



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA**

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CARRERA Y LA EMPATÍA CON
LOS PACIENTES EN ESTUDIANTES DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL, AREQUIPA. 2015**

KRIPZIA XIMENA MEJÍA ZEGARRA

Tesis presentada a la Universidad Alas Peruanas como requisito para la obtención del Título de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia física y Rehabilitación.

Asesor Principal: Lic. T.M. Luz Elena Rodríguez Pacheco.

Asesor Metodológico: Med. Mario León Ibárcena.

Asesor de Redacción: Lic. Fiorella Mercado Loza.

Arequipa – Perú

2015

Mejía, K. 2015. **RELACION DEL NIVEL DE CARRERA Y LA EMPATIA CON LOS PACIENTES EN ESTUDIANTES DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL AREQUIPA. 2015.** 102 páginas.

Nombre del asesor: Lic. T. M. Luz Elena Rodríguez Pacheco.

Disertación académica para la licenciatura en Tecnología Médica – UAP 2015.

Kripzia Ximena Mejía Zegarra.

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CARRERA Y LA EMPATÍA CON
LOS PACIENTES EN ESTUDIANTES DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL, AREQUIPA. 2015.**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título
de Licenciado en Tecnología Médica, por la Universidad Alas
Peruanas

Mg. José Carlos Martínez Montes. Presidente _____

Lic. T. M. Luis José Ruiz Ruiz. Secretario _____

Lic. T. M. Susan Sylma Villena Medina. Miembro _____

LISTA DE CONTENIDO	Pág.
Resumen	10
Abstract^o	11
Lista de tablas	12-
Lista de gráficos	13
Lista de abreviaturas	14
Introducción	15
CAPITULO I	16
MARCO TEORICO	16
1.1. Problema de investigación	16
1.1.1. Descripción de la realidad problemática	16
1.1.2. Formulación del problema.....	17
A. Problema principal.....	17
B. Problemas secundarios.....	17
1.1.3. Horizonte de la investigación	17
1.1.4. Justificación.....	18
1.2. Objetivos.....	19
1.2.1. General.....	19
1.2.2. Específicos	19
1.3. Variables.....	20
1.3.1. Identificación de variables.....	20
1.3.2. Operacionalización de variables	20
1.4. Antecedentes investigativos	21
1.4.1. A nivel internacional	21
1.4.2. A nivel nacional	22
1.4.3. A nivel local	24
1.5. Base Teórica	24
1.6. Conceptos básicos.....	54
1.7. Hipótesis	56
1.7.1. Hipótesis principal	56
CAPITULO II	57

MARCO METODOLOGICO.....	57
1. Nivel, tipo y diseño de la investigación.....	57
i. Nivel de la investigación.....	57
ii. Tipo de la investigación.....	57
iii. Diseño de la investigación.....	57
b. Población, muestra.....	58
Unidad de estudio.....	58
Identificación de la unidad de estudio.....	58
Criterios de inclusión.....	58
Criterios de exclusión.....	58
i. Población.....	58
ii. Muestra.....	58
c. Técnicas e instrumentos.....	59
i. Técnicas.....	59
ii. Instrumentos.....	59
d. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	62
i. Matriz de base de datos.....	62
ii. Sistematización de cómputo.....	63
iii. Pruebas estadísticas.....	63
CAPITULO III.....	64
RESULTADOS.....	64
3.1. Resultados de la Variable: Nivel de carrera.....	64
3.2. Resultados de la variable: Empatía con los pacientes.....	66
3.3. Resultados de la variable: Sexo.....	68
3.3.1. Resultados del indicador: Factor cuidado con compasión.....	68
3.3.2. Resultados del indicador: Toma de perspectiva.....	70
3.3.3. Resultados del indicador: Ponerse en el lugar del otro.....	72
3.4. Resultados del problema de investigación.....	74
3.4.1. Resultados de la relación entre el nivel de carrera y la empatía con los pacientes....	74
3.4.2. Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor cuidado con compasión.....	76
3.4.3. Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor toma de perspectiva.....	78

3.4.4.	Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor ponerse en el lugar del otro	80
3.4.5.	Resultados de la prueba estadística para comprobar la hipótesis estadística	82
3.5.	Discusión De Los Resultados.....	84
3.5.1.	Discusión de los resultados a nivel de la variable 1: Nivel de carrera.....	84
3.5.2.	Discusión de los resultados a nivel de la variable 2: Empatía con los pacientes	84
3.5.3.	Discusión de los resultados a nivel del problema	84
4.	Conclusiones	85
5.	Recomendaciones	86
6.	Referencias bibliográficas.....	87
ANEXOS		91
ANEXO 1.....		92
MAPA DE UBICACIÓN		92
ANEXO 2.....		93
GLOSARIO		93
ANEXO 3.....		96
INSTRUMENTO N° 1		96
CUESTIONARIO DE NIVEL DE CARRERA Y GÉNERO.		96
ANEXO 4.....		97
INSTRUMENTO N° 2		97
ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON		97
ANEXO 5.....		99
PROTOCOLO O MANUAL DEL INSTRUMENTO 1: CUESTIONARIO DE NIVEL DE CARRERA Y GÉNERO.....		99
ANEXO 6.....		100
PROTOCOLO O MANUAL DEL INSTRUMENTO 2: ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON		100
ANEXO 7.....		101
MATRIZ DE BASE DE DATOS.....		101
ANEXO 8.....		105
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....		105

Se dedica este trabajo a Dios, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y proporcionarme los recursos necesarios para estudiar.

Me han dado todo lo que soy como persona, valores, principios, carácter, y perseverancia, para conseguir mis objetivos.

A mi hermano por estar siempre presente, acompañándome para poderme realizar. A mi sobrina Ixchel quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

Se agradece por su contribución para el
desarrollo de esta tesis a: Dios todopoderoso
Infinitamente a mis padres, hermano y sobrina
por ser mi fuente de inspiración
A mis familiares por ser parte de mi vida
A mis amigos, muchos incondicionales
A mis compañeros de trabajo, siempre presentes
A mi Asesora de tesis; Lic. Luz Elena Rodríguez Pacheco
A la Escuela Profesional y a
los estudiantes de Tecnología Médica
A mis pacientes
Y a todas aquellas personas
que de una u otra manera contribuyeron
al éxito de esta investigación.

“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.
(GANDHI M. 1944)”

Resumen

La empatía es una habilidad indispensable en todos los profesionales de la Salud. Por ello este estudio tiene como objetivo medir los niveles de empatía con los pacientes en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación del III y VIII ciclo de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015. Investigación de campo, relacional, no experimental y transversal. Participaron 49 estudiantes de terapia física y rehabilitación del III y VIII ciclo en la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015. Se aplicó la Escala de Jefferson de Empatía Médica (EJEM), versiones: "S-R" (estudiantes) constituida por 20 ítems, bajo consentimiento informado. Se usó el programa SPSS versión 22. Para el análisis de los datos. De la población investigada los niveles mayores de empatía con los pacientes en los estudiantes se encontró en el III ciclo respecto al VIII ciclo. Los estudiantes del III ciclo del área de Terapia Física y Rehabilitación presentan los valores más altos en las dimensiones "cuidado con compasión", "toma de perspectiva" y "ponerse en el lugar del otro". El género si influye en la conducta empática pues la empatía global reportó más alta en los estudiantes del género masculino, en las dimensiones "cuidado con compasión", "toma de perspectiva" y "ponerse en el lugar del otro" de la carrera de Tecnología médica de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa.2015.

Palabras clave: Empatía, estudiantes, Escala de Empatía Médica de Jefferson.

Abstract

Empathy is an essential skill for all health professionals. Therefore, this study aims to measure levels of empathy with patients in Physical Therapy students and Rehabilitation III and VIII cycle subsidiary Alas Peruanas University, Arequipa. 2015. Field research, relational, not experimental and transversal. 49 students participated in physical therapy and rehabilitation cycle III and VIII at the Alas Peruanas University subsidiary, Arequipa. 2015 Jefferson Scale of Physician Empathy (ahem) was applied versions: "SR" (students) consisting of 20 items under informed consent. SPSS version 22 for the analysis of the data was used. Of the research population increased levels of empathy with patients, students were found in the third cycle with respect to the eighth cycle. Students of the third cycle of the area of Physical Therapy and Rehabilitation have the highest values in the "compassionate care", "perspective taking" and "take the place of the other" dimensions. If gender influences behavior empathic empathy for the global reported higher in male students in the "compassionate care" perspective taking "and" take the place of the other "dimensions of the race Medical Technology Alas Peruanas University subsidiary, Arequipa.2015.

Keywords: Empathy, students, Scale of Physician Empathy Jefferson.

Lista de tablas	Pág.
Tabla N°1: Matriz del cuestionario del nivel de carrera y género	56
Tabla N°2: Matriz de la escala de empatía médica de Jefferson	57
Tabla N°3: Resumen del procesamiento de la validación de la Escala de empatía medica de Jefferson	58
Tabla N° 4: Nivel de carrera	61
Tabla N°5: Resultados de la variable: Empatía con los pacientes	63
Tabla N° 6: Resultados del factor cuidado con compasión en relación al sexo de los estudiantes	65
Tabla N° 7: Resultados del factor toma de perspectiva en relación con el sexo de los estudiantes	67
Tabla N° 8: Resultados del factor ponerse en lugar del otro en relación con el sexo de los estudiantes	69
Tabla N° 9: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y la empatía con los pacientes	71
Tabla N° 10: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor cuidado con compasión	73
Tabla N° 11: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor toma de perspectiva	75
Tabla N° 12: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor ponerse en el lugar del otro	77
Tabla N° 13: Resultados de la prueba estadística para comprobar la hipótesis estadística	79

Lista de gráficos	Pág.
Gráfico N° 1: Nivel de carrera	62
Gráfico N° 2: Resultados de la variable: Empatía con los pacientes	64
Gráfico N° 3: Resultados del factor cuidado con compasión en relación al sexo de los estudiantes	66
Gráfico N° 4: Resultados del factor toma de perspectiva en relación con el sexo de los estudiantes	68
Gráfico N° 5: Resultados del factor ponerse en lugar del otro en relación con el sexo de los estudiantes	70
Gráfico N° 6: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y la empatía con los pacientes	72
Gráfico N° 7: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor cuidado con compasión	74
Gráfico N° 8: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor toma de perspectiva	76
Gráfico N° 9: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor ponerse en el lugar del otro	78
Gráfico N° 10: Resultados de la prueba estadística para comprobar la hipótesis estadística	80

Lista de abreviaturas

1. EEMJ: Escala de Empatía Médica de Jefferson.
2. EEUU: Estados Unidos
3. IRI: Interpersonal Reactivity Index,
4. JSPE: Jefferson Scale of Empathy
5. OMS: Organización Mundial de la Salud

Introducción

En la práctica clínica los pacientes y sus familias se relacionan con el terapeuta tratante, 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.

En el presente trabajo se pretende principalmente determinar la relación del nivel de carrera y la empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015, además comparar el nivel de empatía en estudiantes del sexo femenino y masculino del III y VIII ciclo de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas Filial, Arequipa. 2015.

Y se cree que dado que los alumnos de los últimos ciclos han tenido más contacto con los pacientes; es probable que a mayor nivel de carrera habría una mayor empatía, en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial Arequipa.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. Problema de investigación

1.1.1. Descripción de la realidad problemática

En el ámbito de la salud, y en particular en la relación terapeuta físico –paciente, el paciente no es una persona pasiva, sino que se requiere de su permanente colaboración para llevar adelante el tratamiento con éxito. El punto importante es, como en el reconocimiento de esas relaciones de poder, cada uno de los involucrados es capaz de tomar determinada posición y aportar desde ella la solución del problema que los convoca: La enfermedad del paciente.

Hasta hace poco los estudiantes raramente veían pacientes antes del tercer año de la carrera. Hasta entonces, los valores altruistas y las inclinaciones humanistas de los alumnos que ingresan a las carreras del área de la salud pueden cambiar debido a la atmósfera competitiva y a la malla curricular existente de alto predominio fisiopatológico. Incluso cuando los tecnólogos médicos debatían con los estudiantes, estos últimos se referían a los pacientes como “el caso” en vez de “el paciente”. A pesar de la importancia de la empatía en la relación profesional de

la salud-paciente, ha habido una ausencia de investigación empírica del concepto y sus implicancias en los resultados clínicos del paciente.

Es por eso que se realiza este primer trabajo en nuestra carrera en la Universidad Alas Peruanas filial – Arequipa, para poder abrir una nueva línea de investigación en relación a este tema, y de ese modo, aportar e incentivar la creación de futuros proyectos y analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía, con beneficios potenciales para el desarrollo del profesional de la salud y el bienestar de sus pacientes.

1.1.2. Formulación del problema

A. Problema principal

¿Cuál es la relación del nivel de carrera y la empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015?

B. Problemas secundarios

1. ¿Cuál es el nivel de carrera por avance académico en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015?
2. ¿Cómo es la empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015?

1.1.3. Horizonte de la investigación

- A. **Campo:** Salud
- B. **Área:** Tecnología Médica
- C. **Línea:** Bioética en Tecnología Médica.

1.1.4. Justificación

Actualmente los estudiantes de la carrera de Tecnología Médica en las diferentes especialidades se embarcan en un viaje que los llevará a ser profesionales con idealismo y entusiasmo para mejorar la calidad de vida de sus pacientes. Se ha argumentado que los avances tecnológicos en el tratamiento de las disfunciones ha opacado la práctica de sanar en sí, la que está radicada en establecer una relación de confianza con el paciente. El tratamiento de un proceso fisiopatológico puede no requerir comunicación, empatía o compasión, pero el cuidado de los pacientes en el contexto de sus disfunciones de hecho necesita un toque humanitario.

Es pertinente realizar esta investigación ya que se ha demostrado que existe una disminución en el humanitarismo, entusiasmo e idealismo entre estudiantes de ciencias de la salud durante sus años de estudio. También se ha informado que el énfasis de la educación moderna en la objetividad emocional del profesional de la salud, la distancia afectiva y la neutralidad clínica, pueden ser malinterpretados, contribuyendo así a la disminución de la orientación empática entre estudiantes de ciencias de la salud y se presume que en los estudiantes de Tecnología Médica ocurra un evento similar durante su formación.

Es trascendente en la investigación sobre educación en ciencias de la salud y la importancia de la empatía como el origen de una positiva relación profesional de la salud-paciente y como un factor contribuyente en mejorar los resultados del cuidado del mismo. En la formación de los estudiantes de las ciencias de la salud se incluye la empatía entre los objetivos educacionales enfatizando que éstas deberían procurar educar profesionales de la salud altruistas, compasivos y empáticos en el cuidado de sus pacientes y que puedan entender las perspectivas de los mismos.

La presente investigación tiene utilidad en el marco investigativo y que no existen en la literatura revisada estudios que midan este aspecto en la formación de Tecnólogos Médicos. Por otra parte tampoco existen trabajos en el área de terapia física en nuestra región en los cuales se haya probado la escala de orientación empática. Es también por esto que he considerado trascendente comenzar una línea de estudio que permita a largo plazo medir el comportamiento de la

orientación empática de los estudiantes de nuestra carrera, aportando un diagnóstico inicial respecto del nivel de desarrollo de esta variable en la formación del Tecnólogo Médico.

La presente investigación es factible gracias a la presencia y participación de los alumnos de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación del III Y VIII ciclo, para la aplicación de la escala de Empatía Médica de Jefferson.

Esta investigación no existe en nuestro país y contribuye al marco de investigación ya que da lugar a futuras investigaciones respecto a la importancia de la empatía en los profesionales de la salud y la influencia del conocimiento y práctica de la empatía durante la formación profesional en la carrera de Tecnología Médica y en otras ciencias de la salud.

1.2. Objetivos

1.2.1. General

Determinar la relación del nivel de carrera y la empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015

1.2.2. Específicos

1. Determinar el nivel de carrera por avance académico en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.
2. Analizar la empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.

1.3. Variables

1.3.1. Identificación de variables

A. VARIABLE 1: Nivel de carrera

B. VARIABLE 2: Empatía con los pacientes

C. VARIABLE CLASIFICATORIA: Sexo de los estudiantes

1.3.2. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Nro. de ítem	Instrumentos
1. Nivel de carrera	Avance académico.	III	1.1.1	Cuestionario de nivel de carrera y género.
		VIII	1.1.2	
2. Empatía con los pacientes	Orientación empática.	Factor cuidado con compasión	1,7,8,1 1,12,1 4,19	Escala de Empatía Médica de Jefferson
		Factor toma de perspectiva	2,4,5,9 ,10,13, 15,16, 17,20	
		Factor ponerse en el lugar del otro	3, 6, 18	
3. Variable clasificatoria: Sexo	Género	Femenino	2.2.1	Cuestionario de nivel de carrera y género.
		Masculino	2.2.2	

1.4. Antecedentes investigativos

1.4.1. A nivel internacional

Rivera, Arratia, Zamorano y Díaz, 2011- Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología de la Universidad Finis Terrae 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 FinisTerrae 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. (1)

Medina, 2011- Rasgos de personalidad en estudiantes universitarios en la Universidad de Carabobo en Valencia – Venezuela. La capacidad de ser empático es considerada como una habilidad básica en las relaciones humanas, más aún en el ámbito de la salud en la relación con el paciente. El objetivo fue evaluar el comportamiento empático global y en sus dimensiones a estudiantes de las Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería y Odontología). Universidad de Los Andes. Mérida–Venezuela. 2009-2011. Investigación descriptiva, transversal y

comparativa. Participaron 831 estudiantes, Medicina 490, Enfermería 149 y Odontología 192. Se aplicó la Escala de Jefferson de Empatía Médica (EJEM), 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. El 68,3% fueron mujeres y el 31,7% hombres. La empatía global y la dimensión “Ponerse en el lugar del otro” no fue diferente entre el total. (2)

Rojas - Serey, Castañeda - Barthelemiez y Parraguez - Infiesta, 2009 - Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología en la Universidad de Chile y de la Universidad Mayor 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. (3)

1.4.2. A nivel nacional

Ubillús Arriola, 2010- La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres realizado entre marzo y junio del año 2010. El estudio tuvo una muestra de 193 estudiantes de la carrera de Medicina Humana, de un universo de 1920, de los años I, II, III, IV, V y VI año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres se utilizó la escala medica de empatía de Jefferson. Los resultados fueron que de un total de 193 alumnos, fueron mujeres el 60% (116) y hombres el 40% (77). Los alumnos de IV año obtuvieron el más alto puntaje con 6,1, seguido de II y III año con 6,0 a diferencia del I año que obtuvo el más bajo puntaje y se concluyó que según la

Escala de Empatía Médica de Jefferson, existen mayores puntuaciones obtenidas en los alumnos que están en niveles intermedios de la carrera de medicina humana. Los estudiantes de I año de medicina obtuvieron el menor puntaje de orientación empática (5,5). Las mujeres tuvieron un mayor puntaje de orientación empática que los hombres de 5,9 y 5,8 respectivamente. (4)

Gutiérrez - Ventura, 2012 - Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se realizó un estudio de investigación no experimental, descriptiva donde participaron 258 alumnos de una población de 450 que cursan los niveles de 1º,2º,3º,4º y 5º de la facultad de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú), a quienes se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) y se obtuvo como resultado que los puntajes obtenidos en la (EEMJ) son significativamente mayores en quinto año que en los restantes y se concluyó que los estudiantes de estomatología de los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la Universidad Peruana Cayetano Heredia presentan un nivel medio de orientación empática. Las mujeres presentan mayor nivel de orientación empática que los hombres. (5)

José Luis Saucedo - Chinchay, 2011 - Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Pedro Ruiz Gallo. Se realizó un estudio en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, según sexo, edad, año de estudios y especialidad médica a seguir. Estudio descriptivo transversal realizado en 183 estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson para medir la empatía, en los resultados se obtuvieron mayores puntuaciones de empatía en los hombres que en las mujeres. Al comparar los grupos de edad, estudiantes <25 años obtuvieron mayores puntuaciones que aquellos ≥ 25 años. Según el año de estudio, se encontraron mayores puntuaciones de empatía en los estudiantes de tercer año con relación a los de cuarto año y de sexto año. Especialidades “vinculadas al paciente” obtuvieron mayores puntuaciones que aquellas “no vinculadas al paciente”. Además, 60 hombres (75%) y 66 estudiantes (82,5%) del grupo de edad <25 años alcanzaron niveles adecuados de empatía. Así mismo, 32 estudiantes (50,8%) de 3º año y 43 (53,8%) de especialidades “vinculadas al paciente”

obtuvieron niveles adecuados de empatía. Se concluye que existen mayores puntuaciones de empatía en estudiantes varones, del grupo de edad <25 años, que cursan el 3º año y que eligieron especialidad “vinculadas al paciente”, no hallándose significación estadística. Además, ser hombre, tener <25 años, cursar el 3º año y elegir especialidades “vinculadas al paciente”, podría ser factor protector para desarrollar niveles adecuados de empatía, no hallándose intervalos de confianza significativos. (6)

1.4.3. A nivel local

No se registraron estudios similares en la ciudad de Arequipa.

1.5. Base Teórica

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 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. (7)

1.1.1. 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 pro social. 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”? (8).

La primera vez que se usó formalmente el término empatía fue por 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 en 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 en 1934 añade que “El adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus

sentimientos”. Karl Jaspers en 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 en 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 “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 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, se trataba de una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia.

En esta línea, Mehrabian y Epstein 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 y Fernández-Pinto, López -Pérez y Márquez, 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 (8). 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 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; Deutsch y Madle; Regan y Totten, 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. (9)

Para Davis en 1980, la empatía es un constructo multidimensional y 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.
- 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” (10).

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 ha 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. (11)

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 (11).

1.1.2. 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 (12).

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 aun 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, canalización 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» (13). 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. (14)

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 (9).

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 (15).

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 (16)

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 (17). 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 (18).

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 atienda 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 cognitiva 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 (19).

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 (20).

1.1.3. 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 (21).

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 es 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.

- **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.
- **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.

- **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.
- **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.
- **Inmediatez en la relación:** Cuando el entrevistador tiene en cuenta (expresiones y gestos) las expresiones de los pacientes que hacen referencia al entrevistador.
- **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.
- **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. (22)

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 (23, 19).

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 (24) . 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 distinguos 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 intradisciplinariamente. (25)

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» (26). 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(27).

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 (28). 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 (29). 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.

1.1.4. 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. La virtud del médico que abusa del silencio, interrumpe la explicación o prolonga demasiado sus respuestas González, Gález, y Kraftchenko, 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 otro 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"). (30)

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 (31). 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 incluyen o 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 (32).

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 antepone 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 empaticables porque la psicosis no es convivenciable.
- Hay que tener en cuenta que despiertan emociones contra transferenciales intensas en el equipo médico, tales como miedo, angustia, desconfianza y enojo (33).

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.

1.1.5. 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 (34).

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” (35). 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 (36). 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, Aseginolaza 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. (13)

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 consentir 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 (7).

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 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 (37).

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 la currícula de estudio (38).

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 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 Macías, 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 (39).

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”.

1.1.6. Escala de Empatía Médica de Jefferson

A pesar del rol mediático que la empatía puede jugar en mejorar los resultados clínicos, hay relativamente pocos estudios empíricos dentro de la literatura de carácter clínico. Una de las razones de esta escasez es la ausencia de una medición operacional de la empatía que sea específica para la relación profesional de la salud-paciente.

Entre los pocos instrumentos para la medición de la empatía en la población están el Interpersonal Reactivity Index, IRI desarrollado por Davis, la Hogan Empathy Scale, y Emotional Empathy, desarrollada por Mehrabian y Epstein. Unos pocos

métodos de medición de empatía han sido desarrollados para su uso en enfermería, éstos incluyen la Empathy Construct Rating Scale, la Empathic Understanding of Interpersonal Processes Scale, el empathy Subtest of the Relation Inventor y, y el Empathy Test. Ninguna de estas escalas están específicamente desarrolladas para medir la empatía médica y, por lo tanto puede que no capturen la esencia de la atención empática hecha por los profesionales de la salud.

Recientemente, Hojat y sus colegas del Center for Research in Medical Education and Health Care at Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University in Philadelphia informaron del desarrollo de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, EEMJ, (Jefferson Scale of Physician Empathy, JSPE) para la medición de la orientación y comportamiento empático entre estudiantes de medicina, médicos practicantes y otros profesionales de la salud (40).

La escala fue construida en base a una extensa revisión de la literatura, seguida de estudios pilotos en los que se usaron como muestra estudiantes de medicina, médicos residentes y practicantes. Tanto el método cualitativo como el cuantitativo fueron usados en el desarrollo y refinamiento de la EEMJ. El primer paso fue el desarrollo de un marco conceptual para comprender la empatía en las situaciones de atención de pacientes y definir el concepto. La versión preliminar de la escala estaba sujeta a vigilancia empírica para el reconocimiento médico de sus propiedades psicométricas, y sus refinamientos fueron realizados en análisis posteriores.

En su versión original en inglés, su estructura es consistente con los aspectos conceptuales de una escala multidimensional, la cual define a la empatía con base a tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente” (41).

La versión final de la EEMJ incluye 20 ítems respondidos 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 evidencia en 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 (40).

Estudios empíricos en los cuales la EEMJ fue utilizada mostraron que las mujeres obtuvieron puntuaciones promedio más altas y los médicos en especialidades orientadas al trabajo con pacientes obtuvieron puntajes más altos en esta escala que los de aquellas especialidades orientadas al trabajo con tecnología (41).

También los psiquiatras obtuvieron los más altos puntajes promedios en la EEMJ, en comparación con médicos anestesiólogos, cirujanos ortopédicos, neurocirujanos, radiólogos, cirujanos cardiovasculares, ginecólogos y médicos cirujanos.

1.1.7. Estudiante y formación en Terapia Física y Rehabilitación

Cuando se habla de un perfil del estudiante de Terapia Física y Rehabilitación nos encontramos con un denominador común, personas interesadas en la capacidad psicomotora del individuo, en técnicas de rehabilitación de los sistemas muscular, óseo y fisiológico de pacientes que han sufrido accidentes, lesiones o inmovilidad del cuerpo.

Cuando un estudiante se gradúa de la carrera de Terapia Física y Rehabilitación, se asume que éste posee las habilidades cognitivas, psicomotoras, y conductuales necesarias para proporcionar cuidados de forma competente.

La determinación del requisito cognitivo y de las habilidades prácticas se puede lograr fácilmente a través de la aplicación de evaluaciones de desempeño clínico y pruebas que examinen si los graduados logran los requerimientos académicos adecuados y pueden pasar su examen de grado. Las habilidades conductuales, sin embargo, son más difíciles de evaluar. Aunque los docentes de la carrera han reconocido hace bastante tiempo la necesidad de identificar y promover el comportamiento profesional en sus estudiantes, un comportamiento profesional adecuado ha sido difícil de definir.

Además, los profesionales de la salud generalmente reconocen que algunos estudiantes logran de manera satisfactoria el conocimiento y las habilidades prácticas en el ámbito académico, pero tienen dificultad en actuar adecuadamente en el ámbito clínico. Deficiencias en habilidades conductuales o afectivas como elevados niveles de ansiedad, incapacidad de interpretar o utilizar una adecuada retroalimentación, dificultad de aprender de los errores y descontento con una información ambigua, son a menudo la fuente subyacente a problemas de desempeño.

El compromiso para aprender, las habilidades interpersonales y comunicacionales, la efectividad en el uso del tiempo y los recursos, el uso de una retroalimentación (feedback) constructiva, la resolución de problemas, el profesionalismo, la responsabilidad, el pensamiento crítico y el manejo del estrés son conductas que un profesional de la salud idóneo debería poseer. La identificación de las conductas profesionales ha sido de importante consideración en la valoración de los estudiantes durante muchos años. Cross y Hicks, (1997) encontraron que las habilidades relacionadas al tratamiento, la seguridad, el conocimiento y el acercamiento al aprendizaje fueron puntos de menos peso en la decisión de un instructor clínico sobre el buen desempeño de los estudiantes que la disposición, comunicación y el compromiso. Instrumentos para medir comportamiento profesional en Enfermería, Medicina, Terapia Ocupacional, y Terapia Física y Rehabilitación que se han descrito en la literatura.

Estos estudios brindan el apoyo para las ideas que se reflejan en un amplio concepto denominado "profesionalismo", que es una preocupación de muchos profesionales de la salud y docentes del área. El profesionalismo es una preocupación porque el respeto hacia los individuos, la credibilidad y el compromiso moral hacia el servicio ético son obligaciones y requerimientos particulares para los profesionales de la salud. El interés entre los docentes radica en que las conductas asociadas con el profesionalismo pueden ser identificadas entre los estudiantes e inculcadas en ellos durante el proceso educacional (42).

1.6. Conceptos básicos

1. 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. (8)

2. Einfühlung

“Sentirse dentro de”(11)

3. Erlebnis

Es la percepción de la situación del otro, de su vivencia. (11)

4. Verständnis

Vivencia ajena que se ha percibido en el otro, se percibe como propia, donde lo vital es que el proceso no tenga por objeto el conocimiento, sino la comprensión del otro. (11)

5. Alteridad

Alteridad es la condición de ser otro. El vocablo *alter* refiere al “otro” desde la perspectiva del “yo”. El concepto de alteridad, por lo tanto, se utiliza en sentido filosófico para nombrar al descubrimiento de la concepción del mundo y de los intereses de un “otro”. (11)

6. Ecpatía

Descrita como un proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro. (18)

7. Comunidad humana

Es como un “entendimiento compartido por todos sus miembros”, como el entendimiento común, compartido de tipo “natural” y “tácito”; un entendimiento que “está ahí”, en el sentido de Heidegger y que constituye la base de la vida comunitaria y, por lo tanto, precede a todos los acuerdos y desacuerdos (15)

8. Inteligencia emocional

La inteligencia emocional agrupa al conjunto de habilidades psicológicas que permiten apreciar y expresar de manera equilibrada nuestras propias emociones, entender las de los demás, y utilizar esta información para guiar nuestra forma de pensar y nuestro comportamiento. (13)

9. Conciencia emocional

Podemos definir la conciencia emocional como la capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. (13)

10. Motivación

La palabra motivación deriva del latín *motivus* o *motus*, que significa ‘causa del movimiento’. La motivación puede definirse como «el señalamiento o énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo». Otros autores definen la motivación como «la raíz dinámica del comportamiento»; es decir, «los factores o determinantes internos que incitan a una acción». La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta. (13)

11. Comunicación

Es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra, alterando el estado de conocimiento de la entidad receptora. (15)

1.7. Hipótesis

1.7.1. Hipótesis principal

Dado que los alumnos de los últimos ciclos tienen mayor conocimiento de las diferentes alteraciones y la intervención terapéutica y además han tenido más contacto con los pacientes; es probable que el nivel de carrera tendría relación directa y significativa sobre la empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015

1.7.2. Hipótesis secundarias

- 1) El nivel de carrera por avance académico en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015, es del III y VIII ciclo.
- 2) La empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015, es alto.

1.7.3. Hipótesis estadística

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de carrera y la empatía de los estudiantes.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de carrera y la empatía de los estudiantes.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

1. Nivel, tipo y diseño de la investigación

i. Nivel de la investigación

Relacional.

ii. Tipo de la investigación

No experimental.

iii. Diseño de la investigación

Transversal.

b. Población, muestra

Unidad de estudio

Identificación de la unidad de estudio

Estudiantes de III y VIII ciclo de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.

Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en todo el III y VIII ciclo de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas peruanas, filial Arequipa. 2015.
- Estudiantes del III Y VIII ciclo asistentes durante la entrevista de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas - Filial Arequipa, 2015.

Criterios de exclusión

- Todos los estudiantes de III y VIII ciclo de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015 que se encuentren inactivos y/o inasistentes.
- Alumnos matriculados en otros ciclos de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas - Filial Arequipa, 2015.

i. Población

49 Estudiantes de la carrera de tecnología médica en el área Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas - Filial Arequipa, 33 estudiantes en el III ciclo y 16 estudiantes en el VIII ciclo.

ii. Muestra

No se utiliza muestra ya que se trabaja con la población total de los ciclos III Y VIII de la carrera de tecnología médica en el área Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.

c. Técnicas e instrumentos

i. Técnicas

Encuesta.

ii. Instrumentos

Se utilizaron los instrumentos: “Cuestionario de nivel de carrera y género” para la variable 1 y “Escala de Empatía Médica de Jefferson” para la variable 2.

A. CUESTIONARIO DE NIVEL DE CARRERA Y GÉNERO

a) Descripción del cuestionario de nivel de carrera y género.

Se pregunta a los estudiantes: Nivel de carrera por avance académico y género.

b) Matriz del cuestionario de nivel de carrera y género.

Cuestionario que evalúa:

Tabla Nº 1: Matriz del cuestionario de nivel de carrera y género.

Nro.	Ítem	Parámetros o categorías	Escala
1	Nivel de carrera	Respuesta a cuestionario	nominal
2	Sexo	Respuesta a cuestionario	nominal

Evalúa un grupo de aspectos que permiten conocer el nivel de empatía de los estudiantes de ambos géneros y permite la comparación posterior según el ciclo de carrera y de género.

c) Validez y confiabilidad del cuestionario de nivel de carrera y género.

Es un cuestionario de preguntas y respuestas de acuerdo a cada estudiante de sondeo educativo y género.

d) Aplicación del cuestionario de nivel de carrera y género.

Para la aplicación del instrumento, el investigador llenará los datos solicitados de acuerdo a las respuestas que del estudiante.

e) Modelo del cuestionario de nivel de carrera y género.

Se adjunta su modelo en el anexo 3.

B. ESCALA DE EMPATÍA MEDICA DE JEFFERSON

a. Descripción de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Se utiliza la escala de empatía médica de Jefferson para valorar la variable como: nivel de empatía.

b. Matriz de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Escala de empatía medica de Jefferson que evalúa.

Tabla Nº 2: Matriz de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Nro.	Ítem	Parámetros o categorías	Escala
3		Nivel de empatía	Respuesta a escala Nominal

Evalúa un grupo de aspectos que permiten conocer el nivel de empatía de los estudiantes de ambos géneros y permite la comparación posterior de resultados.

c. Validez y confiabilidad de la Escala de empatía medica de Jefferson

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 (1 punto). 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.

Tabla N° 3: Resumen del procesamiento de la validación de la escala de Empatía Medica de Jefferson

		Alfa de Cronbach	Nº de ítems	Correlación elemento
Empatía de Jefferson	Factor 1	0.944	7	Total .745 a .891
	Factor 2	0.773	10	.321 a .592
	Factor 3	0.749	2	0,601
Total		0.860	19	.18 a .764

Al realizar 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, 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.

d. Aplicación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Para la aplicación del instrumento, el estudiante llenará los datos solicitados de acuerdo a las preguntas solicitadas en la escala.

e. Modelo de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Se adjunta su modelo en el anexo 4.

d. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

i. Matriz de base de datos

Una vez obtenidos los datos de campo. Procederemos a tabularlos utilizando el programa de computadora Microsoft Excel 2010 para obtener los valores estadísticos descriptivos y las asociaciones significativas, siguiendo los valores de validez propuestos. Los resultados se expondrán en cuadros y gráficos estadísticos.

ii. Sistematización de cómputo

Se utilizará el programa de computadora Microsoft Excel 2010 y el SPSS versión 22, el cual es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y de salud.

iii. Pruebas estadísticas

Se analizó la correlación Ítem-Test y análisis factorial a través de la extracción de los factores principales de puntajes sujeto mediante programa estadístico SPSS Versión 22 y Microsoft Excel 2010, se realizaron pruebas estadísticas como:

- Chi 2
- Media
- Mediana
- Baremo

Adjuntados en el protocolo.

CAPITULO III

RESULTADOS

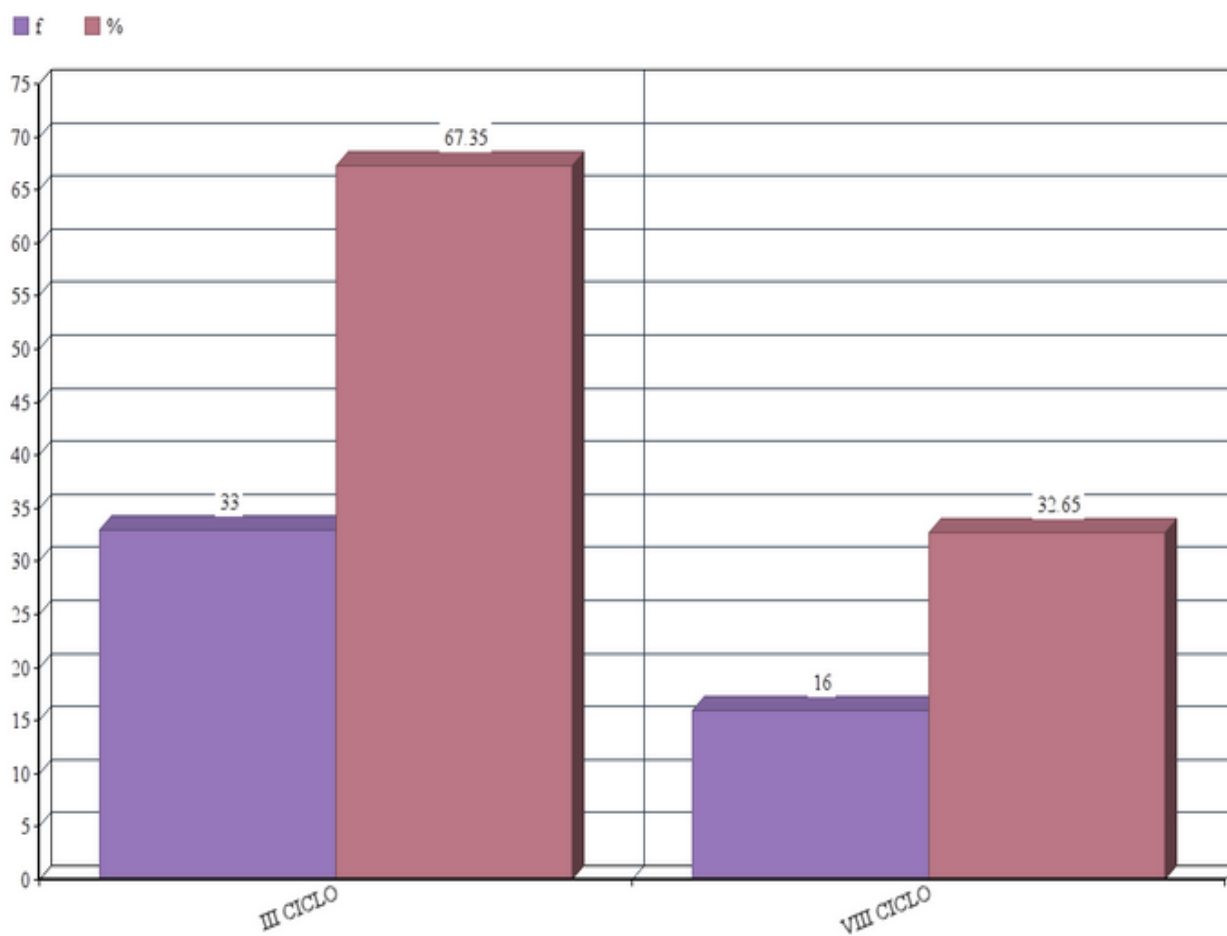
3.1. Resultados de la Variable: Nivel de carrera

Tabla Nº 4: Nivel de carrera

Ciclo	f	%
III	33	67.35%
VIII	16	32.65%
Total	49	100%

Interpretación:

En el análisis estadístico se observa que para el III ciclo hay 33 estudiantes lo que equivaldría al 67.35% y que para el VIII ciclo hay 16 estudiantes que equivale al 32.65%, lo que indica mayor población en el III ciclo respecto al VIII ciclo.

Gráfico N° 1: Resultado de la variable: Nivel de carrera

3.2. Resultados de la variable: Empatía con los pacientes

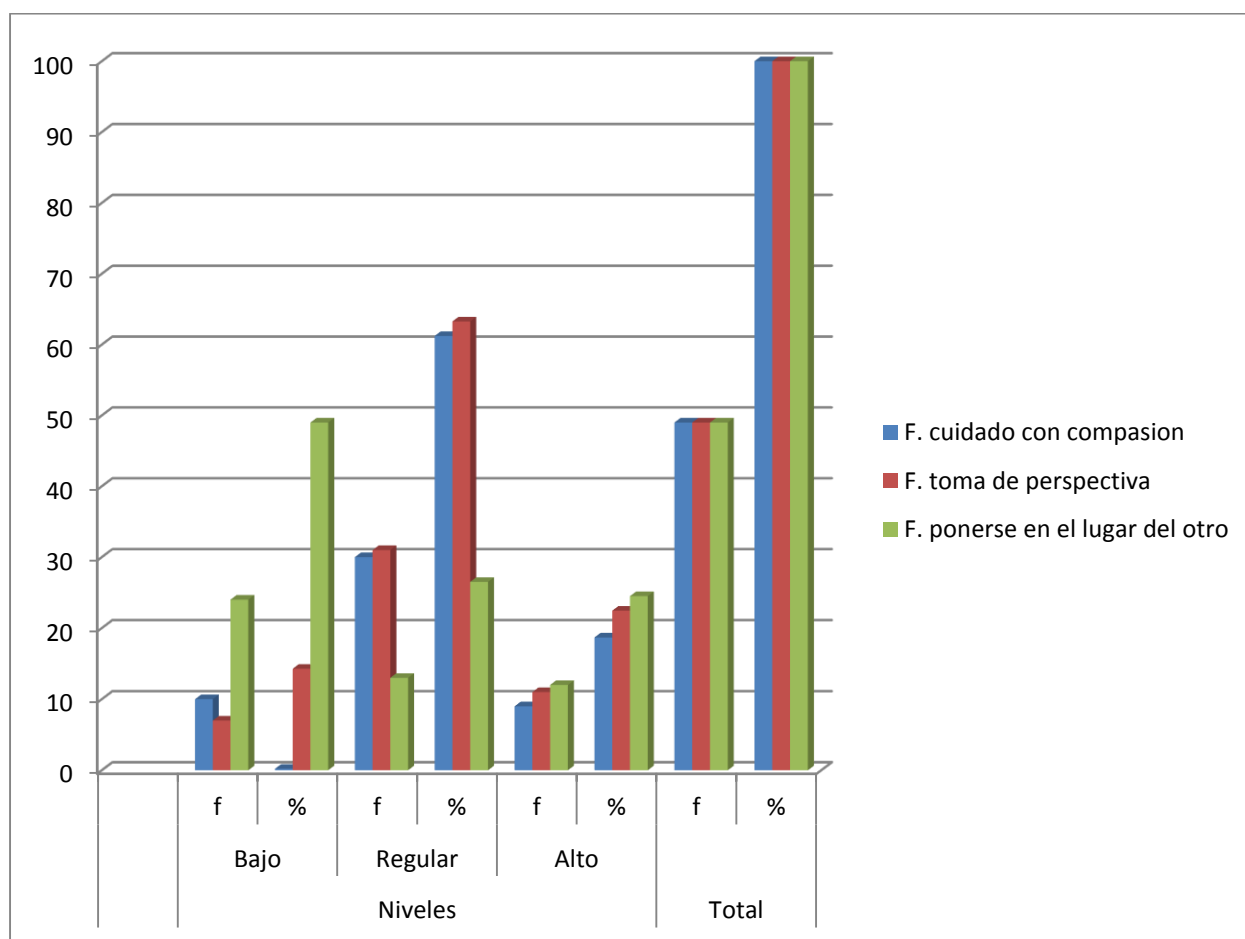
Tabla N°5: Resultados de la variable: Empatía con los pacientes

Empatía con los pacientes	Niveles						Total	
	Bajo		Regular		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
F. cuidado con compasión	10	20%	30	61,22%	9	18,68%	49	100
F. toma de perspectiva	7	14,28%	31	63,27%	11	22,45%	49	100
F. ponerse en el lugar del otro	24	49%	13	26,5%	12	24,5%	49	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la empatía con los pacientes en estudiantes se observa que los valores más altos se evidencian para el factor “ponerse en el lugar del otro”.

Gráfico N° 2: Resultados de la variable: Empatía con los pacientes



3.3. Resultados de la variable: Sexo

3.3.1. Resultados del indicador: Factor cuidado con compasión

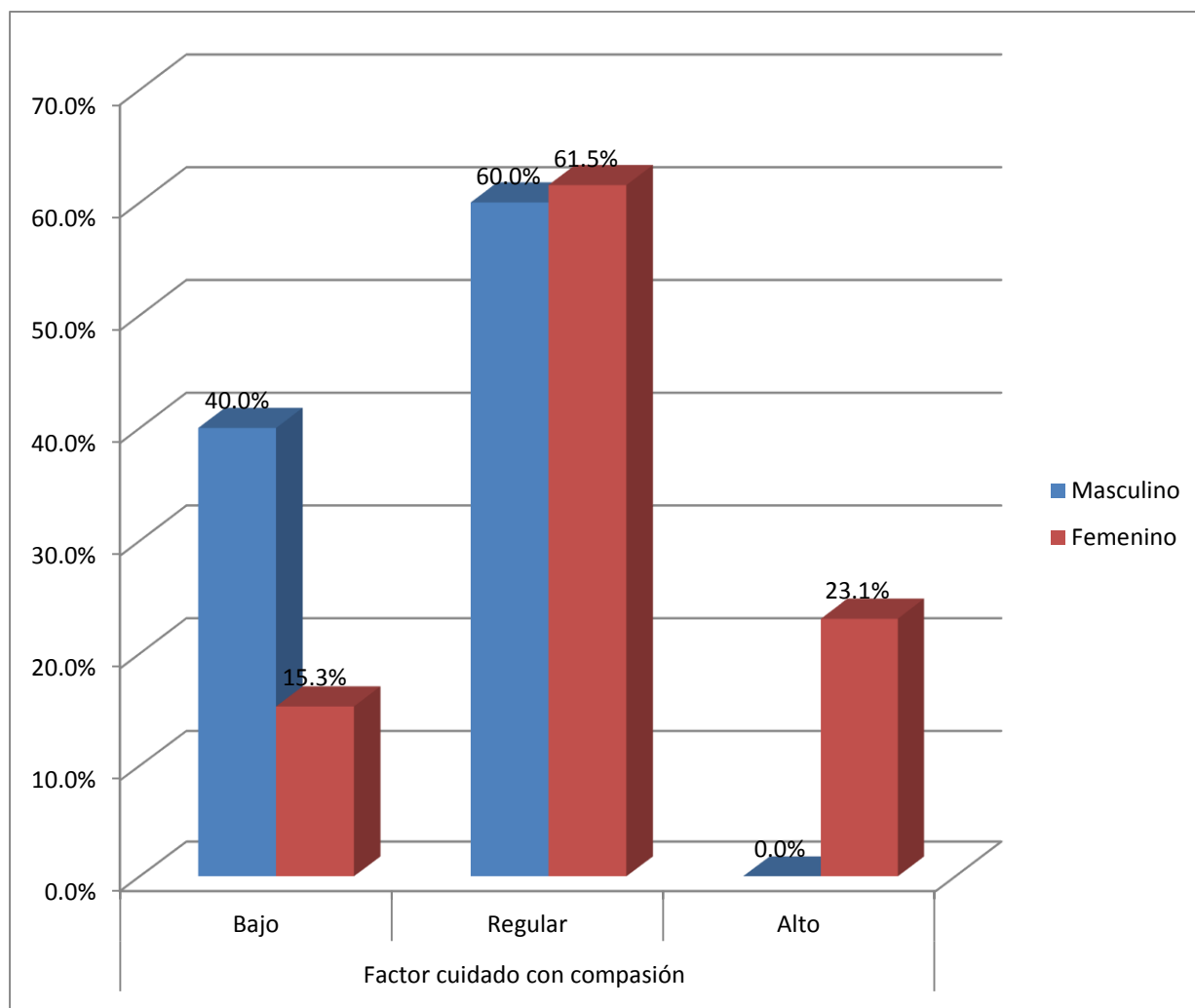
Tabla Nº 6: Resultados del factor cuidado con compasión en relación al sexo de los estudiantes

SEXO DE LOS ESTUDIANTES	Factor cuidado con compasión						Total	
	Bajo		Regular		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
MASCULINO	4	40	6	60	0	0	10	100
FEMENINO	6	15.38	24	61.54	9	23.08	39	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la relación entre el sexo de los estudiantes y factor cuidado con compasión, se observa que tanto en el sexo femenino como en el sexo masculino los encuestados presentan mayor porcentaje en el nivel regular, con mayores niveles de empatía con los pacientes en el sexo femenino y se observa que en este nivel los encuestados del sexo masculino presentan un porcentaje nulo.

Gráfico N° 3: Resultados del factor cuidado con compasión en relación al sexo de los estudiantes



3.3.2. Resultados del indicador: Toma de perspectiva

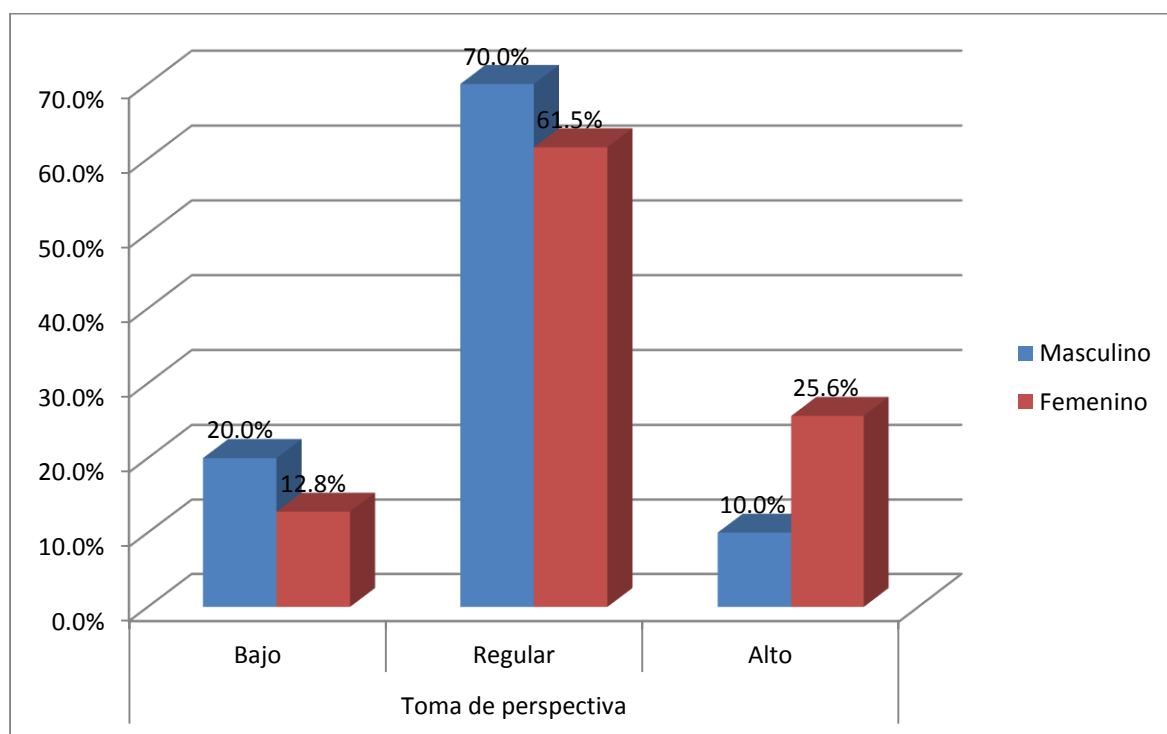
Tabla N° 7: Resultados del factor toma de perspectiva en relación con el sexo de los estudiantes

SEXO DE LOS ESTUDIANTES	Factor toma de perspectiva						Total	
	Bajo		Regular		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
MASCULINO	2	20	7	70	1	10	10	100
FEMENINO	5	12.82	24	61.54	10	25.64	39	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la relación entre el sexo de los estudiantes y factor toma de perspectiva, se observa que, tanto en el sexo femenino como en el sexo masculino, los encuestados presentan mayor porcentaje en el nivel regular, con mayores niveles de empatía con los pacientes en el sexo femenino.

Gráfico N° 4: Resultados del factor toma de perspectiva en relación con el sexo de los estudiantes



3.3.3. Resultados del indicador: Ponerse en el lugar del otro

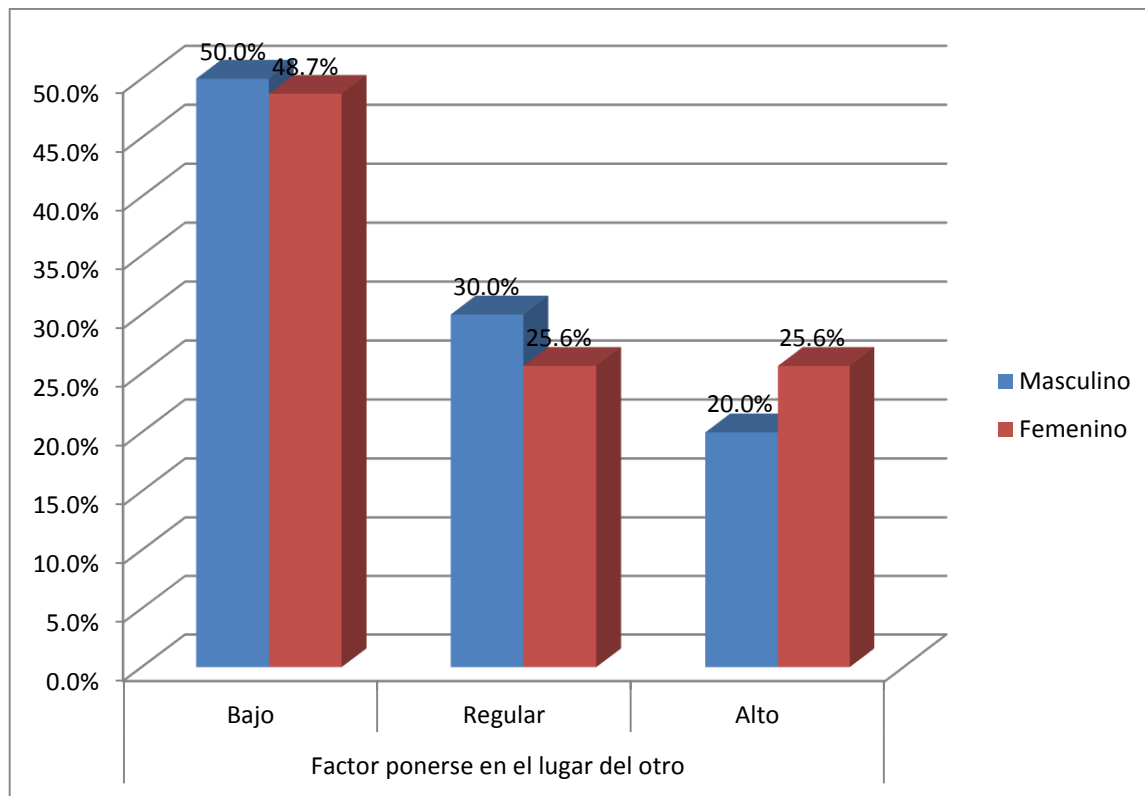
Tabla N° 8: Resultados del factor ponerse en lugar del otro en relación con el sexo de los estudiantes

SEXO DE LOS ESTUDIANTES	Factor ponerse en el lugar del otro						Total	
	Bajo		Regular		Alto			
	f	%	f	%	f	%	f	%
MASCULINO	5	50	3	30	2	20	10	100
FEMENINO	19	48.72	10	25.64	10	25.64	39	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la relación entre el sexo de los estudiantes y el factor ponerse en el lugar del otro, se observa que tanto en el sexo femenino como en el sexo masculino, los encuestados presentan mayor porcentaje en el nivel regular, con mayores niveles de empatía con los pacientes en el sexo femenino.

Gráfico N° 5: Resultados del factor ponerse en lugar del otro en relación con el sexo de los estudiantes



3.4. Resultados del problema de investigación

3.4.1. Resultados de la relación entre el nivel de carrera y la empatía con los pacientes

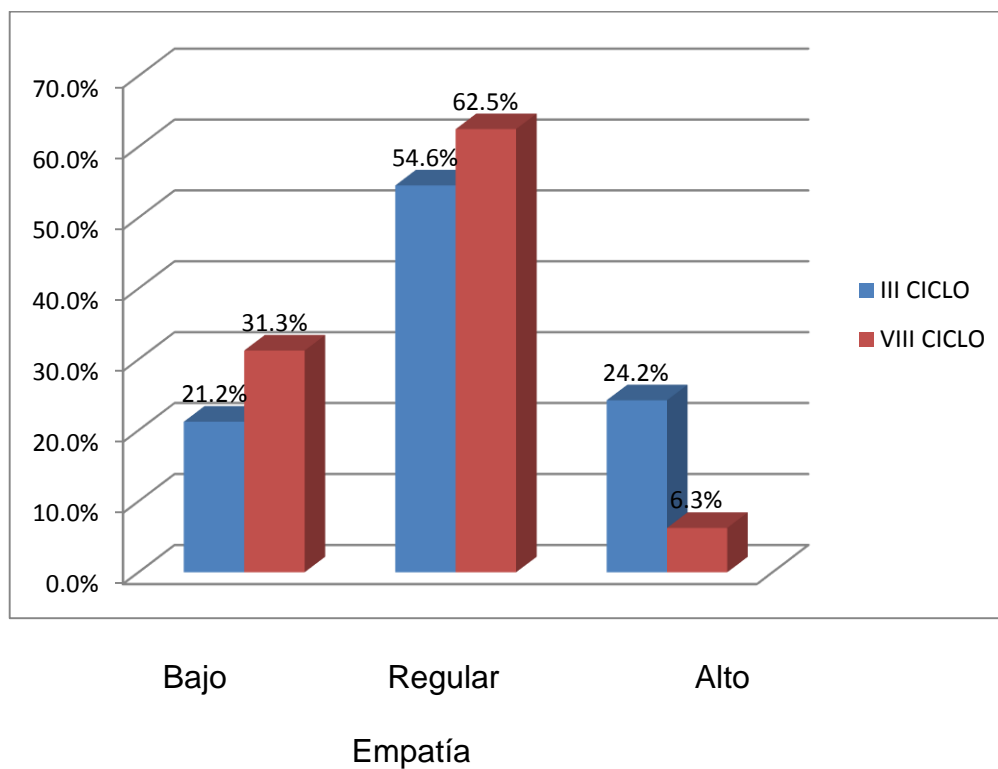
Tabla Nº 9: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y la empatía con los pacientes

NIVEL DE CARRERA	Empatía con los pacientes						Total	
	Bajo		Regular		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
III CICLO	7	21.21	18	54.55	8	24.24	33	100
VIII CICLO	5	31.25	10	62.5	1	6.25	16	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la relación entre el nivel de carrera y la empatía con los pacientes, se observa que hay mayores niveles de empatía con los pacientes en el III ciclo en relación al VIII ciclo de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación.

Gráfico N° 6: Resultados de la relación entre el nivel de carrera y la empatía con los pacientes



3.4.2. Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor cuidado con compasión

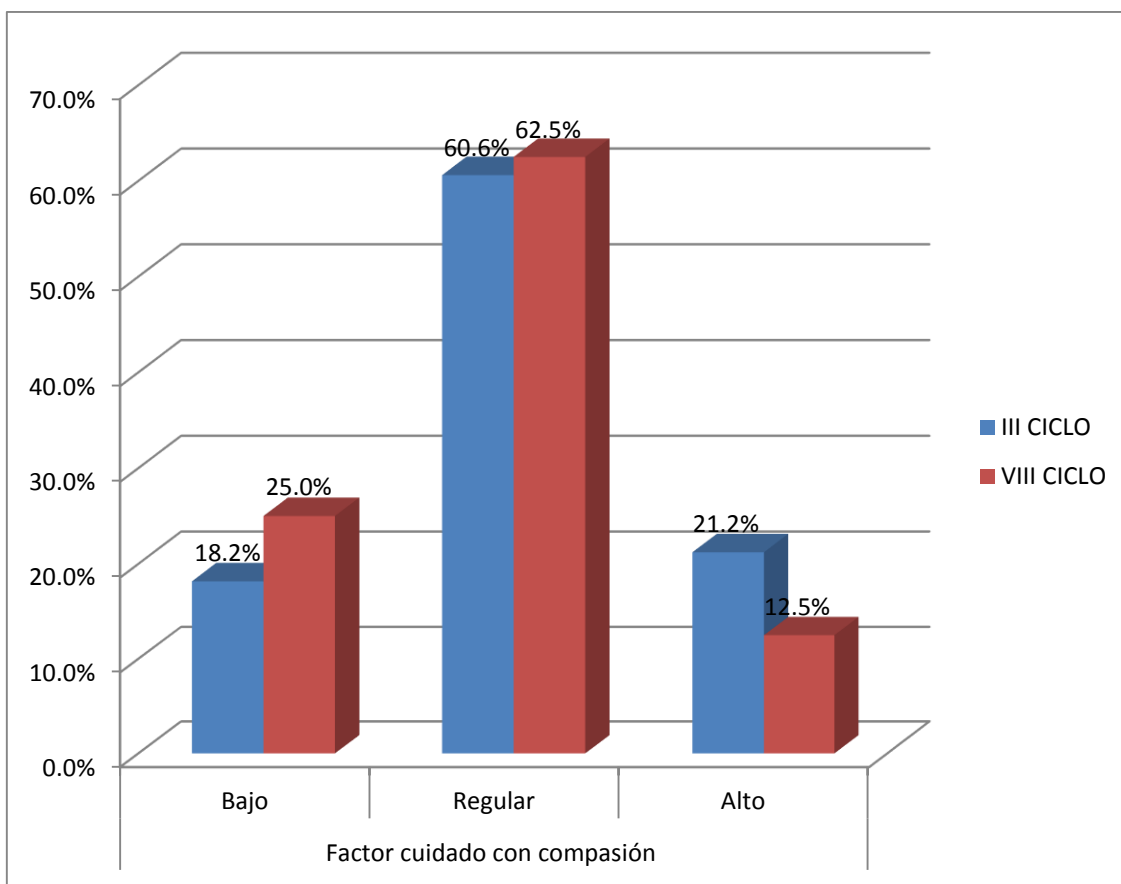
Tabla Nº 10: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor cuidado con compasión

NIVEL DE CARRERA	Factor cuidado con compasión						Total	
	Bajo		Regular		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
III CICLO	6	18.18	20	60.61	7	21.21	33	100
VIII CICLO	4	25	10	62.5	2	12.5	16	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la relación entre nivel de carrera de los estudiantes y factor cuidado con compasión, se observa que tanto en el III como en el VIII ciclo los encuestados presentan predominancia en el nivel regular lo que da como resultado mayor porcentaje en el nivel regular, mas hay mayores niveles de empatía con los pacientes en el III ciclo.

Gráfico N° 7: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor cuidado con compasión



3.4.3. Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor toma de perspectiva

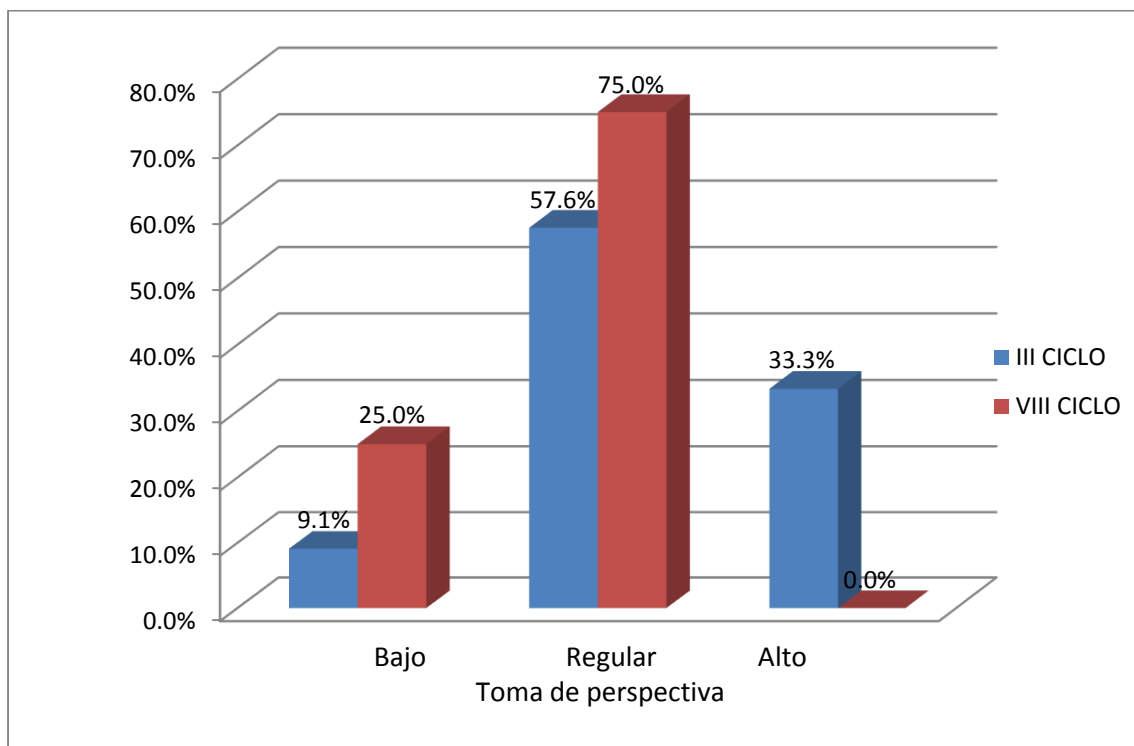
Tabla Nº 11: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor toma de perspectiva

NIVEL DE CARRERA	Factor toma de perspectiva						Total	
	Bajo		Regular		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
III CICLO	3	9.09	19	57.58	11	33.33	33	100
VIII CICLO	4	25	12	75	0	0	16	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y factor toma de perspectiva, se observa que, tanto en el III como en el VIII ciclo, los encuestados presentan mayor porcentaje en el nivel regular, con mayores niveles de empatía con los pacientes en el III ciclo en comparación con un porcentaje nulo en el VIII ciclo.

Gráfico N° 8: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor toma de perspectiva



3.4.4. Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor ponerse en el lugar del otro

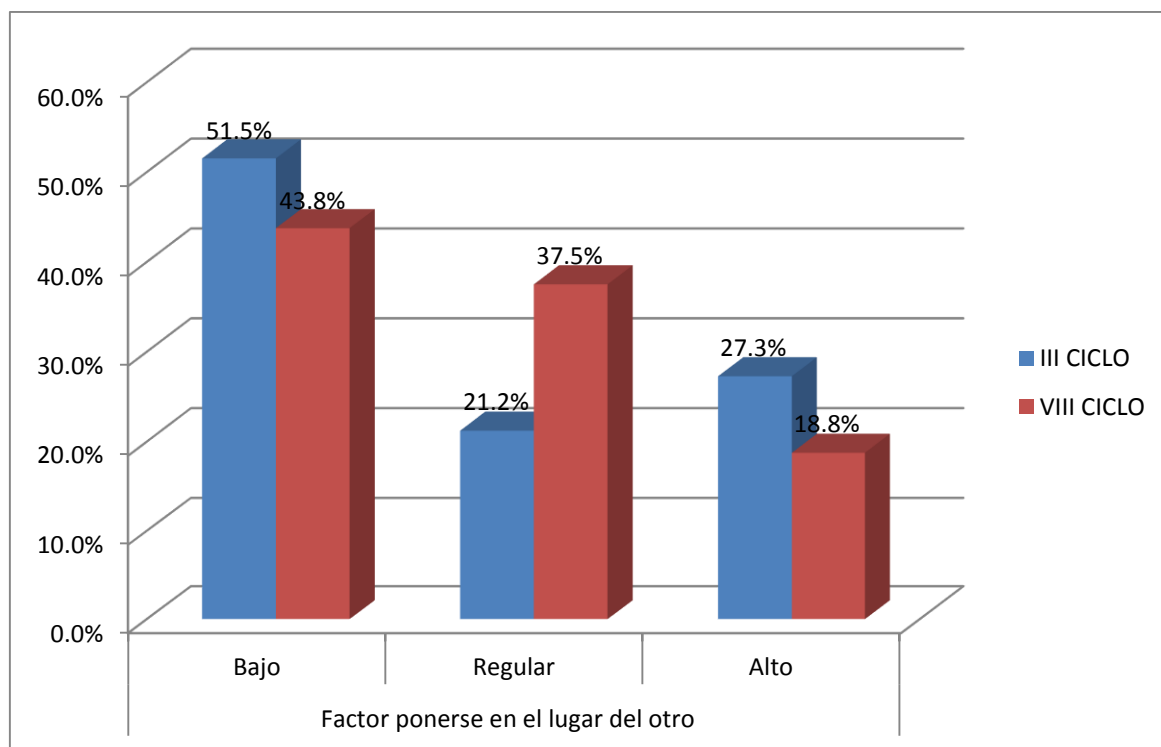
Tabla Nº 12: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor ponerse en el lugar del otro

NIVEL DE CARRERA	Factor ponerse en el lugar de otro						Total	
	Bajo		Regular		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
III CICLO	17	51.52	7	21.21	9	27.27	33	100
VIII CICLO	7	43.75	6	37.5	3	18.75	16	100

Interpretación:

En el análisis estadístico de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y factor ponerse en el lugar del otro, se observa que, tanto en el III como en el VIII ciclo los encuestados presentan mayor porcentaje en el nivel regular, con mayores niveles de empatía con los pacientes en el III ciclo.

Gráfico N° 9: Resultados de la relación entre el nivel de carrera de los estudiantes y el factor ponerse en el lugar del otro



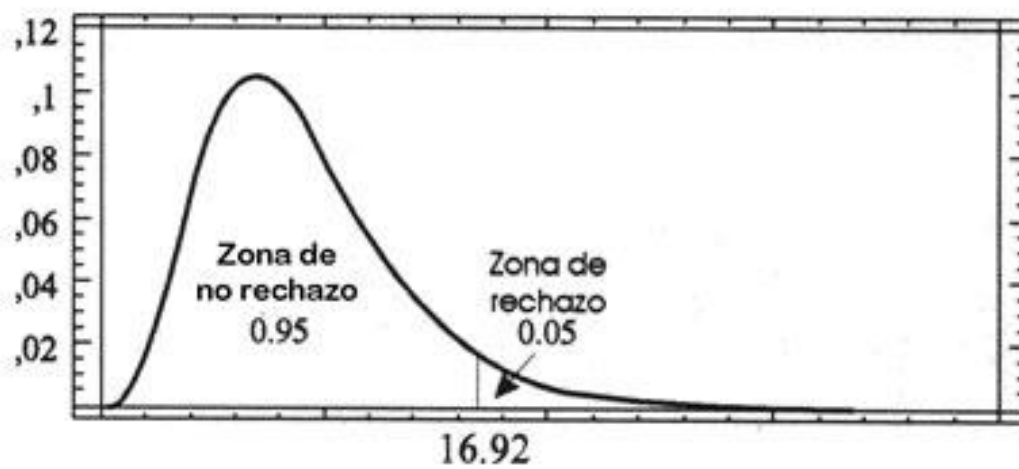
3.4.5. Resultados de la prueba estadística para comprobar la hipótesis estadística

Tabla Nº 13: Resultados de la prueba estadística para comprobar la hipótesis estadística

Probabilidad	0.029
Grados de libertad	2
Chi ²	4.521

Estadísticamente si la probabilidad es menor de 0.05, rechazamos la hipótesis nula y por lo tanto entre ambas variables existe una relación en este caso inversa.

Gráfico N° 10: Resultados de la prueba estadística para comprobar la hipótesis estadística



3.5. Discusión De Los Resultados

3.5.1. Discusión de los resultados a nivel de la variable 1: Nivel de carrera

Se observa en los resultados que para el III ciclo hay 33 estudiantes y para el VIII ciclo hay 16 estudiantes con un total de 49 estudiantes de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación

3.5.2. Discusión de los resultados a nivel de la variable 2: Empatía con los pacientes

Se observa en los resultados según la Escala Médica de empatía de Jefferson que se aplicó a los estudiantes encuestados y se evidencia porcentajes más altos de empatía con los pacientes en el III ciclo en relación al VIII ciclo de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación en contraste con la mayoría de antecedentes investigativos que dio como resultado todo lo contrario, ya que en el presente trabajo de investigación encontramos que a niveles más bajos por avance de carrera, existían mayores niveles de empatía.

3.5.3. Discusión de los resultados a nivel del problema

Según la Escala Médica de Empatía de Jefferson observamos que hay niveles mayores de empatía con los pacientes en el III ciclo de carrera respecto al VIII ciclo en los estudiantes de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación, a diferencia de los antecedentes investigativos tomados en cuenta en este estudio, ya que la mayoría dio como resultados que a mayor nivel de carrera existía niveles más altos de empatía.

Lo que indicaría que durante la carrera de Tecnología Médica y Rehabilitación en vez de aumentar los niveles de empatía con los pacientes y familiares, éste disminuye, debido probablemente a que habrían factores negativos tanto en los docentes como en los estudiantes, que influyen en los niveles de empatía con los pacientes disminuyéndolos.

4. Conclusiones

PRIMERA: Se concluye que para la variable 1: Nivel de carrera por avance que hay 33 estudiantes en el III ciclo y 16 estudiantes para el VIII ciclo de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.

SEGUNDA: Se concluye que los niveles de empatía con los pacientes son más altos en el III ciclo respecto al VIII ciclo de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.

TERCERA: Hay una relación inversa estadísticamente significativa entre el nivel de carrera y la empatía lo que quiere decir que a menor nivel de la carrera por avance de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015 hay mayores niveles de empatía con los pacientes, no comprobándose la hipótesis principal.

5. Recomendaciones

1. Se recomienda a la Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa y a los docentes enseñar e interiorizar la utilidad de la empatía como elemento fundamental en la relación de salud-paciente-familia capacitándose para aprender a estar al tanto, a comprender y a compartir los sentimientos con los pacientes y también con los estudiantes de manera que progresivamente se pueda fortalecer su comportamiento empático.
2. Se recomienda a los egresados de la Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica y de otras escuelas de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud tomar como antecedente investigativo este estudio y así mismo tener en cuenta la variabilidad respecto al género con los niveles de empatía con los pacientes más altos e investigar en estudiantes de otras carreras de la salud a la empatía que es fundamental en el trato con los pacientes.

6. Referencias bibliográficas

1. Rivera I. AR,ZAyDV. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). 2011; 27 (1)(63-72.)
2. Medina M. Rasgos de personalidad en estudiantes universitarios. Universidad de Carabobo. Valencia. Ediciones Delforn, C.A. 2011; I.
3. Rojas-Serey A,CBSyPIR. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. Educ. méd.. 2009; 12(2)(103-109.).
4. Ubillús G,SM,RD,RC,RCySJ. La orientación empática. en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres.. Revista Horizonte Médico. 2010; 10(2)(39-43).
5. Gutierrez-Ventura. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Revista Estomatológica Herediana. 2012; Vol. 22(2).
6. Luis-Chinchay SJ. Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Pedro Ruiz Gallo. Universidad Pedro Ruiz Gallo.; 2011.
7. Sánchez JyGJ. La empatía en la docencia. 2003.
8. Guílera L. Empatía. Conceptualización y bases neurobiológicas. Anales de Psiquiatría. 2008; 24(5)(216-222).
9. Eisenberg N. Emotion, regulation, and moral development. Annual Review of Psychology. 2000; 51(665-697).
10. Davis M. "A multidimensional approach to individual differences in empathy". JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology. 1980; 10(1-19).
11. Torrealba T. La empatía: Núcleo del cuidar. Apostillas de Edith Stein.. Tempus Vitalis. Revista Internacional para el cuidado del Paciente del Crítico. 2004; 3(49-52).
12. D. G. La práctica de la inteligencia emocional Barcelona: Editorial Kairós; 2006
13. García-Campayoa J,LAGL. Empatía: la quinta esencia del arte de la medicina.. Medicina Clínica. 1995; 1(27-30).
14. Brusco A. Elementos de relación de ayuda. ARS MÉDICA. [Online].; 1998 [cited 2014 Diciembre 14. Available from:.

15. Ruiz JyCJ(. Manual de Psicoterapia Cognitiva. Manual de Psicoterapia Cognitiva. 2002.
16. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J, et al.. An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ. 2004; 38(938 - 41).
17. Jackson PL,ANMyJD. How do we Perceive the Pain of others?. A Window into the Neural Processes Involved. 2005; 24(771-779)
18. González de Rivera J. Empatía y Empatía. Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-line. 2005; 4(2).
19. Roger C. El proceso de convertirse en persona. Paidós: Barcelona, España. 1989; III.
20. Vivas M. GDyGB. Educar las emociones. Mérida, Venezuela: Editorial Dykinson.; 2007.
21. Carvajal Guerrero C,RPA. Empatía y comunicación efectiva con el usuario. Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. 2005 Marzo - Abril; I.
22. Gómez IyHA. Entrevista: Calidad Empática. Universidad Autonoma de Madrid. 2004; I.
23. Osequera R. El humanismo en la educación médica.. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2006; 30(001)(51-63).
24. Chen J,LJyDD. Impacto de la empatía del paciente en el modelado de Estudiantes de Farmacia, Cuidar a los más necesitados. Am JPharm Educ. 2008; 72 (2)(40).
25. Molina NyPI. El clima de relaciones interpersonales en el aula un caso de estudio. Paradigma. 2005; 127(193-219.).
26. García-Huidobro, D., Núñez, F., Vargas, P., Astudillo, S., Hitschfeld, M; Género, R. et al. Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. Rev. Méd. Chile. 2006; 134(947-954).
27. Naranjo I y Ricaute G. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ Enferm.

- 2006; 24(1)(94-98).
28. Poveda J. *Locura y creatividad*. España: ALHAMBRA. 1981; II.
 29. Boelen C. scielo. [Online].; 2009 [cited 2014 Diciembre 15. Available from:
 30. Gonzáles A,GMyKO. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2003; 17(1) (9-46).
 31. Dupuy L. Empatía, habilidades emocionales y actuación. *Evid pract ambu*. 2005; 8(173-176).
 32. Tizón J. Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las Primeras Jornadas Estatales de estudio y reflexión sobre el tema.. v. 2009; 12 (4)(209 - 221).
 33. Intramed LVd. Aspectos psicoterapéuticos de la relación medico paciente. *Intramed*. 2006; I.
 34. Alonso GMyKBO. [Online].; 2003.
 35. Pagliarulo E. *Medicina y Resiliencia*. Segunda parte. *Medicina & Cultura*. Suplemento mensual de Clínica-UNR.org. 2008; II(18).
 36. Carvajal A,MC,MT,GCyCF. Analisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de Medicina, a través de una escala para este efecto. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 2004; 15 (49)(1-46).
 37. Ramírez-Gordillo J,RCG,BFJ. Uso de la inteligencia emocional para lograr la empatía entre tutor y tutorado durante la etapa de enseñanza-aprendizaje. *docstoc*. 2009.
 38. Buckman R,TJ&R. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition? *Us National Library of Medicine National Institutes of Health*. 2011 Marzo; 183(5)(569–571).
 39. Macias L. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Revista Humanidades Medicas*. 2011 Marzo; 11(1).
 40. Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M & Magee, M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(1563-69.).
 41. Alcorta- Garza A,GJ,TS,RFyHM. redalyc. [Online].; 2005 [cited 2014 Diciembre

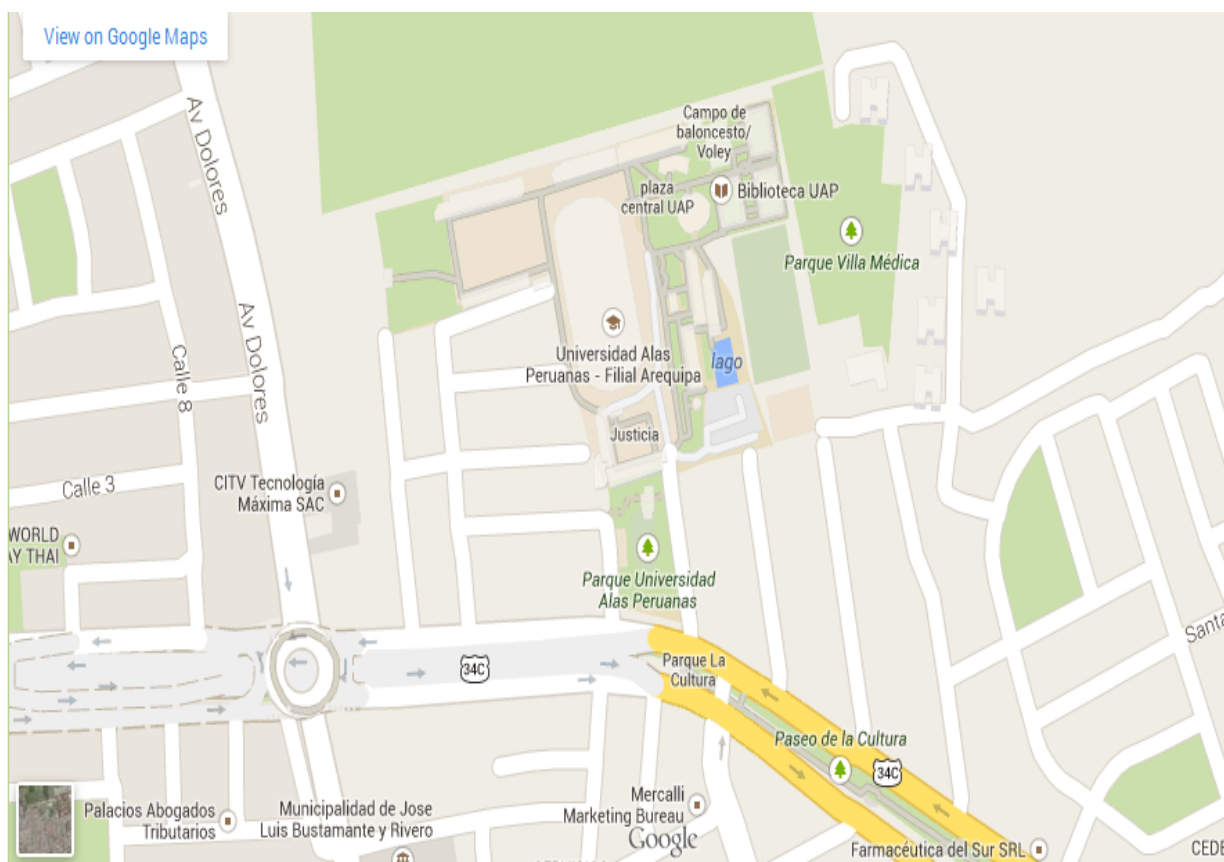
13. Available from: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58252808.pdf.
42. Jette DUyLGP. Construct Validation of a Model for Professional Behavior in Physical Therapist Student. *Physical Therapy*. 2003; 83(432-443).

ANEXOS

ANEXO 1

MAPA DE UBICACIÓN

Universidad Alas Peruanas, Ciudad de Arequipa, País Perú



ANEXO 2

GLOSARIO

1. Orientación empática

La orientación empática en el contexto de la salud ha sido descrita como un concepto que involucra tanto aspectos cognitivos como afectivos y que se define como la regularidad en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones personales de las personas para actuar de manera empática en el contexto de sus roles como profesionales de la salud.

2. Terapia física

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la Fisioterapia como: "El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución".

3. Rehabilitación

Según la OMS es «el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles»

4. Cognición

Se define como la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información. Consiste en procesos tales como el aprendizaje,

razonamiento, atención, memoria, resolución de problemas, toma de decisiones y procesamiento del lenguaje.

5. Percepción

Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. También se puede definir como un proceso mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo. Toda percepción incluye la búsqueda para obtener y procesar cualquier información.

6. Inferencia

Deducción de una cosa a partir de otra, conclusión.

7. Conducta Prosocial

“Actos realizados en beneficio de otras personas; maneras de responder a éstas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, rescate, confortamiento y entrega o generosidad”

8. Feed back

También referida de forma común como retroalimentación, es un mecanismo por el cual una cierta proporción de la salida de un sistema se dirige a la entrada, con objeto de controlar su comportamiento.

9. Congruente

Coherente, razonable, oportuno.

10. Psicometría

Es la disciplina que se encarga del conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en medir y cuantificar las variables psicológicas del psiquismo humano.

11. Constructo

Es en psicología, cualquier entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica. Un constructo es algo de lo que se sabe que existe, pero cuya definición es difícil o controvertida.

ANEXO 3**INSTRUMENTO N° 1****CUESTIONARIO DE NIVEL DE CARRERA Y GÉNERO.**

- **MARQUE CON UNA “X” DONDE CORRESPONDA**

1.1. CICLO:

A. III ()

B. VIII ()

*Sólo si está matriculado en la mayoría de los cursos de cada ciclo

1.2. SEXO:

A. Femenino ()

B. Masculino ()

ANEXO 4

INSTRUMENTO N° 2

ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

INSTRUCCIONES

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones, marcando con una (x) el número apropiado que se encuentra al lado de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo)

No empatía

Empatía

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente en
desacuerdo

Totalmente de
acuerdo

- | | | |
|------|--|---------|
| 1.3. | Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico. | 1234567 |
| 1.4. | Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo de sus sentimientos. | 1234567 |
| 1.5. | Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes. | 1234567 |
| 1.6. | Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación tecnólogo médico paciente. | 1234567 |
| 1.7. | Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico. | 1234567 |
| 1.8. | La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente. | 1234567 |
| 1.9. | Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica. | 1234567 |

- 1.10. La atención a las expectativas personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento. 1234567
- 1.11. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo. 1234567
- 1.12. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma. 1234567
- 1.13. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto. 1234567
- 1.14. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas. 1234567
- 1.15. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal. 1234567
- 1.16. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica. 1234567
- 1.17. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada. 1234567
- 1.18. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias. 1234567
- 1.19. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado. 1234567
- 1.20. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias. 1234567
- 1.21. No disfruto leer literatura no médica o arte. 1234567
- 1.22. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico. 1234567

ANEXO 5
**PROTOCOLO O MANUAL DEL INSTRUMENTO 1: CUESTIONARIO DE NIVEL
DE CARRERA Y GÉNERO.**

En el cuestionario se evalúa a los estudiantes mediante una encuesta y evalúa las siguientes variables:

Género: Masculino o Femenino

Nivel de carrera: A los estudiantes matriculados en la mayoría de los cursos del III y VIII ciclo de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación.

ANEXO 6

PROTOCOLO O MANUAL DEL INSTRUMENTO 2: ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

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. 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 (1 punto).

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.

Se realizó la encuesta a 49 estudiantes 33 del III ciclo y 16 del VIII ciclo en el cual se evalúa:

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

- Para poder realizar la medición en niveles se utilizó Baremo, detallado a continuación:

N° de preguntas: 20 * N° de ítems: 7= 140

$140 - N^{\circ}$ de preguntas: 20= 120

$120 / 3$ niveles (alto, medio, bajo)= 40

$40 + N^{\circ}$ de ítems: 20= 60

Entonces:

Puntuación	=	Niveles
0-60	=	Bajo
61-100	=	Medio
101-140	=	Alto

ANEXO 7

MATRIZ DE BASE DE DATOS

U	Sex	Cicl	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	It	F. Cuidado con compasión	F. Toma de perspectiva	F. Ponerse en el lugar del otro	E m pa tía		
U1	Ma	VIII																								
E	scul	CIC	1	7	7	6	5	1	2	1	5	2	2	3	2	3	4	6	6	4	1	7	13	50	12	75
U2	Ma	VIII																								
E	scul	CIC	6	6	7	7	6	7	7	7	7	6	7	2	6	7	6	6	6	4	7	7	43	63	18	124
U3	Ma	VIII																								
E	scul	CIC	6	6	7	6	5	1	2	1	5	2	2	3	2	5	5	6	6	5	1	7	20	50	13	83
U4	Ma	VIII																								
E	scul	CIC	6	7	4	7	7	6	7	2	4	5	7	7	7	7	6	6	6	3	6	6	42	61	13	116
U5	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	4	6	3	6	6	3	1	2	4	6	2	3	5	4	5	6	5	4	1	4	17	53	10	80
U6	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	5	1	6	2	2	6	1	1	2	2	6	6	2	6	2	2	2	6	6	7	31	24	18	73
U7	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	2	6	3	6	4	7	7	4	6	6	7	7	5	7	5	6	6	7	7	6	41	56	17	114
U8	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	7	7	3	7	6	5	7	7	4	6	7	7	2	7	7	7	6	3	6	7	48	59	11	118
U9	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	4	6	3	4	4	3	2	4	5	6	7	7	2	3	7	7	7	1	6	7	33	55	7	95
U10	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	6	6	3	2	4	4	3	4	6	6	7	7	3	3	7	7	6	2	6	7	36	54	9	99
U11	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	7	7	5	7	7	7	7	4	7	7	6	6	5	7	2	7	1	3	7	7	44	57	15	116
U	Fe	VIII																								
E	nin	CIC	7	7	6	7	5	7	2	7	7	2	7	6	4	6	3	7	7	4	6	6	41	55	17	111

U E 5	Fe me o	III CIC LO	7	7	4	7	3	1	7	7	7	3	7	2	7	7	7	7	4	7	4	44	59	9	11 2	
U E 6	Fe me o	III CIC LO	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	2	6	7	42	62	14	11 8	
U E 7	Fe me o	III CIC LO	1	7	6	4	7	7	7	3	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	39	65	20	12 4	
U E 8	Fe me o	III CIC LO	7	2	3	7	5	5	1	6	4	2	1	7	2	1	7	5	6	2	7	7	30	47	10	87
U E 9	Fe me o	III CIC LO	2	5	3	1	5	6	7	4	5	6	7	3	4	7	7	7	7	1	7	7	37	54	10	10 1
U E 0	Fe me o	III CIC LO	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	1	7	7	7	7	6	7	3	7	39	68	21	12 8
U E 1	Fe me o	III CIC LO	5	7	5	7	7	7	7	4	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	44	70	18	13 2	
U E 2	Fe me o	III CIC LO	4	6	3	4	7	5	5	4	7	7	6	5	4	6	4	4	6	2	6	7	36	56	10	10 2
U E 3	Fe me o	III CIC LO	1	6	6	7	6	6	7	2	7	6	7	7	7	7	7	7	6	7	5	7	36	66	19	12 1
U E 4	Fe me o	III CIC LO	7	4	3	7	6	1	7	1	7	5	6	7	6	7	7	7	7	6	6	7	41	63	10	11 4
U E 5	Fe me o	III CIC LO	1	7	7	7	7	2	7	6	7	6	7	6	3	7	7	7	7	4	7	7	41	65	13	11 9
U E 6	Fe me o	III CIC LO	5	6	7	7	6	4	6	1	6	5	6	7	7	7	6	6	7	2	4	4	36	60	13	10 9
U E 3	Fe me o	III CIC LO	7	7	4	7	7	2	7	4	5	4	7	2	5	7	7	7	2	5	1	7	35	58	11	10 4

ANEXO 8

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: RELACION DEL NIVEL DE CARRERA CON LA EMPATIA EN ESTUDIANTES DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL AREQUIPA, 2015

Problemas	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Resultados	Conclusiones	Sugerencias
<p>Principal</p> <p>¿Cuál es la relación del nivel de carrera y la empatía con los pacientes en los estudios de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015?</p> <p>Secundarios</p> <p>1. ¿Cuál es el nivel de carrera por avance académico en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015?</p> <p>2. ¿Cómo es la</p>	<p>Principal</p> <p>Determinar la relación del nivel de carrera y la empatía con los pacientes en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015</p> <p>Secundarios</p> <p>1. Determinar el nivel de carrera por avance académico en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.</p> <p>2. Analizar la empatía con los pacientes en los estudiantes de</p>	<p>Principal</p> <p>Dado que los alumnos de los últimos ciclos tienen mayor conocimiento de las diferentes alteraciones y la intervención terapéutica y además han tenido más contacto con los pacientes; es probable que el nivel de carrera tendría relación directa y significativa sobre la empatía con los pacientes en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015</p> <p>Secundarios</p> <p>1. El nivel de carrera por avance académico</p>	<p>Variable 1: Nivel de carrera Con dimensiones: Ciclo de carrera III y VIII mediante un cuestionario.</p> <p>Variable 2: Empatía con los estudiantes que mide las dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factor cuidado con compasión • Toma de perspectiva • Ponerse en el lugar del otro <p>Variable clasificatoria: Con dimensiones: Género de los estudiantes mediante un cuestionario.</p>	<p>Discusión de los resultados a nivel de la variable 1: Nivel de carrera</p> <p>Se observa en los resultados que para el III ciclo hay 33 estudiantes y para el VIII ciclo hay 16 estudiantes con un total de 49 estudiantes de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación</p> <p>Discusión de los resultados a nivel de la variable 2: Empatía con los pacientes</p> <p>Se observa en los resultados según la Escala Médica de empatía de Jefferson que se aplicó a los estudiantes encuestados y se evidencia porcentajes</p>	<p>PRIMERA: Se concluye que para la variable 1: Nivel de carrera por avance que hay 33 estudiantes en el III ciclo y 16 estudiantes para el VIII ciclo de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.</p> <p>SEGUNDA: Se concluye que los niveles de empatía con los pacientes son más altos en el III ciclo respecto al VIII ciclo de la carrera de</p>	<p>1..Se recomienda a la Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Alas Peruanas filial Arequipa y a los docentes enseñar e interiorizar la utilidad de la empatía como elemento fundamental en la relación de salud-paciente-familia capacitándose para aprender a estar al tanto, a comprender y a compartir los sentimientos con los pacientes y también con los estudiantes de manera que progresivamente se pueda fortalecer su comportamiento empático.</p> <p>2.Se recomienda a los egresados de la Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica y de otras escuelas de la Facultad de Medicina</p>

<p>empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015?</p>	<p>Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.</p>	<p>en estudiantes del III y VIII ciclo de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015</p> <p>2.La empatía con los pacientes en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015, es alto.</p>		<p>más altos de empatía con los pacientes en el III ciclo en relación al VIII ciclo de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación en contraste con la mayoría de antecedentes investigativos que dio como resultado todo lo contrario, ya que en el presente trabajo de investigación encontramos que a niveles más bajos por avance de carrera, existían mayores niveles de empatía.</p> <p>Discusión de los resultados a nivel del problema</p> <p>Según la Escala Médica de Empatía de Jefferson observamos que hay niveles mayores de empatía con los pacientes en el III ciclo de carrera respecto al VIII ciclo en los estudiantes de la carrera de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación, a diferencia de</p>	<p>Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015.</p> <p>TERCERA:</p> <p>Hay una relación inversa estadísticamente significativa entre el nivel de carrera y la empatía lo que quiere decir que a menor nivel de la carrera por avance de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas filial, Arequipa. 2015 hay mayores niveles de empatía con los pacientes, no comprobándose la hipótesis principal.</p>	<p>Humana y Ciencias de la Salud tomar como antecedente investigativo este estudio y así mismo tener en cuenta la variabilidad respecto al género con los niveles de empatía con los pacientes más altos e investigar en estudiantes de otras carreras de la salud a la empatía que es fundamental en el trato con los pacientes.</p>
--	--	--	--	--	---	---

				<p>los antecedentes investigativos tomados en cuenta en este estudio, ya que la mayoría dio como resultados que a mayor nivel de carrera existía niveles más altos de empatía.</p> <p>Lo que indicaría que durante la carrera de Tecnología Médica y Rehabilitación en vez de aumentar los niveles de empatía con los pacientes y familiares, éste disminuye, debido probablemente a que habrían factores negativos tanto en los docentes como en los estudiantes, que influyen en los niveles de empatía con los pacientes disminuyéndolos.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

