmente podía producir una obra de arte al ser contemplada y generar en el espectador conmoción (2). Posteriormente fue utilizado en el área de Ciencias de la conducta, por primera vez, por Theodor Lipps, el cual comprendió la empatía como la unión entre el sujeto y el objeto artístico y como la unión-experiencia entre las acciones de dos sujetos. La teoría estética de Lipps, contemplaba la empatía como la posibilidad psicológica de la belleza, está es un valor ético en la percepción subjetiva del otro, de los objetos, de la realidad. Los desarrollos actuales dirigen su atención a la empatía, a veces inteligencia emocional, como la forma más eficiente o eficaz de entrada en la realidad, una realidad que se

constituye como el otro con el que negociar las formas más eficaces de acción conjunta (3).

Desde una perspectiva psicoanalítica Freud la definió como “el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental” (2).

Es a Kohut a quien se le atribuyen los avances más significativos en la forma contemporánea de entender el constructo de Empatía médica desde una perspectiva psicoanalítica basada en la teoría psicológica del yo (4).

También los esfuerzos de Balint, al intentar capacitar a los médicos para registrar y entender las dolencias de sus pacientes, no sólo en función de las padecimientos, sino también en función de los conflictos y problemas personales para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos. Pretendió diseñar un sistema que permitiese al médico ofrecer ayuda psicológica a sus pacientes sin interrumpir la rutina diaria de su práctica. Esta técnica, fue denominada flash o destello (2).

Para esta investigación, el concepto de empatía se operacionalizó considerando tres aspectos desarrollados por el Centro de Investigación en Educación y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Center for Research in Medical Education and Health Care), en los siguientes términos: a. Toma de perspectiva, b. atención con compasión y c. habilidad para “ponerse en los zapatos de otro”, (5).

Estudios sobre la empatía son altamente oportunos en cuanto permiten obtener conclusiones alusivas al desempeño del estudiante en sus competencias como médico y dan cuenta de la relación del desarrollo de la empatía en los

estudios universitarios y su futuro mejor ejercicio profesional (6); por otra parte permiten conocer la empatía en médicos docentes y su relación con los niveles de empatía exhibidos por sus discípulos en el área clínica.

Los estudios sobre empatía médica han alcanzado un nivel de desarrollo considerable en algunas facultades de medicina de Europa y Estados Unidos.

En habla castellana, la producción científica sobre empatía médica es liderizada, en Europa, por España. Se encuentran estudios por, prácticamente, cada Comunidad Autónoma sobre la materia. Los estudios abordan la empatía desde varios ángulos. Estudios teóricos abordan el tema de la empatía contrastándola con la eempatía, de la que ya se habló (10); desarrollan discursos analíticos sobre el humanismo, paideia (educación), filantropía (empatía) y técnica (competencia) (9) y se analizan elementos históricos y también los relativos a la capacidad innata o adquirida para la empatía, su pérdida y recuperación (2).

Otras investigaciones de la Universidad de Valencia y de la Universidad del País Vasco, apuntan a la determinación de la validez y confiabilidad de pruebas determinadas para la medición de la empatía en España (específicamente el Interpersonal Reactivity Index), y de la Universidad Complutense se encontraron evidencias del uso de esta Escala en estudiantes de bachillerato (11).

Un estudio de la Universidad de Sevilla encontró que al igual que en los estudios del grupo de Jefferson (presentados más adelante), las mujeres puntúan más elevado para la empatía que los hombres y que la empatía aumenta con la edad (12).

En Estados Unidos, el grupo que trabaja en la Universidad de Jefferson es el pionero. Algunos trabajos de este grupo son relevantes en aspectos como: sexo

y especialidad de los encuestados, los cuales arrojan resultados interesantes. En el caso de los estudios de género, se evidenció mayor empatía en mujeres que en hombres. En lo relativo a especialidad los fisiatras tuvieron una puntuación los mayores niveles en empatía en relación a anestesiólogos, cirujanos ortopédicos, neurocirujanos, radiólogos, cirujanos cardiovasculares, gineco - obstetras, y cirujanos generales. En tanto que no se encontraron diferencias significativas en los puntajes obtenidos entre médicos psiquiatras, internistas, pediatras, médicos de emergencias, y médicos de familia (13).

En esta misma línea, en Estados Unidos, se han realizado otros estudios en estudiantes de medicina, en los cuales se pudo determinar que los mayores puntajes de empatía ocurren, igualmente que para los médicos, en mujeres que en hombres y también estos altos puntajes de empatía están relacionados con las competencias clínicas de los estudiantes, pero no se pudieron establecer relaciones significativas con el desempeño demostrado en pruebas de selección de admisión a la carrera de medicina, ni de exámenes para licenciados en medicina (6).

En América Latina se evidencian estudios sobre empatía médica relevantes en Cuba los cuales se centran en determinar el nivel de conocimientos del personal médico sobre la empatía (médicos, técnicos y enfermeras) y transmitir conocimientos sobre la materia cuando las poblaciones en estudio exhiben nociones bajas sobre el concepto (14); en resaltar la importancia de los elementos afectivos en la relación médico paciente (15) y otros hacen hincapié en la comunicación medico – paciente como parte fundamental de la formación ético -

profesional de los estudiantes de medicina, implicando en tal comunicación los elementos de la empatía.

En Perú el grupo de la Universidad Peruana “Cayetano Heredia”, hace énfasis en el estudio de la relación médico paciente y se observan diversas formas de abordaje, las cuales miden satisfacción general de los pacientes con el servicio prestado (16).

Estudios sobre las expectativas de los estudiantes de pregrado de medicina en Chile y el perfil del médico esperado, arrojan resultados valiosos. Después de la categorización correspondiente los estudiantes dijeron en su mayoría que los médicos debían ser empáticos para poder ser considerados éticos, hábiles y capaces en su desempeño (17).

Un estudio especialmente importante realizado en México, en la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey, logró validar la Escala de Empatía Médica de Jefferson para hispanoparlantes Latinoamericanos. El estudio concluye que la escala es válida y que los niveles de confiabilidad del instrumento son aceptables para pruebas de personalidad (5).

En el caso específico de Venezuela, sólo se encontró un estudio sobre empatía en la Facultad de Ciencias de la Salud, sede Valencia, de la Universidad de Carabobo, referido sólo a estudiantes. Este estudio sirvió en la etapa de revisión teórica inicial como base para la construcción documental del presente trabajo (18).

Se hizo una revisión de los últimos cinco años (2003- 2007) de la revista Gaceta Médica, órgano de divulgación científica de la Academia Nacional de la Medicina. Encontrándose únicamente un artículo del año 2006, que ofrece una

relación teórica y tangencial con empatía, se aborda la temática, desde una perspectiva crítica, haciendo un análisis del impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación medico paciente (19).

El mismo hecho de haberse encontrado tan poca literatura referida al tema para Venezuela, Carabobo y Aragua, en las fuentes consultadas, llama la atención sobre la necesidad de realizar estudios sobre empatía médica en estudiantes y personal médico. Ya que, este elemento de la relación médico paciente pareciera estar siendo progresivamente abandonado en la praxis cotidiana de los centros de atención sanitaria. Es relativamente frecuente escuchar quejas de los pacientes y de los alumnos de la Escuela, sobre el trato médico, en los ambulatorios y hospitales de la región, basado en una atención ausente de compasión por el otro, imposibilidad de toma de perspectiva del médico sobre la situación del enfermo, incapacidad para ponerse en el lugar del paciente, e incluso marcado maltrato hacia los mismos. Muchas veces ocurre que la modelación es la principal forma de aprendizaje espontáneo que se da en los estudiantes, lo cual en los últimos años de la Carrera, bajo los esquemas antes planteados, sería un problema a solucionar, pues se correría el riesgo de la modelación de patrones empáticos, en detrimento de la relación médico paciente.

En cuanto a las relaciones entre empatía médica en estudiantes de medicina, médicos docentes y sensibilidad emocional no se han encontrado hallazgos en la revisión llevada a cabo. No obstante, autores como Alonso y Kraftchenko, insisten en que una asistencia médica de calidad esta relacionada con la función afectiva que sea capaz de poner en marcha el tratante con su paciente (7).

En este sentido, se cree importante la relación de la empatía médica en estudiantes de medicina y médicos docentes con su sensibilidad emocional. Pues se parte de la premisa de que para ser empáticos se debe contar con determinado tipo de sensibilidad emocional.

La sensibilidad emocional ha sido motivo de preocupación y estudio hacia la década de los ochenta, cuando Davis (1980, EUA) desarrollo a través del enfoque multidimensional una escala que mide elementos empáticos con elementos emocionales (Interpersonal Reactivity Index). Esta escala ha sido ampliamente difundida y utilizada en estudios sobre la empatía.

No obstante, algunos autores mencionan que en intentos por medir la preocupación empática a través del enfoque multidimensional, han resultado dos limitaciones básicas: a. Se miden, en defecto, las posibles reacciones exocéntricas de los sujetos de estudio, dejando a un lado un gran número de posibilidades exocéntricas de responsividad emocional y, b. La forma en que fueron construidos los ítems para medir la variable no obedeció a un estricto análisis del constructo en sí, lo cual le podría conferir sesgos a las mediciones realizadas (8).

Por tales motivos es razonable el estudio de los elementos vinculados con la sensibilidad emocional de los estudiantes de medicina y médicos docentes, con base a escalas de medidas confiables y válidas, que cuenten con estudios transculturales capaces de dar cuenta de estos atributos en dichos instrumentos. Guarino y Derek han demostrado que en tal medición la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) es válida y confiable en estudios que intentan medir tres subdimensiones de la variable: sensibilidad egocéntrica negativa, sensibilidad interpersonal positiva y distanciamiento afectivo, en poblaciones de

hispanoparlantes (8). En este estudio, entonces, se relacionará la empatía médica con la sensibilidad emocional, considerando para esta última su medición a través de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE).

Otro aspecto importante para la investigación es poder determinar un perfil psicosociodemográfico de los alumnos y médicos docentes que intervienen en estudio y relacionarlo con sus niveles de empatía médica y tipo de sensibilidad emocional exhibida. Los perfiles psicológico, social y demográfico de los participantes, contruidos en esta investigación permiten tener una data mucha más rica contra la cual poder contrastar las variables principales del estudio, con esto lo que se quiso fue establecer un análisis más complejo de los posibles factores intervinientes en los fenómenos de empatía y sensibilidad emocional.

La investigación trazada en los términos antes descritos, se planteó analizar la relación entre empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas en estudiantes, en situación de atención de pacientes, y los médicos docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Por lo anteriormente expresado, se diseñaron las siguientes interrogantes de investigación, a las cuales se les dio respuesta en el Capítulo correspondiente a las conclusiones del estudio:

¿Cuál será la empatía médica en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Cuál es la sensibilidad emocional en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Cuáles son las características psicosociodemográficas de los estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Existe relación entre empatía médica, sensibilidad emocional y, características psicosociodemográficas en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Existe relación entre empatía médica, sensibilidad emocional y, características psicosociodemográficas en los médicos docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Cuál es la vinculación entre la empatía del estudiante de medicina y del médico docente de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Cuál es la vinculación existente entre la sensibilidad emocional del estudiante de medicina y del médico docente de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Cuáles son los factores más influyentes en las relaciones entre empatía y sensibilidad emocional de estudiantes y médicos docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua?

¿Es posible proponer una realización de una aproximación hermenéutico - teórico - empírica germinal del proceso empático en médicos venezolanos?

Justificación de la investigación

La investigación se justificó por múltiples razones. Desde un punto de vista **sanitario-asistencial** la toma de decisiones, en el sentido anteriormente explicado, puede generar un mejoramiento de la calidad de atención médica por parte de los prestadores de servicios de salud, traducándose, a posteriori, en un: a. incremento de la satisfacción por el servicio recibido, b. disminución del tiempo de convalecencia y encamamiento, c. incremento de la autopercepción en estudiantes y médicos de mejores competencias asistenciales.

Se evidenció que el estudio fue altamente **significativo**, ya que, desde la **psicología educativa** aplicada a la medicina, sus resultados permiten tener una referencia cierta en relación a la empatía médica y sensibilidad emocional en estudiantes de los tres últimos años de la carrera de medicina, de los médicos docentes, sus relaciones y factores más influyentes.

Consecuentemente desde una perspectiva más centrada en lo **académico**, estos resultados pueden guiar la toma de decisiones de las autoridades curriculares universitarias en cuanto a la formación con base a la empatía médica en tales estudiantes, a través de: a. adecuación de los objetivos, b. reforzamiento de áreas o ejes curriculares existentes, c. creación de áreas o ejes necesarios para avanzar en la formación integral con base a la empatía médica, d. fomento y promoción de la empatía en médicos docentes a través de los programas universitarios de sensibilización continua en la praxis de la relación médico paciente empática.

Finalmente, este estudio consideró un conjunto de características psicosociodemográficas como: Características psicológicas, estrato socioeconómico, y datos demográficos, los cuales permiten observar el problema

integralmente, con la consecuente posibilidad de construir en torno a la relación médico paciente y más precisamente respecto de la empatía médica una base teórica, conceptual y referencial diferente, que propenda a no perder de vista la concéntrica importancia que tiene en el quehacer médico la empatía, lo cual pudiera devenir en el cambio de patrones cognitivos, afectivos y conductuales en el desempeño del estudiante y médicos docentes, generándose una praxis medica y educativa más integral.

El estudio fue **viable** considerando las siguientes dimensiones:

a. Dotación y recursos; para el desarrollo y culminación de la investigación se contó con la dotación y recursos propios, además del apoyo de la Unidad de Investigación del Desarrollo Humano (UNIDESH), adscrita al Departamento de Salud Mental de la Escuela de Medicina de la FCS-Aragua.

b. financiera; los recursos financieros propios fueron suficientes para la compra de los materiales, movilización, aplicación de instrumentos y tratamiento estadístico de los mismos, así como para las actividades de sensibilización de los estudiantes y docentes involucrados en el estudio.

c. metodológica; existe coherencia metodológica entre los distintos componentes del proyecto, así el isomorfismo entre el área de estudio, la temática, el título, los objetivos, el diseño y el tratamiento estadístico previstos aseguraron la viabilidad de la investigación.

d. teórica; se logró tener la base teórica, referencial y conceptual basada en la psicología aplicada, necesaria para proyectar un cuerpo teórico suficiente, que permitió dar soporte a los elementos de corte metodológico y procedimental para instrumentar el estudio.

e. logística; debido a que los participantes del estudio se encontraron todos ubicados en la región conformada por el estado Aragua, específicamente: Municipio Linares Alcántara, Municipio Girardot y Ciudad de La Victoria, fueron de, relativamente, fácil accesibilidad por parte del investigador. Además todos los estudiantes ha ser consultados en alguna oportunidad, de acuerdo a lo previsto en su calendario escolar y distribución por asignaturas, estuvieron presentes en el Campus “La Morita” de la UC, lo cual facilitó su contactación, exceptuando algunos de ellos que tenían pasantías del sexto año en Medicina Rural, los cuales fueron abordados in situ; en relación a los médicos docentes se abordaron en los centros asistenciales: Hospital Central de Maracay, Hospital Militar “Dr. Coronel Elbano Paredes Vivas”, Hospital de los Seguros Sociales “Dr. José María Carabaño Tosta”, Hospital “Dr. José María Benítez” de la Victoria y Hospital de los Seguros Sociales de la “Ovallera”.

f. psicosocial; se contó con el apoyo de los Docentes por una parte, y de los estudiantes lo cual permitió trabajar con un porcentaje de participación muy alto, igual a 70,34% y 71,18%% para estudiantes y médicos docentes, respectivamente.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas entre estudiantes, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Objetivos específicos

Caracterizar psicosociodemográficamente a los estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Determinar la empatía médica en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Describir la sensibilidad emocional en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Establecer el análisis de varianzas entre empatía médica, sensibilidad emocional y, características psicosociodemográficas en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Establecer el análisis de varianzas entre empatía médica, sensibilidad emocional y, características psicosociodemográficas en médicos docentes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Correlacionar la empatía médica y la sensibilidad emocional en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, y médicos docentes de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Establecer el análisis de varianzas entre la empatía del estudiante de medicina y del médico docente de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Establecer el análisis de varianzas existente entre la sensibilidad emocional del estudiante de medicina y del médico docente de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Determinar, descriptivamente, los factores más influyentes en las relaciones entre empatía y sensibilidad emocional de estudiantes y médicos docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

Alcance y Limitaciones

Alcance

Esta investigación pretendió estudiar las posibles relaciones entre la empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas en estudiantes y médicos docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.

El autor, no obstante, no descarta abordar en otras investigaciones, relacionadas, otras variables que puedan incidir en el fenómeno analizado. Pero por razones metodológicas, derivadas de los objetivos propuestos, podrán ser afrontadas, como ya se mencionó, por otras y no por esta investigación.

Los resultados de este trabajo pudieran ser proyectados sobre otros grupos poblacionales de regiones (estados del país) distintas a la que corresponde al estado Aragua en las cuales existan Escuelas o Facultades de Medicina, toda vez, que sus características sean análogas a las de la población en estudio.

Limitaciones

Para la ejecución de este trabajo no se encontraron obstáculos a ser superados, debido a que los componentes teóricos, metodológicos - procedimentales, logísticos y psicosociales de la investigación, pudieron ser abordados con la fluidez necesaria para el desarrollo de la misma, como se explicó, con detalle, en el apartado que desarrolló la viabilidad de la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

**“Lo menos que podemos hacer, en servicio de algo, es comprenderlo”
José Ortega y Gasset**

Antecedentes de la investigación

En esta sección se presentan los trabajos de investigación más relevantes para este estudio.

Celis de Oliveros, E (1990), presentó la “Empatía y medicina. Su determinación en estudiantes de medicina”. El cual tuvo como objetivos determinar la tendencia empática de los estudiantes que integran la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo y relacionar dichas tendencias con características como: edad, sexo, profesión de los padres, lugar que ocupa entre los hermanos, entre otros (18).

El estudio sirvió de base para la construcción del marco teórico inicial y es el antecedente directo en el ámbito de estudio de la Universidad de Carabobo. Sin embargo, se prefirió la utilización, en la presente investigación, de otra escala de medición distinta a la escala de Tendencia Emocional Empática de Mehrabian y Epstein, por considerarla inespecífica.

García – Campayo, J; Aseguinolaza, L y Lasa Labaca, G (1995), realizaron un trabajo titulado: “Empatía. La quintaesencia del arte de la medicina”, el cual tuvo como objetivo principal hacer un desarrollo teórico sobre la empatía en la medicina, para lo cual utilizaron un tipo de investigación documental. Se analizaron los conceptos de: empatía, la empatía en la medicina,

Empatía como actitud innata o adquirida, perdida y recuperación de la empatía, y finaliza con un análisis del futuro de la medicina (2).

Este estudio fue importante para esta investigación ya que ella sirvió como base para organizar la búsqueda de los antecedentes de la empatía como término específico en la literatura psicológica, en las figuras de Lipps y Titchener.

García – Campayo, J; Aseguinolaza, L y Tazón, P (1998), ejecutaron una investigación denominada: “El desarrollo de las actitudes humanísticas en medicina”, el cual tuvo como objetivo principal desarrollar teóricamente al humanismo como el ideal más antiguo de la medicina, humanismo y habilidades de comunicación, el aprendizaje de la filantropía, sistemas docentes en el humanismo, y los grupos de humanización (9).

El trabajo constituyó una fuente teórica importante para esta investigación en lo relativo a la constitución antigua del acto médico: conocimiento, filantropía y técnica, la consideración empática antigua y los tipos de empatía.

Hojat, J; Gonnella, JS; Mangione, S; y otros (2002), presentan un trabajo titulado: “Empathy in medical students as related to academia performance, clinical competence and gender” / “Relación entre empatía en estudiantes de medicina, desempeño académico, competencias clínicas y género”, el cual tuvo como objetivo general responder a dos hipótesis básicas del trabajo, primera: que los estudiantes de medicina con mayores puntajes de empatía tienen mejores competencias clínicas, segunda: que las mujeres tienen más puntajes de empatía que los hombres. En la investigación participaron 371 estudiantes de medicina del tercer año, 198 hombres y 173 mujeres. Se utilizó la Escala de empatía Médica de Jefferson. Estadísticamente los datos fueron procesados con T-test, análisis de

varianzas, chi cuadrado y coeficientes de correlación. Los resultados confirmaron las hipótesis pero negaron la relación entre empatía y desempeño académico. Las conclusiones fueron que la empatía esta asociada a las competencias clínicas y al género. También que la medición operacional de empatía usada en este estudio provee de oportunidades para determinar en otros estudios la estabilidad y cambios de la empatía en diferentes niveles de alumnos de pregrado y egresados médicos (6).

La investigación descrita fue de gran importancia para el estudio desarrollado, especialmente desde el punto de vista metodológico, pues se adoptó del mismo el instrumento de medición de empatía: Escala de Empatía Médica de Jefferson.

Mayor, E; del Río, G; Tabares, G y Fernández, S (2002), investigaron en torno a: “Empatía: ¿Conoce su significado?”. Ese estudio tuvo como objetivo general precisar el grado de conocimiento que poseía el personal asistencial del Hospital Docente “Dr. Joaquín Castillo Duany”, para lo cual realizaron un estudio descriptivo y transversal. En el cual participaron 16 médicos, 6 enfermeras y 4 técnicos del hospital. El instrumento de recolección de datos fue la encuesta, los resultados fueron que más de la mitad del personal encuestado desconocía el tema (14).

La investigación se vincula a la presente por dos razones: la primera en tanto brinda el supuesto implícito para esta investigación de que gran parte del personal médico de los hospitales no posee conocimientos y por ende no practica la empatía con sus pacientes, y que por modelaje los alumnos tienden a tener la

misma disposición, la segunda por la aplicación del diseño transversal y el tipo de investigación descriptiva para el desarrollo de este estudio.

Tsuchida, M: Bandres, M y Guevara, X (2003), estudiaron el “Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico – paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna”, para lo cual se trazaron como objetivo general revisar la relación médico – paciente y conocer el nivel de satisfacción general de los pacientes hospitalizados con respecto a los médicos. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo y transversal, se encuestaron a 64 pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna. Las conclusiones del estudio fueron que la satisfacción general igual que para el resto de los países, que es necesario reforzar en los médicos en entrenamiento: las habilidades comunicacionales, el ejercicio de la autonomía del paciente, la valoración de la perspectiva del paciente y los aspectos psicosociales (16).

De la investigación anterior se asume el supuesto implícito de que en la atención del médico en formación a los pacientes ocurren fallas en la toma de perspectiva, el cual es uno de los factores que componen la empatía que se medirá en el grupo de estudiantes sujetos del estudio.

González de Rivera, J (2004), desarrolla una disertación sobre: “Empatía y eempatía”, en la cual se hace un análisis de la empatía en su forma actual de comprensión y sobre la simpatía, antipatía y eempatía. Es importante resaltar que el autor juzga la eempatía como un mecanismo voluntario de control intencional de la subjetividad interpersonal, que tiene como objetivo evitar la inducción de estados emocionales por otra persona, tanto si lo hace de manera voluntaria, como en la

manipulación, o involuntaria, como el contagio emocional o la histeria en masas (10).

En esta investigación la vinculación del trabajo anterior se encuentra en la aportación que hace para complementar las bases teóricas de empatía.

Retuerto, P (2004), en su trabajo titulado: “Diferencias en empatía en función de las variables género y edad”, analiza de forma teórica y empíricamente la influencia de las variables género y edad sobre la empatía, considerada desde una perspectiva multidimensional y evaluada mediante el Índice de Relatividad Interpersonal, de Davis. Para ello se utiliza una muestra de 556 adolescentes y jóvenes. Los resultados indican que las mujeres puntúan significativamente más que los varones en fantasía, preocupación empática y malestar personal. Además con la edad aumentan progresivamente las puntuaciones en toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática. Implicaciones de estos resultados y sugerencias para investigación futura son discutidas (12).

Este estudio sugiere que la empatía es mayor en mujeres que en hombres, por lo que se asumirá como un supuesto implícito hipotético teórico a ser demostrado en esta investigación.

Alcorta, A; González, J; Tavitas, S; Rodríguez, F y Hojat, M (2005), realizaron la “Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos”, el objetivo general fue evaluar la validez y confiabilidad de la EEMJ en estudiantes de medicina mexicanos. En el estudio participaron 1022 estudiantes (494 mujeres y 528 hombres), la dimensionalidad de 20 reactivos se evaluó con análisis de factores usando el método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal. Se realizaron pruebas t para

comparara los puntajes de hombres y mujeres. Asimismo, se evaluó la consistencia interna de la escala con el coeficiente de alfa de Cronbach. La conclusión del estudio arrojó que el instrumento es válido y confiable (5).

Guarino, L y Roger, D (2005), realizaron la “Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo”. El objetivo de la investigación fue la construcción y validación de un nuevo instrumento para evaluar la sensibilidad emocional, con el objeto de examinar su posterior implicación en el proceso estrés – enfermedad. Para ello, el constructo neuroticismo propuesto en la teoría biológica de la personalidad de Eysenck, así como los instrumentos desarrollados bajo este enfoque, EPI y EPQ, fueron sometidos a un proceso de revisión teórica y psicométrica. Como resultado, se propone la ESE como una medida de relatividad emocional, que supera las principales limitaciones psicométricas halladas en las Escalas de Eysenck. Además, se propone una conceptualización de neuroticismo, concibiéndose no solo como la expresión de la reactividad emocional negativa, sino ampliando su espectro hacia una dimensión más positiva y adaptativa de la emocionalidad (8).

De la investigación anterior se adopta la Escala de Sensibilidad emocional (ESE), a través de la cual se logró la determinación de la reactividad emocional de los alumnos de medicina en situación de atención de pacientes, según los factores: sensibilidad interpersonal positiva, sensibilidad egocéntrica negativa y distanciamiento emocional.

Guarino, L; Feldman, L y Roger, D (2005), presentaron “La diferencia de la sensibilidad emocional entre británicos y venezolanos”. Este trabajo tuvo como objetivo general comparar la sensibilidad emocional (SE) de dos grupos

culturalmente distintas, uno británico y el otro venezolano. Los participantes completaron la ESE en sus versiones en inglés y en español. Se compararon inicialmente las estructuras factoriales de ambas escalas utilizando análisis factorial confirmatorio, para finalmente comparar los puntajes de los estudiantes, con el objeto de determinar diferencias culturales en su SE. Los resultados indicaron que la estructura factorial de la versión anglosajona de la escala está compuesta por dos dimensiones de sensibilidad, mientras que la escala en español arrojó una tercera dimensión que describía de manera más apropiada los datos. Por otro lado, los estudiantes británicos mostraron mayor SE tanto negativa como positiva con respecto a los venezolanos, estableciéndose así una diferencia que contrasta con estereotipos culturales ampliamente aceptados (20).

De la investigación anterior, se tomaron las definiciones de las dimensiones de sensibilidad emocional y de sus dimensiones constitutivas: sensibilidad interpersonal positiva, sensibilidad egocéntrica negativa y distanciamiento emocional.

García - Hiubodro, D; Núñez, F; Vargas, P; y otros (2006), estudiaron las “Expectativas de estudiantes de medicina en pregrado en relación al perfil de médico esperado” teniendo como objetivo evaluar la percepción de los estudiantes de medicina acerca del perfil ideal del médico. El trabajo se realizó bajo una metodología de carácter descriptivo, cualitativo y analítico, basado en los procedimientos propuestos por Grounded Theory, generando categorías y subcategorías que permitieron abstracción y e integración de datos, analizando los datos mediante la triangulación, para el análisis estadísticos de los datos se usó el test de Fisher y la prueba t. Participaron 614 estudiantes de medicina. La

recolección de los datos se hizo a través de la técnica de los grupos focales, guiados por personas entrenados en investigación cualitativa. Los resultados más relevantes de esta investigación y vinculados a este son que los estudiantes perciben al médico ideal como aquel que tiene habilidades y capacidades comunicacionales tanto verbales como no verbales, practica la escucha activa, asertividad y empatía (17).

La vinculación de la investigación radica en que se parte del supuesto implícito de que los estudiantes deberían tener altos niveles de empatía.

Cabe destacar que entre otras revisiones se hizo un análisis detallado, de los últimos cinco años, de la Revista “Gaceta Médica”, órgano divulgativo de la Academia Nacional de Medicina, encontrándose un artículo tipo revisión bibliográfica que alude tangencialmente el tema aquí tratado, el cual se describe a continuación:

Marsiglia, I (2006), en su trabajo: “Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente, realiza un análisis crítico de la medicina en función de una discusión binaria de sus significados: ciencia o arte, de la relación médico – paciente, de la tecnocracia versus el humanismo, del impacto de la tecnología médica en la historia médica y sobre la relación médico – paciente (19).

El aporte más valioso de la investigación antes citada al presente estudio radicó en que el autor concluye que el desiderátum de la atención médica es alcanzar el nivel de empatía que permita una relación médico – paciente satisfactoria, supuesto que se asume en este estudio como una premisa básica de trabajo.

Finalmente, Doval, H (2008), presenta un artículo que plantea junto a la empatía un conjunto de “conductas y comportamientos profesionales asociados directamente al lenguaje” que explícitamente prescritos en la formación del estudiante de la carrera y en la practica del médico en ejercicio, de manera consciente y con un soporte que implique el esforzarse, querer, apetecer y desear acciones explícitas de comportamiento profesional se puede realizar la labor médica de forma tal que el beneficio final rinda una sensación al paciente de ser bien tratado (21).

Esta investigación se acerca a los preceptos contenidos en las conductas empáticas que deben poseer los prestadores de salud, sólo que los aborda desde una perspectiva únicamente profesional, utilizando exclusivamente las herramientas cognitivas y deja a un lado el andamiaje afectivo que implica la relación médico paciente y por ende la practica integral de la empatía.

Fernández-Pinto, I; López-Pérez, B y Márquez, M (2008), elaboran una revisión bibliográfica extensa en relación a las consideraciones teóricas de la empatía desde la perspectiva cognitiva, afectiva e integral. Considerando los legados aportados desde el siglo XVIII por Robert Vischer, hasta las aportaciones neurobiológicas de Giacomo Rizzolatti y Corrado Sinigaglia (22), que se amplían más adelante, en el desarrollo del Marco Teórico.

La aproximación teórica múltiple y variada anterior, se tomó como eslabón básico para la construcción de la edificación teórica de la Tesis.

En el trabajo titulado: “Estructura de la empatía: autoextrañamiento e intencionalidad instintiva”, Petrillo, N. (2009), realiza un excelente análisis fenomenológico de la empatía y en el explica los elemntos propios del yo, las

estructuras pre - yoicas y la temporalidad de los sujetos que se relacionan en la situación empática. Lo más resaltante para el desarrollo de esta investigación es el tratamiento de la intersubjetividad en el plano de la empatía (23).

Es, la intersubjetividad, la aportación teórica más importante para este trabajo, ya que, en el Capítulo VII se le considera como ámbito natural para el desarrollo de la relación empática entre el paciente y el participante prestador de servicios de salud.

Bases teóricas

Empatía; Antecedentes: Desde la filosofía de la economía: Simpatía como antecedente arcaico de la empatía

Los antecedentes primitivos más remotos sobre empatía se encuentran en los escritos realizados hace más de dos siglos sobre el término simpatía, el cual servirá como eslabón arcaico al constructo de empatía propiamente dicho. No obstante, tal y como se aclara mas adelante este termino dista mucho de lo que significará empatía como constructo moderno. Sus orígenes se corresponden a las aportaciones hechas por Adam Smith en el siglo XVIII en su obra “La teoría de los sentimientos morales, de la simpatía”, en la cual realiza una aproximación teórica sobre la simpatía, con el objetivo de entender que la preocupación práctica por los demás y la evaluación moral pasan por ella, en esta disertación el autor expresa que entre otras doctrinas, existe una que, en sus palabras:

...intenta dar razón, por medio de la simpatía, del origen de nuestros sentimientos morales... Es aquella que hace que la virtud radique en la utilidad, y la que explica el placer con que el espectador reconoce la utilidad de cualquier cualidad, por simpatía con la felicidad de quienes resultan afectados por ella. Esta simpatía es diferente tanto de aquella por la que penetramos en los motivos del agente, como de aquella por la que acompañamos en la gratitud a las personas que resultan beneficiadas por sus actos (24).

Esta apreciación eminentemente cognitivista hecha por un economista Escocés en plena revolución industrial, difiere direccional y conceptualmente hablando en gran medida del concepto de partida de la arquitectura actual del constructo de empatía que se discutirá más adelante. Sobre la misma orientación David Hume también economista, escocés, amigo, mentor y predecesor de Smith, teoriza sobre la simpatía ubicándola en términos más afectivos que cognitivos (25), pero aún así tampoco se puede considerar como punto de partida para la definición moderna de empatía.

Desde el arte y la psicología: Origen etimológico del término empatía

En relación a la empatía, propiamente dicha, y sus antecedentes, el análisis puede ser hecho, al menos, desde dos ángulos fundamentales. El primero obedece a la lógica etimológica del origen del término.

En idioma alemán, la palabra originaria utilizada para referirse a la posibilidad del conocimiento interpersonal fue *Einfühlung* por Theodor Lipps, como predecesora de la palabra empatía. Sin embargo, el término *Εμπάθεια* del griego, fue traducido al alemán por la palabra Empathie; para finales del siglo XIX, por primera vez, por Edward B. Titchener, psicólogo experimental, para convertir la palabra *Einfühlung*, que significa traducida literalmente al castellano

compenetración o proyección individual, y ponerse en la piel de los demás (2, 3 y 14). Otra palabra asociada a Einfühlung en alemán es Einfühlungsvermögen que se traduce, también literalmente, como comprensión, intuición, sensibilidad y tacto.

Con los trabajos de Titchener es que el término empatía comienza a adquirir su significado actual. Desde allí la palabra empatía se utiliza en distintas lenguas, adaptándolas a sus propias reglas lingüísticas y gramaticales, por ejemplo: empathy en inglés, empathie en francés, empatia en italiano y portugués, y empatía en castellano.

La palabra empathy existe en inglés desde 1904, fecha en la que Webster la recoge por primera vez en su diccionario, evolucionando a través del tiempo, después de algunos cambios menores, a su acepción actual de “La acción y la capacidad de ser sensible a, comprender o darse cuenta de, los sentimientos, pensamientos y experiencias de otra persona, sin que esos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido comunicados de una manera objetiva o explícita” (10).

En lengua castellana la palabra empatía, se corresponde con la de un neologismo de origen griego, es decir la actual denominación de empatía tiene su primicia en la palabra griega: Εμπάθεια (Empatheia) cuyo significado es “de la misma emoción” (2), “sentir en” y “sentir dentro” (10).

El diccionario de la Real Academia no incluye la palabra empatía hasta su 21 edición (DRAE, 1992), donde la define como “Participación afectiva, y por lo común emotiva, de un sujeto en una realidad ajena”. La definición actual cambia

ligeramente a: “Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro” (10).

Perspectiva histórica ontológica de empatía

El segundo ángulo desde el cual se puede analizar la empatía es desde la perspectiva histórica ontológica breve, la cual tiene a su vez dos vertientes. La inicial asistématica psicológicamente hablando, que se encuentra en los trabajos de Aristóteles al igual que en otras muchas referencias psicológicas (3), y que por ser de carácter insistemática no se desarrolla. La vertiente desarrollista sistematizada desde una perspectiva psicológica, comienza con los trabajos de Titchener, quien a su vez partiendo del trabajo del psicólogo alemán Walter Lipps, acuñó el término “empatía” como traducción del concepto de Lipps de *Einfühlung*, como ya se mencionó, que significa, literalmente, ponerse en la piel de los demás (25). Lipps escribió varios tratados de Estética que giraban en torno a la explicación psicológica de la experiencia estética. En la descripción de los procesos psíquicos subyacentes a este tipo de experiencia, formula su teoría genética de la Empatía (*Einfühlung*), y contempla distintos niveles y conceptualizaciones de la imitación como proceso básico para la formación y definición de la conciencia del sujeto que experiencia y, del objeto que es experimentado. Este autor, comprende la empatía como unión entre el sujeto y el objeto artístico y como unión experiencial entre las acciones de dos sujetos. La teoría estética de Lipps, contemplaba la empatía como la posibilidad psicológica de la belleza, está es un valor ético en la percepción subjetiva del otro, de los objetos, de la realidad. (3). Se podría decir que este concepto está tan ligado al

medio estético y filosófico alemán que no en balde escritores como Max Scheler, y Heidegger tomaron posición contraria ante el mismo (26).

Lipps distingue cuatro tipos de empatía, a saber:

- La tendencia humana a proyectar vida en las formas e incorporarse en ellas: “Empatía aperceptiva general”.
- Realización de esta tendencia general en relación con una forma dada que la determina: “Empatía empírica o de animación de la naturaleza”.
- Capacidad de producir un estado psíquico correspondiente al carácter de la forma experimentada; por ejemplo, expandirse en la contemplación panteísta, entrar en resonancia con la música...: “Empatía de estados de ánimo”.
- Relación con otros seres humanos, que torna inteligibles tanto su apariencia sensible (por ejemplo, el tono, las inflexiones de voz...) como sus manifestaciones vitales.

Esta última es la acepción más pertinente, de las anteriores, a lo que se denota hoy como empatía.

En general, la idea central en Lipps y Titchener es compartir los sentimientos de los otros, lo cual supone a menudo ponerse en el lugar de los demás, sintonización interior y proyectarse uno mismo en los objetos de percepción (1).

Titchener lo explica de este modo:

Tenemos una tendencia natural a identificarnos con aquello que percibimos o imaginamos. Cuando leemos acerca de un bosque, “nos convertimos”, por así decirlo, en exploradores, sentimos lo sombrío del lugar, el silencio, la humedad, el ambiente agobiante, el peligro que acecha, todo es extraño, pero somos nosotros quienes sentimos esta extraña experiencia... Esta tendencia a identificarnos con cualquier situación se denomina EMPATÍA –en analogía a la simpatía, que es sentir con los demás; y las ideas empáticas son interesantes porque son lo opuesto de las percepciones; su base es imaginativa y su contexto está hecho de sensaciones, de las sensaciones cinestésicas y orgánicas que llevan aparejado el significado empático. Las ideas empáticas son, al igual que la sensación de extrañeza, características de la imaginación. Son substituidas en nuestra memoria por experiencias imitativas que repiten algunas fases de las situaciones originales (1).

En lo sucesivo diversas concepciones de empatía han sido definidas de acuerdo a las Escuelas de Psicología correspondientemente, siendo las producciones psicoanalíticas, existencialista y cognitivas las más relevantes.

Perspectiva psicoanalítica de la empatía

Desde la perspectiva psicoanalítica podemos encontrar a varios autores que teorizan sobre la empatía en los siguientes términos:

En primer lugar se reconoce que Freud tocó el término cuando lo define como: “el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental” (2) El planteamiento de Freud en este sentido abre un campo de la discusión muy amplio, en el cual se desarrollan otros conceptos como transferencia y contratransferencia, los cuales denotan un conjunto complejo de procesos mentales de proyección e identificación temporales. En este sentido, la transferencia sería el proceso inconsciente a través del cual, el médico, proyecta sus afectos positivos, negativos o ambivalentes,

hacia el paciente. En tanto que la contratransferencia, consistiría en el fenómeno a través del cual el paciente hace lo propio, pero, hacia el médico, igualmente esta puede ser positiva, negativa o ambivalente. La teoría psicoanalítica describe que los procesos de proyección inconsciente de los afectos, deben ser procesados, por el médico, conscientemente con la finalidad de modificarlos o potenciarlos según sea el caso y que cuando el esfuerzo consciente no permita una transferencia positiva, entonces debe derivarse al paciente a otro terapeuta (27, 28)

Otros autores psicoanalistas abordan desde diferentes tendencias la empatía en la relación con el analizado. En este sentido Ferenczi, Winnicott, Klein y Ana Freud pueden ser mencionados como algunos de los más relevantes autores al respecto del siglo XIX e inicios del siglo XX. No obstante, es a partir de esos trabajos, cuando se desarrolla para mediados del siglo XX, una propuesta más compleja y sistematizada de lo que será la empatía en la relación terapeuta paciente, desde la óptica psicoanalítica en la obra de Kohut. Es entonces, a Kohut en 1959, a quien se le designa en buena medida como el precursor de los estudios más avanzados de la empatía desde el enfoque de la psicología del yo, en este sentido el autor en su primer ensayo sobre el papel de la empatía en psicoanálisis, propuso la tesis de que la postura introspectiva empática del observador define la ciencia del psicoanálisis. El autor explica que lo que le movió a proponer esta definición operativa del psicoanálisis fue el darse cuenta que la introducción del concepto psicobiológico de los impulsos, así como varios conceptos socio-psicológicos, no condujo a una verdadera integración del psicoanálisis con la biología o la medicina sino a una visión psicológica y moral de “Hombre

Culpable” que lo que hizo fue deformar la percepción del analista en el campo clínico y aplicado.

El concepto de empatía recorre el edificio teórico de la psicología del self desde su memorable trabajo de 1959, “Introspección, empatía y psicoanálisis”, donde Kohut plantea la diferenciación de los modos de observación introspectivo y extrospectivo, hasta el artículo póstumo “Introspección, empatía y el semicírculo de la salud mental” en que se destaca el valor esencial de la empatía en toda relación humana. El giro que postula Kohut desde una postura observacional extrospectiva, adecuada para la exploración del mundo exterior, hacia una postura empático-introspectiva, idónea para la exploración del mundo interior, trajo como consecuencia una redefinición del psicoanálisis como una “Psicología pura” al despojarla de todo matiz sociológico o biológico ya que estas ciencias utilizan el método observacional extrospectivo. Para Kohut la única forma de tomar contacto con los estados mentales complejos -el objeto del psicoanálisis- es a través de la aproximación empático-introspectiva (1959, 1971). En su forma clínica, es decir, de manera sistemática y prolongada, resulta esencial tanto para la comprensión como para la explicación de esos estados mentales complejos.

Desde el inicio de sus trabajos sobre el tema, Kohut dejó claramente establecido que él no postulaba una nueva clase de empatía sino que lo que aportaba al psicoanálisis era una nueva teoría que posibilitaba una mejor utilización de la misma. No obstante estas puntualizaciones, reiteradas en diversas oportunidades, se la confunde con amor, compasión, simpatía, complacencia, sentimentalismo o intuición. Otras veces se consideran como conceptos

equivalentes la empatía y el entonamiento o sintonía afectiva, pero desde el punto de vista clínico conviene diferenciarlas.

En “Instrospection, empathy and the semi-circle of mental health”, H. Kohut emplea el término “empatía” en tres sentidos:

- a) Como instrumento para obtener información sobre el psiquismo.
- b) Como un poderoso lazo emocional entre las personas.
- c) Como parte de su método terapéutico.

La aplicación terapéutica de la empatía desde la perspectiva de la Psicología Psicoanalítica del Self implica una posición técnica y clínica que debe respetarse rigurosamente. En la psicoterapia es sin lugar a dudas una condición necesaria para la específica comprensión y explicación de la subjetividad del paciente al posibilitar una ampliación y profundización del abordaje de las experiencias subjetivas (29).

Los avances de la empatía desde una concepción psicoanalítica moderna pasan por diversos enfoques histórico - teóricos y desde varias revisiones en la clínica, según Jaime Martín Montolú. Desde este enfoque histórico – teórico se pueden apreciar a: David Beres y Jacob A. Arlow, en *Fantasme et identification dans l'empathie*, Stefania Caliandro en *Empathie et esthésie: un retour aux origines esthétiques*, Lewis A. Kirshner en *Kohut et la science de l'empathie*, Jean-François Rabian en *L'empathie maternelle de Winnicott*, Helène Tessier en *Empathie et intersubjectivité, quelques positions de l'école intersubjectiviste américaine en psychanalyse* y Louise de Urtubey en *Freud et l'empathie* (26-30).

En el sentido de la empatía en el encuentro clínico, según el mismo autor, los estudios mas relevantes serían, los presentados por: Jacques Angerlergues en

L'empathie, pour quoi faire, Stefano Bolognini en La complexité de l'empathie psychanalytique: une exploration théorique et clinique, Michel Gribinski en "Deviner à peu près", Jacques Le Dem en "À visage découvert", Silvain Missonnier en L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé : l'héritage de Serge LeVobici, Jean Claude Roland en Parler, renoncer, Michèle Van Lisebeth-Ledent en L'empathie et ses dérives, y Daniel Widlöcher en Dissection de l'empathie (30).

Del análisis de estos escritos deviene que inexorablemente todos remiten a los pensadores iniciales del psicoanálisis, fundamentalmente a: Freud, Winnicott, Klein y Kohut. Adicionalmente a Titchener como precursor de la sistematización del estudio del vocablo.

En términos generales se puede decir que la empatía en la literatura psicoanalítica ha sido objeto de un análisis profundo, que ha derivado en la aplicación práctica de métodos y formas propias para su operacionalización, desde diversas perspectivas, todas le dan importancia al fenómeno empático en consulta, algunos aclaran sus componentes y otros consideran sus aspectos tanto negativos como positivos, pero ninguno acusa la inexistencia o insignificancia de la misma en la relación con el otro. Es desde la perspectiva general del psicoanálisis y sobre todo con las aportaciones de Kohut que se desarrollará parte del concepto que hoy soporta la teoría sobre la empatía médica.

Perspectiva existencialista de la empatía

Desde el existencialismo surge una figura fundamental en el estudio de la empatía como problema de disertación de esta corriente, en la persona de Edith

Stein, la cual inicia tales estudios en el siglo XX, hacia 1916 con su tesis sobre empatía cuyo nombre era: El problema de la empatía en su desarrollo histórico y en su consideración fenomenológica, continúa en 1917 con la publicación de su libro sobre La empatía y que finaliza con la producción de su obra Introducción a la Filosofía, en 1919-1932 (31).

Para Stein, la empatía se relaciona con la imposibilidad de la irreductibilidad del otro a la conciencia, lo cual se explica pues la objetividad es considerada inicialmente como un objeto de la sensación y percepción. La autora, señala que el vínculo con la realidad percibida es lo que distingue a la empatía de la fantasía. La empatía no buscaría inventar nada sino adecuarse a la vivencia del otro. Por ello, a diferencia de la fantasía, la empatía puede equivocarse en el momento de la presentificación (presencia del otro percibido) del otro en tanto que su contenido puede corregirse confrontándola con la percepción externa. En efecto, a diferencia del conocimiento de los objetos del mundo natural, la empatía permite percibir desde dentro la vivencia de “otro yo”. En esta comprensión va revelándose aquello que constituye la realidad propia del sujeto humano que ciertamente va más allá de lo sensible. Ello significa que la realidad de la otra persona en tanto que es una realidad novedosa respecto del mundo natural, es objeto a la vez de una síntesis nueva y por lo tanto de un “esquema” nuevo. En lugar del esquema “cosa” se debe poner el esquema “cuerpo viviente”, constituido por las categorías de la sensibilidad, del movimiento, etc. y eventualmente de la capacidad de expresión (31).

Stein advierte que el primer indicio que se tiene del otro no es ciertamente su vivencia, sino su cuerpo. La empatía es un acto por el cual el yo se enriquece y

reconstituye a través de la presentificación del la cosmovisión del otro. Dice Stein: “prisionero en las barreras de mi individualidad no podría ir mas allá del mundo como se me aparece. Sin embargo, ni bien supero, con el apoyo de la empatía, aquella barrera alcanzo una segunda y una tercera aparición de mi percepción...” La empatía, como fundamento de la experiencia intersubjetiva deviene condiciones de posibilidad de un conocimiento del mundo externo existente (31).

La autora manifiesta en sus escritos la dimensión espiritual del encuentro empático con el otro, es aquí precisamente en relación de la vida espiritual del otro que la empatía deviene propiamente un acto constitutivo del yo. En la medida en que el sujeto es capaz de acoger esta dimensión de lo humano es que puede alcanzar lo propiamente humano en sí. Por ello para Stein la constitución no se comprenderá como un acto cuyas consecuencias serán cognoscitivas, sino antes bien como un acto con implicancias metafísicas en tanto que esta paz de obrar la transformación real en el sujeto, desde la participación en el otro vivida desde la interioridad (31).

Como se puede apreciar solo en estos pocos párrafos, que intentan describir las ideas mas fundamentales, que en relación a la empatía, produjo Stein a través de su obra existencialista, se puede apreciar la profundo complejidad con la que es abordado el problema de la empatía en la relación con el otro, dimensionándolo en las esferas cognoscitivas, afectivas, experienciales y espirituales. Independientemente de la importancia de los estudios realizados en este sentido desde un ámbito teórico, los desarrollos pragmáticos con fines de evaluación o medición en la investigación, no han tenido un gran desarrollo. Desafortunadamente en la revisión correspondiente a métodos, técnicas e

instrumentos de valoración y medición de la empatía, no se encontraron evidencias de productos específicos creados con tal fin, lo que imposibilitó el estudio de la variable desde esta perspectiva tan interesante y completa.

Perspectiva cognitivista de la empatía

La Escuela psicológica cognitiva, en líneas generales, obedece a los postulados de la preponderancia de la razón sobre las otras funciones mentales, a través de este principio se definen y delimitan los conceptos y construcciones teóricas correspondientes.

Carl Rogers, fue el primer autor que le dio importancia a la comprensión empática junto a la congruencia y la aceptación incondicional como requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado dentro de una relación terapéutica. Entendía por comprensión empática la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos (2).

En este sentido cognitivo, Hoffman ha desplegado toda una propuesta, que hace hincapié en el desarrollo de la empatía desde la infancia. Este desarrollo da luces en relación a la posibilidad de poder hacer intervenciones psicológicas que permitan modificar esquemas cognoscitivos – afectivos poco proclives a la empatía en sujetos que requieren de ella para mejorar su desempeño profesional, cual es el caso, entre otros, de los estudiantes de medicina.

Desde esta óptica se define la empatía como "una respuesta afectiva más acorde con la situación de otro que con la de uno mismo", dicha respuesta emocional constituye un motivo moral, es decir, un motivo que contribuye a la

conducta prosocial. Uno de los puntos centrales de la teoría es la integración de afecto y cognición. Plantea que la empatía con otros, como proceso motivacional que motiva a ayudar en el problema del otro se desarrolla de una manera similar a los estadios en correspondencia con el desarrollo cognitivo social del individuo. El proceso, sería una síntesis evolutiva de la empatía y del nivel de la comprensión cognitiva del individuo acerca del otro (32).

Estructuración cognitiva – afectiva y evolutiva de la empatía

Insertadas en la teoría antes descrita, se encuentran admitidas las ideas de que la empatía es evolutiva, se inicia en la infancia e involucra elementos cognitivos y afectivas en su desarrollo.

Este proceso empieza con un distrés global empático en el que el niño no tiene una clara distinción entre el yo y el otro y está confundido acerca de la fuente del distrés o malestar. A partir de aquí progresa a través de varios estadios hasta el estadio más avanzado que combina lo conseguido en estadios previos. En los estadios más avanzados se puede empatizar con otros, sabiendo que son entidades físicas distintas del yo y tienen estados independientes del propio sujeto y también puede empatizarse con su condición o circunstancia vital más allá de la situación inmediata. Un nivel maduro de empatía posibilita que el sujeto esté más influenciado por la condición vital del otro que por la situación inmediata (32).

La empatía aparece como una respuesta universal y prácticamente involuntaria, pero puede convertirse en un proceso más complejo. El sujeto adulto cuando empatiza sabe que su afecto empático es debido a sucesos que le ocurren a otra persona y se da porque tiene un conocimiento de lo que la otra persona está

sintiendo. Un conjunto de atribuciones acerca del problema, juicios sobre las características y estado habitual de la víctima se activan y modulan el afecto empático. Los niños pequeños que aún no distinguen entre uno mismo y el otro pueden activar la empatía sin ese conocimiento.

Por tanto, el desarrollo del malestar empático corresponde al desarrollo de un sentido cognitivo de los otros. Desarrollo que pasa según Hoffman por los siguientes niveles:

1. Fusión o falta de separación clara entre el sí mismo y el otro
2. Conciencia de que los otros constituyen entidades físicas distintas de uno mismo.
3. Conciencia de que los otros tienen sentimientos y estados internos independientes de los de uno mismo.
4. Conciencia de que los otros tienen experiencias que trascienden la situación inmediata y su historia e identidad propias en cuanto individuos (32).

El afecto empático se experimenta de manera diferente a medida que el niño va atravesando estos niveles. El resultado de afecto empático y desarrollo sociocognitivo da lugar a cuatro niveles de malestar empático:

1. Empatía global: los niños muy pequeños pueden sentir malestar empático a partir de la mímica, la asociación directa, antes de adquirir un sentido de los otros como entidades distintas de uno mismo. Durante el primer año, el observar a alguien sufriendo puede dar lugar a una respuesta de malestar empático global, el niño puede actuar como si lo que ha ocurrido al otro le ocurriera a él mismo.

2. Empatía egocéntrica: el niño puede ser consciente de que otra persona se encuentra mal (no él mismo), pero no conoce los estados internos del otro y puede asumir que son iguales a los propios (transcurso del primer a segundo año de vida).

3. La empatía con los afectos de otro: entre los 2-3 años con el inicio de la adopción de roles y con el desarrollo del lenguaje el niño puede empatizar con emociones cada vez más complejas y puede activar la empatía a partir de la información sobre el malestar de alguien aunque esa persona no esté presente.

4. Empatía con la situación vital de otra persona: al final de la infancia el niño empieza a tomar conciencia de que otros sienten placer y dolor no solo en la situación inmediata sino también en su experiencia vital más prolongada. Aunque sigue respondiendo empáticamente al malestar inmediato de otro, su respuesta puede incrementarse al darse cuenta de que el malestar de otro es crónico y no transitorio. En este nivel el afecto empático se combina con una representación mental del nivel general de malestar o privación de otro. La víctima no necesariamente ha de estar presente, es suficiente con que se tenga información acerca de ella. A medida que el niño desarrolla la capacidad de formar conceptos sociales puede también empatizar con las dificultades de todo un grupo. Este nivel empático puede proporcionar una base motivacional para el desarrollo de ciertas ideologías morales o políticas, especialmente en la adolescencia (32).

El nivel empático más maduro incluye un cierto distanciamiento, el sujeto en este caso responde no sólo a partir de la situación o estímulo concreto, sino teniendo en cuenta su conocimiento global del otro. Diferentes estudios se han dirigido a verificar empíricamente los cambios que se producen en el desarrollo de

la empatía durante la adolescencia, cambios que se orientan a un incremento de la capacidad de "toma de perspectiva" y "preocupación empática" y una disminución de "distrés personal" que constituye una respuesta más egoísta, es decir, más centrada en el malestar propio que en el del otro (Davis & Franzoi, 1991), (32).

Esta concepción evolutiva de la empatía podría ser tomada en cuenta para estudios posteriores en los que se podría determinar la necesidad de estudiar prospectivamente los niveles evolutivos de la empatía en los estudiantes de medicina durante su estancia en la universidad, también da lugar a hipótesis sobre posibles modificaciones cognitivo – afectivas que podrían darse a lugar durante la formación como médicos.

Perspectiva neurocientífica de la empatía o la fenomenología neurofisiológica: Últimos avances en la comprensión de la empatía

Antes de entrar al terreno de la concepción aplicativa de la empatía médica, de la que parte y se desarrolla esta investigación, se hará una breve y concisa reseña de los avances más actuales, en materia de la comprensión neurocientífica de la empatía, a través del descubrimiento de las Neuronas Espejo del cerebro, por el grupo de Parma en Italia, liderizado por: Giacomo Rizzolatti (33, 34). Quien en una ocasión comentó la relación entre que con los postulados de Marceau – Ponty tenían los trabajos desarrollados por su grupo, denominando a esta nueva ciencia como la fenomenología neurofisiológica.

Los experimentos llevados a cabo por el grupo se asientan, como ya se dijo, en la ciudad italiana de Parma. Básicamente, el equipo se concentra en el estudio de las neuronas de las zonas F4 y F5 de la corteza cerebral de los monos

Macaca nemestrina (33). En este sentido, los descubrimientos más importantes fueron los relativos a la existencia de un grupo de neuronas, aproximadamente el 20% del total estudiadas, que tenían un comportamiento particular. Este comportamiento particular consiste en la capacidad de imitar lo que el mono ve o escucha de otro sujeto simio o humano. Los experimentos se realizaron básicamente con la implantación de electrodos a nivel unicelular en el cerebro de los animales antes citados. Luego por extensión de resultados en humanos usando sólo en algunos casos especiales tal método (epilépticos) y en el resto resonancia magnética computarizada, fue posible demostrar que lo mismo ocurría también en humanos. Los estudios hoy día son concordantes con múltiples ensayos realizados por otros grupos de científicos de otras partes del mundo.

Perspectiva Médica: la empatía propiamente dicha

Si bien, en las secciones anteriores se ha descrito, el origen y la evolución de término de empatía, aún no se ha descrito desde el posicionamiento médico a los fines de aclarar su utilización inicial (en medicina) y, su evolución hasta alcanzar el significado actual.

Algunos autores mencionan a Carl Rogers como un autor relevante, cuando se refieren a la empatía en la medicina (2), sin embargo, los desarrollos teóricos y prácticos del autor se realizaron en su totalidad en el área de la psicología.

De forma independiente, Michael Balint, intento capacitar a los médicos para reconocer y comprender las dolencias de sus pacientes, no solo en función de las enfermedades, sino también en función de los conflictos y problemas

personales para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos. Pretendió diseñar un sistema que permitiese al médico ofrecer ayuda psicológica a sus pacientes sin interrumpir la rutina diaria de su práctica. Esta técnica, fue denominada flash o destello, la cual básicamente se correspondía con la búsqueda de sintonizar con su paciente para alcanzar un “destello de comprensión” del cuadro integral del enfermo sin menos cabo del diagnóstico y resolución de los problemas médicos del paciente. Estos trabajos aunque fuertemente relacionados con la empatía permanecieron inexplorados hasta la muerte de su autor en 1970 (2).

Es importante, entonces, reconocer el gran aporte de los desarrollos teóricos de la psicología, que han sido consecuentemente transferidos y adaptados a la medicina, los cuales han posibilitado los desarrollos teóricos y aplicativos generales que son usados hoy día en ambas áreas del conocimiento.

Concepción aplicativa de empatía médica

En general se han descrito, ya a este nivel, varias definiciones de empatía conforme se han ido desarrollando las ideas básicas sobre las diferentes concepciones del término.

En esta sección, antes de definir operacionalmente el término para esta investigación, se hará un breve corolario de los sentidos actuales de la empatía. En este particular, existen cuatro tendencias fundamentales que será importante mencionar. Para algunos autores (Hoffman) la empatía está ampliamente relacionada con la motivación de ayudar a otra persona para lo cual ocurre una integración del afecto, la cognición y tendencias comportamentales soportadas en

una matriz moral, por ello no es solo el procesamiento de la información que se tiene del otro (12).

En otra vertiente (Eisenberg), la empatía es entendida como una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que la otra persona está sintiendo. Por lo tanto, la respuesta empática influye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que observa, de la información verbal, o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y además la reacción afectiva de compartir el estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. La empatía así entendida desempeñaría un papel central en la disposición prosocial de las personas (12).

Desde una perspectiva multidimensional (Davis), define la empatía como una reacción a la experiencia observada en el otro. Los diferentes factores que intervienen en este constructo son la toma de perspectiva, tendencia a adoptar espontáneamente el punto de vista psicológico del otro, es decir, es decir, capacidad para ponerse en el lugar del otro, identificarse con él, la fantasía, tendencia del sujeto a introducirse imaginariamente en los sentimientos y acciones del otro, la preocupación empática, sentimiento de simpatía y preocupación orientados al otro que se encuentra en una situación negativa y el malestar personal, sentimiento de ansiedad personal orientados al yo que se producen en situaciones de tensión emocional (12).

Finalmente otros autores, (Kohn, Etxeberria, De la Caba, Hoffman y Eisenberg), concuerdan con que la empatía esta íntimamente relacionada a la mayoría de los principios morales como la benevolencia y justicia y que aparecen

en el origen de emociones como la compasión, indignación y sentimientos de culpa (12).

Las definiciones y referencias dadas con anterioridad sirven de introducción a lo que en esta investigación se asumirá como definición operacional de empatía. Al respecto es importante destacar que se asumen las propuestas del grupo de la Universidad de Jefferson, liderizado por Hojat. Las mismas se han elaborado a partir de la preocupación por el estudio y análisis de la empatía en los entornos de atención de pacientes por parte de personal medico. Derivando de esta teorización el instrumento que mide la variable a través de sus dimensiones constitutivas.

La empatía es definida operacionalmente como: la capacidad del estudiante de medicina, en situación de atención de pacientes, para establecer en una relación con el paciente, la toma de perspectiva en relación a lo que el paciente dice y siente, lo atiende con compasión y se ponga en su lugar. La toma de perspectiva desde esta concepción teórica estaría caracterizada por: comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, comprensión de los sentimientos de los familiares del paciente como medio para establecer buenas relaciones con el paciente, atender al paciente desde su perspectiva, tratar de pensar como su paciente, mantener un buen sentido del humor con el paciente, valorar el lenguaje verbal y no verbal del paciente, considerar la empatía como una habilidad médica y como una estrategia terapéutica en si misma (5).

En relación al cuidado con compasión, esta dimensión está relacionada con: poner atención a las experiencias personales de los pacientes como elementos

importantes en la efectividad del tratamiento, conocer lo que pasa en la vida de su paciente como medio para conocer su relación con dolencias físicas, comprender que el establecimiento de lazos afectivos con sus pacientes puede coadyuvar al tratamiento médico, entender que su formación como médico debe ser integral y de poner atención a los sentimientos de los pacientes durante la entrevista e historia clínica (5).

Finalmente en relación a la capacidad de ponerse en lugar del paciente, esta se relaciona con: comprender que las interrelaciones sentimentales del paciente con sus familiares son importantes en la clínica médica, ver las cosas desde la perspectiva del paciente y comprender que aunque sus pacientes sean distintos cada vez deben ser comprendidos aún cuando sean distintos a él (5).

Instrumento de medición de la Empatía Médica

Los instrumentos de medición de empatía médica fueron: la **Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión “S-R” para la lengua castellana**, diseñada para medir las actitudes de los estudiantes de medicina en empatía médica en situación de atención de pacientes (5) y la misma escala en su **versión HP-R**, diseñada para evaluar la empatía en médicos. Ambos instrumentos contienen 20 ítems en escala tipo Likert cada uno, con siete reactivos de respuesta (1=fuertemente en desacuerdo, 7=fuertemente de acuerdo).

Sensibilidad emocional

Antecedentes

Dentro del recuento histórico, refiere la bibliografía que, uno de los conceptos más antiguos es el de “temperamento”. Se creía que los elementos naturales eran las unidades radicales de la materia y la energía, y como portadoras de las cualidades fundamentales daban lugar a otras unidades en el organismo humano: los humores. (2)

Más tarde en la sobrevivencia de la crisis de la Edad Media los estudiosos árabes que reintrodujeron en Occidente el saber médico galénico, la concepción de los cuatro humores se ha convertido, con pocas modificaciones o añadidos como el de las dimensiones de extraversión-introversión, en la idea más persistente de la historia de la psicología de la personalidad (2).

Las dos dimensiones básicas de personalidad de Eysenck, Extraversión y Neuroticismo tienen su más antiguo antecedente en la teoría clásica de los cuatro humores: colérico (irritable), melancólico (depresivo), sanguíneo (optimista) y flemático (tranquilo), propuesta por los griegos Hipócrates y Galeno.

Autores como Eysenck, al que se le calificó de “teórico ecléctico” por conjugar la función del condicionamiento biológico, las tesis tradicionales sobre los rasgos, el método factorial y el análisis del aprendizaje a la vez. Mostró desde su perspectiva, la tendencia de la personalidad humana al mantener un nivel determinado (según cada individuo) de activación psicológica (aprendida) y orgánica (genética). Sus dimensiones están explicitadas en tres grandes factores, cada uno con su respectiva base biológica: a. Extraversión-Introversión: Equilibrio entre estados de excitación e inhibición cerebral (circuito de activación

retículo-cortical). b. Neuroticismo: Grado de reacción ante situaciones de emergencia (sistema simpático). c. Psicoticismo: Grado de expresión inadecuada de la emoción (sistema hormonal androgénico) (2).

El neuroticismo (N) es considerado como una dimensión de la sensibilidad del sistema límbico a los estímulos externos. Los individuos con alto puntaje en neuroticismo son más propensos de aquellos con más puntajes a experimentar activación autonómica, perturbación y agitación ante las experiencias estresantes (1).

Esta tipología temperamental que encuentra Eysenck sobre las ideas originarias de las principales nociones que conforman su modelo de personalidad refiere en primer lugar, porque la conducta se describe en términos de rasgos que caracterizan en grados diferentes a los sujetos. Segundo, porque esos rasgos se combinan y definen tipos, unidades más amplias. Y tercero, porque los tipos se fundamentan esencialmente sobre factores constitucionales (p. e., genéticos, neurológicos o bioquímicos) (3).

Otros autores, refieren que la activación emocional empática es uno de los factores que influyen en el tipo de respuesta que con mayor probabilidad dará el sujeto ante las reacciones emocionales de los demás. Se trata de un “factor afectivo” que interactuar con reguladores cognitivos y variables situacionales sociales. Admite el supuesto de que la “sensibilidad empática” realice o no acciones altruistas, depende de otros determinantes como los inductores sociales, las limitaciones que impone la situación, los costos potenciales, la disponibilidad de las habilidades y de recursos necesarios para ayudar al otro, la atribución de la

responsabilidad, las características de la víctima y su relación con el observador (6).

El enfoque multidimensional propuesto por Davis se orienta como el marco referencial mas apropiado para reflejar la nueva dimensión positiva de la sensibilidad emocional. En este sentido, Davis construyó el índice de reactividad interpersonal (IRI) el cual mide en cuatro diferentes dimensiones que representan las esferas cognitivas y emocionales de la empatía (1).

La sensibilidad emocional, es una evolución de los primeros intentos realizados con la finalidad de medir “emociones”.

Definición

Reconocer el hecho de la extraordinaria complejidad funcional y estructural del sistema nervioso, conlleva al entramado que lleva su estudio y el camino que todavía falta por reconocer. En la contextualización del término Sensibilidad Emocional, actualmente es concebido como una expresión de la reactividad emocional de los individuos, cuyo foco puede estar tanto en las emociones, como en las de otros (8). Esta nueva forma de definir la sensibilidad emocional permite, a diferencia de las anteriores, evaluar dominios de la emocionalidad más positivos y adaptativos (en relación con Eysenck) y también permite evitar la limitación de proveer pocos descriptores para todas las posible emociones exocéntricas de los individuos (en relación a Davis)

Tipos de sensibilidad emocional

Del proceso de construcción y validación original de la escala en lengua inglesa se derivaron dos dimensiones independientes de la sensibilidad: Sensibilidad Egocéntrica Negativa y Sensibilidad Interpersonal Positiva (19-).

Sensibilidad emocional negativa (SEN)

Se describe como la tendencia de los individuos a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, rabia, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes (19).

Sensibilidad interpersonal positiva (SIP)

La SIP, describe la tendencia a orientarse emocionalmente hacia los otros, mostrando gran habilidad para reconocer las emociones de otros y manifestar preocupación y compasión por aquellos que sufren o atraviesan circunstancias difíciles (20).

La escala originalmente desarrollada en inglés fue traducida, adaptada y validada para población hispana, específicamente utilizando una muestra de estudiantes venezolanos. El proceso de validación arrojó para los hispanos una tercera dimensión constitutiva, denominada Distanciamiento Emocional (DE) (20).

Distanciamiento emocional (DE)

El DE, describe una expresión diferente de sensibilidad, encontrada en los hispanos, la cual consiste en la tendencia de los individuos a alejarse y/o a evitar

las reacciones emocionales negativas de los otros, manteniendo distancia de aquellos que puedan estar atravesando circunstancias difíciles (20).

Instrumento de medición de sensibilidad emocional

El instrumento de medición de la Sensibilidad Emocional (SE), es la **Escala de Sensibilidad Emocional en su versión para la lengua Castellana**, diseñada para medir la responsividad emocional del sujeto en situaciones de interrelación con otros. El instrumento está conformado por 45 ítems, distribuidos en tres grupos: 22 para medir sensibilidad egocéntrica negativa, 10 para medir distanciamiento emocional y 13 para medir sensibilidad interpersonal positiva (8).

Características Psicosociodemográficas

Características psicológicas y demográficas

Las características psicodemográficas en esta investigación, responden a dos criterios básicos. El criterio psicológico obedece a dos características, una Auto o hetero experiencial vital y otra filantrópico, compasivo y prosocial. En tanto que el criterio demográfico observa un conjunto de dimensiones más o menos convencionales que perfilan o dibujan las características, particularidades o atributos del grupo como población humana. Ambos, eventualmente, pueden exhibir una relación típica con la(s) variable(s) en estudio.

Instrumento de medición de las Características psicológicas y demográficas

El instrumento para medir las características psicodemográficas es el **Cuestionario de Características Psicodemográficas**, diseñado por el

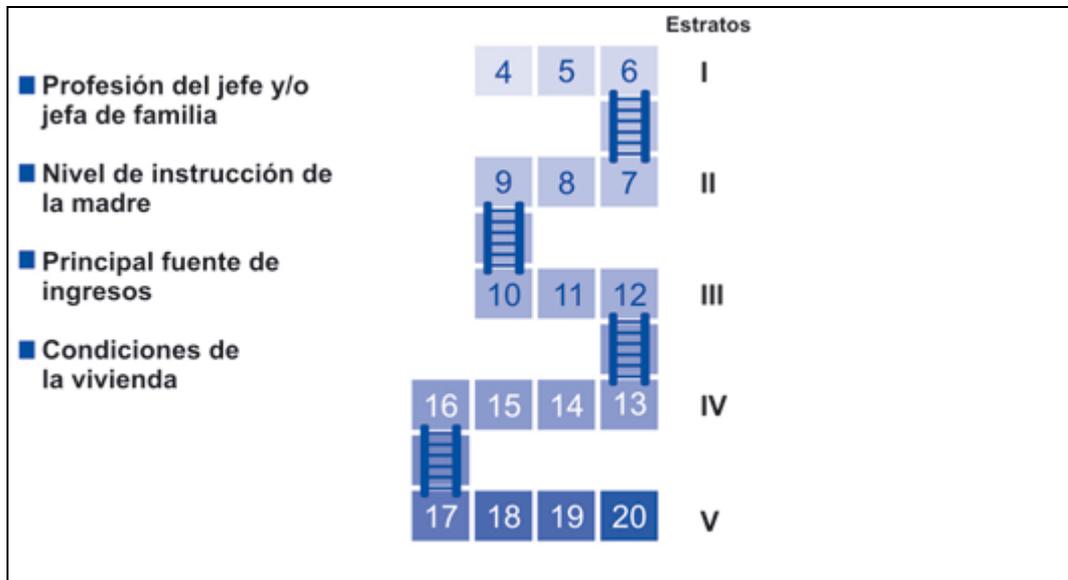
investigador para medir las variables psicodemográficas: Edad, sexo, estado civil, número de hijos, religión o espiritualidad, situación de escolaridad, experiencia personal o familiar con enfermedades graves, experiencia personal estética, experiencia personal política, otras experiencias de importancia para el estudiante, sirve de apoyo a su comunidad, realiza trabajos comunitarios en su área residencial, realiza trabajos comunitarios fuera de su área residencial y posición que ocupa como hijo. Las cuales se derivan de ciertos atributos que son propios de las personas altruistas, compasivas o prosociales (2, 6, 9, 12, 15 y 17).

Características Sociales

Las características sociales en el estudio, se valoraran a través del estrato social, el cual se medirá a través del Método de Graffar modificado por Méndez Castellano. Concretamente se considerarán cuatro dimensiones (Cuadro N°: 01): la profesión del jefe de la familia, los niveles de instrucción del padre y la madre, la fuente de ingreso y las condiciones de alojamiento (35).

Al estratificar la población, identifica grupos humanos en condiciones de vida adecuadas o en situación de riesgo; lo cual permitirá a su vez poder relacionar esta situación con las variables de empatía médica y sensibilidad emocional, para conocer el tipo de relación, en caso de encontrarse, que existe entre ellas (35).

Cuadro N° 01: Método Graffar Méndez Castellano.



Fuente: FUNDACREDESA, 2007

Instrumento de medición de las características sociales

El instrumento de evaluación para las características sociales se deriva del **Método de Graffar Méndez Castellano modificado para Venezuela**, la cual es una subescala (subescala de estrato social) diseñada para medir estrato socioeconómico en la población venezolana. Consta de cuatro dimensiones, que miden: 1. Profesión del jefe de la familia, 2. Niveles de instrucción del padre y la madre, 3. Fuente de ingreso y 4. Condiciones de alojamiento.

Constitución del Método de Graffar – Méndez Castellano, subescala estrato social

Profesión del jefe de la familia:

- 1.- profesión universitaria, alto comerciante con posiciones generales, oficiales de las fan.
- 2.- profesión técnica o medianos comerciantes o productores.
- 3.- empleados sin profesión universitaria, o técnica media, pequeños comerciantes o productores propietarios.
- 4.- obreros especializados (tractoristas, chóferes, albañiles).
- 5.- obreros no especializados, buhoneros, jornaleros, pisatario, barrendero, servicio domestico.

Nivel de instrucción de la madre

- 1.- enseñanza universitaria o su equivalente
- 2.- enseñanza secundaria completa o técnica superior.
- 3.- enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior.
- 4.- enseñanza primaria o analfabeta.
- 5.- analfabeta.

Principal fuente de ingreso de la familia

- 1.- fortuna heredada o adquirida
- 2.- ganancias, beneficios honorarios profesionales.
- 3.- sueldo mensual.
- 4.- salario semanal por día o por tarea a destajo.
- 5.- donaciones de origen público o privado

Condiciones de la vivienda

- 1.- vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo.
- 2.- vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin lujo pero espaciosa.
- 3.- vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacio reducido.
- 4.- vivienda con ambiente espacioso o reducido con deficiencia de algunas condiciones sanitarias.
- 5.- rancho o vivienda con una habitación y condiciones sanitarias inadecuadas.

El puntaje obtenido por la suma de los ítems se interpreta así:

| PUNTAJE | ESTRATO |
|----------------|---------|
| 4, 5, 6 | I |
| 7, 8, 9 | II |
| 10, 11, 12 | III |
| 13, 14, 15, 16 | IV |
| 17, 18, 19, 20 | V* |

(*) El estrato más alto corresponde con un nivel socioeconómico muy pobre.

Bases legales

Las bases legales sobre las que se basa la planificación, desarrollo y ejecución de la investigación se ven representadas en: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) (36), Ley Orgánica de Salud (37), Ley del Ejercicio de la Medicina (38) y Código de Deontología Médica (39).

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

La Constitución prevé en su artículo N° 83, lo siguiente:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (36).

El artículo anterior establece como una prioridad del Estado la elevación de la calidad de vida, la Universidad como ente Estatal autónomo tiene corresponsabilidad en este aspecto. Por medio de la investigación, entre otras funciones la Universidad da respuesta parcial a este mandamiento. En ese sentido la investigación concuerda con ese propósito, de manera especial en la formación de recursos humanos integrales y probos prestadores de salud, de manera que cualquier esfuerzo encaminado en este sentido se hace pertinente.

Ley Orgánica de Salud (1998)

Así mismo la ley de Orgánica de Salud en su artículo N° 69, señala que:

Artículo 69. Los pacientes tendrán los siguientes derechos: El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos. Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia. Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento. Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir (37)

Ley del Ejercicio de la Medicina (1982)

La Ley del Ejercicio de la Medicina en los siguientes artículos plantea:

Artículo N° 24. La conducta del médico se regirá siempre por normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico; por tanto, asistirá a sus pacientes atendiendo sólo a las exigencias de su salud, cualesquiera que sean las ideas religiosas o políticas y la situación social y económica de ellos.

Artículo N° 102. Los médicos de instituciones dedicadas al servicio de la Medicina Institucional deberán ejecutar su trabajo profesional de acuerdo con las normas y condiciones que rigen la realización del acto médico, basado en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación médico-paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional (38).

Código de Deontología Médica (1985)

El código de Deontología Médica en los aspectos preambulares de la Declaración de Principios y Juramento dice:

El respeto a la dignidad de la persona humana constituye en todo momento deber primordial del médico.

Desempeñaré mi profesión con esmero y dignidad, velando con el máximo respeto por la vida de más semejantes y aún bajo amenaza no empleare más conocimientos para contravenir las leyes de la humanidad.

No permitiré que la satisfacción intelectual derivada de mi capacidad para identificar y tratar las enfermedades y de contribuir al progreso de la ciencia médica me haga olvidar los principios humanitarios que rigen nuestra profesión y la consideración prioritaria del paciente como persona (39).

Y en su artículo N^o 3 señala que:

Artículo N^o 3. En el ejercicio de sus obligaciones profesionales, el médico no hará distinción por razones de religión, nacionalidad o raza, ni por adhesión a partido o posición social (39).

En el caso de la Ley del Ejercicio de la Medicina y del Código de Deontología Médica, ambos documentos, en los artículos y aspectos reseñados, observan la integridad, el respeto, la no discriminación y los principios humanitarios como claves de quehacer médico, lo que está en concordancia con la base filosófica de esta investigación, cual es: el humanismo y sus formas aplicativas de atención al paciente.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

**“Buscando el bien de nuestros semejantes encontramos el nuestro”
Platón**

Sistema de Variables

El sistema de variables quedó constituido de la siguiente manera:

1. Empatía Médica
2. Sensibilidad Emocional
3. Características Psicosociodemográficas

De estas variables se ofrece una descripción analítica detallada a continuación:

Cuadro N° 02: Operacionalización de las Variables

| Objetivos | Variable Nominal | Variable Conceptual | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Instrumentos |
|---|-------------------------|--|---------------------|---|--------------|---|
| Determinar la empatía médica en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua. | Empatía Médica | Es la capacidad que tiene el estudiante de medicina en situación de atención de pacientes de ser empático con sus pacientes. | Toma de perspectiva | • Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos | 2 | Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión "S" en su versión para la lengua castellana |
| | | | | • Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente | 4 | |
| | | | | • Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico | 5 | |
| | | | | • Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando lo estoy atendiendo | 9 | |
| | | | | • Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por si misma | 10 | |
| | | | | • Trato de entender que esta pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal | 13 | |
| | | | | • La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada | 15 | |
| | | | | • Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias | 16 | |
| | | | | • Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado | 17 | |
| | | | | • Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico | 20 | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cont...

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|-------------------------------------|--|
| | | | Atención con compasión | <ul style="list-style-type: none"> ● La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la afectividad del tratamiento ● Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico ● Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto ● Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas ● Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica ● No disfruto leer literatura no médica o arte | 8 1 11 12 14 19 3 | |
| | | | Habilidad para “ponerse en los zapatos de otro” | <ul style="list-style-type: none"> ● Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes ● La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente ● No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias | 6 18 | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cont...

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|--|--|----|---|
| <p>Describir la sensibilidad emocional en estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua.</p> | <p>Sensibilidad Emocional</p> | <p>Es la respuesta afectiva del estudiante de medicina en su relación con el paciente</p> | <p>Sensibilidad egocéntrica Negativa</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia siento desespero cuando enfrento situaciones difíciles | 23 | <p>Escala de Sensibilidad Emocional en su versión para la lengua Castellana</p> |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Me siento fácilmente frustrado(a) | 20 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Yo me cuestiono mucho a mí mismo(a) | 45 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia me pongo bravo(a) conmigo mismo(a) | 6 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Me siento realmente molesto si la gente no capta como me siento | 38 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia parece que mis preocupaciones son más grandes que las de cualquier otra persona | 4 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia pequeñas cosas bastan para ponerme de mal humo | 21 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Cuando un proyecto en el que estoy trabajando arranca mal, con frecuencia lo veo como un mal presagio para el resto del proyecto | 25 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Me resulta difícil ayudar a gente que está enfrentando situaciones estresantes, porque yo me estreso fácilmente también | 13 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Cuando me siento triste y abatido(a), lo peor que puede pasarme es oír gente riéndose y divirtiéndose | 27 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia tengo la sensación de que quiero abandonarlo todo | 1 | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • A veces siento que nadie se preocupa por mí | 22 | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia me imagino el peor escenario posible para cualquier cosa que estoy por comenzar | 40 | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Yo puedo controlar mis nervios fácilmente | 41 | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Me enfurezco cuando las cosas no funcionan | 41 | | | | | |
| | | | | | 9 | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cont...

| | | | | | |
|--|--|--|---------------------------|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios repentinos en mi vida con frecuencia me dejan absolutamente consternado(a) 2 • La peor cosa que podría pasarme es sentirme como un(a) tonto(a) 34 • Cuando empiezo a hablar con mis amigos acerca de sus problemas, inmediatamente comienzo a pensar en los míos propios 18 • Con frecuencia me siento responsable por la forma como otros se están sintiendo 14 • Yo me pongo fácilmente ansioso(a) y estresado(a) cuando veo a algún familiar o amigo cercano enfrentando un problema, y desearía no estar allí 10 • Yo me preocupo constantemente de cometer errores en mi trabajo 16 • Yo me molesto mucho cuando mis amigos no se presentan, tal como estaba planeado 17 | |
| | | | Distanciamiento Emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Yo pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros 43 • Me gusta mantenerme alejado(a) de las reacciones emocionales de los otros 44 • Yo trato de mantenerme alejado(a) de las situaciones difíciles de otra gente, para no involucrarme 29 • Con frecuencia pienso que mostrar mucha preocupación y lástima por otros puede resultar en involucrarme en cosas que no quiero 33 | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cont...

| | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|---|----|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Cuando estoy tratando de ayudar a otras personas, empiezo a preocuparme de que eso me vaya a llevar mucho tiempo 28 • Yo trato de no involucrarme con la gente que está pasando por situaciones difíciles 12 • Me resulta fácil reconocer y entender los sentimientos de otro, pero no involucrarme con ellos 36 • Cada vez que estoy ayudando a otra gente a enfrentar sus problemas, me preocupo si me estaré involucrando demasiado 30 • Yo pienso que uno sólo puede ayudar realmente a alguien, si no se involucra emocionalmente 42 • Cada vez que veo a alguien cercano a mí teniendo algún problema, la primera cosa que viene a mi mente es lo afortunado(a) que soy de no estar en esa situación 8 | |
| | | | Sensibilidad interpersonal positiva | <ul style="list-style-type: none"> • Me resulta fácil reconocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mí alrededor, incluso aunque traten de esconderlos 15 • Me siento molesto(a) cuando otra gente está pasando por momentos difíciles • Me resulta fácil entender los sentimientos de otras personas 37 • Cada vez que veo a alguien en problemas, siento que es mi responsabilidad ayudar y dar apoyo 7 | |
| | | | | | 35 |

Fuente: Sánchez, 2009

Cont...

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Me siento molesto(a) cuando me doy cuenta que no puedo hacer nada para ayudar a otra gente que está teniendo problemas | 19 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Yo me siento más preocupado(a) que mucha gente por las personas injustamente tratadas | 31 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Es algo difícil para mí conocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mi alrededor | 39 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia pienso en las maneras de ayudar a la gente en dificultad | 3 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Yo trataría de ayudar a alguien llorando en la calle | 24 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Yo no trato de averiguar como la gente a mi alrededor se siente | 32 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Es fácil para mí entender los sentimientos de otros cuando ellos están estresados | 11 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Yo estoy dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que yo pudiera hacer | 5 | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia me siento más preocupado(a) por los sentimientos y preocupaciones de otros, que por los míos propios | 26 | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cont...

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------|---|--|---------------------------------|--|---|
| Caracterizar psicosociodemo gráficamente a los estudiantes de la Carrera de Medicina, en situación de atención de pacientes, de la Universidad de Carabobo- Sede Aragua | Características Psicosociodemo gráficas | Socioeconómicas | Profesión del jefe de la familia | <ul style="list-style-type: none"> • Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones generales, oficiales de las fan • Profesión técnica o medianos comerciantes o productores • Empleados sin profesión universitaria, o técnica media, pequeños comerciantes o productores propietarios • Obreros especializados (tractoristas, chóferes, albañiles) • Obreros no especializados, buhoneros, jornaleros, pisatario, barrendero, servicio domestico | 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 | Cuestionario de Características Psico demográficas | |
| | | | Niveles de instrucción del padre y la madre | <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza universitaria o su equivalente • Enseñanza secundaria completa o técnica superior • Enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior • Enseñanza primaria o analfabeta. • Analfabeta | 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 | | Método de Graffar Méndez Castellano modificado para Venezuela |
| | | | Fuente de ingreso | <ul style="list-style-type: none"> • Fortuna heredada o adquirida • Ganancias, beneficios honorarios profesionales • Sueldo mensual • Salario semanal por día o por tarea a destajo • Donaciones de origen público o privado | 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cont...

| | | | | | | |
|--|--|-------------------|----------------------------|---|---|---|
| | | | Condiciones de alojamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo • Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin lujo pero espaciosa • Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacio reducido • Vivienda con ambiente espacioso o reducido con deficiencia de algunas condiciones sanitarias • Rancho o vivienda con una habitación y condiciones sanitarias inadecuadas | 4.1 4.2 4.3 4.4 4.5 | |
| | | Psicodemográficas | Demográficas | <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Número de hijos • Religión • Situación de escolaridad | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 | Cuestionario de Características Psicodemográficas |
| | | | Psicológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia personal propia con enfermedad grave • Experiencia de un familiar con enfermedad grave • Experiencia personal artística • Experiencia personal política • Otras experiencias de importancia para el estudiante • Sirve de apoyo a su comunidad • Realiza trabajos comunitarios en su área residencial • Realiza trabajos comunitarios fuera de su área residencial • Posición que ocupa como hijo | 12 13 14 15 | |

Fuente: Sánchez, 2009

Diseño y tipo de investigación

El presente trabajo de investigación está enmarcado en un diseño no experimental, de campo y transversal y, esta basado en una investigación de tipo documental, descriptiva y correlacional (40, 41 y 42).

En relación al diseño, el no experimental “Es aquel en el cual no se manipula ninguna variable del estudio” (42). Específicamente en el trabajo que se realizará no se manipularán las variables: Empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas.

En lo atinente a la investigación de campo, ésta “... trata de realizar un estudio a un grupo determinado de personas para conocer su estructura,...siendo su principal característica en que se realiza en el medio natural que rodea a dichos individuos” (32). En este sentido, el presente trabajo realizará la determinación de la Empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas en estudiantes de medicina en situación de atención de pacientes y médicos docentes a través de la recolección de datos primarios por medio de escalas y métodos, por variables y dimensiones, en los lugares de desempeño regulares de los estudiantes y de los médicos.

En lo relativo al diseño transversal este “Es aquel en el cual los datos son tomados solo una vez” (42). Por ello, se prevé que para el estudio solo será necesario aplicar la batería de escalas y método seleccionados solo en una oportunidad.

Respecto de la investigación documental que se define como aquella a través de la “cual se recolectan los datos a través de documentos: libros, revistas, documentos en línea, entre otros” (36), se utilizó para abordar teórica y

conceptualmente al fenómeno en estudio, lo cual ha permitirá crear un marco teórico referencial que soporta el trabajo y el desarrollo del mismo.

En cuanto al tipo de investigación descriptiva es "...aquella que pretende describir las características más importantes de un fenómeno en cuestión, en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo, es decir, el investigador solo pretende describir el fenómeno como se presenta en la realidad (43). Por tal razón, el presente estudio analizará descriptivamente las características de empatía médica, sensibilidad emocional y psicosociodemográficas de la población en estudio.

En lo tocante a la investigación correlacional, es aquella que intenta establecer relaciones entre variables distintas que componen a un mismo objeto de investigación (42). Es decir, busca establecer los efectos que una determinada variable tiene sobre la otra. En este caso, se pretenderá establecer las relaciones estadísticas correspondientes entre las variables en cuestión: Empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas en estudiantes y médicos, tal y como se describió en los objetivos de la investigación.

Población y muestra

Población

La población es "la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación" (44)

En el caso de esta investigación la población estuvo constituida por un total de 435 alumnos en situación de atención de pacientes, correspondientes al cuarto (154), quinto (150) y sexto (131) año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, sede Aragua.

En relación a los médicos especialistas docentes la población estuvo constituida por 104 docentes de los Departamentos de medicina interna (39), cirugía (25), puericultura y pediatría (16), ginecología y obstetricia (15) y salud mental (09).

Muestra

La muestra “es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se habrán de recolectar datos y que se define o delimita de antemano con precisión y tiene que ser representativo de esta” (45). En lo que respecta a este estudio la muestra quedó representada por 110 alumnos del cuarto, 112 alumnos del quinto y 84 alumnos del sexto año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, sede Aragua. Quedando porcentualmente distribuidos así: 35,95% de alumnos del cuarto, 36,60% de alumnos del quinto y 27,45% de alumnos del sexto año. Siendo la muestra total neta igual a: 306 alumnos y la tasa de respuesta del: 70,34%.

En relación a los médicos especialistas docentes (MED), la muestra quedó constituida por: 25 MED de Medicina Interna, 16 MED de Cirugía, 13 MED de Puericultura y Pediatría, 12 MED de Ginecología y Obstetricia y 6 MED del área de salud Mental. Siendo la distribución porcentual igual a: 34,72% MED de Medicina Interna, 22,22% MED de Cirugía, 18,06% MED de Puericultura y

Pediatría, 16,67% MED de Ginecología y Obstetricia y 8,33% MED del área de Salud Mental. La participación neta de MED igual a 72 sujetos y la tasa de respuesta del 69,23%.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

En relación a la técnica, se utilizó la encuesta, la cual se define como aquella en la que la información debe ser obtenida a través de preguntas a otras personas, sin establecer un dialogo con el encuestado (45).

Instrumentos

En este estudio se utilizaron cuatro instrumentos, los cuales se describen a continuación en relación a la variable o dimensión que midieron:

Para la variable Empatía médica en estudiantes, se usó la **“Escala Jefferson de Empatía Médica en su versión “S-M” para la lengua castellana”**, y para valorar la empatía en los médicos docentes se usó la misma escala, pero en su versión **“HP-M”**, ambas diseñadas para medir las actitudes de los estudiantes de medicina en empatía médica en situación de atención de pacientes (5) y de médicos, correspondientemente. Los instrumentos contienen 20 ítems en escala tipo Likert, con siete reactivos de respuesta (1=totalmente en desacuerdo, 7=totalmente de acuerdo) (anexo 1).

Para la variable sensibilidad emocional se utilizó para sus tres dimensiones: sensibilidad egocéntrica negativa, sensibilidad interpersonal positiva y distanciamiento emocional la **“Escala de Sensibilidad Emocional en su**

versión para la lengua Castellana”, diseñada para medir la responsividad emocional del sujeto en situaciones de interrelación con otros. El instrumento está conformado por 45 ítems, distribuidos en tres grupos: 22 para medir sensibilidad egocéntrica negativa, 10 para medir distanciamiento emocional y 13 para medir sensibilidad interpersonal positiva (8) (anexo 2).

Para la variable características psicosociodemográficas, fue necesario utilizar dos instrumentos. Para la dimensión de características socioeconómicas se aplicó el **“Método de Graffar Méndez Castellano modificado para Venezuela”**, diseñado para medir estrato socioeconómico en la población venezolana. Consta de cuatro partes o sub-escalas, que miden: 1. Profesión del jefe de la familia, 2. Niveles de instrucción del padre y la madre, 3. Fuente de ingreso y 4. Condiciones de alojamiento. (35) (anexo 3)

Finalmente para la valoración de la dimensión características psicodemográficas de se empleó el **“Cuestionario de Características Psicodemográficas”**, en dos versiones **“E” (estudiantes)** y **“M” (médicos)**, diseñado por el investigador, para medir las variables psicodemográficas: Edad, sexo, estado civil, número de hijos, religión o espiritualidad, situación de escolaridad, experiencia personal o familiar con enfermedades graves, experiencia personal estética, experiencia personal política, otras experiencias de importancia para el estudiante, posición que ocupa como hijo (anexo 4) en el estudiante y en médicos se agregan años de graduados como médicos y especialistas, años de labor docente, excluyéndose la situación de escolaridad.

Validez y confiabilidad

Validez

La validez indica si “la muestra de preguntas que conforman el instrumento es representativa del tema investigado, si están relacionadas con las variables del estudio y si las mismas efectivamente miden lo que se pretende medir” (43, 46).

En el caso específico del presente estudio no fue necesario determinar la validez de los instrumentos: **“Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión “S” en su versión para la lengua castellana”**, **“Escala de Sensibilidad Emocional en su versión para la lengua Castellana”**, la literatura consultada, ofrece evidencia de que los instrumentos son válidos en poblaciones de hispanoparlantes (5y8).

Con respecto al Método Graffar-Méndez-Castellano, el mismo fue validado durante el curso de la investigación nacional de crecimiento y desarrollo y ha sido usado en el estudio de condiciones de vida de la población venezolana, realizado anualmente, en forma continua e ininterrumpida desde 1989 a la fecha (29).

En relación al instrumento para medir las características psicodemográficas, denominado **“Cuestionario de Características Psicodemográficas”**, desarrollado por el autor, el mismo fue sometido solo a una prueba de validación, pues al estar conformado de manera estructurado con preguntas abiertas y cerradas no permite el calculo de la confiabilidad. La validación del instrumento se realizó a través de la prueba de expertos, para la cual fue necesaria la participación de tres psiquiatras del Departamento de Salud

Mental de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud – Sede Aragua, las cuales analizaron el instrumento sin haber sugerido modificaciones de fondo.

Confiabilidad

La confiabilidad puede ser definida como el grado en que se logra medir lo que se pretende medir (41). Para su cálculo se usan diferentes coeficientes que derivan de diferentes métodos. En este caso se utilizaron los métodos de consistencia interna, los cuales se basan en obtener coeficientes de consistencia de los datos recogidos en los diferentes tests rellenos. Los más empleados son los coeficientes de alfa de Cronbach, aplicable a escalas de varios valores posibles, utilizado en esta investigación para calcular la confiabilidad la **“Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión “S” en su versión para la lengua castellana”**, y el coeficiente de Kuder-Richardson que se usa para tests con ítems dicotómicos, utilizado en este estudio para calcular la confiabilidad de la **“Escala de Sensibilidad Emocional en su versión para la lengua Castellana”** (47).

Los valores de confiabilidad fueron, para la **“Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión “S” en su versión para la lengua castellana”**, igual a: 0,74 y para la **“Escala de Sensibilidad Emocional en su versión para la lengua Castellana”**, igual a: 0,85.

Técnicas de análisis de datos

Una vez definidos la técnica, los instrumentos y métodos a emplear para valorar las variables, se procedió a aplicar las escalas y método a los alumnos en situación de atención de pacientes (4to, 5to y 6to año), haciendo previamente la

detección de sus horarios de clases. Se logró la participación del 70,34%, como ya se mencionó, de los estudiantes distribuidos en tres estratos según los tres últimos años de la carrera, como ya se mencionó. Los estudiantes fueron encuestados en el Campus de la Morita de la Universidad, en el HCM y en el Hospital José Ma. Benítez de La Victoria y en los Ambulatorios de Cagua y Turmero. En cuanto al tratamiento estadístico de los datos se utilizaron índices e indicadores derivados de la estadística **descriptiva**: a. análisis de frecuencias simples y porcentuales, b. medidas de tendencia central: media aritmética, c. medidas de variabilidad: desviación estándar. En relación a los índices e indicadores derivados de la estadística inferencial se utilizaron: a. El nivel de significancia se ubicó en un 0,05 y 0,01 para el análisis de varianzas, b. Se establecieron las diferencias significativas entre las varianzas de empatía médica (A) (y sus dimensiones constitutivas) y sensibilidad emocional (B) (y sus dimensiones constitutivas), con los factores de las características sociodemográficas, por medio de un análisis multivariante (ANAVA), c. En el caso de ser necesaria la comparación entre grupos para verificar correlaciones intergrupos, se recurrió al HSD de Tukey y d. Se estableció la correlación entre las variables A y B, por medio del Coeficiente de Pearson (a través de sus factores constitutivos).

El paquete estadístico que se utilizó fue el: SPSS (2002). Statistical Package for the Social Sciences. Programa de computación. Disponible: SPSS; Inc.

Procedimiento

La investigación se desarrolló llevando a cabo un conjunto de fases, las cuales se describen a continuación:

Fase I: Teórica

1. Arqueo bibliográfico
2. Delimitación teórica de las variables: empatía médica en estudiantes de medicina, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas
3. Diseño de la operacionalización de las variables.

Fase II: Metodológica

4. Diseño de los objetivos
5. Determinación del diseño y tipo investigación
6. Delimitación de la población y la muestra
7. Selección de técnicas, instrumentos y métodos de investigación.

Fase III: Procedimental

8. Aplicación de los instrumentos, recolección de datos y obtención de resultados
9. Tabulación de los datos
10. Tratamiento estadístico de los datos.

Fase IV: Conclusiva

11. Redacción de resultados, análisis e interpretación de los mismos
12. Establecimiento de las conclusiones y recomendaciones
13. Presentación del informe final.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

“Preguntémonos, cuando nos cueste trabajo dejarnos conmover, cuán poco felices seríamos si los demás fueran inexorables hacia nosotros”

Séneca

En este Capítulo de la investigación se procederá a mostrar los resultados obtenidos de la implementación de los instrumentos de recolección de datos. La información es presentada en dos secciones básicas. La primera Sección comprende el análisis descriptivo de las variables, utilizando: frecuencias simples, frecuencias porcentuales, medias y desviaciones típicas, para lo cual se exhiben los datos en cuadros (matrices de doble entrada), gráficos, análisis e interpretaciones correspondientes, esta se organiza en tres Partes íntimamente relacionadas con las variables del estudio: Parte I: Características psicosociodemográficas, Parte II: Empatía médica y Parte III: Sensibilidad emocional.

La segunda Sección se corresponde con el análisis multivariante ANOVA / ANAVA, llevado a cabo a través de el análisis de las diferencias entre las varianzas de los factores y la dimensión o variable dependiente, comparaciones múltiples con HSD de Tukey, entre los factores, para lo cual se presentan los datos en cuadros, análisis e interpretaciones respectivos. Esta Sección se organiza, en cuatro segmentos: Parte I: Diferencias entre las varianzas de los factores: características psicosociodemográficas y las dimensiones o variable dependiente: empatía médica; Parte II: Diferencias entre las varianzas de los factores: características psicosociodemográficas y las dimensiones o variable dependiente:

sensibilidad emocional; Parte III: Correlación entre empatía médica y sensibilidad emocional. Cabe destacar que en la mencionada segunda sección sólo se presentarán los cuadros que reflejen diferencias significativas entre los factores de una dimensión o variable dependiente determinada; y la Parte IV: Diferencias de las varianzas entre las variables empatía y sensibilidad emocional entre grupos.

Finalmente se hace una discusión de los resultados obtenidos.

SECCIÓN I: Análisis descriptivo de las variables

En esta sección se hace un análisis descriptivo de las características que conforman las variables: Características psicosociodemográficas, Empatía médica y Sensibilidad Emocional, a través de sus dimensiones constitutivas; de forma comparativa entre estudiantes y médicos especialistas docentes. Esta Sección está compuesta por tres Partes correspondientes a las variables anteriormente descritas.

PARTE I: Características psicosociodemográficas

En este aparte se presenta un perfil demográfico, psicológico y socioeconómico de los estudiantes y médicos especialistas docentes del estudio.

En relación a los elementos demográficos, se consideraron algunos específicos: año de la carrera, para los estudiantes y años de graduado como médico y especialista, y años de laborando como docente, para los médicos. Los demás elementos demográficos son generales para la caracterización demográfica de poblaciones en investigaciones de salud como: edad, sexo, entre otros.

En el caso de los componentes psicológicos, se estudiaron aquellos que se suponían podían marcar una diferencia en la empatía médica y la sensibilidad emocional de los participantes de la investigación. Tales componentes psicológicos, en su gran mayoría, están considerados en la teoría o estudiados empíricamente por otros autores. Este es el caso de experiencia personal propia o referida a un familiar; prestación de servicios a la comunidad o ayudas a la comunidad (altruismo). Se introdujeron, como nuevas, en este estudio las experiencias: artística, política y otras referidas como importantes por los alumnos

y médicos especialistas docentes. Así como también la posición como hijos en sus grupos familiares.

Finalmente, en el caso de las características socioeconómicas, el estudio se limitó al estrato social del método de Graffar Méndez Castellano para Venezuela.

Dimensión: Características demográficas

Cuadro N° 03. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el año de la carrera (sólo para estudiantes).

| Año | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| Cuarto | 110 | 35.9 |
| Quinto | 112 | 36.6 |
| Sexto | 84 | 27.5 |
| Total | 306 | 100.0 |

Fuente: Sánchez, 2009

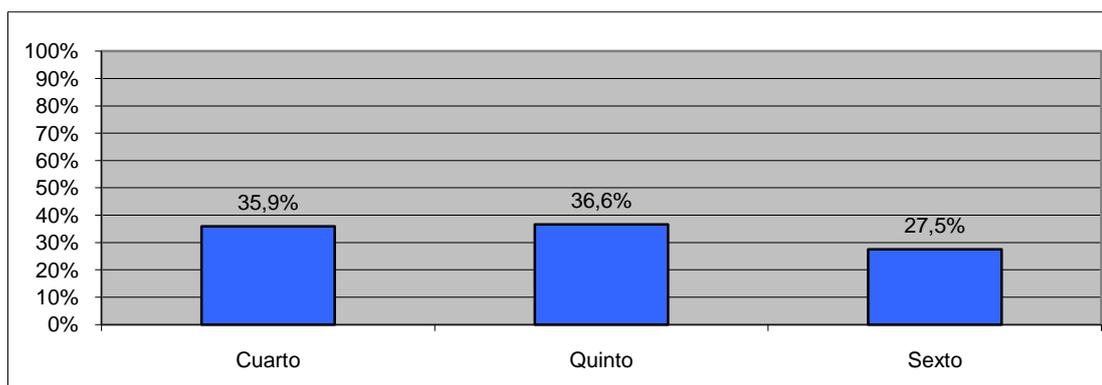


Gráfico N° 01. Distribución de frecuencias porcentuales, según el año de la carrera.

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que la distribución por **año de estudio** es prácticamente proporcional, es decir, los alumnos del cuarto, quinto y sexto año de la carrera de medicina se distribuye casi proporcionalmente, 35,9% y 36,6% respectivamente, en tanto que la matrícula desciende levemente en el sexto año: 27,5%. Esto último en parte ocurre por que durante le año lectivo correspondiente se gradúan algunos alumnos que tenían pendientes sólo alguna materia, en este año fueron a la fecha: 23 egresos antes de culminar el año lectivo (48).

Cuadro N° 04. Distribución de frecuencias simples y porcentajes ponderados, según la especialidad del médico docente.

| Especialidad del Médico docente | Frecuencia | Porcentajes ponderados |
|---------------------------------|------------|------------------------|
| Medicina Interna | 25 | 64,1 |
| Cirugía | 16 | 64 |
| Puericultura y Pediatría | 13 | 81,2 |
| Ginecología y Obstetricia | 12 | 80 |
| Salud Mental | 6 | 66,6 |
| Total | 72 | X%=71,18 |

Fuente: Sánchez, 2009

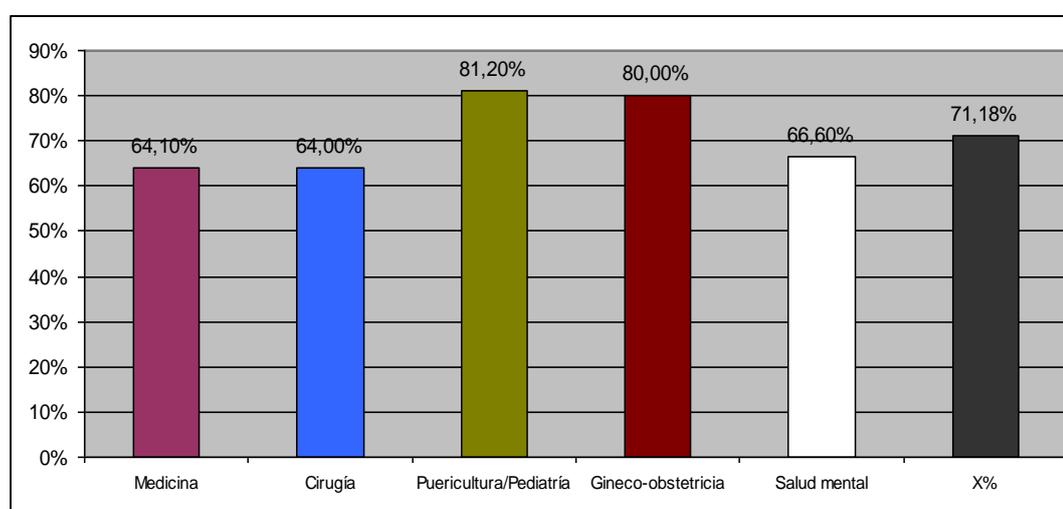


Gráfico N° 02. Distribución de frecuencias porcentuales, según la especialidad del médico docente.

En el cuadro y gráfico anteriores, se puede apreciar la distribución de las frecuencias netas de los estratos de médicos especialistas docentes según su especialidad, siendo las especialidades de Medicina interna y Cirugía las que concentran mayor número de docentes, lo que se relaciona con la carga crediticia de la carrera, que es mayor en estas áreas. Además, la distribución porcentual ponderada de los mismos, que ronda entre el 60% y 80% de la población total. Viéndose que la tasa de respuesta fue del 71, 18%.

Cuadro N° 05. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el rango de edad (estudiantes).

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| 19-20-21 | 139 | 45,4 |
| 22-23-24 | 136 | 44,4 |
| 25-26-27 | 18 | 5,9 |
| 28 y más | 13 | 4,2 |
| Total | 306 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

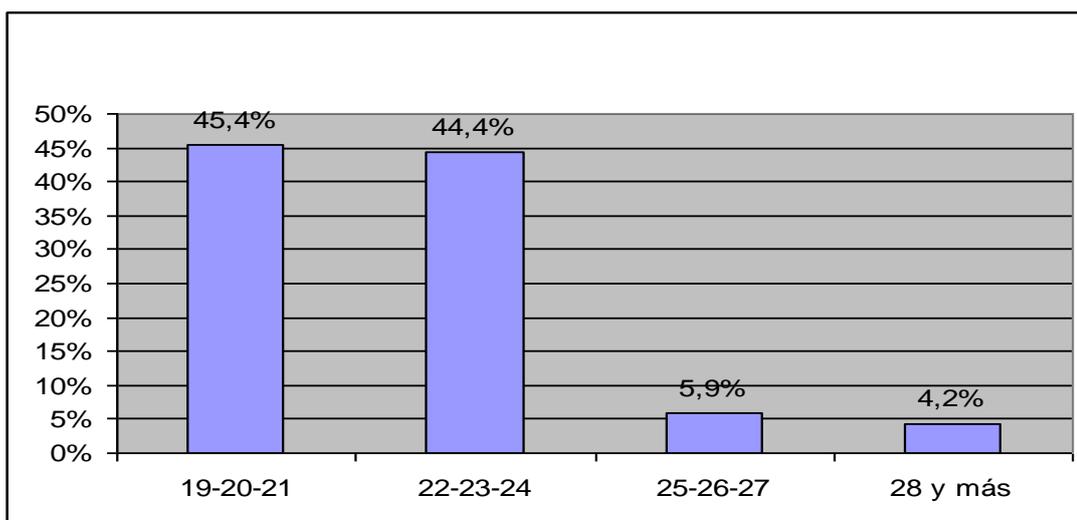


Gráfico N° 03. Distribución de frecuencias porcentuales, según el rango de edad (estudiantes).

En el cuadro y gráfico anteriores, se ve que la distribución por **rango de edad** es prácticamente proporcional, entre los 19-21 y 22-24 años respectivamente, que son los rangos que concentran la mayoría de la población estudiantil del cuarto, quinto y sexto año de la carrera de medicina: 89,8%, en tanto que el rango de 25-27 reúne el 5,95 de los estudiantes. Siendo que los alumnos mayores de 28 años solo representan el 4,2% de los sujetos.

Cuadro N° 06. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el rango de edad (docentes).

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| 34-35-36 | 3 | 4,2 |
| 37-38-39 | 4 | 5,5 |
| 40-41-42 | 10 | 13,8 |
| 43-44-45 | 10 | 13,8 |
| 46-47-48 | 10 | 13,8 |
| 49-50-51 | 7 | 9,7 |
| 52-53-54 | 10 | 13,8 |
| 55-56-57 | 10 | 13,8 |
| 58-59-60 | 2 | 2,7 |
| 61-62-63 | 4 | 5,5 |
| 64-65-66 | 3 | 4,2 |
| Total | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

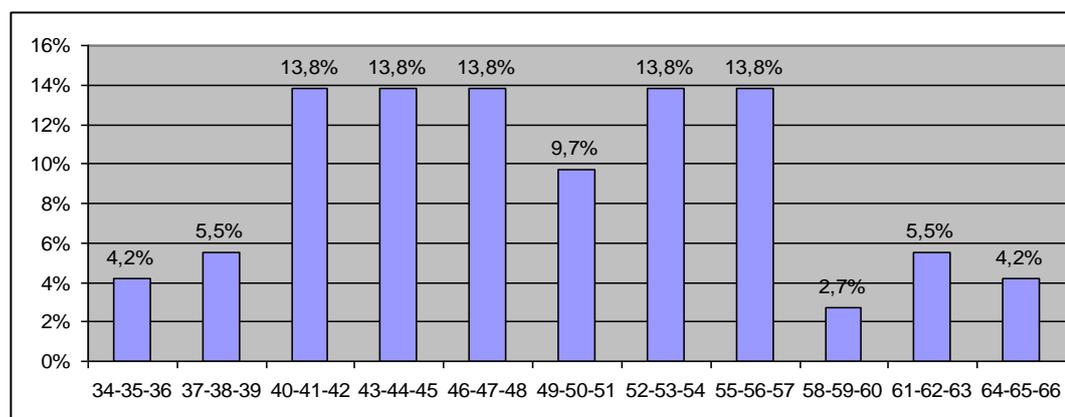


Gráfico N° 04. Distribución de frecuencias porcentuales, según el rango de edad (docentes).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que la distribución por **rango de edad** es prácticamente proporcional, entre los 40-42 y 55-57 años respectivamente, que son los rangos que concentran la mayoría de la población de MED: 78,7%, en tanto que el rango de 58-60, 61-63 y 64-66 reúnen el 12,4 de los MED. Siendo que los MED de 37 años o menos sólo representan el 9,7%.

Cuadro N° 07. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el sexo (ambos grupos).

| Sexo | Estudiantes | | Docentes | |
|-----------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Masculino | 103 | 33,7 | 36 | 50 |
| Femenino | 203 | 66,3 | 36 | 50 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

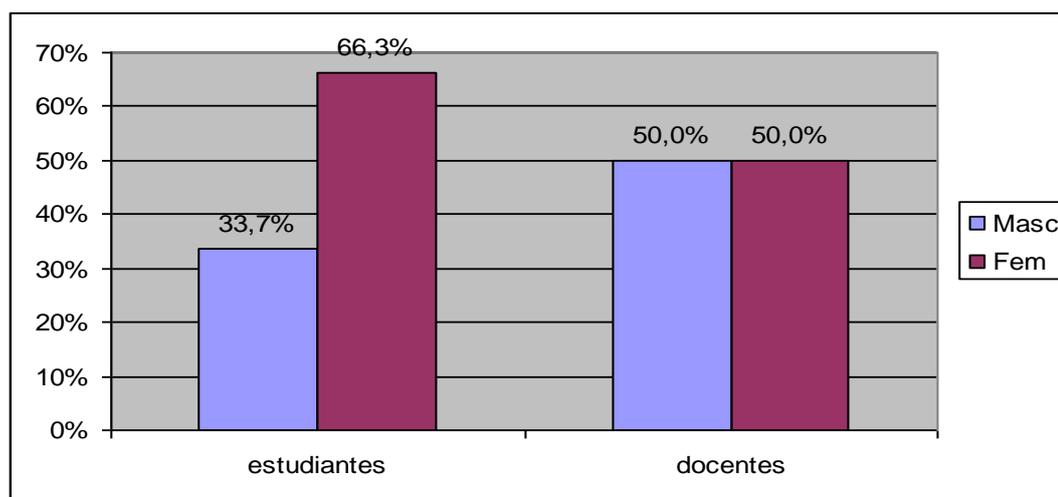


Gráfico N° 05. Distribución de frecuencias porcentuales, según el sexo (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se valúa que el **sexo** femenino se encuentra mayoritariamente distribuido en los tres últimos años de la carrera de medicina con dos tercios de la población muestral, lo que representa un 66,3%, en tanto que los sujetos del sexo masculino ocupan un tercio de la muestra, con un 33,7%. En tanto que la distribución por sexos de los MED es proporcional en 50% para cada uno.

Cuadro N° 08. Distribución de frecuencias simples y porcentuales según el estado civil (ambos grupos).

| Estado civil | Estudiantes | | Docentes | |
|----------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Soltero | 290 | 94,8 | 16 | 22,2 |
| Casado | 10 | 3,3 | 48 | 66,7 |
| Divorciado | 0 | 0 | 7 | 9,7 |
| En concubinato | 3 | 1,0 | 0 | 0 |
| Viudo | 1 | 0,3 | 1 | 1,4 |
| No contesta | 2 | 0,7 | 0 | 0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

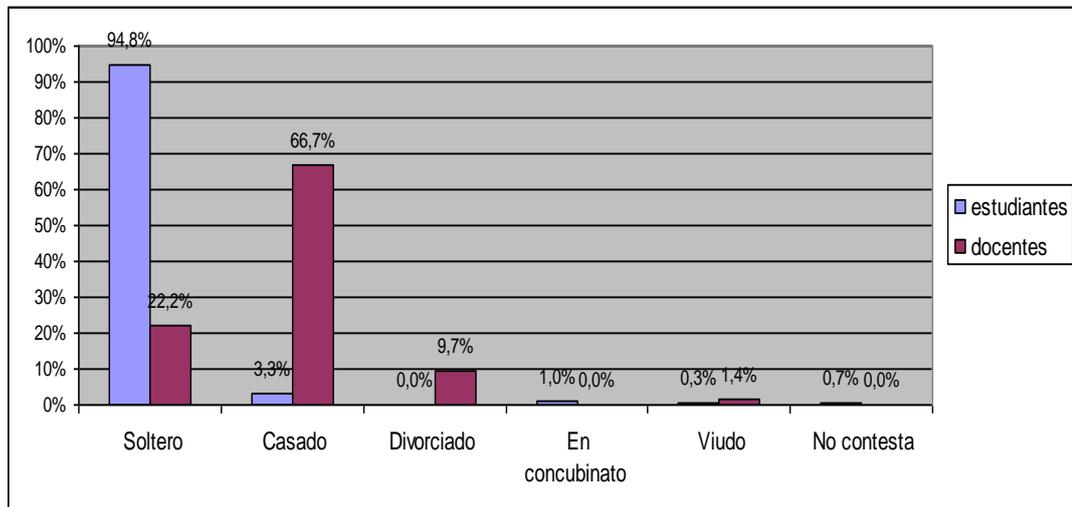


Gráfico N° 06. Distribución de frecuencias porcentuales, según el estado civil (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que la mayoría de la población estudiantil del cuarto, quinto y sexto año de la carrera de medicina son **solteros**: 94,8%. En tanto que, el 3,3% es casado, el 1% vive en concubinato y uno es viudo y dos no respondieron. En tanto que los MED en su mayoría son casados: 66,7%, el 22% solteros, 9,7 divorciados y 1,4 viudos. No existiendo relación concubina en ellos.

Cuadro N° 09. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según el número de hijos (ambos grupos).

| Número de hijos | Estudiantes | | Docentes | |
|-----------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Ninguno | 248 | 81,0 | 15 | 20,8 |
| 1 | 10 | 3,3 | 5 | 6,9 |
| 2 | 4 | 1,3 | 34 | 47,2 |
| 3 | 2 | 0,7 | 7 | 9,7 |
| 4 | 0 | 0 | 3 | 4,2 |
| 5 | 1 | 0,3 | 3 | 4,2 |
| 6 | 0 | 0 | 1 | 1,4 |
| No contesta | 41 | 13,4 | 4 | 5,6 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

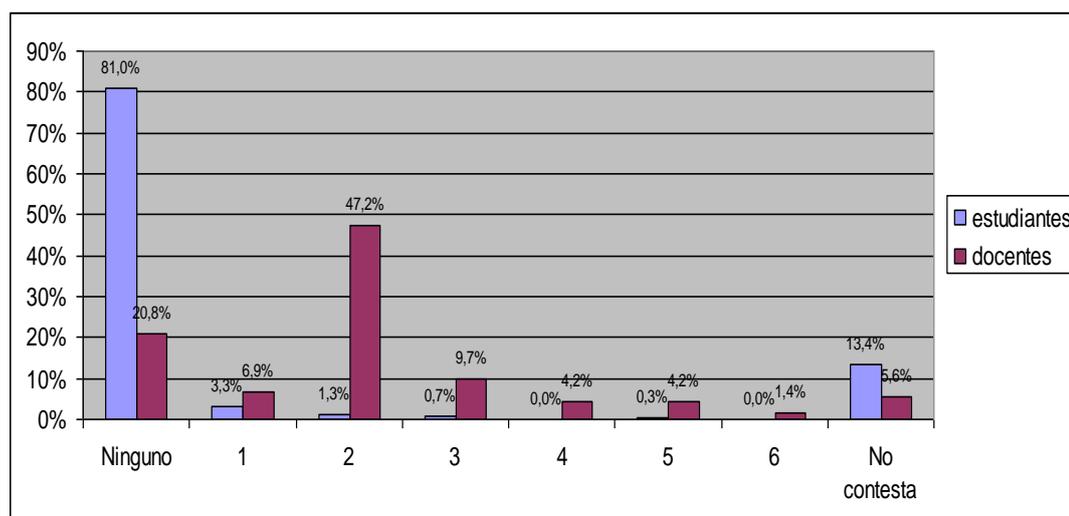


Gráfico N° 07. Distribución de frecuencias porcentuales, según el número de hijos (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, advierten que la mayoría de los estudiantes encuestados **no tienen hijos**: 81%. En tanto que los alumnos con 1, 2, 3 o 5 hijos se distribuyen porcentualmente de la siguiente manera: 3,3%, 1,3%, 0,7% y 0,3% respectivamente. Un 13,4% no contestó esta pregunta. Mientras que el 76,3 de los MED tienen uno o más hijos. Sólo el 20,8% no los tienen y 5,6% no contestó.

Cuadro N° 10. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según la religión (ambos grupos).

| Religión | Estudiantes | | Docentes | |
|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Católico | 242 | 79,1 | 65 | 90,3 |
| Evangélico | 18 | 5,9 | 0 | 0 |
| Cristiano | 9 | 2,9 | 0 | 0 |
| Judío | 0 | 0 | 1 | 1,4 |
| Ninguna | 8 | 2,6 | 3 | 4,2 |
| Otra | 18 | 5,9 | 1 | 1,4 |
| No contesta | 11 | 3,6 | 2 | 2,8 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

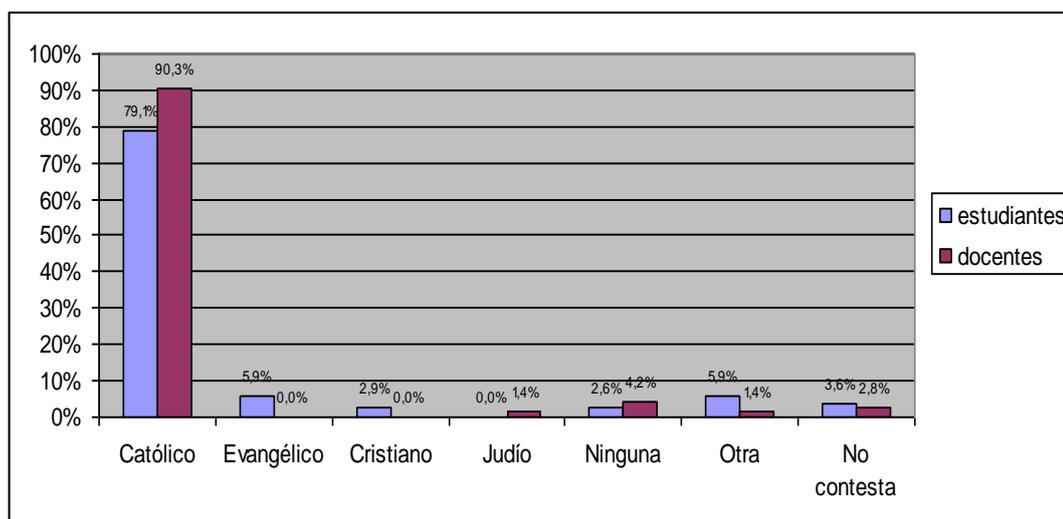


Gráfico N° 08. Distribución de frecuencias porcentuales, según religión (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que la mayoría de los estudiantes de los tres últimos años de la carrera de medicina son católicos. En tanto que el 5,9% profesan una religión evangélica o de otro tipo, el 2,9% y el 2,6% son cristianos o no tienen ninguna religión respectivamente. Un 3,6% no contestó esta pregunta. Mientras que los MED en un 90,3% son católicos, 4,2 no profesa, 2,8 no contestó y el 1,4% es judío o tiene otra religión respectivamente.

Cuadro N° 11. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según la escolaridad (sólo para estudiantes).

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Regular | 305 | 99,7 |
| Repitiente | 1 | 0,3 |
| Total | 306 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

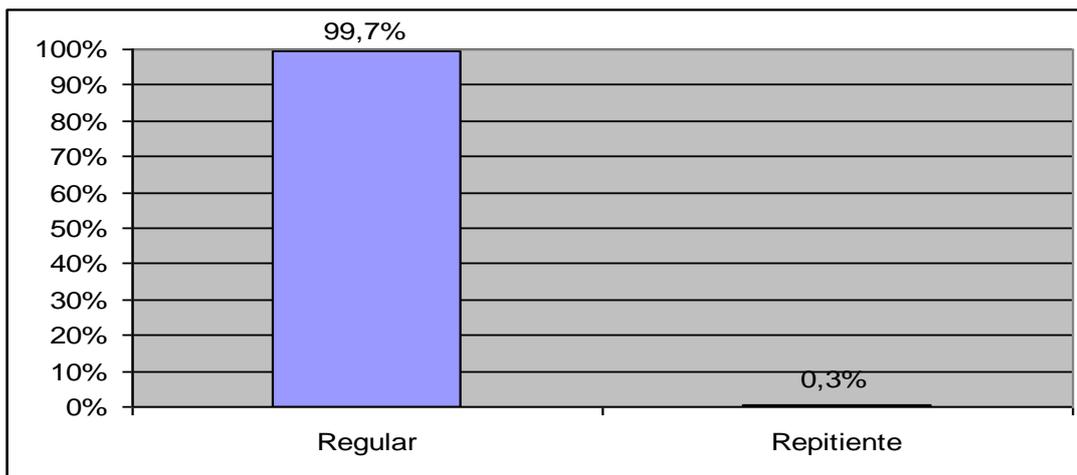


Gráfico N° 09. Distribución de frecuencias porcentuales, según la escolaridad (solo estudiantes).

El cuadro y gráfico anteriores, reafirman que la gran mayoría de la matrícula estudiantil de los alumnos de medicina de los tres últimos años de la carrera que forman parte de la muestra, esta formada por alumnos regulares, estos representan el 99,7% de los estudiantes en tanto que los repitientes sólo el 0,3%.

Cuadro N° 12. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según años de graduado como médico.

| Años | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| 9-15 | 16 | 22,22 |
| 16-22 | 23 | 31,94 |
| 23-29 | 14 | 19,44 |
| 30-36 | 16 | 22,22 |
| 37 y más | 3 | 4,2 |
| Total | 72 | 100,00 |

Fuente: Sánchez, 2009

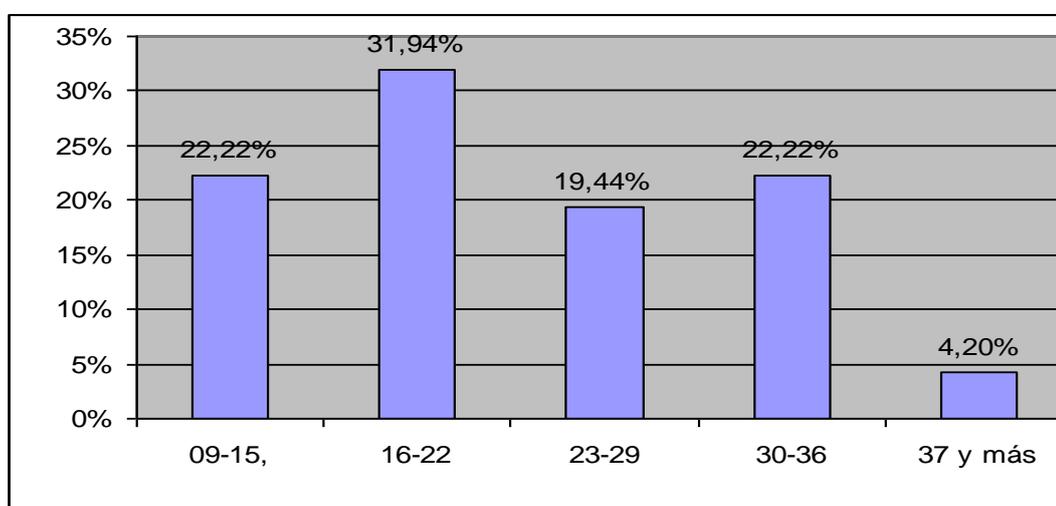


Gráfico N° 10. Distribución de frecuencias porcentuales, según años de graduado como médico.

El cuadro y gráfico anteriores, advierten que la mayoría de los MED, se graduaron de médicos generales entre 16 - 22 años atrás, con un 31,94%, en tanto que los MED, graduados de médicos generales entre 9 - 15 años atrás, y 30 -36 años atrás, representan el 22,22%, correspondientemente. Sólo el 19,44% se graduaron de médico general hace 23 a 29 años atrás y 4,20% tienen 37 o más años de graduados.

Cuadro N° 13. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según años de graduado como médico especialista.

| Años | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 01-07 | 13 | 18,05 |
| 08-14 | 22 | 30,55 |
| 15-21 | 15 | 20,83 |
| 22-28 | 18 | 25,00 |
| 29-35 | 04 | 05,55 |
| Total | 72 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009

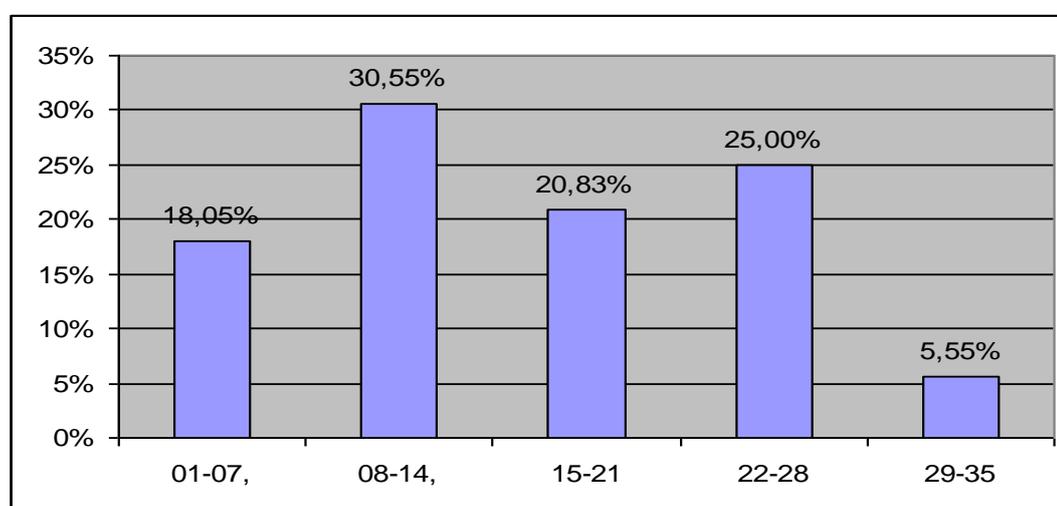


Gráfico N° 11. Distribución de frecuencias porcentuales, según años de graduado como médico especialista.

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que la mayoría de los MED, se graduaron como tales entre 8 y 14 años atrás, con un 30,55%, en tanto que los MED, graduados de especialistas entre 22 - 28 años atrás, y 15 - 21 años atrás, representan el 25% y 20,83%, correspondientemente. Sólo el 18,05% se graduaron de especialistas hace 1 a 7 años atrás y 5,55% tienen 29 o más años de postgraduados.

Cuadro N° 14. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según años como médico docente.

| Años | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 01-07 | 25 | 34,72 |
| 08-14 | 27 | 37,50 |
| 15-21 | 07 | 9,72 |
| 22-28 | 11 | 15,27 |
| 29-35 | 02 | 02,77 |
| Total | 72 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009

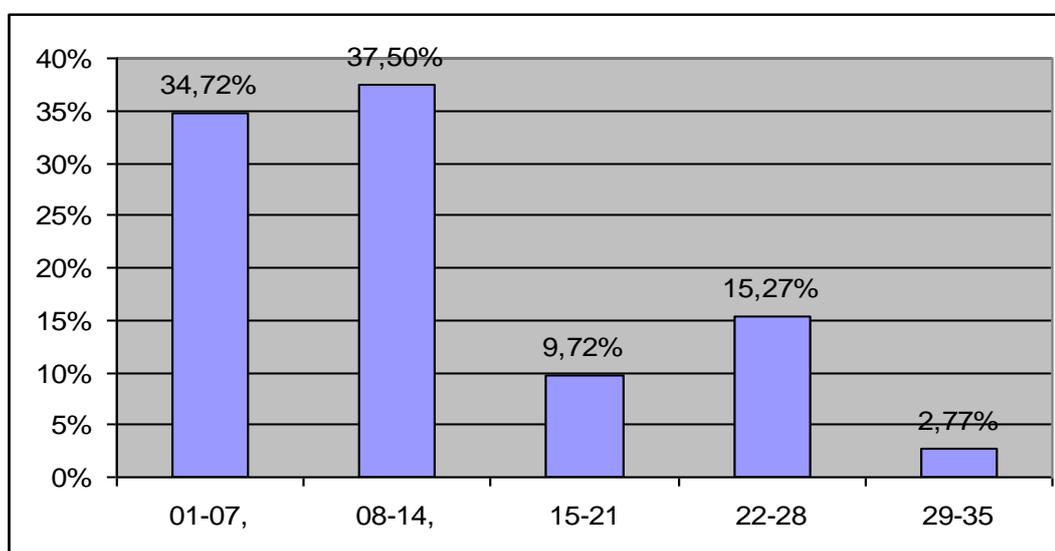


Gráfico N° 12. Distribución de frecuencias porcentuales, según años de graduado como médico docente.

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que la mayoría de los MED, se dedican a la docencia desde hace 8 a 14 años o desde hace 1 a 7 años con un 37,50% y 34,72%, respectivamente. En tanto que los MED, que practican la docencia hace 22 a 28 años o hace 15 a 21 años son el 15,27% y 9,72%, correspondientemente. Sólo el 2,77% son docentes hace 29 a 35 años.

Dimensión: Características Psicológicas

Cuadro N° 15. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según experiencia personal propia enfermedad grave (ambos grupos).

| Exp. Personal propia enfermedad grave | Estudiantes | | Docentes | |
|---------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 271 | 88,6 | 55 | 76,4 |
| Si | 35 | 11,4 | 17 | 23,6 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

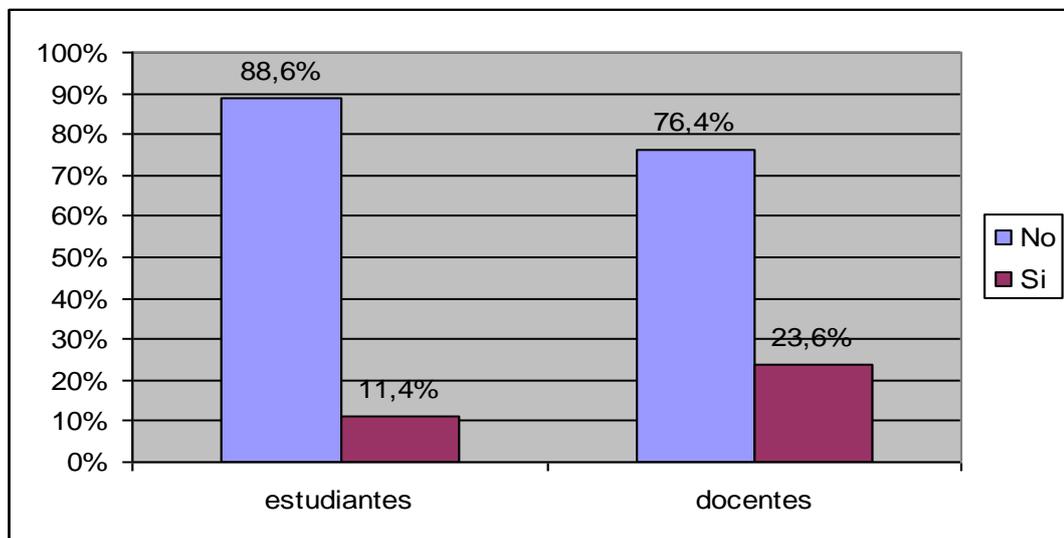


Gráfico N° 13. Distribución de frecuencias porcentuales, según experiencia personal propia enfermedad grave (ambos grupos).

En las representaciones anteriores se ve que la mayoría de los sujetos encuestados no han experimentado enfermedad grave propia: 88,6% de estudiantes y 76,4% de MED. En tanto que el 11,4% de estudiantes y el 23,6% de MED, si han tenido esta experiencia vital.

Cuadro N° 16. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según experiencia familiar enfermedad grave (ambos grupos).

| Exp. Familiar enfermedad grave | Estudiantes | | Docentes | |
|--------------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 129 | 42,2 | 16 | 22,2 |
| Si | 177 | 57,8 | 56 | 77,8 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

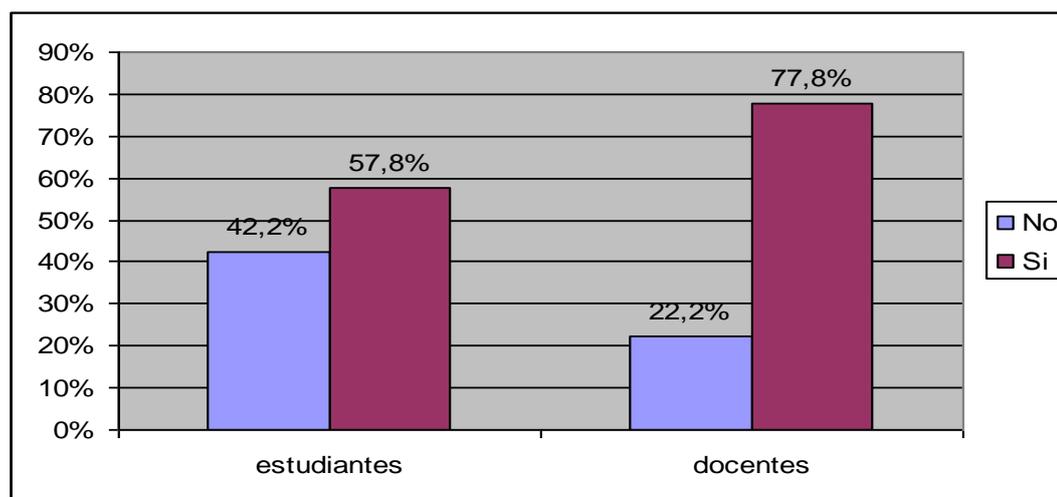


Gráfico N° 14. Distribución de frecuencias porcentuales, según experiencia familiar enfermedad grave (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que la mayoría de los alumnos de la muestra, han tenido una experiencia de enfermedad grave de un familiar: 57,8%, así también los MED en un 77,8%. En tanto que un 42,2% de los estudiantes, no la han experimentado y el 22,2% de los MED tampoco.

Cuadro N° 17. Distribución de las frecuencias simples y porcentuales, según experiencia artística (ambos grupos).

| Exp. Artística | Estudiantes | | Docentes | |
|----------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 175 | 57,2 | 45 | 62,5 |
| Si | 131 | 42,8 | 27 | 37,5 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

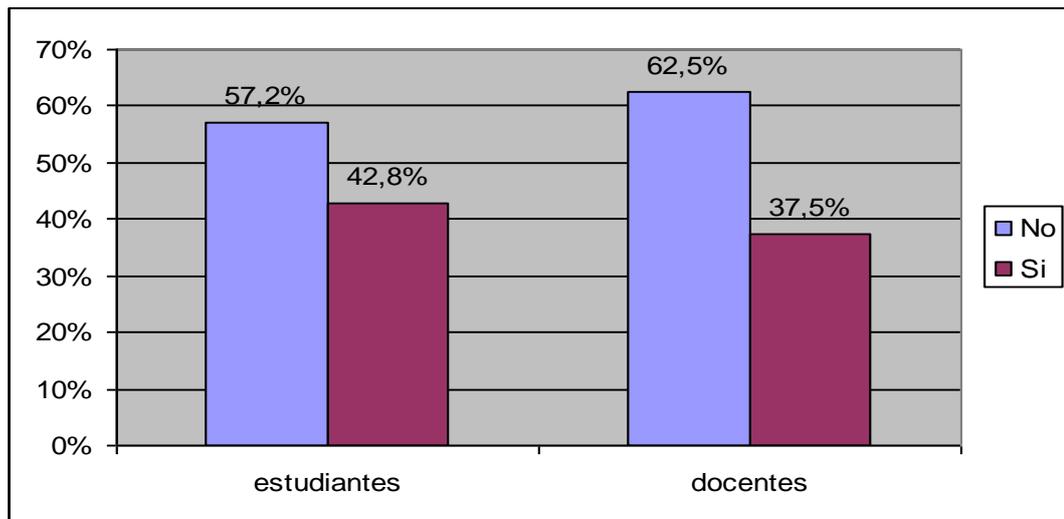


Gráfico N° 15. Distribución de frecuencias porcentuales, según experiencia artística (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se ve que un 57,2% de los estudiantes encuestados han tenido una experiencia artística contra un 37% de los MED. Mientras que el 42,8% de los estudiantes no la han tenido y el 62,5% de los MED tampoco.

Cuadro N° 18. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según experiencia política (ambos grupos).

| Exp. política | Estudiantes | | Docentes | |
|---------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 266 | 86,9 | 51 | 70,8 |
| Si | 40 | 13,1 | 21 | 29,2 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

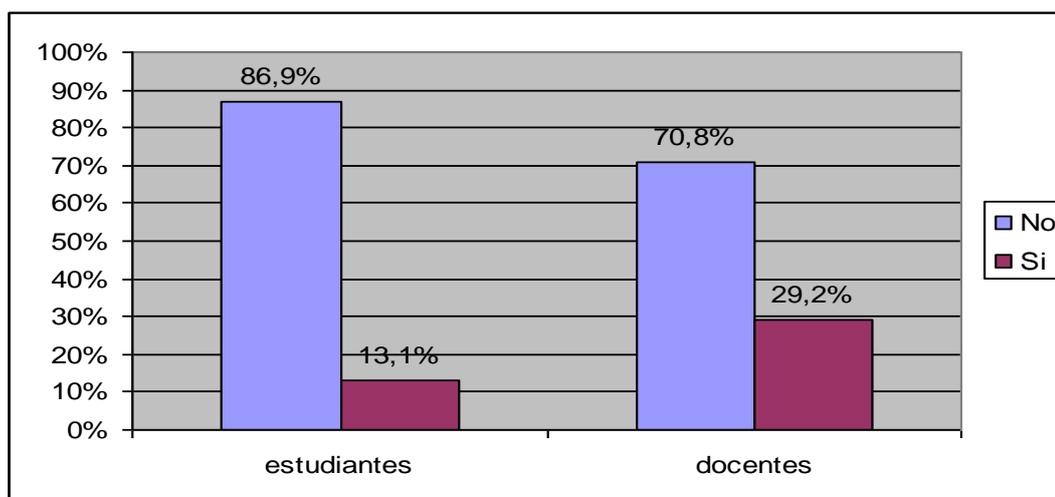


Gráfico N° 16. Distribución de frecuencias porcentuales, según experiencia política (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se aprecia que la mayoría de los estudiantes de los tres últimos años de la carrera de medicina, sujetos del estudio, no han tenido experiencia política directa alguna: 86,9%, siendo similar para los MED, quienes no la han tenido en un 70,8%. En tanto que el 13,1% de los estudiantes si la han tenido y el 29,2% de los MED también.

Cuadro N° 19. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según apoyo a la comunidad (ambos grupos).

| Apoyo a su comunidad | Estudiantes | | Docentes | |
|----------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 220 | 71,9 | 36 | 50,0 |
| Si | 86 | 28,1 | 36 | 50,0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

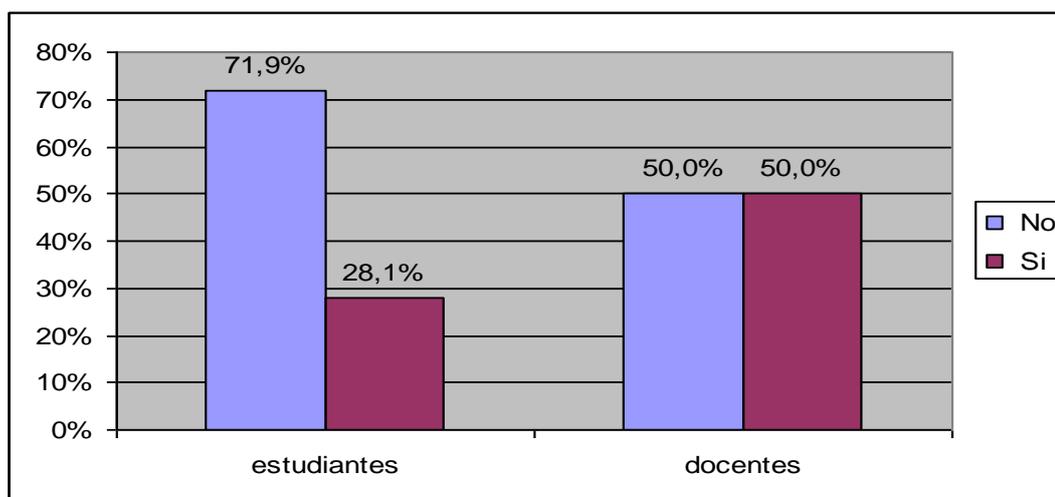


Gráfico N° 17. Distribución de frecuencias porcentuales, según apoyo a la comunidad (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que la mayoría de los estudiantes de medicina encuestados no apoyan a la comunidad: 71,9%, en tanto que un 50% de los médicos tampoco. Mientras que menos de un tercio de los estudiantes, el 28,1%, dicen apoyar a la comunidad y el 50% de los MED también.

Cuadro N° 20. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según trabajos comunitarios área de residencia (ambos grupos).

| Trabajos comunitarios área residencia | Estudiantes | | Docentes | |
|--|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 265 | 86,6 | 53 | 73,6 |
| Si | 41 | 13,4 | 19 | 26,4 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

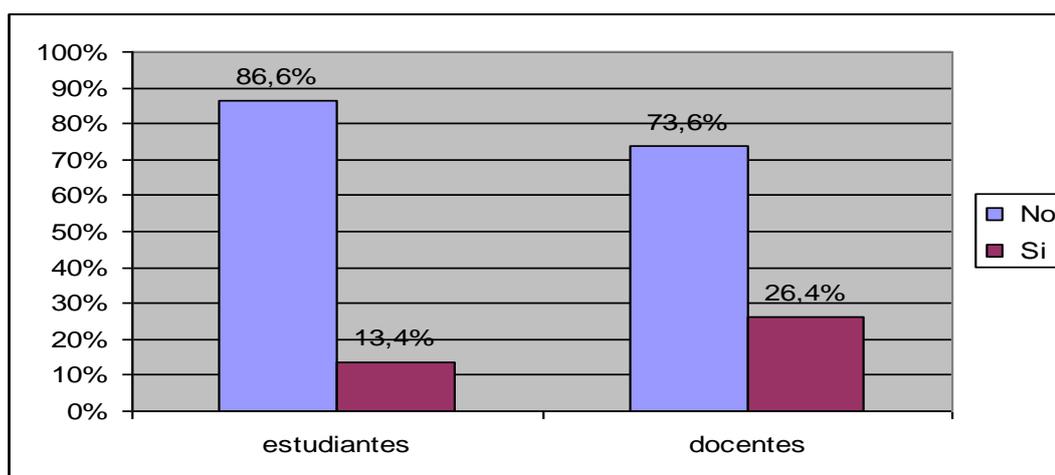


Gráfico N° 18. Distribución de frecuencias porcentuales, según trabajos comunitarios área de residencia (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores se ve que la mayoría de los encuestados de la carrera de medicina del estudio, no hacen trabajos comunitarios en el área de residencia: 86,6% al igual que un 73,6% de los MED. En tanto que un 13,4% de los estudiantes si lo hacen, al igual que un 26,4% de los MED.

Cuadro N° 21. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según trabajos comunitarios fuera área de residencia (ambos grupos).

| Trabajos comunitarios fuera área residencia | Estudiantes | | Docentes | |
|--|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 233 | 76,1 | 48 | 66,7 |
| Si | 73 | 23,9 | 24 | 33,3 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

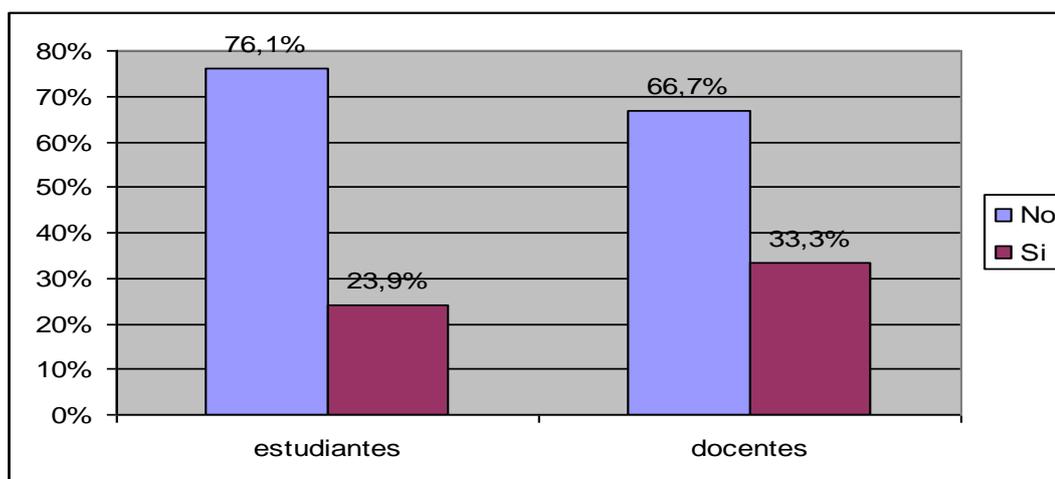


Gráfico N° 19. Distribución de frecuencias porcentuales, según trabajos comunitarios fuera área de residencia (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se aprecia que la mayoría de los encuestados estudiantes de la carrera de medicina del estudio, casi dos tercios de la muestra, no hacen trabajos comunitarios en el área de residencia: 76,1%, y un 66,7% de los MED tampoco. En tanto que un 23,9% de los estudiantes y un 33,3% de los MED, si lo hacen.

Cuadro N° 22. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según posición como hijo (ambos grupos).

| Posición como hijo | Estudiantes | | Docentes | |
|--------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Único | 21 | 6,9 | 7 | 9,7 |
| Primero | 110 | 35,9 | 27 | 37,5 |
| Segundo | 88 | 28,8 | 17 | 23,6 |
| Tercero | 59 | 19,3 | 2 | 2,8 |
| Otro | 26 | 8,5 | 19 | 26,4 |
| No contesta | 2 | 0,7 | 0 | 0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

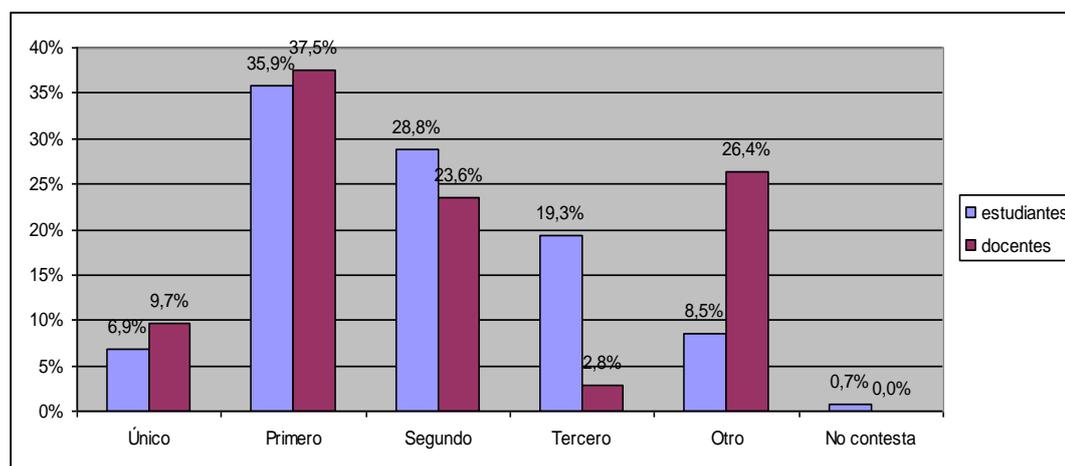


Gráfico N° 20. Distribución de frecuencias porcentuales, según posición como hijo (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que la mayoría de los encuestados son hijos primados: 35,9%, para los estudiantes y 37,5% de los MED. En tanto que segundos, terceros, únicos o de otra posición se distribuyen así correspondientemente: 28,8%, 19,3%, 6,9% y 8,5%, para los estudiantes, mientras que para los docentes segundos, otros, único y tercero se distribuyen respectivamente: 23,6%, 26, 4%, 9,7% y 2,8%. Un 0,7% de los estudiantes no contestó a la pregunta.

Dimensión: Características socioeconómicas (Estrato Social por Graffar

Méndez Castellano)

Cuadro N° 23. Distribución de las frecuencias simples y porcentuales, según profesión jefe familia (ambos grupos).

| Profesión jefe familia | Estudiantes | | Docentes | |
|-------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Universitaria | 141 | 46,1 | 62 | 86,1 |
| Técnica | 76 | 24,8 | 2 | 2,8 |
| Pequeños comerciantes | 56 | 18,3 | 5 | 6,9 |
| Obrero especializado | 23 | 7,5 | 2 | 2,8 |
| Obrero no especializado | 7 | 2,3 | 1 | 1,4 |
| No contesta | 3 | 1,0 | 0 | 0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009

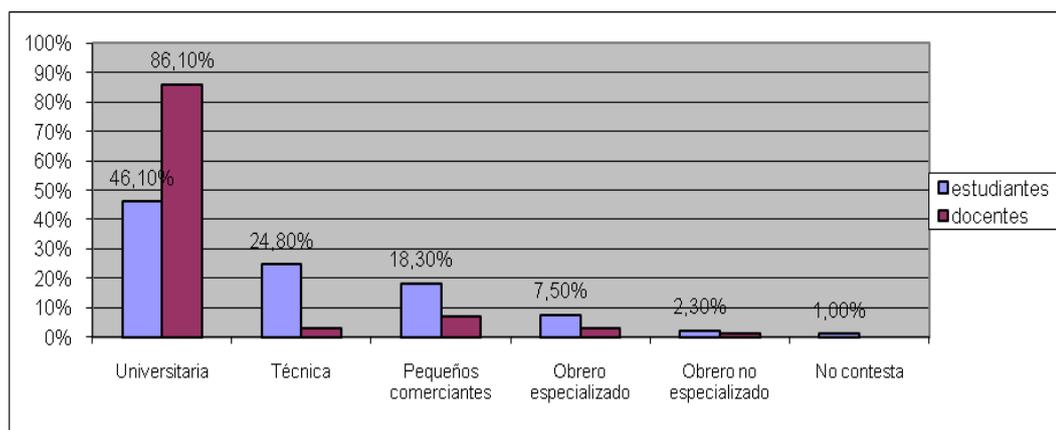


Gráfico N° 21. Distribución de frecuencias porcentuales, según profesión jefe familia (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, muestran que la mayoría de los jefes de familia son Universitarios: 46,1% para estudiantes y 86,1 para MED. Mientras que los que son técnicos, pequeños comerciantes, obreros especializados y no especializados se distribuyen correspondientemente así: 24,8%, 18,3%, 7,5%, 2,3% y Un 1% prefirió no contestar para los estudiantes y: 2,8%, 6,9%, 2,8%, 1,4%, para los MED.

Cuadro N° 24. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según nivel de instrucción madre (ambos grupos).

| Nivel instrucción madre | Estudiantes | | Docentes | |
|-------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Universitaria | 146 | 47,7 | 34 | 47,2 |
| Técnico Superior | 88 | 28,8 | 9 | 12,5 |
| Secundaria incompleta | 47 | 15,4 | 12 | 16,7 |
| Primaria | 22 | 7,2 | 17 | 23,6 |
| No contesta | 3 | 1,0 | 0 | 0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

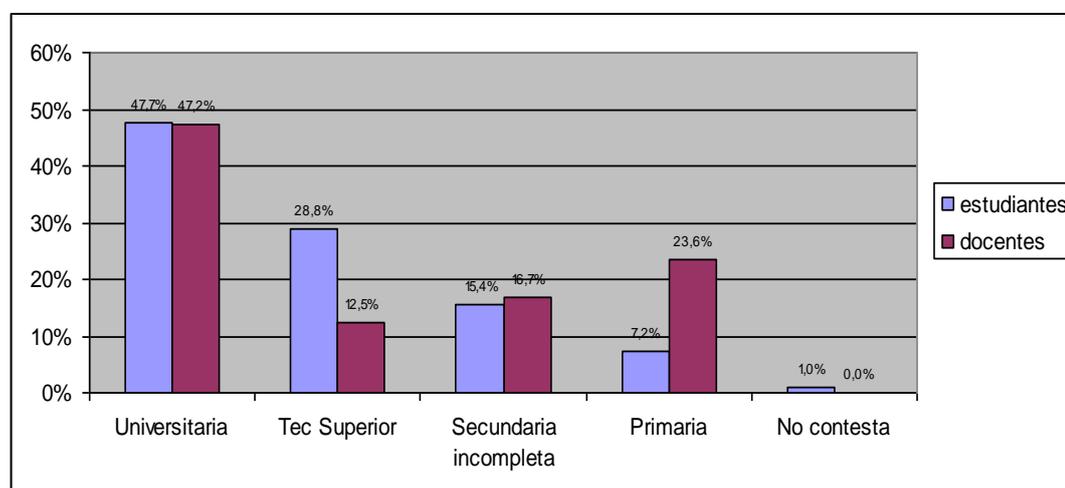


Gráfico N° 22. Distribución de frecuencias porcentuales, según nivel de instrucción madre (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, advierten que según el nivel de instrucción de la madre del estudiante la distribución mayoritaria es para madres universitarias: 47,7%, para estudiantes y 47,2 para MED. Mientras que las técnicas superiores, las que tienen secundaria incompleta o primaria se distribuyen así: 28,8%, 15,4% y 7,2%, respectivamente; 1% no contestó, para los estudiantes. En tanto que para los MED la distribución fue: 12,5%, 16,7% y 23,6%, correspondientemente.

Cuadro N° 25. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según fuente de ingreso (ambos grupos).

| Fuente de ingreso | Estudiantes | | Docentes | |
|--------------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Fortuna | 2 | 0,7 | 1 | 1,4 |
| Honorarios profesionales | 107 | 35,0 | 16 | 70,8 |
| Sueldo mensual | 159 | 52,0 | 51 | 22,2 |
| Salario semanal | 33 | 10,8 | 4 | 5,6 |
| Donaciones | 2 | 0,7 | 0 | 0 |
| No contesta | 3 | 1,0 | 0 | 0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

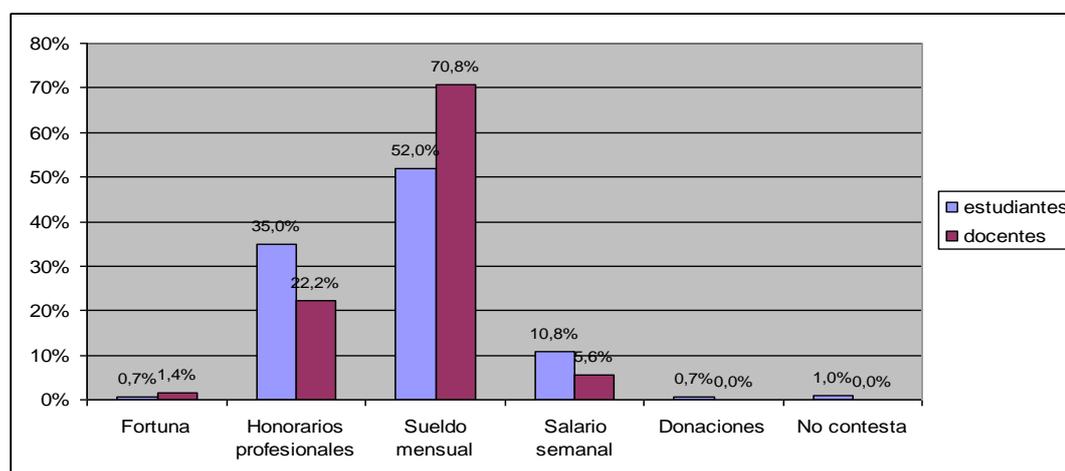


Gráfico N° 23. Distribución de frecuencias porcentuales, según fuente de ingreso (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, exhiben como la más frecuente fuente de ingreso, en los estudiantes, el sueldo mensual: 52,0%. Mientras que el 35,0% tiene honorarios profesionales y solo un 0,7% viven de los bienes de fortuna o de donaciones. 1% no contestó. En tanto que en los MED, los honorarios y el sueldo mensual tiene la mayor concentración porcentual con: 70,8 y 22,2, respectivamente. Viven del salario semanal un 5,6% y de sus fortunas un 1,4%.

Cuadro N° 26. Distribución de las frecuencias simples y porcentuales, según condiciones de vivienda (ambos grupos).

| Condiciones vivienda | Estudiantes | | Docentes | |
|-------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Ambiente de lujo | 34 | 11,1 | 23 | 31,9 |
| Espaciosa | 229 | 74,8 | 46 | 63,9 |
| Espacio reducido | 38 | 12,4 | 3 | 4,2 |
| Deficiencias sanitarias | 2 | 0,7 | 0 | 0 |
| No contesta | 3 | 1,0 | 0 | 0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

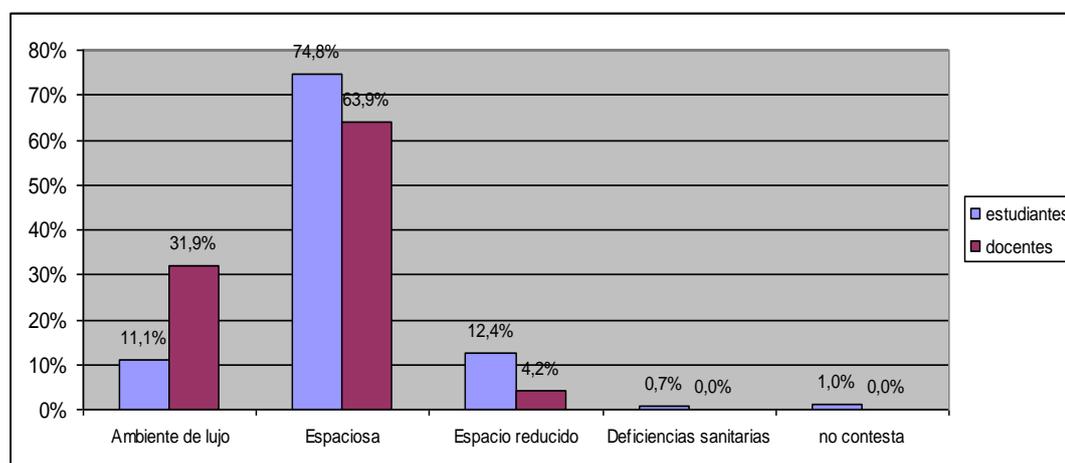


Gráfico N° 24. Distribución de frecuencias porcentuales, según condiciones de vivienda (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que las condiciones de la vivienda de los estudiantes de medicina, encuestados, en su mayoría es espaciosa: 74,8%, al igual que los MED con un 63,9%. En tanto que un 31,9% de los MED y un 11,1% de los estudiantes, viven en casas lujosas y un 12,4% de los estudiantes y 4,2% de los MED viven en casas con espacios reducidos. Sólo un 0,7% de los estudiantes viven en casas en situación de déficit sanitario. 1% de ellos no contestó.

Cuadro N° 27. Distribución de frecuencias simples y porcentuales, según puntaje total de Graffar Méndez Castellano (ambos grupos).

| Graffar | Estudiantes | | Docentes | |
|--------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Estrato I (4,5,6) | 65 | 21,2 | 16 | 22,2 |
| Estrato II (7,8,9) | 136 | 44,4 | 44 | 61,1 |
| Estrato III (10,11,12) | 78 | 25,5 | 9 | 12,5 |
| Estrato IV (13,14,15,16) | 24 | 7,8 | 3 | 4,2 |
| Estrato V (17,18,19,20) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No contesta | 3 | 1,0 | 0 | 0 |
| Total | 306 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Fuente: Sánchez, 2009

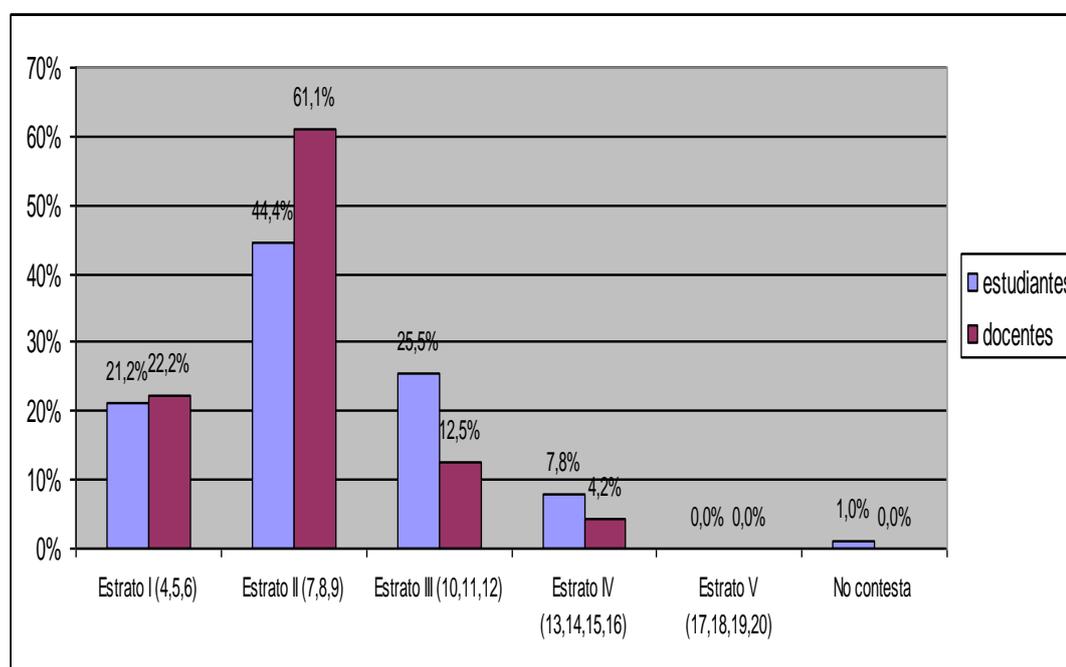


Gráfico N° 25. Distribución de frecuencias porcentuales, según Graffar Méndez Castellano (MGMC) (ambos grupos).

El cuadro y gráfico anteriores, resumen la puntuación global obtenida mediante la aplicación del Método Graffar Méndez Castellano para valorar estrato socioeconómico. Resultando que el 21,2% de los estudiantes y el 21% de los MED, ocupan el estrato I (alta). En el estrato II (Media alta) y III (Media) se ubican el 44, 4% de los estudiantes y 61,1% de los MED, respectivamente. Sólo el 7,8% de los estudiantes y 4,2% de los MED ocupan el estrato IV (media baja). Un 1% de los estudiantes no contestó.

PARTE II: Empatía médica

En esta parte se presentan resultados parciales y totales obtenidos por los encuestados sobre la **variable empatía médica**.

Los resultados se discriminan según los puntajes parciales para cada dimensión de la Escala Jefferson de Empatía Médica y al final se presenta una valoración total de Empatía Médica de la población muestral estudiada.

Los gráficos de barras consolidados permiten observar por ítems lo que ocurrió con las respuestas parciales compendiadas por ítems, de esta manera se puede advertir claramente el carácter eminentemente empático o no de la mayoría para cada cuestión o situación planteada por pregunta.

Además, al final de cada sub-dimensión de la Variable Empatía y en la sumatoria total de empatía, se presentan cuadros de frecuencia comparativos entre el comportamiento de ambos grupos: Estudiantes y MED.

Dimensión: Toma de perspectiva

Cuadro N° 28. Distribución de las frecuencias porcentuales y media, según toma de perspectiva (estudiantes).

| Ítems | Desacuerdo | Indeciso | Acuerdo | Media |
|-------|------------|----------|---------|-------|
| Emp02 | 3,3 | 2,9 | 93,8 | 6,51 |
| Emp04 | 10,1 | 6,2 | 83,7 | 6,01 |
| Emp05 | 10,1 | 13,7 | 76,1 | 5,62 |
| Emp09 | 11,5 | 5,2 | 83,3 | 5,87 |
| Emp10 | 4,3 | 8,2 | 87,7 | 6,14 |
| Emp13 | 12,4 | 8,2 | 79,4 | 5,7 |
| Emp15 | 8,3 | 5,2 | 86,6 | 6,04 |
| Emp16 | 4,6 | 3,9 | 91,5 | 6,32 |
| Emp17 | 11,7 | 11,8 | 76,5 | 5,58 |
| Emp20 | 4,3 | 4,6 | 91,1 | 6,39 |

Fuente: Sánchez, 2009

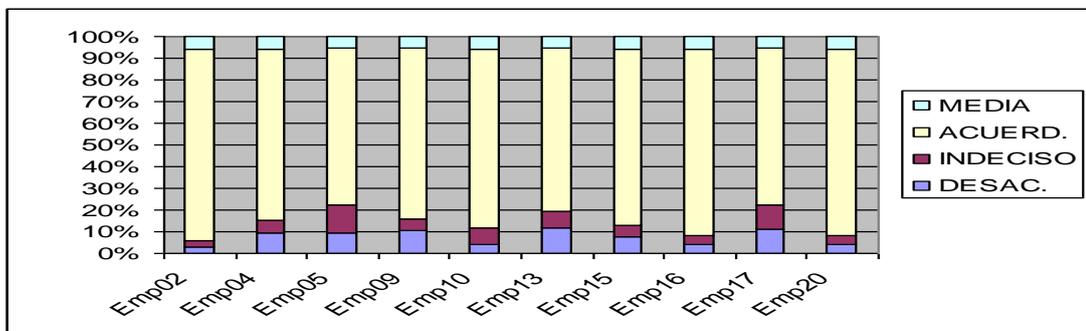


Gráfico N° 26. Distribución de frecuencias porcentuales y media, según toma de perspectiva (estudiantes).

Los alumnos exhibieron altos puntajes en relación al componente de toma de perspectiva de la Escala (amarillo). Casi todos los ítems están por encima del percentil 80. Sin embargo, alrededor del percentil 70 se ubicaron tres ítems: 5, 13 y 17, el primero relacionado con el uso del humor como coadyuvante en el manejo clínico, el siguiente relativo a la atención a la comunicación del paciente a través del lenguaje no oral y corporal; finalmente el último en relación a tratar de pensar como sus pacientes. Los puntajes sobre el percentil 90, ítems: 2, 16 y 20, indican que los alumnos ven como muy relevantes en su relación con el paciente a los sentimientos y las emociones respectivamente; perciben a la empatía como un factor terapéutico en si mismo para el tratamiento médico.

Cuadro N° 29. Distribución de las frecuencias porcentuales y media, según toma de perspectiva (médicos).

| Ítems | Desacuerdo | Indeciso | Acuerdo | Media |
|-------|------------|----------|---------|-------|
| Emp02 | 1,4 | 0 | 98,6 | 6,64 |
| Emp04 | 0 | 2,8 | 97,2 | 6,58 |
| Emp05 | 6,9 | 12,5 | 80,5 | 5,97 |
| Emp09 | 22,3 | 4,2 | 73,6 | 5,29 |
| Emp10 | 5,7 | 2,9 | 91,4 | 6 |
| Emp13 | 16,7 | 9,7 | 73,6 | 5,26 |
| Emp15 | 4,2 | 6,9 | 89 | 6,28 |
| Emp16 | 1,4 | 0 | 98,6 | 6,43 |
| Emp17 | 27,7 | 12,5 | 59,7 | 4,76 |
| Emp20 | 7 | 2,8 | 90,3 | 6,26 |

Fuente: Sánchez, 2009

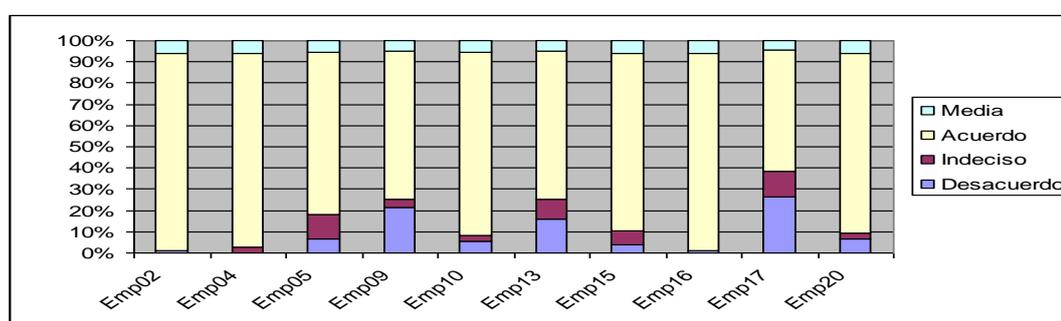


Gráfico N° 27. Distribución de frecuencias porcentuales y media, según toma de perspectiva (médicos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se puede observar que las respuestas muestrales colocan a los MED, en la mitad de los ítems que constituyen la dimensión, por encima del percentil 90, en tanto que dos ítems los ubican sobre el percentil 80, dos ítems sobre el percentil 70 y uno sobre el percentil 50, correspondientemente. Los MED, perciben como muy importantes la comprensión de sentimientos, estados emocionales y lenguaje corporal de sus paciente, al igual que creen que la comprensión y la empatía son elementos terapéuticos en sí mismos. El tener buen humor es importante para los MED para obtener resultados clínicos favorecedores, al igual que cuando se trata de imaginarse estar como sus pacientes y entender lo que pasa por sus mentes. Sin embargo, tratar de pensar como sus pacientes fue apreciado como una actitud de menor valor que las otras analizadas.

Cuadro N° 30. Distribución de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 10-70), según toma de perspectiva (ambos grupos).

| Puntos Medios | estudiantes | médicos |
|---------------|-------------|---------|
| 10 | 0 | 0 |
| 15 | 0 | 0 |
| 20 | 0 | 0 |
| 25 | 0 | 0 |
| 30 | 0,3 | 1,4 |
| 35 | 0,7 | 0 |
| 40 | 1,6 | 0 |
| 45 | 4,9 | 5,6 |
| 50 | 10,1 | 15,3 |
| 55 | 13,1 | 12,5 |
| 60 | 22,9 | 20,8 |
| 65 | 26,8 | 29,2 |
| 70 | 19,6 | 15,3 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009

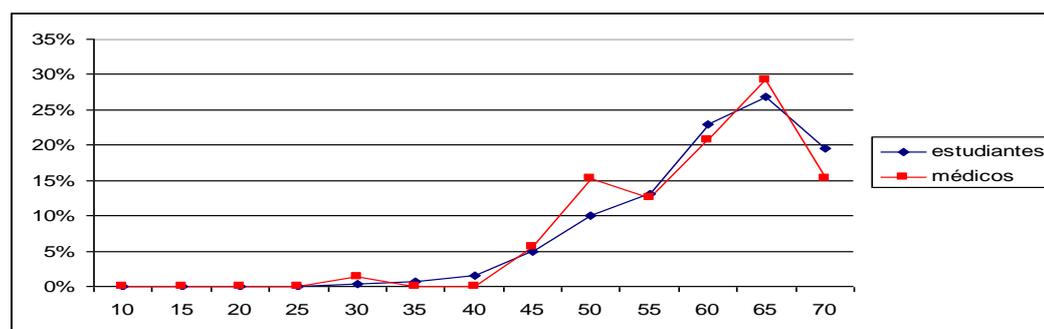


Gráfico N° 28. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 10-70), según toma de perspectiva (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se aprecia el comportamiento de ambos grupos, en relación a la dimensión toma de perspectiva. Se ve que ambos grupos exhiben un comportamiento similar, es decir el nivel de empatía de la mayoría de los sujetos es muy elevado. Los valores altos y bajos extremos, en relación a los indicadores de toma de perspectiva, se encuentran en el grupo de MED. No obstante, la ponderación total de la dimensión sigue siendo ligeramente mayor en este grupo, que en los estudiantes. Sin embargo, por los valores que alcanza, esta diferencia, es irrelevante (diferencia de medias porcentuales, entre grupos, igual a: 0,28%, a favor de los MED).

Dimensión: Compasión

Cuadro N° 31. Distribución de frecuencias porcentuales, según la compasión (estudiantes).

| Ítems | Desacuerdo | Indeciso | Acuerdo | Media |
|--------------|------------|----------|---------|-------|
| Emp01 | 83,3 | 3,9 | 12,7 | 1,95 |
| Emp07 | 81 | 6,5 | 12,4 | 2,06 |
| Emp08 | 83,3 | 6,9 | 9,8 | 2,03 |
| Emp11 | 87,6 | 6,9 | 5,6 | 1,67 |
| Emp12 | 78,8 | 3,3 | 18 | 2,25 |
| Emp14 | 91,5 | 2,9 | 5,6 | 1,55 |
| Emp18 | 28,4 | 26,5 | 45,1 | 4,36 |
| Emp19 | 87,9 | 4,9 | 7,2 | 1,67 |

Fuente: Sánchez, 2009

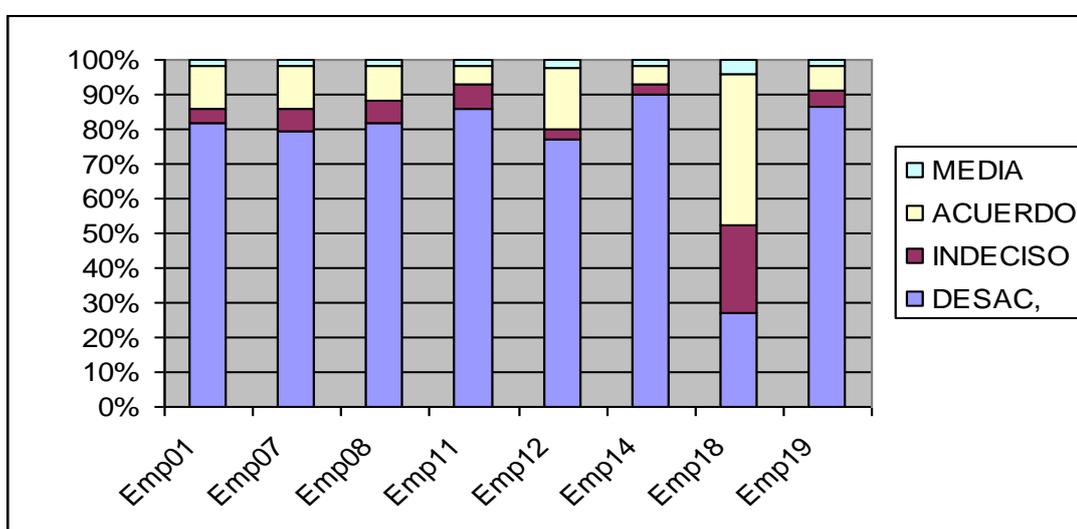


Gráfico N° 29. Distribución de las frecuencias porcentuales y media, según la compasión (estudiantes).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que los encuestados respondieron con altos puntajes de compasión (azul) en todos los ítems dispuestos para medirla (estos ítems son negativos, es decir, se muestra empatía cuando se está en desacuerdo). No obstante, se aprecia que el ítem 18: afectación propia por intensas relaciones sentimentales entre pacientes y sus familiares, muestra un alto grado de acuerdo e indecisos respectivamente, lo cual puede ser entendido como un mecanismo epático puesto en marcha como factor de autoprotección afectiva (10). En relación al ítem 12: lo que ocurre en la vida del paciente como factor para entender molestias físicas, fue el ítem que tuvo una puntuación más baja en el

percentil 70, lo cual puede ser producto del respeto hacia la persona íntima del paciente y su entorno. En tanto que casi todos los demás ítems tuvieron una puntuación en el percentil 80. En el ítems 14: emociones y tratamiento de la enfermedad, los alumnos tuvieron una puntuación muy alta, este estuvo por encima del percentil 90, lo que sigue indicando que los estudiantes de medicina le dan un valor crucial al elemento afectivo que compone la empatía médica.

Cuadro N° 32. Distribución de frecuencias porcentuales, según la compasión (médicos).

| Ítems | Desacuerdo | Indeciso | Acuerdo | Media |
|--------------|------------|----------|---------|-------|
| Emp01 | 76,4 | 0 | 23,6 | 2,32 |
| Emp07 | 70,9 | 2,8 | 26,4 | 2,68 |
| Emp08 | 84,7 | 1,4 | 13,9 | 2,1 |
| Emp11 | 87,5 | 0 | 12,5 | 1,96 |
| Emp12 | 84,7 | 1,4 | 13,9 | 2,11 |
| Emp14 | 91,6 | 0 | 8,3 | 1,58 |
| Emp18 | 36 | 16,7 | 47,2 | 4,08 |
| Emp19 | 95,8 | 1,4 | 2,8 | 1,42 |

Fuente: Sánchez, 2009

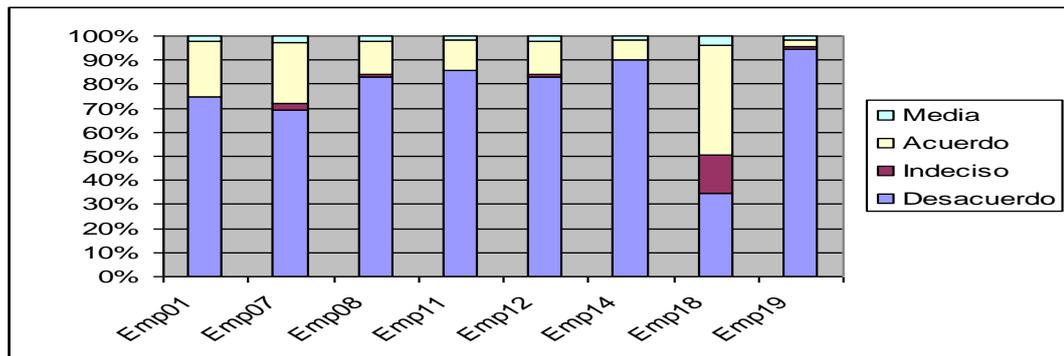


Gráfico N° 30. Distribución de las frecuencias porcentuales y media, según la compasión (médicos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que casi todos los ítems alcanzan puntuaciones por encima del percentil 80, en tanto que el resto supera el percentil 70, excepto el ítem 18 referido a la afectación propia por intensas relaciones sentimentales entre pacientes y sus familiares, que al igual que en los estudiantes alcanza los valores más bajos: percentil 30, lo cual, como ya se mencionó puede responder a la misma causa, que en los estudiantes. Para los MED, los elementos más relevantes de la compasión son la experimentación del arte y de la literatura no médica por ellos mismos. Así como también, los lazos afectivos que establezcan con sus pacientes, y la consideración en su relación con los pacientes de las experiencias y acontecimientos personales que tengan. Fueron considerados como importantes la comprensión de los sentimientos y emociones que presenten tanto el paciente como sus familiares.

Cuadro N° 33. Distribución de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 8-56), según compasión (ambos grupos).

| Puntos Medios | estudiantes | médicos |
|---------------|-------------|---------|
| 10 | 0 | 0 |
| 15 | 0 | 0 |
| 20 | 0,7 | 1,4 |
| 25 | 1,6 | 2,8 |
| 30 | 4,6 | 2,8 |
| 35 | 5,9 | 5,6 |
| 40 | 7,5 | 9,7 |
| 45 | 25,2 | 26,4 |
| 50 | 36,9 | 37,5 |
| 55 | 17,6 | 13,9 |
| Total | 100 | 100,1 |

Fuente: Sánchez, 2009

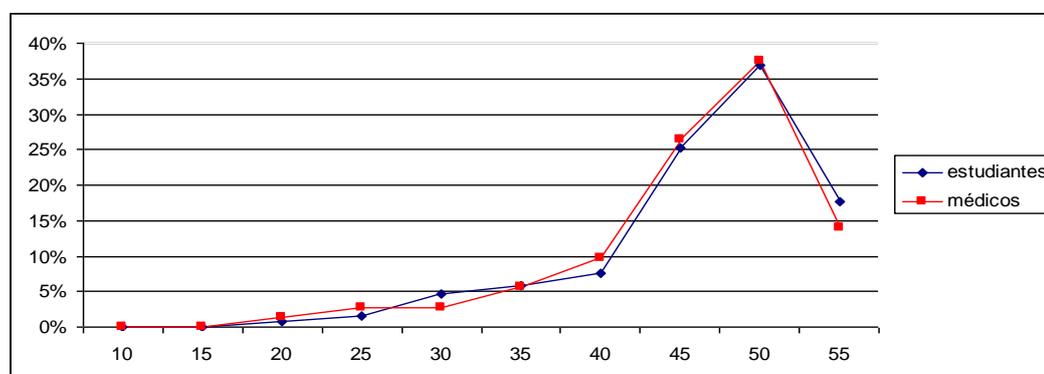


Gráfico N° 31. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 8-56), según compasión (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se advierte el comportamiento de ambos grupos, en relación a la dimensión compasión. Se aprecia que ambos grupos exhiben un comportamiento similar, es decir el nivel de empatía de la mayoría de los sujetos es muy elevado. Los valores altos y bajos extremos, en relación a los indicadores de compasión, se encuentran en el grupo de MED. No obstante, la ponderación total de la dimensión sigue siendo ligeramente mayor en este grupo, que en los estudiantes. Sin embargo, por los valores que alcanza, esta diferencia, es irrelevante (diferencia de medias porcentuales, entre grupos, igual a: 0,72%, a favor de los MED).

Dimensión: Ponerse en el lugar del otro

Cuadro N° 34. Distribución de frecuencias porcentuales y media, según ponerse en la situación del otro (estudiantes).

| Ítems | Desacuerdo | Indeciso | Acuerdo | Media |
|--------------|------------|----------|---------|-------|
| Emp03 | 60,8 | 18,3 | 20,9 | 2,96 |
| Emp06 | 78,8 | 8,2 | 13,1 | 2,26 |

Fuente: Sánchez, 2009

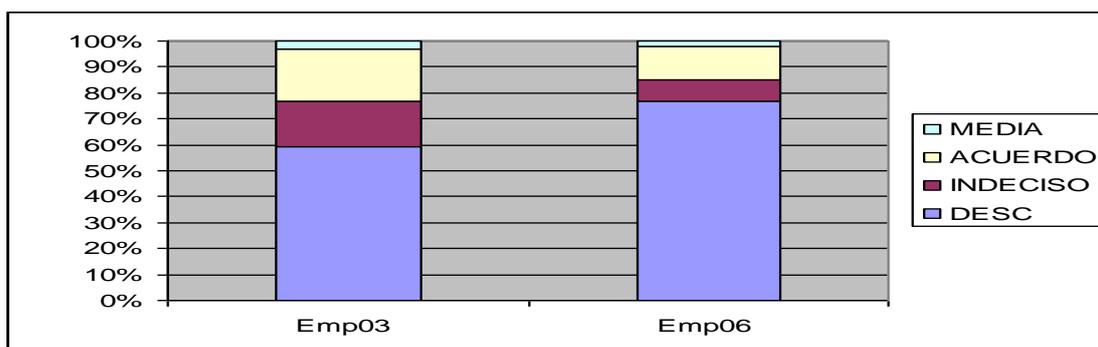


Gráfico N° 32. Distribución de frecuencias porcentuales y media, según ponerse en la posición de otro (estudiantes).

En el cuadro y gráfico anteriores, se aprecia que los encuestados registraron altos puntajes en ambos ítems. Sin embargo, el colocarse en la posición del otro, es la dimensión, que conforma a la empatía, con menor puntuación relativa para los sujetos del estudio, es decir las respuestas de empatía rondaron el percentil 60 y 70, en comparación al predominio de respuestas sobre los percentiles 80 y 90 de las dimensiones: Toma de Perspectiva y Compasión. Es altamente revelador que al estudiante de medicina se le dificulte, en cierta medida, el ponerse en el lugar del paciente, pues solo con la comprensión del estado de salud – enfermedad del paciente se hace factible una atención integral, que permita considerar aspectos que son muy importantes para el que padece la enfermedad, y que a la vista del médico pudiesen ser irrelevantes. Esta dimensión (ponerse en el lugar del otro) juega un papel crucial en la elección del tratamiento más adecuado por parte del médico y el cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

Cuadro N° 35. Distribución de frecuencias porcentuales y media, según ponerse en la situación del otro (médicos).

| Ítems | Desacuerdo | Indeciso | Acuerdo | Media |
|--------------|------------|----------|---------|-------|
| Emp03 | 75 | 5,6 | 19,5 | 2,49 |
| Emp06 | 91,7 | 1,4 | 7 | 1,78 |

Fuente: Sánchez, 2009

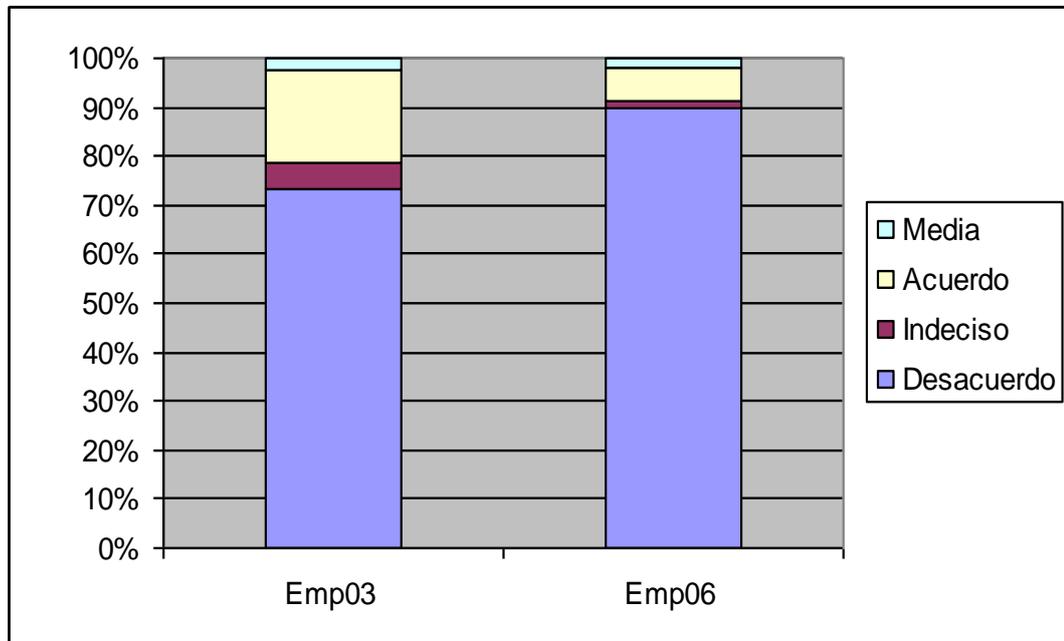


Gráfico N° 33. Distribución de frecuencias porcentuales y media, según ponerse en la posición de otro (médicos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se mantiene la tendencia general de la muestra de MED, en relación a las altas puntuaciones sobre el ponerse en la posición del otro. Obteniendo esta dimensión mayor puntuación ponderada porcentual que la compasión. Ellos contestaron que es muy importante que el médico vea las cosas desde la perspectiva de sus pacientes a pesar de las diferencias entre las personas. (Los ítems son negativos por ello al estar en desacuerdo, indican lo contrario, alta empatía).

Cuadro N° 36. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 2-14), según ponerse en la situación del otro (ambos grupos).

| Puntos Medios | estudiantes | médicos |
|---------------|-------------|---------|
| 2 | 0,7 | 0 |
| 3 | 2,6 | 0 |
| 4 | 1 | 1,4 |
| 5 | 1,6 | 0 |
| 6 | 3,6 | 0 |
| 7 | 2,9 | 2,8 |
| 8 | 9,2 | 8,3 |
| 9 | 9,5 | 11,1 |
| 10 | 10,8 | 5,6 |
| 11 | 11,1 | 4,2 |
| 12 | 10,5 | 15,3 |
| 13 | 12,1 | 22,2 |
| 14 | 24,5 | 29,2 |
| Total | 100,1 | 100,1 |

Fuente: Sánchez, 2009

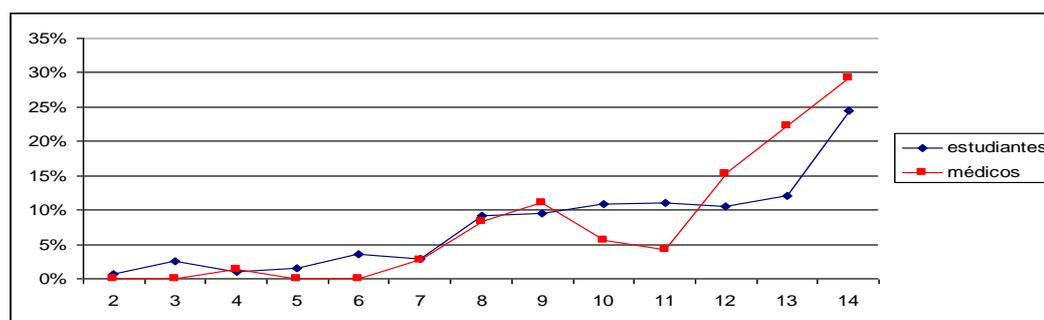


Gráfico N° 34. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 2-14), según ponerse en la situación del otro (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, permiten observar el comportamiento de ambos grupos, en relación a la dimensión ponerse en la situación del otro. Se aprecia que ambos grupos exhiben un comportamiento disímil, es decir el nivel de empatía de los estudiantes es moderadamente menor que el de los MED. Los valores altos y bajos extremos, en relación a los indicadores de ponerse en el lugar del otro, se encuentran en el grupo de MED y estudiantes, respectivamente. La ponderación total de la dimensión es moderadamente mayor en este grupo, que en los estudiantes. Adquiriendo la diferencia una relevancia moderada (diferencia de medias porcentuales, entre grupos, igual a: 13,55%, a favor de los MED).

Empatía total

Cuadro N° 37. Distribución de frecuencias porcentuales (promedios), según dimensiones de empatía y empatía total (estudiantes).

| Dimensión | Acuerdo (Promedios) | Moderados (Promedios) | Desacuerdo (Promedios) |
|------------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| Toma de perspectiva | 84,97 | 6,97 | 8,06 |
| Compasión | 77,73 | 7,73 | 14,55 |
| Ponerse en el lugar del otro | 69,8 | 18,27 | 11,93 |
| Empatía | 77,5 | 10,99 | 11,51 |

Fuente: Sánchez, 2009

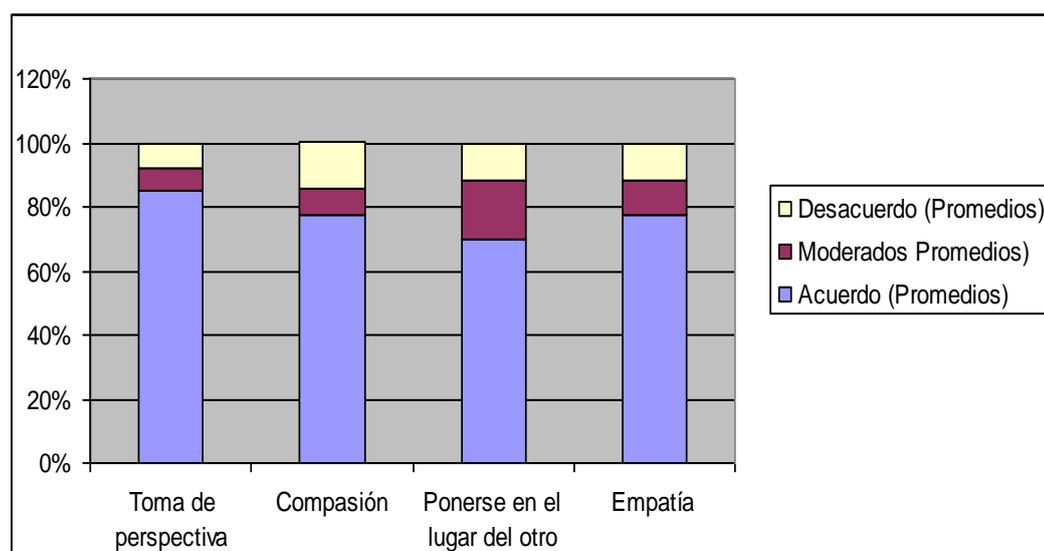


Gráfico N° 35. Distribución de frecuencias porcentuales (promedios), según dimensiones de empatía y empatía total (estudiantes).

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que los alumnos encuestados exhiben altos niveles de empatía que están por encima, en promedio, del percentil 70. Sin embargo, también muestran que los valores de empatía, más altos, dependen de la toma de perspectiva que se ubica por arriba del percentil 80. En tanto que la compasión supera el percentil 70 y el ponerse en el lugar del otro, sobrepasa el percentil 60. Es decir los alumnos a través de sus respuestas dicen que les es más fácil tomar perspectiva en relación a la enfermedad del paciente que ser compasivos o ponerse en el lugar del paciente.

Cuadro N° 38. Distribución de frecuencias porcentuales (promedios), según dimensiones de empatía y empatía total (médicos).

| Dimensión | Acuerdo (Promedios) | Moderados Promedios) | Desacuerdo (Promedios) |
|------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------|
| Toma de perspectiva | 85,25 | 5,43 | 9,33 |
| Compasión | 77,73 | 7,73 | 14,55 |
| Ponerse en el lugar del otro | 83,35 | 3,5 | 13,25 |
| Empatía | 82,35 | 3,96 | 13,72 |

Fuente: Sánchez, 2009

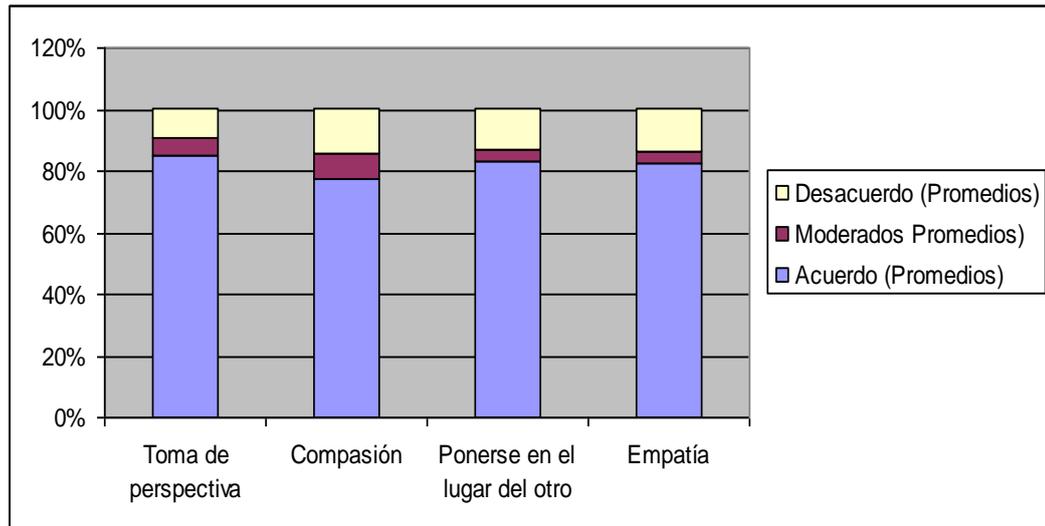


Gráfico N° 36. Distribución de frecuencias porcentuales (promedios), según dimensiones de empatía y empatía total (médicos).

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que los MED encuestados exhiben altos niveles de empatía que están por encima, en promedio, del percentil 80, al igual que la dimensión toma de perspectiva que se ubica alrededor de este mismo percentil. En tanto que la compasión supera el percentil 70. Es decir los MED a través de sus respuestas dicen que, les es más fácil tomar perspectiva en relación a la enfermedad del paciente que ponerse en el lugar del paciente o ser compasivos.

Cuadro N° 39. Distribución de frecuencias porcentuales (promedios) comparativas entre ambos grupos, según dimensiones de empatía y empatía total.

| Dimensiones y empatía total | Muy empáticos | Moderados | Poco empáticos |
|---|---------------|-----------|----------------|
| Toma de perspectiva en estudiantes | 84,97 | 6,97 | 8,06 |
| Toma de perspectiva en médicos | 85,25 | 5,43 | 9,33 |
| Compasión en estudiantes | 77,73 | 2,96 | 18,58 |
| Compasión en médicos | 78,45 | 2,96 | 18,58 |
| Ponerse en la situación del otro en estudiantes | 69,8 | 18,27 | 11,93 |
| Ponerse en la situación del otro en médicos | 83,35 | 3,5 | 13,25 |
| Empatía en estudiantes | 77,5 | 10,99 | 11,51 |
| Empatía en médicos | 82,35 | 3,96 | 13,72 |

Fuente: Sánchez, 2009

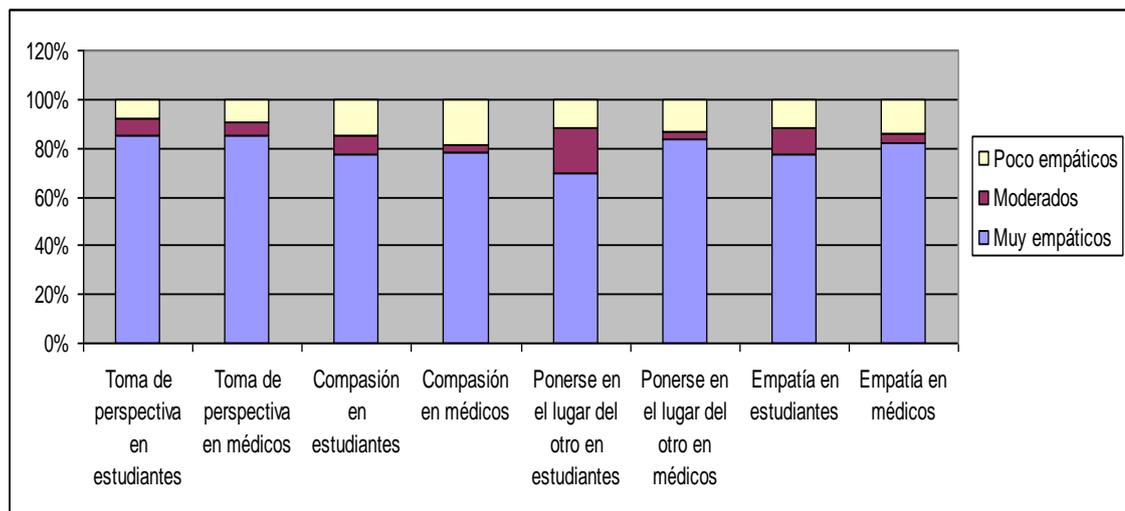


Gráfico N° 37. Distribución de frecuencias porcentuales (promedios) comparativas entre ambos grupos, según dimensiones de empatía y empatía total.

El cuadro y gráfico anteriores, permiten visualizar el comportamiento de ambos grupos por cada dimensión que conforma la empatía y por empatía total. Se puede observar como los médicos tuvieron un mejor desempeño parcial y total por cada dimensión y por empatía total.

Cuadro N° 40. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 7-140), según empatía total (ambos grupos).

| Puntos Medios | estudiantes | médicos |
|---------------|-------------|---------|
| 25,5 | 0 | 0 |
| 35,5 | 0 | 0 |
| 45,5 | 0 | 0 |
| 55,5 | 0 | 0 |
| 65,5 | 0,3 | 0 |
| 75,5 | 2 | 4,2 |
| 85,5 | 3,6 | 0 |
| 95,5 | 4,9 | 6,9 |
| 105,5 | 15 | 13,9 |
| 115,5 | 26,8 | 31,9 |
| 125,5 | 31,4 | 26,4 |
| 135,5 | 16 | 16,7 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009

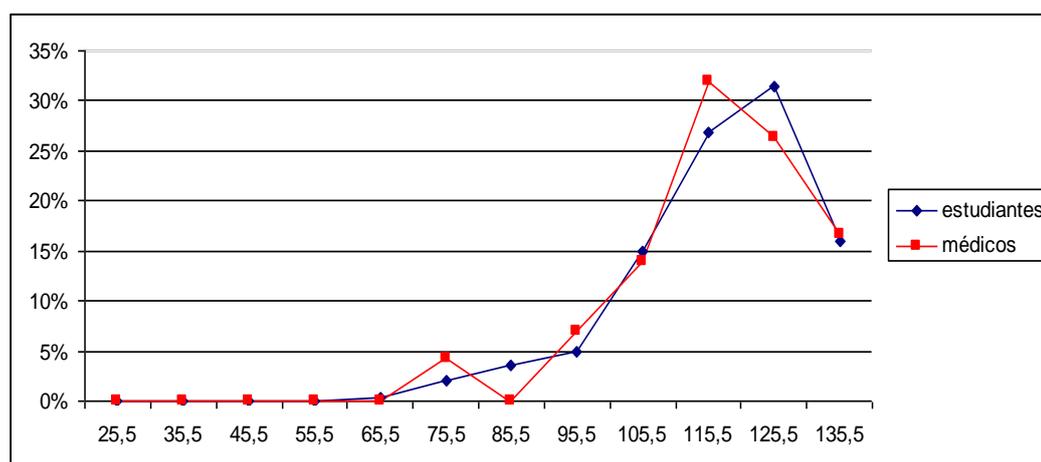


Gráfico N° 38. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 7-140), según empatía total (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa el comportamiento similar de ambos grupos. Pudiendo verse que el desempeño general de los MED es ligeramente mayor que el de los alumnos. La ponderación total de la variable es ligeramente mayor en este grupo, que en los estudiantes. Adquiriendo la diferencia una relevancia muy moderada (diferencia de medias porcentuales, entre grupos, igual a: 4,85%, a favor de los MED).

PARTE III: Sensibilidad emocional

En esta parte de los resultados, se presentan las distribuciones correspondientes a la variable Sensibilidad Emocional discriminadas por dimensiones. La escala no permite puntuaciones totales. Permite conocer que individuos tuvieron puntuaciones como: Sensibles interpersonalmente positivos, sensibles egocéntricamente negativos y distantes afectivamente negativos.

Igualmente que para la variable anterior, los gráficos de barras consolidados permiten observar por ítems lo que ocurrió con las respuestas parciales compendiadas por ítems, de esta manera se puede advertir claramente el carácter de ponderación promediada para cada subdimensión.

Además, al final de cada sub-dimensión de la variable se presenta un cuadro y gráfico de frecuencia que permite ver, comparativamente, las semejanzas o diferencias entre las respuestas de ambos grupos.

Dimensión: Sensibilidad egocéntrica negativa

Cuadro N° 41. Distribución de frecuencias porcentuales, según la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) (estudiantes).

| Ítems | Cierto | Falso |
|-------|--------|-------|
| SES01 | 37,6 | 62,4 |
| SES02 | 27,8 | 72,2 |
| SES04 | 33,7 | 66,3 |
| SES06 | 46,4 | 53,6 |
| SES09 | 71,9 | 28,1 |
| SES10 | 26,8 | 73,2 |
| SES13 | 19 | 81 |
| SES14 | 17,3 | 82,7 |
| SES16 | 63,4 | 36,6 |
| SES17 | 58,5 | 41,5 |
| SES18 | 33,3 | 66,7 |
| SES20 | 15,7 | 84,3 |
| SES21 | 30,1 | 69,9 |
| SES22 | 32,7 | 67,3 |
| SES23 | 48,4 | 51,6 |
| SES25 | 26,5 | 73,5 |
| SES27 | 17,3 | 82,7 |
| SES34 | 31,4 | 68,6 |
| SES38 | 30,7 | 69,3 |
| SES40 | 25,2 | 74,8 |
| SES41 | 58,8 | 41,2 |
| SES45 | 51,3 | 48,7 |

Fuente: Sánchez, 2009

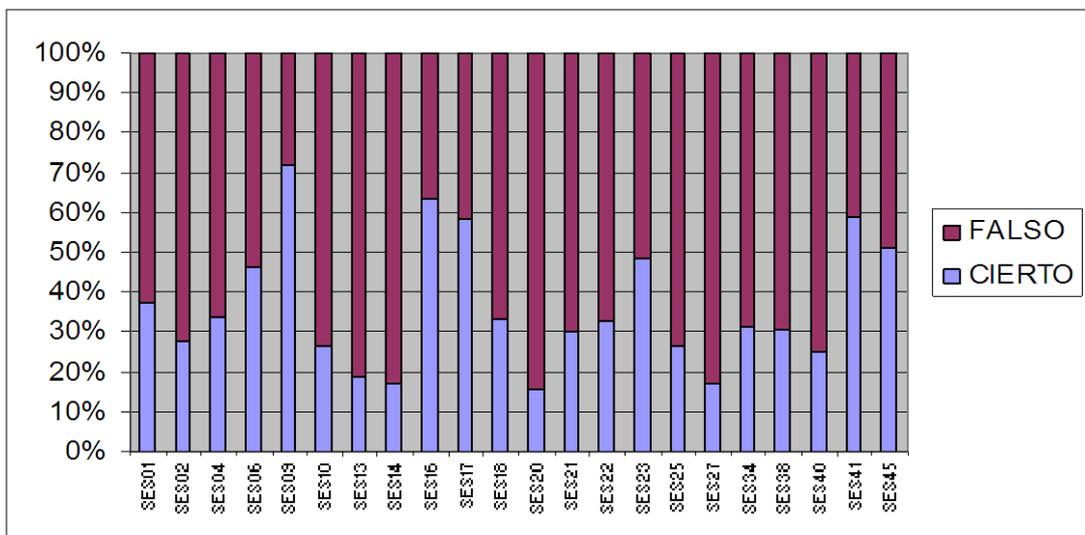


Gráfico N° 39. Distribución de frecuencias porcentuales según SEN (estudiantes).

El cuadro y gráfico anteriores, muestran que los alumnos, como grupo, en la mayoría de las cuestiones planteadas para medir la sensibilidad egocéntrica negativa obtuvieron una puntuación por debajo del percentil 50 (17 ítems de 22, además el ítem 41 tuvo una puntuación alta pero en este caso a favor de negar características de SEN). Sin embargo, llama la atención que el ítem 9 relacionado con enfurecerse cuando las cosas no funcionan, superó el percentil 70 de respuestas a favor. En tanto que, también, llaman la atención los ítems 16 y 17, relacionados respectivamente con: Preocuparse constantemente por cometer errores en su trabajo y molestarse mucho en caso de que amigos no se presenten tal y como estaba planteado, por cuanto tienen puntuaciones en el percentil 60 y casi 60 correspondientemente. Los ítems 23 y 45, relacionados con: desesperarse en situaciones difíciles y cuestionarse mucho a sí mismos, tuvieron una puntuación alto, percentil 40 y 50 respectivamente. No obstante, y contradictoriamente, a las respuestas dadas al ítem 23, el ítem 41, relacionado con: Poder controlar los nervios fácilmente, tuvo una puntuación casi en el percentil 60.

Cuadro N° 42. Distribución de frecuencias porcentuales según SEN (médicos).

| Ítems | Cierto | Falso |
|-------|--------|-------|
| SES01 | 15,3 | 84,7 |
| SES02 | 13,9 | 86,1 |
| SES04 | 16,7 | 83,3 |
| SES06 | 20,8 | 79,2 |
| SES09 | 44,4 | 55,6 |
| SES10 | 18,1 | 81,9 |
| SES13 | 2,8 | 97,2 |
| SES14 | 1,4 | 98,6 |
| SES16 | 44,4 | 55,6 |
| SES17 | 41,7 | 58,3 |
| SES18 | 20,8 | 79,2 |
| SES20 | 2,8 | 97,2 |
| SES21 | 9,7 | 90,3 |
| SES22 | 12,5 | 87,5 |
| SES23 | 13,9 | 86,1 |
| SES25 | 15,3 | 84,7 |
| SES27 | 5,6 | 94,4 |
| SES34 | 30,6 | 69,4 |
| SES38 | 6,9 | 93,1 |
| SES40 | 9,7 | 90,3 |
| SES41 | 72,2 | 27,8 |
| SES45 | 20,8 | 79,2 |

Fuente: Sánchez, 2009

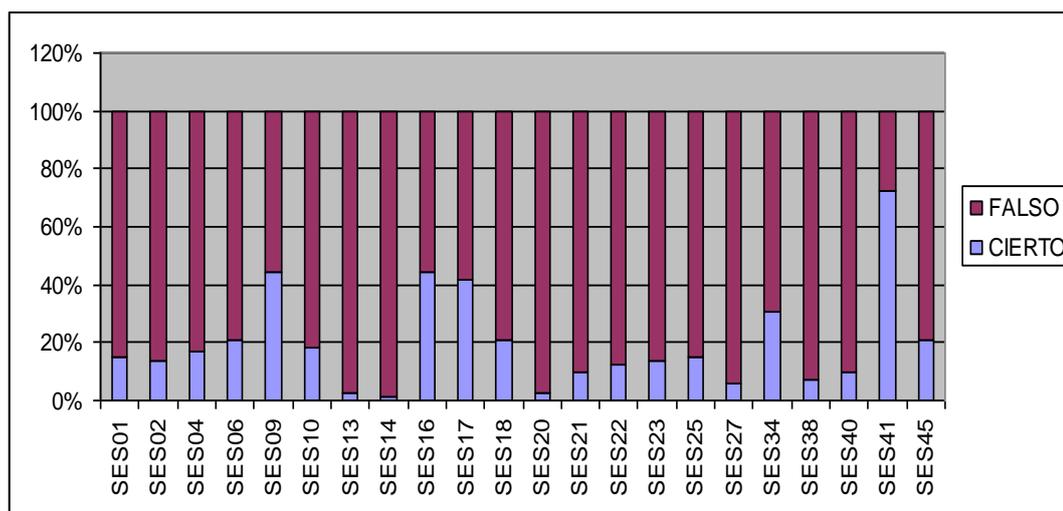


Gráfico N° 40. Distribución de frecuencias porcentuales según SEN (médicos).

El cuadro y gráfico anteriores, muestran que los MED, como grupo, en todas de las cuestiones planteadas, para medir la sensibilidad egocéntrica negativa, obtuvieron una puntuación por debajo del percentil 50 (21 ítems de 22, además el ítem 41 tuvo una puntuación alta pero en este caso a favor de negar características de SEN).

Cuadro N° 43. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-22), según SEN (ambos grupos).

| Puntos Medios | estudiantes | médicos |
|---------------|-------------|---------|
| 0 | 1,6 | 9,7 |
| 1 | 6,2 | 15,3 |
| 2 | 5,2 | 19,4 |
| 3 | 5,2 | 15,3 |
| 4 | 8,8 | 8,3 |
| 5 | 7,2 | 5,6 |
| 6 | 5,9 | 4,2 |
| 7 | 7,5 | 5,6 |
| 8 | 8,2 | 4,2 |
| 9 | 6,5 | 4,2 |
| 10 | 10,5 | 1,4 |
| 11 | 8,5 | 1,4 |
| 12 | 2,9 | 4,2 |
| 13 | 4,9 | 0 |
| 14 | 2 | 0 |
| 15 | 3,3 | 1,4 |
| 16 | 2 | 0 |
| 17 | 0,7 | 0 |
| 18 | 1,6 | 0 |
| 19 | 1,3 | 0 |
| 20 | 0 | 0 |
| 21 | 0 | 0 |
| 22 | 0 | 0 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009

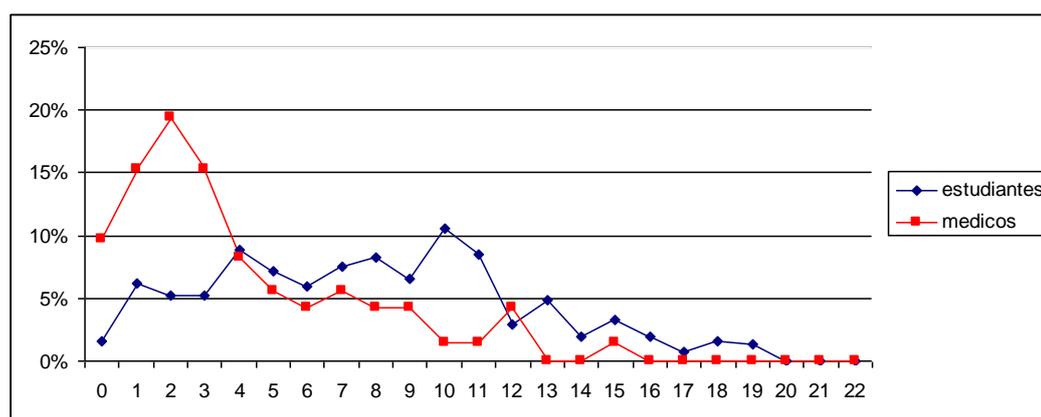


Gráfico N° 41. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-22), según SEN (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa el comportamiento de ambos grupos en relación a la concentración de individuos, de acuerdo a puntos medios de la sub-escala de 22 puntos. Observándose que ambos grupos presentan bajas concentraciones de sujetos en los puntajes altos de la SEN, es decir la mayoría de los sujetos de ambos grupos presenta bajos puntajes para la SEN. Siendo apreciable que más MED se encuentran concentrados en los valores más bajos de la sub-escala, mientras que los estudiantes se concentran en valores medios bajos de la sub-escala.

Dimensión: Distanciamiento emocional

Cuadro N° 44. Distribución de frecuencias simples y porcentuales según, Distanciamiento emocional (DE) (estudiantes).

| Ítems | Cierto | | Falso | |
|-------|------------|------|------------|------|
| | frecuencia | % | frecuencia | % |
| SES08 | 130 | 42,5 | 176 | 57,5 |
| SES12 | 69 | 22,5 | 237 | 77,5 |
| SES28 | 56 | 18,3 | 250 | 81,7 |
| SES29 | 47 | 15,4 | 259 | 84,6 |
| SES33 | 80 | 26,1 | 226 | 73,9 |
| SES36 | 128 | 41,8 | 178 | 58,2 |
| SES30 | 122 | 39,9 | 184 | 60,1 |
| SES42 | 87 | 28,4 | 219 | 71,6 |
| SES43 | 77 | 25,2 | 229 | 74,8 |
| SES44 | 68 | 22,2 | 238 | 77,8 |

Fuente: Sánchez, 2009

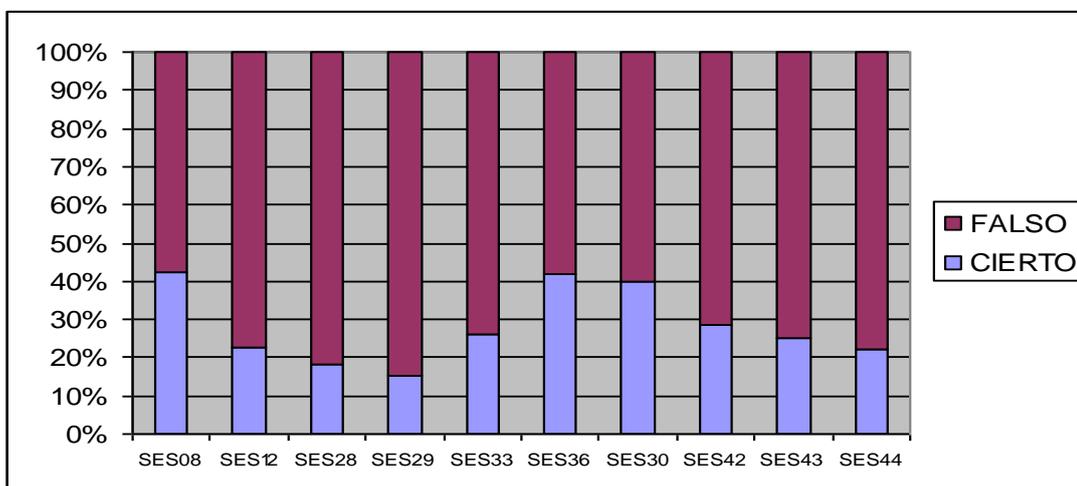


Gráfico N° 42. Distribución de frecuencias porcentuales según DE (estudiantes).

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que en general los alumnos respondieron por debajo del percentil 40 (8 de 10 ítems). Lo cual indica que la mayoría no presenta como forma de respuesta el DE. Sin embargo, contradictoriamente a este puntaje los ítems 8 y 36, (3 de 10 ítems) relacionados con: pensar en ser afortunado por no pasar por el mismo problema que otro, y entender los sentimientos de otro sin involucrarse, tuvieron puntuaciones como ciertos por más del 40% de los respondientes.

Cuadro N° 45. Distribución de frecuencias simples y porcentuales según DE (médicos).

| Ítems | Cierto | | Falso | |
|-------|------------|------|------------|------|
| | frecuencia | % | frecuencia | % |
| SES08 | 33 | 45,8 | 39 | 54,2 |
| SES12 | 19 | 26,4 | 53 | 73,6 |
| SES28 | 7 | 9,7 | 65 | 90,3 |
| SES29 | 13 | 18,1 | 59 | 81,9 |
| SES33 | 21 | 29,2 | 51 | 70,8 |
| SES36 | 16 | 22,2 | 56 | 77,8 |
| SES30 | 34 | 47,2 | 38 | 52,8 |
| SES42 | 21 | 29,2 | 51 | 70,8 |
| SES43 | 31 | 43,1 | 41 | 56,9 |
| SES44 | 19 | 26,4 | 53 | 73,6 |

Fuente: Sánchez, 2009.

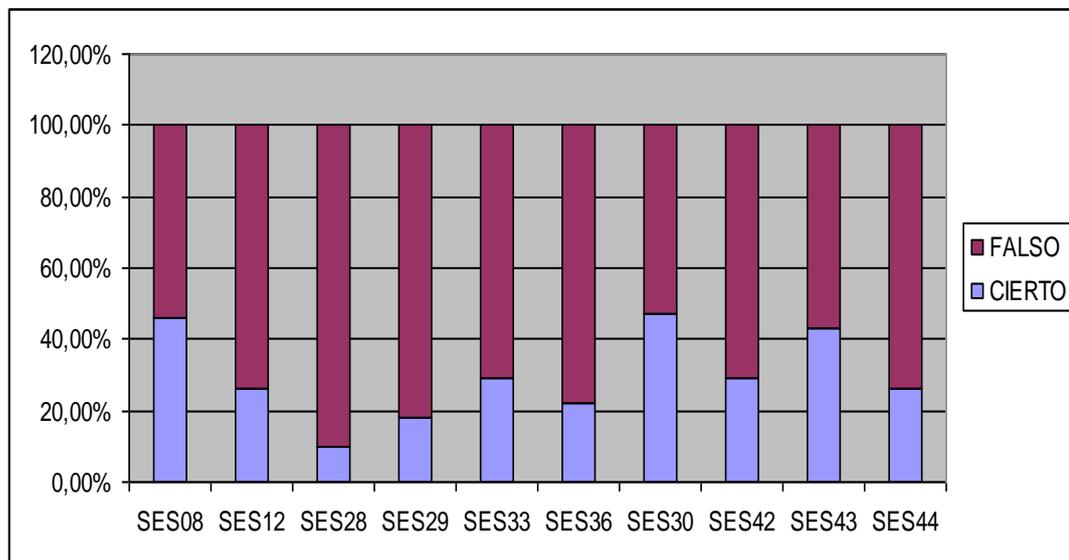


Gráfico N° 43. Distribución de frecuencias porcentuales según DE (médicos).

El cuadro y gráfico anteriores, señalan que en general los MED respondieron por debajo del percentil 30 (7 de 10 ítems). Lo cual indica que la mayoría no presenta como forma de respuesta el DE. Sin embargo, contradictoriamente a este puntaje los ítems 8, 30 y 43, (3 de 10 ítems) relacionados con: pensar en ser afortunado por no pasar por el mismo problema que otro, pensar que se involucra demasiado cuando ayuda a otro y pensar que se evitan problemas no involucrándose con la vida personal de otros, tuvieron puntuaciones como ciertos por más del 40% de los respondientes.

Cuadro N° 46. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-10), según DE (ambos grupos).

| Puntos Medios | estudiantes | médicos |
|---------------|-------------|---------|
| 0 | 10,8 | 11,1 |
| 1 | 19,9 | 20,8 |
| 2 | 22,5 | 18,1 |
| 3 | 16,3 | 15,3 |
| 4 | 10,1 | 8,3 |
| 5 | 6,5 | 8,3 |
| 6 | 5,2 | 11,1 |
| 7 | 5,6 | 4,2 |
| 8 | 1,6 | 1,4 |
| 9 | 1,3 | 1,4 |
| 10 | 0 | 0 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009.

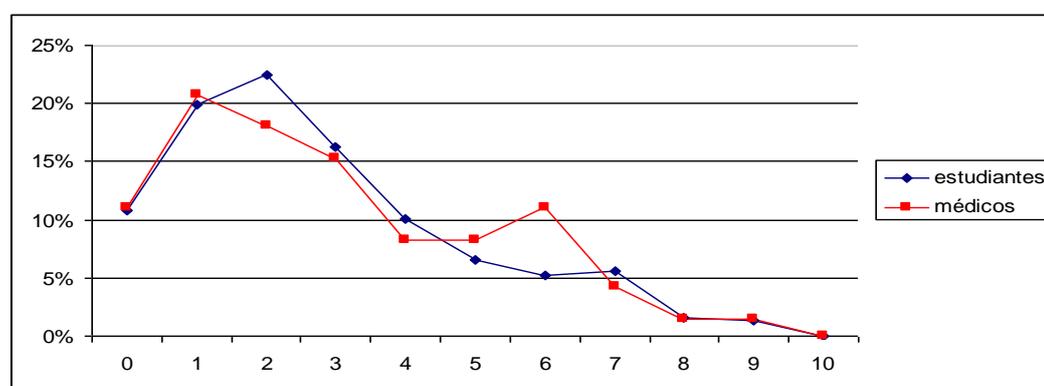


Gráfico N° 44. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-10), según DE (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa el comportamiento de ambos grupos en relación a la concentración de individuos, de acuerdo a puntos medios de la sub-escala de 10 puntos. Observándose que ambos grupos presentan altas concentraciones de sujetos en los puntajes bajos de DE, es decir la mayoría de los sujetos de ambos grupos presenta bajos puntajes para el DE. Siendo apreciable, en este caso, que ambos grupos presentan concentraciones de sujetos, similares en todos los puntos de la escala. En otras palabras, ambos grupos responden con bajas concentraciones para el DE.

Dimensión: Sensibilidad interpersonal positiva (SIP)

Cuadro N° 47. Distribución de frecuencias simples y porcentuales según, SIP (estudiantes).

| | Cierto | | Falso | |
|-------|------------|------|------------|------|
| | frecuencia | % | frecuencia | % |
| SES03 | 264 | 86,3 | 42 | 13,7 |
| SES05 | 282 | 92,2 | 24 | 7,8 |
| SES07 | 217 | 70,9 | 89 | 29,1 |
| SES11 | 221 | 72,2 | 85 | 27,8 |
| SES15 | 236 | 77,1 | 70 | 22,9 |
| SES19 | 193 | 63,1 | 113 | 36,9 |
| SES24 | 191 | 62,4 | 115 | 37,6 |
| SES26 | 80 | 26,1 | 226 | 73,9 |
| SES31 | 168 | 54,9 | 138 | 45,1 |
| SES32 | 69 | 22,5 | 237 | 77,5 |
| SES35 | 165 | 53,9 | 141 | 46,1 |
| SES37 | 91 | 29,7 | 215 | 70,3 |
| SES39 | 62 | 20,3 | 244 | 79,7 |

Fuente: Sánchez, 2009

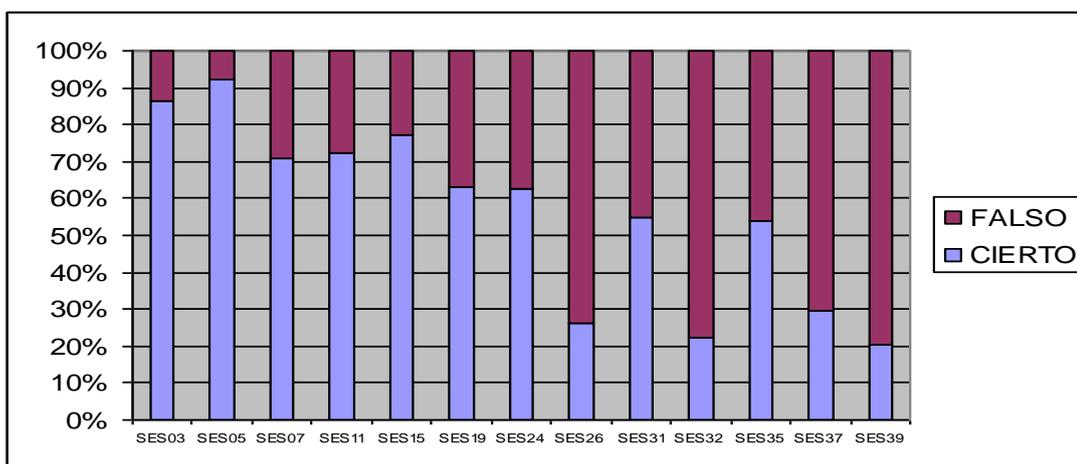


Gráfico N° 45. Distribución de frecuencias simples y porcentuales según SIP (estudiantes).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa que en general los alumnos respondieron por encima del percentil 50 (11 de 13 ítems). Lo cual indica que la mayoría presenta como forma de respuesta la SIP, ante situaciones difíciles para el otro. Sin embargo, contradictoriamente a este puntaje los ítems 26 y 39, (2 de 13 ítems) relacionados con: sentir más preocupación por sentimientos de otros que los propios y facilidad para conocer los sentimientos y estados de ánimo de los demás, tuvieron puntuaciones como falsos por más del 70% de los encuestados.

Cuadro N° 48. Distribución de frecuencias simples y porcentuales según SIP (médicos).

| | Cierto | | Falso | |
|-------|------------|------|------------|------|
| | frecuencia | % | frecuencia | % |
| SES03 | 67 | 93,1 | 5 | 6,9 |
| SES05 | 70 | 97,2 | 2 | 2,8 |
| SES07 | 54 | 75 | 18 | 25 |
| SES11 | 54 | 75 | 18 | 25 |
| SES15 | 61 | 84,7 | 11 | 15,3 |
| SES19 | 33 | 45,8 | 39 | 54,2 |
| SES24 | 47 | 65,3 | 25 | 34,7 |
| SES26 | 15 | 20,8 | 57 | 79,2 |
| SES31 | 35 | 48,6 | 37 | 51,4 |
| SES32 | 15 | 20,8 | 57 | 79,2 |
| SES35 | 36 | 50 | 36 | 50 |
| SES37 | 15 | 20,8 | 57 | 79,2 |
| SES39 | 3 | 4,2 | 69 | 95,8 |

Fuente: Sánchez, 2009

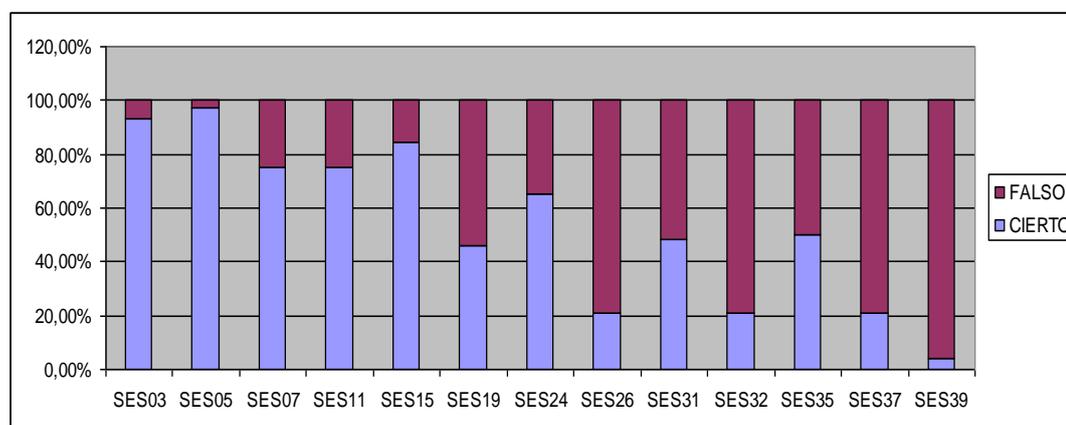


Gráfico N° 46. Distribución de frecuencias simples y porcentuales según SIP (médicos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se puede apreciar que los médicos en su gran mayoría contestaron a favor de la SIP, teniendo un comportamiento similar al de los estudiantes. Es decir, se ve que en general los MED respondieron por encima del percentil 50 (11 de 13 ítems). Lo cual indica que la mayoría presenta como forma de respuesta la SIP, ante situaciones difíciles para el otro. Sin embargo, contradictoriamente a este puntaje los ítems 26 y 39, (2 de 13 ítems) relacionados con: sentir más preocupación por sentimientos de otros que los propios y facilidad para conocer los sentimientos y estados de ánimo de los demás, tuvieron puntuaciones como falsos por más del 70% de los encuestados.

Cuadro N° 49. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-13), según SIP (ambos grupos).

| Puntos Medios | estudiantes | médicos |
|---------------|-------------|---------|
| 0 | 0 | 0 |
| 1 | 0 | 0 |
| 2 | 0,3 | 0 |
| 3 | 2,3 | 0 |
| 4 | 1 | 2,8 |
| 5 | 5,9 | 6,9 |
| 6 | 10,5 | 12,5 |
| 7 | 14,4 | 11,1 |
| 8 | 14,7 | 15,3 |
| 9 | 16 | 15,3 |
| 10 | 15,4 | 18,1 |
| 11 | 11,1 | 5,6 |
| 12 | 6,2 | 11,1 |
| 13 | 2,3 | 1,4 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: Sánchez, 2009.

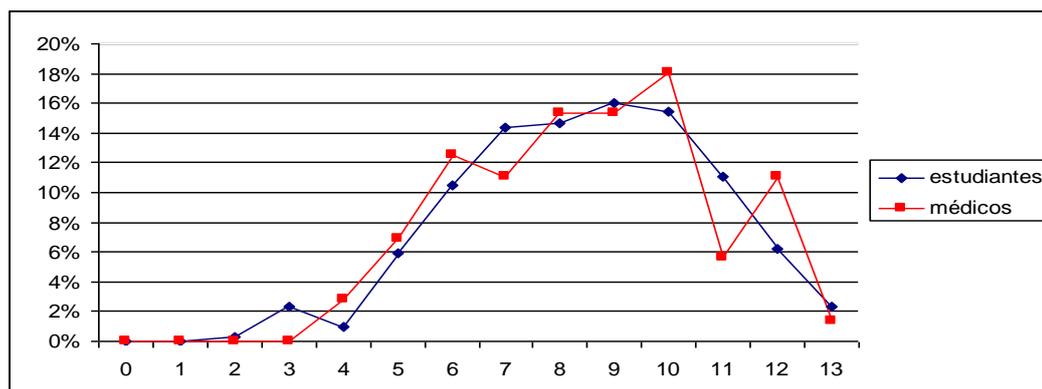


Gráfico N° 47. Distribución comparativa de las frecuencias porcentuales para puntuaciones posibles de puntos medios (escala 0-13), según SIP (ambos grupos).

En el cuadro y gráfico anteriores, se observa el comportamiento de ambos grupos en relación a la concentración de individuos, de acuerdo a puntos medios de la sub-escala de 13 puntos. Se confirma que ambos grupos tuvieron un comportamiento similar. Es decir, tanto MED como estudiantes, presentan mayor concentración de sujetos para niveles altos de SIP, sobre todo en los valores medios altos y altos de la sub-escala.

SECCIÓN II: Análisis multivariante (ANOVA/ANAVA) y correlación de pearson

En esta sección se hace un análisis multivariante (ANOVA/ANAVA) de las diferencias de las varianzas entre los factores de las: Características psicosociodemográficas y las variables: Empatía médica y Sensibilidad emocional, a través de sus dimensiones constitutivas para ambos grupos.

En este aparte se señalan los cuadros que muestran alguna diferencia significativa de las varianzas, entre los factores y las dimensiones o variables dependientes, ubicando el grado de significación en 0,10; 0,05 y 0,01. En algunos sub-grupos (en los cuales se quiere determinar comparaciones múltiples) se hace una comparación entre ellos para verificar correlaciones intergrupos, a través del HSD de Tukey.

Los datos son presentados en tres partes correspondientes a Empatía, sensibilidad emocional y la correlación entre los componentes de empatía médica y sensibilidad emocional, para ambos grupos. Las partes correspondientes a empatía y sensibilidad emocional se subdividen en dos apartados el A, para estudiantes y el B, para los MED.

PARTE I: Diferencias entre las varianzas de los factores: características psicosociodemográficas y la variable dependiente: empatía médica, y sus dimensiones constitutivas (ANOVA/ANAVA) (ambos grupos).

Apartado A: ESTUDIANTES

Cuadro N° 50. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y año de carrera (sólo estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Perspectiva | Inter-grupos | 164,141 | 2 | 82,071 | 1,310 | 0,271 |
| | Intra-grupos | 18977,679 | 303 | 62,633 | | |
| | Total | 19141,820 | 305 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 564,654 | 2 | 282,327 | 5,575 | 0,004 |
| | Intra-grupos | 15345,519 | 303 | 50,645 | | |
| | Total | 15910,173 | 305 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 66,455 | 2 | 33,227 | 3,881 | 0,022 |
| | Intra-grupos | 2594,434 | 303 | 8,562 | | |
| | Total | 2660,889 | 305 | | | |
| Empatía | Inter-grupos | 1956,421 | 2 | 978,211 | 5,193 | 0,006 |
| | Intra-grupos | 57076,036 | 303 | 188,370 | | |
| | Total | 59032,458 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 51. Distribución de comparaciones múltiples entre años (HSD de Tukey) (estudiantes).

| Variable dependiente | (I) Año | (J) Año | Diferencia de medias (I-J) | Sig, |
|----------------------------------|---------|---------|----------------------------|-------|
| Compasión | Sexto | Cuarto | -2,27 | 0,071 |
| | | Quinto | -3,41(*) | 0,003 |
| Ponerse en la situación del otro | Cuarto | Sexto | ,99 | 0,053 |
| | | Quinto | -1,09(*) | 0,026 |
| Empatía | Cuarto | Sexto | 4,21 | 0,087 |
| | | Quinto | -6,35(*) | 0,004 |

Fuente: Sánchez, 2009

En relación al año de estudio, se observaron los siguientes resultados para la variable Empatía y sus dimensiones: Perspectiva, Compasión y Ponerse en la Situación del Otro.

Variable Empatía: Se observaron diferencias significativas ($F=5,193$, $p= 0,006$). Las medias encontradas fueron iguales a 117,79; 119,93 y 113,58 para el cuarto, quinto y sexto año respectivamente.

La Prueba de Tukey indica la existencia de diferencias significativas entre el sexto y el quinto año para un alfa = 0,01, y entre el cuarto y el sexto año para un alfa = 0,10. No existen diferencias significativas entre el cuarto y el quinto año.

Dimensión Perspectiva. No se observaron diferencias significativas.

Dimensión Compasión. Se observaron diferencias significativas ($F= 5,58$, $p= 0,004$) Para el cuarto año, la media fue igual a 46,67; para el quinto año igual a 47,81 y para el sexto año igual a 44,40. La prueba de Tukey indica diferencias significativas entre el sexto año y el quinto año para un alfa de 0,05 y entre el sexto año y el cuarto año para un alfa de 0,10. No se observaron diferencias entre el cuarto y el quinto año.

Dimensión Ponerse en la Situación del Otro. Se observaron diferencias significativas ($F= 3,881$, $p=0,022$). Las medias para el cuarto, quinto y sexto año fueron las siguientes 11,01; 11,12 y 10,02 respectivamente. La Prueba de Tukey señala diferencias entre sexto año y el quinto año para un alfa de 0,05 y entre el sexto y el cuarto año para un alfa de 0,10. No existen diferencias significativas entre el cuarto y el quinto año de estudio.

En resumen se encontraron diferencias entre el sexto y el cuarto año y entre sexto y el quinto año para la variable Empatía y para las Dimensiones Compasión y Ponerse en la Situación del Otro. Se destaca que en todos los casos la media más baja correspondió al sexto año. Por lo tanto, entonces, los

estudiantes que están próximos a graduarse y a comenzar su ejercicio profesional, a mayor contacto con pacientes presentaron menor empatía.

Cuadro N° 52. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y edad (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Perspectiva | Inter-grupos | 110,341 | 3 | 36,780 | 0,584 | 0,626 |
| | Intra-grupos | 19031,479 | 302 | 63,018 | | |
| | Total | 19141,820 | 305 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 627,948 | 3 | 209,316 | 4,136 | 0,007 |
| | Intra-grupos | 15282,226 | 302 | 50,603 | | |
| | Total | 15910,173 | 305 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 1,482 | 3 | ,494 | 0,056 | 0,983 |
| | Intra-grupos | 2659,407 | 302 | 8,806 | | |
| | Total | 2660,889 | 305 | | | |
| Empatía | Inter-grupos | 1006,898 | 3 | 335,633 | 1,747 | 0,157 |
| | Intra-grupos | 58025,559 | 302 | 192,138 | | |
| | Total | 59032,458 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 53. Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de edades (HSD de Tukey) (estudiantes).

| Variable dependiente | (I) Edad | (J) Edad | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|----------------------|----------|----------|-------------------------------|-------|
| Compasión | 28 y más | 19-20-21 | -6,96(*) | 0,004 |
| | | 22-23-24 | -6,47(*) | 0,009 |

Fuente: Sánchez, 2009

En correspondencia a lo observado, se evidencian diferencias significativas en relación a la dimensión compasión de la empatía y los rangos de edad ($F=4,136$, $p=0,007$). Las medias encontradas fueron iguales a: 47,12; 46,63; 44,83 y 40,15 para los rangos de edades comprendidas, respectivamente, de la siguiente manera: 19-20-21, 22-23-24, 25-26-27 y, 28 y más. La prueba de Tukey indica que existe diferencia significativa entre el rango de edad igual a: 28 y más, con los rangos de edades iguales a: 19-20-21 y 22-23-24 para $\alpha=0,05$. No se observaron diferencias significativas con el rango de edad: 25-26-27. En otras palabras, los alumnos cursantes de la carrera de medicina con edades mayores a los 28 años o más, muestran menor compasión que los más jóvenes de 19 a 24 años e igual compasión que los estudiantes cuyas edades oscilan entre 25 y 27 años.

Cuadro N° 54. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y sexo (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----|---------------------|--------|-------|
| Perspectiva | Inter-grupos | 332,982 | 1 | 332,982 | 5,382 | 0,021 |
| | Intra-grupos | 18808,838 | 304 | 61,871 | | |
| | Total | 19141,820 | 305 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 696,362 | 1 | 696,362 | 13,915 | 0,000 |
| | Intra-grupos | 15213,812 | 304 | 50,045 | | |
| | Total | 15910,173 | 305 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 1,735 | 1 | 1,735 | 0,198 | 0,656 |
| | Intra-grupos | 2659,154 | 304 | 8,747 | | |
| | Total | 2660,889 | 305 | | | |
| Empatía | Inter-grupos | 1876,551 | 1 | 1876,551 | 9,981 | 0,002 |
| | Intra-grupos | 57155,907 | 304 | 188,013 | | |
| | Total | 59032,458 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

En relación al sexo, se puede observar que para Empatía, existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($F=9,981$; $p=0,002$). Las medias observadas fueron iguales a: 113,94 y 119,18 respectivamente. En tanto que para la dimensión toma de perspectiva, se observaron diferencias significativas ($F=5,382$; $p=0,021$), media para el sexo masculino igual a 58,71 y para el sexo femenino igual a: 60,92. La dimensión compasión evidencia diferencias significativas ($F= 13,015$; $p= 0,000$), con medias iguales a: 44,35 para el sexo masculino y 47,54 para el femenino. Por último, la dimensión ponerse en la situación del otro, no arrojó diferencias significativas. En resumen, las mujeres obtienen medias más altas en todos los casos, excepto en la dimensión ponerse en la situación del otro en la que la media entre ambos sexos es prácticamente igual. Cabe destacar que la mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa para la dimensión compasión. Estos resultados son consistentes con lo reportado en la literatura en relación con Empatía y género (13).

Cuadro N° 55. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y estado civil (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|----------------------------------|------------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Perspectiva | Inter- grupos | 276,674 | 1 | 276,674 | 4,458 | 0,036 |
| | Intra- grupos | 18865,147 | 304 | 62,056 | | |
| | Total | 19141,820 | 305 | | | |
| Compasión | Inter- grupos | 53,481 | 1 | 53,481 | 1,025 | 0,312 |
| | Intra- grupos | 15856,693 | 304 | 52,160 | | |
| | Total | 15910,173 | 305 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter- grupos | 13,972 | 1 | 13,972 | 1,605 | 0,206 |
| | Intra- grupos | 2646,917 | 304 | 8,707 | | |
| | Total | 2660,889 | 305 | | | |
| Empatía | Inter- grupos | 408,389 | 1 | 408,389 | 2,118 | 0,147 |
| | Intra- grupos | 58624,069 | 304 | 192,842 | | |
| | Total | 59032,458 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

En correspondencia al estado civil de los estudiantes, es importante destacar que se halló una diferencia significativa entre éste y la toma de perspectiva ($F= 4,458$; $p= 0,036$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación a la toma de perspectiva, se evidencian iguales a: 60,40 para alumnos solteros y 56,13 para el resto de los estados civiles. Es decir, los estudiantes solteros muestran más posibilidades de tomar perspectiva en relación a la enfermedad de sus pacientes, que los alumnos con otros estados civiles.

Cuadro N° 56. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y profesión jefe familia (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|----------------------------------|--------------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Perspectiva | Inter-grupos | 580,204 | 4 | 145,051 | 2,347 | 0,055 |
| | Intra-grupos | 18415,202 | 298 | 61,796 | | |
| | Total | 18995,406 | 302 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 236,855 | 4 | 59,214 | 1,130 | 0,343 |
| | Intra-grupos | 15618,459 | 298 | 52,411 | | |
| | Total | 15855,314 | 302 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 3,359 | 4 | ,840 | 0,095 | 0,984 |
| | Intra-grupos | 2629,004 | 298 | 8,822 | | |
| | Total | 2632,363 | 302 | | | |
| Empatía | Inter-grupos | 1365,933 | 4 | 341,483 | 1,775 | 0,134 |
| | Intra-grupos | 57343,730 | 298 | 192,429 | | |
| | Total | 58709,663 | 302 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 57. Distribución de comparaciones múltiples entre profesiones de jefe de familia (HSD de Tukey) (estudiantes).

| Variable dependiente | (I) Profesión jefe familia | (J) Profesión jefe familia | Diferencia de medias (I-J) | Sig, |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Perspectiva | Técnica | Obrero especializado | 5,44(*) | 0,030 |
| Empatía | Pequeños comerciantes | Obrero especializado | 8,65 | 0,087 |

Fuente: Sánchez 2009

Para el análisis de varianzas entre la dimensión toma de perspectiva y la dimensión profesión jefe de familia se advirtió una diferencia significativa ($F=2,347$; $p=0,055$), las medias se distribuyeron más o menos iguales para las profesiones: Universitaria (60,05), técnica (60,82), pequeños comerciantes (60,82), y obrero no especializado (61,43) en relación al obrero especializado quien exhibe una media baja (55,52). El análisis de comparaciones múltiples de HSD de Tukey indica que se encuentran diferencias significativas entre los alumnos cuyos padres tienen profesión técnica y aquellos cuyos padres son obreros especializados para $\alpha=0,01$, en relación a la toma de perspectiva. Es decir, los alumnos cuyos padres son obreros especializados están representados con medias más bajas que el resto, su toma de perspectiva es menor que la de los otros grupos.

Cuadro N° 58. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y condiciones de la vivienda (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Perspectiva | Inter-grupos | 431,586 | 3 | 143,862 | 2,317 | 0,076 |
| | Intra-grupos | 18563,820 | 299 | 62,086 | | |
| | Total | 18995,406 | 302 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 462,003 | 3 | 154,001 | 2,991 | 0,031 |
| | Intra-grupos | 15393,311 | 299 | 51,483 | | |
| | Total | 15855,314 | 302 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 12,623 | 3 | 4,208 | 0,480 | 0,696 |
| | Intra-grupos | 2619,740 | 299 | 8,762 | | |
| | Total | 2632,363 | 302 | | | |
| Empatía | Inter-grupos | 1890,799 | 3 | 630,266 | 3,317 | 0,020 |
| | Intra-grupos | 56818,865 | 299 | 190,030 | | |
| | Total | 58709,663 | 302 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 59. Distribución de comparaciones múltiples entre condiciones de la vivienda (HSD de Tukey) (estudiantes).

| Variable dependiente | (I)Condiciones vivienda | (J) Condiciones vivienda | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------|
| Perspectiva | Espaciosa | Deficiencias sanitarias | 13,03 | 0,092 |
| Compasión | Espaciosa | Deficiencias sanitarias | 11,70 | 0,099 |
| | Espacio reducido | Deficiencias sanitarias | 12,47 | 0,078 |
| Empatía | Espaciosa | Deficiencias sanitarias | 26,59(*) | 0,033 |
| | Espacio reducido | Deficiencias sanitarias | 25,84(*) | 0,048 |

Fuente: Sánchez, 2009

En relación a las condiciones de la vivienda, se observaron los siguientes resultados para la variable Empatía y sus dimensiones: Perspectiva, Compasión y Ponerse en la Situación del Otro. Variable Empatía: Se observaron diferencias significativas ($F=3,317$, $p= 0,020$). Las medias encontradas fueron iguales a 59,0; 60,53; 59,21 y 47,50 para las viviendas de ambiente lujoso, espaciosas, espacios reducidos y con deficiencias sanitarias respectivamente.

La Prueba de Tukey indica la existencia de diferencias significativas entre los alumnos con casas espaciosas y los alumnos con casas con deficiencias sanitarias para un alfa = 0,01, y entre los alumnos con casas de espacios reducidos y con deficiencias sanitarias para un alfa = 0,01.

Dimensión Perspectiva, compasión y ponerse en el lugar del otro. No se observaron diferencias significativas.

En resumen se encontraron diferencias entre los alumnos con casas con deficiencias sanitarias y los de casas con ambientes espaciosos o espacios reducidos. Se destaca que en todos los casos la media más baja correspondió a los alumnos con casas con deficiencias sanitarias. Por lo tanto, entonces, los estudiantes que viven en casas con deficiencias sanitarias tienen menos empatía que los demás.

Cuadro N° 60. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y estrato socioeconómico (Graffar) (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Perspectiva | Inter-grupos | 400,222 | 3 | 133,407 | 2,145 | 0,095 |
| | Intra-grupos | 18595,184 | 299 | 62,191 | | |
| | Total | 18995,406 | 302 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 362,142 | 3 | 120,714 | 2,330 | 0,074 |
| | Intra-grupos | 15493,171 | 299 | 51,817 | | |
| | Total | 15855,314 | 302 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 10,913 | 3 | 3,638 | 0,415 | 0,742 |
| | Intra-grupos | 2621,450 | 299 | 8,767 | | |
| | Total | 2632,363 | 302 | | | |
| Empatía | Inter-grupos | 1551,815 | 3 | 517,272 | 2,706 | 0,046 |
| | Intra-grupos | 57157,848 | 299 | 191,163 | | |
| | Total | 58709,663 | 302 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

En correspondencia al estrato socioeconómico de los estudiantes es importante destacar que se halló una diferencia significativa entre éste y la empatía ($F= 2,706$; $p= 0,046$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación a la empatía, se evidencian iguales a: 114,91; 119,40; 117,29 y 112,38 para los estratos I, II, II y IV respectivamente. Es decir, los estudiantes ubicados en los estratos I y IV presentan en general menor empatía que los de los estratos II y III.

Cuadro N° 61. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y trabajos comunitarios fuera del área de residencia (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|-------------------------------------|------------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Perspectiva | Inter- grupos | 310,416 | 1 | 310,416 | 5,011 | 0,026 |
| | Intra- grupos | 18831,404 | 304 | 61,945 | | |
| | Total | 19141,820 | 305 | | | |
| Compasión | Inter- grupos | 0,023 | 1 | 0,023 | 0,000 | 0,998 |
| | Intra- grupos | 15910,173 | 304 | 52,336 | | |
| | Total | 15910,173 | 305 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter- grupos | ,257 | 1 | ,257 | 0,029 | 0,864 |
| | Intra- grupos | 2660,632 | 304 | 8,752 | | |
| | Total | 2660,889 | 305 | | | |
| Empatía | Inter- grupos | 292,293 | 1 | 292,293 | 1,513 | 0,220 |
| | Intra- grupos | 58740,165 | 304 | 193,224 | | |
| | Total | 59032,458 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Se aprecia entre los estudiantes que realizan trabajos comunitarios fuera del área de residencia y la toma de perspectiva, diferencias significativas ($F=5,011$; $p=0,026$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación a la toma de perspectiva, se evidencian iguales a: 59,61 y 61,97 para los que no realizan trabajos, en relación con los que realizan trabajos comunitarios fuera del área de residencia respectivamente. Es decir, los estudiantes que realizan trabajos comunitarios fuera del área de residencia pueden tomar perspectiva del estado de su paciente, con más facilidad que los que no los efectúan.

Apartado B: Médicos Especialistas Docentes

Cuadro N° 62: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y años de graduado (MED).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|----------------------------------|--------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Toma de perspectiva | Inter-grupos | 3,545 | 2 | 1,773 | 3,182 | 0,048 |
| | Intra-grupos | 38,437 | 69 | 0,557 | | |
| | Total | 41,982 | 71 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 2,532 | 2 | 1,266 | 1,338 | 0,269 |
| | Intra-grupos | 65,272 | 69 | 0,946 | | |
| | Total | 67,805 | 71 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 5,294 | 2 | 2,647 | 1,949 | 0,150 |
| | Intra-grupos | 93,703 | 69 | 1,358 | | |
| | Total | 98,997 | 71 | | | |
| Puntaje total Empatía | Inter-grupos | 2,178 | 2 | 1,089 | 2,510 | 0,089 |
| | Intra-grupos | 29,937 | 69 | 0,434 | | |
| | Total | 32,114 | 71 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 63. Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años de graduado (HSD de Tukey) (MED).

| Variable dependiente | (I) Años de graduado | (J) Años de graduado | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|-------|
| Toma de perspectiva | 10-19 | 20-29 | -0,475(*) | 0,061 |
| Puntaje total Empatía | 10-19 | 20-29 | -0,402(*) | 0,076 |

Fuente: Sánchez, 2009

En relación a los años de graduado, se observaron diferencias significativas ($F=3,182$, $p= 0,048$) con la toma de perspectiva. Siendo las medias encontradas, para esta dimensión, iguales a: 5,78; 6,26 y 5,79 para los graduados en rangos de 10-19, 20-29 y 30-39, respectivamente. A su vez, también se apreciaron diferencias significativas con la empatía total ($F= 2,510$, $p= 0,089$). Siendo las medias encontradas, para esta dimensión, iguales a: 5,65; 6,05 y 5,89, correspondientemente.

La Prueba de Tukey indica la existencia de diferencias significativas para la toma de perspectiva, entre los MED cuyos rangos de años de graduados, oscilan entre 10-19 y 20-29 años, para un alfa = 0,01, y para la empatía total, entre los MED con rangos de edades comprendidas en los mismos rangos, para un alfa = 0,01.

En resumen se encontraron diferencias significativas, entre los MED, cuyos rangos de graduados oscilan entre 10-19 y 20-29 años, para toma de perspectiva y empatía total. Siendo los puntajes más bajos de las medias, para ambos casos, las correspondientes a los MED cuyos rangos de graduados oscilan entre 10 y 19 años. Por lo tanto, entonces, los MED con rangos de graduados entre 20 y 29 años, son más empáticos en relación a la toma de perspectiva y a la sumatoria de empatía total.

Cuadro N° 64. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y años como docente (MED).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|----------------------------------|--------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Toma de perspectiva | Inter-grupos | 1,913 | 2 | 0,957 | 1,647 | 0,200 |
| | Intra-grupos | 40,069 | 69 | 0,581 | | |
| | Total | 41,982 | 71 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 2,361 | 2 | 1,180 | 1,245 | 0,294 |
| | Intra-grupos | 65,444 | 69 | 0,948 | | |
| | Total | 67,805 | 71 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 6,838 | 2 | 3,419 | 2,560 | 0,085 |
| | Intra-grupos | 92,159 | 69 | 1,336 | | |
| | Total | 98,997 | 71 | | | |
| Puntaje total Empatía | Inter-grupos | 1,835 | 2 | 0,918 | 2,091 | 0,131 |
| | Intra-grupos | 30,279 | 69 | 0,439 | | |
| | Total | 32,114 | 71 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 65. Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años como docente (HSD de Tukey) (MED).

| (I) Años como docente | (J) Años como docente | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| 1-9 | 20-30 | -0,813(*) | 0,094 |

Fuente: Sánchez, 2009

En relación a los años como docente, se observaron diferencias significativas ($F=2,560$, $p=0,085$) con ponerse en la situación del otro. Siendo las medias encontradas, para esta dimensión, iguales a: 5,53; 6,00 y 6,35, para los MED que ejercen la docencia en rangos de 1-9; 10-19 y 20-30, respectivamente. La Prueba de Tukey indica la existencia de diferencias significativas para la ponerse en la situación del otro, entre los MED cuyos rangos de años como docentes, oscilan entre 10-19 y 20-29 años, para un alfa = 0,01. Siendo los puntajes más bajos de las medias, las correspondientes a los MED cuyos rangos como docentes oscilan entre 1-9 años. Por lo tanto, entonces, los MED con rangos como docentes entre 20 y 29 años, son más empáticos en relación a ponerse en la situación del otro.

Cuadro N° 66: ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y posición como hijo (MED).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|----|---------------------|-------|-------|
| Toma de perspectiva | Inter-grupos | 4,189 | 3 | 1,396 | 2,512 | 0,066 |
| | Intra-grupos | 37,793 | 68 | 0,556 | | |
| | Total | 41,982 | 71 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 3,680 | 3 | 1,227 | 1,301 | 0,281 |
| | Intra-grupos | 64,125 | 68 | 0,943 | | |
| | Total | 67,805 | 71 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 8,985 | 3 | 2,995 | 2,263 | 0,089 |
| | Intra-grupos | 90,011 | 68 | 1,324 | | |
| | Total | 98,997 | 71 | | | |
| Puntaje total Empatía | Inter-grupos | 2,374 | 3 | 0,791 | 1,809 | 0,154 |
| | Intra-grupos | 29,741 | 68 | 0,437 | | |
| | Total | 32,114 | 71 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 67. Distribución de comparaciones múltiples entre posiciones como hijo (HSD de Tukey) (MED).

| (I) Posición como hijo | (J) Posición como hijo | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|------------------------|------------------------|-------------------------------|-------|
| Único | Primero | 0,846(*) | 0,045 |

Fuente: Sánchez, 2009

En relación a la posición como hijo, se observaron diferencias significativas ($F=2,512$, $p= 0,066$) con toma de perspectiva. Siendo las medias encontradas, para esta dimensión, iguales a: 5,53; 6,17, 5,87 y 5,91, para los MED que ocupan las siguientes posiciones como hijo: único, primero, segundo y otra, respectivamente. La Prueba de Tukey indica la existencia de diferencias significativas para la ponerse en la situación del otro, entre los MED que ocupan el único y primer puesto como hijo, para un alfa = 0,05. Siendo los puntajes más bajos de las medias, las correspondientes a los MED que ocupan un puesto como único hijo. Por lo tanto, entonces, los MED que ocupan el puesto primado como hijos, son más empáticos en relación a ponerse en la situación del otro.

Cuadro N° 68. ANAVA, según dimensiones de empatía, empatía total y Graffar por estratos socioeconómicos (MED).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|----------------------------------|--------------|----------------------|----|---------------------|-------|-------|
| Toma de perspectiva | Inter-grupos | 1,183 | 3 | 0,394 | 0,657 | 0,581 |
| | Intra-grupos | 40,798 | 68 | 0,600 | | |
| | Total | 41,982 | 71 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 4,963 | 3 | 1,654 | 1,790 | 0,157 |
| | Intra-grupos | 62,842 | 68 | 0,924 | | |
| | Total | 67,805 | 71 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 13,136 | 3 | 4,379 | 3,468 | 0,021 |
| | Intra-grupos | 85,860 | 68 | 1,263 | | |
| | Total | 98,997 | 71 | | | |
| Puntaje total Empatía | Inter-grupos | 2,580 | 3 | 0,860 | 1,980 | 0,125 |
| | Intra-grupos | 29,534 | 68 | 0,434 | | |
| | Total | 32,114 | 71 | | | |

Fuente. Sánchez, 2009

Cuadro N° 69. Distribución de comparaciones múltiples entre posiciones como hijo (HSD de Tukey) (MED).

| (I) Estratos Graffar | (J) Estratos Graffar | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|----------------------|----------------------|-------------------------------|-------|
| Estrato III | Estrato I | -1,111(*) | 0,092 |
| | Estrato II | -1,191(*) | 0,026 |

Fuente. Sánchez, 2009

En relación a los estratos de Graffar, se observaron diferencias significativas ($F=0,657$, $p= 0,021$) con ponerse en la situación del otro. Siendo las medias encontradas, para esta dimensión, iguales a: 6,00; 6,08; 4,89 y 5,00 para los médicos con estratos de Graffar: Estrato I; Estrato II; Estrato III y Estrato IV, respectivamente. La Prueba de Tukey indica la existencia de diferencias significativas para ponerse en la situación del otro, entre los MED cuyos estratos de Graffar se ubican en el estrato I y el III, para un alfa = 0,1, y para los MED ubicados en el estrato II y el III, para un alfa = 0,05. En resumen se encontraron diferencias significativas, entre los MED, ubicados en el estrato III, II y I, para ponerse en la situación de otro. Siendo los puntajes más bajos de las medias, las correspondientes a los MED ubicados en el estrato III. Por lo tanto, entonces, los MED ubicados en los estratos II y I, son más empáticos, respectivamente, que los ubicados en el estrato III, en relación a ponerse en la situación del otro.

PARTE II: Diferencias entre las varianzas de los factores: características psicosociodemográficas y variable dependiente: sensibilidad emocional, a través de sus dimensiones constitutivas, intra - grupo.

Apartado A: Estudiantes

Cuadro N° 70. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y año (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--|------------------|----------------------|-----|---------------------|--------|-------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Inter- grupos | 39,439 | 2 | 19,719 | 0,989 | 0,373 |
| | Intra- grupos | 6043,519 | 303 | 19,946 | | |
| | Total | 6082,958 | 305 | | | |
| Distanciamiento emocional | Inter- grupos | 20,208 | 2 | 10,104 | 2,225 | 0,110 |
| | Intra- grupos | 1376,262 | 303 | 4,542 | | |
| | Total | 1396,471 | 305 | | | |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Inter- grupos | 99,083 | 2 | 49,542 | 10,346 | 0,000 |
| | Intra- grupos | 1450,946 | 303 | 4,789 | | |
| | Total | 1550,029 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Se puede observar que existen diferencias significativas para la sensibilidad interpersonal positiva (SIP) entre los estudiantes según el año ($F=10,346$; $p=0,000$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación a la SIP, se evidencia que las medias del cuarto y quinto año tienen un valor igual a 8,81 para cada uno, en tanto que sexto tiene una media igual a: 7,54. Es decir, los estudiantes del cuarto y quinto año muestran respuestas con medias por encima de la media total de grupo, en tanto que el sexto año exhibe lo contrario, lo que significa que los alumnos del sexto año, presentan menos sensibilidad interpersonal positiva que el resto de los alumnos.

Cuadro N° 71. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y apoyo a su comunidad (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Inter-grupos | 85,987 | 1 | 85,987 | 4,359 | 0,038 |
| | Intra-grupos | 5996,970 | 304 | 19,727 | | |
| | Total | 6082,958 | 305 | | | |
| Distanciamiento emocional | Inter-grupos | ,163 | 1 | 0,163 | 0,036 | 0,851 |
| | Intra-grupos | 1396,307 | 304 | 4,593 | | |
| | Total | 1396,471 | 305 | | | |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Inter-grupos | 2,892 | 1 | 2,892 | 0,568 | 0,452 |
| | Intra-grupos | 1547,137 | 304 | 5,089 | | |
| | Total | 1550,029 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Se puede apreciar que existen diferencias significativas para la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) entre los estudiantes según apoyen o no a la comunidad ($F= 4,359$; $p= 0,038$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación a la SEN, se evidencia que la media del grupo de alumnos que no apoyan a su comunidad tiene un valor igual a: 8,19, en tanto que el grupo de estudiantes que apoya a su comunidad tiene una media igual a: 7,01. Es decir, los estudiantes que no apoyan a su comunidad exhibieron una media mayor a la media grupal total, en tanto el resto de los alumnos muestran una media inferior a la misma, lo que significa que los alumnos que no apoyan a su comunidad tienden a puntuar más alto en relación a la forma de reacción emocional por SEN.

Cuadro N° 72. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y trabajos comunitarios área de residencia (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|-------------------------------------|------------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Inter- grupos | 57,638 | 1 | 57,638 | 2,908 | 0,089 |
| | Intra- grupos | 6025,319 | 304 | 19,820 | | |
| | Total | 6082,958 | 305 | | | |
| Distanciamiento emocional | Inter- grupos | 1,095 | 1 | 1,095 | 0,239 | 0,626 |
| | Intra- grupos | 1395,376 | 304 | 4,590 | | |
| | Total | 1396,471 | 305 | | | |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Inter- grupos | 16,368 | 1 | 16,368 | 3,245 | 0,073 |
| | Intra- grupos | 1533,661 | 304 | 5,045 | | |
| | Total | 1550,029 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Se puede advertir que existen diferencias significativas para la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) y sensibilidad interpersonal positiva (SIP) entre los estudiantes según realicen o no trabajos comunitarios en su área de residencia ($F= 2,908$; $p= 0,089$ y $F= 3,245$; $p= 0,073$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación a la SEN, se evidencia que la media del grupo de alumnos que no realiza trabajos comunitarios en su área de residencia (8,03) es mayor que las que las realizan (6,76). En tanto que para la SIP, ocurre que tiene un valor igual a: 8,37 para lo que no las realizan, en cambio para los que las realizan es igual a: (9,05) Es decir, los estudiantes que no realizan trabajos comunitarios en su área de residencia suelen presentar mayores niveles de SEN, pero ocurre lo contrario para la SIP, la cual es mayor si se realizan dichos trabajos.

Cuadro N° 73. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y trabajos comunitarios fuera de su área de residencia (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|--|------------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Inter- grupos | 105,951 | 1 | 105,951 | 5,389 | 0,021 |
| | Intra- grupos | 5977,006 | 304 | 19,661 | | |
| | Total | 6082,958 | 305 | | | |
| Distanciamiento emocional | Inter- grupos | 9,615 | 1 | 9,615 | 2,108 | 0,148 |
| | Intra- grupos | 1386,856 | 304 | 4,562 | | |
| | Total | 1396,471 | 305 | | | |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Inter- grupos | 1,671 | 1 | 1,671 | 0,328 | 0,567 |
| | Intra- grupos | 1548,359 | 304 | 5,093 | | |
| | Total | 1550,029 | 305 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Se puede señalar que existen diferencias significativas para la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) entre los estudiantes según realicen o no trabajos comunitarios fuera de su área de residencia ($F= 5,389$; $p= 0,021$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación a la SEN, se evidencia que la media del grupo de alumnos que no realiza trabajos comunitarios fuera de su área de residencia (8,19) es mayor que las que las realizan (6,81). Es decir, los estudiantes que no realizan trabajos comunitarios fuera de su área de residencia suelen presentar mayores niveles de SEN.

Cuadro N° 74. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y profesión jefe de familia (estudiantes).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig, |
|--|------------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Inter- grupos | 20,549 | 4 | 5,137 | 0,255 | 0,907 |
| | Intra- grupos | 6004,685 | 298 | 20,150 | | |
| | Total | 6025,234 | 302 | | | |
| Distanciamiento emocional | Inter- grupos | 36,963 | 4 | 9,241 | 2,041 | 0,089 |
| | Intra- grupos | 1349,453 | 298 | 4,528 | | |
| | Total | 1386,416 | 302 | | | |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Inter- grupos | 69,342 | 4 | 17,335 | 3,515 | 0,008 |
| | Intra- grupos | 1469,714 | 298 | 4,932 | | |
| | Total | 1539,056 | 302 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Se puede ver que existen diferencias significativas para el distanciamiento emocional (DE) entre los estudiantes según la profesión del jefe de familia ($F=9,241$; $p=0,089$) y para la sensibilidad interpersonal positiva ($F=3,515$; $p=0,008$). Hecho el análisis de las medias para el grupo en relación al DE, se evidencia que las medias quedan distribuidas así: 2,75 Universitaria, 2,59 Técnica, 2,89 Pequeños comerciantes, 4,00 Obreros especializados y 2,71 Obreros no especializados. En tanto que para, la SIP quedan distribuidas así: 8,30 Universitaria, 8,92 Técnica, 8,54 Pequeños comerciantes, 7,22 Obreros especializados y 9,86 Obreros no especializados. Es decir, los estudiantes cuyos padres son Obreros especializados presentan mayor distanciamiento emocional y menor sensibilidad interpersonal positiva como forma de reacción ante la situación de padecimiento del otro.

Apartado B: Médicos Especialistas Docentes

Cuadro N° 75. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y años de graduado.

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | Inter-grupos | 2,810 | 2 | 1,405 | 0,541 | 0,585 |
| | Intra-grupos | 179,212 | 69 | 2,597 | | |
| | Total | 182,022 | 71 | | | |
| Distanciamiento Emocional | Inter-grupos | 6,701 | 2 | 3,351 | 0,662 | 0,519 |
| | Intra-grupos | 349,243 | 69 | 5,061 | | |
| | Total | 355,944 | 71 | | | |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | Inter-grupos | 18,463 | 2 | 9,231 | 3,335 | 0,041 |
| | Intra-grupos | 190,997 | 69 | 2,768 | | |
| | Total | 209,459 | 71 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 76. Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años de graduado (HSD de Tukey) (MED).

| (I) Años de graduado | (J) Años de graduado | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|----------------------|----------------------|----------------------------|-------|
| 10-19 | 30-39 | -1,143(*) | 0,059 |

Fuente: Sánchez, 2009

Para el análisis de varianzas entre la dimensión SIP y los años de graduado se advirtió una diferencia significativa ($F= 3,335$; $p= 0,041$), las medias se distribuyeron así: 5,94; 6,86 y 7,09, para los rangos de graduados: 10-19, 20-29 y 30-39, respectivamente.

El análisis de comparaciones múltiples de HSD de Tukey indica que se encuentran diferencias significativas entre los MED con 30-39 años de graduados y aquellos quienes se encuentran entre el rango de 10-19 años de graduados, para $\alpha= 0,01$, en relación a la SIP. Es decir, los MED graduados entre 30-39 años, son más sensibles interpersonalmente.

Cuadro N° 77. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y años de graduado como especialista (MED).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|------------------|----------------------|----|---------------------|-------|-------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | Inter- grupos | 3,219 | 3 | 1,073 | 0,408 | 0,748 |
| | Intra- grupos | 178,803 | 68 | 2,629 | | |
| | Total | 182,022 | 71 | | | |
| Distanciamiento Emocional | Inter- grupos | 1,771 | 3 | ,590 | 0,113 | 0,952 |
| | Intra- grupos | 354,173 | 68 | 5,208 | | |
| | Total | 355,944 | 71 | | | |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | Inter- grupos | 21,749 | 3 | 7,250 | 2,626 | 0,057 |
| | Intra- grupos | 187,710 | 68 | 2,760 | | |
| | Total | 209,459 | 71 | | | |

Fuente. Sánchez, 2009

Cuadro N° 78. Distribución de comparaciones múltiples entre rangos de años de graduado como especialista (HSD de Tukey) (MED).

| (I) Años graduado como especialista | (J) Años graduado como especialista | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|--|--|-------------------------------|-------|
| 1-9 | 20-29 | -1,262(*) | 0,064 |

Fuente. Sánchez, 2009

El análisis de varianzas entre la dimensión SIP y los años de graduado como especialista, permite observar una diferencia significativa ($F= 2,626$; $p= 0,057$), las medias se distribuyeron así: 6,00; 6,39, 7,26 y 5,77, para los rangos de graduados: 1-9, 10-19, 20-29 y 30 y más, respectivamente.

El análisis de comparaciones múltiples de HSD de Tukey indica que se encuentran diferencias significativas entre los MED con 20-29 años de postgraduados y aquellos quienes se encuentran entre el rango de 1-9 años de postgraduados, para $\alpha= 0,01$, en relación a la SIP. Es decir, los MED postgraduados entre 20-29, años son más sensibles interpersonalmente.

Cuadro N° 79. ANAVA, según dimensiones de sensibilidad emocional y Graffar (MED).

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | Inter-grupos | 5,641 | 3 | 1,880 | 0,725 | 0,541 |
| | Intra-grupos | 176,381 | 68 | 2,594 | | |
| | Total | 182,022 | 71 | | | |
| Distanciamiento Emocional | Inter-grupos | 32,823 | 3 | 10,941 | 2,302 | 0,085 |
| | Intra-grupos | 323,122 | 68 | 4,752 | | |
| | Total | 355,944 | 71 | | | |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | Inter-grupos | 15,049 | 3 | 5,016 | 1,755 | ,164 |
| | Intra-grupos | 194,410 | 68 | 2,859 | | |
| | Total | 209,459 | 71 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

Cuadro N° 80. Distribución de comparaciones múltiples entre estratos de Graffar (HSD de Tukey) (MED).

| (I) Estratos Graffar | (J) Estratos Graffar | Diferencia de medias (I-J) | Sig. |
|----------------------|----------------------|----------------------------|-------|
| Estrato II | Estrato IV | 3,098(*) | 0,090 |

Fuente: Sánchez, 2009

El análisis de varianzas entre la dimensión DE y los estratos de Graffar, permite observar una diferencia significativa ($F= 2,302$; $p= 0,085$), las medias se distribuyeron así: 3,31; 2,57; 3,44 y 5,67, para los estratos: I, II, III y IV, respectivamente.

El análisis de comparaciones múltiples de HSD de Tukey indica que se encuentran diferencias significativas entre los MED ubicados en el estrato IV y aquellos quienes se ubican en el estrato II, para $\alpha= 0,01$, en relación al DE. Es decir, los MED del estrato IV son los que reaccionan con más predilección con DE frente a sus pacientes.

PARTE III: Diferencias de las varianzas entre las variables empatía y sensibilidad emocional, inter - grupos.

Cuadro N° 81. ANAVA, según empatía entre estudiantes y MED.

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----|---------------------|-------|-------|
| Toma de perspectiva | Inter-grupos | 0,308 | 1 | 0,308 | 0,497 | 0,481 |
| | Intra-grupos | 233,400 | 376 | 0,621 | | |
| | Total | 233,708 | 377 | | | |
| Compasión | Inter-grupos | 0,469 | 1 | 0,469 | 0,557 | 0,456 |
| | Intra-grupos | 316,401 | 376 | 0,841 | | |
| | Total | 316,870 | 377 | | | |
| Ponerse en la situación del otro | Inter-grupos | 13,382 | 1 | 13,382 | 6,584 | 0,011 |
| | Intra-grupos | 764,219 | 376 | 2,032 | | |
| | Total | 777,601 | 377 | | | |
| Puntaje total Empatía | Inter-grupos | 0,031 | 1 | 0,031 | 0,065 | 0,798 |
| | Intra-grupos | 179,696 | 376 | 0,478 | | |
| | Total | 179,727 | 377 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

El cuadro anterior, permite ver que las varianzas significativas entre estudiantes y médicos, ocurren sólo en la dimensión ponerse en la situación del otro ($F= 6,584$; $p= 0,011$). Es decir, después del análisis de la medias para ambos grupos y la media general, se puede observar que los médicos son significativamente más empáticos, en relación a la dimensión, antes descrita, que los estudiantes. Sin embargo, ambos grupos comparten altos niveles de empatía total y de todas las dimensiones.

Cuadro N° 82. ANAVA, según sensibilidad emocional en estudiantes y MED.

| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|--------------|----------------------|-----|---------------------|--------|-------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | Inter-grupos | 170,753 | 1 | 170,753 | 44,608 | 0,000 |
| | Intra-grupos | 1439,279 | 376 | 3,828 | | |
| | Total | 1610,032 | 377 | | | |
| Distanciamiento Emocional | Inter-grupos | 1,289 | 1 | 1,289 | 0,276 | 0,599 |
| | Intra-grupos | 1752,415 | 376 | 4,661 | | |
| | Total | 1753,704 | 377 | | | |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | Inter-grupos | 0,097 | 1 | 0,097 | 0,032 | 0,857 |
| | Intra-grupos | 1126,636 | 376 | 2,996 | | |
| | Total | 1126,734 | 377 | | | |

Fuente: Sánchez, 2009

El cuadro anterior, permite observar que las varianzas significativas entre estudiantes y médicos, ocurren sólo en la dimensión sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) ($F= 44,608$; $p= 0,000$). Es decir, después del análisis de la medias para ambos grupos y la media general, se puede observar que los médicos son los que más significativamente exhiben SEN, como forma de reacción emocional, en relación a la variable antes descrita, que los estudiantes.

PARTE IV: Correlaciones entre empatía médica y sensibilidad emocional:

Dimensiones constitutivas, intragrupos.

Cuadro N° 83. Distribución de correlaciones entre las dimensiones de empatía médica y sensibilidad emocional Correlación de Pearson (a) (estudiantes).

| | Toma de Perspectiva (TP) | Compasión (C) | Ponerse en la situación del otro (PSO) | Empatía (E) |
|--|--------------------------------|------------------|--|----------------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) | -0,168(**) | -0,143(*) | -0,320(**) | - 0,238(**) |
| Distanciamiento emocional (DE) | -0,197(**) | -0,326(**) | -0,159(**) | - 0,315(**) |
| Sensibilidad interpersonal positiva (SIP) | 0,245(**) | 0,157(**) | 0,040 (*) | 0,230(**) |

Fuente: Sánchez, 2009

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

a n = 306

El cuadro anterior representa las correlaciones negativas y positivas existentes, entre las dimensiones constitutivas de la empatía y la sensibilidad emocional, en estudiantes. En este sentido se muestran las correlaciones negativas de la SEN con TP ($r = -0,168$; $p < 0,01$ Sig), con C ($r = -0,143$; $p < 0,05$ Sig), con PSO ($r = -0,320$; $p < 0,01$ Sig) y con E ($r = -0,238$; $p < 0,01$ Sig). Después se muestran las correlaciones negativas del DE con TP ($r = -0,197$; $p < 0,01$ Sig), con C ($r = -0,326$; $p < 0,01$ Sig), con PSO ($r = -0,159$; $p < 0,01$ Sig) y con E ($r = -0,315$; $p < 0,01$ Sig). Finalmente se señalan las correlaciones positivas de la SIP con TP ($r = 0,245$; $p < 0,01$ Sig), con C ($r = 0,157$; $p < 0,01$ Sig), con PSO ($r = -0,004$; $p < 0,05$ Sig) y con E ($r = 0,230$; $p < 0,01$ Sig).

Todas las correlaciones indican que existe correspondencia entre los valores de empatía elevados por dimensiones y total, asociadas a la dimensión de la sensibilidad emocional: SIP, y lo contrario (empatía baja) cuando están asociados con las dimensiones de la sensibilidad emocional: SEN y DE.

Cuadro N° 84. Distribución de correlaciones entre las dimensiones de empatía médica y sensibilidad emocional Correlación de Pearson (a) (Médicos).

| | Toma de Perspectiva (TP) | Compasión (C) | Ponerse en la situación del otro (PSO) | Empatía (E) |
|--|--------------------------------|------------------|---|-------------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) | -0,111 | -0,096 | -0,058 | -0,128 |
| Distanciamiento emocional (DE) | -0,045 | -0,152 | -0,175 | -0,142 |
| Sensibilidad interpersonal positiva (SIP) | 0,204 | 0,091 | 0,034 | 0,176 |

Fuente: Sánchez, 2009

a n = 72

El cuadro anterior representa las correlaciones negativas y positivas existentes, entre las dimensiones constitutivas de la empatía y la sensibilidad emocional, en médicos.

Como se puede observar, en el caso de los médicos no existen correlaciones de ningún tipo, caso contrario a los estudiantes. Lo que indica que en los médicos no existió, estadísticamente, asociaciones entre altos y bajos valores de empatía y las dimensiones constitutivas de la sensibilidad emocional.

Discusión

En Venezuela el debate acerca de la inequidad en la proporción constitutiva de la matrícula estudiantil de las Universidades es histórica, siempre se ha reconocido que la clase social más favorecida económicamente tiene mayores oportunidades de ingreso que las clases deprimidas económicamente (49), los resultados de esta investigación concuerdan con esa premisa, pues la mayoría de los estudiantes que cursan los tres últimos años de la carrera de medicina en la UC – sede Aragua (UCSA) provienen del estrato II, estrato III o estrato I, respectivamente en ese orden. Los alumnos del estrato I de Graffar obtuvieron diferencias de varianzas significativas positiva con empatía por puntajes totales. Estadísticamente se presentan más empáticos que el resto, en tanto se encontró que los alumnos de pocos recursos con padres obreros no especializados tenían niveles menores de empatía. Esto puede responder al hecho de que estos alumnos pueden haber desarrollado de algún modo una especie de indiferencia o rechazo a los problemas de los otros, en tanto viven problemas económico – sociales propios que los ocupan en su devenir cotidiano. Por su parte los médicos, no presentaron, en el análisis estadístico diferencias significativas entre las varianzas, en relación a su ubicación en uno u otro estrato de Graffar.

Es importante, entonces, abrir nuevas líneas de investigación en este sentido, que permitan establecer las causas de tales actitudes, de tal modo que se pueda aumentar la capacidad empática a través de determinadas intervenciones psicosociales en estos sujetos. No obstante, es importante destacar la pertinencia que tendría en los actuales momentos la democratización del ingreso a la Universidad, activando mecanismos que permitan el acceso a estudiantes de todas

las clases sociales (49), más aún cuando la UC, es una Universidad Nacional Autónoma y Popular.

Por su parte los médicos, no presentaron, en el análisis estadístico diferencias significativas entre las varianzas, en relación a su ubicación en uno u otro estrato de Graffar.

En relación a las edades, la mayoría de los alumnos, se ubican en el rango de edades comprendido entre los 19 y 24 años de edad. Siendo la compasión, en este grupo de estudiantes, mayor conforme se es más joven. Esto pudiera explicarse considerando las teorías del aprendizaje por modelaje (7), según las cuales los alumnos copian de sus profesores actitudes, conductas y comportamientos positivos y negativos, tomando en cuenta que en los tres últimos años de la carrera ocurre la formación clínica del estudiante. Por esta razón, la labor del docente en la toma de conciencia y la práctica de conductas empáticas pudiera ser más efectiva si se está consciente de este hecho. Probablemente el ejercicio de conductas empáticas por parte del profesor, de manera permanente, podría disminuir la tendencia encontrada en los estudiantes. Otro factor que pudiera estar presente es la empatía, es decir, el estudiante ante el embate psíquico que implica la labor diaria intrahospitalaria o clínica en general, generadora de identificación proyectiva, crearía mecanismos conscientes para reducir el impacto negativo que eventualmente tales hechos pudieran producir sobre su propia entidad psicológica y su personalidad (10). En todo caso es necesario profundizar, en otros estudios, cuáles otros factores generan a medida que se progresa en la carrera, disminución de los niveles de empatía.

En relación a la edad, también, se apreció diferencia significativa positiva entre la ésta y la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN), es decir, los alumnos del cuarto año presentan la forma de reacción más evidentemente que el resto. Lo cual implica una forma de reacción, que puede considerarse como normal en sujetos que están en un proceso de adaptación y maduración del carácter, pues son en su mayoría adolescentes tardíos.

Los médicos, en una representativa mayoría, se encuentran en el rango de edad comprendido entre 40 y 57 años. No habiéndose encontrado en el análisis estadístico, relaciones entre la edad y empatía o sensibilidad.

Al igual que otros estudios similares, para los alumnos, la distribución por género es preponderantemente del sexo femenino, en una proporción de 6:3 aproximadamente para esta investigación, lo cual es coincidente con lo que reporta el “Programa de Investigación de las Características y Condiciones de Vida del Estudiante Universitario” (49), al igual que otros estudios (5, 6, 12, 13). En relación a este hecho, las mujeres obtuvieron, además, valores más significativos para toma de perspectiva y compasión en relación a los hombres.

Los médicos, se distribuyeron proporcionalmente en la muestra. No habiéndose encontrado en el análisis estadístico, relaciones entre el sexo y empatía o sensibilidad.

Los estudiantes de la UCSA en su mayoría son solteros y solteras, sin hijos y estudiantes regulares. Los alumnos solteros y las alumnas solteras, obtuvieron una diferencia de varianzas significativas positivas con toma de perspectiva. Sin embargo, no se encontraron estudios similares contra los cuales

contrastar este hecho. Por lo que este hallazgo, abre una nueva sub-línea de investigación que ahondar y explotar.

Los médicos, en su gran mayoría, son casados y tienen de 2 a 3 hijos, por lo general. No se encontraron diferencias significativas, estadísticamente importantes, en el análisis de las varianzas entre el estado civil y el número de hijos, y empatía o sensibilidad.

Estudios empíricos sobre la empatía médica (2, 3 y 9), dan cuenta de la importancia la experiencia de la enfermedad en el desarrollo de la empatía médica, del estudiante de manera directa, pues es él quien la padeció, o indirecta cuando la ha sufrido un familiar cercano. No obstante, en esta investigación se evidenció que la gran mayoría de los estudiantes no ha padecido enfermedad grave (en una proporción de 8:1 aproximadamente) y solo la mitad ha vivido la de un pariente cercano. Por tal motivo el análisis estadístico no arrojó datos significativos en este sentido.

Igualmente, los médicos, en su mayoría reportaron no haber padecido enfermedad grave (en una proporción de 3:1 aproximadamente), por oposición si reportan la experiencia de una enfermedad grave en un familiar. Sin embargo, no se encontraron, diferencias significativas entre esta variable y empatía o sensibilidad.

Otros autores atribuyen al haber tenido experiencia artística (3), una posible tendencia a ser más empáticos. Pero los resultados obtenidos del análisis estadístico niegan, al menos en esta población estudiada, tal vinculación.

Otros factores estudiados, tales como haber tenido experiencia política u otra experiencia significativa en su vida, tampoco arrojaron resultados positivos en la posible tendencia a ser más empáticos, en esta población. En relación a este hecho, se considera necesario poder establecer investigaciones pilotos en profundidad para poder concluir, particularmente, sobre las influencias potenciales que pudieran ejercer, sobre la empatía, los factores antes mencionados.

Siendo uno de los elementos fundamentales de la empatía el poder comprender al otro reconociendo su entorno vital (9), se quiso evaluar, por analogía, en este estudio el grado de involucración de los estudiantes con su entorno inmediato y fuera de su área de residencia. Los resultados fueron que en general los estudiantes no apoyan a su comunidad, ni realiza trabajos comunitarios ni fuera ni dentro de su área de residencia. Pero el pequeño grupo de alumnos que si lo realiza presentaron diferencias de varianzas significativas positivas con la toma de perspectiva. Lo cual hace pensar que existe una tarea pendiente de la Universidad Venezolana a superar, de alguna manera, los hallazgos. Estos resultados denotan que la conducta pro-individualista esta privilegiada sobre la conducta comunitaria aún en estudiantes de los últimos años de la carrera. En un médico esto es altamente negativo, pues se debe de alguna manera, según la practica humanística que debe seguir, al prójimo y a su comunidad. Es el momento de revertir este fenómeno y abrir la Universidad a la calle y con esta a sus prácticas y saberes desde los estudiantes y los docentes. Además, el hecho de que los alumnos que si realizaron trabajos comunitarios fuera y dentro de su área de residencia presentaran mayor empatía que el resto, apunta hacia la necesidad de

reforzar el trabajo comunitario. También, se evidenció que los alumnos que no apoyan a su comunidad y no realizan trabajos comunitarios en su área de residencia mostraron una variación significativa positiva con la Sensibilidad Egocéntrica Negativa, es decir por sus características intrínsecas (se ubican en el mundo desde una posición personalista, centrándose en ellos sin interés por los sentimientos o situaciones de los otros) estos alumnos deben ser compensados con trabajos que ameriten compartir con terceros, de manera que puedan modificar sus formas de reacción hacia las positivamente empáticas de reconocimiento al otro, a sus sentimientos y necesidades.

Los médicos, dicen estar más involucrados en el apoyo a su comunidad y en el trabajo comunitario en su área de residencia que los alumnos. Pero, esta actividad no reportó estadísticamente diferencias significativas con empatía o sensibilidad.

Algunas teorías psicológicas coinciden en que la estructura familiar, específicamente la posición que se ocupe como hijo y la acomodación posterior de cada sujeto en esa estructura familiar, dará origen, entre otras cosas, a su carácter y forma de proceder (50). Por ello, se derivó en esta investigación un aspecto relacionado con la posición como hijo, pero debido a la diversidad de posición de los alumnos en el seno de sus respectivas familias y a lo amplio de la muestra, fue imposible estudiar cada caso por separado, lo cual es pertinente en investigaciones biográficas futuras. Sin embargo, no se encontraron variaciones significativas entre las varianzas de posición como hijo y empatía o sensibilidad emocional.

En cambio en los médicos, el ser hijo primogénito, arrojó diferencias significativas en el análisis de varianzas, siendo estos más empáticos, que los médicos que se ubican en otras posiciones, fundamentalmente en torno a ponerse en la situación del otro.

Los resultados obtenidos en esta investigación sobre empatía médica concuerdan con los hallazgos obtenidos en estudiantes y médicos mexicanos y estadounidenses (5, 6, 17). En este sentido los estudiantes de medicina de UCSA, en general son muy empáticos, específicamente, a expensas de la dimensión denominada: toma de perspectiva, a diferencia de lo reportado por otras investigaciones (16), en segundo lugar a la dimensión: compasión y en tercer lugar con respecto a la dimensión: ponerse en el lugar del otro. Cabe destacar que todas las dimensiones obtuvieron altos puntajes por encima de los percentiles: 80, 70 y 60 respectivamente.

Los médicos, también obtuvieron altos puntajes para empatía. Esta se constituye en primera instancia por la capacidad de los galenos de tomar perspectiva, seguido de ponerse en el lugar del otro y finalmente por su capacidad compasiva. Todas las dimensiones obtuvieron puntuaciones por encima de los percentiles: 70, 80 y 80, respectivamente.

Como elemento importante en la relación médico paciente que coadyuva a la práctica empática del quehacer médico se encuentra la comunicación (1, 7, 9). Investigaciones hechas a estudiantes cubanos (7, 14) reportaron que se le da poca importancia al dialogo con el paciente. Similares, fueron los hallazgos encontrados en este estudio en relación con la atención a la comunicación del paciente a través del lenguaje no oral y corporal. Es importante considerar este

aspecto como un pivote fundamental en el desempeño del estudiante de medicina en la UCSA, e intervenir específicamente sobre este, con el objeto de potenciar el diálogo prolongado y la escucha atenta al paciente. Investigaciones de las últimas décadas, coinciden en que las conversaciones de este tipo proporcionan más del 85% de lo necesario para aproximarse a un diagnóstico y que la participación y el entendimiento del enfermo son esenciales para el manejo de la enfermedad (1).

Los médicos, en cambio puntuaron como altamente importante las conversaciones y la escucha activa a sus pacientes.

El estudio arrojó resultados distintos a los reportados por Guarino (8) en relación al distanciamiento afectivo (DA), pues en esta población de estudiantes de medicina, existe casi nula respuesta de este tipo ante la presencia del otro o la interacción con él otro. En cambio las respuestas para sensibilidad interpersonal positiva (SIP) fueron las que obtuvieron mayor puntuación, lo cual evidenció la correlación estadísticamente positiva a los altos puntajes de empatía obtenidos por la población.

En el caso de los médicos, aunque obtuvieron puntuaciones elevadas para la Sensibilidad Interpersonal Positiva y bajas para el Distanciamiento Emocional, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, para empatía o sensibilidad.

En relación a la sensibilidad egocéntrica negativa los puntajes fueron bajos. Estos resultados de alguna manera apuntan a la posibilidad que tiene la Escala de Sensibilidad Emocional de servir como complemento de la Escala de Jefferson de Empatía Médica. Aunque miden variables distintas, podría concluirse que poseen dimensiones que se comportan relacionadas unas con otras.

No existen investigaciones previas que intenten establecer correlaciones entre los componentes de las Escalas de la empatía médica y la sensibilidad emocional. Por considerar que ambas escalas usadas complementariamente pueden dar resultados más precisos sobre el fenómeno de la empatía, se intentó realizar en este trabajo. Estableciendo el siguiente resultado, que avala el supuesto antes mencionado, pues se pudo encontrar un conjunto de correlaciones positivas y negativas de las escalas que dieron cuenta de tal complementariedad. En este orden de ideas, la Sensibilidad Egocéntrica Negativa correlacionó negativamente con todos los componentes de la empatía y con la empatía en general, o sea que los alumnos con mayores niveles de sensibilidad interpersonal negativa presentan menores niveles de empatía médica. Igual correlación negativa ocurrió entre todos los componentes de la empatía médica de los estudiantes y el Distanciamiento Emocional, mientras más Distanciamiento Emocional menor empatía. En último lugar, se encontró que la Sensibilidad Interpersonal Positiva correlacionó positivamente con todos los componentes de la empatía médica y con la empatía médica en general, es decir que los alumnos toman mejor perspectiva, son más compasivos, se ponen más fácilmente en el lugar de los pacientes y son más empáticos en general, mientras más altos son los niveles de reacción a través de la Sensibilidad Interpersonal Positiva.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

“Aunque la conmiseración no puede alterar los hechos, sí puede contribuir a hacerlos más soportables”
Bram Stoker

El estudio comparativo permitió demostrar que:

I. Empatía

1. Tanto los estudiantes como los médicos presentan niveles altos o muy altos de empatía. No obstante, los médicos, en promedio, puntuaron más alto que los estudiantes.
2. La composición interna de los factores de la empatía para ambos grupos (estudiantes, médicos) es diferente. Los estudiantes puntúan más empáticos a expensas de la toma de perspectiva, que ser compasivos o ponerse en el lugar del paciente. En tanto que los médicos puntúan más empáticos a expensas de tomar perspectiva que, ponerse en el lugar del paciente o ser compasivos.

II. Empatía y características psicosociodemográficas

3. Psicológicamente los estudiantes que ejercen actividades relacionadas con responsabilidad social (tendencia a ayudar al otro) son más empáticos que los que no las desarrollaron. En los médicos solo influyó ser hijo primogénito, en ellos la empatía fue mayor.
4. Socioeconómicamente los hallazgos detectados en los estudiantes no marcan ninguna diferencia entre las clases sociales altas, medias o bajas y

los niveles de empatía mostrados por ellos. En cambio los médicos de las clases altas mostraron ser más empáticos.

5. Demográficamente el año de carrera, la edad, el sexo y el estado civil influyen en el nivel de empatía para los estudiantes. En este sentido los alumnos de sexto año son menos empáticos que el resto. Mientras que los más jóvenes, las mujeres y los solteros presentan mayores niveles de empatía que el resto. A diferencia de estos, en los médicos, influyó la edad. Mientras más jóvenes son más empatía poseen.

III. Sensibilidad emocional

6. Tanto los estudiantes como los médicos reaccionan principalmente, ante las situaciones difíciles de otro, con sensibilidad interpersonal positiva. El distanciamiento emocional está prácticamente ausente en ambos grupos. La sensibilidad egocéntrica negativa está prácticamente ausente en los médicos y moderadamente presente en los estudiantes.

IV. Sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas

7. Psicológicamente aquellos estudiantes que no desarrollan actividades de responsabilidad social reaccionaron con altos niveles de sensibilidad egocéntrica negativa que el resto.
8. Socioeconómicamente los estudiantes con padres profesionales reaccionaron con altos niveles de sensibilidad interpersonal positiva que los otros. Los médicos de clase social media baja presentaron altos niveles de distanciamiento emocional que los demás.

9. Demográficamente, en los estudiantes, el año de carrera ejerce influencia sobre su forma de reaccionar emocionalmente. Los alumnos del cuarto año reaccionan con altos niveles de sensibilidad interpersonal positiva que los demás. En los médicos se evidenciaron altos niveles de sensibilidad interpersonal positiva en aquellos que se graduaron maduramente u obtuvieron su título de especialista tempranamente.

10. Las correlaciones en los estudiantes de las dimensiones de empatía: compasión, ponerse en el lugar del otro y toma de perspectiva, fueron positivas con la sensibilidad interpersonal positiva y negativas con la sensibilidad egocéntrica negativa y con el distanciamiento emocional. En el caso de los médicos no se pudieron establecer correlaciones de ningún tipo.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

“El mayor consuelo en la desgracia es encontrar corazones compasivos” Meneandro

El estudio Cabe destacar que el estudio conlleva a profundizar a través de la investigación sobre los niveles de de formación integral y específica por ejes y áreas en los estudiantes de medicina.

Formar equipos de docentes investigadores, a través de programas de formación permanentes y coherentes con miras a poder trazar verdaderas líneas de investigación, basadas en políticas estratégicas de la Institución en concordancia con los intereses de la nación, que generen conocimientos sobre las áreas prioritarias en la formación de los alumnos.

Estimular a través de incentivos tangibles y no tangibles a los docentes que invierten tiempo y dedicación a la investigación continua, permanente y generadora de productos investigativos relacionados con esta temática de investigación y con otras.

A las Facultades de Medicina y ciencias de la Salud, propiciar un debate intra facultad e inter escuelas que permita la generación de líneas que propongan el estudio de la vida y de los procesos vitales a la par de los procesos de morbimortalidad enunciados en las actuales líneas de investigación de la Dependencia. Para así dar cabida a investigaciones como esta y hacerse eco de un paradigma integrador que vea como ciencia todo lo que a través de sus métodos y praxis sistemáticos y sistematizados produzca conocimiento y acercamiento a la

verdad desde varias perspectivas donde quepa lo biológico, lo psicológico lo social, lo espiritual y lo humano.

A la Escuela de Medicina, las gestiones operativas para solicitar con carácter de urgencia la dotación de la sede con tecnologías de la información y comunicación apropiadas al siglo XXI, a fin de que se pueda potenciar el rol investigador del docente en el seno de la Institución. Investigaciones como esta hubiesen sido imposibles sin esas tecnologías, con las que afortunadamente se cuentan privadamente. Profundizar los estudios curriculares por áreas y ejes, pero sobre todo en el proceso relacional entre docentes y alumnos, terreno en donde se juega la verdadera docencia y en las que estudios de este tipo son altamente pertinentes.

Finalmente, al Departamento de Salud Mental, apoyar la línea de investigación sobre empatía médica y generar los procesos para la creación de grupos de investigación altamente efectivos y cohesionados a favor de los intereses de la salud mental de la gente de la localidad, la región y el país. Desarrollar más profusamente y como eje transversal de todas nuestras asignaturas la empatía médica y la sensibilidad emocional como elementos para hacer una praxis médica humanista e integral, en el marco de una relación médico – paciente que considere los valores, sentimientos, emociones, relaciones interpersonales significativas, necesidades y pensamientos de los pacientes como motivación central del quehacer del médico en formación a su cargo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1). Rivero, O. La vocación humanística: motivación permanente para el estudiante de medicina. Gaceta Médica Mexicana. 2004, 140(1): Disponible en: URL

<http://www.mty.itesm.mx/dcs/profesionalismo05/vocacionhumanisticamotivacionpermanente para el estudiante de medicina.pdf>

(2). García, J.; Aseguinolaza, L. y Lasa, G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. Medicina Clínica (Barc). 1995,105:27-30. Disponible en: URL

<http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL105/M1050108.pdf>

(3). Morgade, M. Del valor estético de la empatía al negocio inteligente de las emociones: la psicología estética de Theodor Lipps a las puertas del tercer milenio. 2000, 21:359-372 disponible en: URL

<http://www.dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=68808>

(4) Celis, M. [Reseña de libro: Reconsideración del concepto de empatía. Nuevas direcciones en psicoterapia]. 2003. Compilado por: Bohart AC, Greenberg L. American Psychological Association, Washington, DC, 1997, Revista de Psicoanálisis. Disponible en: URL <http://www.aperturas.org/13celisempatia.html>

(5). Alcorta, A.; González, J.; Tavitas, S.; Rodríguez, F. y Hojat, M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. Salud Mental, 2005 Oct, 28(005):57-63 Disponible en: URL

<http://redalyc.uaemex.mx/redalcy/pdf/582/58252808.pdf>.

(6). Hojat, M.; Gonnella, S.; Mangione, S.; Nasca, T.; Veloski, J.; Erdmann, J.; Callahan, C. y Magee, M. Empathy in Medical Students as Related to Academic Performance, Clinical Competence and Gender. *Medical Education*. 2002, 36(6):522-527. disponible en: URL

<http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1365-2923.2002.01234.x>.

(7). Alonzo, M. y Kraftchenko, O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Cubana de Educación Médica Superior*. 2003, 17(1): Disponible en: URL

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

(8). Guarino, L.; y Roger, D. Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo paradigma para medir neuroticismo. *Psicothema*, 2005, 17(003):465-470 Universidad de Oviedo, Oviedo, España. Disponible en: URL <http://redalyc.uaemex.mx/redalcy/pdf/727/72717317.pdf>.

(9) García, J.; Aseguiolaza, L. y Tazón, P. El desarrollo de las actitudes humanísticas en medicina. *Medicina Clínica Barcelona* 1998, 111:23-26.

Disponible en:

<http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol111/m1110106.pdf>

- (10) González de Rivera, J. Empatía y ecpatía. *Psiquis*, 2004, 25(6):243-245
disponible en: URL http://www.astrane.com/pda/es/pdf/empatia_y_ecpatia.pdf
- (11). Mestre, V.; Frías, M.; y Samper, P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema* 2004, 16(2):255-260. Disponible en: URL <http://www.psicothema.com/pdf/1191.pdf>
- (12). Pastor, A. Diferencias en empatía en función de las variables: género y edad Universidad de Valencia 2004, 22(3):323-339. Disponible en: URL http://www.cop.es/delegaci/andocci/VOL.22_3_3.pdf
- (13). Hojat, M.; Gonnella, J.; Nasca, T.; Mangione, S.; Vergare, M. y Magee, M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry* 2002, 159:1563-1569.
Disponible en: URL <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/159/9/1563>
- (14). Mayor, E.; Del Rio-Caballero, G.; Tabares, G., y Fernández, S. Empatía: ¿Conoce su significado? *Medisan*, 2002, 6(2):56-61 Disponible en: URL http://bvs.sld.cu/s/san/vol16_2_02/san10202.htm
- (15). Rodríguez, H. La relación médico paciente. *Cubana de Salud Pública*, 2006, 32(4): Disponible en: URL http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400007&script=sci_arttext&tlng=es

(16). Tsuchida M.; Bandres, M. y Guevara, X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Medica Herediana*, 2003, 14:175-180. Disponible en: URL

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000400005

(17) García-Hiubodro, D.; Nuñez, F.; Vargas, P.; Smiljan, A.; Hitschfeld, M.; Gennero, R.; Salvatierra, L. y Benavente, A. Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de medico esperado. *Médica de Chile*, 2006, 134:947-954. Disponible en: URL

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n8/art01.pdf>.

(18) Celis de Oliveros, E (1990). *Empatía y medicina. Su determinación en estudiantes de medicina*. Valencia –Venezuela: EGN Comunicaciones.

(19) Marsiglio, I. Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gaceta Médica de Caracas*, 2006, 114:183-189.

Disponible en: <http://www.anm.org.ve/anitem.cfm?AnnID=288>.

(20) Gaurino L.; Feldman L. y Roger D. La Diferencia de la sensibilidad emocional entre británicos y venezolanos. *Psicothema*, 2005, 17(4):639-644.

Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3158>

(21) Doval, H. (2008). Más allá del sentimiento de empatía. La necesidad de una conducta profesional. Argent. Cardiol., jul./ago. 2008, vol.76, no.4 , p.330-334.

Disponible en: URL http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482008000400018&script=sci_arttext

(22) Fernández-Pinto, I.; López-Pérez, B. y Márquez, M. Anales de Psicología 2008, vol. 24, nº 2 (diciembre), 284-298. Disponible en: URL

http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/12-24_2.pdf

(23) Petrillo, N. Estructura de la empatía: autoextrañamiento e intencionalidad instintiva. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura, 736 marzo-abril (2009) 369-377. Disponible en: URL

<http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/287/288>

(24) Smith, A. La teoría de los sentimientos morales, 164. Disponible en: URL

<http://www.eumed.net/cursecon/economistas/textos/ASsm.htm>

(25) Council, C. y Sherman, N. [Traducido: Arenas-Dolz F, Pérez L]. Empatía, respeto e intervención humanitaria (S/F) disponible en: URL

<http://www.alfonselmagnanim.com/DEBATS/77/quadern06.htm>

(26) Acuña, P. Los conceptos de empatía y de la pura visualidad. 2007, disponible en: URL <http://www.urbanoperu.com/node/225>

(27) Amarista, F.; Guzmán, A. y Kerdel, O. Manual de Psicología Médica. Tercera edición, [editorial] Disinlimed, Caracas - Venezuela 1986, pag: 65-76 ISBN 980-265371-3

(28) Guzmán, A. Manual de Psiquiatría. [editorial] Disinlimed, Caracas - Venezuela 1992, pag: 54-56 ISBN 980-6142-34-9

(29) Juri, L. y Ferrari, L. ¿Rivalidad edípica o cooperación intergeneracional? Del Edipo de Freud al Ulises de Kohut. Aperturas Psicoanalíticas, 2000, 5: disponible en: URL <http://www.aperturas.org/5juri.html>

(30) Martin, J. La empatía desde el diván. (rfp:L´empathie). Revue française de psychanalyse. Aperturas Psicoanalistas 2005, 20: Disponible en: URL <http://www.aperturas.org/20martin.html>

(31) Gibu, R. La empatía como problema de construcción en la obra filosófica de edith stein (s/f). disponible en: URL <http://www.lidiogenes.buap.mx/s/8/43/.pdf>.

(32) Mestre, V.; Pérez, E.; Samper, P. y Marti M. Diferencias de género en la empatía y su relación con el pensamiento moral y el altruismo. Iber Psicología, 1998, Valencia-España Disponible en: URL <http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi3-1/mestre1/mestre1.htm>

(33) Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2008). Las Neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional. España: Paidós.

(34) Iacoboni, M. (2009). Las neuronas espejo. Empatía, Neuropolítica, Autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros. España: Romanyà Valls S.A.

(35) FUNDACREDESA (2007) disponible en línea: URL

<http://www.fundacredesa.org/fundacre/index.htm>

(36) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial del jueves 30 de diciembre de 1999, N° 36.860 disponible en línea: URL

<http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/ConstitucionRBV1999.pdf>

(37) Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República de Venezuela Caracas, 11 de noviembre de 1998 Número 36579. El Congreso de la República de Venezuela. Disponible en línea: URL

<http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/LeyOrganicaSalud.pdf>

(38) Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial De La Republica De Venezuela Caracas, 23 de agosto de 1982 Número 3.002 Extraordinario El Congreso De La Republica De Venezuela. Disponible en: URL

<http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/261.pdf>

(39) Código de Deontología Médica. Código de Deontología Médica Aprobado Durante la LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, Realizada en Caracas el 20 de Marzo de 1985. Disponible en línea: URL <http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/CodigoDeontologiaMedica.pdf>

(40) Neil, J. (1999). Métodos de Investigación. México: Prentice Hall. 3era Edición.

(41) Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill. 1era Edición.

(42) Sánchez, J. y Graterol, I. Metodología en ciencias de la salud: la construcción del proyecto de investigación. (2006). Material mimeografiado. Dpto. salud mental. Aragua.

(43) Pick, S. ¿Cómo Investigar en las Ciencias Sociales? (2004). México, DF: Trillas.

(44) Tamayo, M. El Proceso de la Investigación Científica. (2004). Cuarta edición, Editorial Limusa, México, DF.

(45) Hurtado, J. Metodología de la Investigación Holística. (2002). SYPAL-IUTC. Venezuela.

(46) Best, J. Cómo Investigar. (s/f). México: Nacional.

(47) Noblezas, M. Fiabilidad de los tests Pil y Logotest. Boletín de logoterapia y análisis existencial. (2000) 4:81-90. Disponible en línea: URL http://manoblejas.eresmas.net/Nous04_07.rtf.

(48) UC-Asuntos estudiantiles. Escuela 115 – Medicina (Anual) periodo: 1-07. Alumnos inscritos en 6to año, 5to año y 4to año. (2007). UC: Maracay.

(49) González, M.; Portillo, L. y Pérez, C. Perfil integral del estudiante universitario de la Universidad del Zulia, análisis comparativo Cohortes 98-99,99-2000,2000-2001. Vicerrectorado académico, DIDSE; Facultad de Humanidades y educación. Disponible en línea: URL <http://tecnologiaedu.us.es/eusXXI/Programa/paginas/regionzuliafalcon/GonzalezPortillo%20y%20Perez.doc>

(49) Fuenmayor, L. y Vidal, Y. La admisión estudiantil a las universidades públicas venezolanas: aparición de inequidades. Rev. de pedagogía 21(62):273. Disponible en línea: URL <http://www.revele.com.ve//programas/indice/ria.php?id=11103&rev= de pedagogia>

(50) Cibanal, L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. Disponible en línea:

URL http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_4.htm

ANEXOS

ANEXO 1

**ESCALA JEFFERSON DE EMPATÍA MÉDICA, EN SU VERSIÓN AL
CASTELLANO “S-MF” y “HP-MF”**

**Escala Jefferson de Actitudes de Empatía del Médico
(Versión S, R- MF)**

1. Hospital: _____

2. Año: _____

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número en la escala indica un mayor acuerdo):

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5---- 6 ---- 7

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

1. ____ El entendimiento del médico de los sentimientos del paciente y sus familiares es un factor que no influye en el tratamiento médico o quirúrgico.
2. ____ Los pacientes se sienten mejor cuando sus médicos comprenden sus sentimientos.
3. ____ Es difícil para un médico ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.
4. ____ Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.
5. ____ El sentido del humor del médico contribuye a un mejor resultado clínico.
6. ____ Porque la gente es diferente, es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente.
7. ____ Poner atención a las emociones del paciente no es importante al tomar su historia.
8. ____ Atender con cuidado las experiencias personales del paciente no influye en los resultados del tratamiento.
9. ____ El médico debería tratar de ponerse en los zapatos del paciente cuando les proveen de cuidado.

10. _____ El paciente valora al médico que entiende sus sentimientos lo cual es terapéutico por sí mismo.
11. _____ La enfermedad del paciente puede ser curada solamente por el tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, lazos emocionales del médico con su paciente no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.
12. _____ Preguntar al paciente que es lo que está pasando en su vida personal no es útil en el entendimiento de sus quejas físicas.
13. _____ Los médicos deberían de tratar de entender que está pasando en la mente de los pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.
14. _____ Yo creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de la enfermedad médica.
15. _____ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito como médico puede estar limitada.
16. _____ El entendimiento del médico del estado emocional de los pacientes tanto como el de sus familias, es un importante componente de la relación médico-paciente.
17. _____ El médico debería tratar de pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.
18. _____ El médico no debería permitirse a sí mismo ser influido por fuertes ligas personales entre sus pacientes y los miembros de la familia.
19. _____ No disfruto leer literatura no médica o de arte.
20. _____ Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.

**Escala Jefferson de Actitudes de Empatía Médica
(Versión HP, R-MF)**

1. Especialidad:_____ 2. Hospital:_____

Instrucciones: Por favor indique el grado de su acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones escribiendo el número de calificación apropiado en el espacio subrayado previo a cada frase. Por favor utilice la siguiente escala de 7 puntos (A mayor grado de acuerdo, mayor el número):

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5---- 6 ---- 7

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

1. ____Mi comprensión de cómo mis pacientes y sus familias sienten es un factor irrelevante en el tratamiento médico.
2. ____Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos.
3. ____Me es difícil el ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
4. ____Considero el comprender el lenguaje corporal de mis pacientes tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico-paciente.
5. ____Tengo un buen sentido del humor, el cual pienso que contribuye para lograr mejores resultados clínicos.
6. ____Debido a que la gente es diferente, me es imposible el ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
7. ____Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante las entrevistas e historias clínicas.
8. ____El grado de atención hacia las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante en la efectividad del tratamiento.
9. ____Trato de imaginarme el estar en los zapatos de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.
10. ____Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les otorga a ellos un sentido de validación el cual es terapéutico por sí mismo.

11. ____ Las enfermedades de los pacientes pueden ser únicamente curadas con tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no pueden tener un lugar significativo en esta tarea.
12. ____ Considero el preguntarle a mis pacientes acerca de lo que está aconteciendo en sus vidas como un factor no importante en el entendimiento de sus quejas físicas.
13. ____ Trato de entender que está sucediendo en las mentes de mis pacientes poniendo atención en sus claves no verbales y lenguaje corporal.
14. ____ Creo que la emoción no tiene sitio en el tratamiento de las enfermedades médicas.
15. ____ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual, mi éxito como médico estaría limitado.
16. ____ Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión del estado emocional de los pacientes y sus familias.
17. ____ Trato de pensar como mis pacientes con el fin de proporcionar mejor atención.
18. ____ No me permito a mí mismo el ser afectado por relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y los miembros de sus familias.
19. ____ No disfruto leyendo literatura no médica o experimentando las artes.
20. ____ Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico o quirúrgico.

ANEXO 2

ESCALA DE SENSIBILIDAD EMOCIONAL

ESE

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones. Lee cada una de ellas atentamente y encierra en un círculo la alternativa que mejor te describa. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, se lo más honesto posible. GRACIAS

Por favor, no dejes en blanco ninguna de las afirmaciones.

- | | | |
|--|--------|-------|
| 1. Con frecuencia tengo la sensación de que quiero abandonarlo todo. | Cierto | Falso |
| 2. Los cambios repentinos en mi vida con frecuencia me dejan absolutamente consternado(a) | Cierto | Falso |
| 3. Con frecuencia pienso en las maneras de ayudar a la gente en dificultad. | Cierto | Falso |
| 4. Con frecuencia parece que mis preocupaciones son más grandes que las de cualquier otra persona. | Cierto | Falso |
| 5. Yo estoy dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que yo pudiera hacer. | Cierto | Falso |
| 6. Con frecuencia me pongo bravo(a) conmigo mismo(a). | Cierto | Falso |
| 7. Me resulta fácil entender los sentimientos de otras personas. | Cierto | Falso |
| 8. Cada vez que veo a alguien cercano a mí teniendo algún problema, la primera cosa que viene a mi mente es lo afortunado(a) que soy de no estar en esa situación. | Cierto | Falso |
| 9. Me enfurezco cuando las cosas no funcionan. | Cierto | Falso |
| 10. Yo me pongo fácilmente ansioso(a) y estresado(a) cuando veo a algún familiar o amigo cercano enfrentando un problema, y desearía no estar allí. | Cierto | Falso |
| 11. Es fácil para mí entender los sentimientos de otros cuando ellos están estresados. | Cierto | Falso |
| 12. Yo trato de no involucrarme emocionalmente con gente que está pasando por situaciones difíciles. | Cierto | Falso |
| 13. Me resulta difícil ayudar a gente que está enfrentando situaciones estresantes, porque yo me estreso fácilmente también. | Cierto | Falso |
| 114. Con frecuencia me siento responsable por la forma como otros se están sintiendo. | Cierto | Falso |
| 15. Me resulta fácil reconocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mí alrededor, incluso aunque traten de esconderlos. | Cierto | Falso |
| 16. Yo me preocupo constantemente de cometer errores en mi trabajo. | Cierto | Falso |

- | | | |
|---|--------|-------|
| 17. Yo me molesto mucho cuando mis amigos no se presentan, tal como estaba planeado. | Cierto | Falso |
| 18. Cuando empiezo a hablar con mis amigos acerca de sus problemas, inmediatamente comienzo a pensar en los míos propios. | Cierto | Falso |
| 19. Me siento molesto(a) cuando me doy cuenta que no puedo hacer nada para ayudar a otra gente que está teniendo problemas. | Cierto | Falso |
| 20. Me siento fácilmente frustrado(a). | Cierto | Falso |
| 21. Con frecuencia pequeñas cosas bastan para ponerme de mal humor. | Cierto | Falso |
| 22. A veces siento que nadie se preocupa por mí. | Cierto | Falso |
| 23. Con frecuencia siento desespero cuando enfrento situaciones difíciles. | Cierto | Falso |
| 24. Yo trataría de ayudar a alguien llorando en la calle. | Cierto | Falso |
| 25. Cuando un proyecto en el que estoy trabajando arranca mal, con frecuencia lo veo como un mal presagio para el resto del proyecto. | Cierto | Falso |
| 26. Con frecuencia me siento más preocupado(a) por los sentimientos y preocupaciones de otros, que por los míos propios. | Cierto | Falso |
| 27. Cuando me siento triste y abatido(a), lo peor que puede pasarme es oír gente riéndose y divirtiéndose. | Cierto | Falso |
| 28. Cuando estoy tratando de ayudar a otras personas, empiezo a preocuparme de que eso me vaya a llevar mucho tiempo. | Cierto | Falso |
| 29. Yo trato de mantenerme alejado(a) de las situaciones difíciles de otra gente, para no involucrarme. | Cierto | Falso |
| 30. Cada vez que estoy ayudando a otra gente a enfrentar sus problemas, me preocupo si me estaré involucrando demasiado. | Cierto | Falso |
| 31. Yo me siento más preocupado(a) que mucha gente por las personas injustamente tratadas. | Cierto | Falso |
| 32. Yo no trato de averiguar como la gente a mí alrededor se siente. | Cierto | Falso |
| 33. Con frecuencia pienso que mostrar mucha preocupación y lástima por otros puede resultar en involucrarme en cosas que no quiero. | Cierto | Falso |
| 34. La peor cosa que podría pasarme es sentirme como un(a) tonto(a). | Cierto | Falso |
| 35. Cada vez que veo a alguien en problemas, siento que es mi responsabilidad ayudar y dar apoyo. | Cierto | Falso |
| 36. Me resulta fácil reconocer y entender los sentimientos de otros, pero no involucrarme con ellos. | Cierto | Falso |

37. Me siento molesto(a) cuando otra gente está pasando por momentos difíciles. Cierto Falso
38. Me siento realmente molesto si la gente no capta como me siento. Cierto Falso
39. Es algo difícil para mí conocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mí alrededor. Cierto Falso
40. Con frecuencia me imagino el peor escenario posible para cualquier cosa que estoy por comenzar. Cierto Falso
41. Yo puedo controlar mis nervios fácilmente. Cierto Falso
42. Yo pienso que uno sólo puede ayudar realmente a alguien, si no se involucra emocionalmente. Cierto Falso
43. Yo pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros. Cierto Falso
44. Me gusta mantenerme alejado(a) de las reacciones emocionales de los otros. Cierto Falso
45. Yo me cuestiono mucho a mí mismo(a) Cierto Falso

ANEXO 3
MÈTODO GRAFFAR MÈNDEZ CASTELLANO
ESTRATO SOCIOECONÒMICO

MÉTODO GRAFFAR MÉNDEZ CASTELLANO

1.1 ESTRATIFICACIÓN SOCIAL

1.1.1 PROFESIÓN JEFE DE FAMILIA

| | | |
|---|--|---|
| 1 | | Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones generales, oficiales de las fan |
| 2 | | Profesión técnica o medianos comerciantes o productores |
| 3 | | Empleados sin profesión universitaria, o técnica media, pequeños comerciantes o productores propietarios. |
| 4 | | Obreros especializados (tractoristas, chóferes, albañiles) |
| 5 | | Obreros no especializados, buhoneros, jornaleros, pisatario, barrendero, servicio domestico |

1.1.1 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

| | | |
|---|--|--|
| 1 | | Enseñanza universitaria o su equivalente |
| 2 | | Enseñanza secundaria completa o técnica superior |
| 3 | | Enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior |
| 4 | | Enseñanza primaria o analfabeta |
| 5 | | Analfabeta |

1.1.3 PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA

| | | |
|---|--|--|
| 1 | | Fortuna heredada o adquirida |
| 2 | | Ganancias, beneficios honorarios profesionales |
| 3 | | Sueldo mensual |
| 4 | | Salario semanal por día o por tarea a destajo |
| 5 | | Donaciones de origen público o privado |

1.1.3 CONDICIONES DE LA VIVIENDA

| | | |
|---|--|--|
| 1 | | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo |
| 2 | | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin lujo pero espaciosa |
| 3 | | Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacio reducido |
| 4 | | Vivienda con ambiente espacioso o reducido con deficiencia de algunas condiciones sanitarias |
| 5 | | Rancho o vivienda con una habitación y condiciones sanitarias inadecuadas |

1.1.1

1.1.2

1.1.3

1.1.4

TOTAL

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS

PSICOSOCIODEMOGRÁFICAS VERSIONES “E” Y “MD”

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIODEMOGRÁFICAS (Versión E)

INSTRUCCIONES: Escribe en letra legible lo que se te solicita y marca con una equis (X) en los espacios correspondientes.

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------|--|------|--------------------------|------|--------------------------|
| 1 | Edad | Años: | | | | | | | | | |
| 2 | Sexo | M | <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 3 | Estado civil * | S | <input type="checkbox"/> | C | <input type="checkbox"/> | D | <input type="checkbox"/> | Co | <input type="checkbox"/> | V | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Número de hijos | N°: | | | | | | | | | |
| 5 | Religión | Especifique: | | | | | | | | | |
| 6 | Situación de escolaridad | Regular | <input type="checkbox"/> | Repitiente | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 7 | Experiencia personal propia con enfermedad grave | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 8 | Experiencia de un familiar con enfermedad grave | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 9 | Experiencia personal artística (pintura, escritura, drama, otra). | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 10 | Experiencia personal política (Líder estudiantil, comunal, otro) | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 11 | Otras experiencias de importancia para el estudiante | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 12 | Sirve de apoyo a su comunidad | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 13 | Realiza trabajos comunitarios en su área residencial | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 14 | Realiza trabajos comunitarios fuera de su área residencial | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Cual: | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | | |
| 15 | Posición que ocupa como hijo | Único: | <input type="checkbox"/> | 1ero | <input type="checkbox"/> | 2do | <input type="checkbox"/> | 3ero | <input type="checkbox"/> | otro | <input type="checkbox"/> |

*Leyenda:

S = Soltero D = Divorciado V = Viudo
C = Casado Co = Concubinato

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIODEMOGRÁFICAS (Versión MD)

INSTRUCCIONES: Escriba en letra legible lo que se le solicita y marque con una equis (X) en los espacios correspondientes.

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--|------|--|-------|--|------|--|------|--|
| 1 | Edad | Años: | | | | | | | | | |
| 2 | Sexo | M | | F | | | | | | | |
| 3 | Estado civil * | S | | C | | D | | Co | | V | |
| 4 | Número de hijos | Nº: | | | | | | | | | |
| 5 | Religión | Especifique: | | | | | | | | | |
| 6 | Años de graduado como médico | Años: | | | | | | | | | |
| 7 | Años de graduado como especialista | Años: | | | | | | | | | |
| 8 | Años laborando como docente | Años: | | | | | | | | | |
| 9 | Experiencia personal propia con enfermedad grave | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 10 | Experiencia de un familiar con enfermedad grave | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 11 | Experiencia personal artística (pintura, escritura, drama, otra). | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 12 | Experiencia personal política (Líder estudiantil, comunal, otro) | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 13 | Otras experiencias de importancia para usted | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 14 | Sirve de apoyo a su comunidad | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 15 | Realiza trabajos comunitarios en su área residencial | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 16 | Realiza trabajos comunitarios fuera de su área residencial | Si | | No | | Cual: | | | | | |
| 17 | Posición que ocupa como hijo | Único: | | 1ero | | 2do | | 3ero | | otro | |

(*) Leyenda:

S = Soltero D = Divorciado V = Viudo
C = Casado Co = Concubinato

ANEXO 5

DISTRIBUCIÓN DE MUESTRAS, MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS

Anexo del Cuadro N° 51-b. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y año de carrera (sólo estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|-----|--------|-----|--------|-------------------|
| Perspectiva | Año | Cuarto | 110 | 60,11 | 8,40 |
| | | Quinto | 112 | 61,00 | 7,11 |
| | | Sexto | 84 | 59,15 | 8,27 |
| | | Total | 306 | 60,17 | 7,92 |
| Compasión | Año | Cuarto | 110 | 46,67 | 7,40 |
| | | Quinto | 112 | 47,81 | 5,93 |
| | | Sexto | 84 | 44,40 | 8,12 |
| | | Total | 306 | 46,47 | 7,22 |
| Ponerse en la situación del otro | Año | Cuarto | 110 | 11,01 | 2,91 |
| | | Quinto | 112 | 11,12 | 2,65 |
| | | Sexto | 84 | 10,02 | 3,28 |
| | | Total | 306 | 10,78 | 2,95 |
| Empatía | Año | Cuarto | 110 | 117,79 | 14,89 |
| | | Quinto | 112 | 119,93 | 11,47 |
| | | Sexto | 84 | 113,58 | 14,85 |
| | | Total | 306 | 117,42 | 13,91 |

Anexo del Cuadro N° 53. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y edad (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|------|----------|-----|--------|-------------------|
| Perspectiva | Edad | 19-20-21 | 139 | 60,76 | 8,15 |
| | | 22-23-24 | 136 | 59,84 | 7,83 |
| | | 25-26-27 | 18 | 58,61 | 7,26 |
| | | 28 y más | 13 | 59,62 | 7,59 |
| | | Total | 306 | 60,17 | 7,92 |
| Compasión | Edad | 19-20-21 | 139 | 47,12 | 7,17 |
| | | 22-23-24 | 136 | 46,63 | 6,65 |
| | | 25-26-27 | 18 | 44,83 | 7,91 |
| | | 28 y más | 13 | 40,15 | 9,81 |
| | | Total | 306 | 46,47 | 7,22 |
| Ponerse en la situación del otro | Edad | 19-20-21 | 139 | 10,81 | 2,87 |
| | | 22-23-24 | 136 | 10,74 | 3,03 |
| | | 25-26-27 | 18 | 10,61 | 2,85 |
| | | 28 y más | 13 | 11,00 | 3,42 |
| | | Total | 306 | 10,78 | 2,95 |
| Empatía | Edad | 19-20-21 | 139 | 118,68 | 14,58 |
| | | 22-23-24 | 136 | 117,21 | 13,09 |
| | | 25-26-27 | 18 | 114,06 | 13,80 |
| | | 28 y más | 13 | 110,77 | 13,92 |
| | | Total | 306 | 117,42 | 13,91 |

Anexo del Cuadro N° 55. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y sexo (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|------|-------|-----|--------|----------------------|
| Perspectiva | Sexo | Masc | 103 | 58,71 | 8,77 |
| | | Fem | 203 | 60,92 | 7,37 |
| | | Total | 306 | 60,17 | 7,92 |
| Compasión | Sexo | Masc | 103 | 44,35 | 7,94 |
| | | Fem | 203 | 47,54 | 6,59 |
| | | Total | 306 | 46,47 | 7,22 |
| Ponerse en la situación del otro | Sexo | Masc | 103 | 10,88 | 2,96 |
| | | Fem | 203 | 10,72 | 2,96 |
| | | Total | 306 | 10,78 | 2,95 |
| Empatía | Sexo | Masc | 103 | 113,94 | 15,59 |
| | | Fem | 203 | 119,18 | 12,66 |
| | | Total | 306 | 117,42 | 13,91 |

Anexo del Cuadro N° 56. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y estado civil (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|--------------|---------|-----|--------|----------------------|
| Perspectiva | Estado civil | Soltero | 290 | 60,40 | 7,79 |
| | | Otro | 16 | 56,13 | 9,41 |
| | | Total | 306 | 60,17 | 7,92 |
| Compasión | Estado civil | Soltero | 290 | 46,57 | 7,27 |
| | | Otro | 16 | 44,69 | 6,12 |
| | | Total | 306 | 46,47 | 7,22 |
| Ponerse en la situación del otro | Estado civil | Soltero | 290 | 10,73 | 2,95 |
| | | Otro | 16 | 11,69 | 3,05 |
| | | Total | 306 | 10,78 | 2,95 |
| Empatía | Estado civil | Soltero | 290 | 117,69 | 13,95 |
| | | Otro | 16 | 112,50 | 12,65 |
| | | Total | 306 | 117,42 | 13,91 |

Anexo del Cuadro N° 57. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y profesión jefe familia (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|------------------------|-------------------------|-----|--------|-------------------|
| Perspectiva | Profesión jefe familia | Universitaria | 141 | 60,05 | 8,20 |
| | | Técnica | 76 | 60,96 | 7,88 |
| | | Pequeños comerciantes | 56 | 60,82 | 7,11 |
| | | Obrero especializado | 23 | 55,52 | 7,95 |
| | | Obrero no especializado | 7 | 61,43 | 5,13 |
| | | Total | 303 | 60,11 | 7,93 |
| Compasión | Profesión jefe familia | Universitaria | 141 | 46,21 | 7,36 |
| | | Técnica | 76 | 46,50 | 8,25 |
| | | Pequeños comerciantes | 56 | 47,82 | 5,37 |
| | | Obrero especializado | 23 | 44,22 | 7,34 |
| | | Obrero no especializado | 7 | 47,57 | 5,19 |
| | | Total | 303 | 46,46 | 7,25 |
| Ponerse en la situación del otro | Profesión jefe familia | Universitaria | 141 | 10,84 | 2,85 |
| | | Técnica | 76 | 10,74 | 3,28 |
| | | Pequeños comerciantes | 56 | 10,57 | 2,98 |
| | | Obrero especializado | 23 | 10,83 | 2,90 |
| | | Obrero no especializado | 7 | 11,00 | 1,63 |
| | | Total | 303 | 10,77 | 2,95 |
| Empatía | Profesión jefe familia | Universitaria | 141 | 117,10 | 14,41 |
| | | Técnica | 76 | 118,20 | 14,97 |
| | | Pequeños comerciantes | 56 | 119,21 | 11,14 |
| | | Obrero especializado | 23 | 110,57 | 13,90 |
| | | Obrero no especializado | 7 | 120,00 | 7,79 |
| | | Total | 303 | 117,34 | 13,94 |

Anexo del Cuadro N° 59. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y condiciones de la vivienda (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|----------------------|-------------------------|-----|--------|-------------------|
| Perspectiva | Condiciones vivienda | Ambiente de lujo | 34 | 59,00 | 8,04 |
| | | Espaciosa | 229 | 60,53 | 7,89 |
| | | Espacio reducido | 38 | 59,21 | 7,75 |
| | | Deficiencias sanitarias | 2 | 47,50 | 2,12 |
| | | Total | 303 | 60,11 | 7,93 |
| Compasión | Condiciones vivienda | Ambiente de lujo | 34 | 44,38 | 8,44 |
| | | Espaciosa | 229 | 46,70 | 7,08 |
| | | Espacio reducido | 38 | 47,47 | 6,43 |
| | | Deficiencias sanitarias | 2 | 35,00 | 9,90 |
| | | Total | 303 | 46,46 | 7,25 |
| Ponerse en la situación del otro | Condiciones vivienda | Ambiente de lujo | 34 | 10,41 | 3,04 |
| | | Espaciosa | 229 | 10,85 | 2,97 |
| | | Espacio reducido | 38 | 10,66 | 2,84 |
| | | Deficiencias sanitarias | 2 | 9,00 | ,00 |
| | | Total | 303 | 10,77 | 2,95 |
| Empatía | Condiciones vivienda | Ambiente de lujo | 34 | 113,79 | 14,95 |
| | | Espaciosa | 229 | 118,09 | 13,63 |
| | | Espacio reducido | 38 | 117,34 | 13,71 |
| | | Deficiencias sanitarias | 2 | 91,50 | 12,02 |
| | | Total | 303 | 117,34 | 13,94 |

Anexo del Cuadro N° 61. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y estrato socioeconómico (Graffar) (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|---------|------------------------|-----|--------|-------------------|
| Perspectiva | Graffar | Estrato I (4,5,6) | 65 | 59,02 | 8,41 |
| | | Estrato II (7,8,9) | 136 | 61,18 | 7,96 |
| | | Estrato III (10,11,12) | 78 | 59,95 | 7,16 |
| | | Estrato IV (13,14,15) | 24 | 57,50 | 8,26 |
| | | Total | 303 | 60,11 | 7,93 |
| Compasión | Graffar | Estrato I (4,5,6) | 65 | 44,98 | 8,27 |
| | | Estrato II (7,8,9) | 136 | 47,32 | 6,67 |
| | | Estrato III (10,11,12) | 78 | 46,86 | 6,87 |
| | | Estrato IV (13,14,15) | 24 | 44,33 | 8,04 |
| | | Total | 303 | 46,46 | 7,25 |
| Ponerse en la situación del otro | Graffar | Estrato I (4,5,6) | 65 | 10,91 | 2,88 |
| | | Estrato II (7,8,9) | 136 | 10,90 | 3,04 |
| | | Estrato III (10,11,12) | 78 | 10,49 | 3,00 |
| | | Estrato IV (13,14,15) | 24 | 10,54 | 2,59 |
| | | Total | 303 | 10,77 | 2,95 |
| Empatía | Graffar | Estrato I (4,5,6) | 65 | 114,91 | 15,81 |
| | | Estrato II (7,8,9) | 136 | 119,40 | 13,55 |
| | | Estrato III (10,11,12) | 78 | 117,29 | 12,13 |
| | | Estrato IV (13,14,15) | 24 | 112,38 | 14,85 |
| | | Total | 303 | 117,34 | 13,94 |

Anexo del Cuadro N° 62. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y trabajos comunitarios fuera del área de residencia (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|---|-------|-----|--------|-------------------|
| Perspectiva | Trabajos comunitarios fuera área residencia | No | 233 | 59,61 | 8,39 |
| | | Si | 73 | 61,97 | 5,87 |
| | | Total | 306 | 60,17 | 7,92 |
| Compasión | Trabajos comunitarios fuera área residencia | No | 233 | 46,47 | 7,29 |
| | | Si | 73 | 46,47 | 7,04 |
| | | Total | 306 | 46,47 | 7,22 |
| Ponerse en la situación del otro | Trabajos comunitarios fuera área residencia | No | 233 | 10,79 | 3,08 |
| | | Si | 73 | 10,73 | 2,53 |
| | | Total | 306 | 10,78 | 2,95 |
| Empatía | Trabajos comunitarios fuera área residencia | No | 233 | 116,87 | 14,49 |
| | | Si | 73 | 119,16 | 11,80 |
| | | Total | 306 | 117,42 | 13,91 |

Anexo del Cuadro N° 63: Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y años de graduado (MED).

| | | N | Me+ día | Desviación típica |
|----------------------------------|-------|----|------------|-------------------|
| Toma de perspectiva | 10-19 | 29 | 5,78 | 0,85 |
| | 20-29 | 24 | 6,26 | 0,63 |
| | 30-39 | 19 | 5,79 | 0,72 |
| | Total | 72 | 5,94 | 0,77 |
| Compasión | 10-19 | 29 | 5,50 | 1,18 |
| | 20-29 | 24 | 5,82 | 0,93 |
| | 30-39 | 19 | 5,93 | 0,61 |
| | Total | 72 | 5,72 | 0,98 |
| Ponerse en la situación del otro | 10-19 | 29 | 5,57 | 1,30 |
| | 20-29 | 24 | 5,94 | 1,22 |
| | 30-39 | 19 | 6,24 | 0,82 |
| | Total | 72 | 5,87 | 1,18 |
| Puntaje total Empatía | 10-19 | 29 | 5,65 | 0,80 |
| | 20-29 | 24 | 6,05 | 0,56 |
| | 30-39 | 19 | 5,89 | 0,53 |
| | Total | 72 | 5,85 | 0,67 |

Anexo del Cuadro N° 65. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y años como docente (MED).

| | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|-------|----|-------|-------------------|
| Toma de perspectiva | 1-9 | 30 | 5,79 | 0,85 |
| | 10-19 | 29 | 6,14 | 0,72 |
| | 20-30 | 13 | 5,85 | 0,60 |
| | Total | 72 | 5,94 | 0,77 |
| Compasión | 1-9 | 30 | 5,52 | 1,19 |
| | 10-19 | 29 | 5,81 | 0,87 |
| | 20-30 | 13 | 5,98 | 0,52 |
| | Total | 72 | 5,72 | 0,98 |
| Ponerse en la situación del otro | 1-9 | 30 | 5,53 | 1,36 |
| | 10-19 | 29 | 6,00 | 1,08 |
| | 20-30 | 13 | 6,35 | 0,72 |
| | Total | 72 | 5,87 | 1,18 |
| Puntaje total Empatía | 1-9 | 30 | 5,66 | 0,81 |
| | 10-19 | 29 | 5,99 | 0,58 |
| | 20-30 | 13 | 5,95 | 0,38 |
| | Total | 72 | 5,85 | 0,67 |

Anexo del Cuadro N° 67: Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y posición como hijo (MED).

| | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|---------|----|-------|-------------------|
| Toma de perspectiva | Único | 7 | 5,33 | 0,64 |
| | Primero | 27 | 6,17 | 0,61 |
| | Segundo | 17 | 5,87 | 0,90 |
| | Otro | 21 | 5,91 | 0,80 |
| | Total | 72 | 5,94 | 0,77 |
| Compasión | Único | 7 | 5,66 | 1,16 |
| | Primero | 27 | 5,72 | 0,95 |
| | Segundo | 17 | 5,38 | 1,26 |
| | Otro | 21 | 6,01 | 0,59 |
| | Total | 72 | 5,72 | 0,98 |
| Ponerse en la situación del otro | Único | 7 | 6,00 | 0,76 |
| | Primero | 27 | 5,94 | 1,19 |
| | Segundo | 17 | 5,26 | 1,37 |
| | Otro | 21 | 6,21 | 0,99 |
| | Total | 72 | 5,87 | 1,18 |
| Puntaje total Empatía | Único | 7 | 5,53 | 0,73 |
| | Primero | 27 | 5,97 | 0,61 |
| | Segundo | 17 | 5,62 | 0,87 |
| | Otro | 21 | 5,98 | 0,50 |
| | Total | 72 | 5,85 | 0,67 |

Anexo del Cuadro N° 69. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de empatía, empatía total y Graffar por estratos socioeconómicos (MED).

| | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|-------------|----|-------|-------------------|
| Toma de perspectiva | Estrato I | 16 | 6,10 | 0,95 |
| | Estrato II | 44 | 5,91 | 0,76 |
| | Estrato III | 9 | 5,71 | 0,50 |
| | Estrato IV | 3 | 6,23 | 0,21 |
| | Total | 72 | 5,94 | 0,77 |
| Compasión | Estrato I | 16 | 5,85 | 0,92 |
| | Estrato II | 44 | 5,82 | 0,94 |
| | Estrato III | 9 | 5,04 | 1,23 |
| | Estrato IV | 3 | 5,54 | 0,14 |
| | Total | 72 | 5,72 | 0,98 |
| Ponerse en la situación del otro | Estrato I | 16 | 6,00 | 1,11 |
| | Estrato II | 44 | 6,08 | 1,02 |
| | Estrato III | 9 | 4,89 | 1,54 |
| | Estrato IV | 3 | 5,00 | 1,32 |
| | Total | 72 | 5,87 | 1,18 |
| Puntaje total Empatía | Estrato I | 16 | 6,00 | 0,73 |
| | Estrato II | 44 | 5,89 | 0,64 |
| | Estrato III | 9 | 5,36 | 0,71 |
| | Estrato IV | 3 | 5,83 | 0,23 |
| | Total | 72 | 5,85 | 0,67 |

Anexo del Cuadro N° 71. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y año (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|-----|--------|-----|-------|-------------------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Año | Cuarto | 110 | 8,34 | 4,43 |
| | | Quinto | 112 | 7,55 | 4,49 |
| | | Sexto | 84 | 7,64 | 4,48 |
| | | Total | 306 | 7,86 | 4,47 |
| Distanciamiento emocional | Año | Cuarto | 110 | 2,96 | 2,29 |
| | | Quinto | 112 | 2,49 | 1,96 |
| | | Sexto | 84 | 3,08 | 2,12 |
| | | Total | 306 | 2,82 | 2,14 |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Año | Cuarto | 110 | 8,81 | 2,25 |
| | | Quinto | 112 | 8,81 | 2,22 |
| | | Sexto | 84 | 7,54 | 2,06 |
| | | Total | 306 | 8,46 | 2,25 |

Anexo del Cuadro N° 72. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y apoyo a su comunidad (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|----------------------|-------|-----|-------|-------------------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Apoyo a su comunidad | No | 220 | 8,19 | 4,46 |
| | | Si | 86 | 7,01 | 4,40 |
| | | Total | 306 | 7,86 | 4,47 |
| Distanciamiento emocional | Apoyo a su comunidad | No | 220 | 2,81 | 2,09 |
| | | Si | 86 | 2,86 | 2,27 |
| | | Total | 306 | 2,82 | 2,14 |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Apoyo a su comunidad | No | 220 | 8,40 | 2,21 |
| | | Si | 86 | 8,62 | 2,38 |
| | | Total | 306 | 8,46 | 2,25 |

Anexo del Cuadro N° 73. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y trabajos comunitarios área de residencia (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------|-----|-------|-------------------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Trabajos comunitarios área residencia | No | 265 | 8,03 | 4,48 |
| | | Si | 41 | 6,76 | 4,28 |
| | | Total | 306 | 7,86 | 4,47 |
| Distanciamiento emocional | Trabajos comunitarios área residencia | No | 265 | 2,80 | 2,15 |
| | | Si | 41 | 2,98 | 2,10 |
| | | Total | 306 | 2,82 | 2,14 |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Trabajos comunitarios área residencia | No | 265 | 8,37 | 2,25 |
| | | Si | 41 | 9,05 | 2,24 |
| | | Total | 306 | 8,46 | 2,25 |

Anexo del Cuadro N° 74. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y trabajos comunitarios fuera de su área de residencia (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|---|-------|-----|-------|-------------------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Trabajos comunitarios fuera área residencia | No | 233 | 8,19 | 4,59 |
| | | Si | 73 | 6,81 | 3,89 |
| | | Total | 306 | 7,86 | 4,47 |
| Distanciamiento emocional | Trabajos comunitarios fuera área residencia | No | 233 | 2,92 | 2,16 |
| | | Si | 73 | 2,51 | 2,06 |
| | | Total | 306 | 2,82 | 2,14 |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Trabajos comunitarios fuera área residencia | No | 233 | 8,50 | 2,22 |
| | | Si | 73 | 8,33 | 2,37 |
| | | Total | 306 | 8,46 | 2,25 |

Anexo del Cuadro N° 75. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y profesión jefe de familia (estudiantes).

| | | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------|-----|-------|-------------------|
| Sensibilidad egocéntrica negativa | Profesión jefe familia | Universitaria | 141 | 7,74 | 4,62 |
| | | Técnica | 76 | 8,13 | 4,23 |
| | | Pequeños comerciantes | 56 | 8,14 | 4,57 |
| | | Obrero especializado | 23 | 7,39 | 4,60 |
| | | Obrero no especializado | 7 | 7,14 | 3,08 |
| | | Total | 303 | 7,87 | 4,47 |
| Distanciamiento emocional | Profesión jefe familia | Universitaria | 141 | 2,75 | 2,15 |
| | | Técnica | 76 | 2,59 | 1,88 |
| | | Pequeños comerciantes | 56 | 2,89 | 2,09 |
| | | Obrero especializado | 23 | 4,00 | 2,63 |
| | | Obrero no especializado | 7 | 2,71 | 2,81 |
| | | Total | 303 | 2,83 | 2,14 |
| Sensibilidad interpersonal positiva | Profesión jefe familia | Universitaria | 141 | 8,30 | 2,29 |
| | | Técnica | 76 | 8,92 | 2,08 |
| | | Pequeños comerciantes | 56 | 8,54 | 2,27 |
| | | Obrero especializado | 23 | 7,22 | 2,26 |
| | | Obrero no especializado | 7 | 9,86 | 1,77 |
| | | Total | 303 | 8,45 | 2,26 |

Anexo del Cuadro N° 76. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y años de graduado.

| | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|-------|----|-------|-------------------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | 10-19 | 29 | 1,80 | 1,42 |
| | 20-29 | 24 | 1,59 | 1,63 |
| | 30-39 | 19 | 2,11 | 1,84 |
| | Total | 72 | 1,81 | 1,60 |
| Distanciamiento Emocional | 10-19 | 29 | 3,21 | 2,34 |
| | 20-29 | 24 | 2,54 | 2,25 |
| | 30-39 | 19 | 3,16 | 2,12 |
| | Total | 72 | 2,97 | 2,24 |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | 10-19 | 29 | 5,94 | 1,60 |
| | 20-29 | 24 | 6,86 | 1,70 |
| | 30-39 | 19 | 7,09 | 1,71 |
| | Total | 72 | 6,55 | 1,72 |

Anexo del Cuadro N° 78. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y años de graduado como especialista (MED).

| | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|----------|----|-------|-------------------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | 1-9 | 20 | 2,00 | 1,42 |
| | 10-19 | 23 | 1,52 | 1,41 |
| | 20-29 | 25 | 1,87 | 1,94 |
| | 30 y más | 4 | 2,16 | 1,50 |
| | Total | 72 | 1,81 | 1,60 |
| Distanciamiento Emocional | 1-9 | 20 | 3,15 | 2,11 |
| | 10-19 | 23 | 2,78 | 2,11 |
| | 20-29 | 25 | 2,96 | 2,56 |
| | 30 y más | 4 | 3,25 | 2,22 |
| | Total | 72 | 2,97 | 2,24 |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | 1-9 | 20 | 6,00 | 1,69 |
| | 10-19 | 23 | 6,39 | 1,79 |
| | 20-29 | 25 | 7,26 | 1,46 |
| | 30 y más | 4 | 5,77 | 2,04 |
| | Total | 72 | 6,55 | 1,72 |

Anexo del Cuadro N° 80. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según dimensiones de sensibilidad emocional y Graffar (MED).

| | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|-------------|----|-------|-------------------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | Estrato I | 16 | 2,27 | 1,64 |
| | Estrato II | 44 | 1,62 | 1,60 |
| | Estrato III | 9 | 2,02 | 1,54 |
| | Estrato IV | 3 | 1,52 | 1,84 |
| | Total | 72 | 1,81 | 1,60 |
| Distanciamiento Emocional | Estrato I | 16 | 3,31 | 2,24 |
| | Estrato II | 44 | 2,57 | 2,29 |
| | Estrato III | 9 | 3,44 | 1,51 |
| | Estrato IV | 3 | 5,67 | 1,53 |
| | Total | 72 | 2,97 | 2,24 |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | Estrato I | 16 | 6,92 | 1,38 |
| | Estrato II | 44 | 6,66 | 1,73 |
| | Estrato III | 9 | 5,90 | 2,14 |
| | Estrato IV | 3 | 4,87 | 0,44 |
| | Total | 72 | 6,55 | 1,72 |

Anexo del Cuadro N° 82. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según empatía entre estudiantes y MED.

| | | N | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|-------------|-----|-------|-------------------|
| Toma de perspectiva | Médicos | 72 | 5,94 | 0,77 |
| | Estudiantes | 306 | 6,02 | 0,79 |
| | Total | 378 | 6,00 | 0,79 |
| Compasión | Médicos | 72 | 5,72 | 0,98 |
| | Estudiantes | 306 | 5,81 | 0,90 |
| | Total | 378 | 5,79 | 0,92 |
| Ponerse en la situación del otro | Médicos | 72 | 5,87 | 1,18 |
| | Estudiantes | 306 | 5,39 | 1,48 |
| | Total | 378 | 5,48 | 1,44 |
| Puntaje total Empatía | Médicos | 72 | 5,85 | 0,67 |
| | Estudiantes | 306 | 5,87 | 0,70 |
| | Total | 378 | 5,87 | 0,69 |

Anexo del Cuadro N° 83. Distribución de muestras, medias y desviaciones típicas, según sensibilidad emocional en estudiantes y MED.

| | | N | Media | Desviación típica |
|-------------------------------------|-------------|-----|-------|----------------------|
| Sensibilidad Egocéntrica Negativa | Médicos | 72 | 1,81 | 1,60 |
| | Estudiantes | 306 | 3,52 | 2,03 |
| | Total | 378 | 3,20 | 2,07 |
| Distanciamiento Emocional | Médicos | 72 | 2,97 | 2,24 |
| | Estudiantes | 306 | 2,82 | 2,14 |
| | Total | 378 | 2,85 | 2,16 |
| Sensibilidad Interpersonal Positiva | Médicos | 72 | 6,55 | 1,72 |
| | Estudiantes | 306 | 6,51 | 1,73 |
| | Total | 378 | 6,52 | 1,73 |