



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“NIVEL DE EMPATÍA EN UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LIMA METROPOLITANA, 2020.”

Tesis para optar el título profesional de:
Licenciada en Psicología

Autora:

Maryorite Milagros Cornejo Arispe

Asesor:

Mg. Tania Carmela Lip Marín de Salazar

Lima - Perú

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mis padres, quienes me apoyaron durante este proceso de desarrollo profesional y personal. También, va dedicado a mi abuela Manuelita, quien me brindó los mejores valores y apoyo durante toda mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco la asesoría y apoyo de mi asesora la Mg. Tania Lip, quien me brindó comprensión, tiempo y compartió sus conocimientos para realizar con éxito el presente trabajo de investigación.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO II. MÉTODO.....	35
CAPÍTULO III. RESULTADOS	47
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	60
REFERENCIAS	65
ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.....	11
TABLA N° 2.....	36
TABLA N° 3.....	39
TABLA N° 4.....	40
TABLA N° 5.....	43
TABLA N° 6.....	43
TABLA N° 7.....	44
TABLA N° 8.....	47
TABLA N° 9.....	47
TABLA N° 10.....	49
TABLA N° 11.....	51
TABLA N° 12.....	51
TABLA N° 13.....	52
TABLA N° 14.....	55
TABLA N° 15.....	55
TABLA N° 16.....	56
TABLA N° 17.....	56
TABLA N° 18.....	57
TABLA N° 19.....	58
TABLA N° 20.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1.....	48
FIGURA N°2.....	49
FIGURA N° 3.....	50
FIGURA N°4.....	53
FIGURA N° 5.....	53
FIGURA N° 6.....	54
FIGURA N° 7.....	54

RESUMEN

La empatía es una capacidad humana que posee diversas conceptualizaciones de enfoques distintos, desde la perspectiva médica tiene como característica comprender lo que el paciente siente, piensa y manifiesta; es un factor determinante en la relación médico-paciente. El objetivo del estudio fue determinar los niveles de empatía en una sociedad científica de estudiantes de la carrera de Medicina Humana de una Universidad Nacional de Lima Metropolitana. El presente estudio fue de tipo descriptivo comparativo de corte transversal y diseño no experimental, se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson estandarizado a nivel cultural para estudiantes (Mayo et. al, 2018), acompañado de un cuestionario sociodemográfico, a 82 estudiantes de medicina humana pertenecientes a una sociedad científica de una universidad nacional. Como resultado se obtuvo que el 86.37% de los estudiantes encuestados se ubican en la categoría alto de empatía, respecto a las dimensiones, se observa el nivel alto como predominante en todas las dimensiones; excepto en la dimensión *toma de perspectiva*. Las conclusiones del estudio son orientadas al nivel de empatía predominante que obtuvieron los estudiantes, la cual fue el nivel alto; asimismo, no presentaron diferencias significativas en el nivel de empatía cuando se comparó por género. Las limitaciones del estudio refieren el limitado número y accesibilidad de la población estudiada.

Palabras clave: Empatía, estudiantes, medicina, empatía médica

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Existen cuatro pilares fundamentales propuesto por Delors (2001) para el desarrollo del estudiante en su etapa universitaria: En primer lugar, el pilar aprender a conocer, que significa combinar una cultura general suficientemente extensa con la posibilidad de ahondar los conocimientos en pocas materias; luego, aprender a hacer, es decir desarrollar competencias fundamentales para el individuo para afrontar múltiples situaciones y trabajo en equipo; además, aprender a vivir juntos, ello implica la comprensión del otro y percepción de las formas de interdependencia; por último, aprender a ser, con el objeto que el estudiante sea capaz de desarrollar sus propios recursos personales. De igual manera, Whiteley menciona que uno de los propósitos de enseñanza es la educación superior es poder avalar a los estudiantes para que puedan autoevaluarse y así potenciar al máximo sus capacidades y habilidades, asumiendo la responsabilidad de su propio proceso de aprendizaje (citado en UNESCO, 2015)

Es por ello, algunas investigaciones realizadas con estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud (Mercer y Reynolds, 2002) mediante un enfoque humanista, señalan que la aptitud empática puede aumentar durante el proceso de enseñanza, al ser influenciado por los mismos docentes, aplicando este principio en las experiencias de los mismos estudiantes al tratar pacientes tanto en la red ambulatoria como en el ámbito hospitalario. Por ello, numerosos autores toman en cuenta la exploración de forma progresiva sobre las dimensiones de la empatía conforme un estudiante progresa en su carrera profesional (Mejía, 2012).

Los propósitos de la Facultad de Medicina de la Asociación Médica Americana (MSOP) enumera la empatía entre los objetivos educativos a alcanzar enfatizando que las escuelas de medicina deberían esforzarse por educar a médicos altruistas que tengan valores y sean empáticos con el cuidado de los pacientes y que pueden entender la perspectiva del paciente (Hojat et al, 2002). Para ello, surge como necesidad que tanto los estudiantes como los residentes de medicina puedan beneficiarse de una formación que incluya estrategias personales para desarrollar sus habilidades empáticas a largo plazo, lo cual será un aporte tanto para médicos como para los pacientes (Larson y Yao, 2005).

En ese sentido, la empatía es un constructo necesario como parte de la formación dentro de las competencias básicas en el aprendizaje durante la formación en la carrera de Medicina Humana, enlazándose con el desarrollo de una mejor competencia en el ámbito clínico, a nivel de ética y disminución del estrés hospitalario; no obstante, algunas investigaciones demuestran una reducción o estancamiento en el nivel de empatía durante la formación de los estudiantes universitarios de la carrera de Medicina Humana (Esquerda et al, 2014).

La actitud empática es una habilidad que todo profesional de la salud debería desarrollar como parte de su formación en la educación superior y su práctica profesional. La empatía es la capacidad de reconocer los pensamientos y emociones de otro individuo, siendo una característica multifacética ya que involucra el aspecto cognitivo de manera que una persona puede tomar la perspectiva de otra (Baron, 2005). El aspecto afectivo como el poder experimentar emociones o sentimientos expresados de la otra persona, y los componentes de la comunicación orientado a la comprensión e interés de otro a través de la conducta verbal y no verbal (Briones, 2017)

Al respecto, "la capacidad empática del médico condiciona en gran medida la relación que mantiene con su paciente, el esfuerzo del profesional por empatizar con el enfermo es un acto ético clave en su cuidado" (Blanco, 2018, p.19). Asimismo, las asignaturas incluidas en las facultades de medicina deberían estar orientadas a la enseñanza sobre la habilidad empática y otras habilidades educativas que aporten en la formación de médicos competentes, comprometidos con el paciente.

A través de la empatía, se logra el fortalecimiento de la autonomía del paciente y su seguridad, lo que beneficia su recuperación; por tanto, si la empatía contribuye el trabajo del médico para el mejor cuidado del paciente, debería construirse como una competencia a ser entrenada y reforzada en el proceso de formación de los futuros médicos (Irving y Dickson, 2004). En este sentido, surge la importancia de involucrar la empatía en la instrucción de los profesionales de la salud, debido a que favorecería la comprensión, confianza y comunicación entre los mismos profesionales y pacientes. Por ello, el presente estudio toma en cuenta la variable empatía para su medición y aspira a que los hallazgos demuestren que la empatía debe ser parte del desarrollo de una habilidad necesaria en futuros profesionales médicos, la cual podría fortalecer el trabajo con otro ser humano mediante la comprensión emocional, la voluntad para apoyar en la mejora de los estados de ánimos de otros y el desarrollo de una conducta más cooperativa en el ámbito laboral (Briones, 2017)

Tabla N° 1

Universidades públicas a nivel nacional que incluyen la empatía en su malla curricular

Criterios	Universidad 1	Universidad 2	Universidad 3	Otras Universidades Nacionales
Nro. total de cursos en la malla curricular	51	50	48	42
Cursos en la malla curricular con formación de la empatía	0	0	0	0

Fuente: SUNEDU (2018)

A nivel nacional existen 8 universidades públicas con licenciamiento activo en el presente año (2021) que ofrecen la formación en pregrado de la carrera de Medicina Humana, de las cuales el 0% incluye en su plan de estudios talleres, charlas, o cursos orientados al desarrollo de la empatía según la actualización según la última actualización en la plataforma oficial de la Superintendencia Nacional Superior Universitaria en el año 2018.

El factor de adherencia al tratamiento se vincula con la empatía, ya que la relación del médico-paciente es crucial para un tratamiento médico eficaz, siendo el área emocional un determinante para el proceso de recuperación del paciente (Ibarra, 2017)

El Colegio de Médicos del Perú (2018), menciona que, la enseñanza de la empatía debe ser un objetivo primordial esencial en la formación educativa superior pregrado, para que el médico pueda cumplir su código de ética orientado a la empatía, lealtad, diligencia, compasión y responsabilidad. De esta manera se resalta la importancia de la empatía en la medicina y su prioridad en la educación de los estudiantes de salud y medicina, resaltando esta habilidad como una apuesta importante en el programa curricular de las facultades de medicina (Diez, 2017).

Por ello que, en las facultades de medicina de pregrado es necesario estudiar y mejorar la educación médica para desarrollar dicha competencia interpersonal en futuros profesionales médicos, puesto que, estudios demuestran que la empatía influye en la satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento con la consecuente disminución de errores médicos y precisión diagnóstica. Todo lo mencionado sería influyente no solo de forma positiva al paciente, sino también en el médico, de forma directa generando una satisfacción profesional, menor nivel de estrés y evaluaciones favorables en función a la competencia clínica (Diez,2017).

En la ciudad de Lima, Arévalo (2018) presentó la investigación "Relación entre pensamiento crítico y empatía de estudiantes de internado del hospital militar central, 2015". El estudio fue descriptivo-correlacional y se evaluaron las variables pensamiento crítico y empatía en 260 estudiantes que realizan sus prácticas pre profesionales en medicina humana, odontología, tecnología médica y psicología; los cuales fueron seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados no hallaron una correlación entre ambas variables, afirmando así la hipótesis planteada para el estudio; asimismo, la categoría de

pensamiento crítico de 226 participantes alcanzó el nivel promedio y 222 estudiantes de internado presentaron un nivel alto de empatía.

En la ciudad de Arequipa el autor Nuñez Ríos (2021), en el presente año, presenta el trabajo de investigación titulado "Empatía médica en tiempos de pandemia y factores asociados en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa". El trabajo de investigación planteó analizar los factores asociados al nivel de empatía médica en estudiantes de medicina de la Universidad San Agustín. El instrumento que se utilizó fue la escala de Jefferson para estudiantes (JSE-S) para medir la empatía, la soledad familiar se evaluó con la escala de Soledad Social y Emocional para adultos (SELSA-S). El estudio recogió estadísticas demográficas, académicas, expectativas y laborales asociadas a la pandemia. Como resultado del estudio se determinó que las variables edad, sexo, año académico, expectativas laborales, ámbito y sector sanitario de elección laboral, y percepción de la soledad familiar no se asociaban significativamente al nivel de empatía.

Gayoso y Vásquez (2019) en la investigación "Empatía en estudiantes de medicina de una universidad privada en el año 2019, en Lima, Perú" tuvo como objetivo fue identificar el nivel de empatía y factores relacionados con éste en estudiantes de Medicina Humana en el año 2019; el estudio fue descriptivo transversal. Los instrumentos administrados fueron un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Empatía Médica de Jefferson. La muestra estuvo conformada por un total de 189 estudiantes de medicina. Los resultados obtenidos muestran que existe una relación inversa entre el año de estudio y el nivel de empatía; además, que en los encuestados de género femenino prevalece en un nivel alto de empatía,

y que los resultados de los estudiantes que profesan alguna religión están relacionados con un mayor nivel de empatía médica.

En la región de Huánuco-Perú, los tesisistas Atahuaman y Ramírez (2020) sustentaron "Funcionalidad familiar, estrés y rendimiento académico son factores asociados con el nivel de empatía hacia el paciente en estudiantes de medicina humana de tercer a sexto año de la Universidad Hermilio Valdizan-Huánuco 2018". El objetivo del estudio fue identificar los niveles de empatía hacia el paciente, así como la asociación de esta con la funcionalidad familiar, estrés, rendimiento académico y factores sociodemográficos y académicos de los estudiantes de medicina. El estudio fue observacional, de nivel descriptivo de corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 130 estudiantes de medicina de tercer a sexto año. Se aplicó un cuestionario que indagaba sobre características sociodemográficas, académicas, familiares y la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión S para medir empatía hacia el paciente de los estudiantes. En suma, se encontró que el puntaje de empatía es influenciado sobre el nivel de funcionamiento familiar; es decir, los estudiantes con un buen funcionamiento familiar tienden a ser más empáticos; también, se encontró que las mujeres presentan una tendencia mayor a ser más empáticas que los varones, y que los estudiantes que se encuentran en un año académico mayor presentan un nivel menor o disminuido de empatía hacia el paciente; por otro lado, estudiantes con mayor rendimiento académico tienden a ser más empáticos con sus pacientes.

Finalmente, en la ciudad de Lima, Mayo, Ponce y Quijano (2018) sustentaron la tesis para obtener el grado de bachiller "Empatía y factores relacionados en médicos residentes de un hospital nivel de atención III. Aplicaron la escala de empatía médica de Jefferson. El objetivo

de estudio fue determinar el grado de empatía y sus factores relacionados en médicos residentes que realizaban su especialización en áreas médicas y quirúrgicas de un hospital de Lima. Se encuestó a 100 médicos residentes por medio de un cuestionario sociodemográfico y la Escala Médica de Empatía de Jefferson. Los resultados del estudio concluyen que la cantidad de años de egresado en pregrado se asocian de manera significativa al nivel de empatía; además, los médicos residentes del departamento de pediatría tienen mayores puntajes de empatía que los demás, sin embargo, no se halló una diferencia estadísticamente significativa.

Por parte de la Universidad Autónoma de México, Gonzáles (2015) sustentó la tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría "Desgaste por empatía y somatometría en residentes de primer año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez como indicadores de su estado de salud a lo largo del primer año de la residencia". El objetivo del estudio fue encontrar la incidencia de sobrepeso y obesidad en residentes del primer año de la especialidad en psiquiatría, asimismo el nivel de desgaste de empatía. Dentro de las técnicas e instrumentos de medición, para medir la calidad de vida laboral de esta población se usó el Professional Quality of Life-vIV en versión español, el cual cuenta con tres subescalas (satisfacción por empatía, burnout y trauma vicario). Asimismo, se realizaron dos mediciones, la primera al mes de inicio de residencia y la segunda en el último mes del primer año de esta. Los resultados muestran cambios no solo en somatometría, también en hábitos y aumento por el desgaste por empatía.

Por otro lado, Blanco (2018) en la ciudad de Madrid, España sustentó la tesis doctoral "Traducción, adaptación cultural y validación en nuestro medio de la escala de empatía

médica de Jefferson" cuyo objetivo fue adaptar y validar a nivel cultural la Escala de Empatía Médica en estudiantes de medicina que contribuyen en un programa de inmersión clínica temprana de una universidad española; dentro de los objetivos específicos, uno fue medir el nivel de empatía de estos estudiantes y analizar la evolución de la misma en el tiempo; además, en una muestra de residentes y tutores de medicina de familia, el determinar el grado de empatía, y analizar la relación de empatía auto percibida por los médicos y la reportada por sus pacientes. El cuestionario se aplicó a una muestra de 506 alumnos de medicina de la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid en los años 2014 y 2016. En base a los resultados obtenidos, la versión traducida y adaptada al español de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, la versión de profesionales sanitarios resultó ser equivalente lingüísticamente a la original; además, se encontró una correlación positiva significativa entre la autopercepción de la propia empatía del profesional y la empatía percibida por el paciente.

En Ecuador, Guzmán (2019) presentó la tesis "Impacto de las prácticas prehospitalarias en el nivel de empatía y burnout de estudiantes de medicina de Quito" para optar el grado de Psicóloga en el área Clínica. El objetivo del estudio fue estudiar o analizar los niveles de empatía y comprobar la existencia del síndrome de burnout en los estudiantes de medicina de una universidad ubicada en el norte de Quito, en un tiempo anterior y posterior de sus prácticas prehospitalarias. El tipo de investigación fue cuantitativo, con un nivel descriptivo-comparativo, y diseño no experimental. Dentro de los instrumentos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico y tres herramientas de recolección de datos: El inventario de

Depresión de Beck, la Escala de Empatía Médica de Jefferson y el Inventario de Burnout de Maslach.

Guilera (2017) sustentó la tesis "Empatía en estudiantes de medicina: Estudio psicométrico, biométrico de evolución y propuestas de intervención psicoeducativa" en la Universidad de Lleida, España. El objetivo de la tesis fue medir y analizar la variable empatía en estudiantes de medicina desde una perspectiva psicométrica, biométrica, de evolución y evaluar propuestas de asesoramiento y de intervención psicoeducativa. La muestra estuvo conformada por 151 alumnos voluntarios que aceptaron mediante un consentimiento informado participar del estudio de la empatía desde el año 2013 al 2016. Los resultados concluyen que la mayoría de los estudiantes tienen un nivel alto de empatía que se mantiene durante el seguimiento; asimismo, la combinación de diferentes escalas de empatía, el estudio de la personalidad y la utilización de dispositivos biométricos deberían tenerse en cuenta a la hora de diseñar proyectos de estudios, asesoramiento y de intervención de la empatía en estudiantes de la carrera de Medicina Humana, especialmente en aquellos con puntuaciones extremas de empatía.

Finalmente, Badillo (2016) sustentó la tesis "Cambios en la empatía médica de residentes de psiquiatría hacia los pacientes con enfermedad mental tras escuchar un simulador de alucinaciones auditivas" para obtener el diploma de especialista en psiquiatría en la Universidad Nacional Autónoma de México. El estudio fue de tipo experimental con preprueba y posprueba. El objetivo del estudio fue determinar si existen cambios en el grado de empatía médica después de la exposición a un simulador de alucinaciones auditivas. La muestra estuvo conformada por 34 residentes de psiquiatría, 17 de primer año y 17 del

segundo año, quienes escucharon un audio simulador de alucinaciones auditivas por 10 minutos; asimismo, resolvieron la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) antes y después de escuchar el audio. En base a los resultados obtenidos, se comprobó que el audio simulador sirve como herramienta para aumentar la empatía médica en ciertas áreas.

El término empatía fue acuñado por primera vez por Robert Vischer con el término "Einführung" en el idioma alemán que se traducirá como "sentirse dentro de" (citado en Davis, 1996) dicha palabra tuvo relevancia en Alemania a fines del siglo XIX y fue adaptada y traducida al inglés con la finalidad de ser utilizada en el campo de la psicología experimental en EE. UU (Wispé, 1987).

Además, Lipps (1913) describió la empatía como un proceso de "sentir dentro" refiriéndose a las emociones que son expresadas por medio de movimientos o posturas de las personas que se encuentran en constante dinamismo, así como de objetos o naturalismo. Asimismo, Hogan (1969) hace la distinción entre los términos: empatía y simpatía, esta última significa sentirse afectado por los mismos sentimientos que otro, la cual tiene como base el criterio central de poder identificarse con el otro.

En la evolución del concepto de empatía, no se pone en discusión con quienes la conceptualizan como una capacidad que incluye elementos afectivos y cognitivos además de elementos conductuales o comunicativos que constituyen la parte visible de la empatía (Fortuna y Tiberio, 1999).

Al realizar una aproximación, se conceptualiza a la empatía como la habilidad de poder comprender los aspectos internos de los demás, es decir sentimientos y emociones, basada en el reconocimiento del otro como una experiencia propia; además, es un constructo de

naturaleza social que hace el reconocimiento y la comprensión de los estados mentales de otra persona, así como la capacidad de compartir estados mentales y acompañado de la respuesta asertiva de ellos, siendo tanto o más importantes que la capacidad de comprender y responder adecuadamente aspectos naturales de tipo no social (López, Filippetti y Richaud, 2014)

En suma, esta capacidad humana ha sido motivo de estudio desde hace varios años, siendo objeto de confrontaciones tóricas debido al constructo amplio que abarca diferentes componentes; no obstante, las diversas conceptualizaciones sobre la empatía pueden hacer suponer que la medida de este constructo puede difícilmente llegar a un acuerdo entre sus investigadores (Fernández, López y Márquez, 2008).

En un laboratorio en Italia, un grupo de investigadores trabajaban con macacos para comprender los procesos neuronales implicados en los movimientos de la mano; se colocaron electrodos en la región frontal inferior del animal para determinar la función de cada neurona cuando éste tomaba un alimento (Rizzolatti, Fogasi y Gallese, 1996). Entre los años 1990-1999 Rizzolatti y su grupo de trabajo descubrieron que cuando un ser humano toma un alimento y lo come, los electrodos conectados en el primate se encendían, como si él mismo estuviese tomando con su extremidad superior ese fruto; al repetir el acto se percataron que ciertas neuronas despiertan cuando alguien realiza una acción, las cuales denominan neuronas espejo. Además, las conexiones neuronales integran la percepción empática que conforman una red neuronal que posibilita la ejecución, percepción, emoción e intención (García et al.,2011).

En ese sentido, las neuronas espejo permiten a las personas comprender la intención, sentimientos y deseos de los otros, el cual beneficia la interacción social y los estados neuronales entre ambas personas y los mecanismos que comprenden esta acción son similares (Acasiete, 2015).

Premack y Woodruff (1978) diseñaron un experimento con el objetivo de encontrar la respuesta a si los primates tendrían la capacidad de pensar; fueron ellos quienes acuñaron el término Teoría de la mente (ToM) como la capacidad de aportar estados mentales y realizar inferencias sobre estos estados mentales en las demás personas y de uno mismo, tenía como hipótesis de que, si es que el chimpancé tiene mente, debe tener una teoría de la mente.

Asimismo, la empatía y la teoría de la mente (ToM) constituyen las bases del proceso de autoconocimiento y, a la vez, reconocimiento del otro; ya que, para interrelacionarse afectivamente resulta relevante e indispensable tener la capacidad de reconocer lo que el otro está sintiendo o pensando y poder responder de manera exitosa a nivel conductual y emocional colocándose en el lugar de la otra persona (Zuluaga, Marín y Becerra, 2018).

Por otro lado, Decety y colaboradores (2010) desde el enfoque del estudio sobre neurodesarrollo analizan el progreso de la empatía, la cual despierta el interés por el estudio sobre la maduración del cerebro social desde la etapa sensoriomotor o infancia hasta la adultez, atendiendo al proceso maduracional como influyente del procesamiento de información en la comprensión socioemocional de otros. En ese sentido, estos autores proponen que la empatía empieza a desarrollarse desde el segundo año de vida, donde el

niño empieza a tener conocimiento acerca de sus experiencias, emociones e intenciones de las demás personas.

En suma, la ToM y la empatía son procesos semejantes, en cuanto a la capacidad de instaurar vínculos a partir del entendimiento de los estados mentales y expresiones emocionales de los otros; no obstante, existen diversos estudios que ponen en evidencia acerca de las conexiones neuronales implicadas en ambos procesos, las cuales ha originado diversas evidencias desde el enfoque neurociencias que indica que estos poseen diferentes procesos neuronales (Zabala et. al, 2018).

Preston y De Waal (2002) proponen un postulado sobre empatía acerca de la percepción directa, dividida en dos niveles (López, Arán y Richaud, 2014):

- Sobre sus bases últimas:

Considera el desarrollo filogenético de la empatía, centrándose en la emoción como un proceso innato caracterizada en animales que crecen en grupos presentándose como un contagio emocional, el cual para los humanos podría considerarse como una respuesta empática de primer nivel.

- Sobre sus bases próximas:

Considera el desarrollo de la ontogenia, basándose en la descripción del mecanismo neurobiológico (p.38)

Luego, Decety y Jackson (2004) fundamentan que la percepción y acción están vinculadas funcionalmente desde el nacimiento, de modo que la percepción es un medio para la acción y viceversa; por otro lado, la actividad automática en las zonas corticales y subcorticales del

cerebro es la base de estos ciclos observadas en los fetos y embriones, donde se pone en manifiesto la relación con el mundo externo desde un origen anterior al nacimiento.

De esa manera, se corrobora la convicción conductual de este lazo innato entre acción y percepción en neonatos producto de la imitación; esta imitación constituye una actividad neuronal generada de forma automática las acciones de otros y gestos, la percepción de movimientos, ya que necesita un cierto nivel de identificación sobre agentes de esas acciones (Meltzoff y Decety, 2003).

Saracho (2015) en su libro *"La organización emocional"* define a la empatía como un fenómeno dinámico que puede incluir la experiencia emocional o no necesariamente de quien empatiza con otros, su enfoque se centra en la empatía emocional, la cual define como un proceso complejo de tipo cognitivo-emocional que incluye los siguientes pasos:

1. Percibir adecuadamente el estado mental del otro

Involucra la capacidad de percibir el lenguaje verbal, no verbal y poder comprenderlo, ya que estos componentes están en constante interacción como parte del constructo de la comunicación humana. Asimismo, tener en cuenta que el tipo de comunicación analógica tiene por objeto la metacomunicación, lo que significa, la postura, gestos, otras señales no verbales, el tono de voz que brindan una indicación del cómo comprender de manera adecuada y asertiva las palabras que oímos. Por ende, el paso número uno consiste en poder percibir de manera adecuada el estado emocional del otro a través de los diversos componentes comunicativos (lenguaje verbal y no verbal).

2. Asistir a la propia experiencia para reconocer el estado emocional del otro tal desde nuestra experiencia personal

En este paso se toma en cuenta la experiencia personal, la capacidad de revivir una experiencia y recordar la emoción que se ha comprendido en el otro.

3. Comunicar el estado mental propio al otro

Luego de reconocer la emoción del otro, haberla relacionado con una experiencia personal y haber revivido la emoción, ya se podría comunicar a la otra persona, a través de palabras y gestos, nuestros sentimientos y en base a lo que podría estar sucediendo y, por tanto, somos capaces de empatizar. En el apartado, el autor destaca que en las diversas organizaciones la empatía emocional puede restringirse a ciertas situaciones específicas; todo este proceso de reconocimiento emocional en el otro o el percibir esta emoción en relación con una experiencia personal no es algo que pueda ser funcional en la mayor parte de las relaciones e interacciones laborales.

"Para que la reacción sea empática se requiere esencialmente la participación de unos procesos psicológicos que hagan que los sentimientos de una persona sean más congruentes con la situación de otra que con la suya propia" (Hoffman, 2002, p.35). A partir de esta teoría, la empatía contribuye la toma de decisiones, así como al juicio moral; la cual puede ser activada directamente por los afectos en relación con los principios morales; asimismo, una cuestión relevante para esta teoría es estudiar por qué una persona no pone en práctica todos los principios en un encuentro moral (Hoffman, 1992).

Hoffman (2002) conceptualiza la empatía bajo el sentido cognitivo-afectivo de distintas formas, se exponen tres de ellas (Altuna, 2017):

1) Contagio emocional

Denominado la empatía de bajo nivel o básica, la cual se produce de manera involuntaria o automática, como un traslado involuntario de emociones.

2) Empatía por asociación

La presencia de un rasgo de una persona o presenciar una situación en otro, donde pueden venir a la mente recuerdos asociados a experiencias similares personales, suscitando las emociones correspondientes.

3) La adopción de perspectiva imaginativa

Esta perspectiva se centra en ponerse en el lugar del otro y podríamos tomar inferencia acerca de lo que puede pensar o sentir, lo que exige el nivel más alto de procesamiento cognitivo. (p.249)

Además, desde una forma cognitiva compleja, que abarca de una manera más amplia y significativa el alcance de la empatía donde se toma en cuenta la adopción de la perspectiva, tal cual Hoffman la plantea y distingue sus distintas formas (Altuna, 2017):

a) Adopción de perspectiva centrada en uno mismo

Implica recordar sucesos personales en base a hechos de la otra persona, esa proyección emocional o recuerdo pueden incrementar la reacción empática, no obstante, se da al mismo tiempo la denominada "desviación egoísta" (centrándome en mi propia situación, dejando de lado al otro)

b) Adopción de perspectiva centrada en el otro

Implica la imaginación de lo que supondría para esa persona estar en la situación donde se encuentra; es decir, dejar de lado el carácter y mentalidad personal y centrarnos en la otra persona. Requiere de apertura y flexibilidad mental.

c) Adopción combinada de perspectivas

Imaginarse en una situación de una experiencia ajena desde el punto de vista personal.

La empatía fue objeto de diversos estudios, incluyendo enfoques contrapuestos y distintos, para ello surgió el interés de trabajar en este constructo desde una visión integradora; en efecto, Davis (1980) propone una conceptualización desde un enfoque multidimensional y, a la vez, una escala de medición (Índice de Reactividad Interpersonal). A partir de este modelo integrador, Davis (1980) menciona que la empatía es un fenómeno multidimensional definida en cuatro componentes que están relacionados entre sí:

- Fantasía:

Se refiere a la inclinación de identificarse con personajes fantásticos o irreales, por lo que se enfoca en la medición de la habilidad imaginativa.

- Adopción de perspectivas:

Hace referencia al aspecto cognitivo, es decir la habilidad para entender el punto de vista ajeno.

- Angustia o preocupación empática:

Incluyen los sentimientos de preocupación, cariño y compasión por los demás.

- Aflicción o malestar personal:

La persona experimenta sentimientos de ansiedad y malestar al observar experiencias con contenido negativo de los demás.

Posteriormente, en un postulado o estudio realizado por el autor Davis (1983) enfocado en encontrar evidencia empírica para su escala IRI (Índice de Reactividad Interpersonal) entre sus cuatro factores, del mismo modo como la correlación con otras medidas de empatía, encontró relaciones significativas entre sus factores con otras escalas que miden el mismo constructo, entre ellas destacaron los factores Toma de Perspectiva con la correlación más alta con el test Hogan; asimismo, se halló una relación baja entre el mismo factor y la Escala de la Empatía Emocional; por el contrario, los factores malestar personal y fantasía, considerados como los factores emocionales del constructo, mostraron una correlación incrementada con la Escala de la Empatía Emocional (Acasiete, 2017)

Por otro lado, Decety y Jackson (2004) proponen un modelo multidimensional que incluyen tres componentes que interactúan entre sí para el logro de la empatía humana (López et al, 2014):

- Emoción vinculada entre el observador y observado, proceso detallado mediante el modelo de Percepción/Acción.

- Autoconciencia y Conciencia del otro, que impide el desconcierto entre el *self* y el otro a pesar de la identificación transitoria.

- Flexibilidad Cognitiva, por medio de los procesos de regulación emocional adopta la perspectiva del otro.

Finalmente, existen otros modelos que utilizan el enfoque multidimensional que aportan a los afectos cognitivos y afectivos del constructo empatía. Por ejemplo, la propuesta de Gerdes y Segal (2009), los cuales aportan un esquema tridimensional, es decir, basados en tres componentes: La respuesta afectiva relacionado a las emociones o acciones de otro, el procesamiento cognitivo de la perspectiva del otro y de la propia respuesta afectiva, y la toma de decisión consciente para realizar una acción empática (López et al, 2014)

A mediados del s. XX la empatía surge como concepto relacionado a la filosofía y estética, y con Tichner, Shccler y Stein se convierte en un objeto de la reflexión filosófica y psicológica; posteriormente, el concepto se extendió por Europa, procedente de las escuelas en psicología de EE. UU, luego se unió a un concepto operativo fundamental para la práctica en psicoterapia (Bermejo, 2012, p.16).

Citando la definición que presenta el "Diccionario de counselling" italiano define la empatía: "Actitud y habilidad de seguir, captar y comprender lo más plenamente posible la experiencia subjetiva del cliente, poniéndose en su mismo punto de vista, comunicar al cliente que el counsellor se siente de forma experiencial a su lado y que utilizando su propia sensibilidad para comprender lo que él siente o se esfuerza por expresar" (Giusti, 1995, p.120)

Siguiendo la misma línea del diccionario, propone conceptos más precisos (Bermejo, 2012):

- *Empatía de base*: Capacidad de comunicar la propia comprensión de la experiencia al cliente y de estar en contacto.
- *Empatía avanzada*: Habilidad de poder comunicar la comprensión del cliente sin expresarla por él mismo, y percibirla.

- *Empatía filosófica*: Comprender las creencias que el cliente puede considerar como fundamental, y poder llevarlas a la conciencia para poder valorarlas.
- *Simetría empática*: En el campo de counselling de pareja, hacer un balance de la empatía requerida, ya que es el objeto de debate en cuanto a su funcionalidad efectiva con relación a que podría inducir dependencia del cliente hacia el terapeuta.

Para Rogers (1994) la empatía es uno de los elementos esenciales que suma al profesional en la relación con el cliente; lo define como la capacidad de percibir el mundo interior de la otra persona, integrado por múltiples significados personales. Por tanto, según el autor, se entiende como empatía terapéutica a la capacidad de comprender los pensamientos, emociones, significados, necesidades, contradicciones del otro; no obstante, no sería suficiente comprenderlo si uno no es capaz de transmitirle ello al cliente.

Distintos autores inspirados en la psicología humanista (Bermejo, 2011; Soriano, 2005; Costa, 2003; Giordani, 1997) particularmente en Rogers, se toman en cuenta para el estudio y entrenamiento en counselling diversas técnicas enfocadas en la comunicación, escucha activa y la calidad de respuestas.

Soriano (2005) intenta clarificar el término empatía de la siguiente manera:

1. La comunicación empática requiere de dos elementos (comprender y transmitir compasión), reconocer el mundo de la otra persona y expresarlo adecuadamente; estos puntos deben tomarse en cuenta para el ejercicio de una exitosa función terapéutica.

2. El término empatía o comprensión empática, su etimología y concepto es apto para referirse al primer elemento, el cual es la capacidad de captar el mundo íntimo de la otra persona.

3. Algunos autores, no hacen referencia que la empatía es la capacidad de expresar la comprensión del problema en un lenguaje adecuado a la situación y a las características personales del ayudado.

En relación con el postulado, la expresión "comunicación empática" implica la presencia de los dos elementos conjuntamente (comprender y transmitir compasión).

Por otro lado, Costa (2003) hace referencia a la escucha activa como la técnica que acoge significados y experiencias de la persona a la que se quiere ayudar, de tal modo que el cliente experimente que está siendo acogido. El autor propone las siguientes dimensiones de escucha activa, que de alguna forma tiene relación con la conducta empática del terapeuta:

- Percibir: La observación y mantener la atención al cliente (concepto, contexto y forma de expresión comunicativa)
- Pensar: Tener en mente lo que el consultante refiere y evaluarlo con propiedad.
- Sentir: Transmitir sentimientos de preocupación e interés en lo que el cliente refiere y, sobre todo, en cómo se siente.
- Actuar: La manera de expresar la información al consultante, con la conducta de escuchar, interés y necesidad de mayor aclaración respecto a lo que informa.
- Adaptar el cuerpo: El terapeuta mantendrá una disposición corporal y fisiológica apropiada y relajada.

También, los tipos de reformulación o respuestas pueden ser diversos (Giordani, 1997), sin embargo, para que esta técnica sea eficaz ha de ser producto de una escucha activa y de un esfuerzo por centrarse en la otra persona, comprometido en sus recursos de afrontamiento del cliente ante ciertas dificultades, como es propio de la empatía en el ámbito terapéutico.

Se trata pues que la respuesta contemple los siguientes elementos:

- Responder a los contenidos: La información que el paciente mismo comunica debe ser devuelta.
- Responder a los sentimientos: Percibir en palabras y lenguaje no verbal, el estado de ánimo del paciente y brindar una formulación clara y concisa.
- Responder al sentimiento y al contenido: La respuesta intercambiable es la que utiliza la empatía terapéutica uniendo la situación externa o contenido de la comunicación junto a la reacción emocional.

El presente modelo y los autores expuestos se apoyan en los postulados de Rogers (1978) el cual menciona que la destreza más compleja de desarrollar para el terapeuta es el arte de permanecer en alerta y responder a los sentimientos manifiestos por el cliente más que centrarse en el contenido cognitivo (p.114).

En el marco de la relación médico-paciente, Hojat y colaboradores (2002) definieron la empatía como una cualidad cognitiva preeminente que involucra la comprensión de experiencias, inquietudes y perspectiva del paciente, relacionado con la habilidad de comunicar lo que se entiende al paciente, sabiendo que los componentes emocionales y cognitivos son independientes.

Para Hojat (2016), la empatía posee 3 características fundamentales: La cognición, el entendimiento y la comunicación. Asimismo, otros autores consideran un cuarto componente, la moral. En los médicos, la empatía es un principio importante del profesionalismo, ya que cumple el rol de ser la base de las relaciones positivas entre pacientes y médicos (Saucedo y et. al, 2012).

En cuanto a la terminología del constructo, Hojat (2012) establece una discrepancia entre los conceptos de empatía y simpatía. Refiere que la empatía es un atributo intelectual, y la simpatía es un estado emocional de la mente; es decir, la finalidad de la empatía es conocer profundamente las emociones, conflictos o necesidades de la otra persona, y la simpatía es sentir de manera positiva las emociones de esa persona. De igual manera, Hojat (2012) menciona que la compasión estaría en el área donde se aplican empatía y simpatía, en donde ambos se manifiestan de igual forma y de manera moderada.

Algunos investigadores en base a su experiencia y apoyados en los postulados de Hojat, incluyen cuatro componentes de la empatía médica (Badillo, 2016):

1. Emotivo, habilidad para imaginar, compartir el estado psicológico y sentimientos del paciente.
2. Moral, implica la motivación interna del médico para expresar la empatía
3. Cognitivo, habilidad intelectual para comprender, identificar y entender las perspectivas de las emociones del paciente.
4. Conductual, la capacidad de comunicar las emociones y perspectivas de los pacientes.

Del mismo modo, la empatía de los médicos hacia sus pacientes se asocia con diversos efectos positivos (Atahuaman y Ramírez, 2020):

- Mejora en el intercambio de información entre el paciente y el médico.
- Incremento en la facilidad y exactitud para el diagnóstico correcto de la enfermedad.
- Mayor progreso de la salud del paciente tanto física como psicológica.
- Mayor cumplimiento del tratamiento y una mayor satisfacción de los pacientes.
- Mejor rendimiento clínico del médico y de los estudiantes de medicina en

complemento con un buen conocimiento de la historia clínica del paciente.

El presente estudio tomó como marco conceptual la teoría de relación médico-paciente (Hojat et al, 2005). Esta teoría muestra los componentes más importantes de la empatía médica, la cual es influyente en la adherencia al tratamiento por parte del paciente y en cómo potencia la vocación al servicio de los médicos. El autor realiza el cuestionario aplicado en el estudio, y toma como eje sus estudios en la empatía médico. Dicho cuestionario tiene dos formas de aplicación; una dirigida a estudiantes de medicina y otra a profesionales de medicina.

En la actualidad, estudios y publicaciones sobre la empatía en el ámbito de la medicina han ido en ascenso en los últimos años a nivel nacional e internacional. No obstante, no se han elaborado propuestas de intervención en el plan de estudios de pregrado para mejorar la empatía de los estudiantes de medicina de nuestro entorno.

Esta tesis pretende el análisis de la empatía orientado al ejercicio médico, y la percepción que el estudiante tiene sobre esta variable antes de desempeñarse en el ámbito profesional;

asimismo, se resalta la importancia de la relación médico-paciente, la cual es relevante estudiar para la adherencia al tratamiento de los pacientes, ya que, uno de los problemas latentes en hospitales públicos es el abandono de tratamiento por parte de los pacientes (MINSA, 2015). Además, esta investigación busca estudiar la relación entre la empatía médica en conjunto con sus dimensiones y el sexo, edad, religión, ciclo académico y experiencia previa en el ámbito médico.

Los resultados de la investigación servirán como indicadores para que las universidades que incluyan la carrera de Medicina Humana consideren la formación moral, emocional, desarrollo de competencias y habilidades blandas, con la finalidad de complementar el valor teórico o procedimientos prácticos que la carrera requiere.

El estudio de la empatía médica servirá como antecedente para futuras investigaciones que puedan abordar la empatía desde diversos enfoques en estudiantes de la carrera de Medicina Humana y de otras carreras afines, beneficiando a los futuros profesionales médicos y pacientes. Así como, la apertura a una validación psicométrica del instrumento en nuestra región.

Es así que planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel predominante de empatía de los miembros de una sociedad científica de estudiantes de Medicina Humana de una universidad nacional de Lima?

Siendo nuestro objetivo general: Determinar el nivel de empatía predominante en los miembros de una sociedad científica de estudiantes de Medicina Humana de una Universidad Nacional de Lima.

Y los objetivos específicos: Identificar los niveles de empatía de una sociedad científica de estudiantes de medicina humana de una Universidad Nacional de Lima Metropolitana según la dimensión “Toma de perspectiva”; identificar los niveles de empatía de una sociedad científica de estudiantes de medicina humana de una Universidad Nacional de Lima Metropolitana según la dimensión “Atención por compasión”; identificar los niveles de empatía de una sociedad científica de estudiantes de medicina humana de una Universidad Nacional de Lima Metropolitana según la dimensión “Ponerse en el lugar del paciente”; e identificar los niveles de empatía de una sociedad científica de estudiantes de medicina humana de una Universidad Nacional de Lima Metropolitana según la variable sexo; comparar el nivel de empatía según sexo en estudiantes pertenecientes a una sociedad científica de estudiantes de medicina humana de una Universidad Nacional de Lima Metropolitana

La hipótesis del estudio estuvo relacionada a: Los estudiantes miembros de una sociedad científica de medicina humana de una universidad nacional de sexo femenino poseen un nivel medio a alto de empatía a diferencia de los estudiantes de sexo masculino que poseen un nivel medio a bajo.

CAPÍTULO II. MÉTODO

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación presenta un enfoque cuantitativo, ya que su recolección se fundamenta en la medición y esta se lleva a cabo utilizando procedimientos estandarizados y aceptados por investigaciones previas; demostrándose que se siguieron otros procedimientos (Hernández y Mendoza, 2018). El diseño en la investigación es un plan o estrategia que se desarrolla para obtener los datos requeridos en una investigación con la finalidad de responder satisfactoriamente el planteamiento del problema (Hernández & Mendoza, 2018), la presente es una investigación de diseño no experimental, por lo que no se manipulan deliberadamente las variables, es decir, se enfoca en la observación o medición de fenómenos y variables tal como se dan en su contexto natural, para analizarlas (Hernández, et. al, 2018). Asimismo, es una investigación de corte transversal cuando se estudia una variable o varias simultáneamente en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo, siendo este poco importante en relación con la forma en la que se dan los fenómenos (Hernández y Baptista, 2014).

La investigación de nivel descriptivo-comparativo pues tiene como objetivo especificar las características de conceptos, especificar propiedades, fenómenos y hechos o variables en un determinado contexto (Hernández y Mendoza, 2018), así como comparar grupos para explicar el comportamiento (Ato, López y Benavente, 2013)

Entonces, complementando ambas definiciones (Pineda et. al, 1996; Hernández y Mendoza, 2018), la presente investigación es de nivel descriptivo comparativo, siendo útil demostrar con precisión los ángulos de la variable que se someta al análisis. En ese sentido, se buscó

determinar el nivel de empatía en estudiantes de medicina, tomando en cuenta las dimensiones de la propia variable de investigación, así como comparar los niveles preponderantes según género de la población estudiada.

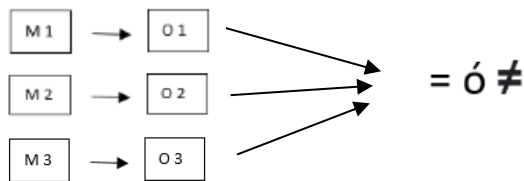
A continuación, se detalla el esquema de diseño de investigación según Dake (Hernández, Sampieri; 2012)

Tabla N° 2

Diseño Metodológico

Descriptivo Comparativo

Recolectan información en varias muestras sobre un mismo fenómeno, para comparar datos recogidos (semejanzas o diferencias)



M : Muestra o población de elementos de estudio

O: información relevante o de interés que recogemos de la muestra.

Fuente: Elaboración propia

2.2. Población y Muestra

“La población es el conjunto total de los participantes que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández, 2018).

El muestreo es censal, puesto que se aplicó a la totalidad de los estudiantes pertenecientes a una sociedad científica de la facultad de medicina humana.

De acuerdo con lo investigado por Hernández y Mendoza (2018), la muestra de la presente investigación será igual al tamaño de la población, es decir 82 estudiantes de medicina humana pertenecientes a una sociedad científica de una Universidad Nacional de Lima. La muestra estuvo conformada por 30 hombres y 52 mujeres con edades comprendidas entre los 22 y 29 años. La muestra determinada es censal, ya que se obtuvo los datos de la totalidad de los miembros.

En ese sentido, la población o universo es el conjunto de los casos que concuerdan en una serie de especificaciones y es definido desde el planteamiento del problema, por ello recalamos que, la población de la investigación estuvo conformada por 82 estudiantes de la carrera de Medicina Humana, pertenecientes a una sociedad científica de una universidad nacional de la ciudad de Lima. Asimismo, los estudiantes cursaban diversos ciclos, por lo cual en su mayoría contaban con diversas experiencias en prácticas intrahospitalarias.

Se consideraron los *criterios de inclusión*: Ser estudiantes de medicina humana pertenecientes a una sociedad científica de una universidad nacional de Lima Metropolitana, con o sin experiencia en prácticas intrahospitalarias, que acepten voluntariamente participar en el estudio y cumplir con los protocolos de evaluación.

Finalmente, se consideraron los *criterios de exclusión*: Estudiantes que no estén de acuerdo o no acepten ser evaluados, que no sean miembros activos de la sociedad científica.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

La técnica que se emplea en la presente investigación es la técnica de la encuesta. La encuesta es la técnica más utilizada para recolectar información de personas respecto a características sociodemográficas, opiniones, creencias, expectativas, conocimiento, entre otros (Hernández, 2012)

Para recabar los datos correspondientes al nivel de empatía se aplicó el instrumento denominado Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) con el objeto de estudiar la empatía en el ejercicio de la medicina, esta escala se conforma desde el marco teórico expuesto anteriormente. Cuenta con dos versiones, una dirigida a médicos y otros profesionales de la salud ya graduados y la otra versión dirigida a estudiantes de pregrado de carreras de cuidado de la salud (Alcorta et. al, 2005).

El instrumento evalúa las características del comportamiento empático del participante en la relación médico-paciente. Está compuesto por 20 reactivos, con una escala tipo Likert de siete puntos. Asimismo, se obtiene los niveles de empatía al registrar las respuestas del evaluado y asignarle un puntaje según la tabla de calificaciones; teniendo el mínimo puntaje es 20 y máximo 140.7

Según Hojat y colaboradores (2002) la escala valora tres factores:

1. Toma de perspectiva

Esta dimensión se caracteriza por comprender los sentimientos del paciente con un fin terapéutico y la comprensión de los sentimientos de los familiares como un medio de buena relación con el paciente.

2. Atención por compasión

Relacionada con poner atención a las experiencias personales de los pacientes durante la anamnesis e historia clínica, conocer los lazos afectivos puede asistir al tratamiento, además le da una visión integradora durante la formación como profesional de la salud.

3. Ponerse en el lugar del paciente

Relacionado con la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos del paciente y de los familiares durante todo el proceso salud-enfermedad.

Tabla N° 3

Ficha técnica de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

INSTRUMENTO	ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (S)
Autores	Hojat y colaboradores (2002)
Administración	Individual/Colectiva
Duración	20 minutos
Aplicación	Estudiantes de ciencias de la salud
Dimensiones	Toma de perspectiva, ponerse en el lugar del paciente, atención por compasión

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta la adaptación en Perú de dicho instrumento:

Tabla N° 4

Adaptación del instrumento en Perú

Adaptación:	Mayo y colaboradores (2019)
Muestra:	100 médicos residentes
Edades	18 años a más
Consistencia interna	Confiabilidad 0.82
Items	20 (10 positivos, 10 negativos)
Tipo de Respuesta	Escala Likert de 7 alternativas desde, “Totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”
Baremos de calificación	Cuartiles 0 - 25 Bajo Cuartiles 25 - 75 Medio Cuartiles 75 a más Alto

Fuente: Elaboración Propia

Basada en la estandarización de la escala, ésta cuenta con validez de constructo, es decir mide lo que pretende medir. Además, cuenta con un coeficiente de α de Cronbach que se sitúa entre 0.7 a 0.9 en sus diversas adaptaciones; en cuanto a una de las aplicaciones en el Perú en la ciudad de Lima sobre médicos residentes de una universidad, el α de Cronbach

fue 0.82 (Mayo y cols., 2018). En suma, es una escala de medida fiable, validado y aplicable a la población de estudio.

Asimismo, se aplicó una ficha sociodemográfica a los evaluados. El objeto de la ficha aplicada fue evaluar posibles factores sociodemográficos considerando la variable edad, sexo, distrito de residencia, religión, ciclo académico y experiencias previas en prácticas intrahospitalarias. Estas variables se tomaron en cuenta porque estudios previos estudiaron las mismas, demostrando diversos resultados que influyen estos factores en el nivel de empatía en personas relacionadas al cuidado de otras personas.

2.4. Procedimiento

Una vez planteada la formulación del problema en torno a la variable de estudio (empatía médica), se procedió a la búsqueda del instrumento previamente validado en su versión al español (Alcorta et. al, 2005) y dirigido a estudiantes (versión S). Además, se tomó en cuenta que el instrumento validado se haya utilizado en previas investigaciones (nacionales e internacionales) para identificar la consistencia interna del mismo.

Luego, se obtuvo acceso a una Universidad Nacional para la recolección de datos en estudiantes de medicina humana quienes pertenecían a una sociedad científica que tenía como objetivo el promover la investigación en salud durante su formación profesional, siendo estudiantes de 1er a 7mo año. Asimismo, los pasos a seguir para la recolección de datos fueron, en primer lugar, administrar el instrumento de medición "Escala de Empatía Médica de Jefferson" en su versión S (estudiantes) vía digital mediante la herramienta Formularios de Google (Google Forms) incluyendo el consentimiento informado que enfatiza la participación voluntaria y anónima limitado a una sola respuesta por usuario de

Google; adicionalmente, se consideraron las siguientes variables sociodemográficas: Sexo, edad, distrito de residencia, religión, ciclo académico y experiencias en prácticas intrahospitalarias, lo cual se recogió a través de una ficha sociodemográfica. Posteriormente, se realizó la difusión del cuestionario en el grupo de estudiantes de medicina pertenecientes a la sociedad científica de su facultad, a través de un grupo cerrado del programa Whatsapp de los mismos miembros. Por último, una vez culminado con el recojo de los datos de todos los miembros de la Sociedad se procedió a cerrar el acceso al formulario, tras lo cual se generó la base de datos en el programa Microsoft Excel para el posterior análisis de datos.

2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos psicométricos se utilizó el programa SPSS versión 25

Una vez ingresados los datos de las 83 encuestas al programa y revisando su correcto llenado de los datos se obtuvo que 01 encuesta se debía considerar no válida para efectos del análisis, quedando así 82 encuestas válidas.

Además, se utilizó el mismo programa para el cálculo de fiabilidad y validez de la prueba.

También se realizó un propio análisis de la fiabilidad de la escala, en términos de consistencia interna, a través del coeficiente α de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.824, lo cual se considera una fiabilidad alta (Cicchetti, 1994) y es consistente con el valor hallado en las investigaciones previas.

Tabla N° 5

Escala de estadísticos de fiabilidad

Cronbach's α	
Escala	0.824

Fuente: Elaboración propia

Para comprobar el grado de relación conjunta entre las dimensiones de la variable tal y como se aprecia en la Tabla N° 6 se sometieron los datos a un análisis estadístico aplicando la prueba de adecuación Kaiser-Meyer Olkin (KMO) el cual podría distribuirse en valores entre 0 y 1, y se obtuvo un valor de 0.757, lo que se consideraría una validez medianamente apropiada para realizar la factorización (Kaiser, 1970)

Tabla N° 6

Medida de adecuación de muestreo de KMO

KMO	MSA
Overall	0.757
ÍTEM 1	0.525
ÍTEM 2	0.862
ÍTEM 3	0.629
ÍTEM 4	0.738
ÍTEM 5	0.495
ÍTEM 6	0.768
ÍTEM 7	0.756
ÍTEM 8	0.866
ÍTEM 9	0.701
ÍTEM 10	0.743
ÍTEM 11	0.792
ÍTEM 12	0.453
ÍTEM 13	0.845
ÍTEM 14	0.826

ÍTEM 15	0.764
ÍTEM 16	0.817
ÍTEM 17	0.797
ÍTEM 18	0.374
ÍTEM 19	0.768
ÍTEM 20	0.702

Fuente: Resultado de aplicación del estadístico KMO procesado en el programa SPSS v. 25

Adicionalmente, se sometieron los datos de a un análisis estadístico de correlación entre variables denominado pruebas de esfericidad de Barlett, obteniéndose que el determinante de matriz de correlaciones arroja un valor de cero, lo que indicaría que el grado de correlación de los ítems y el total de la escala es muy alto (ver Tabla N° 7)

Tabla N° 7

Prueba de esfericidad de Bartlett

Bartlett's Test of Sphericity

χ^2	Df	P
609	190	< .001

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, para el procesamiento del análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 25 para Windows, utilizando estadísticos descriptivos e inferenciales, así como la prueba de normalidad; y para la realización de tablas simples se utilizó el programa Microsoft Excel.

2.6. Aspectos Éticos de la investigación

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki; y debido a que la presente investigación evaluó personas, cumpliendo los principios mencionados, este estudio se basó en los siguientes criterios:

- Se ajustó y explicó los principios éticos de manera breve que justificarán la investigación de acuerdo con la normatividad a nivel internacional y nacional.
- Se optó por realizar la investigación en personas, ya que es el único medio idóneo de estudiar una variable de investigación.
- Se estableció de forma clara que la información de los participantes será protegida, brindando garantía de seguridad a los participantes.
- Se contó con un consentimiento informado de manera digital acerca de las personas involucradas en la investigación.
- Se mantuvo en absoluta reserva de la información obtenida, utilizada para fines académicos siendo de forma anónima la resolución del cuestionario.
- Para proceder con la aplicación en la muestra de estudio, se solicitó una carta de autorización firmada por el representante legal para la utilización de los datos para fines académicos.

De acuerdo con el Código de Ética del Investigador Científico UPN (2016) según el Artículo N° 5 se establece que el investigador UPN debe mantener en reserva los datos de los participantes, difusión del tratamiento de la información de resultados y datos obtenidos y del análisis en el proyecto de investigación.

De acuerdo con la confidencialidad y respeto, conforme el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano (2015), según el Artículo N° 20 se establece que cualquier información obtenida de algún individuo o grupo se ve en la obligación de ser protegida; asimismo, el Artículo 81° establece que el voluntario debe tener conocimiento del detalle del proyecto de investigación, y en el Artículo N° 87 se establece que los datos y/o información que se obtengan de los participantes de la investigación es confidencial.

De acuerdo al consentimiento informado y otros cuidados, en la descripción del formulario entregado a los estudiantes que conforman la muestra, se les brinda el detalle del proyecto de investigación para que, según su criterio, autoriza o no ser parte del proceso de investigación.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

En primer lugar, se procederá a describir las variables atributivas, tales como sexo, edad, distrito de residencia, ciclo académico y religión. Posteriormente, se realizará el análisis descriptivo de la variable de estudio psicológica "empatía" y sus dimensiones. Finalmente se aplicará la prueba Kolmogorov – Smirnov para determinar la normalidad de los datos para la aplicación de las pruebas estadísticas inferenciales.

Tabla N° 8

Resultados descriptivos por sexo

		<i>Fi</i>	%
Válido	FEMENINO	52	63.41
	MASCULINO	30	36.59
Total		82	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 8 (Resultados descriptivos por sexo) se aprecia la distribución de los participantes por género, en el cual se observa que el 63.41% pertenece al sexo femenino, y el 36.59% al género masculino.

Tabla N° 9

Distribución de los participantes por edad

	N
Media	22,73
Mediana	22,50
Desviación	3,143
Asimetría	2,005
Curtosis	10,350

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, la distribución de los participantes según la variable edad, se extrajeron datos tales como la media, mediana, desviación estándar, asimetría y curtosis. Presentando los siguientes puntajes obtenidos que se pueden visualizar dentro de la Tabla N° 9 (Distribución de los participantes por edad). Se aprecia que la prueba fue aplicada a 82 personas, donde la media de edad es 22.73 y su desviación estándar 3.143. La asimetría fue simétrica y la curtosis fue mesocúrtica, es decir los datos tienen tendencia a una distribución normal.

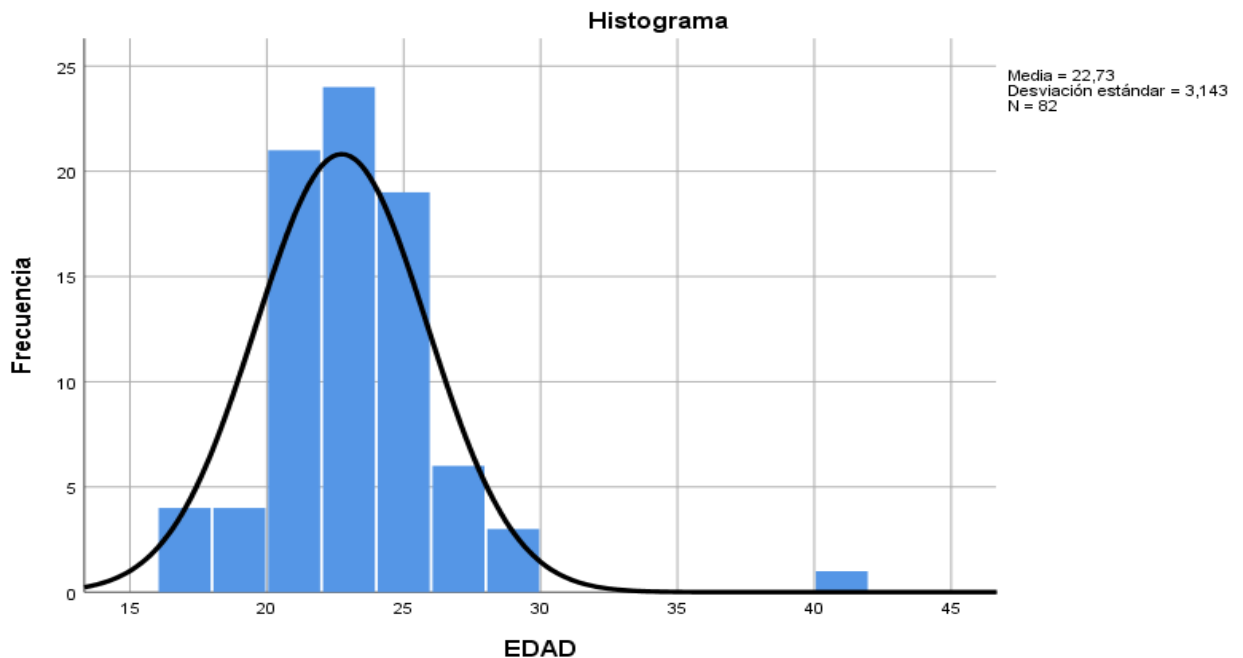


Figura 1: *Histograma de distribución de los participantes por edad*
Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la variable sociodemográfica distrito de residencia en la Figura N° 2 se observa que hay una mayor cantidad de estudiantes de medicina pertenecientes a la sociedad científica de su facultad que han respondido ante la encuesta del distrito de Cercado de Lima, representando un 13.41% de la población general. Asimismo, el segundo distrito donde residen mayor cantidad de estudiantes de medicina dentro de esta sociedad de una

universidad nacional es el distrito de Surco con un 8.54%, de igual manera se distribuyen los diversos estudiantes en los diferentes distritos de Lima.

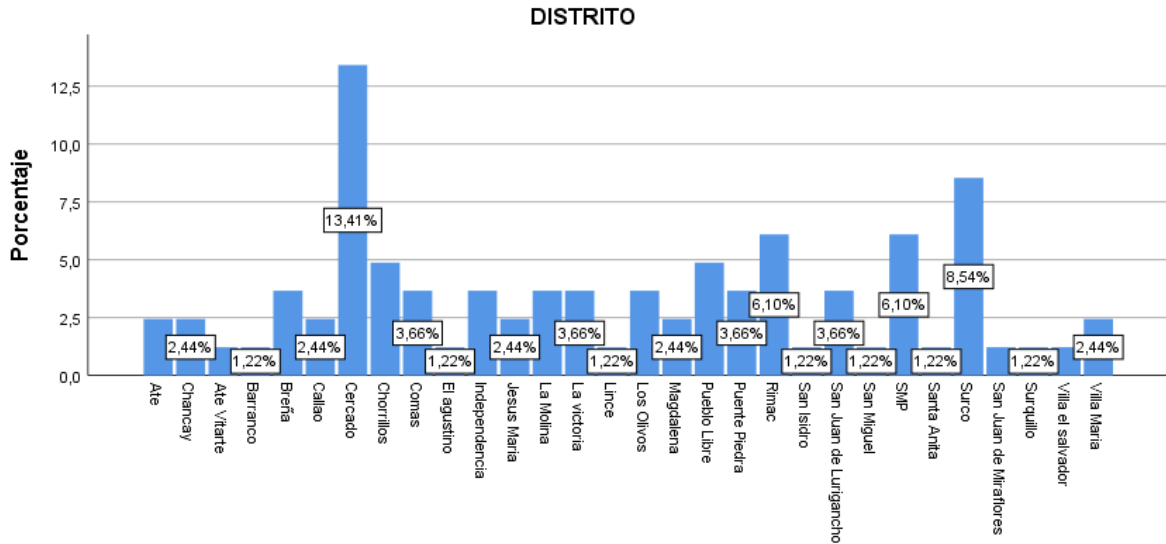


Figura 2: Distribución de los participantes por distrito de residencia
Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 10

Distribución de los participantes según ciclo académico

Ciclo	Fi	%
2	8	9,6
3	6	7,2
5	4	4,8
6	1	1,22
7	7	8,4
8	1	1,2
9	19	23,17
10	28	34,15
11	3	3,66
12	3	3,6
14	2	2,4

Total 82 100,0

Fuente: Elaboración propia

Referente a la variable ciclo académico, tal y como se observa en la Tabla N° 10 y Figura N° 3 (distribución de participantes por ciclo académico), el 34.15% de los estudiantes encuestados pertenecen al 10mo ciclo. Además, el 23.17% de los participantes pertenecen al 9no ciclo. Por otro lado, hubo menor cantidad de estudiantes en el sexto, octavo y onceavo, representando el 1.22% y 3.66%, respectivamente.

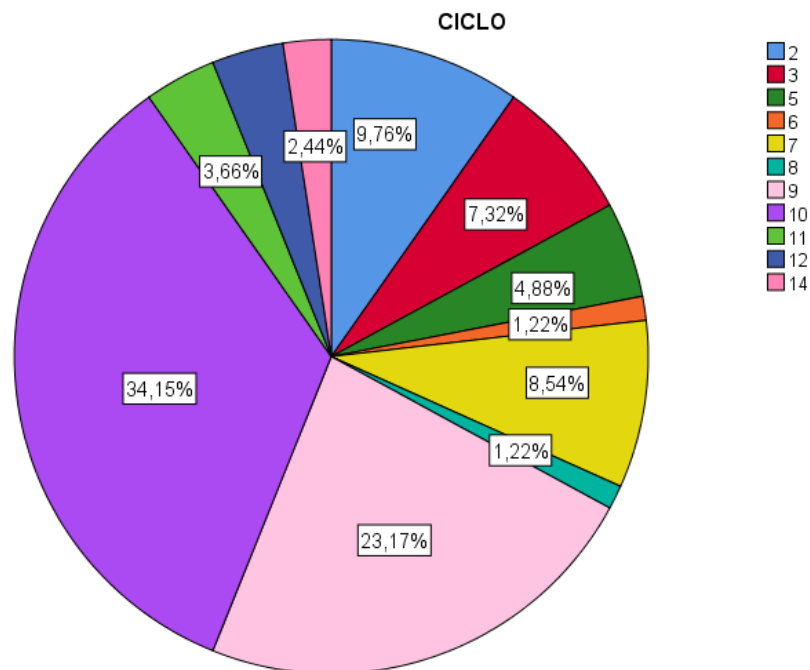


Figura 3: *Distribución de los participantes por ciclo académico*
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la variable Religión, se obtuvo que existe en mayor frecuencia estudiantes con tipo de religión católica, es decir, en un 62.7%. Por consiguiente, se encuentra la religión cristiana con un valor del 4.8%.

Tabla N° 11
Distribución de los participantes por religión

		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Católico	52	62,7		
	Cristiano	4	4,8		
	Evangélico	1	1,2		
	Ninguno	21	26,5		
	Otro	4	4,8		
Total		82	100,0		

Fuente: Elaboración propia

En los resultados de la escala, se obtiene que la media de puntaje de nivel de empatía de todos los participantes es de 110.8, con una desviación estándar de 10.901. Cuando se analiza las dimensiones por separado se obtiene los siguientes resultados: el cálculo de la media fue de 57.65 y una desviación estándar de 6.199 respecto a la dimensión *atención por compasión*; la media de 39.09 y desviación estándar de 4.879 respecto a la dimensión *toma de perspectiva*; y la media de puntaje 14.07 y una desviación estándar de 2.210 referente a la dimensión *ponerse en el lugar del paciente*, tal y como se observa en la Tabla N° 12 (estadísticos descriptivos de la variable empatía médica y dimensiones)

Tabla N° 12
Estadísticos descriptivos de la variable empatía médica y dimensiones

	N	Mín	Máx	Media	Desviación Estándar
Atención por Compasión	82	38	70	57,65	6,199
Toma de Perspectiva	82	27	49	39,09	4,879
Ponerse en el lugar del paciente	82	11	21	14,07	2,210
TOTAL	82	78	132	110,80	10,901

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla (Tabla N° 13: Estadísticos descriptivos de la variable empatía médica y dimensiones), se observa el cálculo de asimetría y curtosis por ser una variable cuantitativa; asimismo, se considera el puntaje total de la escala, el cual definirá el nivel de empatía médica acorde a los baremos de la administración del instrumento.

Tabla N° 13

Estadísticos descriptivos de la variable empatía médica y dimensiones

	Atención por Compasión	Toma Perspectiva	de Ponerse en el lugar del paciente	TOTAL
N	82	82	82	82
Desviación estándar	6,199	4,879	2,210	10,901
Asimetría	-,322	-,098	,700	-,299
Error estándar de asimetría	,266	,266	,266	,266
Curtosis	,304	-,307	,139	-,049
Máximo	70	49	21	132
Mínimo	38	27	11	78

Fuente: Elaboración propia

Posteriormente, se muestran los histogramas por dimensión de la escala (Figura 5, 6 y 7), incluyendo el puntaje total (Figura 4) en 82 estudiantes de medicina.

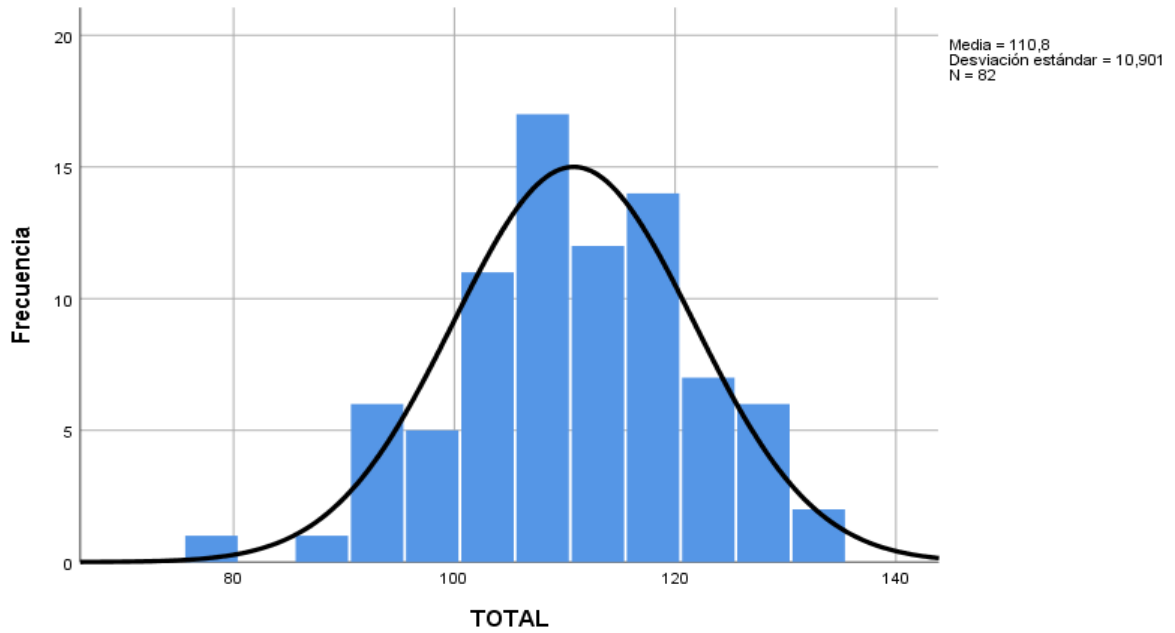


Figura 4: Puntaje total de nivel de empatía médica en una sociedad científica de estudiantes de medicina humana.

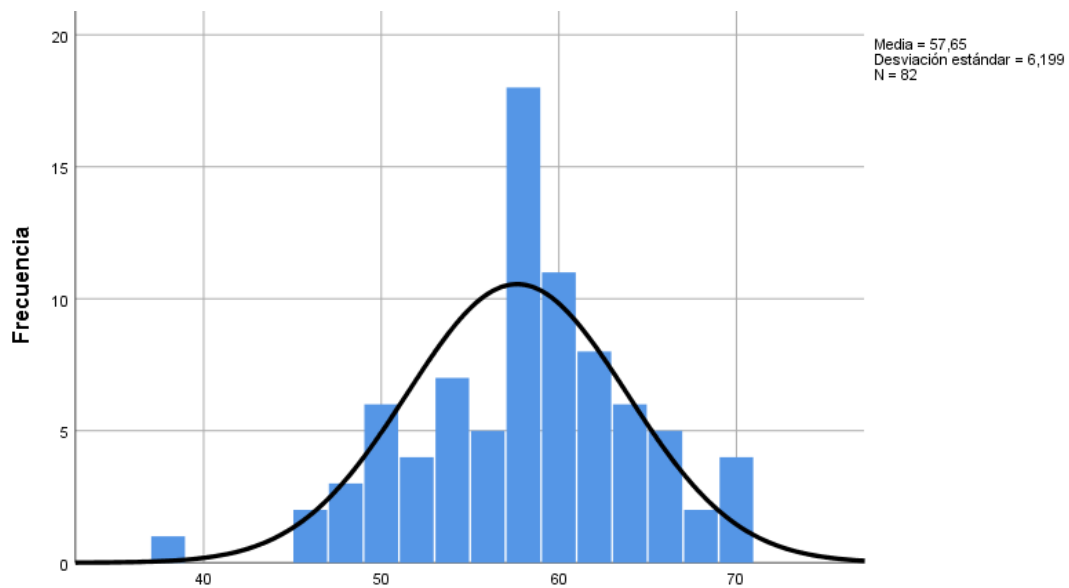


Figura 5: Puntaje por dimensión "atención por compasión" de la variable Nivel de Empatía en una sociedad científica de estudiantes de medicina humana.

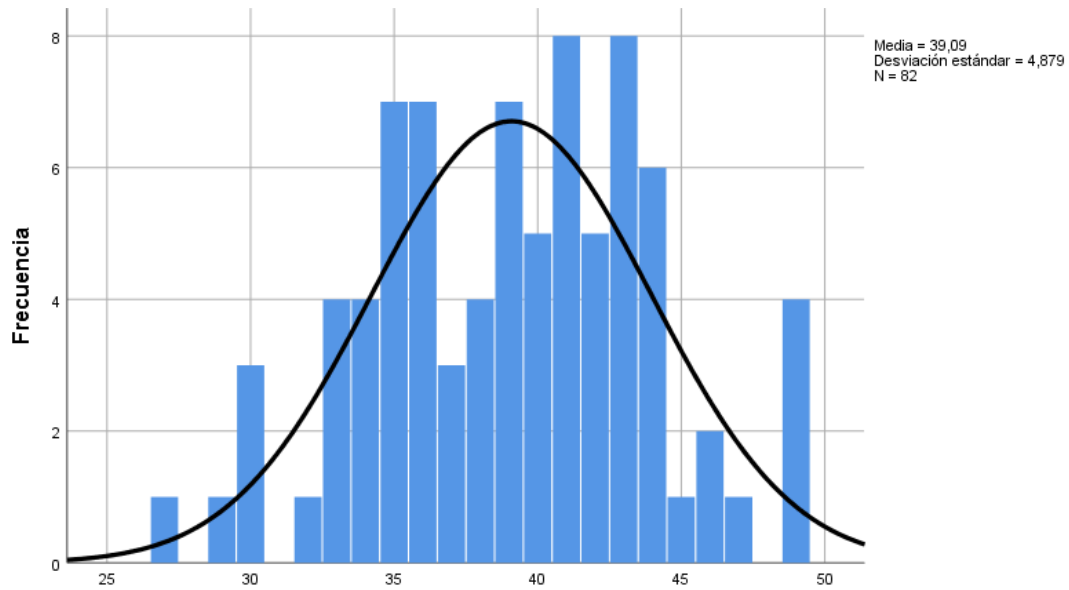


Figura 6: Puntaje por dimensión “toma de perspectiva” de la variable Nivel de Empatía en una sociedad científica de estudiantes de medicina humana.



Figura 7: Puntaje por dimensión “ponerse en el lugar del paciente” de la variable Nivel de Empatía en una sociedad científica de estudiantes de medicina humana.

En la Tabla N° 14 se observan los niveles de empatía médica más resaltantes en estudiantes pertenecientes a una sociedad científica de una universidad nacional, siendo el puntaje “Alto” el predominante ya que lo evidenciaron 86.37% de los participantes, teniendo en cuenta los puntos de corte para ubicar al participante en un determinado nivel (alto-medio-bajo)

Tabla N° 14

Nivel de empatía que poseen los estudiantes pertenecientes a una sociedad de medicina humana de una universidad nacional

NIVELES DE EMPATÍA	N	%
ALTO	70	86.37%
MEDIO	12	14.63%
BAJO	0	0%
TOTAL	82	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis descriptivo de la variable empatía médica y sus dimensiones en relación al sexo

Tabla N° 15

Nivel de empatía según la dimensión TOMA DE PERSPECTIVA

DIMENSIÓN	SEXO	Nivel Alto		Nivel Medio		Nivel Bajo		TOTAL	
		<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
TOMA DE PERSPECTIVA	Masculino	0	22	26.82	8	9.75	30	100	
	Femenino	0	41	50	11	13.41	52	100	

Fuente: Resultados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Tabla N 16

Nivel de empatía según la dimensión ATENCIÓN POR COMPASIÓN

DIMENSIÓN	SEXO	Nivel		Nivel		Nivel		TOTAL	
		Alto	Medio	Bajo					
ATENCIÓN		<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	<i>f_i</i>	%	
POR	Masculino	29	35.36	1	1.21	0	30	100	
COMPASIÓN	Femenino	45	54.87	7	8.53	0	52	100	

Fuente: Resultados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Tabla N° 17

Nivel de empatía según la dimensión PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE

DIMENSIÓN	SEXO	Nivel		Nivel		Nivel		TOTAL	
		Alto	Medio	Bajo					
PONERSE EN		<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	<i>f_i</i>	%	
EL LUGAR	Masculino	9	10.97	21	25.60	0	30	100	
DEL	Femenino	12	14.63	40	48.78	0	52	100	
PACIENTE									

Fuente: Resultados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson

Según los objetivos específicos, se consideró cada una de las dimensiones de la escala de empatía médica y la variable atributiva sexo. En primera instancia, según la dimensión TOMA DE PERSPECTIVA se ubican en el nivel alto de empatía el 50% de estudiantes de sexo femenino y el 22% de estudiantes de sexo masculino; asimismo, se observa que en esta única dimensión puntúan nivel bajo el 9.75% de hombres y el 13.41% de mujeres. Según la dimensión ATENCIÓN POR COMPASIÓN, el 54.87% obtuvo el nivel alto siendo el sexo femenino; y el 1.21% representa el sexo masculino el nivel medio de empatía. Finalmente, según la dimensión PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE solo el 10.97% obtuvo el nivel alto de empatía siendo el sexo representativo masculino, y el 48.78% se ubica en el nivel medio siendo el sexo representativo femenino.

Tabla N° 18

Niveles de empatía general según la variable sexo

Sexo	Niveles de empatía						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	
Masculino	0	0	1	3.33%	29	96.66%	30
Femenino	0	0	7	13.46%	45	86.54%	52

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 18 (Niveles de empatía general según la variable sexo) podemos observar los niveles de empatía general según sexo, el nivel alto predomina en ambos grupos, el 96.66 % de varones se ubica en el nivel alto de empatía; mientras que, el 86.54% de mujeres se ubica en el mismo nivel. Asimismo, el 13.46% de mujeres se ubica en el nivel medio de empatía, mientras que solo 1 persona de sexo masculino correspondiente al 3.33% del mismo se ubica en la categoría medio. Por otro lado, podemos observar que el 0% de los participantes de ambos sexos se ubica en el nivel bajo de empatía.

Se procedió a aplicar el análisis de normalidad Kolmogorov—Smirnov se observa el valor de 0.057, y el valor de *p* (significancia asintótica bilateral) fue de 0.200, tal y como se observa en la Tabla N° 19. Siendo el valor de *p* mayor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para pensar que la muestra proviene de la distribución especificada, con un nivel de significación del 5%, siendo una distribución normal.

Tabla N° 19

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la muestra censal

		TOTAL
N		82
Parámetros normales ^{a,b}	Media	110,80
	Desv. Desviación	10,901
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,057
	Positivo	,041
	Negativo	-,057
Z de kolgomorov-smirnov		,057
Sig. asintótica(bilateral)		,200 ^{c,d}

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 20

Prueba T para igualdad de medias según sexo

Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias								
		95% de intervalo de confianza de la diferencia								
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
TOTAL	Se asumen varianzas iguales	1,476	,228	,864	80	,390	2,163	2,503	-2,819	7,144
	No se asumen varianzas iguales			,910	70,277	,366	2,163	2,377	-2,578	6,904

Fuente: Elaboración propia

H_i: Los estudiantes de sexo femenino poseen un nivel medio a alto de empatía a diferencia de los estudiantes de sexo masculino que poseen un nivel medio a bajo.

Ho: Los estudiantes miembros de una sociedad científica de una universidad nacional no presentan ninguna diferencia en el nivel de empatía en relación al sexo.

Como se observa en la Tabla N° 20 (Prueba T para igualdad de medias según sexo) el valor de significancia es mayor a 0,05, por ende, se acepta la hipótesis nula, debido a que los estudiantes de medicina de una universidad nacional no presentan ninguna diferencia significativa en el nivel de empatía en relación al sexo.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión

Respecto al objetivo general, en el cual se buscó determinar el nivel de empatía predominante en una sociedad científica de estudiantes de medicina humana de una universidad nacional, se encontró un nivel de empatía alto en el 80.5% de los participantes encuestados. Estos resultados en función al objetivo general, concuerdan con el estudio de Mayo, Ponce y Quijano (2018) donde también se obtuvo un puntaje alto de empatía en la muestra de estudio, en médicos residentes del Hospital Nacional Cayetano Heredia, obteniéndose una media de 112.88, y siendo 140 el puntaje máximo hallado.

Asimismo, en el presente estudio, se determinó que la media de puntaje de empatía obtenida por los participantes fue de 110.8 con una desviación estándar de 10.901. En contraste con otros análisis, que obtuvieron puntajes de la media mayores, como el estudio de Gayoso y Vásquez en el año 2019 (media: 118.01, DE: 11.61) realizado con 189 estudiantes de medicina humana de una universidad privada de Lima. Igualmente, concuerda con una investigación internacional realizada en México (García, 2013) cuyo objetivo fue determinar la empatía médica según el grado académico en el personal médico del hospital general de Ecatepec, donde obtuvieron una media de 112.98 y una desviación estándar de 16.85, con un rango de puntajes de 56 a 140, siendo esta media superior a la hallada en el presente estudio. Esta diferencia podría deberse al tamaño de la población evaluada y el tipo de formación (institución pública vs institución privada) que reciben los estudiantes en diferentes localidades.

En revisión del primer objetivo específico se puede señalar que se obtuvieron puntajes promedios y bajos, la mayoría de encuestados está ubicado en la categoría medio el 76.82% y el 23.18% de los participantes se ubica en el nivel bajo. Estos resultados concuerdan con la investigación de Huarcaya y cols (2018) donde la dimensión “toma de perspectiva” es la única que obtiene puntaje bajo; asimismo, también en la investigación de Mejía (2012) resalta esta dimensión por tener los puntajes más bajos en sus participantes, estudiantes de ciencias de la salud.

En el segundo y tercer objetivo se hallaron puntajes medio a alto en las dimensiones *Atención por compasión* y *Ponerse en el lugar del paciente*, donde el 90.24% de estudiantes obtuvieron un puntaje alto en la primera dimensión mencionada y el 74.39% obtuvo un puntaje promedio en la dimensión ponerse en el lugar del paciente. Ninguna de las dos dimensiones obtuvo un puntaje bajo, estos resultados concuerdan con los resultados de Huarcaya y colaboradores (2018).

Seguidamente nos referiremos, al análisis del cuarto objetivo específico, sobre los niveles de empatía médica según sexo, a nivel descriptivo, nos señalan que en los encuestados del sexo femenino prevalece un puntaje alto de empatía, representando el 54.87% de los encuestados, en comparación con los valores hallados en los encuestados del sexo masculino en donde el 35.36% obtuvo un puntaje alto de empatía médica, teniendo el sexo femenino una media superior al masculino. Dicho hallazgo concuerda con los estudios de Rozengway, García-Reyes, Vallecillo (2017) cuya investigación en Honduras prevalecieron los puntajes del sexo femenino en su investigación; así como en la investigación de Montilva, García, Torres, Puertas y Zapata (2015) en el país de Venezuela.

En mención del quinto objetivo específico en el análisis comparativo utilizando la prueba T de student para muestras independientes se obtuvieron valores mayores a 0.05, por lo que se determina que no existen diferencias significativas en el nivel de empatía en función del sexo de los miembros de una sociedad científica de una Universidad Pública. Estos resultados, concuerdan con los obtenidos en la investigación de Mejía (2012), donde encontraron que el género no influye en la conducta empática ni en sus dimensiones, es decir, en relación con la empatía global por sexo, no se observaron diferencias promedio en las dimensiones de empatía ni del puntaje global entre hombres y mujeres, mostrando variables muy similares entre ambos grupos. Asimismo, los hallazgos concuerdan con la investigación realizada por Mayor y colaboradores (2019) donde el puntaje observado entre sexos no presenta diferencia significativa; sin embargo, otros estudios mostraron que mujeres obtuvieron mayores puntajes de empatía y presentaron diferencias significativas (Parra y colaboradores, 2017)

En las implicancias del estudio, se pretende incorporar un plan/procedimiento de intervención en los cursos pre establecidos por la resolución educativa superior para potenciar las competencias orientadas al desarrollo de la empatía.

Los aportes de la presente investigación, dado los hallazgos apertura que se estudie esta variable en estudiantes de ciencia de la salud que pertenezcan a sociedades científicas y puedan contribuir con una mejora en el desarrollo de su ejercicio profesional a partir de la investigación; el presente estudio es una apertura para realizar más estudios comparativos.

Finalmente, una limitación del estudio es que los participantes pertenecen a una sociedad científica de la facultad, los cuales están distribuidos en diferentes ciclos académicos, por ende, ciclos menores no disponen de prácticas intrahospitalarias previas, es decir sin un

contacto clínico suficiente, para el estudio concreto de la empatía en la relación médico-paciente; ello dificulta la extrapolación o generalización de los datos obtenidos en el presente estudio. En este sentido, por ser limitado a una sociedad científica de estudiantes, el tamaño de la muestra impide la exploración de otros factores asociados y la agrupación de los participantes para un estudio comparativo.

Otra limitación es solo haber explorado la autoevaluación de la empatía médica, sería interesante contrastar la autoevaluación con lo que los pacientes pueden sentir sobre el trato de su médico (estudiante medicina). Asimismo, el estudio se limitó a una prueba psicométrica objetiva; por lo que la deseabilidad social pudo estar latente al momento de la resolución del cuestionario.

4.2. Conclusiones

- El nivel de empatía de los estudiantes pertenecientes a una sociedad científica de una universidad nacional de Lima Metropolitana es alto en el 80.5% de los estudiantes encuestados.
- Los niveles de empatía médica según la dimensión *Toma de perspectiva* tuvieron valores bajos con una media 39.09 y DE 4.87 en los estudiantes a nivel general.
- En cuanto a la dimensión *Atención por compasión*, los niveles de empatía fueron altos en los estudiantes de medicina humana evaluados con una media en el puntaje de 57.65 y una DE 6.199.
- Respecto a la dimensión *Ponerse en el lugar del paciente* se obtuvo una media de 14.07 y DE 2.210, ubicados en los niveles altos y promedios.

- Se obtuvo un puntaje mayor de empatía en la dimensión "Atención por compasión" y "Ponerse en el lugar del paciente"; mientras que, en la dimensión "Toma de perspectiva" se obtuvieron puntajes promedios y bajos.
- Respecto al nivel predominante de empatía médica según sexo, el 54.7 % de las personas que se ubican en el puntaje ALTO son mujeres, siendo el sexo femenino predominante en el puntaje empático.
- Los estudiantes de medicina pertenecientes a una sociedad científica de una universidad nacional no presentaron diferencias significativas en el nivel de empatía cuando se les comparó por sexo.

REFERENCIAS

Delgado-Bolton R, San-Martín M, Alcorta-Garza A, Vivanco L (2016). *Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada*. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715003340>

Bellosta-Batalla, M., Pérez-Blasco, J., Pons, M. J. N., & Moya-Albiol, L. (2016). Mejora de la empatía cognitiva y el bienestar psicológico en estudiantes de psicología tras una intervención en mindfulness. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(1), 336-354.

Gimeno Santos, Mercè y Gallego Matas, Sofía (2007). *La Autoevaluación de las Competencias Básicas del Estudiante de Psicología*. *Revista de Psicodidáctica*, 12 (1), 7-27. ISSN: 1136-1034. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=175/17512102>.

Briones (2017). *Nivel de Empatía Cognitiva y Afectiva de los empleados de una cuenta en español y los empleados de una cuenta en inglés en la jornada mixta de un centro de llamado de Atención al Cliente*. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/05/43/Briones-Karla.pdf>.

Mejía (2012). *Conducta Empática en los Estudiantes de las Ciencias de la Salud, Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela*. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9898/50769_mejia_de_diaz_maria_arnolda.pdf?sequence=1.

Burmester Noriega, O. (2017, abril 21). *Relación entre motivación de logro y empatía en alumnos de psicología en una universidad*, Lima-Perú. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/622304>

Chávez Ávila, B. (2017). *Empatía en el proceso de formación de los estudiantes de primero y quinto de la carrera profesional de psicología de la UNSA*. Universidad Nacional de San Agustín, Trujillo, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4351/Pschavb.pdf?sequence=1>

Céspedes Diez Canseco, C. (2019). *Bienestar Psicológico y Empatía en estudiantes de la carrera de psicología de una universidad privada de Trujillo*. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Recuperado de: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/5599/1/RE_PSICOL_CARLOS.C%C3%89SPEDES_BIENESTAR.PSICOLOGICO_DATOS.PDF

Bellosta-Batalla, M., Pérez-Blasco, J., Pons, M. J. N., & Moya-Albiol, L. (2016). Mejora de la empatía cognitiva y el bienestar psicológico en estudiantes de psicología tras una intervención en mindfulness. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(1), 336-354.

Davis, M. H. (1996). *A Social Psychological Approach*. Westview Press.

Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Cambridge studies in social and emotional development. Empathy and its development* (p. 17–37). Cambridge University Press.

Fernández-Pinto, Irene y López-Pérez, Belén y Márquez, María (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298. ISSN: 0212-9728.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16711589012>.

González, L; Eduardo, L. (2015). *"Desgaste por empatía y somatometría en residentes de primer año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez como indicadores de su estado de salud a lo largo del primer año de la residencia"*. (Trabajo de grado de especialización). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/323617>.

Blanco ,J. (2018). *"Traducción, adaptación cultural y validación en nuestro medio de la escala de empatía médica de Jefferson"* (Tesis Doctoral). Universidad Francisco de Vitoria

UFV, Madrid. Recuperado de <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1872/Tesis%20JM%20Blanco.pdf?sequence=1>.

Guzmán, H. (2019). *Impacto de las prácticas prehospitalarias en el nivel de empatía y burnout de estudiantes de medicina de Quito (Tesis de pregrado)*. Recuperado de: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2786881>.

Guilera Lladós, T. (2017). *Empatía en estudiantes de medicina: Estudio psicométrico, biométrico, de evolución y propuestas de intervención psicoeducativa (Tesis doctoral)*.

Universitat de Lleida, España. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/457873/Ttgl1de1.pdf?sequence=5>

Badilla, L. (2016). *"Cambios en la empatía médica de residentes de psiquiatría hacia los pacientes con enfermedad mental tras escuchar un simulador de alucinaciones auditivas"*. (Trabajo de grado de especialización). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/151500>

Coba (2018). Percepción empática de cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud privados del distrito de Cajamarca, 2017. Universidad Alas Peruanas, Perú.

Recuperado de http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/8012/9/T059_46278883_T.pdf

Arévalo, A. (2018). *Relación entre el pensamiento crítico y empatía de estudiantes de internado del hospital militar central del distrito de Jesús maría 2015*. Recuperado de:

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2007>.

Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level. *Acad Med* 2002;77(10):S58.

Larson EB, Yao. Empatía clínica como trabajo emocional en la relación médico-paciente. *JAMA* 2005; 293 (9): 1100-1106. doi: 10.1001 / jama.293.9.1100

Delors, J. (1996.): "Los cuatro pilares de la educación" en: *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*, Madrid, España: Santillana/UNESCO. pp. 91-103.

Gayoso, D., Vásquez, N. (2019). *Empatía en estudiantes de medicina de una universidad privada en el año 2019 en Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/7084>

Atahuaman, F.; Ramírez, D. (2020). *Funcionalidad familiar, estrés y rendimiento académico son factores asociados con el nivel de empatía hacia el paciente en estudiantes de medicina humana de 3ro a 6to año de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco 2018. Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco-Perú*. Disponible en <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/5572>

Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J (2016). *La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Aten Primaria. :8-14.*

Mayo, G.; Ponce, D.; Quijano, E. (2018). *Empatía y factores relacionados en médicos residentes de un hospital nivel de atención III según la escala de empatía médica de Jefferson en el año 2018 en Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Disponible en <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1507>

Rogers C. "La relación interpersonal: núcleo de la orientación", en: Rogers C., Stevens B., y otros, *Persona a persona*, Amorrutu, Buenos Aires 1994, p. 95.

Madrid Soriano J., *Los procesos de la relación de ayuda*, Desclée De Brouwer, Bilbao 2005, p.367.

Bermejo J.C. *Introducción al counselling*, Sal Terrae, Santander 2011, p. 106-122.

Costa M., López E. *Consejo psicológico*, Síntesis, Madrid 2003, p. 131.

Giordani B. *La relación de ayuda*. De Rogers a Carkhuff, Desclée De Brouwer, Bilbao 1997, p. 108 ss.

Rogers C.R. *Orientación psicológica y psicoterapia. Fundamentos de un enfoque centrado en la persona*, Narce, Madrid 1978, p.114

Bermejo, José Carlos. *Empatía terapéutica: la compasión del sanador herido*, Editorial Desclée de Brouwer, 2012. ProQuest Ebook Central- Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/upnortesp/detail.action?docID=3206127>.

Saracho, J. *La organización emocional*, RIL editores, 2015. ProQuest Ebook Central. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/upnortesp/detail.action?docID=4570622>.

Lipps, Th. (1913). Zur Einfühlung. In *Psychologische Untersuchungen*, vol. 2. Leipzig: Engelmann.

Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33.

Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*; 2005; 28 (5):57–63.

Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese, V. *Action recognition in the preomotor cortex*. *Brain*; 1996: 119:593–609.

Guízar D, & Heinze G, & Carmona J (2017). La restricción emocional del médico en la práctica profesional. Sutton L, & Ruiz Pérez L.C.(Eds.), *Educación médica y profesionalismo*. McGraw-Hill. Recuperado de:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2450§ionid=193963087>

Acasiete (2017). *Empatía y razonamiento moral prosocial en estudiantes de psicología de una Universidad Privada de Lima*. Universidad Ricardo Palma. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/860>

García, E., González, J. y Maestú, F. (2011). *Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía*. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 265-279. Recuperado de: http://eprints.ucm.es/16341/1/ANSIEDAD_Y_ESTRES.pdf

Premack, D., Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciend.* 1(4)

Juan Bernardo, Z. V., Lizeth, Y. M., & Becerra Espinosa, A. M. (2018). *Teoría de la mente y empatía en niños y niñas con diagnóstico de síndrome de asperger (theory of mind and empathy in children with asperger syndrome diagnosis and a control group)*. *Psicogente*, 21(39).

Zabala, M. L., Richard's, M. M., Breccia, F., & López, M. (2018). *Relaciones entre empatía y teoría de la mente en niños y adolescentes-*. *Pensamiento Psicologico*, 16(2), 47-57. doi:10.11144/Javerianacali. PPSI16-2.retmm

Decety, J. (2010). The Neurodevelopment of Empathy in Humans. *Developmental Neuroscience*, 32(4), 257-267. doi: 10.1159/000317771

Decety, J. & Jackson, P. H. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioural and Cognitive Neuroscience Review*, 3(2), 71-100. Recuperado de: <http://10.1177/1534582304267187>.

Meltzoff, A. N. & Decety, J. (2003). What imitation tells us about social cognition: a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. *Biological Sciences*, 358, 491-500. Recuperado de: <http://10.1098/rstb.2002.1261>.

Irving P, Dickson. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals (2004). *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*.

López, M. B., Filippetti, V. A. & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 32(1), pp. 37-51. Recuperado de: <http://.10.12804/apl32.1.2014.03>

Davis, M. H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85, (pp.1-17).

Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M., Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal of psychiatry*, 159(9):1563-9.

Parra G, Cámara R. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investig en Educ Médica*. 2017;6(24): 221-7. Doi. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.001>

Huarcaya-Victoria, Bernardo Cano-Uría, Alejandro Villanueva-Ruska y Jorge de la Cruz-Oré (2018). Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.004>

Saucedo J, Bravo V, Guevara Y, Salazar R, Vásquez C, Díaz C. Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. *Rev. cuerpo méd.* 2012;5(3):17-21.

Hojat Mohammadreza (2012). Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados. Editorial Manual Moderno, pp; 114-120

Hoffman, M. L. (1992): *"La aportación de la empatía a la justicia y al juicio moral"*, La empatía y su desarrollo. Biblioteca de Psicología. Des-clée de Brouwer. Bilbao, pp: 59-93.

Altuna, B. (2018): "Empatía y moralidad: las dimensiones psicológicas y filosóficas de una relación compleja". *Revista de Filosofía* 43 (2), 245-262

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, T. C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Recuperado de <https://search.proquest.com>

Pineda B, Alvarado L, Canales, F. Metodología de la investigación: *Manual para el desarrollo del personal de salud*. Segunda ed. Washington: OPS.; 1996.

Rojas, V. M. N. (2011). *Metodología de la investigación. Diseño y ejecución*. Ediciones de la U. pp: 210-225

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México. México: Mc Graw Hill Interamericana

Ibarra Olatz B, Ramón, M. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento. Badalona; 2017. pp: 1–198

Código de Ética y Deontología. Col Médico del Perú. 2018;1–18. Díez-Goñi N, Rodríguez-Díez MC. ¿Por qué es importante la enseñanza de la empatía en el Grado de Medicina? Rev Clínica Española. 2017 Aug;217(6):332–5.

Rozengway Vijil, Herman, García Reyes, Ana Margarita, & Vallecillo Amador, Len Isaías. (2016). *Niveles de empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología de Honduras*. *Revista Científica Médica* 19(2), 14-19. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200003&lng=es&tlng=es.

Universidad Privada del Norte (2016). Código de ética del investigador científico. Recuperado de <https://www.upn.edu.pe/sites/default/files/2020-06/codigo-etica-investigador-cientifico-upn.pdf>

Colegio de Psicólogos del Perú (2014). Código de ética del profesional del psicólogo peruano. Recuperado de: http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf.

Montilva, M; García, M; Torres, A. ;Puertas, M; Zapata, E. *Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.04.006>.

ANEXOS

ANEXO N°1 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE DE ESTUDIO	DIMENSIONES	ITEMS
Empatía Médica: Calidad cognitiva preeminente que involucra la comprensión de experiencias, inquietudes y perspectiva del paciente, relacionado con la habilidad de comunicar lo que se entiende al paciente, sabiendo que los componentes emocionales y cognitivos son independientes (Hojat et. al, 2002)	Atención por compasión	2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20
	Toma de perspectiva	1, 7, 8, 11, 12, 14, 19
	Habilidad de ponerse en la situación del paciente	3, 6, 18

ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Mi nombre es Maryorite Milagros Cornejo Arispe, estudiante del décimo ciclo de la carrera de Psicología y practicante pre profesional en el Proyecto Lima Te Acompaña de la Municipalidad de Lima. Actualmente, me encuentro realizando mi proyecto de tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología cuyo objetivo es determinar los niveles de empatía y sus factores asociados en estudiantes de medicina humana de una universidad de Lima Metropolitana, es por ello que requiero de su aporte/colaboración en la presente investigación.

Su participación como estudiante es voluntaria.

Para ese fin se adjunta un cuestionario donde deberá tener en consideración los siguientes aspectos:

1. La información proporcionada es totalmente confidencial, garantizando la protección de los datos y estos serán utilizados para fines académicos.
2. Todas las respuestas son posibles. No existen respuestas correctas ni incorrectas, por tanto, cualquier respuesta es válida y aporta a la investigación.
3. El cuestionario será de forma anónima.

Al firmar el consentimiento, deberá aceptar el uso de sus datos para fines académicos y de investigación.



Maryorite Cornejo Arispe
DNI: 73312845

Estudiante voluntario

ANEXO N° 3: ESCALA EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON VERSIÓN S

A continuación, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con un aspa (X) según corresponda.

1 = Totalmente en desacuerdo

7 = Totalmente de acuerdo

Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7

La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva del paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7
Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que les está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7

Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.	1	2	3	4	5	6	7
Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis	1	2	3	4	5	6	7
No disfruto leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7
Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7