

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

TÍTULO

EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA CON LOS
PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA, 2017

AUTORES : LOERA PAREDES JESSICA MARILÚ
MAYORCA SAMANIEGO MARÍA MILAGRO
MUJICA KONG RODRIGO JOSÉ

ASESOR: Dra. JUDITH PALOMINO ANTEZANA

ICA – PERÚ
2017

DEDICATORIA

A ti Dios Padre, por estar presente en nuestras vidas
Guiándola con tu divina luz, iluminando nuestro caminar.
Gracias

A nuestros queridos padres,
Por aconsejarnos en todo instante
orientándonos en nuestro camino.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestros profesores que con su dedicación y paciencia permitieran que paso a paso alcanzáramos este logro profesional. Su continua motivación despertó que nuestras ganas se convirtiera en esfuerzo y por ello son dignos de reconocimiento, hoy los llevamos en un lugar especial de nuestro corazón.

A nuestros amigos; por compartir anécdotas y experiencias inolvidables. Su amistad complementa nuestras vidas, gracias por compartir cada momento que no olvidaremos.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------|----|
| I.- INFORMACIÓN GENERAL | 7 |
| | |
| II.- RESUMEN (Español e Inglés) | 8 |
| | |
| III.- INTRODUCCIÓN | 10 |
| | |
| IV.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| 4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 11 |
| 4.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA | |
| 4.4 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 13 |
| 4.5 OBJETIVOS | 14 |
| 4.5.1 OBJETIVO GENERAL | 14 |
| 4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 14 |
| | |
| V.- MARCO TEÓRICO | 15 |
| 5.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO | 16 |
| 5.2 BASES TEÓRICAS | 23 |
| 5.3 SISTEMA DE HIPÓTESIS | |
| | |
| VI.- SISTEMA DE VARIABLES | 52 |
| 6.1 VARIABLES | 53 |
| 6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 54 |
| | |
| VII.- METODOLOGÍA | 55 |
| 7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 56 |
| 7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA | 56 |
| 7.2.1 UNIVERSO | 56 |

| | |
|---------------------------------------------|----|
| 7.2.2 UNIDAD DE MUESTRA | 56 |
| 7.2.3 TIPO DE MUESTRA | 56 |
| 7.2.4 TAMAÑO DE MUESTRA | 56 |
| 7.3 MUESTREO Y TIPO DE MUESTRE | 56 |
| 7.4 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS | 57 |
| 7.4.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 57 |
| 7.4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | 57 |
| 7.4.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 57 |
| | |
| VIII.- RESULTADOS | 59 |
| | |
| IX.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS | 70 |
| | |
| X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 75 |
| | |
| XI.- CONCLUSIONES | 78 |
| | |
| XII.- RECOMENDACIONES | 80 |
| | |
| XIII.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 82 |
| | |
| XIV.- ANEXOS | 87 |

I.- INFORMACIÓN GENERAL

TÍTULO.-

EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA CON LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA, 2017.

INVESTIGADORES.-

- Loera Paredes Jessica Marilú
- Mayorca Samaniego María Milagro
- Mujica kong Rodrigo José

ÁREA O ESPECIALIDAD.-

Psicología Aplicada a la Odontología

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Región Ica
- Departamento de Ica
- Provincia de Ica

LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD

Psicología Aplicada a la Odontología

II.- RESUMEN

Se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar el nivel de empatía de los estudiantes de odontología con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017. Se realizó una encuesta donde se evaluaron 133 estudiantes del VII, VIII y X ciclo de la Facultad de Odontología.

La investigación es observacional de nivel descriptivo y de corte transversal. Para valorar el nivel de empatía de los estudiantes se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson que consta de 20 preguntas distribuidas en 3 dimensiones.

Nuestros resultados concluyen que el nivel de empatía de los estudiantes de odontología es sobresaliente con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017. Así mismo los estudiantes de género femenino tienen más empatía respecto a los estudiantes de género masculino y los estudiantes de ciclos superiores empatizan más que los estudiantes de ciclos inferiores con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

Palabras claves: Nivel de empatía, Escala de Empatía Médica de Jefferson, Odontología.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the level of empathy of dental students with the patients of the dentistry clinic of the National University "San Luis Gonzaga" of Ica, 2017. A survey was carried out in which 133 students from the VII, VIII and X cycle of the Faculty of Dentistry.

The research is observational at a descriptive and cross-sectional level. To evaluate the level of empathy of the students the Jefferson Medical Empathy Scale was applied, consisting of 20 questions distributed in 3 dimensions.

Our results conclude that the level of empathy of the students of dentistry is outstanding with the patients of the dental clinic of the National University "San Luis Gonzaga" of Ica, 2017. Likewise, the students of feminine gender have more empathy with the student's male students and upper-cycle students empathize more than lower-cycle students with patients from the dental clinic of the National University of San Luis Gonzaga of Ica, 2017.

Keywords: Level of Empathy, Jefferson Medical Empathy Scale, Dentistry.

III.- INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica los pacientes y sus familias se relacionan con el estudiante de odontología y el odontólogo profesional, y/o otros profesionales de ciencias de la salud entre otros, por tanto el paciente pasa a ser alguien que no sólo recibe atención, sino que también contribuye en el aprendizaje del estudiante en las diferentes áreas clínicas desde su etapa de formación, razón suficiente para que la interacción con el paciente y su familia sea de calidad y calidez.

Sin embargo, durante el transcurso de la carrera de odontología, los estudiantes en formación por lo general logran de manera satisfactoria el conocimiento y las habilidades prácticas en el ámbito académico, pero se ven en problemas en el área clínica, cuando les corresponde establecer una relación de empatía con el paciente y la familia, simplemente porque esta conducta, aun no la han consolidado.

En los estudiantes del área de la salud, esta conducta está orientada primordialmente a los aspectos orgánicos y en menor cuantía a lo humanista, donde la empatía juega un papel fundamental en la relación con el paciente. La empatía es la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Por las razones vertidas es fundamental esta investigación precisamente porque se desconoce el nivel de empatía que tienen los estudiantes de odontología al atender a los pacientes en la clínica odontológica de nuestra facultad.

IV.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La relación odontólogo-paciente ha sido considerada como una interacción entre dos personas que poseen intereses personales diferentes, en virtud de la naturaleza de quienes participan en ella; esta relación contiene una eminente subjetividad e intersubjetividad que va más allá de la dimensión puramente clínica de un tratamiento.

Algunas veces los futuros profesionales de la salud oral más allá de las habilidades propias de la profesión para realizar un trabajo de excelencia carecen de valores que les permitan dejar huella en la sociedad, para que sea más justa y más fraterna.

Por ello no sólo es la preocupación de formar futuros profesionales que destaquen académica y científicamente sino también tener una formación ético humanista porque la odontología es una profesión relacional, en la que tratamos con personas que acuden a nuestra consulta con una necesidad de tratamiento; para ello se tiene que formar estudiantes con liderazgo y habilidades de comunicación con los pacientes y no sólo satisfacer las necesidades médicas del paciente con capacidad científica y profesional, sino también, con buena atención, empatía, y calidad de los servicios prestados.

4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

4.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de empatía de los estudiantes de odontología con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017?

4.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Problema Específico 1:

¿Qué nivel de empatía según género tienen los estudiantes de odontología con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017?

Problema Específico 2:

¿Qué nivel de empatía según ciclo de estudios tienen los estudiantes de odontología con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017?

4.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Los futuros profesionales de la salud oral deben tener capacidad de liderazgo y ser modelos empáticos dentro de la población porque son parte de ella. La demostración de habilidades interpersonales en la atención odontológica puede aminorar los temores e incrementar el éxito del tratamiento de los pacientes y lograr la satisfacción de los mismos; sin embargo durante el transcurso de la carrera de odontología, los estudiantes en formación por lo general logran de manera satisfactoria el conocimiento y las habilidades prácticas en el ámbito académico, pero se ven en problemas en el área clínica, cuando les corresponde establecer una relación empática con el paciente, simplemente porque esta conducta aun no la han consolidado.

El termino empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Por ello es pertinente analizar esta conducta en los estudiantes de Odontología, sus resultados permitirán enriquecer los conocimientos sobre el comportamiento de los estudiantes en la relación como profesionales de la salud con el paciente a nivel local y contrastarlos

con los hallazgos de otras investigaciones a nivel nacional e internacional, ello con el propósito de fomentar la relación profesional empática en las diferentes etapas de la formación, donde el modelaje tiene un rol protagónico.

4.4 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

No se encontraron limitaciones en la investigación, por ello se concretizó exitosamente esta investigación.

4.5 OBJETIVOS

4.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de empatía de los estudiantes de odontología con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Determinar según género el nivel de empatía de los estudiantes de odontología con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

Objetivo Específico 2:

Determinar según ciclo de estudios el nivel de empatía de los estudiantes de odontología con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

V.- MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Gonzales y col. (Colombia-2015) Su investigación tuvo como objetivo describir el nivel de empatía de los alumnos que cursan el programa de odontología en la Universidad de Cartagena. La investigación es de tipo descriptivo cuantitativo realizado con una muestra de 360 estudiantes de 1º a 5º año de odontología Universidad de Cartagena (Colombia), durante el segundo periodo académico de 2012. Se aplicó como instrumento la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en versión español para estudiantes. El análisis consistió en la estimación de estadígrafos descriptivos; media aritmética y desviación típica en todos los factores y sus niveles correspondientes.

La comparación de las medias se realizó mediante un Análisis de Varianza Bifactorial Modelo III, con interacción de primer orden y se aplicó la prueba de comparación múltiple de Duncan. Resultados Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables “nivel” ($p < 0,05$).

Concluyeron que los valores de orientación empática en los estudiantes de odontología evaluados, fueron diferentes en los niveles de estudio y el sexo, lo que puede influir en la formación profesional integral que propenden las instituciones de educación superior dentro de sus proyectos educativos y hace imperativo impulsar el desarrollo de habilidades interpersonales en los educandos desde los primeros años de formación, que contribuya a mejorar la calidad de la atención en salud brindada.⁽¹⁾

Salcedo y col. (Perú-2015) Realizaron un estudio con la finalidad de evaluar los niveles de empatía de los alumnos de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). La muestra se conformó con 200 estudiantes (55 % cursaban los niveles 1 al 5); se les aplicó la Escala de Empatía de Jefferson (EEMJ).

Se concluyó que la empatía en los estudiantes de odontología de UNMSM muestra pequeñas variaciones absolutas, pero ni en el género ni en el nivel de estudio existen diferencias estadísticamente significativas.⁽²⁾

Uberman y col. (Chile – 2014) Realizaron un estudio para determinar el nivel de orientación empática de los estudiantes de odontología del primer al quinto nivel de la carrera de Odontología, Facultad de Medicina de Clínica Alemana Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana (Santiago), considerando el nivel y género de los estudiantes. Se midió la orientación empática de los estudiantes de odontología mediante la Escala de empatía médica de Jefferson; los datos de los niveles analizados fueron comparados mediante un análisis de varianza trifactorial.

Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas de orientación empática entre los distintos cursos; además se puede observar que las mujeres presentan mayores niveles de empatía en relación con los hombres.

Se concluye que los estudiantes de odontología (independientemente del nivel y/o curso) presentan en general un alto nivel de orientación empática. Las mujeres presentan mayor nivel de orientación empática que los hombres.⁽³⁾

Madera y col. (Colombia-2014) El estudio que realizaron fue para determinar los niveles de empatía y su relación con factores sociodemográficos, familiares y académicos en estudiantes de Odontología.

Es un estudio de corte transversal en estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena-Colombia. Se seleccionaron aleatoriamente 199 sujetos a los cuales se les aplicó un cuestionario que indagaba sobre características sociodemográficas, familiares, académicas y la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en su versión para

estudiantes (versión S). Esta escala tiene una puntuación mínima de 20 y máxima de 140 y no establece punto de corte. Para el análisis se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para evaluar el supuesto de normalidad, las pruebas T Student y Anova para establecer la relación entre variables ($p < 0,05$).

Los resultados obtenidos indican que la media de empatía global fue $106,9 \pm 14,3$ puntos; se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de empatía de acuerdo a la funcionalidad familiar ($p=0,001$), el estado civil ($p=0,0467$), soporte de amigos ($p=0,0429$), Odontología como primera opción de estudio ($p=0,0357$) y la reprobación de asignaturas ($p=0,008$); asimismo con la dimensión de empatía “cuidado con compasión” con el sexo ($p=0,014$) y año de formación ($p=0,0257$); también hubo diferencias entre la dimensión “toma de perspectiva” y el rendimiento académico ($p=0,043$).

Concluyeron que los niveles de empatía en estudiantes de Odontología pueden variar dependiendo de la funcionalidad familiar, estado civil, soporte de amigos, odontología como primera opción de estudio y la reprobación de asignaturas. ⁽⁴⁾

Sánchez y col. (Costa Rica-2013) Realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo fue evaluar la orientación empática, en los estudiantes de la carrera de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Latinoamericana de Ciencias y Tecnología (ULACIT) de Costa Rica. Se tomó una muestra de 225 estudiantes pertenecientes al equivalente de los niveles 1ro, 2do, 3ro, 4to y 5to de la Carrera de Odontología. Se encuestaron con una herramienta llamada Escala de Empatía de Jefferson.

Después de realizar el análisis estadístico se encontró que los años superiores muestran niveles de orientación empática mayores que el resto de los estudiantes en ambos géneros.

Esto se debe al aumento, en la práctica clínica, de los estudiantes al final de la carrera y a la responsabilidad y compromiso que llegan a tener con sus pacientes.

Además, en general, la orientación empática es mayor en el género femenino que en el masculino y esta va evolucionando de diferente forma para ambos géneros a lo largo de la carrera. ⁽⁵⁾

Ñique Carbajal C. (Perú-2013) Realizó una investigación para determinar el nivel de conocimientos sobre la empatía en los estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte (USMP-FN).

Es un estudio descriptivo observacional, en el cual se aplicó la escala de medición de la empatía de Jefferson, a una muestra piloto de 50 estudiantes de la Facultad de Odontología de la USMP-FN, durante el semestre académico 2012-II.

Se evaluaron el sexo, la edad y el ciclo de estudios que cursaban al momento de aplicación, para conocer el puntaje obtenido en relación a la escala; se obtuvo, en promedio, 89,8 de puntaje, acorde al percentil elegido; este valor corresponde a un nivel adecuado de orientación empática, encontrándose que el ciclo I de estudios fue el que mayor puntaje obtuvo.

Se encontró que existe una puntuación media-alta sobre la orientación empática en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la USMP-FN, apreciándose que la educación humanista y ética de enfoque personalista en la carrera de Odontología de la USMPFN, la cual considera a la persona como fin y no como medio, es compatible con la definición más aceptada sobre empatía. ⁽⁶⁾

Gutiérrez y col. (Perú-2012) Evaluaron el nivel de percepción empática de alumnos de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú). Realizaron un estudio de investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y ex post facto causa efecto.

En la investigación participaron 258 alumnos de una población de 450 que cursan los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a quienes se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). Para el análisis de los datos obtenidos se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y la prueba de homocedasticidad de Levene.

Posteriormente se estimaron los estadígrafos descriptivos en todos los factores estudiados, la comparación de las medias se realizó mediante un Análisis de varianza bifactorial y una prueba de comparación múltiple de Duncan y finalmente, se construyó un Baremo que sirvió para el análisis descriptivo porcentual para cada uno de los tres factores de empatía (“toma de perspectiva”, “atención por compasión” y habilidad para ponerse en el lugar del paciente).

Los puntajes obtenidos en la (EEMJ) son significativamente mayores en quinto año que en los años restantes. Las mujeres presentaron mayores niveles que los hombres de la variable orientación empática. El mayor porcentaje de alumnos se ubican en la categoría Medio de empatía en los tres factores (“toma de perspectiva”, “atención por compasión” y habilidad para ponerse en el lugar del paciente). Conclusiones: Los estudiantes de estomatología de los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú) presentan un nivel medio de orientación empática. Las mujeres presentan mayor nivel de orientación empática que los hombres.⁽⁷⁾

Carrasco y col. (Chile-2012) Este trabajo está en correspondencia con una investigación observacional descriptiva, de corte transversal. La población estaba constituida por 402 estudiantes pertenecientes a los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la carrera de odontología de la Universidad de Concepción (Chile). La muestra se conformó con 341 sujetos que participaron en este estudio (84,82%).

A los sujetos pertenecientes a la muestra se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). No existieron criterios de exclusión, pues el interés era evaluar la variable de interés a la mayor cantidad de estudiantes. Se realizó una única medición en la sala de clases a los alumnos en los niveles desde el 1º hasta el 5º, resguardando la confidencialidad del mismo mediante la aplicación de un operador neutral y sin identificación de las encuestas.

Los puntajes obtenidos en la EEMJ variaron entre un mínimo de 78 y un máximo de 140 puntos para las mujeres y un mínimo de 47 y un máximo de 136 puntos para los hombres. Estos valores muestran que los estudiantes de Odontología, de 1º a 5º año, de la Universidad de Concepción presentan un alto nivel de orientación empática.

Los resultados obtenidos en este trabajo permiten afirmar que los niveles de orientación empática de los alumnos de Odontología de la Universidad de Concepción presentan diferencias significativas entre el segundo y el tercer año, siendo mayores en los niveles superiores de la carrera.⁽⁸⁾

Wilson y col. (Reino Unido - 2012) Realizaron un estudio en la Universidad Central de Lancashire, con la finalidad de comparar las puntuaciones de empatía entre estudiantes de ciencias de la salud (Farmacia y Enfermería) y estudiantes de Derecho.

Utilizaron como instrumento la Escala de empatía de Jefferson; su muestra estuvo constituida por 282 estudiantes de primer y tercer año.

Reportaron que los estudiantes de Enfermería y Farmacia tenían niveles de empatía significativamente más altos que los estudiantes de Derecho. Los estudiantes de tercer año de Farmacia puntuaron más alto en la empatía que los de primer año, mientras que lo contrario ocurrió en Enfermería.

No hubo diferencia significativa en la empatía entre el primer y tercer año los estudiantes de derecho. A través de los años de estudio, la empatía entre los estudiantes de Farmacia aumenta, pero disminuye en los estudiantes de Enfermería y siguió siendo la misma entre los estudiantes de Derecho. Las mujeres puntuaron más alto en la empatía que los hombres. Concluyendo que los valores de empatía varían en función de la disciplina académica investigada.⁽⁹⁾

McMillan y col. (USA-2011). Realizaron un estudio en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Auburn con el objetivo de realizar un análisis psicométrico del estudiante de enfermería utilizando la Escala de Empatía Médica de Jefferson.

La muestra estuvo compuesta por 598 personas, el mayor porcentaje de los participantes eran mujeres (88%), el 46% tenía 25 años. No hubo diferencia estadística en la orientación de los estudiantes hacia la empatía en la atención al paciente.

Desde un punto de vista práctico, hay oportunidades potenciales para mejorar la atención al paciente y la familia en diferentes etapas de la enfermedad y en la diversidad de patologías que les corresponde confrontar.⁽¹⁰⁾

Rivera y col. (Chile- 2011) Llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de orientación empática en los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae.

Fue una investigación no experimental, descriptiva y transversal, donde participaron 136 alumnos, de un universo de 183, correspondientes a

los niveles 3º, 4º y 5º año, a quienes se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ).

Como resultados reportan que los puntajes obtenidos de empatía son mayores en los niveles más avanzados de la carrera y se presentan diferencias significativas entre el tercer y el cuarto año de la misma. Las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en los distintos niveles estudiados.

Se observa que el puntaje obtenido para la EEMJ en los años estudiados es mayor en las mujeres, y se aprecia una tendencia mayor de los hombres a aumentar sus puntajes a medida que avanzan en la carrera. En las mujeres, dicho comportamiento es menos notorio. Concluyen que los estudiantes de odontología de los niveles 3º, 4º y 5º de la Universidad Finis Terrae presentan un alto nivel de orientación empática.

Se ha señalado ampliamente en la literatura que una de las características más deseables en un profesional del área de la salud, y específicamente en los odontólogos, es la empatía y las habilidades comunicacionales, no obstante, como la empatía es una variable multidimensional compuesta por un elemento actitudinal, comunicacional y conductual, se debe considerar de utilidad complementar con otros instrumentos la evaluación que se realice a los alumnos en la instancia de atención clínica. ⁽¹¹⁾

5.2 BASES TEÓRICAS

5.2.1 ORIGEN DE LA EMPATÍA.-

La empatía es la acción y la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar de manera vicaria los sentimientos, pensamientos y experiencias del otro, sin que esos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido comunicados

de manera objetiva o explícita. Sin embargo, su conceptualización teórica se dificulta por falta de claridad y ambigüedad en su definición. Lo que sí está bien fundamentado es su importancia en el estudio de la conducta humana y su análisis en la psicopatología y la conducta pro social. Aunque existe cierto consenso sobre los aspectos conductuales, no hay pleno acuerdo en su definición, centrándose la discusión en dos aspectos:

¿Consiste la empatía en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” o, por el contrario, ella alude a “sentir la emoción de forma vicaria”? así lo plantean (Guilera, 2008; Fernández-Pinto, López -Pérez y Márquez, 2008). Estos autores hacen mención a varios investigadores que han participado en la historia de la empatía, disertando en lo cognitivo y lo afectivo en su evolución. Afirman que la primera vez que se usó formalmente el término empatía fue Robert Vischer en el siglo XVIII, con el término “Einführung”, que traducía “sentirse dentro de”. En 1909 Titchener acuña el término “empatía” tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega empátheia (emocionado). ^(12, 13)

Con anterioridad, algunos filósofos y pensadores como Leibniz y Rousseau habían señalado la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos. Por otra parte, Smith, en su teoría sobre los “Sentimientos Morales” en 1757, habla de la capacidad de cualquier ser humano para sentir “pena o compasión ante la miseria de otras personas o dolor ante el dolor de otros” y, en definitiva “ponernos en su lugar con ayuda de nuestra imaginación”.

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

empatía se produce por una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro. ⁽¹²⁻¹³⁾

Desde una mirada fenomenológica para Torrealba (2004), la empatía es la capacidad para interiorizar las vivencias del otro. Alude que en 1905, Husserl introdujo el concepto de la empatía (*Einfühlung*) entendida como la experiencia de la conciencia ajena y de sus vivencias, a diferencia de la experiencia que la propia conciencia hace de sí misma. Destaca que en el proceso empático intervienen tres momentos: el primero es la percepción de la situación del otro, de su vivencia (*Erlebnis*); el segundo consiste en la interiorización de su vivencia y el tercer momento se produce cuando esa vivencia ajena que he percibido en el otro se percibe como propia, donde lo vital es que el proceso no tenga por objeto el conocimiento, sino la comprensión (*Verständnis*) del otro. Finaliza exponiendo que la empatía presupone una concepción del hombre como ser abierto, o mejor todavía, como ser permeable, capaz de interaccionar con su entorno y con sus semejantes y de establecer vínculos afectivos con ellos. ⁽¹⁴⁾

En cuanto a la empatía en el campo de la salud propiamente dicho, Torrealba expone que el acto de cuidar o brindar atención de salud, presupone tener la capacidad de empatizar con el paciente, de interiorizar sus vivencias y apropiárselas, pero no es idéntica en todos los seres humanos. Esta herramienta en la relación profesional de la salud con el paciente hace posible la comunidad en equipo, la humanización en el trato; por ello, se pregunta, si habría una pedagogía para desarrollar la empatía y, en el caso que la hubiere, cuáles serían las estrategias para desplegarla en los procesos formativos de los futuros profesionales de la salud. ⁽¹⁴⁾

5.2.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EMPATÍA.

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

- La comprensión de los demás, referida a la capacidad de captar los sentimientos y las perspectivas de otros e interesarse genuinamente por sus preocupaciones.
- La orientación hacia el servicio, cuando se anticipa, reconoce y satisface en lo posible las necesidades de otros, brindando desinteresadamente la ayuda necesaria y poniéndose en su lugar.
- El aprovechamiento de la diversidad, es cuando se sabe aprovechar las oportunidades que brindan las diferentes personas. Cuando se es dotado de esta competencia se comprende más fácilmente las diferentes visiones del mundo y se es sensible a las diferencias existentes entre los grupos, a su vez se considera la diversidad como una oportunidad para afrontar los prejuicios y la intolerancia.
- La conciencia política, es la capacidad de percibir las corrientes emocionales en un grupo y advertir con facilidad las relaciones de poder, e interpretan adecuadamente tanto la realidad externa como la interna en una determinada organización.

Para ser empático, hay que tener la capacidad de captar el mundo interno del paciente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos. ⁽¹⁵⁾

Las habilidades de la inteligencia emocional son sinérgicas respecto de las cognitivas y los estudiantes en formación necesitan de ambas para desempeñarse con calidad y calidez.

Lo cognitivo involucra una comprensión del estado interno de otra persona y lo emocional comprende las reacciones emocionales por parte del individuo que observa las experiencias de otros.

Pero, si aplicamos estos conceptos a nuestro desempeño diario, resultaría más útil la empatía cognitiva debido a que los pacientes por lo general buscan ayuda diagnóstica física y psíquica específica y efectiva para sus problemas de salud y aun siendo muy empático, el involucramiento emocional más allá de lo atinado, puede llegar a entorpecer la capacidad de resolver situaciones o de brindarle un apoyo eficaz al paciente y a la familia. Porque el hecho es, que cuanto más compleja sea una determinada situación en la relación con el paciente, mayor será la importancia de la inteligencia emocional equilibrada, porque su carencia o deficiencia puede obstaculizar el uso de la experiencia o la inteligencia técnica en un momento dado.

Dentro de la inteligencia emocional, se plantean que hay dos tipos de competencias:

- Personales (conciencia emocional, control emocional y motivación).
- Sociales (empatía y habilidades sociales)

Cada una de ellas compuesta por dimensiones que agrupan una serie de características de personalidad o de habilidades capaces de influenciar y utilizar tácticas de persuasión eficaces, tales como:

- Comunicación para emitir mensajes claros y convincentes.
- Liderazgo para inspirar y dirigir a grupos y personas.

- Catalización del cambio para Iniciar o dirigir los cambios necesarios en un momento dado.
- Resolución de conflictos por la capacidad de negociar y resolver.
- Colaboración y cooperación por la capacidad de trabajar con los demás en la consecución de una meta común en trabajo en equipo.

Sin embargo en el logro de estas habilidades es vital ser empático; por ello Goleman, (2006) afirma que todas estas herramientas son de gran valor en la relación con el paciente, pero también con la familia del mismo, en un momento dado, es decir cuando así se requiera fundamentalmente en la relación médica. ⁽¹⁵⁾

García-Campayo, Aseguinolaza y Lasa (1995), argumentan que Carl Rogers fue el primer autor que destacó la comprensión empática, junto a la congruencia y la aceptación incondicional, como requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado dentro de una relación terapéutica. Se refería a la comprensión empática como la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él y, una vez captados, comunicárselo.

Él expresaba de la empatía: Oír el mundo más íntimo de los valores personales del paciente como si fueran propios, pero sin perder nunca la cualidad de cómo está empatizando. Oír su confusión o su timidez o su ira o su sentimiento de ser tratado injustamente como si fueran propios; oír, pero sin que el propio miedo, o la propia sospecha se confundan con los del otro. ⁽¹⁶⁾

Brusco en 1998, enfatizaba que la relación médico-paciente debería basarse en lo que este profesional denomina las "tres C": comunicación, comprensión y confianza. Elementos vitales desde la etapa de formación de los estudiantes en el ámbito de la salud,

donde se debe privilegiar el uso de palabras suaves, aportar información oportuna, permitir la presencia de un familiar para que apoye al enfermo, porque el apoyo y el respaldo se consideran elementos fundamentales para que el paciente pueda aceptar y comportarse satisfactoriamente, sea en la red ambulatoria, en el ámbito hospitalario o en el hogar del paciente; lo que se traduce en el buen cuidado como eje de bienestar y valoración personal. Esto es empatía, reconociendo que ella varía de un individuo a otro, y que depende de factores sociales, educacionales y experiencias personales, por lo que es imprescindible su enseñanza utilizando herramientas claves para lograr tal objetivo.⁽¹⁷⁾

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

- Por Aceptación se entiende el interés mostrado por el profesional hacia el paciente y su problemática, interés que no debe ser demasiado efusivo ni proteccionista, donde las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y donde el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto.
- La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace éste.
- La autenticidad es la franqueza del terapeuta con el paciente para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el profesional o sobre el tratamiento integral.

Se puede concluir que la empatía es uno de los elementos claves que forman parte de la inteligencia emocional, definida como una serie de habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo. ⁽¹⁸⁾

Vivas, gallegos y González (2007) la interpretan como la capacidad de percibir el mundo interior emocional y vivencial de otras personas, reconocida a su vez, como la raíz de la comunicación emocional y de las relaciones positivas con los otros; es conciencia social de tipo emocional, conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de las demás personas. Para ser empático en el ámbito de la salud, hay que tener la capacidad de captar el mundo interno del paciente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos con la máxima confianza posible. ⁽¹⁹⁾

5.2.3 IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN LA ATENCIÓN DE SALUD.

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

Carvajal y Rojas (2005), describen una frase de Renny Yagosesky que dice: "La empatía es la estrategia de los grandes sanadores. Sin la empatía no hay compasión, sin compasión no hay vínculo, sin vínculo no hay sanación". Aluden, que las personas tienen su propia

forma de percibir las afecciones, por lo tanto necesidades variables frente al sistema de salud, ya sean estas en el orden de la prevención o curación. Es común escuchar a los pacientes decir que la calidad del profesional se mide en relación a lo atento que escuchó, como lo trato, lo claro que fue en descifrarle el problema y a su vez la manera como le daré las instrucciones del tratamiento, por el contrario, sí perciben un bajo nivel de empatía por parte del profesional, esto les impulsa a no consultar mayores antecedentes de su afección y a reiterar la consulta con otro profesional que les ofrezca mayor apertura y disposición, generando aumento en la demanda, insatisfacción en el usuario y desgaste del recurso humano. ⁽²⁰⁾

Uno de los momentos en que se demuestra la habilidad empática en la relación con el paciente es durante la entrevista clínica. Por ello se asegura que la entrevista es el instrumento clave para poner en práctica ésta conducta desde la fase de estudiante.

Según Gómez y Hernández en el 2005, los observadores dedican nueve partes a la comunicación formal y una parte al contenido.

1. **Área de comprensión empática:** ayuda a englobar los sentimientos de los entrevistados en un amplio marco de comprensión. Se trata de evaluar si el entrevistador "comprende" el mensaje del entrevistado.
2. **Comunicación de respeto:** se trata de hacer hincapié en la actitud por parte del entrevistador de respetar a la hora de juzgar el problema del paciente como algo normal y natural. Hacer que el paciente no se sienta "raro" e incómodo con su problema, crea un clima relajado en el momento de exponer el problema.

3. **Concreción en la expresión:** se trata de lograr la expresión directa de los sentimientos y experiencias del paciente y motivar para que así se produzca. No dar por hecho las cosas, ya que esto dificulta la profundización en el tema. Se debe evitar, las conclusiones precipitadas y el lenguaje demasiado técnico para traducir las cosas que el paciente quiere expresar.
4. **Autenticidad y congruencia:** Ser congruente con lo que se responde respecto a lo que el paciente expresa y no hablar de una manera evasiva y generalista sobre los problemas. Es más terapéutico dejar la respuesta para más adelante, después de que se haya pensado sobre el tema, que responder cualquier cosa cuando exista la duda.
5. **Autorrevelación facilitadora:** El entrevistador aporta una experiencia personal para facilitar la revelación del paciente. Ponerse en su lugar, porque él ha pasado por alguna experiencia similar que le hace ver al paciente que sabe de lo que está hablando.
6. **Confrontación en procesos inter-interpersonales:** Se trata de saber detectar si lo que explica el paciente es consistente, si pasa algo raro al captarlo. También tiene que ver algo con la comunicación no verbal.
7. **Inmediatez en la relación:** Cuando el entrevistador tiene en cuenta (expresiones y gestos) las expresiones de los pacientes que hacen referencia al entrevistador.
8. **Comunicación no verbal:** Observar la comunicación no verbal de los estudiantes o del médico, facilitando la expresión del problema de los pacientes: miradas,

asentimientos, gestos con las manos, sonrisas, posición de las manos.

9. **Timing:** Hay que observar **bienvenida, proceso y despedida** para ver si el tiempo dedicado a cada una de ellas es coherente y no se mezclan. Es importante dedicarle a cada una de estas fases el tiempo que corresponda con naturalidad y comprobar que el contenido, durante la entrevista, se ajuste al objetivo.⁽²¹⁾

Oseguera (2006) manifiesta la importancia de algunos elementos en la relación terapéutica: El respeto a los puntos de vista del paciente y la consideración de cada uno de los puntos de vista expresados, atender su bienestar psicológico, recordar que cada paciente es único e individual, tratarlo en su ambiente familiar, social y físico, poseer cualidades de comunicación y escucha activa, proporcionar confidencialidad y confianza y demostrar calidez, compasión y empatía.⁽²²⁾

En este orden de ideas, Chen, Lalopa y Dang (2008), expresan que en el área de la salud la educación se centra en el conocimiento didáctico para garantizar la información cuantitativa y las habilidades clínicas aprendidas, sin embargo, el conocimiento y las habilidades terapéuticas son sólo dos de muchos componentes esenciales en la prestación de servicios. En la atención de calidad centrada en el paciente, se requiere que desde la etapa de estudiantes se aprenda a interactuar con los mismos, apreciando las diferencias sociales, interpersonales e individuales que pudieran influir en el cumplimiento del tratamiento integral para hacer frente a las enfermedades agudas y crónicas y a las barreras a una asistencia sanitaria óptima.

Estos autores, analizando la situación empática de los estudiantes de farmacia, comentan que los mismos, pueden adoptar fácilmente

estereotipos negativos hacia una población en particular. Así, que las disparidades entre las cualidades, características y posición social de los profesionales de la salud y sus pacientes pueden fomentar el distanciamiento social, afectando negativamente la calidad de la atención. Esta situación, por tanto obliga a buscar estrategias para contrarrestar la poca empatía hacia ciertos pacientes; una buena alternativa es inquiriendo el acercamiento temprano, donde vivencien el contacto directo con las personas, sin ningún tipo de distinguos en busca de mejorar la naturaleza humanista de los estudiantes hacia el cuidado de diversas poblaciones. ⁽²³⁾

Se reconoce que la empatía es clave en la relación con los pacientes, familias y entre el equipo de salud, así como una la habilidad interpersonal como componente fundamental en la competencia clínica que hace que el trato sea más compasivo, de manera que el cuidado que ofrecen los profesionales de la salud desde el inicio de sus carreras debe estar cimentado en la mutua confianza, preocupación por el bienestar y beneficio incondicional, manteniendo el interés del paciente en cualquier decisión diagnóstica y terapéutica. Ello sugiere que la facultad de medicina y sus escuelas, además de alfabetizar con letras y números, debe propiciar también la alfabetización de las emociones, las habilidades sociales, la toma de decisiones y el manejo de las relaciones interpersonales, no obstante, la prioridad ha sido sobre la enseñanza y transmisión de aspectos académicos, sin responsabilidades explícitas y claramente establecidas en lo atinente a las competencias sociales del alumnado, al bienestar interpersonal y personal (Molina y Pérez, 2006), razón suficiente para buscar estrategias que fortalezcan la empatía como cualidad en beneficio de la atención integral del paciente y buenas relaciones en el equipo de salud, de modo inter e intra disciplinariamente. ⁽²⁴⁾

Una revisión sistemática por García-Huidobro et al. (2006), muestra que lo más apreciado por los pacientes es la “humanidad”, seguido de “competencia o destreza”, “involucrar al paciente en las decisiones médicas” y, finalmente, “tiempo suficiente para el cuidado”. De esta manera los estudiantes también esperan centrarse en los pacientes y practicar su profesión en base a actitudes humanistas. Son varios los elementos a considerar para el buen trato del paciente, una parte muy importante de los efectos del cuidado por el equipo de salud, tanto positivo como negativo, se sustenta en la relación, porque uno de los problemas en el fracaso de los tratamientos se debe a la carencia de un comportamiento empático asertivo. Para lograrlo de manera efectiva, hay que manejar adecuadamente la empatía, como una de las intervenciones terapéuticas más potentes, razón por la cual la comunicación empática con los pacientes no sólo se da con palabras ya que las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación(Naranjo y Ricaurte, 2006). ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾

En el proceso de la comunicación son muchos los factores a considerar. Poveda en (1981) expone la importancia de lo verbal y no verbal en la relación entre sujetos, afirmando que el grado de empatía en la comunicación se considera indicio positivo cuando los sujetos, de manera progresiva, intercambian frases en las que aparecen las mismas palabras del interlocutor. Cita a Rogers, quien señala que en algunos casos se busca formar deliberadamente el grado de empatía repitiendo no sólo palabras sino incluso frases para llegar a una más profunda comprensión de lo que la otra persona expresa. Tal vez por esta razón la OMS (2006) destaca la importancia del contacto temprano del estudiante con la práctica clínica porque así se promueve la adquisición de competencias oportunas que les permite aprender a integrar y aplicar los conocimientos en situaciones prácticas. Ellos copian a sus docentes modelos y presencian la aplicación de enfoques interdisciplinarios y

de equipo en los diferentes centros de salud. Por ello, hay acuerdos de la importancia de la incorporación de la entrevista en el plan de estudios, el aprendizaje basado en problemas o en la práctica. Se enfatiza en el hecho que las evaluaciones realizadas en este modelo han demostrado que los estudiantes muestran mayor empatía hacia las personas enfermas y un mayor nivel de confianza en sí mismos e identidad profesional, reconocen un aprendizaje efectivo gracias a los conocimientos implícitos que les aportan los profesionales y docentes con experiencias. ⁽²⁷⁾

5.2.4 CONDICIONES QUE AFECTAN LA CONDUCTA EMPÁTICA

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

Gómez y Ceitlin (1999) describen dos paradigmas que pueden interferir o favorecer el comportamiento empático en el profesional desde la época de estudiante. El paradigma biomédico y el paradigma postmoderno. El primero se asocia a la enseñanza de la medicina tradicional centrada en la enfermedad y en el aspecto curativo, a diferencia del paradigma postmoderno, aplicado a la salud integral centrada en el individuo y en el enfoque global, que

busca establecer de qué manera inciden el medio y las conductas propias de cada persona en la pérdida de su estado de salud o enfermedad con la alternativa de mirar al paciente desde un punto de vista más humano, como persona. ⁽²⁸⁾

Otro factor que se ha involucrado en la debilidad terapéutica es el avance de la ciencia y la tecnología. Sin embargo, en este aspecto también hay imprecisiones. Otros autores afirman que la medicina por su cuestión instrumental y finalidad práctica incuestionable, se enroló en el positivismo al par del progreso científico –tecnológico, de la mano con la deshumanización.

Por éstas y otras razones, en la formación del profesional de las ciencias de la salud, pero sobre todo en el médico general, las autoridades deben reflexionar en el viraje hacia una formación con enfoque científico, antropológico, social y humanístico, enfocando la salud en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, éticos y culturales. Sí bien es cierto, que el auge de la tecnología ha contribuido en la claridad diagnóstica y terapéutica del enfermo y en la prolongación de la vida, también de cierta manera, ha alterado la forma y el sentido de la relación con el paciente.

No obstante, la tecnología puede ser humana o inhumana, todo depende de la actitud de los profesionales. De los profesionales depende que cualquier acto médico se lleve a cabo en óptimas condiciones, es decir, sin olvidar actuar con altruismo y con humanidad. Un profesional con estas características representaría el modelaje que debe recibir el estudiante.

En efecto, para ser empático es necesaria una elevada productividad y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer atento ante lo expresado por el paciente y la familia.

Por el contrario, se estima que carece de esta virtud el médico que abusa del silencio, interrumpe la explicación o prolonga demasiado sus respuestas (González, Gález, y Kraftchenko, 2003). ⁽²⁹⁾

Schwartzmann (2003), manifiesta que en la atención de la salud el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación en el equipo de salud paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional.

Así, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar. Tradicionalmente en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos "objetivos"). Posteriormente tomó mayor importancia el miramiento de los datos provenientes del paciente (datos "subjetivos").

En la actualidad se intenta dejar de lado el debate "objetivo" versus "subjetivo" revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

Esto supone atribuir igual importancia a la observación del enfermo con la enfermedad hecha por el profesional desde su fase de formación académica y lo expresado por el paciente acerca de su padecimiento, así como la percepción de la familia en relación a la sobrecarga que la situación implica. ⁽³⁰⁾

Así mismo hay autores que describe que la propuesta de la empatía como proceso es original en sí misma y, a través de sus múltiples sub-sistemas, permite que sea evaluada durante la realización de una consulta por el estudiante, residente, o especialista.

La supervisión directa o indirecta de la entrevista clínica facilitaría el aprendizaje del comportamiento empático, a su vez podría caracterizar a todas las profesiones relacionadas con el cuidado de la salud, donde se perciba la empatía como un proceso más que como una simple actitud; se capacite a los profesionales de la salud desde estudiantes en el desarrollo de habilidades emocionales y reciban entrenamiento mediante el desarrollo de técnicas de actuación (profundas y superficiales). Esas estrategias de entrenamiento deben extenderse en toda la formación de pregrado y deben incluir la residencia de su especialización.

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

- Falta de disposición. En este sentido, se enfatiza que en la enseñanza tradicional de la medicina y durante el ejercicio, se valora los aspectos objetivos y lo meramente intelectual, dejando de lado lo subjetivo.
- La empatía es una técnica que implica un compromiso afectivo, y es completamente subjetiva, por lo tanto puede ser considerada como “poco científica”.
- También es posible que en cualquiera de los integrantes del equipo de salud se genere el temor de que al implementarla, no puedan tomar distancia de la emoción y queden atrapados frente al paciente o la familia, en una posición inadecuada, que los inhabilitaría para el accionar objetivamente.

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

Es fácil comprender cómo un cambio en la manera de expresar las emociones por parte del profesional de la salud desde su temprana formación puede resultar en un cambio en el modo de comportarse con el paciente y eso, a su vez, impacte en la relación terapéutica. Hay obstáculos que dificultan el aprendizaje de la empatía, pero también como evitarlos, proponiendo aumentar la comprensión sobre los sentimientos del paciente, sus dolencias físicas y

psíquicas a través del entrenamiento. Hay coincidencia en la existencia de un "divorcio " entre la teoría y la práctica.

Es probable que para superar dicha dicotomía, más que comprensión acerca de lo que sucede en el encuentro médico-paciente-familia, sea necesario reflexionar sobre las instituciones de salud, asistencia y formación médica. ⁽³¹⁾

Es interesante, describir lo que plantea Leal y Quevedo (1997), con respecto a su escrito "Humanizar la Medicina es adecuarla al hombre", en su disertación expresa, como profesionales de la salud se nos trata paradójicamente, no es fácil ser médico: se nos pide, que en medio de esta cultura económica, continuemos obrando con altruismo y desprendimiento, que actuemos según las necesidades del paciente, pero a su vez se exige eficiencia técnica, rendimiento laboral que implica una encarnizada lucha contra el tiempo. Se nos insta desde estudiantes, a tener motivaciones elevadas y sentimientos humanitarios, sin embargo, en el currículum de las escuelas y la evaluación del desempeño diario se mide con hechos positivos y cuantificables, obviando el marco cultural y el contexto de la práctica, pareciera que solo importa lo técnico, ignorando el mundo de las personas, conformado por pacientes y profesionales de la salud. ⁽³²⁾

5. 2.5 APRENDIZAJE DE LA EMPATÍA.

Las transformaciones que se introducen en la educación de los alumnos de las Ciencias de la Salud responden a criterios de corresponsabilidad entre las instituciones prestatarias de salud, el colectivo y las universidades formadoras de recursos humanos.

En esta formación, se reconoce que los estudiantes aprenden, no sólo de lo que los profesores dicen, sino de aquello que hacen. Ante esta aseveración, se citan ciertas ambigüedades en cuanto a la enseñanza de la empatía a través del modelaje.

Otros autores expresan que en el aprendizaje observacional, existen mecanismos internos de representación de la información que son centrales para que se genere el aprendizaje; conciben que el hombre sea un agente intencional y reflexivo, con capacidad de simbolizar, de previsión, de reforzarse, de regulación y autorreflexión.

Por ello aprendería expectativas que son aprendidas gracias a su capacidad de atribuir valor predictivo a las señales del medio. Por esta razón, aseguran que la manera más eficiente de aprender es mediante la observación, ya que se aprende del modelaje en diversas situaciones ambientales. Es a través del modelaje que se aprenden las formas de comunicar afecto, respeto, interés, hostilidad y agresión; y no sólo se cultivan destrezas y habilidades, sino también se aprende cómo transmitir los valores e ideas, dando importancia a la capacidad vicaria, a la habilidad de aprender de otros a través de la observación de comportamientos y actitudes de otros para modelar los propios, por imitación.

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

Por otro lado hay quienes afirman que el profesor como modelo ejerce una gran influencia en el proceso de formación de los estudiantes, como ha sido reportado en numerosas investigaciones, así que debe tenerse en cuenta esta modalidad, en el perfeccionamiento del proceso docente y en la capacitación de los

profesores para ejercer adecuadamente su tarea, muy especialmente en el tema de la importancia de la empatía en la relación médico-paciente para el éxito de la actividad en los futuros profesionales.

La empatía es “la quintaesencia del arte de la medicina”. Dada su importancia, Pagliarulo (2008) menciona que Michael Balint intentó “capacitar a los médicos para reconocer y comprender las dolencias de sus pacientes, no sólo en función de las enfermedades, sino también en función de los conflictos y problemas personales para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos. Pretendían diseñar un sistema que permitiese al médico ofrecer ayuda psicológica/emocional a sus pacientes sin interrumpir la rutina de su práctica diaria”.⁽³³⁾

Esta técnica según Carvajal et al. (2004) consistía en que el profesional, además de buscar resolver los problemas de salud del enfermo, intentaba sintonizar con él para alcanzar un «destello de comprensión» de su situación global. Por infortunio, esta nueva vía, fuertemente emparentada con la empatía, permaneció inexplorada, pese al esfuerzo de sus discípulos.⁽³⁴⁾

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

El ser humano en general tiene genéticamente una predisposición especial para experimentar la empatía utilizando todas las herramientas a su alcance incluyendo su cualidad natural. Si bien esa tendencia a reaccionar ante las manifestaciones emocionales de otra persona es innata, investigaciones apuntan que esta capacidad va desarrollándose en forma gradual y progresiva en cada individuo. Pero no basta con sentir los mismos sentimientos que el otro, es decir ser empático a nivel afectivo; la empatía es una capacidad que se adquiere en mayor o menor medida a través de las relaciones con las personas (por imitación) y a través de la educación (cognición).⁽¹⁶⁾

Los docentes deberían conocer según (Sánchez y Gaya) los mecanismos que rigen el desarrollo de la capacidad empática e incluirla en sus clases de aula y en el hacer clínico. La educación puede ayudar a aprender a observar y percibir el mensaje que en toda interacción humana transmite un ser humano a otro. ⁽³⁵⁾

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

El tutor empático debe saber transmitir modelos de afrontamiento emocional adecuados a las diferentes interacciones que los estudiantes tienen entre sí, con los docentes, con el paciente y la familia. Para conseguir empatía en el alumno es necesario que el docente tenga una actitud cognoscitiva, conductual y afectiva de

calidad hacia el estudiante, el paciente, la familia y el resto del equipo de salud.

El docente asume la responsabilidad de propiciar los aprendizajes y la formación de los estudiantes en los ámbitos de su experiencia y de conocimientos, en los cuales ya cuenta con una formación, mientras que los estudiantes actúan a partir de acciones educativas preestablecidas por la institución y el profesorado, confiando en que sean idóneas para orientar sus estudios y alcanzar sus metas. ⁽³⁶⁾

A pesar de lo antes mencionado en investigaciones recientes se confirma la preocupación de la poca formación en este apartado, así lo expresó un autor al afirmar que en la enseñanza de la empatía en los estudiantes se retrasaba y la comprensión de cómo la empatía es modulada durante la educación médica es limitada, porque se observa falta de atención adecuada a los médicos "matriz disciplinaria, la formación médico-científica de los médicos a menudo se descuida, la dicotomía entre la ciencia y las humanidades en la vida y el" lado blando "a menudo se presenta como un apéndice.

Es una mirada clínica que tiende a separar los aspectos biomédicos de la experiencia humana y la comprensión y, descuidar aspectos existenciales, tanto del médico y el paciente, por ello la empatía y la formación de las humanidades no debe estar situado fuera del núcleo duro de la medicina, sino más bien fomentar los debates críticos de los límites y los puntos fuertes de los paradigmas biomédicos en toda la medicina. De esta manera, la brecha entre la biomedicina y las humanidades podría fortalecerse.

En este orden de ideas algunos expresan que la formación médica debe tener como objetivo proporcionar a los estudiantes la oportunidad de aprender y explorar sus respuestas cognitivas y emocionales en los pacientes durante la enfermedad y el

sufrimiento, resaltando que la capacitación debe fomentar la comprensión de las experiencias del paciente y fomentar la comunicación empática. Una de las estrategias de enseñanza es utilizar los métodos de aprendizaje experienciales, los cuales parecen tener gran utilidad en la relación con el paciente en los objetivos educativos.

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

En estas aseveraciones hay quienes señalan que probablemente hay varias explicaciones para los relativamente bajos niveles de comunicación empática que se muestra en las investigaciones. La educación sobre habilidades de comunicación y empatía clínica ha sido rezagada de la educación en las áreas de la práctica clínica. Como resultado, muchos médicos no han recibido la capacitación suficiente desarrollada o mejorada las habilidades interpersonales necesarias para la atención centrada en el paciente.

También es posible que la conducta empática no sea modelada adecuadamente, ni su adquisición es debidamente recompensada o reforzada, durante el proceso de formación.

La empatía como cualidad en la relación del profesional de la salud, puede desarrollarse lentamente, porque adquirir esta competencia se considera que un proceso misterioso y osmótico (es decir, una intuición) en lugar de un conjunto de habilidades que se puede especificar, enseñar y aprender.

El mantenimiento de las habilidades empáticas requiere intervenciones educativas dirigidas y más justas, se requiere un cambio en el entorno de aprendizaje desde los primeros años de formación incluyendo esta herramienta en la malla curricular de estudio.

5.2.6 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA EMPATÍA

Existen algunos instrumentos para la medición de la empatía, entre ellos se describe: ⁽³⁷⁾

5.2.6.1 LA ESCALA DE DYMOND.- Esta escala, creada en 1949, es la precursora de las escalas de empatía. La definición conceptual de empatía en la que se basó Dymond en 1950 sostiene que la empatía consiste en “transportarse, uno mismo, hacia el pensamiento, sentimiento y conducta de otro”. Si bien no hay información actualizada disponible sobre la misma, se sabe que fue concebida para evaluar la capacidad de una persona para tomar la perspectiva del otro, y es por eso que se la considera dentro de las escalas cognitivas de la empatía. Ha sido criticada por su falta de precisión por aquellos que la utilizaron. La principal crítica que menciona Davis (1980) es que la mayoría de los ítems no se encuentran relacionados con ninguna habilidad cognitiva para comprender al otro. La definición operacional de la empatía que presenta este autor, según Meherabian y Epstein (1972) mide la precisión en las predicciones realizadas por el sujeto evaluado y no la capacidad de comprenderlo o de sentir aquello que el otro siente.^{(37) (38)}

5.2.6.2 LA ESCALA DE EMPATÍA DE HOGAN.- Esta escala fue desarrollada en 1969 por Hogan. Es un instrumento de auto-administración que consta de 64 ítems que responden a cuatro sub-escalas: autoestima; temperamento; sensibilidad y no-conformismo (ausencia de conformidad). La escala se basó en una definición conceptual de empatía que sostiene que es “la aprehensión intelectual o imaginaria de la condición o el estado mental de otro”. El autor vincula a la empatía de manera directa con el desarrollo moral y desde el primer momento de la escala se la relacionó con el comportamiento socialmente apropiado. Hay autores que sostienen que las sub-escalas que presenta este instrumento son más aptas para medir habilidades sociales que para medir empatía. La escala de Hogan ha sido utilizada repetidas veces para medir empatía cognitiva, pero ha sido suplantada últimamente por el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis.⁽³⁷⁾

5.2.6.3 LA ESCALA DE MEHERABIAN Y EPSTEIN.- La escala de empatía emocional (EES) creada por Meherabian y Epstein en 1972, es un cuestionario auto-administrado. A lo largo de sus 33 ítems el cuestionario presenta afirmaciones a las cuales la persona debe otorgar un valor que va desde el -4 (completamente en desacuerdo) al +4 (completamente de acuerdo). La escala evalúa dos dimensiones de la empatía: la ausencia de agresividad hacia el otro; y, la conducta de ayuda. Su principal hipótesis es que una persona que cuenta con un alto nivel de empatía emocional presenta menos posibilidades de comportarse de manera agresiva.

Todas las sub-escalas responden a una de estas dos dimensiones. A continuación se mencionan las sub-escalas más importantes:

- Susceptibilidad al contagio emocional.
- Apreciación de los sentimientos de personas ajenas al círculo cercano de la persona.

- Respuesta emocional extrema.
- Tendencia a conmoverse ante las experiencias positivas de los otros.
- Tendencia a conmoverse ante los estados negativos de los otros.
- Deseo por entrar en contacto con otros que tienen problemas.

Este instrumento, es uno de los más utilizados en la evaluación de la empatía emocional, principalmente en investigaciones del campo de la psicología social y la psicología evolutiva (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008).^{(37) (39)}

5.2.6.4 ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL DE DAVIS (IRI).-

El IRI es un cuestionario de auto-administración que cuenta con 28 ítems e integra 4 sub-escalas que permiten evaluar diferentes dimensiones de la empatía. El sujeto a evaluar debe otorgar un puntaje que se extiende de 1 a 5 según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación (Davis, 1980).

Las sub-escalas que presenta son:

- Toma de perspectiva, por ejemplo: “Intento comprender mejor a mis amigos imaginando cómo se ven las cosas desde su punto de vista”.
- Preocupación empática (Empathic Concern), por ejemplo: “Cuando veo que se están aprovechando de alguien, siento la necesidad de protegerle”.
- Sufrimiento personal (Personal Distress), por ejemplo: “A veces me desespero cuando me encuentro en medio de una situación con alto contenido emocional”.
- Fantasía, por ejemplo: “Al mirar una película me identifico con el protagonista con mucha facilidad”^{(37) (38)}

5.2.6.5 ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON.-

En respuesta a la necesidad de operacionalizar la empatía en el ámbito de la salud, fue desarrollada la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE) en el Jefferson Medical College de la Universidad Thomas Jefferson de Philadelphia por Hojat y cols. En el 2005. Esta fue traducida y validada al español por un estudio realizado en México, EEMJ (Alcorta-Garza y cols. 2005).^{(40) (41)}

La Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) fue construida en base a una extensa revisión de literatura, siguiendo estudios pilotos con grupos de estudiantes de medicina, residentes y profesionales en práctica.

El primer paso fue el desarrollo de un marco conceptual para comprender y definir el concepto de empatía, mediante la recolección de experiencias subjetivas de pacientes y sus familias, que involucra desde la relación interpersonal hasta la comunicación no verbal. La versión final de la escala define el concepto multidimensional de la empatía incluyendo 3 factores: atención con compasión, toma de perspectiva y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”.

La EEMJ incluye 20 ítems medidos en una escala de 7 puntos tipo Likert (1: totalmente desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo).

Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo. Estudios que comparan la EEMJ con otro instrumento que mide la empatía como el IRI (Interpersonal Reactivity Index), demuestran que la EEMJ es el único instrumento que mide la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para situaciones que involucren el cuidado de pacientes.^{(40) (41)}

5.3 SISTEMA DE HIPÓTESIS.-

5.3.1 HIPÓTESIS GENERAL.-

Los estudiantes de odontología tienen un nivel sobresaliente de empatía con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017

5.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.-

Hipótesis Específica 1:

Los estudiantes de odontología de género femenino tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de género masculino al atender pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

Hipótesis Específica 2:

Los estudiantes de odontología de ciclos superiores tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de ciclos inferiores con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

VI.- SISTEMA DE VARIABLES

6.1 VARIABLES

6.1.1 VARIABLE DE ESTUDIO:

EMPATIA.-

Es definido como la capacidad de una persona para ser sensible a otra persona. Algunas personas son naturalmente más empáticas, mientras que otros pueden necesitar trabajar el desarrollo de esta habilidad integral en la comunicación interpersonal.

6.1.2 COVARIABLES.-

GÉNERO.-

Es el conjunto de comportamientos y actitudes, asignado socialmente a cada uno de los sexos.

CICLO DE ESTUDIOS.-

Fase de la educación que cursa el estudiante permitiéndole desarrollarse en su formación profesional siguiendo sus intereses y capacidades

6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.-

| VARIABLES | INSTRUMENTO | DIMENSIONES | INDICADOR | ESCALA DEL INDICADOR | CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Empatía | Escala de Empatía Médica de Jefferson | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado con Compasión. Toma de Perspectiva Habilidad para ponerse en el lugar del otro. | <p>ITEMS 1,7,8,11, 12, 14,19</p> <p>ITEMS 2, 4, 5, 9,10, 13, 15, 16, 17,20.</p> <p>ITEMS 3, 6 y 18</p> | 1 2 3 4 5 6 7 | <p>(Nivel de Empatía)</p> <ul style="list-style-type: none"> Alto (114–140 puntos) Sobresaliente (88–113 puntos) Intermedio (62–87 puntos) Bajo (36–61 puntos) Deficiente (20–35 puntos) |
| COVARIABLES | INSTRUMENTO | DIMENSIONES | INDICADOR | ESCALA | CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE |
| <ul style="list-style-type: none"> Género Ciclo de estudios | Hoja de datos personales | <ul style="list-style-type: none"> Género Ciclo de estudios | <ul style="list-style-type: none"> Género Ciclo de estudios | <ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino VII ciclo VIII ciclo X ciclo | <ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino VII ciclo VIII ciclo X ciclo |

VII.- METODOLOGÍA

7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de Diseño Observacional porque nos limitaremos a la observación y registro de los acontecimientos sin intervenir en el curso natural de éstos.

Es de Nivel descriptivo porque el objetivo de la investigación es describir las variables para su estudio e investigación para luego registrarlas.

Es de corte transversal porque la medición de las variables es por única vez.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

7.2.1 UNIVERSO

Todos los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica.

7.2.2 UNIDAD DE MUESTRA

Todos los estudiantes de 7^{mo} a 10^{mo} ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica año 2017.

7.2.3 TIPO DE MUESTRA

La muestra será de tipo No probabilística e Intencional.

7.2.4 TAMAÑO DE MUESTRA

Se evaluaron 133 estudiantes entre 7^{mo} a 10^{mo} ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica año 2017.

7.3 MUESTRES Y TIPO DE MUESTREO

El muestreo es de tipo No Probabilístico e Intencional.

7.4 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

7.4.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará la Escala de empatía médica de Jefferson (EEMJ) una herramienta consistente en 20 reactivos tipo Likert en una escala de 7 puntos (1: fuertemente en desacuerdo y 7: fuertemente de acuerdo), diseñada sobre la base de una extensa revisión de literatura.

Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140 puntos; puntajes más altos se correlacionan con niveles más altos de orientación empática. El nivel de empatía se clasificará de acuerdo a la siguiente tabla.

| | |
|---------|---------------|
| 114–140 | Alto |
| 88–113 | Sobresaliente |
| 62–87 | Intermedio |
| 36–61 | Bajo |
| 20–35 | Deficiente |

7.4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La información que se ha recolectado se analizó mediante la estadística descriptiva y la estadística inferencial, no paramétrica.

La estadística inferencial nos permitió comprobar la hipótesis es decir se determinó la congruencia de la hipótesis con los datos obtenidos.

Se calcularon las distribuciones de frecuencia y se elaboraron las representaciones graficas correspondientes, utilizando el programa SPSS versión 22 y el programa Excel 2015 del paquete OFICCE 2015.

7.4.3 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Recolección de datos.-

El procedimiento para la recolección de datos se realizó a través de un cuestionario.

Clasificación de datos.-

Es la etapa donde se procesaron los datos y consistió en seleccionar los datos obtenidos en función de diferentes criterios como la validez de datos, diseño seleccionado, estadígrafos a emplear, etc.

Codificación de datos.-

Se procedió a asignar códigos o valores a cada uno de los datos obtenidos con el objetivo de favorecer su identificación, así como el procesamiento estadístico a realizar.

Tabulación de datos.-

Se realizó la elaboración y presentación de cuadros estadísticos, de acuerdo con el diseño de investigación que se está considerando y la naturaleza de las escalas de medición de las variables que están en estudio.

Presentación de datos.-

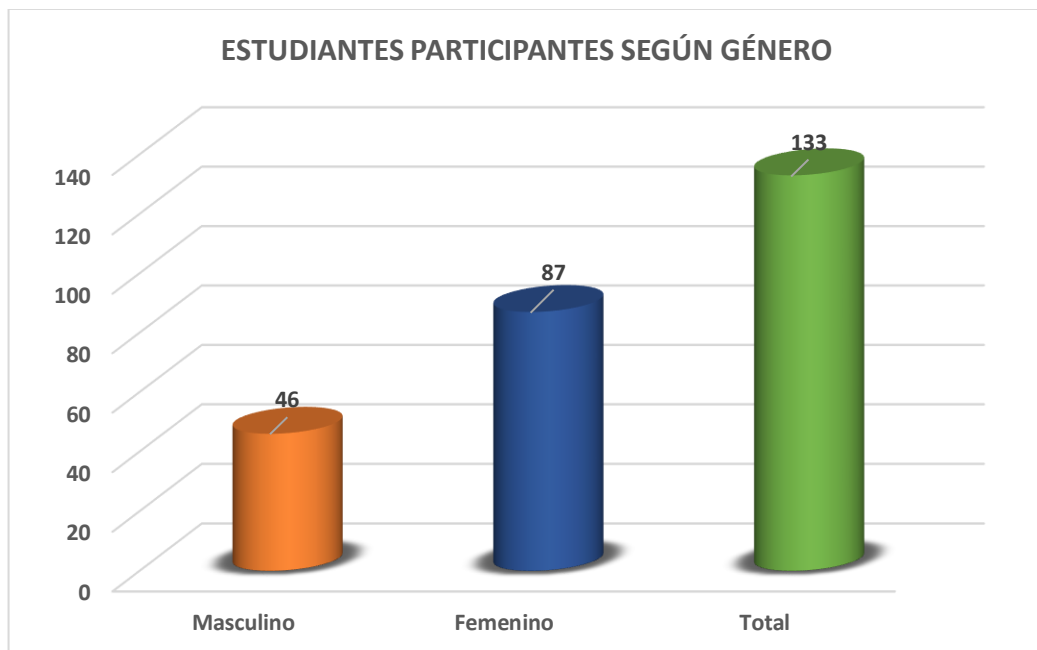
Todos los datos procesados así como los resultados obtenidos en nuestra investigación fueron presentados mediante tablas y gráficos.

VIII.- RESULTADOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1

ESTUDIANTES PARTICIPANTES SEGÚN GÉNERO

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 46 | 34,6 |
| Femenino | 87 | 65,4 |
| Total | 133 | 100,0 |

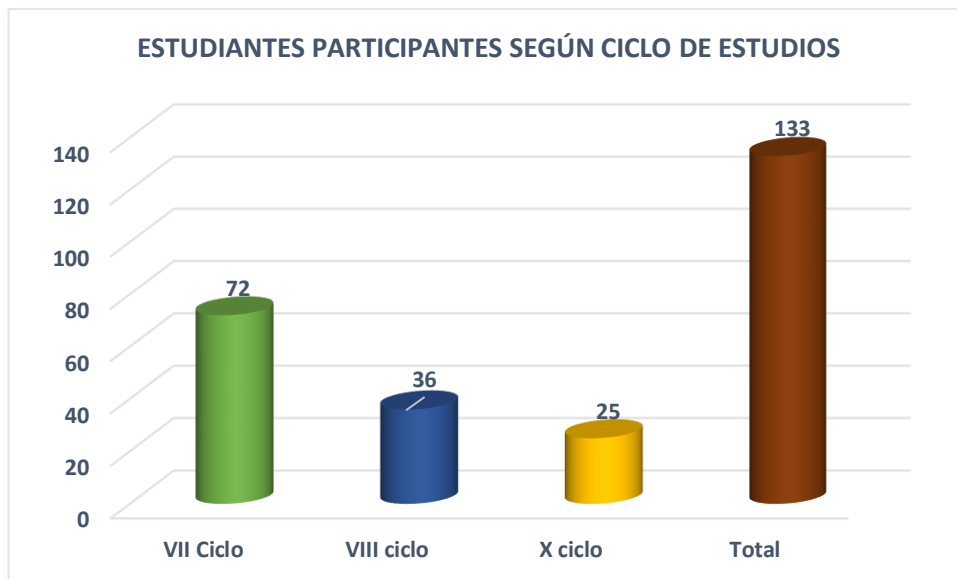


En la tabla y gráfico N°1 podemos observar la distribución de estudiantes por género, vemos que participaron 133 estudiantes; 46 son de género masculino y representa el 34,67%; 87 estudiantes son de género femenino y representa el 65,4%.

TABLA Y GRÁFICO N° 2

ESTUDIANTES PARTICIPANTES SEGÚN CICLO DE ESTUDIOS

| Ciclo | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| VII Ciclo | 72 | 54,1 |
| VIII ciclo | 36 | 27,1 |
| X ciclo | 25 | 18,8 |
| Total | 133 | 100,0 |



En la tabla y gráfico N°2 podemos observar la participación de los estudiantes según ciclo de estudios. Vemos que participaron en total 133 estudiantes; 25 estudiantes que representa el 18,8% pertenecen al X ciclo, 36 estudiantes que representa el 27,1% pertenecen al VIII y 72 estudiantes que representa el 54,1% pertenecen al VII ciclo.

TABLA N° 3
CUIDADO CON COMPASIÓN (ITEMS 1, 8,11, 12, 14,19)

| ÍTEMS | | PUNTOS ASIGNADOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | |
| | | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) |
| 1 | Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento odontológico. | 50 | 37,6 | 18 | 13,5 | 11 | 8,3 | 18 | 13,5 | 15 | 11,3 | 12 | 9,0 | 9 | 6,8 |
| 8 | La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento. | 48 | 36,1 | 16 | 12,0 | 11 | 8,3 | 24 | 18,0 | 12 | 9,0 | 9 | 6,8 | 13 | 9,8 |
| 11 | Las enfermedades dentales de mis pacientes solo pueden ser tratadas con tratamiento dental; por lo que, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto | 43 | 32,3 | 23 | 17,3 | 18 | 13,5 | 13 | 9,8 | 10 | 7,5 | 16 | 12,0 | 10 | 7,5 |
| 12 | Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus dolencias físicas. | 49 | 36,8 | 11 | 8,3 | 15 | 11,3 | 18 | 13,5 | 10 | 7,5 | 13 | 9,8 | 17 | 12,8 |
| 14 | Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento dental de una enfermedad. | 53 | 39,8 | 26 | 19,5 | 4 | 3,0 | 20 | 15,0 | 14 | 10,5 | 8 | 6,0 | 8 | 6,0 |
| 19 | No disfruto al leer literatura no médica o arte. | 60 | 45,1 | 19 | 14,3 | 16 | 12,0 | 16 | 12,0 | 7 | 5,3 | 10 | 7,5 | 5 | 3,8 |

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje, n= 133

En la tabla N°3 correspondientes a los ítems de la dimensión “Cuidado con compasión”, observamos que en los diferentes ítems planteados, entre el 32,3% y el 45,1% marcaron un puntaje de 1; entre el 8,3% y el 19,5% marcaron un puntaje 2; entre el 3% y el 13,5% eligieron el puntaje 3; entre el 9,8% y el 18% marcaron el puntaje 4; entre el 5,3% y el 11,3% marcaron el puntaje 5; entre el 6% y el 12% eligieron el puntaje 6 y entre el 3,8% y el 12,8% marcaron el puntaje 7.

TABLA N° 4

DIMENSIÓN: TOMA DE PERSPECTIVA (ITEMS 2, 4, 5, 9,10, 13, 15, 16, 17,20)

| ÍTEMS | | PUNTOS ASIGNADOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | |
| | | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) |
| 2 | Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 3 | 2,3 | 8 | 6,0 | 9 | 6,8 | 43 | 32,3 | 69 | 51,9 |
| 4 | Considero que el lenguaje no verbal es tan importante como la comunicación verbal en la relación odontólogo-paciente. | 23 | 17,3 | 5 | 3,8 | 5 | 3,8 | 6 | 4,5 | 18 | 13,5 | 32 | 24,1 | 69 | 51,9 |
| 5 | Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico. | 5 | 3,8 | 6 | 4,5 | 4 | 3,0 | 9 | 6,8 | 17 | 12,8 | 37 | 27,8 | 55 | 41,4 |
| 9 | Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo. | 7 | 5,3 | 1 | 0,8 | 2 | 1,5 | 11 | 8,3 | 11 | 8,3 | 35 | 26,3 | 66 | 49,6 |
| 10 | Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de seguridad que es terapéutica por si misma | 6 | 4,5 | 1 | 0,8 | 4 | 3,0 | 6 | 4,5 | 23 | 17,3 | 40 | 30,1 | 53 | 39,8 |
| 13 | Trato de comprender lo que está pasando por la mente de mis pacientes, poniendo atención a la comunicación no verbal y al lenguaje corporal. | 5 | 3,8 | 3 | 2,3 | 3 | 2,3 | 14 | 10,5 | 21 | 15,8 | 35 | 26,3 | 52 | 39,1 |
| 15 | La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como odontólogo puede estar limitado. | 6 | 4,5 | 7 | 5,3 | 1 | 0,8 | 15 | 11,3 | 10 | 7,5 | 37 | 27,8 | 57 | 42,9 |
| 16 | Un componente importante en la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias. | 11 | 8,3 | 9 | 6,8 | 3 | 2,3 | 14 | 10,5 | 16 | 12,0 | 28 | 21,1 | 52 | 39,1 |
| 17 | Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado. | 7 | 5,3 | 5 | 3,8 | 4 | 3,0 | 17 | 12,8 | 11 | 8,3 | 32 | 24,1 | 57 | 42,9 |
| 20 | Creo que la empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento odontológico. | 2 | 1,5 | 0 | 0 | 1 | 0,8 | 7 | 5,3 | 13 | 9,8 | 24 | 18,0 | 86 | 64,7 |

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje, n= 133

En la tabla N° 4 correspondientes a los ítems de la dimensión “Toma de perspectiva”, observamos que en los diferentes ítems planteados, entre el 0,8% y el 17,3% marcaron un puntaje de 1; entre el 0,8% y el 6,8% marcaron un puntaje 2; entre el 0,8% y el 3,8% eligieron el puntaje 3; entre el 4,5% y el 12,8% marcaron el puntaje 4; entre el 6,8% y el 17,3% marcaron el puntaje 5; entre el 18% y el 32,3% eligieron el puntaje 6 y entre el 39,1% y el 64,7% marcaron el puntaje 7.

TABLA N° 5

HABILIDAD PARA PONERSE EN EL LUGAR DEL OTRO (ITEMS 3, 6 Y 18)

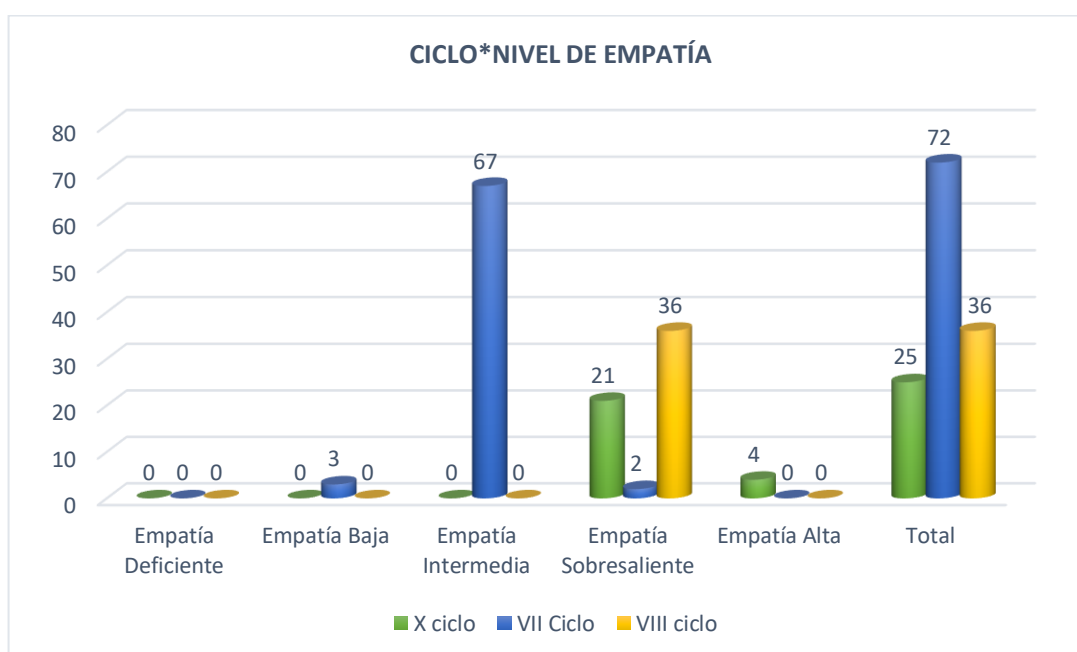
| ÍTEMS | | PUNTOS ASIGNADOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|-----|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | |
| | | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) |
| 3 | Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes. | 39 | 29,3 | 22 | 16,5 | 21 | 15,8 | 24 | 18,0 | 14 | 10,5 | 4 | 3,0 | 9 | 6,8 |
| 6 | La gente es indiferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente. | 34 | 25,6 | 22 | 16,5 | 15 | 11,3 | 24 | 18,0 | 10 | 7,5 | 15 | 11,3 | 13 | 9,8 |
| 18 | No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias. | 36 | 27,1 | 19 | 14,3 | 10 | 7,5 | 32 | 24,1 | 17 | 12,8 | 11 | 8,3 | 8 | 6,0 |

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje, n= 133

En la tabla N°5 correspondientes a los ítems de la dimensión “habilidad para ponerse en el lugar del otro”, observamos que en los diferentes ítems planteados, entre el 25,6% y el 29,3% marcaron un puntaje de 1; entre el 14,3% y el 16,5% marcaron un puntaje 2; entre el 7,5% y el 15,8% eligieron el puntaje 3; entre el 18% y el 24,1% marcaron el puntaje 4; entre el 7,5% y el 12,8% marcaron el puntaje 5; entre el 3% y el 11,3% eligieron el puntaje 6 y entre el 6% y el 9,8% marcaron el puntaje 7.

TABLA Y GRÁFICO N° 6
CICLO*NIVEL DE EMPATÍA TABULACIÓN CRUZADA

| | | Nivel de Empatía | | | | | | | | | | Total | |
|-------|------------|--------------------|-----|--------------|-----|--------------------|------|-----------------------|------|--------------|-----|-------|-------|
| | | Empatía Deficiente | | Empatía Baja | | Empatía Intermedia | | Empatía Sobresaliente | | Empatía Alta | | | |
| | | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) |
| Ciclo | VII Ciclo | 0 | 0 | 3 | 2,3 | 67 | 50,4 | 2 | 1,5 | 0 | 0 | 72 | 54,1 |
| | VIII ciclo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 | 27,1 | 0 | 0 | 36 | 27,1 |
| | X ciclo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 15,8 | 4 | 3,0 | 25 | 18,8 |
| Total | | 0 | 0 | 3 | 2,3 | 67 | 50,4 | 59 | 44,4 | 4 | 3,0 | 133 | 100,0 |

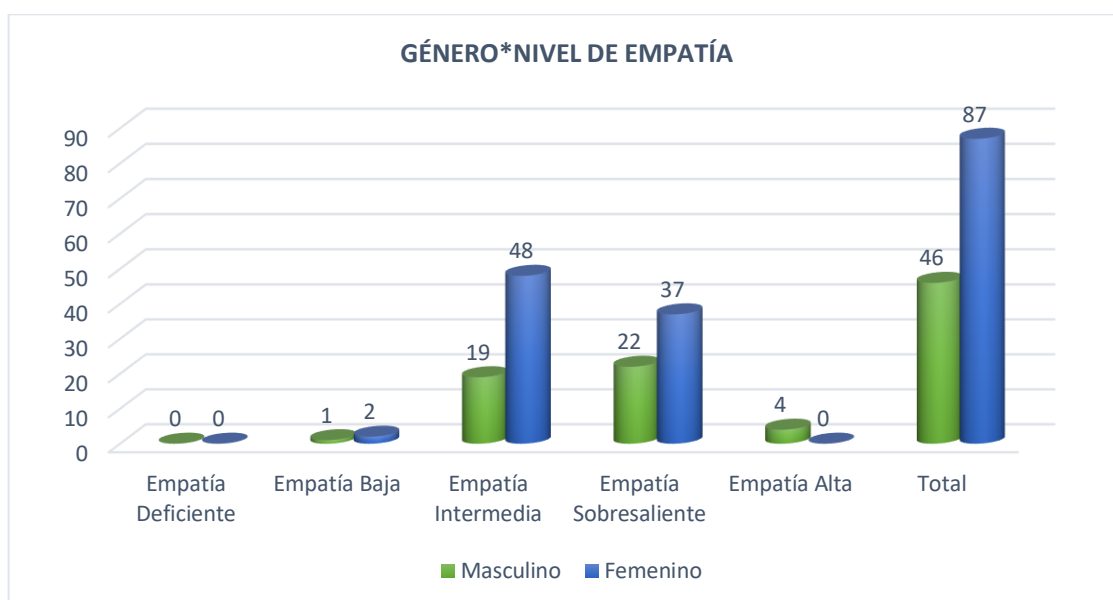


En la tabla y gráfica N°6 correspondiente al Nivel de empatía según ciclo de estudios, podemos observar que la mayoría de estudiantes empatizan con sus pacientes. El 50,4% tienen un nivel de empatía intermedia y pertenecen al VII ciclo por lo mismo que este ciclo representa el 54,1% del total. Los alumnos de los diferentes ciclos tienen empatía sobresaliente, tal es así que el 27,1% son del VIII ciclo que representa el total de este ciclo. El 15,8 de estudiantes son del X ciclo y tiene empatía sobresaliente, el 1,5% de alumnos son del VII ciclo. Sólo el 3% de alumnos presentan empatía alta y pertenecen al X ciclo.

TABLA Y GRÁFICO N° 7

GÉNERO*NIVEL DE EMPATÍA TABULACIÓN CRUZADA

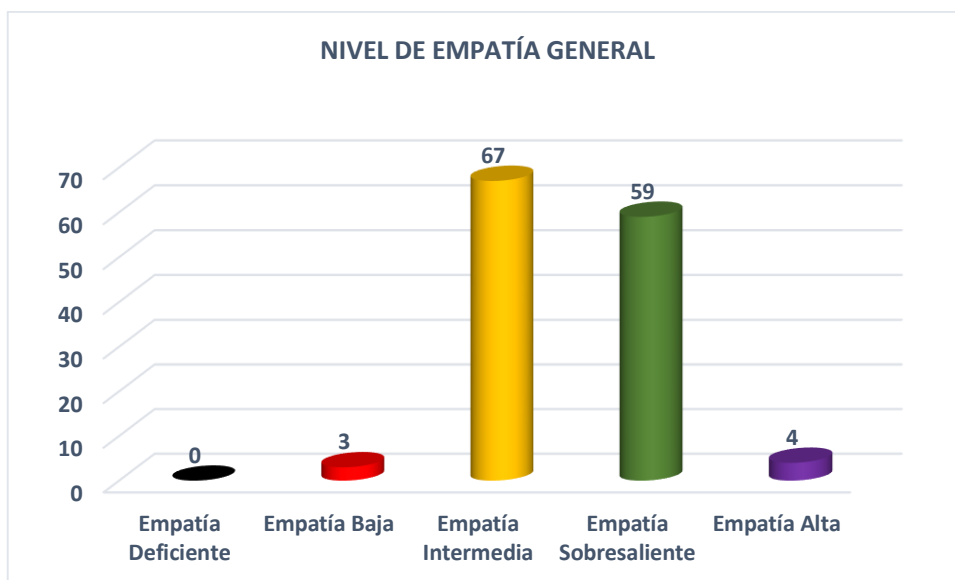
| | | Nivel de Empatía | | | | | | | | | | Total | |
|--------|-----------|--------------------|-----|--------------|-----|--------------------|------|-----------------------|------|--------------|-----|-------|-------|
| | | Empatía Deficiente | | Empatía Baja | | Empatía Intermedia | | Empatía Sobresaliente | | Empatía Alta | | | |
| | | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | (f) | (%) | | |
| Género | Masculino | 0 | 0 | 1 | 0,8 | 19 | 14,3 | 22 | 16,6 | 4 | 3,0 | 46 | 34,6 |
| | Femenino | 0 | 0 | 2 | 1,5 | 48 | 36,1 | 37 | 27,8 | 0 | 0 | 87 | 65,4 |
| Total | | 0 | 0 | 3 | 2,3 | 67 | 50,4 | 59 | 44,4 | 4 | 3,0 | 133 | 100,0 |



En la tabla y gráfica N°7 correspondiente al Nivel de empatía según género, podemos observar que los estudiantes de género femenino empatizan más con sus pacientes que sus similares de género masculino, por lo mismo que en la muestra sólo representan el 34,6%. Es así que el 36,1% de estudiantes femeninas tienen un nivel de empatía intermedia, respecto al 14,3% de estudiantes de género masculino. El 27,8% de estudiantes de género femenino tienen empatía sobresaliente respecto al 16,6% de género masculino. Sin embargo el 3% de estudiantes de género masculino tienen empatía alta respecto al 0% de féminas.

TABLA N° 8
NIVEL DE EMPATÍA GENERAL

| Nivel de Empatía | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|--------------|
| Empatía Deficiente | 0 | 0 |
| Empatía Baja | 3 | 2,3 |
| Empatía Intermedia | 67 | 50,4 |
| Empatía Sobresaliente | 59 | 44,4 |
| Empatía Alta | 4 | 3,0 |
| Total | 133 | 100,0 |



En la tabla y gráfica N°8 correspondiente al Nivel de empatía general, observamos que el 50,4% de estudiantes evaluados presenta empatía intermedia, el 44,4% de estudiantes presenta empatía sobresaliente, el 3% presenta empatía alta; el 2,3% presenta empatía baja y ningún estudiante presenta empatía deficiente.

TABLA N° 9

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DEL NIVEL DE EMPATÍA

| ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA | |
|--------------------------------|-------|
| Media Aritmética | 87.32 |
| Desviación Estándar | 14.93 |
| Puntaje Mínimo | 55 |
| Puntaje Máximo | 131 |

En la tabla N° 9 correspondiente a la estadística descriptiva podemos observar que la media del nivel de empatía es 87 puntos que corresponde a una empatía intermedia. El puntaje mínimo es de 55 que corresponde a una empatía baja, y el puntaje máximo fue de 131 que corresponde a una empatía alta. La desviación estándar es 14,93.

IX.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

Luego de analizados los resultados que se presentaron en las diferentes tablas procedemos a comprobar y/o contrastar nuestras hipótesis.

HIPÓTESIS GENERAL.-

H₀: Los estudiantes de odontología no tienen un nivel sobresaliente de empatía con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, 2017

H₁: Los estudiantes de odontología tienen un nivel sobresaliente de empatía con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, 2017

| Estadísticos de prueba | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| | Nivel de Empatía |
| Chi-cuadrado | 107,451 ^a |
| gl | 3 |
| Sig. asintótica | ,000 |
| a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 33,3. | |

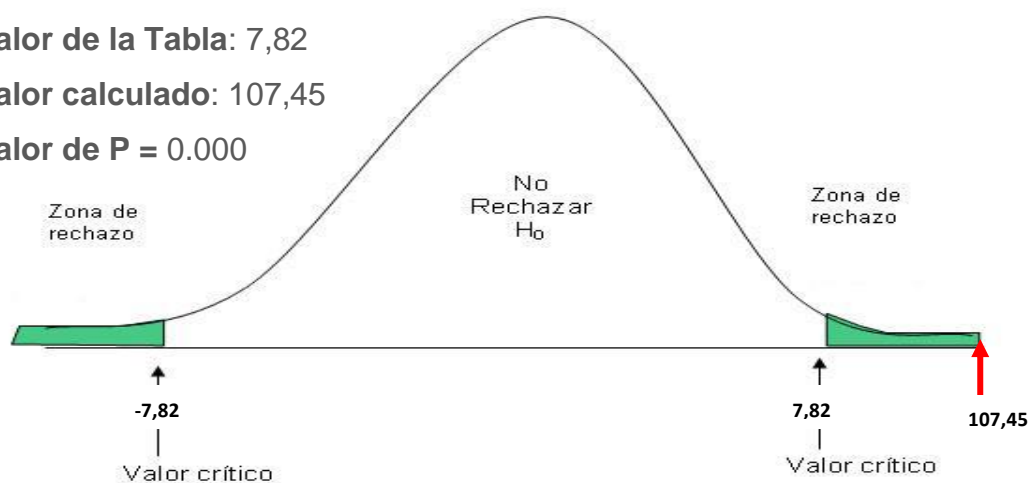
ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 3

Valor de la Tabla: 7,82

Valor calculado: 107,45

Valor de P = 0.000



Por tanto interpretando la prueba X^2 vemos que el valor Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor $< 0,05$ entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado **“Los estudiantes de odontología tienen un nivel sobresaliente de empatía con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017”**

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.-

Hipótesis Específica 1:

H₀: Los estudiantes de odontología de género femenino no tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de género masculino con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

H₁: Los estudiantes de odontología de género femenino tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de género masculino con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

| Pruebas de chi-cuadrado | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|---------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 138,628 ^a | 6 | ,000 |
| Razón de verosimilitud | 173,542 | 6 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 23,060 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 133 | | |
| a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,56. | | | |

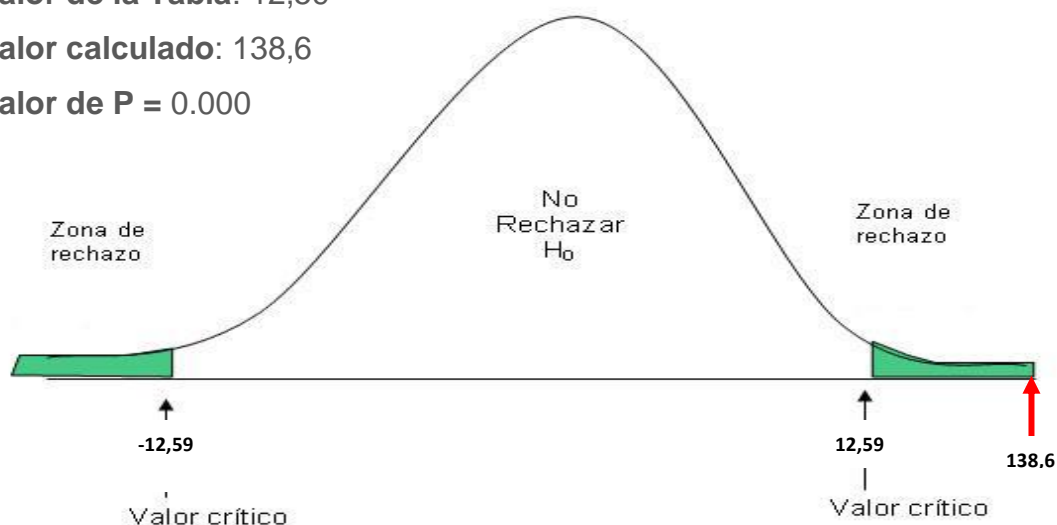
ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 6

Valor de la Tabla: 12,59

Valor calculado: 138,6

Valor de P = 0.000



Por tanto interpretando la prueba χ^2 vemos que el valor Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor $< 0,05$ entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado **“Los estudiantes de odontología de género femenino tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de género masculino con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.**

Hipótesis Específica 2:

H₀: Los estudiantes de odontología de ciclos superiores no tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de ciclos inferiores con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

H₁: Los estudiantes de odontología de ciclos superiores tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de ciclos inferiores con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.

| Pruebas de chi-cuadrado | | | |
|------------------------------|--------------------|----|---------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 8,906 ^a | 3 | ,031 |
| Razón de verosimilitud | 9,870 | 3 | ,020 |
| Asociación lineal por lineal | 4,379 | 1 | ,036 |
| N de casos válidos | 133 | | |

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,04.

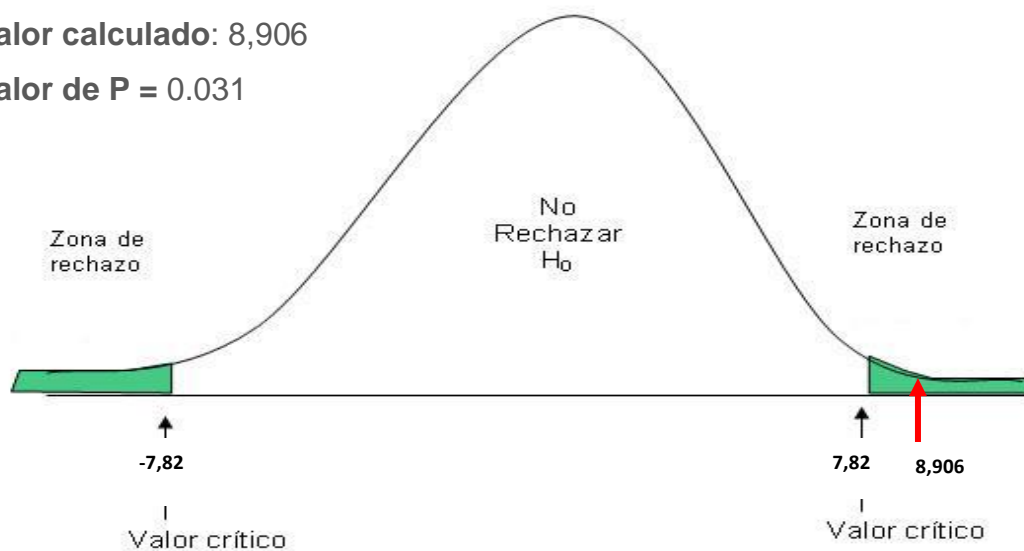
ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 3

Valor de la Tabla: 7,82

Valor calculado: 8,906

Valor de P = 0.031



Por tanto interpretando la prueba χ^2 vemos que el valor Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor $< 0,05$ entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado. **“Los estudiantes de odontología de ciclos superiores tienen un nivel sobresaliente de empatía que los estudiantes de ciclos inferiores con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.”**

X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber presentado los resultados de nuestra investigación con la respectiva contrastación de hipótesis corroboramos que *“Los estudiantes de odontología tienen un nivel sobresaliente de empatía con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, 2017.* El 50,4% de estudiantes evaluados presenta empatía intermedia, el 44,4% de estudiantes presenta empatía sobresaliente, el 3% presenta empatía alta; el 2,3% presenta empatía baja y ningún estudiante presenta empatía deficiente. Por tanto de acuerdo al análisis y discusión de los resultados por parte nuestra, diríamos que los estudiantes tienen empatía intermedia, pero todos ellos pertenecen al VII ciclo que es el que tiene mayor cantidad de alumnos ya que este ciclo representa el 54,1% del total; mientras que los estudiantes que presentan empatía sobresaliente agrupan a los diferentes ciclos, principalmente a los de VIII y X ciclo. Sin embargo también corroboramos que los resultados de empatía según ciclo de estudios, vemos que la mayoría de estudiantes empatizan con sus pacientes en diferentes niveles de empatía. Tal es así que en el nivel sobresaliente el 27,1% son del VIII ciclo, el 15,8% de estudiantes son del X ciclo y el 1,5% de alumnos son del VII ciclo; el 3% de alumnos presentan empatía alta y son del X ciclo. Por tanto diremos que cuanto más próximos los ciclos a culminar la carrera, el nivel de empatía es mayor.

En el nivel de empatía según género, corroboramos que los estudiantes de género femenino empatizan más con sus pacientes que sus similares de género masculino, es así que el 36,1% de estudiantes femeninas tienen un nivel de empatía intermedia, respecto al 14,3% de estudiantes de género masculino. El 27,8% de estudiantes de género femenino tienen empatía sobresaliente respecto al 16,6% de género masculino. Sin embargo el 3% de estudiantes de género masculino tienen empatía alta respecto al 0% de féminas.

Nuestros resultados se apoyan en investigaciones realizadas en diferentes años y lugares que las tomamos como referencia para la presente investigación. Tal es así que: **Gonzales y col.** encontraron diferencias

estadísticamente significativas para las variables “nivel”, concluyeron que los valores de orientación empática en los estudiantes de odontología evaluados, fueron diferentes en los niveles de estudio y el sexo, lo que puede influir en la formación profesional integral. **Salcedo y col.** concluyeron que la empatía en los estudiantes de odontología de UNMSM muestra pequeñas variaciones absolutas, pero ni en el género ni en el nivel de estudio existen diferencias estadísticamente significativas. **Uberman y col.** cuyos resultados indican que las mujeres presentan mayores niveles de empatía en relación con los hombres.

Sánchez y col. después de realizar el análisis estadístico encontró que los años superiores muestran niveles de orientación empática mayores que el resto de los estudiantes en ambos géneros, esto se debe al aumento, en la práctica clínica, de los estudiantes al final de la carrera y a la responsabilidad y compromiso que llegan a tener con sus pacientes; además, en general, la orientación empática es mayor en el género femenino que en el masculino. **Ñique Carbajal C.** obtuvo como puntaje promedio, 89,8 de puntaje, este valor corresponde a un nivel adecuado de orientación empática. **Gutiérrez y col.** Los puntajes obtenidos en la (EEMJ) son significativamente mayores en quinto año que en los años restantes. Las mujeres presentaron mayores niveles que los hombres de la variable orientación empática. El mayor porcentaje de alumnos se ubican en la categoría Medio de empatía. **Carrasco y col.** Los puntajes obtenidos en la EEMJ variaron entre un mínimo de 78 y un máximo de 140 puntos para las mujeres y un mínimo de 47 y un máximo de 136 puntos para los hombres. Estos valores muestran que los estudiantes de Odontología, de 1º a 5º año, de la Universidad de Concepción presentan un alto nivel de orientación empática. **Rivera y col.** reportan que los puntajes obtenidos de empatía son mayores en los niveles más avanzados de la carrera y se presentan diferencias significativas entre el tercer y el cuarto año de la misma. Las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en los distintos niveles estudiados, se aprecia una tendencia mayor de los hombres a aumentar sus puntajes a medida que avanzan en la carrera.

XI.- CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Luego del análisis e interpretación de los resultados de la investigación, se llegó a las conclusiones siguientes:

1. *El nivel de empatía de los estudiantes de odontología es sobresaliente con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, 2017.*
2. *Los estudiantes de odontología de género femenino tienen más empatía respecto a los estudiantes de género masculino con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, 2017.*
3. *Los estudiantes de odontología de ciclos superiores empatizan más que los estudiantes de ciclos inferiores con los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, 2017.*

XII.- RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Motivar a los estudiantes participantes de la presente investigación a seguir cultivando y manteniendo el nivel de empatía mostrado en los resultados con los pacientes que atiendan en su labor profesional
2. Propiciar en los estudiantes de sexo masculino un ambiente de confianza para que muestren mayor nivel empático con sus pacientes.
3. Motivar en los estudiantes de ciclos inferiores que la relación de empatía con sus pacientes se va forjando con la práctica profesional acompañada de la confianza y óptimo desempeño al realizar su trabajo con los pacientes.

XIII.-

**REFERENCIA
BIBLIOGRÁFICA**

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. González FD, Díaz V, Arrieta K, Díaz S, Tirado L, Madera. M. Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. Rev. salud pública. 2015; 17 (3): 404-415.
2. Salcedo R, Díaz VP. Empatía en el Estudiantes de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). Salud, Barranquilla. 2015 diciembre; 31 (3): 565-574.
3. Huberman J, Rodríguez M, González S, Díaz V. Niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad del Desarrollo, sede Santiago (Chile). Journal PIRO. 2014 Dic; 7 (3).
4. Madera M, Fétis G, Tirado L. Empatía y factores relacionados en estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena. RCIO 2014; 5(14).
5. Sánchez Jiménez Laura, Padilla Guevara Mariela, Rivera Ugalde Ignacio, Zamorano Arancibia Alejandro, Díaz Narváez Víctor Patricio. Niveles de orientación empática en los estudiantes de Odontología. Educ Med Super. 2013 Sep; 27(3): 216-225.
6. Ñique Carbajal Cesar. Orientación empática de estudiantes de odontología de una universidad peruana. Kiru. 2013 Ene-Jun; 10(1): 49-54.
7. Gutierrez-Ventura F, Quezada-Huerta B, López Pinedo M, Méndez Vergaray J, Díaz Narváez V, Zamorano A, Rivera I. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de

Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Cayetano Heredia. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(2):91-99.

8. Carrasco D, Bustos A, Díaz V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(3): 145-51.
9. Wilson S, Prescott J & Becket G. Empathy levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines. *Am. J. Pharm. Educ.* 2012 Mar; 76(2): 24.
10. McMillan L, Shannon D. Psychometric Analysis of the JSPE Nursing Student Version R: Comparison of Senior BSN Students and Medical Students Attitudes toward Empathy in Patient Care. *SRN Journal Nursing.* 2011; 2011:726.063.
11. Rivera I, Arratia R, Zamorano A, Díaz VP. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2011; 27 (1): 63-72.
12. Guilera, L. Empatía. Conceptualización y bases neurobiológicas. *Anales de Psiquiatría.* 2008; 24(5): 216-222.
13. Fernández-Pinto I, López Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología.* 2008; 24(2): 284-298.
14. Torrealba T. La empatía: Núcleo del cuidar. Apostillas de Edith Stein. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el cuidado del Paciente del Crítico.* 2004; (3): 49-52.
15. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós; 2006.

16. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc)*. 1995; 105: 27-30.
17. Brusco A. Elementos de relación de ayuda. *Ars Médica*. 1998; 12(12): 10-12.
18. Roger C. El proceso de convertirse en persona. Paidós: Barcelona, España; 1989.
19. Vivas M, Gallego D y González B. *Educación de las emociones*. Mérida, Venezuela: Editorial Dykinson; 2007.
20. Carvajal Guerrero C, Rojas Pérez A. Empatía y comunicación efectiva con el usuario. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. 2005.
21. García Hernández MD, Martínez Garrido CA, Sanchez Gómez L. *Entrevista: Calidad Empática*. Universidad Autónoma de Madrid. 2004.
22. Oseguera Rodríguez, JF. El humanismo en la educación médica. *Revista Educación [Internet]*. 2006; 30(1):51-63.
23. Chen J, Lalopa J, Dang D. Impacto del modelado de empatía del paciente en estudiantes de farmacia que cuidan a los marginados. *Am J Pharm Educ*. 2008; 72 (2): 40.
24. Molina de Colmenares N, Pérez de Maldonado I. El clima de relaciones interpersonales en el aula un caso de estudio. *Rev. Paradigma*. 2006 Ago; 27(2):193-219.

25. García-Huidobro M Diego, Núñez V Felipe, Vargas I Paula, Astudillo M Smiljan, Hitschfeld A Mario, Gennero R Rubén et al. Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Rev. méd. Chile.* 2006 Ago; 134(8): 947-954.
26. Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. La comunicación con los pacientes. *Invest. Educ. Enferm.* 2006; 24(1): 94-98.
27. Poveda de Agustín, JM. Locura y creatividad: introducción a la Psicopatología. 1º Ed. Madrid: Editorial Alhambra; 1981. 201p.
28. Gómez T, Ceitlin J. *Modelo Biopsicosocial*. En Martín Zurro, M y Cano Pérez, JF. Principios de la Atención Primaria de salud., capítulo 13. Medicina DE Familia en otros países. 1999.
29. González A, Gález M, Kraftchenko O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2003; 17(1):9-46.
30. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. Enfer.* 2003; 9(2): 09-21.
31. Libros Virtuales de INTRAMED. Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente; 2006. Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_05.pdf
32. Leal Quevedo Francisco J.: Humanizar la medicina es adecuarla al hombre. En Leal Quevedo y Menéndez Vega: Hacia una medicina más humana. 1997 Editorial Médica Internacional Ltda., Colombia: 15- 22.
33. Pagliarulo E. Medicina y Resiliencia. Medicina y Cultura. Suplemento mensual de Clínica-UNR.org. 2008; 2(18).

34. Carvajal A, Miranda C, Martinac T, García C, Cumsille F. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de Medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Revista Hospital Clínico*. 2004; 15 (49):1-46.
35. Sánchez J, Gaya J. La empatía en la docencia. Disponible en: https://educacionadistancia.juntadeandalucia.es/profesorado/autofomacion/pluginfile.php/3144/mod_book/chapter/2168/La_empatía_en_la_docencia.pdf
36. Ramírez-Gordillo J, Rodríguez-Cañizo G, Beltrán Fernández J. Uso de la inteligencia emocional para lograr la empatía entre tutor y tutorado durante la etapa de enseñanza-aprendizaje. 2009.
37. Olivera J, Braun M, Roussos AJ. Instrumentos Para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica [Internet]*. 2011; 20(2):121-132.
38. Davis M. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*. 1980; 10:1-19.
39. Fernández-Pinto I, López Pérez B y Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*. 2008; 24(2): 284-298.
40. Hojat M, Mangione TJ, Mitchell JM, Cohen JS, Gonnella JB. La escala Jefferson de la empatía médica: desarrollo y datos psicométricos preliminares. *Journal Sage Pub*. 2001; 61(2): 349-365.
41. Alcorta- Garza, A., González, J., Tavitas, S., Rodríguez, F y Hojat, M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28(5): 57-63.

XIV.- ANEXOS

**EMPATÍA DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA CON LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA, 2017**

GÉNERO: Masculino Femenino Ciclo de Estudios:

ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones encerrando en un círculo el número apropiado después de cada afirmación. Utilice la escala de 7 puntos (un mayor número indica un mayor acuerdo):

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

| Totalmente en desacuerdo | ITEMS | | | | | | | Totalmente de acuerdo |
|--------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------|
| | PUNTAJE | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

PUNTAJE TOTAL:

