



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

**CONDUCTA EMPÁTICA EN LOS ESTUDIANTES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA-
VENEZUELA.**

**AUTORA:
MARÍA ARNOLDA MEJÍA DE DÍAZ**

Madrid, Mayo 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

CONDUCTA EMPÁTICA EN LOS ESTUDIANTES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA- VENEZUELA.

Autora: María Arnolda Mejía de Díaz

Director: Dr. José María Poveda de Agustín

Tutoría: Dra. Mariela Paoli de Valeri

Madrid, Mayo de 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que **Doña María Arnolda Mejía**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo:
“CONDUCTA EMPÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD”. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA- VENEZUELA.

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Mayo de 2012

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso
Infinitamente a mis hijos y a mí esposo, mis pilares fundamentales
A mi madre y hermanos por ser parte de mi vida
A mis amigos y amigas, muchos incondicionales
A mis compañeros de trabajo y doctorado, siempre presentes
A mi Director: Dr. José María Poveda
A mi Tutora de tesis; Dra Mariela Paoli
A la: Lic. Alimar Benítez
A la Coordinadora del doctorado: Dra. Ingrid Tortoledo
A los estudiantes de las Ciencias de la Salud
A mis pacientes
Y a todas aquellas personas
que de una u otra manera contribuyeron
al éxito de esta investigación.

Pensamiento

*“Las tres cuartas partes de las miserias y malos entendidos en el mundo
terminarían si las personas se pusieran en los zapatos de sus adversarios y
entendieran su punto de vista.*

Mahatma Gandhi.

Resumen.

La empatía es una habilidad indispensable en todos los profesionales de la Salud. Por ello nos propusimos evaluar la conducta empática global y sus tres dimensiones en los estudiantes de las Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería y Odontología) de la Universidad de Los Andes. Mérida –Venezuela. 2009-2011. Investigación de campo, descriptiva, transversal y correlacional. Participaron 831 estudiantes de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Los Andes. Medicina 490, Enfermería 149 y Odontología 192. Se aplicó la Escala de Jefferson de Empatía Médica (EJEM), versiones: “S-R” (estudiantes), bajo consentimiento informado. Se usó el programa SPSS 19.0. Para el análisis de los datos, se utilizó Chi cuadrado de Pearson, análisis de varianza (ANOVA) con Duncan como test posthoc y t de Student para variables independientes. La Escala de Empatía Médica de Jefferson, una vez validada, constituida por 20 ítems quedó con 19, en donde el ítem 18 perteneciente a la tercera dimensión con una carga factorial de 0.24, fue eliminado, quedando el instrumento con una confiabilidad total según el alfa de Cronbach de 0.860. De los estudiantes investigados el mayor porcentaje se encontró en el primer año. El 68,3% son mujeres y 31,7% hombres, distribución que se mantiene en las tres escuelas. El grupo de edad predominante en Medicina y Odontología, son los menores de 20 años y en Enfermería de 21 a 25 años. La empatía global y la dimensión “ponerse en el lugar del otro” no difieren entre los estudiantes en formación de las diferentes escuelas. Los estudiantes de medicina presentan los valores más altos en la dimensión “toma de perspectiva” y los valores más bajos en “el cuidado con compasión”. Los estudiantes de Enfermería y Odontología, presentan puntajes en promedio iguales en cuanto a la empatía global y sus dimensiones. El género no influye en la conducta empática ni en sus dimensiones, mientras que la edad se relaciona positivamente con el cuidado con compasión. La empatía global reportó más alta en los estudiantes de tercer año de manera significativa, al igual que la dimensión “toma de perspectiva”, mientras que el “cuidado con compasión” es mayor significativamente con respecto a sexto año. El “ponerse en el lugar del otro” no mostró diferencias. Los estudiantes de Medicina de tercer año de la Universidad de los Andes tienen valores significativamente mayores de empatía global y en las dimensiones de la misma, que los encontrados en la Universidad Autónoma de Madrid.

Palabras clave: Conducta, empatía, paciente, familia, estudiantes, docentes, Escala de Empatía Médica de Jefferson.

ABSTRACT

Empathy is an essential skill for all health professionals. That is why we set out to evaluate the overall empathic behavior and three dimensions in students of Health Sciences (Medicine, Nursing and Dentistry), University of Los Andes. Mérida-Venezuela. 2009-2011. Field research, is analytic, descriptive, transversal and correlational. . Total 831 students . Los Andes. Medicine 490, Nursing 149 and Dentistry 192. Was applied Jefferson Scale for Physician Empathy version "SR" (for students) under informed consent. We used SPSS 19.0 program. For data analysis, we used Pearson chi square, analysis of variance (ANOVA) with posthoc Duncan and Student t test for independent variables. Scale for Physician Empathy Jefferson, consisting of 20 items, once validated left with 19; where item 18 belonging to the third dimension with a factor loading of 0.24, was eliminated, leaving the instrument with an overall reliability as the alpha Cronbach's 0,860. The predominant age group in Medicine and Dentistry, are under 20 years in Nursing from 21 to 25 years. The overall empathy and dimension "get in to the other's" do not differ between training students in different schools. Medical students have the highest values in the dimension "perspective taking" and the lowest values in the "compassionate care". Students of Nursing and Dentistry, have the same average scores in terms of global empathy and its dimensions. Gender does not influence the empathic behavior or its dimensions, while age is positively related to the care with compassion. The overall empathy reported higher third-year students significantly, as the dimension "perspective taking", while "compassionate care" is more significantly from sixth year. The "take the place of the other" showed no differences. Medical students of third year at the University of the Andes have significantly higher values of global empathy and the dimensions of it, than those found in the Autonomous University of Madrid.

Keywords: behavior, empathy, patient, family, students, teachers, Scale Jefferson Physician Empathy.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	IV
PENSAMIENTOS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INDICE GENERAL	VIII
INDICE DE TABLAS	IX
ESTRUCTURA DE LA TESIS	10
CAPITULO I	12
I.1 Introducción	12
I.2 Planteamiento del problema	18
I.3 Justificación	23
I.4 Limitaciones	24
I.5 Antecedentes	25
CAPITULO II	41
II.1 Fundamentación teórica	41
II.2 Bases teóricas	41
II.3 Origen de la empatía	43
II.4 Inteligencia emocional y empatía	47
II.5 Importancia de la empatía en la Atención de Salud	53
II.6 Condiciones que afectan la conducta empática	59
II.7 Aprendizaje de la empatía	65
II.8 Instrumentos de medición de la empatía	69
II.9 Bases legales	71
II.10 Sistema y medición de las variables	74
CAPITULO III	75
III.1 Marco Metodológico	75
III.2 Metodología	76
CAPITULO IV	79
RESULTADOS	79
CAPITULO V	92
DISCUSIÓN	92
CAPITULO VI	105
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	121

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen del procesamiento de la validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson.	78
Tabla 2. Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud: Medicina, Enfermería y Odontología y año de formación. Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela. 2009-2010.	79
Tabla 3. Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por Escuela (Medicina, Enfermería, Odontología) y género.	80
Tabla 4. Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por Escuela (Medicina, Enfermería, Odontología) y grupos de edad.	81
Tabla 5. Valores de empatía global y sus dimensiones en los estudiantes de las Ciencias de la Salud por Escuela (Medicina, Enfermería, Odontología).	82
Tabla 6. Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por empatía global, sus dimensiones y género.	83
Tabla 7. Correlaciones entre las dimensiones de la empatía y la edad de los estudiantes de las Ciencias de la Salud	84
Tabla 8. Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por empatía global y dimensiones por año de formación.	85
Tabla 9. Valores de empatía y sus dimensiones en estudiantes de tercer año de Medicina de la Universidad de Los Andes y de la Universidad Autónoma de Madrid.	86
Tabla 10. Distribución de los estudiantes de Medicina por empatía global y dimensiones por año de formación.	87
Tabla 11. Distribución de los estudiantes de Enfermería por empatía global y dimensiones por año de formación.	88
Tabla 12. Distribución de los estudiantes de Odontología por empatía global y dimensiones por año de formación.	89
Tabla 13. Distribución de los estudiantes de Odontología por empatía global, sus dimensiones y género.	90
Tabla 14. Distribución de los estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid por empatía global, sus dimensiones y género.	91

Estructura de la Tesis:

La presente investigación está organizada en seis capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo I. Se refiere a la introducción, donde se plantea una idea somera de los diversos aspectos que conforma la presente investigación. El planteamiento del problema en estudio, como elemento fundamental en el ámbito académico y en la práctica clínica. Por otra parte se justifica el estudio, se describen los antecedentes de índole nacionales e internacionales que apoyan dicha investigación. Además, se plantean los objetivos y las limitaciones.

Capítulo II. Se describen los antecedentes relacionados con la temática en estudio y se fundamenta teóricamente la investigación. Se relata el origen de la empatía, la inteligencia emocional y su relación con la empatía; la importancia de la empatía en la atención de salud, las condiciones que afectan la conducta empática, aprendizaje de la empatía, los instrumentos de evaluación de la empatía médica, bases legales y el sistema de variables.

Capítulo III. Se plantea el marco metodológico, que comprende el nivel y diseño de la investigación, las técnicas e instrumentos de recolección de la información, validación del instrumento (Escala Jefferson de Actitudes de Empatía del Médico), el procedimiento, y el análisis estadístico.

Capítulo IV. Se describen los resultados obtenidos de las variables investigadas: La edad, género y años de formación de los estudiantes de las Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería y Odontología) y la Empatía. Global y en sus tres componentes: “Toma de Perspectiva”, “Cuidado con Compasión” y Habilidad para “Ponerse en el lugar del otro”. Se correlacionan las variables, incluyendo la comparación de la empatía de los estudiantes de tercer año de medicina de la Universidad de los Andes y la Autónoma de Madrid. Los datos fueron tratados estadísticamente con el programa SPSS.19.0. Las pruebas inferenciales utilizadas fueron Chi cuadrado de Person y t de Student , ANOVA y posthoc de Duncan.

Capítulo V. Se realizó la discusión contrastando los hallazgos con los reportados por otros investigadores a nivel nacional e internacional.

Capítulo VI. Se presentan las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

I.1 INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica los enfermos y sus familias se relacionan con el médico tratante, médicos residentes, especialistas y estudiantes de las Ciencias de la Salud entre otros, sin embargo el paciente pasa a ser alguien que no sólo recibe atención, sino que también contribuye en el aprendizaje del estudiante en las diferentes áreas clínicas desde su etapa de formación, razón suficiente para que la interacción con el paciente y su familia sea de calidad y calidez. No obstante, durante el transcurso de la carrera de los estudiantes en formación, por lo general se observa que algunos alumnos logran de manera satisfactoria el conocimiento y las habilidades prácticas en el ámbito académico, pero se ven en problemas en el área clínica, cuando les corresponde establecer una relación empática con el paciente y la familia, simplemente porque esta conducta, aun no la han consolidado. La conducta es un estado de equilibrio entre las necesidades internas y las exigencias externas de las personas considerando los procesos utilizados en el logro de dicha herramienta. En los estudiantes del área de la salud, esta conducta está orientada primordialmente a los aspectos orgánicos y en menor cuantía a lo humanista, donde la empatía juega un papel fundamental en la relación con el paciente.

El termino empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. Sin embargo, la misma se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento pro-social, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia las personas, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recabar la historia clínica, hacer un buen examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos. (Hojat, et al., 2002). No obstante, si bien es cierto que las vivencias de un paciente no se pueden comprender sin empatizar con él, también se puede decir que quedarse solamente en la empatía impide cumplir con la finalidad del encuentro médico. Los profesionales de la salud, entre ellos el médico, el personal de enfermería y los odontólogos, deben reconocer la dimensión de la problemática expuesta por el paciente o la familia, pero además de comprenderla es indispensable para él, que le propongan la forma de resolver la situación presentada,

tomando distancia de lo empatizado para poder hacer un análisis objetivo y plantear la solución por si mismos o derivando al nivel de atención correspondiente cuando así se requiera.

La empatía es una característica vital en la relación terapéutica, que se observa cada día más precaria, debido a múltiples factores, entre ellos, los grandes avances en la ciencia y la tecnología médica, los medios de comunicación, la cultura, las creencias, aspectos individuales del médico, del paciente, de la familia, las experiencias previas en la relación terapéutica y el modelaje de los docentes en el proceso de la formación académica, entre otros.

En el fortalecimiento de las relaciones humanas las instituciones educativas juegan un rol fundamental, por una parte, están involucradas las autoridades de la Facultad de Medicina, docentes o facilitadores del proceso de enseñanza que tal vez, han minimizado su importancia en la formación del profesional de la salud, o simplemente dan por hecho que debe estar implícita en la docencia diaria, sin que se muestre el cómo desarrollarla e implementarla. Por otra parte, no es infrecuente que un paciente, tras recorrer a numerosos facultativos, termine en manos de un curandero, debido en gran parte al fracaso del aspecto relacional, esto por obviar sus creencias y cultura, además se reporta que a los pacientes no le prestan atención, no lo tratan como persona, no lo comprenden, no le dan explicaciones sobre sus dolencias, con el consecuente fracaso en la capacidad de transmitir confianza y así empatizar. (Barbado et al .2005). Estos autores citan a Balint quien afirmaba “el fármaco más usado en la práctica general, es el propio médico”, la clave está en la capacidad de instaurar un buen contacto humano y empático con el paciente e interesarnos por él como persona; son en definitiva habilidades de relación.

También es conocido que un gran porcentaje de la población tiene acceso a diversas formas de información sobre la patología que padecen, situación que favorece la necesidad de atención directa por el profesional o especialista, y como consecuencia, cuando demandan atención, muchas veces manifiestan una actitud desfavorable hacia los estudiantes por la inexperiencia. Por ello, los responsables del aprendizaje de los estudiantes de las Ciencias de la Salud, deben asumir la responsabilidad de reconocer primero las debilidades en la relación humanista e instituir después los cambios necesarios para que herramientas fundamentales en el trato humano, como la empatía,

recupere su importancia en la formación de estos profesionales, particularmente los médicos, el personal de enfermería y los odontólogos.

Muchas de las contrariedades que se presentan cotidianamente entre los pacientes, familiares y profesionales de la salud es consecuencia de la insatisfacción, más por el trato que por el diagnóstico y el tratamiento indicado. La relación médico-paciente, constituye un valor en la práctica clínica; es a través de esta reciprocidad que se logra la prevención y restauración de la salud, incluida la rehabilitación. Esta práctica se realiza mucho mejor cuando se unen el arte y la ciencia de la medicina para brindar una atención de calidad. Para actuar con confianza tenemos que comportarnos como pensamos, como sentimos, como lo hacemos, es decir, tal como somos realmente. (Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez y Hojat, 2005).

Si las facultades de medicina tienen como propósito formar profesionales de calidad con actitud humanitaria, quienes participan en su formación deben fortalecer la empatía, desarrollando una cultura humanista sin desmedro de los aspectos físicos u orgánicos del paciente. Marcus (1999) afirma que el humanismo como prioridad en el ejercicio clínico no puede ser sustituido por la sola aplicación de conocimientos y tecnologías de punta. Empatía y humanismo en justa medida, ni involucrado el médico emocionalmente con el paciente, ni indiferente a su padecer. La esencia de la enseñanza clínica se basa en la entrevista, entre el desempeño del profesor que enseña y el estudiante que aprende con el paciente. Por ello, los diferentes métodos de enseñanza no pueden sustituir el contacto con el paciente y la discusión clínica entre docentes y alumnos. (Rivero-Serrano, 2004).

Los estudiantes de las Ciencias de la Salud, por lo general sienten algún temor cuando tienen contacto con los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad y del ciclo vital individual, situación explicable, porque es en el quinto y sexto año de la carrera cuando tienen contacto directo con el paciente y la familia, enfrentando el sufrimiento físico, psíquico y social de las personas; pero también hay padecimiento en estos estudiantes porque no tienen el entrenamiento empático necesario y suficiente para orientar con precisión tantas situaciones que le impactan y le agobian emocionalmente.

Uno de los vacíos más evidentes de los estudiantes, es la poca comprensión cuando enfrentan el impacto ante una enfermedad de pronóstico reservado, duelo, agonía, muerte; en otros la aprensión que suscita la atención del personal de enfermería ante el paciente crítico y el sufrimiento de la familia, o ante una atención odontológica y, en aquellos en que el padecer resulta más de problemas psicológicos que orgánicos. Bien claro lo expresan Shapiro, Morrison y Boker (2004) al afirmar que en el sufrimiento y el padecer del enfermo y la familia no son suficientes los medicamentos o la cirugía. El reto que se presenta es cómo convencer a los profesionales en las diferentes disciplinas acerca de la necesidad del contacto humano al practicar una atención profesional, logrando que sea más humanitaria, pues el padecimiento del enfermo va más allá de la lesión orgánica.

Es alentador conocer algunas investigaciones realizadas con estudiantes de las Ciencias de la Salud, que indican que la aptitud empática puede ser aumentada significativamente mediante un enfoque humanista durante la enseñanza, particularmente si el docente está inmerso en las experiencias de los estudiantes con pacientes tanto en el ámbito hospitalario como en la red ambulatoria. (Mercer y Reynolds, 2002). En esta área del saber es necesario explorar las dimensiones de la empatía de manera progresiva, es decir, en el primero, tercero y sexto año, porque pareciera que el estudiante a medida que avanza en la carrera profesional, esta cualidad, como elemento primordial en la relación terapéutica, se fortalece o se desgasta.

También es interesante indagar la conducta empática desde la perspectiva de género, porque los hallazgos sobre este aspecto son controversiales. Desde esta mirada es importante conocer y comprender el proceso empático en la relación clínica y terapéutica, en busca de visibilizar las diferencias que de otra forma quedan ocultas.

El género es la construcción cultural que se asigna jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, diferentes formas de comportamiento y roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual. Los estereotipos de género propios de cada sociedad y cada cultura establecen lo que se supone “natural” para cada sexo, definiendo lo que es “femenino” y “masculino”. Algunas de las diferencias impuestas por los roles de género vigentes son claramente innecesarias, injustas y corregibles, es decir pueden constituir inequidades, algunas de ellas se dan en las

vivencias y en las experiencias académicas y en el desempeño de una profesión determinada. (Castro, González, López, 2008).

En relación a la influencia del género sobre la empatía, Hoffman citado por Retuerto (2004) afirma que de acuerdo con el estereotipo cultural, la empatía definida como la respuesta afectiva vicaria a los sentimientos de otra persona, es más relevante en las mujeres que en los varones. El autor expresa que las mujeres tienen una mayor tendencia a imaginarse en el lugar del otro, mientras que los varones tienden más a acciones instrumentales. A su vez considera que la empatía en las mujeres puede estar relacionada con una orientación afectiva prosocial que incluye la tendencia a experimentar culpa por el daño a otros/as. Ellas responden de manera más empática que los varones en procedimientos de autoinforme, situaciones simuladas e interpretación de historias o escenas en preocupación empática y malestar personal.

Las organizaciones educativas y los profesionales recomiendan reconocer la empatía no sólo en futuros médicos, sino también en residentes de las diferentes disciplinas médicas y otros profesionales de la salud ya dedicados a la práctica como un aspecto esencial de profesionalismo en la medicina, donde se incluya un sistema de valores que apoye el cuidado compasivo de los pacientes como una de sus competencias clínicas. (Stephenson, Higgs y Sugarman, 2001). En definitiva, el profesionalismo es una preocupación por el respeto hacia los individuos, la credibilidad y el compromiso moral hacia el servicio ético, que son obligaciones y requerimientos particulares para los profesionales de la salud en su desempeño diario, desde el punto de vista de la práctica clínica y de su labor como docentes. El interés entre los docentes radica en que las conductas asociadas con el profesionalismo como lo es la relación terapéutica con el paciente y en muchas oportunidades con la familia, pueden ser identificadas entre los estudiantes e inculcadas en ellos durante el proceso educacional. (Gamboa, Yabar y Rojas, 2007)

Los países y estados tienen características que le son propias, es decir, su gente, su cultura, aspectos sociales, económicos, educacionales, entre otros; también las universidades con sus facultades y escuelas. Estas razones privilegian la necesidad de determinar la inteligencia emocional, conformada por empatía, afrontamiento y sensibilidad emocional. En esta investigación se evaluará uno de sus componentes: La

Empatía en los estudiantes de algunas escuelas de las Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería y Odontología).

I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La humanización del cuidado de la salud es un arte que permite contribuir con la calidad de vida de los usuarios en las diferentes instituciones de salud. No obstante, en el cuidado humano, una de las observaciones frecuentes que recibimos los profesionales es la pobre empatía en la relación terapéutica: paciente-familia-médico. El individuo es depositario de la “humanidad” y como humano, merece ser valorado como persona, por ello se debe privilegiar la empatía en la relación terapéutica en condiciones de salud o enfermedad. (Amaris, 1997).

Osequera (2006), describe por humanismo médico, todo el conjunto de valores, actitudes y prácticas que promueven una auténtica vocación de servicio y dan lugar a considerar al paciente como un semejante que sufre y solicita alivio. Los aspectos más significativos que promueven el humanismo en el trato con los pacientes son: el afecto, el apoyo, el respeto y la solidaridad. Por la carencia de muchos de estos elementos, el autor plantea enfatizar el retorno del humanismo en medicina como una medida para contrarrestar el corporativismo que rodea a los sistemas de salud, como posible responsable de la deshumanización de la atención médica. Por ello, no se debe olvidar que el acto médico es un ejercicio de humanismo, basado en una insustituible relación de confianza, cuyas dimensiones humanas y de espiritualidad deben ser consideradas y atendidas individualmente.

En los últimos años, numerosos investigadores resaltan que una buena comunicación fortalece el proceso clínico, diagnóstico y terapéutico. Cuando el profesional de la salud se pone en contacto con los enfermos, muestra que la medicina implica conocimientos y fundamentos científicos, pero que es también una profesión humanista, que exige adquirir y desarrollar sensibilidad por los enfermos y habilidades sociales y de comunicación. (Beca, Browne, Repetto, Ortiz y Salas, 2007). En consecuencia, no es suficiente actuar con un elevado profesionalismo técnico y científico que no tome en cuenta la esencia de ese ser humano; es decir, su mundo interno y subjetivo (Canovas, 2008).

Perales (2008) manifiesta, que el reclamo mundial de enfatizar los ejes ético y humanista en la formación médica del siglo XXI, se apoya no sólo en la observación

repetida de conductas profesionales inadecuadas de los médicos en ejercicio, sino también de inequidades en el sistema de atención de salud, porque frecuentemente se violan los derechos de los pacientes y se generan reclamos de la sociedad, por ello en la educación médica se aspira al logro de tres fines: a) cognitivos, mediante la transmisión de conocimientos, para enseñar al alumno cómo, cuándo y por qué realizar el acto y los procedimientos médicos; b) destrezas y habilidades, para adiestrarlo en la forma adecuada de realizarlos; c) actitudes y conducta profesional, para que desarrolle el comportamiento que corresponde al trabajo médico, pero, cuando de actitudes y conductas profesionales se trata, se requiere no sólo de la presencia del profesor que modela, sino de tiempo, espacio y condiciones necesarias para el establecimiento de una relación emocional específica entre docente y discente. Sin esta esencial condición, la posibilidad de que aquél influya en el modelaje de la conducta profesional del estudiante se torna incierta.

El ejercicio del profesional médico, de enfermería y odontológico está insertado en el complejo sistema de las relaciones humanas, y por ello, la consideración de que en la formación de estos científicos, desde el pre-grado, debe estimularse la interacción empática en busca de contribuir a restablecer, mantener o incrementar la calidad de vida de las personas; su bienestar físico, biológico, psicológico y social. La empatía es considerada el eje central en la relación médico-paciente. Es el acto o capacidad que se tiene para apreciar en otro los sentimientos, sin sentirse involucrado con ese otro, manteniendo así la integridad de los propios sentimientos. Martínez- Otero (2011) define la empatía como el reconocimiento cognitivo y afectivo del estado de ánimo de una persona por parte de otra, cualidad de gran transcendencia en las relaciones humanas, cuyas implicaciones se dejan sentir en todos los ámbitos: familia, escuela, trabajo y sociedad. Asimismo resalta que la empatía es el punto de partida de las relaciones sociales positivas y aun del altruismo/prosocialidad.

En medicina, se aplicaría a la peculiar relación entre médico, paciente y familia, donde el profesional de las ciencias de la salud, desde su inicio como estudiante, debería comprometerse con el paciente, comprender su idiosincrasia y sus padecimientos, es decir sintonizar afectivamente para lograr establecer una amistad terapéutica. Pardo (2009) señala que el estudiante debería aprender, practicar y fortalecer la empatía a lo largo de su carrera profesional ya que con esta herramienta podrá cumplir muchas de las

funciones que le competen en la interacción cotidiana con el paciente, sean éstas de ayuda, cognoscitiva, social, ética, compañía o terapéutica, porque lo ético y lo empático son coordenadas que fijan el marco de la relación con el paciente y la familia. También menciona que esta cualidad se relaciona con el conocimiento intuitivo del sentido de los sentimientos, las emociones y la conducta de otra persona; con la capacidad de experimentar en uno mismo los sentimientos e ideas del otro; con la posibilidad de comprender a las personas desde su marco de referencia más que el de uno mismo. Así, afirma que la empatía es una especie de sintonía con la interioridad de la persona con quien se dialoga o se trata.

Para Brusco (2004) la empatía es una actitud que nace de una sensibilidad particular con el otro; ella no es simplemente una dote natural, sino que se adquiere y educa. Hojat, et al (2002) señalan que en efecto, la empatía resulta ser una característica esperable desde la etapa de formación y en todos los profesionales de la salud, atribuyéndole roles significativos, tanto en el resultado del proceso salud-enfermedad en el individuo y la familia, como en los costos en general. Sin embargo, a esta herramienta vital en la relación terapéutica se le ha dado poca importancia, lo cual ha facilitado una relación con menor calidad y calidez, producto de múltiples factores: un superficial comportamiento empático en el futuro profesional; sobrevaloración de la competencia académica con autosuficiencia y trabajo individual. Se asume que los estudiantes, por lo general, son estimados por sus mejores resultados académicos, el que más memoriza, el mejor promedio, llegando así a descalificar a otros, que sin dejar de ser buenos estudiantes tienen además altas habilidades clínicas y humanistas. Aunado al continuo predominio en la enseñanza con asignaturas de las ciencias básicas, relacionadas con lo científico, las células, el estudio del cadáver, con escaso contacto humano creando un gran vacío en la importancia de la comunicación empática o en los aspectos fundamentales de la entrevista clínica, historias de vida y práctica clínica integral, entre otros.

Todo esto provoca un proceso de enseñanza aprendizaje inconstante desde el punto de vista humanista porque se continua priorizando el modelo biomédico, con tecnología de punta sin integrarlo con lo humanístico y su puesta en práctica durante el desempeño profesional. Tal vez por todas estas razones se describe que gran parte de los reclamos en salud se relacionan con una mala atención profesional (Fasce, 2005; Boada

y Méndez, 2005), demostrando que existe una disminución en el humanitarismo, entusiasmo e idealismo, y una disminución de la empatía en estudiantes de medicina y de otras áreas de la salud a medida que avanzan en su formación (Rojas-Serey, Castañeda-Barthelemiez y Parraguez-Infiesta, 2009).

Con respecto a la visión de lograr cambios en el comportamiento empático, algunos estudios publicados son inconsistentes en lo referente a las intervenciones educacionales en los estudiantes, mientras que otros afirman que la empatía es una cualidad de la personalidad que se puede modificar con estrategias educacionales. Se ha observado durante la práctica clínica la posibilidad de la empatía en personas con características de personalidad que apuntan hacia la capacidad para entablar relaciones interpersonales y para la auto-observación, aseverando además, que la experiencia adquirida por el alumno es el vehículo ideal cuando es desarrollada con un docente que posee el conocimiento natural o está entrenado para ello (Rodríguez, 2005).

Algunos investigadores aluden que los docentes juegan un rol elemental en el desarrollo de la empatía como factor básico en la relación médico- paciente. Manso citado por Cabalín, Navarro, Zamora, San Martín (2010) mencionan que el docente debe ser un gestor de las actividades de aprendizaje, un generador de actitudes, un modelo profesional y humano de imitar, que conciba el aprendizaje como algo emocional no solo cognitivo, con formación psicopedagógica e investigar sobre su propia docencia.

Son muchos los profesionales de la salud, así como facilitadores del proceso orientación-aprendizaje en las escuelas de medicina, a quienes les cuesta la integración de lo orgánico y lo humanista porque fueron formados en el esquema flexneriano, sumado a que la mayoría de los docentes de los primeros años de la carrera, por lo general, no realizan actividades clínicas directas con pacientes. Estos factores podrían favorecer el pobre modelaje en la relación directa con el paciente desde los primeros años de su formación académica. Ante esta discusión es importante mencionar que en una revisión de estudios sobre intervención educativa, sugieren que los talleres de aptitudes de la comunicación tienen un importante impacto en la empatía de los estudiantes de medicina (Hojat, 2007).

Dadas las condiciones que anteceden, se considera necesario indagar sobre el comportamiento empático, elemento fundamental de la inteligencia emocional, y de gran importancia por la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos en la relación terapéutica, en este caso, en los estudiantes de las ciencias de la salud aún en formación, con miras a alcanzar futuros profesionales competentes y humanizados.

De acuerdo a los resultados, una vez aplicada la Escala Médica de Jefferson, que evalúa la empatía en el grupo en estudio, se planteará a las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes una orientación integradora en beneficio del futuro profesional, a través de talleres u otras estrategias donde se resalte la importancia del comportamiento empático en la relación terapéutica de manera continua durante el transcurso de su formación.

I.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación representa una fortaleza para la Universidad de los Andes (ULA), especialmente para la Facultad de Medicina con sus Escuelas, con todas las actividades enmarcadas en el Convenio Específico y en el Convenio Marco de Cooperación Internacional con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), en el Doctorado de Patología Existencial e Intervención en Crisis. Realizar investigaciones relacionadas con la salud mental, sensibilidad emocional e inteligencia emocional en los estudiantes de las Ciencias de la Salud de cuatro continentes, especialmente en medicina y, en centros académicos de distintos países, proporcionará una visión más amplia de los problemas relacionados con el rendimiento académico, la deserción y la calidad de la atención desde la etapa de formación de los estudiantes, resultados que pudieran orientar a los directivos institucionales para contemplarlos en el diseño curricular y para la creación o fortalecimiento de centros de atención al estudiante, donde tengan la oportunidad de una orientación integral oportuna, tanto desde el punto de vista académico como de atención de salud integral, desde una perspectiva psicológica o psiquiátrica cuando así se requiera.

La temática de este estudio es uno de los principales elementos de la inteligencia emocional “la Empatía”, cualidad fundamental en la relación del profesional de la salud con el paciente y con la familia. Por ello es pertinente analizar esta conducta en los estudiantes de las Facultades de medicina que incluye la escuela de enfermería y Odontología, pertenecientes al área de las Ciencias de la Salud.

Desde el punto de vista académico, sus resultados permiten enriquecer los conocimientos sobre el comportamiento de los estudiantes en la relación como profesionales de la salud con el paciente a nivel local y contrastarlos con los hallazgos de otras investigaciones a nivel nacional e internacional, ello con el propósito de presentar dichos resultados a las autoridades pertinentes, en busca de fomentar la relación profesional empática en las diferentes etapas de la formación, donde el modelaje tiene un rol protagónico.

Desde el punto de vista sanitario-asistencial, los resultados de la presente investigación pueden apoyar el mejoramiento de la calidad de la atención, sobre todo

en los profesionales clínicos, entre ellos los médicos, personal de enfermería y odontólogos, quienes tienen contacto directo con el paciente durante el proceso salud-enfermedad, contribuyendo en una mejor comunicación durante la entrevista clínica, examen físico, terapéutica indicada y con ello, mejor adherencia al tratamiento, satisfacción del paciente, de la familia y del profesional de la salud, lo que a su vez redundará en un profesional de alta competencia.

En cuanto al aporte científico, el resultado obtenido siguiendo el rigor del método contribuye a enriquecer el conocimiento acerca de la conducta empática como valor fundamental en la relación del profesional de la salud con el paciente estudiado, desde la fase de formación del pregrado, cuyos resultados podrían ser predictores de esta conducta en el desempeño profesional. En el presente trabajo se aplicó la Escala de Empatía Médica Jefferson, que ameritó validación dada la diferencia cultural de la población estudiantil de las Ciencias de la Salud en la Universidad de Los Andes (ULA), como una contribución a futuras investigaciones en esta línea a nivel nacional.

Finalmente se justifica el estudio porque servirá como antecedente para investigaciones venideras. Por otra parte, puede convertirse en una línea de investigación, bajo la responsabilidad del Departamento de Medicina Preventiva y Social y del Posgrado en Medicina de Familia, realizando estudios prospectivos para fortalecer la empatía, como cualidad clave en la relación terapéutica a través de los años de formación, contribuyendo a que la misma aumente progresivamente y no decline como lo reportan la mayoría de las investigaciones en este campo.

1.4 Limitaciones

En cualquier tipo de investigación se pueden encontrar ciertas barreras que impiden el desarrollo del estudio como se había planificado, sea en tiempo, cooperación por parte de los estudiantes, los encuestados, deseos de llenar el cuestionario, suspensión de las actividades académicas por múltiples razones, imposibilidad de controlar algunos efectos perturbadores provocados por variables extrañas a la investigación, entre otros.

I.5 ANTECEDENTES

A continuación se describen algunos antecedentes relacionados con la temática en estudio.

La práctica clínica de los últimos años se ha tornado cada vez más sofisticada, más tecnificada y más especializada. A pesar de reconocer el rol fundamental de las especialidades, sub-especialidades y avances tecnológicos, la atención se ha centrado más en la enfermedad que en el enfermo, llegando a la percepción de que la misma se ha deshumanizado, lo que ha conllevado a un trato menos empático hacia el paciente y su familia. Por ello es relevante evaluar la conducta empática de los alumnos de las Ciencias de la Salud: Medicina, Enfermería y Odontología de la Universidad de Los Andes, de Mérida-Venezuela. En otros países hay múltiples investigaciones relacionadas con la temática en estudiantes y profesionales de diferentes disciplinas, pero en lo que respecta a Venezuela, de acuerdo a la bibliografía consultada, dichas investigaciones son escasas.

En la Universidad Central de Lancashire, en United Kingdom se hizo un estudio con la finalidad de de comparar las puntuaciones de la empatía entre los estudiantes de profesiones de la salud (farmacia y enfermería) y profesionales no sanitarios de los estudiantes (derecho), en 282 estudiantes de primer y tercer año, utilizando la “Escala de Empatía Jefferson” para médicos y estudiantes. Reportan que los estudiantes de enfermería y farmacia tenían niveles de empatía significativamente más altos que los estudiantes de derecho. Los estudiantes de tercer año de farmacia puntuaron más alto en la empatía que los de primer año, mientras que lo contrario ocurrió en enfermería. No hubo diferencia significativa en la empatía entre el primer y tercer año los estudiantes de derecho. A través de los años de estudio, la empatía entre los estudiantes de farmacia aumenta, pero disminuye en los estudiantes de enfermería y siguió siendo la misma entre los estudiantes de derecho. Las mujeres puntuaron más alto en la empatía que los hombres. Concluyendo que los valores de empatía varían en función de la disciplina académica investigada. (Wilson, Prescott & Becket, 2012).

En Cambridge, Reino Unido llevaron a cabo una investigación con el objetivo de indagar sobre la opinión predominante de que los niveles de empatía han descendido durante la educación universitaria médica, así mismo se preguntan si los hombres y mujeres estudiantes de medicina se diferencian en la atención empática, y si ésta cambia a través del tiempo. Los autores explican que la carrera de medicina en dicha Universidad consta de dos componentes: el núcleo de la ciencias básicas (1-3 años) y la clínica (4-6 años). Los datos fueron obtenidos de las encuestas de cuestionario repetidas de estudiantes de medicina de cada componente en un período de cuatro años: 2007-2010. Utilizaron el Índice de Reactividad Interpersonal: IRI-CE (empatía afectiva) y el IRI-PT (empatía cognitiva). Las mujeres mostraron puntajes más altos de empatía promedios estadísticamente significativas que los hombres para la empatía afectiva en todos los 6 años de formación médica y de la empatía cognitiva en 4 de los 6 años. Entre los hombres, la empatía afectiva se disminuyó ligeramente durante su formación en general. La empatía cognitiva se mantuvo sin cambios durante todo el período de formación. En las mujeres, ni la empatía afectiva, ni la empatía cognitiva cambiaron ni en la parte básica ni en las pasantías clínicas. Cuando se eliminaron los valores atípicos los hombres mostraron un ligero aumento estadísticamente significativo en la empatía cognitiva durante el componente de ciencia básica y la ligera disminución de la empatía afectiva de la mujer durante el componente clínico. En conclusión los estudiantes son empáticos, conducta que fortalece la buena relación del profesional con el paciente. (Quince, T., Parker, A., De Madera, D & Benson J, 2011).

En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Auburn de Estados Unidos se realizó un estudio con el objetivo de realizar un análisis psicométrico de la versión del estudiante de enfermería utilizando la Escala de Empatía Médica de Jefferson S, R y EEMJ. La muestra estuvo compuesta por 598 personas mayores de la escuela de enfermería de 14 programas de enfermería, con una tasa media de respuesta global del 83%. El mayor porcentaje de los participantes eran mujeres (88%) y caucásicos (83%). Casi tres cuartas partes de la muestra fue también bajo la edad de 25 años el 46% reportó una edad entre 20 a 22 y el 26% entre 23-25 años. Como resultados reportan que la comparación de las puntuaciones totales de las versiones S y R EEMJ dada por medias similares y las desviaciones estándar, con 115 y 114,57 y las desviaciones estándar de 10 y 10,94, respectivamente. No hubo diferencia estadística en la orientación de los estudiantes hacia la empatía en la atención al paciente entre los

estudiantes de medicina y enfermería Desde un punto de vista práctico, hay oportunidades potenciales para los esfuerzos de colaboración entre los programas de formación continua para estudiantes de enfermería y medicina, de manera que se compartan los recursos de las experiencias clínicas, desarrollo de escenarios, la investigación, trabajo en equipo, entre otros son elementos importantes, para mejorar la relación y la comunicación entre ellos como miembros del equipo con un objetivo común, mejorar la atención al paciente y la familia en diferentes etapas de la enfermedad y en la diversidad de patologías que les corresponde confrontar. (McMillan & Shannon, 2011).

En la facultad de Salud, Departamento de Medicina de la Universidad de Witten/Herdecke, Alemania, realizan un estudio con el propósito revisar sistemáticamente la literatura para investigar los cambios en la empatía en la práctica clínica y las razones de esos cambios durante la escuela de medicina y residencia. Hicieron una búsqueda sistemática de estudios sobre la empatía en los alumnos publicada entre enero de 1990 a enero de 2010, utilizando métodos manuales y las bases de datos PubMed, EMBASE y PsycINFO. Todos se examinaron de forma independiente y seleccionaron los estudios cuantitativos y cualitativos para la inclusión. Los estudios mostraron disminución de la empatía durante la residencia, apuntando que en la práctica clínica durante la formación académica puede haber factores como la angustia producida por aspectos ocultos de manera formal e informal que contribuyen a disminuir la empatía, entre ellos los compromisos de la residencia que exigen esfuerzos hacia el profesionalismo, que pueden amenazar la calidad del cuidado de la salud. (Neumann, Edelhauser, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati, et al., 2011).

En Chile, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de orientación empática en los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae. Fue una investigación no experimental, descriptiva y transversal, donde participaron 136 alumnos, de un universo de 183, correspondientes a los niveles 3º, 4º y 5º año, a quienes se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). Como resultados reportan que los puntajes obtenidos de empatía son mayores en los niveles más avanzados de la carrera y se presentan diferencias significativas entre el tercer y el cuarto año de la misma. Las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en los distintos niveles estudiados. Se observa que el puntaje obtenido para la EEMJ en

los años estudiados es mayor en las mujeres, y se aprecia una tendencia mayor de los hombres a aumentar sus puntajes a medida que avanzan en la carrera. En las mujeres, dicho comportamiento es menos notorio. Concluyen que los estudiantes de odontología de los niveles 3º, 4º y 5º de la Universidad Finis Terrae presentan un alto nivel de orientación empática. Se ha señalado ampliamente en la literatura que una de las características más deseables en un profesional del área de la salud, y específicamente en los odontólogos, es la empatía y las habilidades comunicacionales, no obstante, como la empatía es una variable multidimensional compuesta por un elemento actitudinal, comunicacional y conductual. se debe considerar de utilidad complementar con otros instrumentos la evaluación que se realice a los alumnos en la instancia de atención clínica. (Rivera, Arratia, Zamorano y Díaz, 2011).

Kuo, Cheng, Chen, Liyneh & Tsai (2011). En un hospital del sur de Taiwán realizaron una investigación con el objetivo de examinar la empatía de las enfermeras. Fue un estudio correlacional y transversal, con muestreo no probabilístico intencional. Aplicaron la “Escala de Empatía de Jefferson”. Estadísticamente utilizaron correlaciones de Pearson, análisis de varianza y regresión lineal. Participaron 660 enfermeras obteniendo como resultados una puntuación media de empatía (110,66). Los que recibieron la capacitación relacionada con la empatía, trabajaban en un hospital psiquiátrico, con hijos, más años de experiencia en el trabajo de enfermería, demostrando significativamente puntajes más altos de puntajes de empatía. Concluyendo que los hallazgos podrían ayudar a los administradores del hospital a comprender mejor el nivel de empatía de las enfermeras, y servir como referencia en el diseño de la adecuada capacitación en servicio para mejorar la empatía entre las enfermeras.

Medina (2011), en Valencia (Venezuela), en su investigación titulada “Rasgos de personalidad en estudiantes universitarios” cuyo objetivo fue conocer el perfil de los estudiantes que ingresan a la carrera de medicina, apreciando que la vocación se inicia en la infancia asociada a un recuerdo personal, relacionado con un recuerdo de enfermedad, cuidado y muerte de un familiar allegado. Consideran que los años más difíciles son los básicos por la dificultad en algunas asignaturas, sin embargo todos señalan que el nivel de exigencia y dificultad es creciente no solo en el ámbito académico sino también en el personal y social. Coinciden en que las manifestaciones de presión en la carrera son muy evidentes en medicina tales como el agobio, la

angustia, la depresión, el insomnio, estrés y mal humor. Un hallazgo interesante desde el punto de vista humanista son las manifestaciones de los estudiantes de la percepción de desenvolverse en un mundo hostil hacia ellos y los demás lo que pudiera condicionar el establecimiento de la empatía con los demás o para darse cuenta de cómo reaccionan ellos mismos. Considera que en la actividad hospitalaria se trabaja en el límite, con lo cual se justifica la deshumanización de la muerte y el dolor. Se concluye que en la formación médica en la Universidad de Carabobo predomina un enfoque técnico-científico, sustentado en una posición positivista, modelo transmitido en las asignaturas clínicas por los docentes médicos, modelos a seguir, donde se arraigan estos esquemas y conductas.

Sánchez y Poveda (2010), en Valencia (Venezuela) realizaron un estudio comparativo entre empatía médica, sensibilidad emocional y características psico-socio-demográficas entre estudiantes de medicina y médicos especialistas docentes. Investigación de campo, descriptiva y correlacional, en una población de 435 alumnos en situación de atención de pacientes, correspondientes al cuarto año (154), quinto año (150) y sexto (131); y 104 docentes médicos especialistas de los departamentos de Medicina Interna (39), Cirugía (25), Puericultura y Pediatría (16), Gineco Obstetricia (15) y de Salud Mental (9), encontrando los siguientes resultados: la empatía fue alta para ambos grupos (77.5% en los estudiantes y 82,3%); siendo la dimensión predominante el cuidado con compasión en los estudiantes y la toma de perspectiva en los médicos. A su vez encontraron correlación positiva entre la empatía y la sensibilidad interpersonal positiva en los estudiantes, mientras que en los médicos no hubo tal correlación.

Falcony, Miccusi, Taboada, Garcés, García, Cragno, et al., (2010), en Argentina, realizaron un estudio descriptivo, transversal de los grados de Empatía en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur con el objetivo de determinar el grado de empatía en todas las cohortes de la carrera de medicina y correlacionarla con el género, el promedio académico y la nota final del curso Relación Medico Paciente (RMP). Se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson encontrando que el 71, 7 %, eran mujeres con una mediana para la edad de 21,5 años. El 50% tiene puntajes de empatía superior de 6.15. Entre las cohortes 2005 a 2010 hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.019$). Los puntajes de

empatía fueron más altos en los estudiantes del primer año de la carrera, cohorte 2010; al excluir esta cohorte de las demás las diferencias no son significativas. Las mujeres son más empáticas que los hombres con diferencias estadísticamente significativa ($p=0.002$). No existe relación entre empatía y el promedio general de la carrera ni con la nota final del curso relación médico paciente, quizá porque los instrumentos de evaluación de dicho curso estuvieron más orientados al desarrollo de habilidades que de las actitudes.

Ubillús et al (2010) se trazaron como objetivo conocer el nivel de orientación empática en los estudiantes de medicina de la Universidad San Martín de Porres, Lima – Perú, en un estudio observacional, aplicando la EEMJ-S, en una población estudiantil de 193 alumnos, mostrando como resultados que los estudiantes de cuarto año obtuvieron el mayor puntaje de orientación empática, sin embargo el primer año obtuvo el menor puntaje. Las mujeres tuvieron un mayor puntaje de orientación empática que los hombres, 5,9 y 5,8 respectivamente. El grupo etáreo con mayor puntaje (5,9) de orientación empática fue el grupo de 25-28 años. Concluyendo que los alumnos que están en los niveles intermedios de la carrera de medicina humana (tercer y cuarto año) y las mujeres y el grupo etáreo de 25 – 28 años obtuvieron mayores puntuaciones en la Escala de Empatía Médica de Jefferson.

En Chile se realizó una investigación de tipo analítico y de corte transversal con el objetivo de conocer la orientación empática de los alumnos de la carrera de Kinesiología de dos escuelas de la región metropolitana en 274 alumnos de un universo de 351, correspondientes a los niveles I, III y V, de la carrera de Kinesiología de la Universidad de Chile y de la Universidad Mayor, para lo cual se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), observando que el comportamiento de las puntuaciones en cada uno de los niveles es diferente. Existen mayores puntajes obtenidos en la EEMJ a medida que los alumnos están en niveles más avanzados de la carrera de kinesiología, siendo esta diferencia significativa en ambas universidades. Los puntajes obtenidos en la EEMJ no tienen significación estadística en relación con el sexo en ambas. (Rojas-Serey, Castañeda-Barthelemiez y Parraguez-Infiesta, 2009)

En Roma-Italia, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la Escala psicométrica de Empatía Médica de Jefferson (JSPE) en una muestra de 778 médicos

italianos en tres hospitales en el año 2002. Previa aplicación, la escala fue traducida al italiano para asegurar su exactitud. Compararon los resultados entre las instituciones en estudio, hombres y mujeres, especialidades clínicas y quirúrgicas, y niveles de jerarquía de la carrera. De todos los entrevistados, 289 completaron el instrumento. El componente importante de "la adopción de perspectivas", que es la más importante que subyace en la construcción de la escala, surgió en el análisis factorial de los JSPE fue similar en ambos grupos, italianos y americanos. Sin embargo, los mayores factores se encontraron entre los médicos italianos, lo que indica que el constructo subyacente de la empatía puede ser más complejo entre estos médicos. El Coeficiente alfa de Cronbach fue 0.85. Ninguna de las diferencias observadas alcanzó significación estadística entre los grupos médicos de acuerdo al género, hospital de la práctica, especialidad, o nivel de la carrera de rango. En conclusión, los resultados en general, sugieren prestar apoyo a la validez del constructo y a la fiabilidad de la versión italiana de la JSPE. Sin embargo, se necesitan investigaciones adicionales para determinar si la falta de diferencias estadísticamente significativas en la empatía por género y especialidad está relacionada con las peculiaridades culturales, la traducción de la escala o de la muestra. (Di Lillo, Cicchetti, Lo Scalzo, Taroni, y Hojat , 2009).

En Philadelphia, Pennsylvania, se trazaron como objetivo examinar las pruebas psicométricas de una versión modificada de la escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE) en los estudiantes de enfermería en pregrado. Con la información sobre el apoyo de la fiabilidad y la validez de la Escala de Médicos de Jefferson Empatía (JSPE) cuando se utiliza con los médicos y estudiantes de medicina se decidió aplicarla a los estudiantes de de enfermería. El instrumento fue administrado a 333 estudiantes de los diferentes niveles de formación. Se evaluaron sus tres características, es decir, "la adopción de perspectiva", " la Compasión" y "estar en los zapatos de paciente". Surgió del análisis factorial de la escala compatibilidad con el marco conceptual de la empatía, apoyando así la validez de constructo de la escala. El coeficiente alfa fue 0.77. Las puntuaciones de la escala de la empatía se correlacionaron significativamente con las puntuaciones de la Escala de Jefferson de Actitudes hacia la colaboración enfermera-médico ($r = 0.38$, $p < 0.001$). Las mujeres obtuvieron calificaciones más altas que los hombres, y aquéllos con más experiencias clínicas obtuvieron calificaciones más altas que los otros. Se concluyó que la escala de empatía utilizada en este estudio es un

instrumento psicométrico de importancia para medir empatía en estudiantes de enfermería en el pregrado. (Ward, Schaal, Sullivan, Bowen, Erdmann y Hojat, 2009).

En Japón realizaron una investigación con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de una traducción al japonés de la Escala de Empatía de Jefferson para Médicos (EEMJ), para analizar las diferencias en las puntuaciones de la empatía entre hombres y mujeres, en estudiantes de diferentes años de la carrera de medicina. La versión para estudiantes de la EEMJ fue traducida al japonés y administrada a 400 estudiantes en los seis años de la carrera de medicina en Okayama University Medical School. El análisis factorial fue utilizado para examinar los componentes subyacentes de la versión japonesa de la EEMJ y el Coeficiente alfa de Cronbach se calculó para evaluar el aspecto de la coherencia interna de la fiabilidad del instrumento. El análisis factorial confirmó los tres componentes de la "toma de perspectiva", "cuidado compasivo" y "capacidad de estar en los zapatos de paciente," que han surgido en los estudiantes de medicina estadounidenses y mexicanos. La correlación entre la puntuación total reporta que los resultados fueron positivos y estadísticamente significativos. El Coeficiente alfa de Cronbach fue 0.80. Las mujeres superaron a los hombres, y las puntuaciones de la empatía fueron mayores a medida que los estudiantes progresan en la escolaridad. Se concluye que estos resultados apoyan la validez del constructo y la fiabilidad de la versión traducida al japonés de la EEMJ para estudiantes de medicina. (Kataoka, Koide, Ochi, Hojat y Gonnella, 2009).

En la Universidad de Glamorgan, Pontypridd, Reino Unido, realizaron una revisión sistemática para analizar, evaluar y sintetizar el rigor de las medidas utilizadas en la investigación de enfermería para evaluar la empatía, con el fin de identificar a un "patrón oro" para su aplicación en futuros estudios, porque la empatía se considera esencial para la prestación de una atención de calidad. Se realizó una extensa búsqueda para el período comprendido entre 1987 y 2007, utilizando Medline, CINAHL, PsycINFO, buscando palabras claves relacionadas con la temática (empatía, herramienta, escala, medida, enfermera, ancianos). Se analizaron 29 estudios, donde se utilizaron 20 herramientas de medición de la empatía, encontrando inconsistencias entre las mismas, de las cuales doce cumplieron los criterios de inclusión. El criterio fue desarrollado para evaluar el rigor de las medidas de la empatía, con un rango de puntuación de 0-14 para cada medida. Describen como resultados que las puntuaciones

de calidad obtenidas fueron bajas (2-8 de 14). Validez y fiabilidad de los datos se notificaron con frecuencia, pero la capacidad de respuesta al cambio ha sido probada en sólo tres medidas. Ninguna de las medidas eran psicométricamente firmes o cubierto todos los ámbitos de la empatía, así mismo reportan que la participación de los usuarios fue limitado y sólo cinco se han desarrollado en contextos de enfermería. Todo ello apunta a la complejidad inherente a la medición de la empatía y a la necesidad de evaluar el rigor de las propias medidas ya sea para informar en la educación o para su aplicación en entornos clínicos. (Yu, Kirk, 2009).

En Venezuela, en el Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz de Los Teques, Caracas” realizaron un estudio con el objetivo de analizar los niveles de empatía y el síndrome de desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica, en un diseño de campo y transversal apoyado en una investigación de tipo descriptiva. La población estuvo conformada por 12 profesionales de enfermería, de las cuales participaron 10 de estas enfermeras. La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos aplicados fueron: Escala de Empatía Médica de Jefferson (modificada) e Inventario de Síndrome de Desgaste Profesional de Maslach (MBI). Los resultados señalaron que las enfermeras presentaron niveles de empatía total por encima del percentil 50, ubicándose en el percentil 78 la toma de perspectiva, compasión en el percentil 50 y en el percentil 62 ponerse en el lugar del otro. Además mostraron un moderado nivel de desgaste profesional ubicado en el percentil 50, con agotamiento emocional ubicado en el percentil 45, niveles de realización personal en el trabajo por encima del percentil 50 y despersonalización en el percentil 25. Se concluyó que se evidencian moderados niveles de empatía en enfermeras y niveles medios del síndrome de desgaste profesional. (Sánchez y Mora, 2009).

En EE.UU en Filadelfia, Pennsylvania en la escuela de enfermería de Jefferson realizan una investigación para evaluar la psicometría de una versión modificada de la escala de Jefferson en los estudiantes de enfermería de la universidad. Esta versión se administró a 333 estudiantes de enfermería en los diferentes niveles de formación. Se exploraron las tres dimensiones de la empatía, es decir, "la toma de perspectiva", "cuidado compasivo" y "de pie en los zapatos del paciente", surgido del análisis factorial de la escala que fueron consistentes con el marco conceptual de la empatía, lo que apoya la validez de constructo. El coeficiente alfa fue de .77. Las puntuaciones de la

escala de empatía se correlacionaron significativamente con las puntuaciones de la Escala de Actitudes hacia Jefferson colaboración de médico y enfermera ($r = 0,38$, $p < .001$). Las mujeres puntuaron más alto que los hombres y aquellos con más experiencia clínica puntuaron más alto que otros. Se concluyó que la escala de empatía utilizada en este estudio es un instrumento psicométrico para la medición de la empatía en estudiantes de enfermería. (Ward, Schaal, Bowen, Erdmann y Hojat ,2009).

En el Reino Unido, en la Universidad de Birmingham, Departamento de Salud Pública y Epidemiología, se realizó una investigación documental para medir el grado de empatía en los estudiantes, bien sea en el momento de la selección de los alumnos para la escuela de medicina o durante la formación del médico durante el postgrado. El objetivo fue determinar la fiabilidad y la validez de las pruebas existentes para la evaluación de la empatía médica. Para ello realizan una revisión sistemática de trabajos de investigación en estudiantes de medicina y médicos a través de las bases de datos diarias (MEDLINE, EMBASE y PsycINFO). Obtuvieron los siguientes resultados: de 1147 citas se identificaron 50 artículos que describen 36 diferentes instrumentos de medición de la empatía. Hubo 59 evaluaciones del instrumento; en 20 de ellos participaron sólo los estudiantes de medicina, en 30 participaron sólo los médicos en ejercicio, y en tres sólo los solicitantes de la facultad de medicina. En cuatro evaluaciones participaron tanto los estudiantes de medicina como médicos en ejercicio, y dos estudios incluyeron tanto a los solicitantes de la facultad de medicina y estudiantes. Utilizaron ocho instrumentos con pruebas de fiabilidad, consistencia interna y validez. De éstos, seis fueron auto-evaluación de las medidas, uno era un paciente evaluado y otro era observador. Concluyen con una serie de medidas de la empatía psicométricamente disponibles y asignadas para uso de la investigación en los estudiantes de medicina y para los médicos en la práctica. Asimismo, afirman que no existen medidas de empatía con pruebas suficientes de validez predictiva para aplicarlas como medida de selección en la escuela de medicina. Sin embargo, las medidas tienen una base probatoria suficiente para apoyar su uso como herramienta en la investigación del papel de la empatía en la formación médica y en los cuidados clínicos. (Hemmerdinger, Stoddart y Lilford, 2007).

González (2007) en su artículo denominado “La enfermera experta y las relaciones interpersonales” se trazó como objetivo desarrollar los elementos de conocimiento y

habilidad como punto clave dentro de la experiencia de enfermería para favorecer las relaciones interpersonales. La práctica de enfermería basada en el cuidado se concibe como un campo de experiencia en donde los aspectos cognitivos, de comportamiento y de integración de habilidades, valores y creencias son aplicados al cuidado del individuo, la familia y la comunidad. Estas acciones se reflejan a través del fomento de una relación interpersonal saludable con los pacientes y se expresan a través con la honestidad, la sinceridad el respeto, la comprensión, la sabiduría y la reciprocidad hacia el paciente, incorporando progresivamente elementos que le permitan comunicarse de manera empática. En enfermería el campo de la experiencia se basa en la acumulación de conocimientos y el desarrollo de las habilidades prácticas, elementos fundamentales en la capacitación del personal de enfermería para poder responder a los cambios particulares de cada situación en el desempeño de su profesión y aceptar las responsabilidades inherentes a sus competencias. Enfatiza esta autora, que la poca experiencia en la práctica muchas veces dificulta aplicar métodos eficaces en la relación terapéutica, quizá no solo por las dificultades derivadas de la misma, sino por la inseguridad de lo que se hace, el temor a lo desconocido, a la forma del trabajo, a la tecnología o al entorno laboral. Estas son situaciones que pudieran atenuarse si se le dan al estudiante herramientas que se adquieren y aprenden, desde el punto de vista físico y humanista que le faciliten el fortalecimiento del conocimiento de manera progresiva para cuando le corresponda el cuidado del paciente, la confrontación con el mismo y la familia.

En la escuela de Medicina Universitaria de Boston, en el año 2006, consideraron que la empatía es muy importante en la relación médico-paciente, afirmando que algunos estudios sugieren que la empatía del médico puede declinar con el entrenamiento clínico. Por ello se plantearon como objetivo medir y examinar la empatía del estudiante a través de los años de formación médica. Realizaron un estudio transversal encuestando 658 estudiantes entrantes y al final del año académico. Utilizaron la Escala de Jefferson, versión para estudiantes (EEMJ) considerando la edad, el sexo, la deuda financiera prevista tras la graduación y el interés de la futura carrera. Resultados: 658 alumnos participaron en el estudio (81,4% de la población escolar). En los años preclínicos el puntaje fue mayor que en los clínicos, por lo que sugieren realizar esfuerzos para determinar si las diferencias en las puntuaciones de la empatía entre las diferentes cohortes representan los cambios que ocurren en el curso de la educación médica. Afirmando, que se necesitan investigaciones futuras para ratificar

si en la formación clínica hay efectos negativos para la empatía y, en caso afirmativo, si se pueden diseñar intervenciones para mitigar el impacto. (Chen y Lew, 2007).

En Gdynia, Polonia se reconoce que la empatía es un componente crucial de la relación interpersonal que es necesario medir, sobre todo en profesiones de ayuda, así que diseñan este estudio para adaptarse tanto a "Estudiante" ("S") y la versión "Profesionales de la Salud" ("HP") versión de la Escala de Empatía Jefferson (JSE) a la población polaca. Se administraron tres instrumentos a los 405 encuestados: la versión polaca de la JSE, el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), que mide cuatro aspectos de la empatía (es decir, la preocupación empática, la fantasía, la angustia personal y la toma de perspectiva), Escala de Inteligencia Emocional (EIS). Y la escala de Jefferson (JSE) se aplicó a médicos, enfermeras y estudiantes de medicina, enfermería y matronas con el fin de calcular el coeficiente de fiabilidad y otros datos psicométricos. Los resultados de la empatía se correlacionaron con los obtenidos por los encuestados sobre el IRI y el EIS. Obteniendo un coeficiente de Cronbach de fiabilidad alfa de versión "S" fue de 0,73, para la "HP" versión - 0,79, mientras que para la muestra total fue de 0,71. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones de empatía entre los géneros ni entre los cinco grupos de encuestados en JSE. Los médicos obtuvieron la media más alta de la puntuación de la empatía, mientras que la más baja se observó en las enfermeras. Los resultados de la empatía en la JSE se correlacionaron significativamente con "preocupación empática" y con "la toma de perspectiva". También se encontró correlación significativa entre la empatía y la inteligencia emocional. Concluyen que a pesar de que el coeficiente de fiabilidad más baja (pero aceptable) de la JSE polaca en comparación con la versión original, la escala de la empatía es un instrumento muy útil en la evaluación de los profesionales de la salud y estudiantes, sin embargo se necesitan investigaciones adicionales para identificar los factores que contribuyen a los cambios en los datos psicométricos de la escala. (Kluszcz, Nowicka-Sauer, Trzeciak, Nowak & Sadowska, 2006).

En México, un grupo de investigadores evaluó la validez y confiabilidad de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, a pesar de haberse validado en su versión en inglés, mostrando confiabilidad. Para su evaluación se seleccionó un grupo de 1022 estudiantes de medicina mexicanos, 494 mujeres y 528 hombres de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, México. Se

realizó un análisis de factores usando el método de extracción de componentes principales y se estimó el Coeficiente Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala. El análisis exploratorio de factores les permitió identificar tres con valores mayores o iguales a uno. Todos los reactivos con coeficientes mayores a 0.30, que integraron el factor 1 fueron las preguntas redactadas en forma positiva y correspondieron a la dimensión “Toma de perspectiva”. Siete de las 10 preguntas planteadas en forma negativa cargaron a un segundo factor, con coeficientes mayores a 0,40, relacionadas con el dominio de “Cuidado con compasión. Otras dos preguntas negativas conformaron el factor tres, que incluyó el dominio de habilidad para “Ponerse en los zapatos del paciente”. La consistencia interna fue de 0.74. Se concluyó que en la validez de la escala la consistencia interna se encontró dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad. Esta escala es una herramienta que puede medir la empatía en su nivel de permanencia de los estudiantes, es decir, durante el transcurso de la carrera y luego durante el tiempo de formación de la especialidad médica seleccionada. Permite además analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía, con beneficios potenciales para el desarrollo profesional del médico y de la salud de sus pacientes y familias. (Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez y Hojat, 2005).

En Venezuela, en la Universidad de Carabobo, realizaron una investigación comparativa -descriptivo, de corte transversal con el objetivo de explorar la opinión de los estudiantes de medicina y odontología, acerca de la jerarquización de los valores para ver si existen diferencias de apreciaciones entre los dos grupos en la relación con el paciente, en una población de 120 estudiantes de los cuales se tomó una muestra no probabilística, intencional de 37 estudiantes de medicina y de 37 estudiantes de odontología. Como resultado de la pregunta abierta “En orden de importancia diga cuales son los valores esenciales para el ser humano”, se obtuvo que el valor más importante para el estudiante de Odontología es la Honestidad con el 40,54%, mientras que para los estudiantes de Medicina es el Amor, con el 29,73%, se observó además que en ambos grupos el valor de Respeto (26,13%) es el que mas aparece entre los tres primeros valores. Como resultado de la pregunta abierta “En su profesión ¿Cuáles son los valores de mayor utilidad en la actualidad?” se obtuvo que para los estudiantes de Medicina son el respeto y los Valores Éticos con 16,22% y para los estudiantes de Odontología es el valor de Respeto con el 21,62 %, siendo los Valores Éticos los que se refieren a la deontología profesional. En cuanto a valores sociales e individuales hubo

asociación entre variables ($p < 0,05$). Se concluye que los dos grupos de estudiantes tienen similitud sobre las preferencias de jerarquía de los valores en cuanto a honestidad, respeto, amor y responsabilidad como concepciones humanísticas y universales y valores sociales. Las carreras de Medicina y Odontología, son disciplinas profesionales donde el contacto humano empático es la base de sustentación, la tecnificación especializada ha olvidado en algunas oportunidades la exploración más allá del padecimiento del paciente, por ello la importancia de la formación de valores, en la deontología y en los principios bioéticos, cuyo objetivo es la visión clínica que tienen los profesionales de la salud sobre la humanización del paciente. (Capote, E, Brett, Guada, Villegas y Capote J, 2005).

En Venezuela, en el estado Guárico, en una investigación de carácter descriptivo con el propósito de estudiar la empatía y algunos factores presentes en los profesionales médicos, aplicaron el cuestionario de "Jefferson de Empatía Médica", elaborado en el Jefferson College of Medicine por los investigadores Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella, Vergare y Magee. El instrumento se aplicó a un grupo de 60 médicos voluntarios en centros hospitalarios y ambulatorios del Distrito Sanitario 1, de San Juan de Los Morros-Venezuela, entre los meses de enero a marzo de 2004. La confiabilidad del instrumento usando el Alfa de Crombach fue de 0.79, muy similar a lo reportado en otros estudios. Sin embargo, se encontraron las puntuaciones más altas en promedio, mediana y moda en los médicos de los ambulatorios estudiados sin ser las diferencias significativas. Concluyen que la investigación sugiere confianza sobre la utilidad del cuestionario "Jefferson de Empatía Médica" para medir empatía a nivel local, debiéndose realizar otros estudios para profundizar al respecto (Roa, 2005).

En Chile, realizaron una investigación con el objetivo es analizar la empatía presente en un curso de la carrera de medicina de la Universidad de Chile, usando como instrumento la Escala "The Jefferson Scale of Physician Empathy" y realizar un análisis descriptivo del grado de empatía presente, según sexo y especialidad a seguir. El curso de 5ª año de medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile el año 2002, tenía 90 alumnos. La escala de empatía fue administrada a 45 alumnos. Las mujeres tenían un puntaje de empatía mayor a los hombres y esta diferencia fue estadísticamente significativa. Estas preguntas estaban dirigidas al vínculo emocional y la sensibilidad con el paciente, mientras que la diferencia obtenida en el puntaje de empatía según la

especialidad a seguir por el alumno, no fue significativa. Los alumnos que quieren seguir Medicina Interna, Pediatría y Traumatología, obtuvieron los más altos puntajes de empatía y los que deseaban incursionar en las especialidades de Psiquiatría y Cirugía el menor puntaje. Concluyen que la empatía presente en el personal de salud otorga ventajas en la mejora de la satisfacción del paciente, aumenta la complacencia, incrementa la habilidad del médico en el diagnóstico y tratamiento y baja significativamente el riesgo de juicio por mala práctica. (Carvajal, Miranda, Martinac, García y Cumsille, 2004).

En Cuba, en un estudio descriptivo relacionado con la comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional, sustentan la investigación en el análisis del cumplimiento de las tres funciones de la comunicación y la empatía como mecanismo de comprensión mutua, mediante la percepción y valoración de 124 estudiantes del primero, tercero y sexto año de medicina en el período 1999-2000 y en 43 profesores. Hacen referencia a la presencia de la formación ético-profesional, como objetivo en los documentos normativos del proceso docente y en las actividades metodológicas. Se fundamenta la necesidad de una adecuada comunicación médico-paciente centrada en la función afectiva, para el logro de una asistencia médica de calidad. Lo que permitió inferir que existe una contribución limitada del proceso docente para el logro de una comunicación médico-paciente adecuada en los estudiantes, asociado esto a una insuficiente formación ético-profesional. Tanto estudiantes como profesores privilegian los factores afectivos como función principal en la comunicación médico-paciente para que se cumpla con el tratamiento indicado y la ocupación que debe centrar la comunicación médico-paciente de los profesores. Sin embargo, no consideran que en la práctica docente sea esta la función que centre la relación con los pacientes, particularmente en el sexto año de la carrera, por lo que interpretan que no existe correspondencia entre lo que debe ser (ideal) y lo que es (real) según el criterio de los estudiantes. Los motivos predominantes en las intenciones conductuales de los estudiantes en los tres años fueron los extremos, por ello asumen que la comunicación con los pacientes y familiares no tienen en su base la necesidad de brindar bienestar, apoyo, comprensión, orientación e información adecuada al paciente, sino la necesidad relacionada con la posición o prestigio social, asociados a la profesión, o de beneficio personal relacionado con la búsqueda de la aprobación del docente, de una buena evaluación o temor al fracaso. (González, Gález, y Kraftchenko, 2003).

En Santiago de Cuba, se realizó una investigación de tipo descriptivo y transversal al personal de asistencia (médicos, técnicos y enfermeras) en el Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" para precisar el grado de conocimiento sobre la empatía. Aplicaron una encuesta al personal docente-asistencial durante la primera semana de inicio del curso académico 1999-2000 para precisar sus conocimientos sobre empatía, donde, además de los datos generales, se tomaron en cuenta la categoría ocupacional, la especialidad, así como grado de información y opiniones acerca de ello. La muestra incluyó a 16 médicos (10 especialistas y 6 residentes), 6 enfermeras y 4 técnicos del hospital por considerarse que eran los que mantenían una relación más estrecha con los pacientes, para un total de 26 encuestados. La encuesta aplicada reveló que más de la mitad desconocía el tema, razón por la cual se procedió a diseminar la información mediante un ciclo de conferencias al respecto que mejoró notablemente los resultados sobre empatía. (Mayor Guerra, Río Caballero, Tabares y Fernández- Pérez, 2002).

CAPITULO II

II.1 FUNDAMENTACION TEORICA

La empatía es la respuesta afectiva-cognitiva, por parte del individuo que observa las vivencias de otras personas, activada por el estado de necesidad de esa otra persona, influyendo en la manifestación de la percepción y valoración que tenga el individuo observador del bienestar de esa otra persona. Los docentes deben tener en cuenta que la educación puede ayudar a aprender a “observar y percibir” el mensaje que en toda interacción humana transmite la persona sobre todo en el ámbito de la salud. Hoffman citado por Sánchez y Gaya (2003) señala cinco formas de suscitación empática. Tres de ellas son instintivas, automáticas e involuntarias, son las denominadas afectivas o emocionales, las otras dos pertenecen al ámbito de la empatía cognitiva y, consecuentemente conscientes, aprendidas y voluntarias por tanto, educables. Por ello se afirma que el alumno aprende por imitación, siendo el docente un modelo de comportamiento a seguir en la relación con el paciente y la familia.

II.1.2 Bases Teóricas

La presente investigación se llevo a cabo en la Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, cuya historia, está íntimamente ligada a los inicios mismos de la universidad, fundada por Fray Juan Ramos de Lora el 1° de noviembre de 1790, bajo el nombre de Seminario de San Buenaventura de Mérida de los Caballeros. El primer ensayo de los estudios médicos tuvo lugar hacia el año 1805, siendo su profesor el Dr. José María Unda, quien impartió conocimientos sobre medicina reflexiva y práctica. A lo largo de la primera mitad del siglo XIX se produjeron una serie de ensayos parecidos donde a intervalos, se hacían intentos para crear una verdadera escuela de medicina, por lo menos, acorde con las necesidades de la región. En 1810 se crea la Facultad de Medicina regida por el Dr. Manuel Palacio Fajardo. Después de una suspensión, se reestablecieron los estudios de Medicina en 1837, estando al frente de los mismos el Dr. Cleto Margallo. En 1838 se interrumpen nuevamente hasta 1845, año en que se iniciaron las clases de Cirugía y Partos, Semiología General y Medicina Práctica, ésta última impartida desde 1854 a 1856 por el Dr. Domingo Hernández Bello. De 1852 a 1853, regentó las clases de Higiene el Dr. Manuel Hernández Sosa. Entre 1853 y 1856 dictó la misma cátedra el Dr. Domingo Hernández Bello, y desde 1852 a 1867 el Dr. Juan José Cosme Jiménez dictó la cátedra de Anatomía Humana. La Facultad de Medicina ha permanecido abierta desde 1928, luchando contra factores adversos que a

cada momento la asedian. El primer médico egresado de la Facultad de Medicina fue el Bachiller Hemeterio Fornéz, natural del estado Mérida. Para la celebración del centenario de la Universidad, los egresados de medicina no llegaban a 40 médicos y aun funcionaba como escuela de medicina. El 10 de marzo de 1967, se inició la carrera de Enfermería como centro de estudios superiores y ese mismo año fue aprobada como Escuela de Enfermería. Este primer plan de estudios fue reestructurado para el año 1972, siguiendo el diseño de los estudios de medicina: Básico, Pre-Clínico, y Clínico, que con algunas modificaciones se mantiene actualmente.

Finalmente narra Chalbaud (1996) que el 31 de marzo de 1971, por decisión del Consejo Universitario de la Ilustre casa de estudios, se creó la Escuela de Nutrición y Dietética. La Facultad de Medicina cuenta actualmente con tres escuelas: Medicina, Enfermería, Nutrición y Dietética, pero además posee extensiones geográficas en diferentes estados del País: Táchira, Trujillo, Barinas y Portuguesa. También tienen tres Centros de Investigación: Investigaciones Cardiovasculares; Fisiología de las Alturas y el Centro de Investigaciones Psicológicas, los cuales son de reconocido prestigio nacional e internacional. Asimismo, posee dos Laboratorios y dos Institutos de Investigación: Laboratorio Multidisciplinario de Investigación Clínica con Base Epidemiológica; Laboratorio de Fisiología de la Conducta; y el Instituto de Inmunología Clínica.

Después de describir muy someramente la historia de la Facultad de Medicina, se fundamentará lo relacionado con el análisis de la conducta empática, donde se establece que existe un amplio consenso sobre esta cualidad como uno de los pilares fundamentales de la atención del proceso salud-enfermedad. Por otra parte, se reconoce que la enseñanza y exigencia de los docentes con respecto a la empatía en el trato hacia la persona que demanda atención, tanto para el mantenimiento de la salud como para la restauración de la enfermedad, por lo general no se reclama, ni en el área de pregrado ni en postgrado. La formación está dirigida particularmente a las áreas clínicas con un predominio del componente biológico sobre el humanista; es decir, se hace énfasis en preguntar directamente sobre el órgano afecto sin considerar a la persona desde el punto de vista sistémico. Otras veces, este elemento se obvia al no incorporarlo en la relación con el paciente con la cuantía que amerita para comprender los aspectos psicosociales en la evaluación integral de la persona y, esta actitud pudiera facilitar el detrimento de

una relación empática. De allí la importancia de investigar la conducta empática de estudiantes de las Ciencias de la Salud.

II.1.2.1 Origen de la empatía

La empatía es la acción y la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar de manera vicaria los sentimientos, pensamientos y experiencias del otro, sin que esos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita. Sin embargo, su conceptualización teórica se dificulta por falta de claridad y ambigüedad en su definición. Lo que sí está bien fundamentado es su importancia en el estudio de la conducta humana y su análisis en la psicopatología y la conducta prosocial. Aunque existe cierto consenso sobre los aspectos conductuales, no hay pleno acuerdo en su definición, centrándose la discusión en dos aspectos: ¿consiste la empatía en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” o, por el contrario, ella alude a “sentir la emoción de forma vicaria”?, así lo plantean (Guilera, 2008; Fernández-Pinto, López -Pérez y Márquez, 2008).

Estos autores hacen mención a varios investigadores que han participado en la historia de la empatía, disertando en lo cognitivo y lo afectivo en su evolución. Afirman que la primera vez que se usó formalmente el término empatía fue Robert Vischer en el siglo XVIII, con el término “Einführung”, que traducía “sentirse dentro de”. En 1909 Titchener acuña el término “empatía” tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega *εμπάθεια* (cualidad de sentirse dentro). Con anterioridad, algunos filósofos y pensadores como Leibniz y Rousseau habían señalado la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos. Por otra parte, Smith, en su teoría sobre los “Sentimientos Morales” en 1757, habla de la capacidad de cualquier ser humano para sentir “pena o compasión ante la miseria de otras personas o dolor ante el dolor de otros” y, en definitiva “ponernos en su lugar con ayuda de nuestra imaginación”.

En pleno siglo XX comienzan a surgir nuevas definiciones de la empatía. Varios estudiosos, citados por Davis en 1996, quien señala también Theodor Lipps (1909), lo utilizó para describir un fenómeno afectivo que aparece en la relación terapéutica que denominó “Einführung”, cuya traducción literal es “sentir dentro”, aducía que la empatía se produce por una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección

de uno mismo en el otro. Cognitivamente, Köhler dice que la empatía es la comprensión de los sentimientos de los otros, mientras que Mead (1934) añade que el adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus sentimientos. Karl Jaspers (1883) creador de la “Psicología Comprensiva”, aplicó este concepto de “comprensibilidad” a los procesos psicopatológicos. Para Fenichel, en 1947 es la capacidad de una persona de identificarse con el otro. En EE.UU. el interés en la empatía se debió al trabajo de Carl Rogers (1951, 1959). Se describe que este investigador en la “Psicoterapia centrada en el cliente”, definió la empatía como un proceso que permite al terapeuta entrar en el mundo de la persona sin prejuicios, dejando de lado sus propios valores y sus propios puntos de vista.

Un hito importante en el desarrollo del concepto de la empatía se produjo con la introducción que hace Dymond del término adopción de perspectiva (“role-taking”) en el año 1949. En esta línea de pensamiento, Hogan (1969) la define la como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás o, en otras palabras, como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos. Asimismo, los estudios interesados en la visión cognitiva diferenciaron entre aquellos que se referían a imaginarse a sí mismos en una situación e imaginar al otro en la misma situación. Desde esta visión se adopta la perspectiva cognitiva de otro, lo que según Gallagher y Frith (2003) se relaciona con la habilidad de explicar y predecir el comportamiento de uno mismo y de los demás atribuyéndoles estados mentales independientes, como creencias, deseos, emociones o intenciones.

Desde finales de 1960 se empezó a consolidar una mirada distinta de la empatía, concediendo mayor importancia al componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario. Bajo esta perspectiva se cita a Stotland (1969) situado entre los primeros autores en definir la empatía como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción”. Para Hoffman (1987), se trataba de una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. En esta línea, Mehrabian y Epstein (1972) la ubican como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. Consideran que se trata de una disposición para la que existen diferencias individuales. Por su parte Wispe en 1978 llama la atención sobre la

importancia de los estados emocionales positivos como un aspecto a incluir en el concepto de la empatía.

A su vez manifiestan Guilera (2008) y Fernández-Pinto, López -Pérez y Márquez, (2008) que Batson en 1991, reseñaba que la empatía era una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, o como sentimiento de interés y compasión orientados hacia la otra persona, resultante de tener conciencia del sufrimiento de ésta. Se entiende como una emoción ante la presencia de estímulos situacionales concretos. Ante esta mirada, algunos estudiosos resaltan la existencia del enfoque disposicional y el situacional. Por esta razón les parece interesante integrar ambas perspectivas en el estudio de la empatía. Si la vemos desde el punto de vista integrador, es decir, desde lo cognitivo y lo afectivo hay una distinción formal entre la adopción de perspectivas perceptual, cognitiva y afectiva, asumiendo que la adopción de perspectiva perceptual es la capacidad de representarse la visión que tiene el otro en función de su localización y su evaluación; mientras que la capacidad de representarse en los pensamientos y motivos del otro ha sido incluida en la perspectiva cognitiva. La afectiva se refiere a la inferencia de los estados emocionales ajenos. También en la propuesta de Salovey y Mayer (1990) se afirma que la empatía requiere la adecuada identificación de las respuestas emocionales en otras personas e implica no sólo actitudes sino también, habilidades o competencias bien definidas. Es decir, cuando un individuo escucha a otro con atención, interés, comprensión y concentración, se asume ha empatizado si logra sentir en sí mismo, la emoción que el otro relata y vivencia.

Definitivamente según estos expertos, la empatía incluye procesos cognitivos y experiencias afectivas, aunque algunos investigadores le den más importancia a unos aspectos que a otros, citan que para Borke (1971); Deutsch y Madle (1975); Regan y Totten (1975), se trataba fundamentalmente de un proceso o habilidad cognitiva para reconocer e interpretar los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de los demás. Esto facilita la comprensión de sus motivaciones, los sentimientos positivos hacia ellos y la conducta prosocial o altruista. Mientras que para Feshbach (1978); Hoffman (1987) y Gallo (1989) significaba tanto una respuesta predominantemente cognitiva de comprensión acerca de cómo se siente el otro, como una comunión afectiva. Por otra parte, Haynes y Avery (1979) asumían que la empatía era una “la habilidad para reconocer y comprender las percepciones y sentimientos de otra persona y para expresar

cuidadosamente esa comprensión en una respuesta de aceptación”. Tal respuesta puede ser verbal o no verbal como también puede consistir en conductas prosociales como el compartir o proveer ayuda. Viéndola de esta manera, puede definirse cognitivamente en relación a la toma de perspectiva o la comprensión de los otros (Eisenberg, 2000).

Para Davis en 1980, la empatía es un constructo multidimensional que incluye cuatro componentes diferentes aunque relacionados entre sí. Describe que dentro de la dimensión cognitiva se distinguen los siguientes aspectos:

La Fantasía, que se refiere a la tendencia a identificarse con personajes de ficción y adopción de perspectivas, que es lo que se definió previamente como adopción de perspectiva cognitiva. En relación a la dimensión afectiva, propone dos escalas: Angustia empática, que es la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro y Aflicción Personal, que se refiere a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro”. Desde esta perspectiva se ensamblan los dos enfoques interrelacionados y complementarios, resumiendo que la empatía “es un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro, respuestas afectivas y no afectivas”.

Desde una mirada fenomenológica para Torrealba (2004), la empatía es la capacidad para interiorizar las vivencias del otro. Alude que en 1905, Husserl introdujo el concepto de la empatía (*Einfühlung*) entendida como la experiencia de la conciencia ajena y de sus vivencias, a diferencia de la experiencia que la propia conciencia hace de sí misma. Destaca que en el proceso empático intervienen tres momentos: el primero es la percepción de la situación del otro, de su vivencia (*Erlebnis*); el segundo consiste en la interiorización de su vivencia y el tercer momento se produce cuando esa vivencia ajena que he percibido en el otro se percibe como propia, donde lo vital es que el proceso no tenga por objeto el conocimiento, sino la comprensión (*Verständnis*) del otro. Finaliza exponiendo que la empatía presupone una concepción del hombre como ser abierto, o mejor todavía, como ser permeable, capaz de interactuar con su entorno y con sus semejantes y de establecer vínculos afectivos con ellos.

Este experto, cita a Stein que concibe la empatía como el acto a través del cual la realidad del otro se transforma en elemento de la experiencia más íntima del yo, en

darse cuenta, en la observación y la percepción de la alteridad, supone la percepción de la existencia del otro y de su experiencia. A pesar de esta apropiación, la experiencia del otro que yo interiorizo respeta su experiencia como originaria. No significa alegrarse o entristecerse porque el otro está alegre o triste, sino ser capaz de vivir su alegría o su tristeza en él, porque la auténtica empatía, no busca desencarnar la experiencia del otro, sino que busca vivirla en su lugar original, es decir, en el otro; adquiriendo la realidad del sentir del otro. Asimismo, opina que el ser humano es un ser trascendente, un ser que no se agota en su materialidad, sino que posee una espiritualidad que le hace capaz de entrar en comunicación más allá de los límites sensoriales-materiales. De este modo, se convierte en el fundamento de la comunidad humana, donde los miembros que la constituyen no son simples objetos, sino sujetos de experiencia que tienen capacidad de entrar recíprocamente en comunión sin perder su identidad. Justamente, para Stein, empatizar significa alargar los horizontes de la experiencia del yo hacia los horizontes del otro, salir del propio yo cerrado para adentrarse en el mundo de la alteridad trascendente, donde la distinción entre yo y el otro no desaparece, exaltando que no todos los seres humanos tienen la misma capacidad empática pues pareciera que es mayor en los niños, artistas y en el género femenino.

En cuanto a la empatía en el campo de la salud propiamente dicho, Torrealba expone que el acto de cuidar o brindar atención de salud, presupone tener la capacidad de empatizar con el paciente, de interiorizar sus vivencias y apropiárselas, pero no es idéntica en todos los seres humanos. Esta herramienta en la relación profesional de la salud con el paciente hace posible la comunidad en equipo, la humanización en el trato; por ello, se pregunta, si habría una pedagogía para desarrollar la empatía y, en el caso que la hubiere, cuáles serían las estrategias para desplegarla en los procesos formativos de los futuros profesionales del cuidar.

II.1.2.2 Inteligencia emocional y Empatía.

En el desarrollo de la presente investigación ya se han descrito diversos conceptos sobre empatía, esta es una cualidad muy reconocida como elemento representativo en el trato al paciente y la familia desde la etapa de estudiante de las Ciencias de la salud.

La empatía es uno de los elementos claves que forman parte de la inteligencia emocional, definida como una serie de habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo. Goleman (1999) afirma que la empatía comprende cuatro elementos para fortalecer las relaciones interpersonales:

-La comprensión de los demás, referida a la capacidad de captar los sentimientos y las perspectivas de otros e interesarse genuinamente por sus preocupaciones.

-La orientación hacia el servicio, cuando se anticipa, reconoce y satisface en lo posible las necesidades de otros, brindando desinteresadamente la ayuda necesaria y poniéndose en su lugar.

El aprovechamiento de la diversidad, es cuando se sabe aprovechar las oportunidades que brindan las diferentes personas. Cuando se es dotado de esta competencia se comprende más fácilmente las diferentes visiones del mundo y se es sensible a las diferencias existentes entre los grupos, a su vez se considera la diversidad como una oportunidad para afrontar los prejuicios y la intolerancia.

La conciencia política, es la capacidad de percibir las corrientes emocionales en un grupo y advertir con facilidad las relaciones de poder, e interpretan adecuadamente tanto la realidad externa como la interna en una determinada organización.

Para ser empático, hay que tener la capacidad de captar el mundo interno del paciente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos.

Las habilidades de la inteligencia emocional son sinérgicas respecto de las cognitivas y los estudiantes en formación necesitan de ambas para desempeñarse con calidad y calidez. Lo cognitivo involucra una comprensión del estado interno de otra persona y lo emocional comprende las reacciones emocionales por parte del individuo que observa las experiencias de otros. Pero, si aplicamos estos conceptos a nuestro desempeño diario, resultaría más útil la empatía cognitiva debido a que los pacientes por lo general buscan ayuda diagnóstica física y psíquica específica y efectiva para sus

problemas de salud y aún siendo muy empático, el involucramiento emocional más allá de lo atinado, puede llegar a entorpecer la capacidad de resolver situaciones o de brindarle un apoyo eficaz al paciente y a la familia. Porque el hecho es, que cuanto más compleja sea una determinada situación en la relación con el paciente, mayor será la importancia de la inteligencia emocional equilibrada, porque su carencia o deficiencia puede obstaculizar el uso de la experiencia o la inteligencia técnica en un momento dado.

Dentro de la inteligencia emocional, se plantean que hay dos tipos de competencias, las personales (conciencia emocional, control emocional y motivación) y las sociales (empatía y habilidades sociales), compuesta cada una de ellas por dimensiones que agrupan una serie de características de personalidad o de habilidades capaces de influenciar y utilizar tácticas de persuasión eficaces, tales como la Comunicación para emitir mensajes claros y convincentes, el liderazgo para inspirar y dirigir a grupos y personas, catalización del cambio para Iniciar o dirigir los cambios necesarios en un momento dado, resolución de conflictos por la capacidad de negociar y resolver y finalmente la colaboración y cooperación por la capacidad de trabajar con los demás en la consecución de una meta común en trabajo en equipo. Sin embargo en el logro de estas habilidades es vital ser empático. Por ello Goleman, (2006) afirma que todas estas herramientas son de gran valor en la relación con el paciente, pero también con la familia del mismo, en un momento dado, es decir cuando así se requiera fundamentalmente en la relación médica.

García-Campayo, Aseguinolaza y Lasa (1995), argumentan que Carl Rogers fue el primer autor que destacó 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. Se refería a la comprensión empática como «la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él y, una vez captados, comunicárselo. Él expresaba de la empatía: Oír el mundo más íntimo de los valores personales del paciente como si fueran propios, pero sin perder nunca la cualidad de cómo está empatizando. Oír su confusión o su timidez o su ira o su sentimiento de ser tratado injustamente como si fueran propios; oír, pero sin que el propio miedo, o la propia sospecha se confundan con los del otro.

Brusco en 1998, enfatizaba que la relación médico-paciente debería basarse en lo que este profesional denomina las "tres C": comunicación, comprensión y confianza. Elementos vitales desde la etapa de formación de los estudiantes en el ámbito de la salud, donde se debe privilegiar el uso de palabras suaves, aportar información oportuna, permitir la presencia de un familiar para que apoye al enfermo, porque el apoyo y el respaldo se consideran elementos fundamentales para que el paciente pueda aceptar y comportarse satisfactoriamente, sea en la red ambulatoria, en el ámbito hospitalario o en el hogar del paciente; lo que se traduce en el buen cuidado como eje de bienestar y valoración personal. Esto es empatía, reconociendo que ella varía de un individuo a otro, y que depende de factores sociales, educacionales y experiencias personales, por lo que es imprescindible su enseñanza utilizando herramientas claves para lograr tal objetivo.

La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional que puede producir tristeza, malestar o ansiedad (Eisenberg, 2000). En este orden de ideas, Ruiz Sánchez, Cano y Sánchez (2002) indican que la empatía consiste en el esfuerzo continuo del profesional de la salud por apreciar y comunicar a su paciente la comprensión de los sentimientos y significados comunicados por éste. Esto se hace mediante un ciclo de tres fases:

La resonancia o armonía empática del terapeuta a las comunicaciones del paciente, donde toma contacto y mantiene una comprensión auténtica con la experiencia interna del mismo, atrapando lo más esencial de ésta.

-La expresión o comunicación de la empatía al paciente con aprecio positivo al mismo.

-La recepción del paciente de la empatía expresada por el terapeuta que sirve a éste como feedback de su comprensión. La consideración positiva incondicional es el proceso que lleva al profesional a dar oportunidades al paciente para expresar sus sentimientos, generalmente inhibidos, para facilitar su auto-aceptación

La empatía se ha modificado a través del tiempo e integrado a muchas áreas, como en las Ciencias de la Salud, en la cual se asigna un gran valor. En el área de la salud ha sido definida como una cualidad netamente cognitiva, porque en contraste con la simpatía, ésta tiene matiz de connivencia y tácita aprobación del otro, pero carece de esa comprensión íntima característica de la empatía, ya que un componente afectivo como la simpatía, si es excesivo, interfiere con la objetividad del diagnóstico y del tratamiento según lo expresado por Fields, Hojat, Gonnella, Mangione y Kane (2004). Las perspectivas evolutivas del desarrollo social y de la neurociencia han insistido en la importancia para la supervivencia de los refuerzos positivos en las relaciones interpersonales, y en comprender las emociones, deseos e intenciones de uno mismo, así como, también la de otros (Jackson, Meltzoff y Decety, 2005). En la simpatía la barrera entre el sí mismo y el otro se difumina tanto que ya no es posible hacer un juicio de valor sobre la otra persona, sino tan sólo sobre su situación o sentimientos; dos personas en simpatía están de acuerdo sin proponérselo ni esforzarse y experimentan un positivo afecto el uno por el otro.

Por otra parte, también hay que considerar a la ecpatía como un nuevo concepto, complementario de empatía, que permite el apropiado manejo del contagio emocional y de los sentimientos inducidos. Fue descrita como un proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro, no obstante, el desarrollo de la capacidad ecpática es necesario para en el manejo de la identificación proyectiva, tanto en situaciones clínicas como extraclínicas, además de su utilidad para prevenir la influencia de la manipulación emocional y del contagio emocional. El paso de la empatía a la simpatía es en ocasiones demasiado fácil, y un profesional de la salud debe estar siempre atento a prevenir sus posibles tendencias a deslizarse desde la comprensión del otro hacia su identificación con él, porque el paso de la empatía a la simpatía es en ocasiones demasiado fácil, Así mismo, se enfatiza que la ecpatía es una acción mental compensatoria que protege de la inundación afectiva, y permite que se manejen adecuadamente las emociones ajenas, un riesgo que corren las personas excesivamente empáticas (González de Rivera, 2005).

Sánchez Delgado y Mora Pérez (2009) mencionan que la empatía definida operacionalmente como un elemento fundamental del cuidado de los profesionales, en situación de atención debe establecer en la relación con el paciente tres dimensiones

fundamentales: 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, caracterizada por la comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, comprensión de los sentimientos de los familiares como táctica para establecer buenas relaciones con el paciente, atender al paciente desde su perspectiva, tratar de pensar como él, mantener buen sentido del humor, valorar el lenguaje verbal y no verbal, considerar la empatía como una habilidad médica y como una estrategia terapéutica en sí misma. La Compasión la relaciona 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 del paciente como medio para conocer su relación con las dolencias físicas, comprender que el establecimiento de lazos afectivos puede coadyuvar al tratamiento, entender que la formación como profesional de la salud debe ser integral y poner atención a los sentimientos de los pacientes durante la entrevista e historia clínica. Finalmente la capacidad de Ponerse en Lugar del Paciente (ponerse en los zapatos del otro), relacionado con el comprender que las interrelaciones sentimentales del paciente y los familiares son importantes en todo el proceso salud enfermedad, ver las cosas desde la perspectiva del paciente y entender que aunque los pacientes sean distintos a este profesional, cada vez deben ser mejor comprendidos, poniéndose en su lugar ante el problema que presente, sea de índole físico o psicosocial.

Todo lo antes mencionado, son elementos que muchas veces obviamos o en la relación con el paciente, acarreado la discontinuidad y la insatisfacción en la atención prestada. Tal vez por esta razón se considera necesario, pero no suficiente, que el terapeuta posea tres competencias relacionales que según (Rogers, 1989) son: Aceptación, empatía y autenticidad.

- Por Aceptación se entiende el interés mostrado por el profesional hacia el paciente y su problemática, interés que no debe ser demasiado efusivo ni proteccionista, donde las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y donde el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto.

-La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace éste.

-La autenticidad es la franqueza del terapeuta con el paciente para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el profesional o sobre el tratamiento integral.

Se puede concluir que la empatía es uno de los elementos claves que forman parte de la inteligencia emocional, definida como una serie de habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo. Vivas, gallegos y González (2007) la interpretan como la capacidad de percibir el mundo interior emocional y vivencial de otras personas, reconocida a su vez, como la raíz de la comunicación emocional y de las relaciones positivas con los otros; es conciencia social de tipo emocional, conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de las demás personas. Para ser empático en el ámbito de la salud, hay que tener la capacidad de captar el mundo interno del paciente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos con la máxima confianza posible.

II.1.2.3 Importancia de la Empatía en la Atención de Salud.

Las escuelas de las Ciencias de la Salud están buscando cambios para el logro de un profesional competitivo, pero a su vez tienen como tarea recuperar la imagen humanista al contribuir en la formación de un ser más integral, más humano. En la actualidad la asistencia al paciente, primordialmente la médica en muchas instituciones públicas, puede ser catalogada como "demasiado científica" o "impersonal", o lo que es peor aún, "deshumanizada".

Carvajal y Rojas (2005), describen una frase de Renny Yagosesky que dice: “La empatía es la estrategia de los grandes sanadores. Sin la empatía no hay compasión, sin compasión no hay vínculo, sin vínculo no hay sanación”. Aluden, que las personas tienen su propia forma de percibir las afecciones, por lo tanto necesidades variables frente al sistema de salud, ya sean estas en el orden de la prevención o curación. Es común escuchar a los pacientes decir que la calidad del profesional se mide en relación a lo atento que escuchó, como lo trato, lo claro que fue en descifrarle el problema y a su vez la manera como le darle las instrucciones del tratamiento, por el contrario, sí

perciben un bajo nivel de empatía por parte del profesional, esto les impulsa a no consultar mayores antecedentes de su afección y a reiterar la consulta con otro profesional que les ofrezca mayor apertura y disposición, generando aumento en la demanda, insatisfacción en el usuario y desgaste del recurso humano.

Uno de los momentos en que se demuestra la habilidad empática en la relación con el paciente es durante la entrevista clínica. Por ello se asegura que la entrevista es el instrumento clave para poner en práctica ésta conducta desde la fase de estudiante. Según Gómez y Hernández en el 2005, los observadores dedican nueve partes a la comunicación formal y una parte al contenido.

1.- **Área de comprensión empática:** ayuda a englobar los sentimientos de los entrevistados en un amplio marco de comprensión. Se trata de evaluar si el entrevistador "comprende" el mensaje del entrevistado.

2.- **Comunicación de respeto:** se trata de hacer hincapié en la actitud por parte del entrevistador de respetar a la hora de juzgar el problema del paciente como algo normal y natural. Hacer que el paciente no se sienta "raro" e incómodo con su problema, crea un clima relajado en el momento de exponer el problema.

.-**Concreción en la expresión:** se trata de lograr la expresión directa de los sentimientos y experiencias del paciente y motivar para que así se produzca. No dar por hecho las cosas, ya que esto dificulta la profundización en el tema. Se debe evitar, las conclusiones precipitadas y el lenguaje demasiado técnico para traducir las cosas que el paciente quiere expresar.

4.-**Autenticidad y congruencia:** Ser congruente con lo que se responde respecto a lo que el paciente expresa y no hablar de una manera evasiva y generalista sobre los problemas. Es más terapéutico dejar la respuesta para más adelante, después de que se haya pensado sobre el tema, que responder cualquier cosa cuando exista la duda.

5.-**Autorrevelación facilitadora:** El entrevistador aporta una experiencia personal para facilitar la revelación del paciente. Ponerse en su lugar, porque él ha pasado por alguna experiencia similar que le hace ver al paciente que sabe de lo que está hablando.

.-**Confrontación en procesos inter-interpersonales:** Se trata de saber detectar si lo que explica el paciente es consistente, si pasa algo raro al captarlo. También tiene que ver algo con la comunicación no verbal.

7.-**Inmediatez en la relación:** Cuando el entrevistador tiene en cuenta (expresiones y gestos) las expresiones de los pacientes que hacen referencia al entrevistador.

8.-**Comunicación no verbal:** Observar la comunicación no verbal de los estudiantes o del médico, facilitando la expresión del problema de los pacientes: miradas, asentimientos, gestos con las manos, sonrisas, posición de las manos.

9.-**Timing:** Hay que observar **bienvenida, proceso y despedida** para ver si el tiempo dedicado a cada una de ellas es coherente y no se mezclan. Es importante dedicarle a cada una de estas fases el tiempo que corresponda con naturalidad y comprobar que el contenido, durante la entrevista, se ajuste al objetivo.

Oseguera (2006) a Roger (2000), quien manifiesta la importancia de algunos elementos en la relación terapéutica: El respeto a los puntos de vista del paciente y la consideración de cada uno de los puntos de vista expresados, atender su bienestar psicológico, recordar que cada paciente es único e individual, tratarlo en su ambiente familiar, social y físico, poseer cualidades de comunicación y escucha activa, proporcionar confidencialidad y confianza y demostrar calidez, compasión y empatía.

En este orden de ideas, Chen, Lalopa y Dang (2007), expresan que en el área de la salud la educación se centra en el conocimiento didáctico para garantizar la información cuantitativa y las habilidades clínicas aprendidas, sin embargo, el conocimiento y las habilidades terapéuticas son sólo dos de muchos componentes esenciales en la prestación de servicios. En la atención de calidad centrada en el paciente, se requiere que desde la etapa de estudiantes se aprenda a interactuar con los mismos, apreciando las diferencias sociales, interpersonales e individuales que pudieran influir en el cumplimiento del tratamiento integral para hacer frente a las enfermedades agudas y crónicas y a las barreras a una asistencia sanitaria óptima. Estos autores, analizando la situación empática de los estudiantes de farmacia, comentan que los mismos, pueden adoptar fácilmente estereotipos negativos hacia una población en

particular. Así, que las disparidades entre las cualidades, características y posición social de los profesionales de la salud y sus pacientes pueden fomentar el distanciamiento social, afectando negativamente la calidad de la atención. Esta situación, por tanto obliga a buscar estrategias para contrarrestar la poca empatía hacia ciertos pacientes; una buena alternativa es inquiriendo el acercamiento temprano, donde vivencien el contacto directo con las personas, sin ningún tipo de distingos en busca de mejorar la naturaleza humanista de los estudiantes hacia el cuidado de diversas poblaciones.

Se reconoce que la empatía es clave en la relación con los pacientes, familias y entre el equipo de salud, así como una la habilidad interpersonal como componente fundamental en la competencia clínica que hace que el trato sea más compasivo, de manera que el cuidado que ofrecen los profesionales de la salud desde el inicio de sus carreras debe estar cimentado en la mutua confianza, preocupación por el bienestar y beneficencia incondicional, manteniendo el interés del paciente en cualquier decisión diagnóstica y terapéutica. Ello sugiere que la facultad de medicina y sus escuelas, además de alfabetizar con letras y números, debe propiciar también la alfabetización de las emociones, las habilidades sociales, la toma de decisiones y el manejo de las relaciones interpersonales, no obstante, la prioridad ha sido sobre la enseñanza y transmisión de aspectos académicos, sin responsabilidades explícitas y claramente establecidas en lo atinente a las competencias sociales del alumnado, al bienestar interpersonal y personal (Molina y Pérez, 2006), razón suficiente para buscar estrategias que fortalezcan la empatía como cualidad en beneficio de la atención integral del paciente y buenas relaciones en el equipo de salud, de modo inter e intra disciplinariamente.

Una revisión sistemática por García-Huidobro, Núñez, Vargas, Astudillo, Hitschfeld y Gennero et al. (2006), muestra que lo más apreciado por los pacientes es la «humanidad », seguido de «competencia o destreza», «involucrar al paciente en las decisiones médicas» y, finalmente, «tiempo suficiente para el cuidado». De esta manera los estudiantes también esperan centrarse en los pacientes y practicar su profesión en base a actitudes humanistas. Son varios los elementos a considerar para el buen trato del paciente, una parte muy importante de los efectos del cuidado por el equipo de salud, tanto positivo como negativo, se sustenta en la relación, porque uno de los

problemas en el fracaso de los tratamientos se debe a la carencia de un comportamiento empático asertivo. Para lograrlo de manera efectiva, hay que manejar adecuadamente la empatía, como una de las intervenciones terapéuticas más potentes, razón por la cual la comunicación empática con los pacientes no sólo se da con palabras ya que las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación(Naranjo y Ricaurte, 2006).

En el proceso de la comunicación son muchos los factores a considerar. Poveda en (1981) expone la importancia de lo verbal y no verbal en la relación entre sujetos, afirmando que el grado de empatía en la comunicación se considera indicio positivo cuando los sujetos, de manera progresiva, intercambian frases en las que aparecen las mismas palabras del interlocutor. Cita a Rogers, quien señala que en algunos casos se busca formar deliberadamente el grado de empatía repitiendo no sólo palabras sino incluso frases para llegar a una más profunda comprensión de lo que la otra persona expresa. Tal vez por esta razón la OMS (2006) destaca la importancia del contacto temprano del estudiante con la práctica clínica porque así se promueve la adquisición de competencias oportunas que les permite aprender a integrar y aplicar los conocimientos en situaciones prácticas. Ellos copian a sus docentes modelos y presencian la aplicación de enfoques interdisciplinarios y de equipo en los diferentes centros de salud. Por ello, hay acuerdos de la importancia de la incorporación de la entrevista en el plan de estudios, el aprendizaje basado en problemas o en la práctica. Se enfatiza en el hecho que las evaluaciones realizadas en este modelo han demostrado que los estudiantes muestran mayor empatía hacia las personas enfermas y un mayor nivel de confianza en sí mismos e identidad profesional, reconocen un aprendizaje efectivo gracias a los conocimientos implícitos que les aportan los profesionales y docentes con experiencias.

Boelen (2009) afirma que ante la importancia de la relación terapéutica con el paciente en los ámbitos de la salud, hay que puntualizar que cuando las universidades pretenden obtener la acreditación como "campus de excelencia", conviene recordar que tal reconocimiento debería comportar la exhibición plena de su responsabilidad social institucional. En el ámbito de la salud, conlleva que los graduados que forma deben poseer las competencias integrales necesarias para mejorar la salud de los ciudadanos y de la sociedad, pero a su vez tener la capacidad de utilizarlas en el ejercicio de su profesión. No obstante, en educación médica, al centrarse en la adquisición de la

información biomédica y en las habilidades tecnológicas, a menudo se aleja a los estudiantes de las habilidades y actitudes para entender y tratar con los determinantes de la salud. La educación médica se concentra actualmente en los métodos de aprendizaje y no tanto en el propósito social y las obligaciones morales de la profesión, se insiste en los procesos pero se olvida del impacto en la sociedad. También describe, que en la revolución educativa iniciada hace un siglo por el informe Flexner llevó a reforzar la naturaleza científica del currículo de la carrera de medicina como paso obligado para acceder al contacto con los pacientes y a su entorno social, y a la incorporación tardía y limitada de las ciencias sociales y de las humanidades, a la autonomía de las disciplinas y los departamentos, a una enseñanza vertical a expensas de una enseñanza integrada, y a la marginalización de la salud pública. La falta de valoración del impacto de los graduados y de las necesidades sociales emergentes ha aislado a las instituciones de su entorno. Por ello, enfatiza que la academia ha perdido un siglo para establecer como su razón de ser el impacto sobre el bienestar social integral de las personas.

En este contexto, es imprescindible facilitar a los estudiantes en la práctica clínica un modelaje humano, cálido, sin perder el norte en la importancia de lo orgánico. Los estudiantes precisan de guías que les faciliten un proceso de enseñanza-aprendizaje integral donde se ennoblezcan los valores altruistas y las inclinaciones humanistas junto a los aspectos orgánicos para fortalecer el cuidado hacia el paciente. No en vano Rotschild (2009) apunta que la empatía es necesaria para la supervivencia de las especies, porque nos alerta ante las necesidades de los demás y nos impulsa a dar una respuesta. Por ello se considera el instrumento primordial en manos de todos los profesionales de la salud, porque permite vincularse con las experiencias ajenas, a ponerse en los zapatos de otros, abre el camino de la compasión permitiendo entender el estado en que se encuentra otro ser humano. Es interesante la apreciación de este experto, cuando alerta sobre el posible lado perjudicial, al no ser consciente de la habilidad propia ante una circunstancia en particular, es decir el profesional puede experimentar vicariamente el estado de otra persona de forma inconsciente y sufrir un fuerte impacto emocional y somático, por ello se debe tener la sabiduría del equilibrio emocional.

II.1.2.4 Condiciones que afectan la conducta empática

Existen diferentes condiciones que los alumnos de medicina deben afrontar y que eventualmente podrían influir en la pérdida del vínculo empático hacia sus pacientes. Entre éstas se relata el inicio en la formación del estudiante de medicina sin pacientes centrado en células, órganos y cadáveres, con el consecuente dilema de la patología versus el enfermo. De ahí la observación referida a que los alumnos comienzan sabiendo más del cuerpo y de las enfermedades que de las personas, porque centran el estudio en aspectos biológicos. Esto aunado al poco tiempo para actividades personales así como para compartir con los pacientes, la ansiedad de enfrentarse a los enfermos y a la muerte sin el apoyo adecuado (pudiendo aprender a ocultar sus emociones), la competitividad, la falta de espacios de reunión entre alumnos y docentes, entre otros, pudieran influir en la conducta empática.

McWhinney (1995); Gómez y Ceitlin (1999) describen dos paradigmas que pueden interferir o favorecer el comportamiento empático en el profesional desde la época de estudiante. El paradigma biomédico y el paradigma postmoderno. El primero se asocia a la enseñanza de la medicina tradicional centrada en la enfermedad y en el aspecto curativo, a diferencia del paradigma postmoderno, aplicado a la salud integral, centrada en el individuo y en el enfoque global, que busca establecer de qué manera inciden el medio y las conductas propias de cada persona en la pérdida de su estado de salud o enfermedad con la alternativa de mirar al paciente desde un punto de vista más humano, como persona. Ya Engel, en 1977, proponía el paradigma biopsicosocial, capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad, donde se participa junto con el paciente en la definición del problema. Este modelo facilita el aporte de sus propios elementos culturales presentes en cómo interroga, cómo habla con el paciente, o cómo lo escucha y construye un síntoma. Siempre modifica el campo de observación al darle un sentido a lo que el paciente aporta, sea un síntoma o una molestia y juntos organizan una determinada entidad o patología. Esto sumado al deslizamiento de una díada a una triada, es decir, el profesional tiene en cuenta también a la familia. Al hacerlo se modifica el modelo clásico de la relación médico-paciente privilegiando el componente empático.

En este orden de ideas, Lugo (1999) afirmaba que se ha afianzado el modelo biomédico en la enseñanza de la medicina, lo cual implica el contacto breve e intermitente hacia el paciente, predominando los aspectos técnicos por encima de la persona y sus dolencias, reduciendo la persona enferma a un conjunto de órganos y sistemas. Esto produce una muy pobre comunicación, favoreciendo lo objetivo sin considerar lo subjetivo. Resalta que de esta manera, muchos pacientes se sienten considerados como objetos desmenuzables en sus partes y evaluados cuantitativamente de modo mecanicista. De cara a una medicina tecno logizada, su persona queda reducida a la enfermedad como categoría abstracta y ésta a su vez, es definida en término de síntomas de acuerdo al modelo fisiológico, con lo cual la experiencia personal del sufrimiento es reducida al acto de localizar y describir objetivamente el dolor. Estudios han demostrado la disminución de la empatía durante el proceso de formación, especialmente en relación a la pérdida de características humanistas (Fasce, 2005).

Otro factor que se ha involucrado en la debilidad terapéutica es el avance de la ciencia y la tecnología. Sin embargo, en este aspecto también hay imprecisiones. Cortese (2004) afirma que la medicina por su cuestión instrumental y finalidad práctica incuestionable, se enroló en el positivismo al par del progreso científico –tecnológico, de la mano con la deshumanización. Por éstas y otras razones, en la formación del profesional de las ciencias de la salud, pero sobre todo en el médico general, las autoridades deben reflexionar en el viraje hacia una formación con enfoque científico, antropológico, social y humanístico, enfocando la salud en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, éticos y culturales. Sí bien es cierto, que el auge de la tecnología ha contribuido en la claridad diagnóstica y terapéutica del enfermo y en la prolongación de la vida, también de cierta manera, ha alterado la forma y el sentido de la relación con el paciente. No obstante, la tecnología puede ser humana o inhumana, todo depende de la actitud de los profesionales. De los profesionales depende que cualquier acto médico se lleve a cabo en óptimas condiciones, es decir, sin olvidar actuar con altruismo y con humanidad. Un profesional con estas características representaría el modelaje que debe recibir el estudiante.

En efecto, para ser empático es necesaria una elevada productividad y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer atento ante lo expresado por el paciente y la familia. Por el contrario, se estima que carece de esta

virtud el médico que abusa del silencio, interrumpe la explicación o prolonga demasiado sus respuestas (González, Gález, y Kraftchenko, 2003).

Schwartzmann (2003), manifiesta que en la atención de la salud el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación en el equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional. Así, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.. Tradicionalmente en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos "objetivos"). Posteriormente tomó mayor importancia el miramiento de los datos provenientes del paciente (datos "subjetivos"). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate "objetivo" versus "subjetivo" revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida. Esto supone atribuir igual importancia a la observación del enfermo con la enfermedad hecha por el profesional desde su fase de formación académica y lo expresado por el paciente acerca de su padecimiento, así como la percepción de la familia en relación a la sobrecarga que la situación implica.

Dupuy (2005) describe que la propuesta de la empatía como proceso es original en sí misma y, a través de sus múltiples sub-sistemas, permite que sea evaluada durante la realización de una consulta por el estudiante, residente, o especialista. La supervisión directa o indirecta de la entrevista clínica facilitaría el aprendizaje del comportamiento empático, a su vez podría caracterizar a todas las profesiones relacionadas con el cuidado de la salud, donde se perciba la empatía como un proceso más que como una simple actitud; se capacite a los profesionales de la salud desde estudiantes en el desarrollo de habilidades emocionales y reciban entrenamiento mediante el desarrollo de técnicas de actuación (profundas y superficiales). Esas estrategias de entrenamiento deben extenderse en toda la formación de pregrado y deben incluir la residencia de su especialización.

La humanización/deshumanización de la medicina se relaciona con el contexto social en el que se practica. Las expectativas excesivas que una parte del sistema social deposita en la función del profesional de la medicina desde su etapa de estudiante, le colocan en una situación de gran exigencia que dificulta la acogida y recepción adecuada de los pacientes. El profesional se defiende creando una distancia en la relación con el paciente debido, en buena parte, a los temores, al desbordamiento y a la confusión. En este sentido no hay que olvidar que la formación y docencia se realizan con el fin de conseguir una competencia profesional, y la competencia médica incluye no sólo el uso de razonamientos clínicos y técnicas biomédicas, sino que hoy es definida como "el uso habitual y juicioso de la comunicación, las herramientas y tecnologías sanitarias, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la autorreflexión en la práctica diaria para el beneficio de individuos y comunidades. Es decir, no es algo que se refiera tan sólo a conocimientos y/o técnicas biomédicas, sino a todo ese conjunto de factores. Además, no se adquiere de un día para otro; es un proceso que se logra y se mantiene, sobre todo, gracias a la formación continuada (Tizón, 2009).

En los aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente, según los Libros Virtuales de Intramed (2006) se describe que existen claramente algunas barreras que limitan empatizar con el paciente y la familia cuando es necesario. Uno de ellos son los obstáculos que se anteponen a la escucha empática:

- Falta de disposición. En este sentido, se enfatiza que en la enseñanza tradicional de la medicina y durante el ejercicio, se valora los aspectos objetivos y lo meramente intelectual, dejando de lado lo subjetivo.
- La empatía es una técnica que implica un compromiso afectivo, y es completamente subjetiva, por lo tanto puede ser considerada como "poco científica".
- También es posible que en cualquiera de los integrantes del equipo de salud se genere el temor de que al implementarla, no puedan tomar distancia de la emoción y queden atrapados frente al paciente o la familia, en una posición inadecuada, que los inhabilitaría para el accionar objetivamente.
- Dificultad para relajarse y concentrarse plenamente con el paciente: Esto puede ocurrirles a los profesionales de la salud por estrés laboral, dificultades en la vida personal o por corresponder a estilos de comportamiento individuales.

- Las personas con tendencia a la acción, poco reflexivas, inquietas, las muy reprimidas o rígidas, los individuos a quienes les cuesta escuchar al otro, cuando son profesionales de la salud, procederán en su tarea con las mismas características que en su vida personal.
- La falta de tiempo: Si la tarea que se le impone a los profesionales de la salud supera sus posibilidades concretas, no podrá desarrollar “escuchas empáticas”, porque para ello se necesita tranquilidad y un tiempo de consulta adecuado.
- Los ruidos e interrupciones: También son barreras porque impiden que se genere el clima necesario para la escucha activa.
- Personalidad del paciente: Algunos pacientes son reacios a exponer sus emociones, otros no pueden hacerlo por las características de su personalidad
- Los enfermos con trastornos psicóticos, si bien pueden evidenciar sus emociones con gran intensidad y desborde, no son empatizables porque la psicosis no es co-vivenciable.
- Hay que tener en cuenta que despiertan emociones contra transferenciales intensas en el equipo médico, tales como miedo, angustia, desconfianza y enojo.

Es fácil comprender cómo un cambio en la manera de expresar las emociones por parte del profesional de la salud desde su temprana formación puede resultar en un cambio en el modo de comportarse con el paciente y eso, a su vez, impacte en la relación terapéutica. Hay obstáculos que dificultan el aprendizaje de la empatía, pero también como evitarlos, proponiendo aumentar la comprensión sobre los sentimientos del paciente, sus dolencias físicas y psíquicas a través del entrenamiento. Hay coincidencia en la existencia de un "divorcio " entre la teoría y la práctica. Es probable que para superar dicha dicotomía, más que comprensión acerca de lo que sucede en el encuentro médico-paciente-familia, sea necesario reflexionar sobre las instituciones de salud, asistencia y formación médica.

El deber ser, es un enfoque empático donde se respeta lo subjetivo sin desmembrar lo objetivo. La idea es hacer una simbiosis de estos dos elementos con un equilibrio justo en cada caso en particular. Al mismo tiempo se presume, que tal vez el plan curricular de la carrera de medicina y de las otras disciplinas que componen las ciencias de la salud ha quedado obsoleto en cuanto a lograr que los docentes enfatizen la importancia de la conjunción del paradigma biomédico y el humanista, con énfasis

marcado en el postmodernismo, pues son obvias sus ventajas. Una atención basada en el enfoque de la enfermedad, separada a la persona, de su ambiente y experiencia de vida, mientras que centrada en la persona puede integrar lo físico y lo psicosocial. Las categorías diagnósticas se usan en contexto, todas las enfermedades tienen componentes mentales y físicos, las causas son múltiples, y, aunque es conveniente centrarse en una principal, las causas no son unidireccionales. Por su parte, el modelo biomédico con su concepto de enfermedad como mal funcionamiento de un área somática propone la definición del médico como ingeniero de conocimientos especializados, diestro en la técnica y en la tecnología. Ante esta mirada, la enfermedad sería un desafío técnico y la muerte un desacierto en la aplicación de los recursos técnicos empleados para rescatar el cuerpo de la amenaza que sufre su funcionamiento e integridad, no obstante, la muerte es parte de la vida.

Es interesante, describir lo que plantea Leal y Quevedo (1997), con respecto a su escrito “Humanizar la Medicina es adecuarla al hombre”, en su disertación expresa, como profesionales de la salud se nos trata paradójicamente, no es fácil ser médico: se nos pide, que en medio de esta cultura económica, continuemos obrando con altruismo y desprendimiento, que actuemos según las necesidades del paciente, pero a su vez se exige eficiencia técnica, rendimiento laboral que implica una encarnizada lucha contra el tiempo. Se nos insta desde estudiantes, a tener motivaciones elevadas y sentimientos humanitarios, sin embargo, en el currículum de las escuelas y la evaluación del desempeño diario se mide con hechos positivos y cuantificables, obviando el marco cultural y el contexto de la práctica, pareciera que solo importa lo técnico, ignorando el mundo de las personas, conformado por pacientes y profesionales de la salud.

II.1. 2.5 Aprendizaje de la empatía.

Las transformaciones que se introducen en la educación de los alumnos de las Ciencias de la Salud responden a criterios de corresponsabilidad entre las instituciones prestatarias de salud, el colectivo y las universidades formadoras de recursos humanos. En esta formación, se reconoce que los estudiantes aprenden, no sólo de lo que los profesores dicen, sino de aquello que hacen. Ante esta aseveración, se citan ciertas ambigüedades en cuanto a la enseñanza de la empatía a través del modelaje. Bandura y Rivieri (1982) expresan que en el aprendizaje observacional, existen mecanismos

internos de representación de la información que son centrales para que se genere el aprendizaje; conciben que el hombre sea un agente intencional y reflexivo, con capacidad de simbolizar, de previsión, de reforzarse, de regulación y autorreflexión. Por ello aprendería expectativas que son aprendidas gracias a su capacidad de atribuir valor predictivo a las señales del medio. Por esta razón, aseguran que la manera más eficiente de aprender es mediante la observación, ya que se aprende del modelaje en diversas situaciones ambientales. Es a través del modelaje que se aprenden las formas de comunicar afecto, respeto, interés, hostilidad y agresión; y no sólo se cultivan destrezas y habilidades, sino también se aprende cómo transmitir los valores e ideas, dando importancia a la capacidad vicaria, a la habilidad de aprender de otros a través de la observación de comportamientos y actitudes de otros para modelar los propios, por imitación.

Stewart, Mercer, y William (2002) aluden que aunque las investigaciones sobre la el rol de la empatía en la atención primaria es deficiente, la empatía se puede mejorar y enseñar con éxito en las escuelas de medicina, especialmente si se lograra incorporar desde los primeros años de formación experiencias reales con pacientes. Esta es una actividad que debería estar contemplada en el plan curricular, pero a su vez, los docentes deberían estar ganados para cumplir tempranamente con esta obra, en busca de lograr mejores profesionales.

Alonso y Kraftchenko (2003), afirman que el profesor como modelo ejerce una gran influencia en el proceso de formación de los estudiantes, como ha sido reportado en numerosas investigaciones, así que debe tenerse en cuenta esta modalidad, en el perfeccionamiento del proceso docente y en la capacitación de los profesores para ejercer adecuadamente su tarea, muy especialmente en el tema de la importancia de la empatía en la relación médico-paciente para el éxito de la actividad en los futuros profesionales.

La empatía es “la quintaesencia del arte de la medicina”. Dada su importancia, Pagliarulo (2008) menciona que Michael Balint intentó “capacitar a los médicos para reconocer y comprender las dolencias de sus pacientes, no sólo en función de las enfermedades, sino también en función de los conflictos y problemas personales para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos. Pretendían diseñar un sistema que permitiese al médico ofrecer ayuda psicológica/emocional a sus pacientes sin

interrumpir la rutina de su práctica diaria”. Esta técnica según Carvajal et al. (2002) consistía en que el profesional, además de buscar resolver los problemas médicos del enfermo, intentaba sintonizar con él para alcanzar un «destello de comprensión» de su situación global. Por infortunio, esta nueva vía, fuertemente emparentada con la empatía, permaneció inexplorada, pese al esfuerzo de sus discípulos, cuando falleció Michael Balint en 1970.

García-Campayo , Aseguinolaza y Lasa (1995) aseguran que en el desarrollo de la empatía como habilidad en la relación médico – paciente, la estrategia fundamental reside en la escucha activa, que alcanza verdaderamente su eficacia cuando no se limita a recoger el contenido de la comunicación del otro, sino también las resonancias que tal contenido tiene sobre la persona que lo expresa. Se puede, por tanto, decir que la escucha alcanza verdaderamente su eficacia cuando no se limita a recoger el contenido de la comunicación del otro, sino también las repercusiones que tal contenido tiene sobre la persona que lo comunica. Esta cualidad también se aprende con la actitud hacia y a través del modelaje.

El ser humano en general tiene genéticamente una predisposición especial para experimentar la empatía utilizando todas las herramientas a su alcance incluyendo su cualidad natural. Si bien esa tendencia a reaccionar ante las manifestaciones emocionales de otra persona es innata, investigaciones apuntan que esta capacidad va desarrollándose en forma gradual y progresiva en cada individuo. Pero no basta con sentir los mismos sentimientos que el otro, es decir ser empático a nivel afectivo; la empatía es una capacidad que se adquiere en mayor o menor medida a través de las relaciones con las personas (por imitación) y a través de la educación (cognición). Los docentes deberían conocer según (Sánchez y Gaya, 2003) los mecanismos que rigen el desarrollo de la capacidad empática e incluirla en sus clases de aula y en el hacer clínico. La educación puede ayudar a aprender a observar y percibir el mensaje que en toda interacción humana trasmite un ser humano a otro.

Ramírez-Gordillo, Rodríguez-Cañizo y Beltrán (2009) manifiestan que en la actualidad la educación se apoya en un sistema de relaciones humanas y en función de éstas se obtienen los resultados. Se resalta que en el nivel de educación superior, la misión primordial de la tutoría del docente, es la de proveer orientación sistemática al estudiante desplegado a lo largo del proceso formativo; desarrollar su capacidad para

enriquecer la práctica educativa y estimular las potencialidades para el aprendizaje y el desempeño profesional de sus actores: alumnos y profesores. El tutor empático debe saber transmitir modelos de afrontamiento emocional adecuados a las diferentes interacciones que los estudiantes tienen entre sí, con los docentes, con el paciente y la familia. Para conseguir empatía en el alumno es necesario que el docente tenga una actitud cognoscitiva, conductual y afectiva de calidad hacia el estudiante, el paciente, la familia y el resto del equipo de salud. El docente asume la responsabilidad de propiciar los aprendizajes y la formación de los estudiantes en los ámbitos de su experiencia y de conocimientos, en los cuales ya cuenta con una formación, mientras que los estudiantes actúan a partir de acciones educativas preestablecidas por la institución y el profesorado, confiando en que sean idóneas para orientar sus estudios y alcanzar sus metas.

A pesar de lo antes mencionado en investigaciones recientes se confirma la preocupación de la poca formación en este apartado, así lo expresó Pedersen en el 2010, al afirmar que en la enseñanza de la empatía en los estudiantes se retrasaba y la comprensión de cómo la empatía es modulada durante la educación médica es limitada, porque se observa falta de atención adecuada a los médicos "matriz disciplinaria, la formación médico-científica de los médicos a menudo se descuida, la dicotomía entre la ciencia y las humanidades en la vida y el" lado blando "a menudo se presenta como un apéndice. Es una mirada clínica que tiende a separar los aspectos biomédicos de la experiencia humana y la comprensión y, descuidar aspectos existenciales, tanto del médico y el paciente, por ello la empatía y la formación de las humanidades no debe estar situado fuera del núcleo duro de la medicina, sino más bien fomentar los debates críticos de los límites y los puntos fuertes de los paradigmas biomédicos en toda la medicina. De esta manera, la brecha entre la biomedicina y las humanidades podría fortalecerse.

En este orden de ideas Ziółkowska-Rudowicz & Kładna (2010) expresan que la formación médica debe tener como objetivo proporcionar a los estudiantes la oportunidad de aprender y explorar sus respuestas cognitivas y emocionales en los pacientes durante la enfermedad y el sufrimiento, resaltando que la capacitación debe fomentar la comprensión de las experiencias del paciente y fomentar la comunicación empática. Una de las estrategias de enseñanza es utilizar los métodos de aprendizaje experienciales, los cuales

parecen tener gran utilidad en la relación con el paciente en los objetivos educativos. En las escuelas de medicina, en las primeras etapas de la formación, deben aplicarse estos métodos experienciales para mejorar la empatía en los estudiantes. Uno de ellos es la visita domiciliaria o al hogar de los pacientes, y a centros de orientación de pacientes en situaciones especiales, poniendo al estudiante en contacto directo en su ambiente natural. Estos métodos, entre otros indican que los estudiantes reportan experiencias de aprendizaje positiva que les permite percibir a los pacientes como seres humanos y no como enfermedad. De manera que, independientemente del método utilizado, la empatía puede ser promovida en el curso de formación médica a través de los años de formación.

En estas aseveraciones coinciden Buckman, Tulsy, & Rodin, (2011) quienes señalan que probablemente hay varias explicaciones para los relativamente bajos niveles de comunicación empática que se muestra en las investigaciones. La educación sobre habilidades de comunicación y empatía clínica ha sido rezagada de la educación en las áreas de la práctica clínica. Como resultado, muchos médicos no han recibido la capacitación suficiente desarrollada o mejorada las habilidades interpersonales necesarias para la atención centrada en el paciente. También es posible que la conducta empática no sea modelada adecuadamente, ni su adquisición es debidamente recompensada o reforzada, durante el proceso de formación. La empatía como cualidad en la relación del profesional de la salud, puede desarrollarse lentamente, porque adquirir esta competencia se considera que un proceso misterioso y osmótico (es decir, una intuición) en lugar de un conjunto de habilidades que se puede especificar, enseñar y aprender. El mantenimiento de las habilidades empáticas requiere intervenciones educativas dirigidas y más justas, se requiere un cambio en el entorno de aprendizaje desde los primeros años de formación incluyendo esta herramienta en el currículo de estudio.

Macias (2011) diserta sobre las Ciencias Sociales y Humanísticas en los procesos formativos de los profesionales de la salud y, al respecto menciona el influjo que produjo el Informe Flexner hace ya un siglo, como resultado de un estudio sobre la calidad de la educación médica en los EEUU, publicado en 1910; citando que este estudio fue responsable directo de la clausura de 29 escuelas de Medicina y sentó las bases que se seguirían en el resto para la formación de un médico centrado en la profesión. El modelo colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la ‘departamentalización’. La valoración del significado de este modelo para un buen número de escuelas

latinoamericanas representó la oportunidad para la incorporación y modernización de las Ciencias Básicas Pre-clínicas, contribuyendo a la formación de los las diferentes especialidades, pero ese modelo de ninguna forma contribuyó a favorecer la visión integral del hombre. Esta autora cita a Abreu e Infante, quienes cuestionan los paradigmas dominantes en la educación médica, estableciendo la necesidad de participar en la investigación del aprendizaje in situ, para incorporarla como elemento indispensable del proceso de gestión del conocimiento, mientras que analizan el sistema de salud considerándolo como sistema complejo adaptativo, por ello concluyen en la necesidad de construir nuevos paradigmas educativos al que aporten nuevos enfoques en el proceso de la enseñanza aprendizaje. De esta manera Macias, finaliza enfatizando, sobre la contribución de las Ciencias Sociales y Humanísticas al desarrollo de competencias que deben adquirir los estudiantes en el ejercicio de su profesión, propiciar además de las competencias individuales, institucionales y la creación de redes de conocimiento que permitan movilizar las instituciones a través de la investigación, del aporte de competencias para potenciar este conocimiento.

En función de las ideas precedentes, sí es posible el proceso enseñanza aprendizaje de las carreras de las ciencias de la salud, por ello es elemental enfatizar sobre la temática de la empatía desde el inicio de la formación de estos profesionales para cumplir integralmente con el objetivo primordial de estas ciencias “El paciente”.

II.1.2.6 Instrumentos de medición de la empatía

Existen algunos instrumentos para la medición de la empatía, entre ellos se describe el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) desarrollado por Davis (1980, 1983) como una de las medidas de autoinforme más utilizadas para evaluar la empatía. Se ha aplicado en diferentes estudios para evaluar las diferencias de género en la disposición empática (Eisenberg y Lennon, 1983; Davis, 1983), el desarrollo prosocial y la conducta prosocial en población adolescente (Eisenberg, Carlo, Murphy y Van Court, 1995; Eisenberg, Guthrie, Murphy, Shepard, Cumberland y Carlo, 1999; Eisenberg, Miller, Shell, McNalley y Shea, 1991; Eisenberg y Fabes, 1991; Mestre, Pérez Delgado, Frías y Samper, 1999), así como la función inhibidora de la empatía en la conducta agresiva (Carlo, Raffaelli, Laible y Meyer, 1999; Mestre, Samper y Frías, 2002; Mestre,

Frías, Samper y Nácher, 2003). Eisenberg, en el 2000, plantea la importancia de la empatía en el desarrollo moral de las personas.

En este marco adquiere especial relevancia y utilidad el instrumento de Davis para evaluar la empatía desde esta perspectiva multidimensional que incluye factores cognitivos y emocionales. En una escala de fácil aplicación, con 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía: **Toma de perspectiva (PT)**, **Fantasía (FS)**, **Preocupación empática (EC)** y **Malestar personal (PD)**, con siete ítems cada una de ellas (Mestre, Frías y Samper, 2004).

Existe otro instrumento para medir la conducta empática denominado “Test de empatía cognitiva y afectiva (**El TECA**)”. Escala que evalúa la empatía en sujetos adultos que tengan al menos formación escolar básica. Esta constituido por 33 elementos y adecuadas propiedades psicométricas. El test es una medida global de la empatía que proporciona información tanto de los aspectos cognitivos como de los afectivos por medio de cuatro escalas: Adopción de perspectivas, Comprensión emocional, Estrés empático y Alegría empática, a las que se agrega una puntuación total de la empatía. ((Martinez-Otero, 2011).

También se creó **la Escala de Empatía Médica de Jefferson (Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE)**, un instrumento para el idioma inglés con amplia literatura referente a estudios del ámbito clínico, cuya validez y confiabilidad ha sido ampliamente demostrada en múltiples países. El grupo Jefferson como Centro para la Investigación Educativa y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Centro de Investigación en Educación Médica y Salud), son los autores de dicho instrumento. (Hojat, M. et al., 2002). Este instrumento fue aprobado en la lengua castellana en México por la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey y en Venezuela por la Universidad de Carabobo, en Valencia (Alcorta. A., et al., 2005). Esta escala evalúa la empatía en tres dimensiones: Compasión, toma de perspectiva y ponerse en el lugar del otro. Su aplicación ha sido en estudiantes de medicina, personal de enfermería, médicos generales y en diferentes especialidades y en estudiantes de kinesiología. (Alcorta- Garza, González, Tavitas, Rodríguez y Hojat, 2005).

La versión final de la EEMJ incluye 20 ítems sobre una escala Likert de 7 puntos. Esta versión final de la escala posee contenidos relevantes que permiten la

apreciación de la **orientación o actitud empática del individuo**. Ha sido publicada y evidencia apoyo de los indicadores psicométricos (validez de constructo y confiabilidad de consistencia interna) de la escala. Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo (Hojat et al., 2002).

Estudios que comparan la EEMJ con otro instrumento que mide la empatía como el IRI (*Interpersonal Reactivity Index*), de Davis, demuestran que la EEMJ es el único instrumento que mide la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para situaciones que involucren el cuidado de pacientes (Hojat et al., 2005).

II.1.2.7 Bases legales

Las bases legales sobre las que se basa la planificación, desarrollo y ejecución de la investigación se ven representadas en: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en Ley Orgánica de Salud, en Ley del Ejercicio de la Medicina y en el Código de Deontología Médica. En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) se 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. Este artículo establece como una prioridad del Estado la elevación de la calidad de vida y la Universidad como ente Estatal autónomo tiene corresponsabilidad en este aspecto. Por medio de la investigación, la docencia y la extensión entre otras funciones la Universidad da respuesta parcial a este mandamiento. En ese sentido la investigación coincide con ese propósito, en la formación de recursos humanos integrales y honestos prestadores de salud, de manera que cualquier esfuerzo encaminado en este sentido, tiene pertinencia social.

En la Ley Orgánica de Salud de 1998, en el artículo N° 69, se describe que 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, es decir sin distinciones. 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, 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. A su vez el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, debe recibir explicaciones precisas sobre las opciones diagnósticas del paciente, cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender su enfermedad y pronóstico y por lo tanto tomar decisiones al respecto. Por otra parte, en la Ley del Ejercicio de la Medicina de 1982 en los artículos 24 y 102 lo siguiente.

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, respetando su ideología, situación social y económica.

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.

Finalmente en el Código de Deontología Médica de 1985, donde se enfatizan los principios y Juramento resaltando que 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 emplearé más conocimientos para contravenir las leyes de la humanidad. Así mismo, 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. Finalmente el artículo N° 3 señala que: 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.

Estas leyes fueron diseñadas para proteger la integridad del enfermo, respetarle y no discriminarle, siguiendo los principios humanitarios como elementos claves en el desempeño profesional. Estos promulgados tienen una base filosófica que debe cumplirse a cabalidad en el quehacer de cualquier profesional de las ciencias de la salud, con prioridad en la investigación, privilegiando la beneficencia, actuando para prevenir el daño, o para suprimirlo, o para promover el bien. De esa manera se ayuda al "otro", como símbolo del humanitarismo, que ha caracterizado a la medicina desde sus inicios.

II.1.2.8 Sistema de Variables.

Dependiente

Empatía Global y en sus tres componentes: “Toma de Perspectiva”, “Cuidado con Compasión” y Habilidad para “Ponerse en el lugar del otro”.

Independiente

Año de formación de los estudiantes de las Ciencias de la Salud: Medicina, Enfermería y Odontología

Intervinientes:

Género y la edad.

II.1.2.9 Medición de las variables

Edad: años

Género: Masculino, femenino

Año de formación: Primer, tercer y sexto año para Medicina, equivalente a: Primero , quinto y décimo semestre de Enfermería y primero, tercero y quinto año para Odontología.

Empatía Global: Promedios

Toma de perspectiva: Preguntas: 2, 4, 5, 9,10, 13, 15, 16, 17,20.

Cuidado con Compasión: Preguntas: 8, 1,11, 12, 14,19

Ponerse en el lugar del otro: Preguntas: 3, 6 y 18

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

III. 1 OBJETIVOS

III 1.1 Objetivo general

Evaluar la empatía de los estudiantes de las Ciencias de la salud (Medicina, Enfermería y Odontología) hacia el paciente y su familia en la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. 2009 – 2011.

III 1.2 Objetivos específicos.

1.-Identificar algunas características sociodemográficas de los estudiantes: Edad, género y año en la carrera.

- 2.- Describir los niveles de empatía global de los estudiantes.
- 3.-Determinar la empatía de los estudiantes desde el punto de vista de la atención con compasión, toma de perspectiva y ponerse en lugar del otro.
- 4.-Comparar la empatía global y sus dimensiones en los estudiantes entre años de formación y escuelas de las Ciencias de la Salud.
5. Contrastar la empatía global y sus dimensiones de los estudiantes de tercer año de la Universidad de los Andes y del la Universidad Autónoma de Madrid.
- 6.- Establecer relación entre las variables en estudio.

III.3. METODOLOGÍA

III. 3.1 Nivel de Investigación.

Es una investigación analítica, descriptiva, transversal y comparativa con la finalidad de determinar el grado de relación existente entre las variables en estudio. Aunque está claro que este tipo de investigación no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno (Arias, 2006).

III. 3.2 Diseño de la investigación.

Se utilizó como estrategia el diseño de campo porque los datos fueron recogidos directamente de los sujetos investigados, sin manipular o controlar variable alguna.

III. 3.3 Población. Los estudiantes de la escuela de Medicina del primero, tercero y sexto año; Enfermería del primero, quinto y décimo semestre y Odontología del primero, tercero y quinto año de formación en la Universidad de Los Andes, **Mérida – Venezuela**. Para la presente investigación primer año de Medicina, será equitativo al primer semestre de enfermería y primer año de odontología; tercer año de medicina al quinto semestre de enfermería y tercer año de odontología y sexto año de medicina al décimo semestre de enfermería y quinto año de odontología.

También se incluyeron 181 estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Distribución de los estudiantes.

Medicina	490
Enfermería	149
Odontología	192
Total	831

Para un total de 1012 estudiantes.

III. 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó una encuesta que consta de dos partes:

a) III. 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

a: Demográficos: edad, género y año de escolaridad.

b) Escala Jefferson de actitudes de Empatía del Médico (EEMJ). Instrumento aprobado en la lengua castellana en México por la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey y en Venezuela por la Universidad de Carabobo, en Valencia (Alcorta et al., 2005). El grupo Jefferson, Centro para la Investigación Educativa y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Centro de Investigación en Educación Médica y Salud), (Hojat, M. et al., 2002) son los autores. Esta escala fue diseñada para medir la calidad de la empatía en estudiantes de medicina, cuyos ítems exploran las dimensiones: **Toma de perspectiva, Cuidado con Compasión y Ponerse en el Lugar del otro**. Dicha escala ha sido validada y aplicada en varios países, tanto a estudiantes como a profesionales de las diferentes disciplinas de las Ciencias de la Salud. Consta de 20 preguntas tipo likert donde el estudiante responde de acuerdo a una escala con un rango de siete puntos que va desde Totalmente de Acuerdo (7 puntos) a Totalmente en Desacuerdo (1punto). Existen 10 ítems redactados en sentido positivo y 10 en

sentido negativo. Esto para evitar el automatismo en la respuesta. En los ítems negativos la puntuación se invierte, de modo que, cuando el individuo responde totalmente en desacuerdo, obtiene 7 puntos. Los puntajes van desde 20 a 140 puntos.

III. 3.5 Validación de la escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Los Andes.

La muestra considerada para la validación del instrumento fue de 650 estudiantes de la carrera de Medicina, en la Universidad de Los Andes. Los núcleos considerados para la selección de los participantes fueron Mérida y Táchira. Como se mostró en el análisis factorial realizado en la muestra piloto, la estructura factorial de la escala de **Empatía de Jefferson** en la población venezolana, no difiere mucho de lo obtenido en el estudio original, quedando constituida por tres factores y pasando de 20 ítem a 19. Al analizar el análisis factorial exploratorio se identificaron 3 factores, constituidos por los ítems 14, 12, 07, 08, 11, 01 y 19 para el primer factor denominado **cuidado con compasión**, el segundo con 10, 16, 02, 13, 09, 04, 17, 20, 05 y 15 llamado **toma de perspectiva** y el tercero con los ítems 03 y 06 para explicar el **ponerse en el lugar del otro**. La estructura factorial encontrada en la muestra, se diferencia por la exclusión del ítem 18 (perteneciente al factor 3), el cual, en la muestra inicial (DEA) presentó bajos valores de confiabilidad en la escala total, pero se decidió dejar en la muestra para determinar si se debía a la muestra. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Hojat et al. (2005), en donde el ítem 18 pertenece a la tercera dimensión con una carga factorial de 0.25. El porcentaje de varianza total explicada por los componentes es de 55.9%, con aportes de 30.19, 18.18 y 6,79% de los factores 1, 2 y 3 respectivamente.

La confiabilidad de cada dimensión se muestra en la siguiente tabla resumen

Tabla 1
Resumen del procesamiento de la validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson.

		Alfa de Cronbach	Nº de ítems	Correlación elemento-total
Empatía de Jefferson	Factor 1	0.944	7	<i>.745 a .891</i>
	Factor 2	0.773	10	<i>.321 a .592</i>
	Factor 3	0.749	2	<i>0,601</i>

Total	0.860	19	.18 a .764
--------------	--------------	-----------	-------------------

III. 3.5. 6 Procedimiento:

Se solicitó la autorización del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes y la firma del consentimiento informado de los estudiantes de las tres escuelas investigada (ver Anexo I). Se estipuló el respeto a la privacidad y confidencialidad de los datos aportados por los mismos, en la aplicación del instrumento.

III. 3.5.7 Análisis estadístico.

Las variables cuantitativas se presentan en media y desviación estándar y las categóricas en frecuencias y porcentajes. Para el análisis estadístico se utilizó Chi cuadrado de Pearson para las tablas de contingencia, evaluando la independencia de las variables categorizadas. Para el análisis de la empatía promedio respecto a las carreras y años de formación, se utilizó el análisis de varianza (Anova) con Duncan como test posthoc. Para comparar los promedios de empatía global y sus dimensiones, en género y en las universidades se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes, al nivel de significación 0.05 y 0.01. El análisis estadístico se llevó a cabo en el SPSS versión 19.0 en español.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 2

Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud: Medicina, Enfermería y Odontología y año de formación. Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela. 2009-2010.

	Escuelas			Total
	Medicina	Enfermería	Odontología	
Primer año	243 (49,6)	51 (34,2)	86 (44,8)	380 (45,7)

Tercer año	153 (31,2)	56 (37,6)	84 (43,8)	293 (35,3)
Sexto año	94 (19,2)	42 (28,2)	22 (11,5)	158 (19,0)
Total	490 (100,0)	149 (100,0)	192 (100,0)	831 (100)

Datos en N y (%). Chi cuadrado: $p = 0,001$

En la tabla 2, se muestra que la escuela de medicina tiene un mayor porcentaje de alumnos en los tres años de formación, sin embargo, se observa que a medida que avanzan van quedando rezagados ya que en la distribución se describen en primer año (49%), en segundo (31,2%) y solo llegan a sexto año (19,2%). En enfermería este comportamiento es diferente, porque los alumnos se mantienen de manera más o menos uniforme en la escolaridad desde el inicio hasta el final, encontrando en el primer semestre (34,2%), en el quinto (37,6%) y en el décimo (28,2%). En odontología, la distribución es similar al comportamiento de los estudiantes de medicina, en primer año 45,7%, tercer año 35,3% y en quinto año 19,0%. En estos hallazgos se evidencia una asociación significativa ($p = 0,001$).

Tabla 3

Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por Escuela (Medicina, Enfermería, Odontología) y género.

Género	Medicina	Enfermería	Odontología	Total
Femenino	288 (61,9)	96 (79,3)	147 (76,6)	531 (68,3)
Masculino	177 (38,1)	25 (20,7)	45 (23,4)	247 (31,7)
Total	465 (100,0)	121 (100,0)	162 (100,0)	778 (100,0)

Datos en N y (%). Chi cuadrado: $p = 0,001$

El género femenino predomina en las tres escuelas de las Ciencias de la Salud, sin embargo, en enfermería (79,3%) y odontología (76,6%) es mayor ésta proporción como puede observarse en la tabla 2. La asociación entre el género femenino y las carreras de enfermería y odontología es significativa al nivel 0.001, de acuerdo a los resultados de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. (Tabla 3)

Tabla 4

Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por Escuela (Medicina, Enfermería, Odontología) y grupos de edad.

Grupos Edad	Medicina	Enfermería	Odontología
< 20 años	120 (52,2)	20 (13,4)	111 (57,8)
21-25 años	83 (36,1)	84 (56,4)	70 (36,5)
26-30 años	15 (6,5)	29 (19,5)	11 (5,7)
> 30 años	12 (5,2)	16 (10,7)	0 (0)

Total	230 (100,0)	149 (100,0)	192 (100,0)
--------------	-------------	-------------	-------------

Datos en N (%). Solo 230 registraron la edad en medicina. Chi cuadrado: p=0,013

Al analizar los grupos de edad en la tabla 4, se aprecia que el 52,2% los estudiantes de Medicina se ubican en el rubro menor de 20 años al igual que odontología con 57,8%, mientras que los de enfermería están mayormente entre los 21 y 25 años en el 56,4%, evidenciándose una asociación significativa (p=0,013).

Tabla 5

Valores de empatía global y sus dimensiones en los estudiantes de las Ciencias de la Salud por Escuela (Medicina, Enfermería, Odontología).

Empatía	Medicina	Enfermería	Odontología	Total
Empatía Global	108,2 ± 20,5	108,6 ± 17,4	110,8 ± 13,6	108,7 ± 18,9
Toma	62,7 ± 8,8**†	59,8 ± 11,5	60,8 ± 8,2	61,9 ± 9,2

Perspectiva				
Cuidado Compasión	36,3 ± 15,4 **††	40,2 ± 8,4	40,9 ± 7,1	37,8 ± 13,4
Ponerse en Lugar del otro	9,2 ± 3,9	8,6 ± 3,3	9,2 ± 3,3	9,1 ± 3,7

Datos en M ± DE

Medicina frente a Enfermería: ** p<0,01 * p<0,05

Medicina frente a Odontología: †† p<0,01 † p<0,05

En la tabla 5, se presentan los valores de empatía global y sus dimensiones en los estudiantes de las Ciencias de la Salud: Medicina, Enfermería y Odontología, donde se evidencia que los valores de empatía global y la dimensión “ponerse en el lugar” del otro no presenta diferencias significativas. Mientras que “la toma de perspectiva” es significativamente mayor en los estudiantes de medicina, frente a los de enfermería y Odontología (p<0.01 y p<0.05 respectivamente). La dimensión “cuidado con compasión” es menor en promedio en los estudiantes de medicina, frente a los de Odontología y Enfermería (p<0,01 para ambas), tal diferencia se afirma con una confianza del 99%. Entre las escuelas de enfermería y odontología no se observaron diferencias significativas.

Tabla 6

Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por empatía global, sus dimensiones y género.

Empatía	Femenino	Masculino	Valor p
Empatía Global	108,6±19,1	108,8±19,3	0,856

Toma de Perspectiva	62,0±9,1	61,8±9,5	0,774
Cuidado con Compasión	37,4±13,8	37,9±13,2	0,641
Ponerse en el lugar del otro	9,1±3,7	9,1±3,8	0,949

^aSe asumen varianzas iguales en la prueba t de Student.

En relación a la empatía global por género, no se observaron diferencias promedio en las dimensiones de empatía ni en el puntaje global entre hombres y mujeres, mostrando igualmente variabilidades muy similares entre estos grupos. Estas afirmaciones son significativas al nivel 0.05. (Tabla 6)

Tabla 7

Correlaciones entre las dimensiones de la empatía y la edad de los estudiantes de las Ciencias de la Salud

	Toma de perspectiva	Cuidado con compasión	Ponerse en lugar del otro	Empatía Global	Edad
Toma de perspectiva	1				
Cuidado con	,166**	1			

compasión					
Ponerse en el lugar del otro	,109**	,337**	1		
Empatía Global	,623**	,853**	,487**	1	
Edad	-,034	,200**	,080	,102	1

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

Al estudiar la asociación lineal entre las dimensiones de la empatía y la edad, se observa relación significativa entre la edad y el “cuidado con compasión” (0,2**), indicando que a mayor edad los estudiantes son mas compasivos. Cabe resaltar, que la correlación es baja, pero significativa. La “toma de perspectiva” y “ponerse en el lugar del otro” no esta influenciada por la edad de los estudiantes.(Tabla 7).

Tabla 8

Distribución de los estudiantes de las Ciencias de la Salud por empatía global y dimensiones por año de formación.

Empatía	Primer (A)	Tercer (B)	Sexto (C)	Valor p
Empatía Global	107,7±18,6	111,5±18,3(AC)	106,2±20,3	0,002**
Toma de Perspectiva	61,2±9,2	63,3±8,3 (AC)	60,8±10,3	0,001**

Cuidado con Compasión	37,3±12,3	39,1±13,6(C)	36,4±13,4	0,049*
Ponerse en el lugar del otro	9,2±3,7	9,1±3,8	9,1±3,7	0,802

*p<0.05, **<0.01

Al analizar la empatía y sus dimensiones por año de formación en los estudiantes de las Ciencias de la Salud, se evidencia en la tabla 8, que desde el punto de vista global es más alta en el tercer año (p=0.002), mientras que en sexto y primer año su actuación no difiere. El “ponerse en el lugar del otro”, en primer, tercero y sexto año no varía significativamente. Estos resultados se afirman con una confianza del 95%. La “toma de perspectiva” resultó alta en el tercer año, lo cual difiere significativamente de lo encontrado en primer y sexto año (p=0.001). También se demostró que el “cuidado con compasión” entre primero y sexto año no difiere, tercer año reporta valores promedio superiores a los de sexto año (p=0.049).

Tabla 9

Valores de empatía y sus dimensiones en estudiantes de tercer año de Medicina de la Universidad de Los Andes y de la Universidad Autónoma de Madrid

Empatía	Medicina ULA m.a.=174	Medicina UAM n=181	Valor p
Empatía Global	110,9 ± 19,9	82,4 ± 36,1	0,000**
Toma Perspectiva	63,3 ± 7,8	43,2 ± 20,6	0,000**

Cuidado Compasión	38,1 ± 14,9	31,1 ± 15,6	0,000**
Ponerse en Zapatos	9,5 ± 3,4	8,2 ± 2,6	0,000**

Datos en M±DE **p<0.01

m.a.=muestra seudo-aleatoria seleccionada con el programa SPSS. ^aSe asumen varianzas diferentes en la prueba t de Student.

En la tabla 9, se observan valores significativamente más altos de empatía global y sus dimensiones, en los estudiantes de tercer año de medicina de la Universidad de Los Andes, en comparación con los de la Universidad Autónoma de Madrid, mostrando diferencias altamente significativas (p<0,01).

Tabla 10

Distribución de los estudiantes de Medicina por empatía global y dimensiones por año de formación.

Empatía	Primer (A) n=244	Tercer (B) n=153	Sexto (C) n=93	Valor p
Empatía Global	114,9±17,4	120,6±10,9(A)	116,0±14,3	0,001**

Toma de Perspectiva	62,6±9,3	64,4±7,1(C)	61,1±9,3	0,01*
Cuidado con Compasión	42,3±8,6	46,5±4,0(A)	44,8±5,7(A)	0,000**
Ponerse en el lugar del otro	10,0±3,71	9,8±3,7	10,1±3,3	0,717

*p<0.05, **<0.01

En la tabla 10 se observa que los estudiantes de medicina de tercer año tienen una empatía significativamente más alta ($p=0,001$) que los de primer año y aunque en promedio también es más alta que los de sexto año, no es un valor significativo. Al analizar las dimensiones de la empatía, se aprecia que la “toma de perspectiva” de los estudiantes de tercer año también es significativamente más alta que los de sexto, asimismo se nota que en promedio es mayor esta dimensión frente a sexto año, pero sin significancia estadística. El “cuidado con compasión” resultó ser una dimensión que tiene promedios significativamente más altos en los estudiantes de tercer y sexto año comparativamente con los del primer período. No se demostró diferencias significativas en “ponerse en el lugar del otro” en ninguno de los estudiantes por años de formación.

Tabla 11

Distribución de los estudiantes de Enfermería por empatía global y dimensiones por año de formación.

Empatía	Primer S (A)	Quinto S (B)	Décimo S (C)	Valor
	n=51	n=56	n=42	p

Empatía Global	101,9±14,3	112,6±17,6(A)	111,1±18,5(A)	0,003
Toma de Perspectiva	56,3±10,0	62,7±10,7(A)	60,1±13,2	0,015
Cuidado con Compasión	37,4±8,3	40,9±8,8	42,4±7,1(A)	0,011
Ponerse en el Lugar del otro	8,2±2,2	9,0±3,5	8,5±3,3	0,432

*p<0.05, **<0.01

La tabla 11 explica que los estudiantes de enfermería de quinto y décimo semestre, tuvieron promedios de empatía global significativamente más altos que los de primer semestre (p=0,003) .La dimensión “toma de perspectiva” también es más alta en los estudiantes del quinto semestre (p=0,015) en contraste con los del primer semestre, aunque en promedio, esta dimensión es más alta en los del décimo que en los del primer semestre, no muestra significancia estadística. Los estudiantes de enfermería del décimo semestre son significativamente (p=0,011) más compasivos que los de quinto y primer semestre. En cuanto al “cuidado con compasión”. No se encontró significancia en los estudiantes al “ponerse en el lugar del otro” en ningún de los tres semestres analizados (P=0,432).

Tabla 12

Distribución de los estudiantes de Odontología por empatía global y dimensiones por año de formación.

Empatía	Primer (A)	Tercer (B)	Quinto (C)	Valor p
	n=86	n=84	n=22	

Empatía Global	107,0±13,2	114,1±12,8(A)	113,2±15,1	0,002*
Toma de Perspectiva	59,4±8,5	62,1±7,8	61,1±8,3	0,113
Cuidado con Compasión	38,7±7,4	42,5±6,3(A)	43,3±7,3(A)	0,000*
Ponerse en el lugar del otro	8,8±2,9	9,5±3,5	8,7±3,6	0,324

*<0.01

Al evaluar la empatía global y las dimensiones en los estudiantes de odontología, se encontró que al igual que en medicina y enfermería es en tercer año donde se muestran los promedios más altos de empatía global, observando significancia en este período frente al primero; los de quinto muestran promedios altos sin llegar a la significancia estadística con respecto a los de primer año de formación en dicha carrera. En cuanto a los componentes, se muestra que no hubo significancia en relación a la “toma de perspectiva” sin embargo, el “cuidado con compasión tiene promedios altamente significativos en el tercer y quinto año, comparativamente con los estudiantes de primer año ($p=0,000$). Al igual que en los estudiantes de medicina y enfermería el “ponerse en los zapatos del otro no mostró significancia. (Tabla 12).

Tabla 13

Distribución de los estudiantes de Odontología por empatía global, sus dimensiones y género.

Empatía	Femenino	Masculino	Valor p
----------------	-----------------	------------------	----------------

	n=147	n=45	
Empatía Global	111,4±13,9	109,0±12,7	0,283
Toma de Perspectiva	60,6±8,5	61,4±7,4	0,530
Cuidado con Compasión	41,5±6,9	39,2±7,7	0,058
Ponerse en el lugar del otro	9,3±3,2	8,4±3,5	0,126

En la tabla 13 se observa que al relacionar el género de los estudiantes de odontología con la empatía global y los componentes, solo se evidencia promedios más altos significativos marginales en las mujeres con respecto a los hombres en la dimensión “cuidado con compasión”(p=0,058).

Tabla 14

Distribución de los estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid por empatía global, sus dimensiones y género.

Empatía	Femenino	Masculino	Valor p
----------------	-----------------	------------------	----------------

	n=112	n=69	
Empatía Global	83,8±37,2	80,2±34,5	0,506
Toma de Perspectiva	44,1±21,1	41,6±19,7	0,420
Cuidado con Compasión	31,5±15,8	30,3±14,4	0,610
Ponerse en el lugar Del otro	8,2±2,8	8,3±2,3	0,799

Como puede apreciarse, en los estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid, la conducta empática tampoco se relaciona con el género, estos hallazgos no fueron significativos ni para la empatía global ni en sus dimensiones. (Tabla 14).

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La empatía es un valor indispensable en todos los aspectos de nuestra vida. Sin ella sería muy difícil enriquecer las relaciones interpersonales, de manera que quien se preocupa por fortalecer este valor surca simultáneamente la confianza, la comprensión y

el respeto. Estas son capacidades que permiten reconocer y entender como profesionales de la salud, las emociones de los demás, sus motivaciones y las razones que explican el comportamiento de los pacientes y las familias en un momento dado. Desde esta mirada, se presentan los resultados de toda la población estudiantil que voluntariamente, bajo consentimiento informado acepto responder la encuesta aplicada que reflejó la realidad de la empatía global y de sus tres componentes, en los estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología por género, edad y años de formación.

En este estudio se encontró que la escuela de medicina tiene un mayor porcentaje de **alumnos en los tres años de formación**, sin embargo, los alumnos de manera transversal van quedando rezagados de manera progresiva, porque no todos aprueban como consecuencia de las dificultades en algunas materias, o desertan por crisis existenciales, es decir, problemas económicos, personales, complejidad de la carrera o simplemente descubren que no era lo que se habían planteado como proyecto de vida. En enfermería este comportamiento es diferente, porque los alumnos se mantienen de manera más o menos constante en todos los semestres de formación. En odontología se aprecia un comportamiento similar a medicina en cuanto al avance de los estudiantes al año siguiente, pero a partir del tercer año de formación, desciende el número notoriamente hacia los años subsiguientes. En estos hallazgos hay una asociación altamente significativa.

Aunque no es el objetivo de esta investigación se indagó sobre algunas razones humanistas por las cuales los estudiantes deciden ingresar a estas escuelas y, el porqué de las posibles deserciones o repitencia, como factores que pudieran influir en el avance de la escolaridad de manera más o menos uniforme en la formación del estudiantado. Se encontró en una investigación en la Universidad de los Andes que para el ingreso de estudiantes a la carrera de odontología, la selección se encuentra relacionada con la satisfacción de necesidades y expectativas personales en lugar de razones sociales o altruistas, por lo que se debe motivar a los estudiantes hacia la esencia de la odontología, como una de las ramas de las Ciencias de la Salud que lleva implícita la condición de servicio y el deseo de ayudar a otros, los cuales deberían prevalecer sobre el interés personal. Said, Chiapello y Markowsky, citados por Flores, realizan un estudio en Argentina, en estudiantes de medicina y constatan que la falta de motivación no sólo puede generar deserción y estancamiento en las carreras de las Ciencias de la

Salud, sino que también afectará el ejercicio de la profesión en el caso de aquellos que lograr finalizar sus estudios. Y en Inglaterra Crossley & Mubarik, compararon las razones de estudiar medicina y odontología, expresando el orden económico los de odontología, diferente al caso de los estudiantes de medicina, el cual estuvo orientado a servir al prójimo. (Flores, 2010).

Hay mayor **representación en las mujeres** en las tres escuelas de las Ciencias de la Salud, con asociación altamente significativa entre el género y las carreras de Enfermería y Odontología. En una investigación en Barcelona, España para indagar sobre la presencia de la mujer en las carreras tecnológicas, se reporta que el mayor porcentaje se ubica en las áreas de educación, ciencias de la salud y servicios sociales (Otero y Salami, 2009).

.Las mujeres se han incorporado masivamente a los estudios de medicina en el mundo. En la universidad española, la medicina recibe una gran demanda manteniéndose el creciente incremento de la presencia femenina a un 70% entre los alumnos de nuevo ingreso en los primeros años del nuevo siglo y en la actualidad supera al 85% del conjunto de los estudiantes. Por consiguiente, es conveniente reflexionar sobre las consecuencias de esta feminización, tanto en su influencia sobre el elemento fundamental de la profesión médica como en la relación del profesional con el sistema de salud, el cual deberá adaptarse a este perfil demográfico. Por otra parte se señala que las mujeres profesionales son superiores en las capacidades comunicativas para ofrecer recomendaciones y consejos preventivos. Otro de los puntos que refieren estos autores se relaciona a la seguridad de la práctica médica. Ello, porque los reclamos por negligencia derivan de problemas de comunicación, más en los hombres que en las mujeres, Sin embargo en este último punto realmente importa minimizar los reclamos sin importar el género. La feminización de la profesión médica infiere implicaciones positivas, pero también las instituciones empleadoras deberán considerar y conciliar la importancia de la vida familiar y laboral en beneficio de mantener la célula básica de la sociedad: la familia, sin desmedro del rendimiento de la institución. (Arrizabalaga y Bruguera, 2009).

En definitiva, en las últimas décadas se está asistiendo a la entrada masiva de la población juvenil a la universidad, lo que ha provocado la saturación de muchas

carreras, entre ellas la de Medicina, donde las mujeres presentan diferencias respecto a la carrera y especialidad que les gustaría hacer y en ellas se citan los motivos instrumentales que son significativamente inferiores respecto a los varones. En general los estudiantes de medicina presentan un alto grado de vocación social, que se ha visto incluso reforzada por la masiva incorporación de la mujer en las carreras de las Ciencias de la Salud. Por otro lado, se encuentra que los principales motivos por los que se elige medicina son por el altruismo y humanitarismo. (Soria, Guerra, Giménez y Escanero, 2006).

Por otra parte se alude que la enfermería, desde sus inicios, ha estado influida por las consideraciones de género al ser una actividad eminentemente femenina. (García, Sainz y Botella, 2004). En este orden de ideas, Verde Flota et al (2007) citan a González, quien afirmaba que si bien era cierto, que los patrones de elección profesional de las mujeres había cambiado y que sus opciones se habían diversificado, también lo era sólo para una minoría que decide estudiar carreras largas, que implican un alto grado de dificultad, o que socialmente son consideradas como de mayor prestigio. Expresan que en la actualidad no existe ninguna restricción formal para que las mujeres puedan elegir una ocupación considerada "masculina" y viceversa en el caso del varón. Sin embargo, es claro que existe predominio de mujeres u hombres en ciertas profesiones, pero en las ciencias de la salud, ellas son mayoría. En la investigación de Flota et al, observan que las personas que seleccionan estudiar medicina, tienden a presentar más rasgos masculinos con relación a aquellas que estudian carreras femeninas, como la enfermería.

Soria, Guerra, Giménez y Escanero (2006) en su investigación sobre la decisión de estudiar medicina: características, reportan que entre las características socio demográficas de la muestra utilizada destaca el alto porcentaje de mujeres observado (75 %). Comparándolo con el de la población universitaria en general, que es de un 55 %, la diferencia resulta muy significativa ($p < 0,01$). Y la edad media de los encuestados fue de 19 años. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en el presente trabajo, donde el grupo de edad en las tres escuelas, muestra que mitad de los estudiantes de medicina se ubican en el rubro menor de 20 años, casi igual que odontología con un poco más de la mitad en el mismo grupo de edad, mientras que los de enfermería

están mayormente entre los 21 y 25 años, evidenciándose una asociación significativa. Estas son edades propias de los jóvenes en busca de su proyecto de vida.

En relación a los valores de **empatía global** y sus dimensiones en los estudiantes de las Ciencias de la Salud, de manera general se evidencia que la empatía global y la dimensión “ponerse en el lugar” del otro no presenta diferencias significativas. La “toma de perspectiva” es significativamente mayor en los estudiantes de medicina, frente a los de enfermería y odontología, mientras que la dimensión “cuidado con compasión” es menor en promedio en los estudiantes de medicina. Y entre enfermería y odontología no se observaron diferencias significativas.

Los estudiantes son empáticos en forma general, este es un hallazgo muy alentador, porque esta cualidad, administrada adecuadamente va en beneficio del paciente y del profesional. Es difícil que el profesional de la salud no adquiera habilidades conductuales para desenvolverse en el área de la salud y ante el paciente. Sus competencias abarcan el área de la práctica clínica y el trabajo comunitario. Esto puede explicar que no existan diferencias significativas entre los puntajes de la empatía global en los estudiantes de las tres escuelas, naturalmente son estudiantes de carreras humanistas, que tienen implícita en su formación, de alguna manera, la orientación al paciente en el proceso salud enfermedad.

Bien claro señala Casino (2011) al afirmar que para ser un buen profesional de la salud, no basta con ser competente en los aspectos orgánicos, como hacer un diagnóstico, hacen falta otras muchas competencias, entre las que brilla con luz propia la capacidad de comunicarse y comprender al paciente. Es conocido que la llamada empatía clínica parece ser un elemento esencial de la calidad asistencial, asociado estrechamente con la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento, además con menores quejas por mala praxis, por lo que no hay duda de que la conducta empática puede ser aprendida y debe enseñarse como cualquier otra competencia clínica, porque si realmente es el reactivo indispensable para que un profesional de la salud ponga en valor todo sus conocimientos y cristalice una buena asistencia, la enseñanza de esta capacidad debería estar presente en las facultades de medicina, en la formación especializada y en la educación médica permanente.

La “**toma de perspectiva**” fue mayor en los estudiantes de medicina, esta se refiere a la capacidad intelectual cognitiva o imaginativa de ponerse uno mismo en el

lugar de otra persona y leer su afectividad, cuando se encuentran puntuaciones altas en esta dimensión indican pensamiento flexible y adaptable a diferentes situaciones, así como facilidad para la comunicación, la tolerancia y las relaciones interhumanas, pero no conlleva necesariamente respuesta emocional. Una puntuación extremadamente elevada puede interferir en la toma de decisiones, por la carga cognitiva que supone tener en cuenta múltiples aspectos sobre una situación en particular. Las puntuaciones bajas como en el caso de los alumnos de odontología y enfermería, indicarían menor flexibilidad cognitiva y mayor dificultad para comprender los estados de ánimo ajenos, pudiendo entorpecer la comunicación y las relaciones interpersonales, la disminución extrema revela un déficit en las habilidades comunicacionales. (Martinez-Otero, 2011). Lo reportado concuerda con lo demostrado por McMillan & Shannon en el 2011, quienes describen en su investigación “Análisis Psicométrico de la versión del estudiante de enfermería utilizando la EEMJ-S, que la empatía en los estudiantes de medicina y enfermería no mostró valores promedio significativos.

En cuanto a la dimensión “toma de perspectiva, Di Lillo, Cicchetti, Lo Scalzo, Taroni, y Hojat , (2009) en el trabajo de investigación realizado para evaluar la EEMJ en una muestra de médicos italianos, también reportan valores significativos en la “toma de perspectiva”, es decir en los aspectos cognitivos, lo objetivo quizá dejando de lado lo subjetivo, lo afectivo lo emocional de los pacientes.,

A su vez los resultados coinciden desde el punto de vista de la empatía global con los reportados por varios investigadores, entre ellos, los observados por Sánchez y Poveda (2010), en Valencia (Venezuela) en su estudio comparativo entre empatía médica, sensibilidad emocional y características psico-socio- demográficas entre estudiantes de medicina y médicos especialistas docentes, encontrando que los niveles de empatía fue alta para ambos grupos de estudio (77.5% en los estudiantes y 82,3% en los médicos); pero contrario a la dimensión predominante de los estudiantes de las Ciencias de la Salud de la ULA, donde predomina la toma de perspectiva, mientras que en el los de la Universidad de Carabobo se apreció como dimensión predominante el “cuidado con compasión” en los estudiantes y la toma de perspectiva en los médicos.

Se reporta también en la investigación que los estudiantes de medicina son menos **compasivos** en promedio comparativamente con los de Odontología, quienes en promedio tienen un valor más alto que enfermería. Al respecto, Karchmer (2010) afirma que la pura compasión no es suficiente, ni tampoco el elemento más importante

del profesional de la salud, entre ellos el médico. Es una cualidad que debe asociarse a integridad, devoción y capacidad; y, a menos que estas cualidades inherentes y adquiridas, no sean cabalmente desarrolladas en los años formativos, es poco probable que emerjan espontáneamente cuando las demandas del ejercicio profesional y las frustraciones de la vida sacudan tan fuertemente la humanidad de este profesional. Asimismo apunta que cuando se ingresa a la Universidad para formarse en el área de las Ciencias de la Salud, implica iniciarse en el conocimiento de una profesión para la cual la dedicación al servicio del enfermo es la razón de su existencia. No obstante, también se describe que pasarán muchos años para que el estudiante de medicina, aun el mejor motivado, comprenda las implicaciones de tan importante decisión como es “ser médico”. En este orden de ideas, Alcorta-Garza et al (2005) expresan que en la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca y, de ese modo, la empatía se convertirá en el vínculo de la relación interpersonal médico-paciente. Finalmente McMillan & Shannon (2011) afirman que la orientación empática en la atención del paciente entre los estudiantes de medicina y enfermería no es significativo, resultado que concuerda con los del presente estudio.

En relación a la **empatía global por género**, no se observaron diferencias promedio en las dimensiones de empatía ni del puntaje global entre hombres y mujeres, mostrando igualmente variabilidades muy similares entre estos grupos. Estas afirmaciones son significativas al nivel 0.05. Es importante resaltar que estas variables en esta investigación son independientes, no se relacionan ni de manera general entre los estudiantes de diferentes áreas de las Ciencias de la Salud, ni por escuela separadamente. Estos aciertos, son similares a los reportados por Hojat et al, (2001); Hojat, et al, (2004) en las cuales se aplicó el instrumento tanto en estudiantes como en residentes de medicina, y en donde no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. Kliszczy, Nowicka-Sauer, Trzeciak, Nowak & Sadowska, (2006); Di Lillo, Cichetti, Lo scalzo, Taroni y Hojat(2009); tampoco encontraron diferencia de género entre las variables estudiadas. Otros por el contrario, aseveran que las estudiantes son más empáticas, que los hombres, entre ellos Carvajal, Miranda, Martinac, Garcia y Cumsille, (2004), Ward, Schaal, Bowen, Erdmann y Hojat (2009); Kataoka, Koide, Ochi, Hojat y Gonella(2009); Sánchez y Poveda (2010) ;Rivera , Arratia, Zamorano y Díaz (2011); Wilson, Prescott & Becket(2012);, también muestran en la investigación sobre la “Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología ”.

Estos controversiales resultados pudieran tener un componente cultural, o estar influida por diferentes factores, tales como sus condiciones personales, preparación previa en habilidades comunicacionales, experiencias con la enfermedad y la muerte, temores, presiones, entre otros, porque, lo reportado proviene de diferentes regiones y países del mundo. Tal vez sería de utilidad aplicar otro instrumento comparativo y verificar si los resultados se mantienen o modifican. Ante lo descrito es interesante mencionar lo encontrado por Wilson, Prescott & Becket, (2012) al mostrar que en las mujeres predomina la afectividad, mientras que en los hombres la cognición.

Al analizar la empatía y sus dimensiones **por año de formación** en los estudiantes de las Ciencias de la Salud, se evidencia que desde el punto de vista global es significativamente más alta en el tercer año, mientras que en sexto y primer año no hay diferencias. El “ponerse en el lugar del otro”, no varía por años de formación. La “toma de perspectiva” resultó significativamente mayor en los estudiantes de tercer año, con respecto al primer y sexto. También se demostró que el “cuidado con compasión” en tercer año reporta valores promedio superiores a los de sexto año. Ante estos resultados, Albanese, Snow, Skochelak, Huggett y Farrell (2003), reportan que existe gran evidencia de que los estudiantes cambian durante su paso por la escuela de medicina. Citan a Rezler quien, en una revisión de la literatura sobre estos cambios, sostiene que el ambiente en que ellos estudian era, en gran medida, responsable del decreciente humanismo entre los estudiantes de medicina y que los cambios curriculares, probablemente, no se traducirán en médicos más humanitarios hasta que la mayoría de profesores médicos no sirvan de modelo de estas necesarias actitudes, destrezas y dedicación. También expresan que es difícil que profesionales que restringen sus acciones a lo puramente científico y técnico, desconociendo o postergando sus aspectos humanistas, logren respetar íntegramente la dignidad del enfermo, porque no centrarán sus indicaciones y actuaciones en lo que es más importante para el enfermo en su vida.

Newton, Barber, Clardy, Cleveland & O’Sullivan (2008) afirman que la disminución significativa de la empatía vicaria es motivo de preocupación, porque la empatía es crucial para el éxito de relación médico-paciente. En su investigación ¿Existe endurecimiento del corazón durante la escuela de medicina? demuestran de manera similar a esta investigación, que la empatía vicaria disminuyó significativamente durante la educación médica, especialmente después de primero y

tercero año de formación (0,001) Rivera, Arratia, Zamorano y Díaz (2011), también muestran en la investigación sobre la “Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología “, que los puntajes obtenidos en la (EEMJ) son mayores en los niveles más avanzados de la carrera.

Otros investigadores han encontrado similares resultados entre ellos, Wilson, Prescott & Becket , (2012) al comparar las puntuaciones de la empatía entre los estudiantes de profesiones de la salud (farmacia y enfermería) y profesionales no sanitarios de los estudiantes (derecho), que los estudiantes de tercer año de farmacia puntuaron más alto en la empatía que los de primer año, mientras que lo contrario ocurrió en enfermería. No hubo diferencia significativa en la empatía entre el primer y tercer año en los estudiantes de derecho. A través de los años de estudio, la empatía entre los estudiantes de farmacia aumenta, pero disminuye en los estudiantes de enfermería y, siguió siendo la misma entre los estudiantes de derecho. También, Rivera, Arratia, Zamorano y Díaz, (2011) reportan que los puntajes obtenidos de empatía son mayores en los niveles más avanzados de la carrera y se presentan diferencias significativas entre el tercer y el cuarto año de la misma. Igualmente plantean similar situación académica en la Universidad de Arkansas, al encontrar que la empatía Vicaria disminuyó significativamente durante la educación médica ($p < 0,001$), especialmente después de primer y tercer año. Aducen que los estudiantes que eligen carreras básicas tuvieron una mayor empatía comparativamente con las otras. En Perú-Lima también encontraron resultados parecidos, al demostrar Ubillús et al (2010) que los estudiantes de cuarto año obtuvieron el mayor puntaje de orientación empática, sin embargo el primer año obtuvo el menor puntaje. De manera diferente plantean estos resultados Rojas-Serey, Castañeda-Barthelemiez y Parraguez-Infiesta (2009) al comprobar que existen mayores puntajes obtenidos en la EEMJ a medida que los alumnos están en niveles más avanzados de la carrera de kinesiología, siendo esta diferencia significativa en ambas universidades. Igualmente Kataoka, Koide, Ochi, Hojat, & Gonnella, (2009) encontraron en la investigación denominada: “La medida de la empatía entre los estudiantes de medicina japoneses: psicometría y las diferencias de puntaje por género y nivel de educación médica”, que las puntuaciones de la empatía progresaban a medida que los estudiantes avanzaban en la carrera. No obstante, las carreras de las Ciencias de la Salud parecieran más complejas por la profundidad y extensión de los conocimientos, entre ellas, medicina.

Cuando se correlacionó la empatía global con las dimensiones y la edad, se mostró una relación significativa entre la edad y el “cuidado con compasión”, indicando que a mayor edad los estudiantes son más compasivos. Ubillús et al. (2010) observaron que el grupo etéreo con mayor puntaje de orientación empática fue el grupo de 25-28 años. Concluyendo el grupo etéreo de 25 a 28 años obtuvieron mayores puntuaciones en la Escala de Empatía Médica de Jefferson, contrario a las aportaciones de Sánchez y Poveda (2010) quienes reportan mayor empatía a menor edad de los estudiantes. Esto refleja que es una dimensión que va aparejada con la inteligencia emocional, se asocia al aumento de la experiencia y la madurez de los estudiantes.

Cuando se comparó la empatía de los estudiantes que cursan el tercer año de medicina en Universidad de Los Andes con los de la Universidad Autónoma de Madrid, los valores promedio de empatía y sus componentes fueron e significativamente mayores en la primera universidad. Sabiamente, Oseguera Rodríguez (2006) manifiesta que sería un error pretender evaluar las características humanísticas, sin establecer previamente una conceptualización que dé cuerpo a un modelo en la práctica profesional aceptable equivalente al deber ser del profesional. De esta forma se podría establecer un patrón de referencia contra el cual se compara a cada individuo. La responsabilidad de definir las características de los futuros médicos y de aquellos en el ejercicio, atañe a las diferentes instituciones formadoras y empleadoras. Spiro (2009) se hace una interesante pregunta: ¿Qué pasa con los estudiantes de medicina? Para responderse que no está seguro, si los estudiantes de medicina pierden su empatía o si la selección de la escuela de medicina favorece los aspectos más científicos sobre lo social.

Los jóvenes con menos relaciones personales, pero más conocimiento científico, muchas veces están en desventaja, porque debe haber un equilibrio entre lo físico y lo humanista. Enfatiza este autor que uno de los problemas en la enseñanza de la empatía viene de lo que la ecuanimidad en medicina ha sido considerado como el desapego. En casos extremos, los médicos tratan de suprimir las emociones, incluso cuando se enferman, aprenden a hablar sobre el caso y no sobre la persona. Finaliza afirmando que realmente no importa si la empatía es un pensamiento o una emoción. En esta era basada en el protocolo, la selección de los estudiantes de medicina, tanto por su carácter

como su conocimiento, puede ser una manera de promover la empatía, además previendo la garantía de que los profesores y preceptores sean modelos fiables para que el papel de la conducta empática sea otra. Así que independientemente de cómo se hace, los médicos deben estar dedicados a cultivar la empatía dentro de la profesión sea como clínicos y/o como docentes. En un artículo publicado en septiembre 2009 Hojat, et al, en *Academic Medicine*, describe a la empatía como valor fundamental asociado al aprendizaje de técnicas y conocimientos médicos, que se pierde aproximadamente en el tercer año de carrera, cuando se supone que el humanismo que pudo inspirar su vocación debería estar intacto aún. Sin embargo, es algo que no se enseña, en los libros ni en las clases de la Facultad.

Recientemente fue publicado también en la revista *Academic Medicine*, que estudiar medicina tiene profundos efectos negativos en el nivel de empatía de los estudiantes. La investigación tomó en cuenta 18 estudios distintos que reportaron la misma tendencia. Contraintuitivamente, la disminución en el nivel de empatía de los estudiantes se da cuando empiezan a ver pacientes. Aunque la mayoría de los estudios se basa en reportes de los estudiantes, lo cual podría restarle validez científica al estudio el hecho de que los mismos estudiantes manifiestan su pérdida de interés en los estados emocionales de los demás es altamente significativo. Por otra parte se une el inicio de la práctica clínica y el otro factor en la pérdida de empatía fue el estrés personal, lo que coincide con estudios que sugieren que las personas en general sienten menos empatía cuando se sienten mal o están enfermos, con el estrés del entrenamiento y con el pobre modelaje. No sin antes reconocer que la empatía es importante en la medicina ya que se asocia con: un mayor número de pacientes que reportan sus síntomas y preocupaciones con más espontaneidad, mayor precisión diagnóstica, mayor participación del paciente y en el autocuidado, mayor satisfacción del paciente y la familia, con el beneficio a su vez de contribuir con la percepción de bienestar, tanto del paciente como del profesional de la salud.

Cuando se analiza la empatía por área de las Ciencias de la Salud, en Medicina, al igual que de manera global, los valores de empatía en promedio son altamente significativos con respecto al primer año y sexto año, también lo es la “toma de perspectiva” con respecto a los estudiantes de sexto año, mientras que el “cuidado con compasión” se relaciona con tercero y sexto año significativamente. Aunque estos estudiantes están fortalecidos desde el punto de vista empático, queda mucho por hacer,

sobre todo en lo concerniente al pobre avance de la conducta empática en el cuarto quinto y sexto año de la carrera, justo cuando realmente están en contacto con las personas en el proceso salud-enfermedad, en múltiples riesgo y daño a la salud en las diferentes etapas del ciclo vital, con enfermedades crónica, degenerativas, pacientes con enfermedad terminal, en agonía y muerte, pero también en duelo.

La carrera de medicina y la de odontología, son disciplinas profesionales donde el contacto humano empático es la base de sustentación, la tecnificación ha olvidado la exploración más allá del padecimiento del paciente, por ello deben fortalecerse los valores éticos y morales desde los primeros años de formación académica y mantenerlos en todo el transcurso de la carrera con miras a capacitar a un profesional de la salud verdaderamente integral. (Capote, E., Brett, Guada, Villegas Y Capote J, 2005).

Chen y Lew (2007) en la escuela de Medicina de Boston consideraron que la empatía puede declinar con el entrenamiento clínico. Encontraron en un estudio con 658 alumnos que efectivamente en los años preclínicos el puntaje de empatía fue mayor. Muchos estudiantes privilegian los aspectos afectivos en la comunicación con el paciente, sin embargo no consideran que en la práctica docente, sea esta una función que centre la relación terapéutica, principalmente en los alumnos del sexto año, por lo que acentúan que no existe correspondencia con el debe ser. (González, Gález y Krafchenko, 2003). Chen, Lew, Hershman & Orlander (2007) expresan que los estudiantes de primer año tenían las puntuaciones más altas de empatía, mientras que los estudiantes de cuarto año tuvo la puntuación más baja.

El cuidado por el personal de enfermería se da en una relación interpersonal. Estos profesionales, se caracterizan por su calidez, al entender y percibir los significados particulares de las experiencias de las personas sobre sus procesos de ser saludable, de bienestar, de sufrimiento, de impotencia, de angustia, durante la enfermedad y en las transiciones de la vida, implica un acto personal consciente e involucra a los profesionales de la salud. Por lo tanto, todo cuidado de enfermería entendido como arte implica un acto de consciencia, enfermería debe querer cuidar a las personas y no sólo atenderlas. Al evaluar la empatía en los estudiantes de Enfermería, se evidenció que en quinto y décimo semestre, tuvieron promedios de empatía global significativamente más altos que los de primer semestre, al igual que la dimensión “toma de perspectiva en el

quinto semestre, a su vez en el décimo semestre son significativamente más compasivos que los de quinto y primer semestre. Estos hallazgos son más alentadores que los de medicina, pues se aprecia que a medida que avanzan en su formación son empáticos casi con los tres componentes de la empatía global. Estos resultados permiten inferir que el trato a los pacientes es más humano de la mano de este valioso personal.

Wilson, Prescott & Becket, (2012) encontraron mejores niveles de empatía en estudiantes de enfermería en contraste con los de farmacia. Otros investigadores no encontraron diferencia estadística entre los estudiantes de medicina y enfermería (McMillan & Shannon, 2011). Lo que sugiere un buen equipo de cuidado al paciente en cualquier ámbito de salud. En Contraste, en Venezuela- Caracas, Sánchez y Mora (2009) demostraron moderados niveles de empatía en el personal de enfermería, junto a niveles medios de Burnot. Contrariamente en Estados Unidos muestran que los médicos obtuvieron la media más alta de empatía en relación con las enfermeras. En Taiwan en 660 enfermeras en quienes detectaron niveles medios de empatía, una vez capacitadas mejoraron significativamente dichos promedios. Esto sugiere la posibilidad de trabajo en equipo buscando herramientas que permitan mejorar la empatía global a través de los años de formación, en beneficio del paciente y del profesional, contribuyendo a minimizar los riesgos del síndrome de Burnot.

Al evaluar la empatía global y las dimensiones en los estudiantes de Odontología, al igual que en medicina y enfermería es en tercer año donde se muestran los promedios más altos de empatía global, frente al primero. El “cuidado con compasión tiene promedios altamente significativos en el tercer y quinto año. Rivera, Arratia, Zamorano y Díaz (2011) demuestran que los estudiantes de tercero, cuarto y quinto de la Universidad Finis Terrae presentan un alto nivel de orientación empática. Capote, E; Brett, Guada, Villegas y Capote, J (2005) realizaron una investigación para evaluar los valores más importantes en medicina y odontología, encontrando que como elementos del profesionalismo en esta carrera resalta la honestidad, el respeto, amor y responsabilidad como concepciones humanísticas y valores sociales.

Al relacionar el género de los estudiantes de odontología con la empatía global y los componentes, solo se evidencia promedios más altos significativos marginales en las mujeres con respecto a los hombres en la dimensión “cuidado con compasión”. Rivera,

Arratia, Zamora y Díaz (2011) en un trabajo de investigación encontraron que en los estudiantes de odontología al relacionar año y sexo, no fue significativo, lo que indica que ambos factores son independientes entre sí. Sus respuestas empáticas implican compartir el estado emocional con otra persona, señalando que el componente clave para una efectiva comunicación y comprensión es la capacidad de demostrar empatía clínica. Estos investigadores sugieren que con el fin de mejorar la relación odontólogo-paciente, el entrenamiento en habilidades interpersonales debe ser constante durante todo el proceso de formación profesional de los estudiantes de odontología.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se validó la Escala de Empatía Médica de Jefferson eliminando la pregunta 18 con una carga factorial de 0.24, quedando el instrumento con una confiabilidad total según el alfa de Cronbach de 0.860.

2. Predominó el género femenino, en un grupo de edad para medicina y odontología en menores de 20 años y en enfermería de 21 a 25 años.

3. La empatía global y la dimensión “ponerse en el lugar del otro” no difiere entre los estudiantes en formación en las diferentes escuelas.

4. Los estudiantes de medicina presentaron los valores más altos en la dimensión “toma de perspectiva” y los valores más bajos en el “cuidado con compasión”.

5. Los estudiantes de enfermería y odontología presentan puntajes en promedio iguales en la empatía global y sus dimensiones.

6. El género no influye en la conducta empática ni en sus dimensiones, mientras que la edad se relaciona positivamente con el “cuidado con compasión”.

7. La empatía global reportó valores más altos en los estudiantes de tercer año de manera significativa, al igual que la dimensión “toma de perspectiva”, mientras que el “cuidado con compasión” es mayor significativamente con respecto a sexto año.

8. El “ponerse en el lugar del otro” no mostró diferencias.

9. Los estudiantes de medicina de tercer año de la Universidad de los Andes tiene valores significativamente mayores de empatía global y en las dimensiones de la misma que los encontrados en la Universidad Autónoma de Madrid.

10. Los estudiantes de medicina de tercer año tienen una empatía significativamente más alta que primer año y que sexto. La “toma de perspectiva” de los estudiantes de tercer año también es significativamente más alta que es sexto y primer año. El “cuidado con compasión” significativamente es más alto en tercero y sexto año, sin diferencias en “ponerse en el lugar del otro”.

11. Los estudiantes de enfermería de quinto y décimo semestre tienen una empatía global significativamente más alta que los de primero. En cuanto a las dimensiones de la empatía, la “toma de perspectiva” tiene el promedio más alto en el quinto semestre, mientras que el “cuidado con compasión” es significativamente más alto en el décimo semestre, sin diferencias en “ponerse en el lugar del otro”.

12. En odontología los estudiantes de tercer año son más empáticos significativamente. La “toma de perspectiva” y “ponerse en el lugar del otro” no mostró diferencias significativas, mientras que el “cuidado con compasión” es significativamente mayor en el tercer y quinto año. Al relacionar el género se encontró promedios significativos pero marginales en las mujeres en la dimensión “cuidado con compasión”.

RECOMENDACIONES

El hecho de conocer la conducta empática de los estudiantes, permite a las autoridades Universitarias de las áreas de la Ciencias de la Salud, buscar una plataforma de entrenamiento que contribuya a mejorar la empatía en el trascurso de los años de formación de las carreras, pero a su vez, estrategias de aprendizaje para mantener la empatía de manera longitudinal, con miras a que el desempeño de estos profesionales se cumpla con calidad y calidez en beneficio del paciente, la familia y el equipo de salud.

Si bien es cierto que la **Escala de Empatía Médica de Jefferson** no evalúa la relación profesor – alumno, estoy persuadida de que los docentes somos modelos de nuestros alumnos. Por ello debemos aprender e interiorizar la utilidad de la empatía como elemento fundamental en la relación equipo de salud-paciente-familia capacitándonos para aprender a estar al tanto, a comprender y a compartir los sentimientos con los pacientes y también con los alumnos de manera que progresivamente se pueda fortalecer su comportamiento empático.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Albanese, MA., Snow, MH., Skochelak, SE., Huggett, KN y Farrell, PM.(2003). Evaluación de las cualidades personales en las admisiones a las escuelas de medicina. Artículos. Escuela de Medicina, Universidad de Wisconsin-Madison, Madison, Wisconsin, USA. *Acad. Med.*78, 313-321. Obtenido de: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/antiores/vol212005/artrev1.htm>.

Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación*. 5ª ed. Caracas: Editorial Episteme

Alcorta- Garza, A., González, J., Tavitas, S., Rodríguez, F y Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63. Recuperado de: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58252808.pdf.

Alonso, G M y Kraftchenko, B O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. *Educ Med Super*, (17)1, 39-46. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000100004&lng=es&nrm=iso>.

Álvarez, L. Empatía y Simpatía. (2011). Recuperado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Esitorio/empatia-simpatia.htm>

Amaris, A. (1997). *Deshumanización de la Medicina*. En: Leal Quevedo, F y Mendoza – Vega, J. *Hacia una Medicina más Humana*. Colombia: Editorial Panamericana

Arrizabalaga, P y Bruguera M.(2009). Feminización y ejercicio de la medicina. The feminization and the profession of Medicine. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133(5),184–186.

Barbado, J., Aizpiri, J., Cañones, P., Fernández, A., Goncalves, F., Rodriguez J. et al., (2005). Aspectos históricos antropológicos de la relación medico paciente. Grupo de habilidades en salud mental de la SEMG. . Recuperado de www.medicinageneral.org/revista_70/pdf/31_36.pdf.

Beca, J., Browne, L., Repetto, L ., Ortiz, P y Salas, (2007). Relación estudiante de medicina-enfermo: Visión de los estudiantes. *Rev Méd Chile*, 135, 1503-1509. Recuperado de: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
www.unav.es/revistamedicina/53_1/pdf/empatia.pdf](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-www.unav.es/revistamedicina/53_1/pdf/empatia.pdf).

Boada, M y Méndez A. (2005). Caracterización de los reclamos del sector salud recibidos en el Servicio Nacional del Consumidor. Chile, [tesis de licenciatura]. Santiago: Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile. Recuperado de www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/boada_m/sources/boada_m.pdf.

Boelen, Ch. (2009). Responsabilidad social y excelencia. *Educ. méd.*12, (4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000500001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1575-1813.

- Brusco, A. (1998) Elementos de relación de ayuda. *ARS MÉDICA*. 12(12), 10-12.
Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/Elementos.html>.
- Buckman, R., Tulskey, J & Rodin , G.(2011). Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition?. *CMAJ*.DOI:10.1503. Recuperado de www.cmaj.ca/content/.../cmaj.090113.citation
- Cabalin, S., Navarro, H., Zamora, S., & San Martín, G. (2010). Concepción de estudiantes y docentes del buen profesor universitario. Facultad de medicina de la universidad de la frontera. *Int. J. Morphol.*, 28(1), 283-290.
- Cáceres, A (2006). Antropología. Del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales Madrid: Editorial Cátedra.
- Capote, E, Brett, M, Guada N, Villegas H y Capote J. (2006) Comparación de la jerarquía de valores entre los estudiantes de medicina y odontología del segundo año de la Universidad de Carabobo. *Acta odontol. Venez*, 44, (3), 302-309. Recuperado de www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300002.
- Carvajal Guerrero, C., Rojas Pérez, A. (2005). Empatía y comunicación efectiva con el usuario. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Revisado el 1 de marzo, 2012 de ww.hacienda.go.cr/cifh/...de.../Empatiaycomunicefectiva.pdf.
- Carvajal, A., Miranda C., Martinac T., García, C y Cumsille, F. (2004). Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de Medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Revista Hospital Clínico*, 15 (49),1-46.Recuperado de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/gamboa_p/sources/gamboa_p.pdf.
- Casino, G. (2011). Empatía para médicos. Sobre la necesidad de educar la conducta empática en la práctica clínica. Foro de Cardiología Transdisciplinaria. CardTran-FECC. Recuperado de <http://mail.fac.org.ar/pipermail/cardtran/2011-May/001691.html>

Castro R., González M., López C. (Eds). (2008). Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Chile: Ministerio de Salud.

Castro, I. (2007). Inteligencia Emocional. *Rev Latinoamer Tecnol Extracorp* XIV,3,14-20. Chalbaud C, E. (1966). Historia de la Universidad de Los Andes. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela: Ediciones del Rectorado

Chalbaud C, E. (1966). Historia de la Universidad de Los Andes. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela: Ediciones del Rectorado.

Chen, J., Lalopa, J y Dang, D.(2008). Impacto de la empatía del paciente en el modelado de Estudiantes de Farmacia, Cuidar a los más necesitados. *Am J Pharm Educ*, 72 (2), 40.

Chen, D., Lew, R., Hershman, W & Orlander, J A. (2007). Cross - sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*, (10), 1434-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305857/>.

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. Recuperado de <http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/CodigoDeontologiaMedica.pdf>.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial del jueves 30 de diciembre de 1999, N° 36.860. Recuperado de <http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/ConstitucionRBV1999.pdf> .

Cortese, E. (2004). *Psicología Médica*. Salud Mental. Argentina: Nobuko.

Davis, M. (1980). "A multidimensional approach to individual differences in empathy". *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10:1-19: Recuperado de: http://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf.

Delgado J. (2006). Conducta o comportamiento. Más allá de las disquisiciones terminológicas. *Revista Psicología científica.com*, 8(39). Recuperado de <http://Psicología científica.com/BV/psicología-21-1-conducta-o-comportamiento- más -alla-de-las-disquisiciones-ter.html>.

Decs. Descriptores de las Ciencias de la Salud. Biblioteca virtual en salud. (2012). Recuperado de http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-in/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=e&search_langu

Di Lillo, M; Cicchetti, A; Lo Scalzo, A; Taroni, F y Hojat, M.(2009). The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med*, 84(9),1198-202. Recuperado de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19707057?log\\$=activityPubMedresult.mht](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19707057?log$=activityPubMedresult.mht).

Dupuy, L. (2005). Empatía, habilidades emocionales y actuación. *Evid pract ambu*,8, 173-176. Recuperado de www.foroaps.org/files/empatia.pdf.

Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697. Recuperado de http://psych-www.colorado.edu/~tito/sp03/7536/Eisenberg_2000.pdf.

Falconi, M., Micucci, P., Taboada, M., Garcés, M., García, M., Cragno, A, et al. (2010). Estudio descriptivo de los Grados de Empatía en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Recuperado de: <http://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/Abstrac%20estudio%20empatia.pdf>

Fasce, M. (2005). Enseñanza de la empatía en Medicina. *Revisión bibliográfica*. Recuperado de www.udec.cl/ofem/recs/anteriores/.../art2205c.htm

Fernández-Pinto, I., López Pérez, B y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24, (2), 284-298. Recuperado de redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16711589012.pdf.

Fields, S K., Hojat, M., Gonnella, J S., Mangione, S & Kane, G. (2004). Comparison of nurse and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation y The Health Professions*, 27 (1); 80-94. Recuperado de scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n2/original2.pdf.

Flores, M. (2010). Razones para el ingreso a la carrera de odontología. Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela. *Revista Odontológica de los Andes*. Vol. (5) 1, 23-30.

Gamboa, P., Yabar N y Rojas A. (2007). Orientación empática de los docentes kinesiólogos de la escuela de kinesiología de la universidad de chile. Tesis como requisito para optar al grado de Licenciado en Kinesiología. Recuperado de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/gamboa_p/sources/gamboa_p.pdf

García, A., SAINZ, A y BOTELLA, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index Enferm*]. Vol.13 (46).45-48. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es&nrm=iso.

1. García-Campayo, J., Aseguinolaza, L y Lasa Labaca, G. (1995). Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc)* 105: 27-30. Recuperado de www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7014&articuloid=2445

García-Huidobro, D., Núñez, F., Vargas, P., Astudillo, S., Hitschfeld, M; Género, R. et al. (2006). Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Rev. Méd. Chil*, 134, 947-954. Recuperado de www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034...script...

Goleman D. (2006). La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós

Gómez, I y Hernández, A. (2004). *Entrevista: Calidad Empática*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <http://www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/psicomed/psicologia/nuevoprogram/empatia.htm>

Gómez, T y Ceitlin, J. (1999). *Modelo Biopsicosocial*. En Martín Zurro, M y Cano Pérez, JF. Principios de la Atención Primaria de salud., capítulo13. Medicina DE Familia en otros países. Recuperado de <http://www.peraltalorca.com/aps/Zurro/1/Parte1/CAPITULO-13-04.htm>.

González, A., Gález, M y Kraftchenko, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super*; 17(1), 9-46. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems04103.htm.

González de Rivera, J. (2005). Empatía y Empatía. Avances en Salud Mental Relacional/ Advances in relational mental health. Revista Internacional On-line / An International On-line Journal.Vol.4 (2). Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0402/ecpatia.pdf>.

Guilera, L. (2008). Empatía. Conceptualización y bases neurobiológicas. *Anales de Psiquiatría*, 24(5), 216-222. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2859295->.

González, Y. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *AQUICHAN*, Vol 7(2), 130-138.

Hemmerdinger, JM; Stoddart, SD & Lilford RJ.(2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*, 25, 7:24.Recuperado de ukpmc.ac.uk > [Journal List](http://ukpmc.ac.uk) > [BMC Med Educ](http://ukpmc.ac.uk) > [v.7](http://ukpmc.ac.uk).

- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J, et al., (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*, 38: 934-41. Recuperado de http://westallen.typepad.com/idealawg/files/decline_of_empathy_med_educ.pdf.
- Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. *Salud Mental*. 28(5): 57-63. Recuperado de redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58252808.pdf.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer
- Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M & Magee, M. (2002) Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 159: 1563-69. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/159/9/1563>.
- Jackson, P., Meltzoff, A ., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimagen*, 24: 771-779. Recuperado de digitum.um.es/.../Neurociencia%20social.%20El%20maridaje%20entre%20la%20psicologia%20socia...
- Karchmer, S. El humanismo médico. (2010). Falacia o realidad. *Acta Médica. Grupo Angeles*, (8), 5-7. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2010/am101a.pdf>.
- Kataoka, H., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M & Gonnella, JS. (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med*, 84(9), 1177-1179. Recuperado de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19707056?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19707056?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed).

Kliszcz J ., Nowicka-Sauer K ., Trzeciak B., Nowak P & Sadowska A. (2006). La empatía en los proveedores de cuidado de la salud-estudio de validación de la versión polaca de la Escala de Empatía Jefferson. *Med. Sci. Adv.* 51, 219-25.

Kuo, J., Cheng, J., Chen, Y., Liyneh, H & Tsai, T. (2011). [An exploration of empathy and correlates among Taiwanese nurses.](#) Recuperado de: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.../PI

Larsen, E y Yao, Y. (2005). Labor in the patient physician relationship. *JAMA*,; 293(9),1100-1106. PMID. Obtenido de <http://www.foroaps.org/files/empatia.pdf>.

Libros Virtuales de INTRAMED (2006). Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente. Recuperado de http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_05.pdf

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. Recuperado de <http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/261.pdf> 194

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

Lugo, E (1999). Empatía e Intersubjetividad: Modelo Fenomenológico de la Relación Médico- Paciente. *Revista de Médicos Católicos*. Obtenido de http://www.familia.org.ar/archivos/etica_clinica/Etica_Clinica.

Macias, L. (2011). Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. Revisado 9 de marzo de 2012. Recuperado de www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/38/9-.

- Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M.(2002) Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach*, 24, 371-374.
- Marcus E. (1999). Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. *Acad Med*, 74, 1211-1215. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10587683
- Martínez-Otero V. (2011). La empatía en la educación: Estudio de una muestra de alumnos universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*.14 (4) ,174-190. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>
- Martin, M., Gómez-Becerra, I., Chávez-Brown y Greer, D (2006). Toma de perspectiva y teoría de la mente: Aspectos conceptuales y empíricos. Una propuesta complementaria y pragmática. *Salud mental*, Vol. 29(6),5-14.
- Mateu C., Campillo C., González R y Gómez O. (2010). La Empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. (15) 1, 1-18. 2010.
- Mayor, E., Río, G del., Tabares, G y Fernández, S. (2002). Empatía: ¿conoce su significado? *Medisan*, 6(2). Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_2_02/san10202.htm>
- Medina, M.(2011).Rasgos de personalidad en estudiantes universitarios. Universidad de Carabobo. Valencia: Ediciones Delforn, C.A.
- McMillan L & Shannon D. (2011). Psychometric Analysis of the JSPE Nursing Student Version R: Comparison of Senior BSN Students and Medical Students Attitudes toward Empathy in Patient Care. *SRN Jurnal Nursing*.. 2011; 11: 726063. Recuperado de doi: [10.5402/2011/72606](https://doi.org/10.5402/2011/72606)
- McWhinney, I. (1995). *Medicina de Familia*. Madrid: Mosby/Doyma.

Mercer, S W y Reynolds, W J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal Of General Practic*, 52: 9-12.

2. Mestre, V., Dolores, M y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260. de <http://www.psicothema.com/pdf/1191.pdf>.

[Molina, N](#) y [Pérez, I](#). (2006) El clima de relaciones interpersonales en el aula un caso de estudio. *Paradigma*, 127 (29), 193-219.

Naranjo I y Ricaute, G. (2006). La comunicación con los pacientes. *Invest. Educ. Enferm*, 24(1), 94-98.

Newton, B., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E & O'Sullivan, P. (2008). ¿Existe endurecimiento del corazón durante la escuela de medicina? *Acad Med*, 83(3), 244-9.

Neumann, M., Edelhauser, F., Fischer, S., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A et al. (2011). La empatía declive y sus razones: una revisión sistemática de estudios con estudiantes de medicina y residentes. *Acad Med*, 86(8),996-1009. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3219554/>

Organización Mundial de la Salud. (2006) Colaboremos con la salud. Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/whr/2006/WHR06_overview_spa.pdf.

Osequera, R. (2006). El humanismo en la educación médica. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Vol. 30(001), 51-63. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44030104.pdf>.

Otero, B y Salamí, E. (2009). La presencia de la mujer en las carreras tecnológicas. XV JENUI. XV Jornadas de Enseñanza Universitaria de la Informática. Recuperado de <http://capinfo.e.ac.upc.edu/PDFs/dir05/file003282.pdf>.

- Pagliarulo, E. (2008). Medicina y Resiliencia. Segunda parte. Medicina & Cultura. *Suplemento mensual de Clínica-UNR.org*. Año 2(18). Recuperado de http://www.medicinaycultura.org.ar/18/Articulo_08.htm.
- Pardo, A. (2009). Medicina y Persona. Empatía. *Rev. Med Univ Navarra*. 53, 26-28. Recuperado de. www.unav.es/revistamedicina/53_1/pdf/empatia.pdf
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education--a critical review. Med Teach. 32(7):593-600.
- Perales, C. (2008). Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioethica*. 14 (1), 30-38.
- Poveda, J. (1981). *Locura y creatividad*. España: ALHAMBRA.
- Quince, T., Parker, A., De Madera, D & Benson J. (2011). Estabilidad de la empatía entre los estudiantes de medicina: Un estudio longitudinal en una escuela médica del Reino Unido. *BMC Med Educ*, 11(90). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/90>.
- Ramírez-Gordillo, J., Rodríguez-Cañizo, G., Beltrán Fernández, J (2009). Uso de la inteligencia emocional para lograr la empatía entre tutor y tutorado durante la etapa de enseñanza-aprendizaje. Recuperado de www.docstoc.com/.../Uso-de-la-inteligencia-emocional-para-lograr-la-empatia.
- Retuerto P, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*. 22(3), 323-339.
- Rivera I., Arratia, R., Zamorano, A y Díaz, V. (2011). Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.). 27 (1), 63-72.
- Rivero-Serrano, O. (2004). La vocación humanística: motivación permanente para el estudiante de medicina. *Gac Méd Méx*, 140 (1).

- Roa, E. (2005). Aplicación de la escala Jefferson de empatía en médicos de diferentes contextos laborales. *Med. Fam. Caracas*, 13(2) ,36-43. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-.../online/...>
- Rodríguez, A. (2005). Modelos de la relación Médico – Paciente. Reflejo de la Deshumanización de la salud. *Ars Médica* 12(12). Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/IndiceArMedica12.html>
- Roger, C. El proceso de convertirse en persona. 1989. Paidós: Barcelona, España.
- Rojas-Serey, A., Castañeda-Barthelemiez, S y Parraguez-Infiesta, R. (2009). Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educ. méd.* 12(2), 103-109. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1575-1813. PubMed result.mht.
- Rothschild, B. (2009). Ayuda para el profesional de la Ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario. España: Editorial Desclée de Bruwer.
- Ruiz, J y Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/16257398/Tepia-Cogntiva>.
- Sánchez, J y Gaya, J. (2003). La empatía en la docencia. Recuperado de http://www.jornadeseducacioemocional.com/mat_anterior/i_jornades/taula3/la_empatia_en_la_docencia.pdf
- Sánchez, J y Mora, H. (2009). Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica. *Revista electrónica de Portales Médicos*. Com. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1771/1/Empatia-y-desgaste-profesional-en-enfermeras-del-area-de-salud-mental-y-psiquiatrica.html>.

- Sánchez J y Poveda de Agustín J. 2010. Estudio comparativo entre empatía médica, sensibilidad emocional y características psico-socio- demográficas entre estudiantes de medicina y médicos especialistas docentes. Tesis doctoral para optar al grado de doctor en Patología Existencial e Intervención en Crisis. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. Enfer*, (9)2, 09-21. Recuperado de <<http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- Shapiro, J., Morrison, E & Boker, J. (2004). Teaching Empathy to First Year Medical Students: Evaluation of an Elective Literature and Medicine Course. *Education for Health*. 2004. 17(1), 73-84. Recuperado de http://www.educationforhealth.net/EfHArticleArchive/1357-6283_v17n1s10_713660433.pdf.
- Stephenson,A., Higgs R & Sugarman J. (2001). Teaching professional development in medical schools. *The Lancet*, Vol (357), 867 – 870. Recuperado de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04201-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04201-X/abstract).
- Soria, M., Guerra, M., Giménez, I y Escanero, F. (2006). La decisión de estudiar medicina: Características. *Educación Médica* 2006; 9(2), 91-97
- Tizón, J. (2009). Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las Primeras Jornadas Estatales de estudio y reflexión sobre el tema. *Educ. Méd* (12), 4, 209-221.
- Torrealba, T (2004). La empatía: Núcleo del cuidar. Apostillas de Edith Stein. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el cuidado del Paciente del Crítico*, (3), 49-52.

Ubillús, G., Sidia, M., Rentería, D., Reátegui, C., Rodríguez, C y Sotelo, J. (2010). La orientación empática. en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres. *Revista Horizonte Médico*, Vol. 10(2), 39-43.

Verde Flota, E. et al. (2007). Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educ. Méd.*,(10),44-51. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000100007&lng=es&nrm=iso>.

Vivas M., Gallego D y González B. (2007). *Educación de las emociones*. Mérida, Venezuela: Editorial Dykinson.

Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M., Erdmann, J & Hojat, M (2009). Reliability and validity of the Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students. *J Nurs Meas*, 17(1),73-88. Recuperado de <http://www.Documents and Settings\Administrador\Escritorio\Reliability and validity of the Jefferson Scale of PubMed result.mht>.

Washburn, J. (2004). Compasión y Bioética. *Acta bioeth.* Vol (10).2, 235-246. Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000200011&lng=es&nrm=iso>.

Wilson, S., Prescott J & Becket G.(2012). Empathy levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines. *Am. J. Pharm. Educ*, 12; 76(2) ,24. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22438596>

Yu J y Kirk M. (2009). Evaluación de herramientas de medición de la empatía en la enfermería: revisión sistemática. *J Adv Nursing*. 65(9), 1790-806.

Ziółkowska-Rudowicz, E & Kładna, A. (2010). Empathy-building of physicians. Part II--Early exposure of students to patient's situation. *Pol Merkur Lekarski*.29(172),282-6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21207649>.

(ANEXO 1)

**Escala Jefferson de Actitudes de Empatía del Médico
(Versión "HP")**

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 de los profesionales de las Ciencias de la salud: Médico, Personal de Enfermería y odontólogos, sobre 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/Equipo de salud, comprenden sus sentimientos.
3. ____ Es difícil para el médico u otro profesional de la salud 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 de los profesionales de las Ciencias de la salud 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 clínica.
8. ____ Atender con cuidado las experiencias personales del paciente no influye en los resultados del tratamiento.
9. ____ Los profesionales de la salud debería tratar de ponerse en los zapatos del paciente cuando les proveen de cuidado.
10. ____ El paciente valora al profesional 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 profesional de la salud 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 profesionales de las Ciencias de la Salud deberían de tratar de entender que esta 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
15. ____ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito como profesional de la salud puede estar limitada.
16. ____ El entendimiento del profesional de la salud del estado emocional de los pacientes tanto como el de sus familias, es un importante componente de la relación con el paciente.
17. ____ El profesional de la salud debería tratar de pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.

18. _____El profesional de la salud 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 integral del enfermo.

(ANEXO 2)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para responder las encuestas que está aplicando la profesora María Arnolda Mejía perteneciente al grupo de Investigación en Salud mental e Inteligencia emocional en los cuatro Continentes en un Convenio macro entre la Universidad de Los Andes de Mérida, Venezuela y la Universidad Autónoma de Madrid, España. Con el propósito de evaluar “La conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud hacia el paciente y la familia.

Estoy consciente que la información que estoy aportando será utilizada con fines de investigación. Además doy fe que mi participación es completamente voluntaria y que la información aportada es confidencial, por lo tanto no afectará mi integridad personal.

Afirmo que se me ha facilitado información clara y precisa sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación en la presente investigación.

Firma del estudiante

Firma de los investigadores