

**EMPATIA Y COMPONENTES DE LA EMPATIA EN ALUMNOS DE ODONTOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

JOSVIR BUENO HERNANDEZ

BRAULIO MANUEL CHICA DUQUE

LESBIA ROSA TIRADO AMADOR

FARITH GONZALEZ MARTINEZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARTAGENA DE INDIAS

2019

**EMPATIA Y COMPONENTES DE LA EMPATIA EN ALUMNOS DE ODONTOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

JOSVIR BUENO HERNANDEZ

BRAULIO MANUEL CHICA DUQUE

Estudiantes de décimo semestre de Odontología, Universidad de Cartagena.

LESBIA ROSA TIRADO AMADOR

Odontóloga, Investigador en el área de salud pública, grupo de Investigación (GISPOUC). Esp.
Estadística Aplicada.

FARITH GONZALEZ MARTINEZ

Odontólogo, Magíster en Salud Pública, Especialista en Investigación Social, candidato del Doctorado en
Toxicología Ambiental, Universidad de Cartagena.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARTAGENA 2019

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
4. MARCO TEORICO	22
4.1 ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (EEMJ).....	22
4.2 EL INVENTARIO MILLON DE ESTILOS DE PERSONALIDAD (MIPS)	24
4.3 EVOLUCIÓN DE LA ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES).....	26
5. METODOLOGIA	28
5.1 TIPO DE ESTUDIO	28
5.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	28
5.3 POBLACION Y MUESTRA.....	30
5.4 APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	31
5.5 ANALISIS ESTADISTICO.....	33
6. RESULTADOS.....	36
8. CONCLUSIÓN	45
9. RECOMENDACIONES	46
10. BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS.....	52

LISTA DE TABLAS

Pág.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	36
TABLA 2. RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DE LAS MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR EN LOS NIVELES DE CADA FACTOR ESTUDIADO	37

LISTA DE FIGURAS

Pág.

FIGURA 1. SE MUESTRA LA DISTRIBUCIÓN DE LAS MEDIAS DE LOS GÉNEROS EN CADA UNO DE LOS AÑOS ACADÉMICOS	38
FIGURA 2. SE MUESTRA LA DISTRIBUCIÓN DE LAS MEDIAS DE LOS GÉNEROS EN CADA UNO DE LOS AÑOS ACADÉMICOS	39
FIGURA 3. RESULTADOS DE LAS MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR EN LOS NIVELES DEL FACTOR AÑO ACADÉMICO SEPARADOS EN CADA GÉNERO EN GRÁFICOS ARITMÉTICOS SIMPLES.....	40

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	52
Anexo 2. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	53
Anexo 3. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	54
Anexo 4. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	55
Anexo 5. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	58

RESUMEN

Problema. Actualmente, los investigadores se han enfocado en estudiar cómo el entrenamiento de los estudiantes de ciencias de la salud en habilidades comunicacionales y empatía puede mejorar el desempeño y la calidad de la atención clínica. En general, los resultados de estos estudios mostraron un significativo mejoramiento de la comunicación, pero la empatía es un atributo más complejo que esta última, la cual se multiplica en presencia de una empatía desarrollada. Sin embargo, la empatía es una condición necesaria, pero no suficiente para desarrollar completamente la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. La relación profesional de la salud-paciente se ha visto afectada por todos cambios de la sociedad a lo largo de su desarrollo hasta llegar a la época actual, donde la decisión del paciente respecto de la calidad de la atención clínica está determinada por algo más que los conocimientos científicos y tecnológicos del profesional. Es relevante entonces la orientación de los curriculum en salud hacia el desarrollo de la empatía como parte de la necesidad de humanización de los prestadores de salud.

Objetivo. Analizar los niveles de empatía en estudiantes de odontología en la cohorte del año 2016, en una universidad pública de Cartagena, Colombia.

Métodos. La muestra está formada por estudiantes de primero a quinto año académico (n=332). El instrumento utilizado fue la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), versión en español para estudiantes de medicina (versión S), validada en México y Chile y adaptada para estudiantes de odontología en Colombia. La aplicación fue anónima y confidencial y se utilizó consentimiento informado. La escala fue sometida a criterio de jueces con el objeto de verificar la validez cultural y fue evaluada la comprensión de los estudiantes con respecto a la escala. Los datos fueron sometidos a pruebas de normalidad (Kolmogorov-

Smirnov) y de igualdad de varianza (Levene). Se estimó la confiabilidad interna mediante el alpha de Cronbach general. Se estimaron las medias y desviación estándar. Se aplicó un análisis de varianza bifactorial, modelo III para encontrar diferencias de medias entre años académicos, los géneros y en la interacción de estos factores. El nivel de significación utilizado fue de $\alpha \leq 0,05$ y $\beta < 0,20$.

Resultados. Los resultados fueron significativos para el factor “años académicos” ($p=0,027$), el género ($p=0,782$) y la interacción ($p=0,364$) no fueron significativas. El tamaño del efecto de las diferencias estadísticas encontradas no es alto.

Conclusión. La empatía en los sujetos de estudio presenta algunas fluctuaciones; presentando diferencias estadísticamente significativas para los factores de interés (año académico y género) en la cohorte evaluada.

PALABRAS CLAVE: empatía, estudiantes de odontología, relaciones medico paciente, género y educación. (Fuente:DeCS-Bireme).

INTRODUCCIÓN

La empatía en la atención de salud puede ser entendida como un atributo cognitivo y del comportamiento que implica la capacidad para comprender cómo las experiencias y los sentimientos del paciente influyen y son influidos por la enfermedad y sus síntomas y la capacidad de comunicar esa comprensión al paciente. Constituye uno de los elementos necesarios para desarrollar una habilidad comunicacional básica para las relaciones humanas. Las investigaciones dentro del área de la salud indican que la empatía ha estado relacionada, teórica o empíricamente, con diversos atributos, tales como el comportamiento prosocial, habilidad para recabar la historia clínica, aumento del grado de satisfacción del paciente, mejores relaciones terapéuticas y buenos resultados clínicos.

Desde hace décadas ha sido estudiada la capacidad humana para empatizar. Esto en la práctica es considerado un constructo amplio y que abarca varios componentes y no existe total acuerdo en su definición. Existe aún la discusión sobre si la empatía consiste en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” o si está asociado a la condición del hecho de “sentir la emoción en forma vicaria”. Esta discusión teórica no es un asunto menor, porque en función de las distintas concepciones, se derivarán distintas acciones en relación a la existencia de uno o más componentes, la forma de medirlos, las inferencias realizadas a partir de las respuestas dadas a los instrumentos y las interpretaciones correspondientes.

Por otro lado, la empatía puede ser considerada una característica objeto de estudio influida por muchos factores, entre los cuales se destacan la edad, el género, intencionalidad acerca de la especialidad a seguir en el futuro, curso en que transcurre el estudiante, estructura y clima familiar, personalidad, experiencias empáticas, entorno socio-cultural, escala de valores

morales y éticos, entre otros; los cuales podrían actuar como “variables” independientes o de confusión y a su vez, podrían contribuir a explicar la variabilidad observada de los niveles de orientación empática encontrada en algunas investigaciones.

En este sentido, se hace necesario el estudio de la relación del futuro profesional de la salud con el paciente, debido a que esta ha sido afectada por todos los cambios de la sociedad a lo largo de su desarrollo, donde la decisión del paciente respecto de la calidad de la atención está determinada por algo más que los conocimientos científicos y tecnológicos del profesional. Desde esta perspectiva se hace pertinente el estudio de este constructo para lograr una reorientación de los currículos en salud hacia el desarrollo de la empatía como parte de la necesidad de humanización de los prestadores de servicios de salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La relación entre el profesional de la salud (odontólogo) y el paciente debe ser comprendida como una interacción dialéctica entre dos personas que tienen intereses personales diferentes, es un encuentro humano. Dicha relación contiene, en sí misma, una eminente subjetividad e intersubjetividad que va más allá de la dimensión puramente clínica de un tratamiento. Como consecuencia, el factor humano en la atención en salud cobra importancia y, por tanto, la valoración de los profesionales sobre sus pacientes no se hace solamente según sus competencias cognitivas y técnicas. De esta manera, se ha planteado, en diversas investigaciones, que para una atención de salud humanizada es necesario que los odontólogos y otros profesionales del área de la salud sean capaces de desarrollar una comunicación empática con sus pacientes^{1, 2}.

La empatía en la atención de salud puede ser entendida como un atributo cognitivo y del comportamiento que implica la capacidad para comprender cómo las experiencias y los sentimientos del paciente influyen y son influidos por la enfermedad y sus síntomas, y la capacidad de comunicar esa comprensión al paciente^{3,4,5}. Constituye uno de los elementos necesarios para desarrollar una habilidad comunicacional básica para las relaciones humanas que se realiza, además, en forma voluntaria.

¹ Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J., Mangione S., Vergare M., Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1563-69

² Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca T.J., Magee M. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Semin Integrative Med* 2003; 1: 25-41

³ Moya-Albiol L, Herrero N, Bernal MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol* 2010, 50 (2): 89-100.

⁴ Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J.* 2007, 48: 81-6.

⁵ Di Matteo MA, A social-psychological analysis of physician-patient rapport. *Toward a science of the art of medicine. J Soc Issues.* 1979, 35: 12-33.

Las investigaciones en profesionales del área de la salud indican que la empatía ha estado relacionada, teórica o empíricamente, con diversos atributos, tales como el comportamiento prosocial, habilidad para recabar la historia clínica, aumento del grado de satisfacción del paciente y del médico, mejores relaciones terapéuticas y buenos resultados clínicos^{6,7}. Se ha planteado, bajo métodos de evaluación con diferentes instrumentos de medición de la empatía desarrollados para la población general como para el área médica, que las mujeres presentan mayores niveles de empatía que los hombres^{8,9}; sin embargo, los resultados empíricos en la medición de los niveles de este atributo en ambos géneros han resultado contradictorios^{10,11}. Por otra parte, se ha propuesto que la empatía es modificable y puede ser desarrollada en forma intencional, como consecuencia, si esto es así, la “introducción” de la empatía en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la formación académica de los estudiantes de odontología, debiera ser considerada en forma constante durante todo el proceso formativo, todo lo cual implica que las universidades poseen un grado de responsabilidad en la formación de este atributo.

⁶ Schwartz B, Bohay R. Can Patients Help Teach Professionalism and Empathy to Dental Students. Adding Patient Videos to a lecture Course. *J Dent Educ.* 2012,76: 174-84.

⁷ Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología.* 2008, 24(2):284-298.

⁸ Moya-Albiol L, Herrero Neus, Bernal MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev. Neurol.* 2010, 50 (2):89-100.

⁹ Chen D, Lew R, Hershman W. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Emphaty. *J Gen Intern Med.* 2007, 22(10): 1434–38.

¹⁰ Silva H, Rivera I, Zamorano A, Díaz Narvárez, VP. Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2013, 6(3): 130-133.

¹¹ Díaz Narvárez VP, Alonso LM, Caro SE, Silva MG, Arboleda J, Bilbao JL et al. Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Arch. argent. pediatr.* 2014, 112(1): 41-49.

Por otra parte, la empatía pudiera ser una “variable” que está sometida a la influencia de muchos factores^{12,13}, tales como la edad, el género, intencionalidad acerca de la especialidad a seguir en el futuro, curso en que transcurre el estudiante, estructura y clima familiar, personalidad, experiencias empáticas, entorno socio-cultural, escala de valores morales y éticos, entre otros factores; los cuales podrían actuar como “variables” independientes o contundentes (variable de confusión) y, a su vez, podrían contribuir a explicar la variabilidad observada de los niveles de orientación empática encontrada en algunas investigaciones.

Así, el que hacer del personal de la salud también se vio influenciado por estos nuevos planteamientos relacionados con la atención en salud. Freeman señaló que la interacción establecida entre odontólogo y paciente se caracterizaba por la diferencia de conocimiento entre el profesional y su paciente. Desde esa perspectiva la relación odontólogo-paciente tenía un carácter unidireccional,

Más allá de las consideraciones históricas en la evolución del concepto empatía^{14,15}, la visión “moderna” de la relación profesional de la salud y el paciente en ciencias de la salud encuentra sus principios en 1946 cuando aparece una nueva interpretación de la enfermedad que subrayó su condición valórica.

¹² Hojat M., Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB et al. The Jefferson Scale of Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Measur* 2001, 61(2):346-65.

¹³ Castañeda Barthelemiez S, Parraguez-Infiesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educ Méd* 2009, 12(2):103-9.

¹⁴ Hojat M, Gonella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski1 JJ, Erdmann JB et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ* 2002, 36(6):522-27.

¹⁵ Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004, 38:934-41.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Con la aparición de esta nueva definición de salud se reconoce la autonomía del paciente.¹⁶ Todos estos hechos han llevado a que, en 1993, la OMS señale la relevancia que tiene la asistencia más personalizada en la práctica médica, donde el desarrollo de habilidades y destrezas comunicacionales genera una serie de beneficios que facilitan un buen diagnóstico y mejoran la calidad de la relación médico-paciente.¹⁷

Carente de una interacción dinámica, por lo que no se aprovechaba la oportunidad de tener una efectiva comunicación que permitiese al profesional obtener un nivel de información adecuado y como resultado la negociación de objetivos preventivos y de tratamiento considerando los intereses del paciente. Por este motivo, este mismo autor plantea, desde un modelo psicodinámico, que podemos comprender que la atención en salud oral no significa una persona trabajando a favor de otra, sino que corresponde a dos personas que trabajan juntas por un objetivo común^{18,19}. Freeman¹⁹ concluye que conversar con el paciente acerca de sus miedos y aprehensiones relacionados con la atención dental provee de una instancia en la cual se fortalecerá la relación odontólogo-paciente y permitirá realizar una planificación de tratamiento de mejor acogida. Dicha conclusión es extensiva a todas las áreas de atención en salud, salvaguardado las particularidades inherentes a ellas.

¹⁶ Rivera I, Arratia R, Zamorano A, Díaz-Narváez VP. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte*, 2011;27(1): 63-72.

¹⁷ Howard M, Navarro S, Rivera I, Zamorano A, Díaz-Narváez VP. Medición del nivel de orientación empática en el estudiantado de la Facultad de odontología, Universidad de Costa Rica. *Odovtos*. 2013, 15: 21-9.

¹⁸ Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Shukkur M, Bouhaimed M et al. Level of Empathy among Medical Student in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Oract*. 2013, 22: 385-9.

¹⁹ Alcorta-Garza A, González-Guerrero, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28(5):57-63.

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Existe variabilidad de los valores de empatía entre los cursos, entre los géneros, en la interacción de los cursos y géneros en los estudiantes de los programas de Odontología?

2. JUSTIFICACIÓN

Se han realizado múltiples estudios para definir cuáles son las características más relevantes que debe tener un profesional de la salud (odontólogo, enfermera o médico) para una adecuada relación con su paciente, estudios que fueron sintetizados por Ayer²⁰, Rodríguez²¹, Blázquez-Manzano et al.²², Alonso y Kraftchenko²³ y Castro et al.²⁴. Los resultados de estas investigaciones, si bien no tienen común acuerdo respecto de la valoración que hacen los pacientes de las habilidades técnicas de los profesionales, permiten deducir que desde las primeras investigaciones enfocadas a la relación profesional de la salud-paciente, existía un mayor aprecio por aquellos capaces de expresar y demostrar apoyo emocional a sus pacientes. Posteriormente comenzó a ampliarse la visión existente respecto de la atención de salud y se empezó a definir en forma más específica que características actitudinales del profesional de la salud en general eran relevantes para su quehacer clínico^{25,26}. Los resultados de sus estudios concuerdan en que los pacientes valoran durante la atención clínica no sólo los conocimientos y habilidades técnicas del odontólogo, enfermera o médico, sino también el factor humano, relacionado directamente con el componente actitudinal del

²⁰ González-Martínez FD, Díaz- Narvárez VP, Arrieta-Vergara KM, Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador LR, Madera-Anaya MV. Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. Rev. Salud pública. 2015; 17 (3): 404-415.

²¹ Ñique C. Orientación empática de estudiantes de odontología de una universidad peruana. Kiru. 2013; 10(1):49-54.

²² Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VS, et al. Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. Med J Armed Forces India. 2014; 70(2):179-85.

²³ Williams B, Brown T, McKenna L, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. Adv Med Educ Pract. 2014; 5:107-13.

²⁴ Alonso L, Caro S, Erazo A, Díaz V. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29(1):22-33.

²⁵ Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. J Prof Nurs. 2012; 28(1):34-40.

²⁶ Sánchez J L, Padilla G M, Rivera U I, Zamorano A A, Díaz N V. Niveles de orientación empática en los estudiantes de Odontología. Educación Médica Superior. 2013; 27:216-25.

profesional. De este modo, podemos inferir que existen dos habilidades que tienen directa relación con la valoración final que hace el paciente respecto del tratamiento recibido y, por lo tanto, deberían ser considerados como elementos actitudinales y conductuales claves del profesional de la salud para una adecuada relación con su paciente, estas características corresponden a habilidades de tipo comunicacional y los rasgos relacionados con la empatía.

Actualmente, los investigadores se han enfocado en estudiar cómo el entrenamiento de los estudiantes de ciencias de la salud en habilidades comunicacionales y empatía puede mejorar el desempeño y la calidad de la atención clínica. En general, los resultados de estos estudios mostraron un significativo mejoramiento de la comunicación, pero la empatía es un atributo más complejo que las habilidades o técnicas de comunicación, aunque esta última se multiplica en presencia de una empatía desarrollada y, como consecuencia, la empatía no es sinónima la habilidad comunicacional de la empatía.

La empatía parece ser un atributo que se gesta en un proceso temporal relativamente largo²⁷. Como consecuencia, las habilidades comunicacionales, en general, y la empatía, en particular, son atributos que tiene puntos de intersección, pero la empatía es un atributo que tiene aspectos diferentes respecto de la comunicación y que potencia a esta última en la misma medida que se encuentra cada vez más desarrollada; sin embargo, la empatía es una condición necesaria, pero no suficiente

²⁷ Daaleman T.P., Kinghorn W.A., Newton W.P., and Meador K.G.: Rethinking professionalism in medical education through formation. *Fam Med.* 2011; 43: pp. 325-329

para desarrollar completamente la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente.

Se ha estudiado desde hace tiempo la capacidad humana para empatizar y aún es objeto de confrontaciones teóricas. Es, en la práctica, un constructo amplio y que abarca varios componentes²⁸ y no existe total acuerdo en su definición. Existe aún la discusión sobre si la empatía consiste en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” o si está asociado a la condición del hecho de “sentir la emoción en forma vicaria”. Esta discusión teórica no es un asunto menor, porque en función de las distintas concepciones, se derivarán distintas acciones en relación a la existencia de uno o más componentes, la forma de medirlos, las inferencias realizadas a partir de las respuestas dadas a los instrumentos y las interpretaciones correspondientes. En general, es posible encontrar dos enfoques diferentes acerca de la empatía: el enfoque cognitivo y el afectivo²⁸. Hay estudios que sostienen su carácter cognitivo tratan de diferenciar el hecho de imaginarse a sí mismo en una situación e imaginarse al otro en una situación. El hecho de que algunos autores encontraran que producía menos ansiedad imaginarse al otro que así mismo y que, por otra parte, los sujetos que tienden a puntuar más alto en la toma de perspectiva, también lo hacían en la condición de imaginarse el otro y, además, encontraron que la toma de perspectiva se relacionaba en forma inversa con el nivel de agresividad^{29,30}.

²⁸ Preusche I, and Wagner-Menghin M. Rising to the challenge: Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013; 18: 573-587.

²⁹ Youssef FF, Nunes P, Sa B, Williams S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. *Int J Med Educ.* 2014; 5:185-92.

³⁰ Roff S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). *Med Teach* 2015:1-4.

Fernández-Pinto²⁷ sintetiza las características de consistencia interna estimada para ellas, número de sub escalas, número de ítems y validación de las mismas. Como consecuencia de todo lo anterior, no existe una definición clara del constructo de empatía en general y, menos aún, de empatía médica. El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Como se ha referido, el concepto ha sido definido por diferentes autores.^{20,27,29}, pero en un contexto general, el demostrar empatía implica un intento de comprender las experiencias y los sentimientos de otra persona y la capacidad de reflejar esta comprensión de manera de ayudar a otro a resolver sus propios problemas. En este contexto. En *The American Journal of Psychiatry* aparece una nueva definición de empatía en la relación profesional de salud-paciente; es “un atributo cognitivo que implica la capacidad de entender las perspectivas y experiencias internas del paciente y la habilidad de comunicar esta comprensión”. De esta forma, se asume que el hecho de experimentar emociones no es de importancia para comprender qué está sintiendo el paciente³¹⁻³². Es posible concluir que la empatía en la atención de salud puede ser entendida como un atributo cognitivo y del comportamiento que implica la capacidad

²⁷ Daaleman T.P., Kinghorn W.A., Newton W.P., and Meador K.G.: Rethinking professionalism in medical education through formation. *Fam Med.* 2011; 43: pp. 325-329

²⁰ González-Martínez FD, Díaz- Narváez VP, Arrieta-Vergara KM, Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador LR, Madera-Anaya MV. Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. *Rev. Salud pública.* 2015; 17 (3): 404-415.

²⁷ Daaleman T.P., Kinghorn W.A., Newton W.P., and Meador K.G.: Rethinking professionalism in medical education through formation. *Fam Med.* 2011; 43: pp. 325-329

²⁹ Youssef FF, Nunes P, Sa B, Williams S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. *Int J Med Educ.* 2014; 5:185-92.

para comprender cómo las experiencias y los sentimientos del paciente influyen y son influidos por la enfermedad y sus síntomas y, la capacidad de comunicar esa comprensión al paciente. Se observa entonces, que la empatía es un concepto complejo y que la comprensión cada vez más profunda de esta complejidad es la que podría proporcionar un acercamiento a una definición cada vez más completa de la misma. Lo anterior plantea la necesidad presente y futura de seguir profundizando en las características que el constructo empatía posee, la delimitación de los tipos de intersecciones que la empatía tiene con otros constructos, sus relaciones de causalidad y la caracterización y procesos relacionados con las características propias de la empatía.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los Componentes de la Empatía en los estudiantes del programa de Odontología.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir los niveles de Empatía en estudiantes de los programas de Odontología.
- Identificar los tipos de personalidad existentes en los estudiantes de los programas de Odontología.
- Establecer la funcionalidad de las familias de los estudiantes de los programas de Odontología.
- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de los programas de Odontología.
- Determinar la asociación que existe entre la Empatía, los tipos de personalidad, la funcionalidad familiar y los factores socioculturales en los estudiantes de los programas de Odontología.

4. MARCO TEORICO

4.1 ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (EEMJ).

El estándar para la evaluación de empatía y habilidades interpersonales es la observación de conductas a través de observadores entrenados para determinar el uso de éstas habilidades. Sin embargo este procedimiento puede resultar costoso y requerir mucho tiempo. La escasez de investigación sobre el tema ha sido atribuida a la ausencia de adecuadas medidas de autoevaluación.³⁵ Existen varios instrumentos para medir empatía, Fernández-Pinto et al.²⁷ realizaron un análisis de los principales clasificándolos, en general, en unidimensionales (visión cognitiva o afectiva o situacional) y multidimensionales (visión integradora). En general, todos los instrumentos muestran una buena consistencia externa y han sido validados en forma convergente o divergente o ambos. Los que merecen más aceptación son los que se caracterizan por una visión integradora. Pero, ninguna de estas escalas fueron diseñaron específicamente para medir la empatía en el área médica; por lo tanto, puede que no capturen la esencia de la atención empática hecha por los profesionales de la salud.^{9,33,34}

³⁵ Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*. 2016; 7:443-455. doi:10.2147/AMEP.S76800.

²⁷ Daaleman T.P., Kinghorn W.A., Newton W.P., and Meador K.G.: Rethinking professionalism in medical education through formation. *Fam Med*. 2011; 43: pp. 325-329

⁹ Chen D, Lew R, Hershman W. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Emphaty. *J Gen Intern Med*. 2007, 22(10): 1434–38.

³³ Lamas Rojas H. Aprendizaje autorregulado, motivación y rendimiento académico. *Liberabit: Lima (Perú)* 2008; 14: 15-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a03v14n14.pdf>. [Consultado Mayo 2017].

³⁴ Gabard DL, Lowe DL, Deusinger SS, Stelzner DM, Crandall SJ. Analysis of empathy in Doctor of Physical Therapy students: a multi-site study. *J Allied Health*. 2013; 42(1):10-6.

Hojat et al,⁴ desarrollaron la Escala de Empatía Médica de Jefferson, EEMJ, (Jefferson Scale of Physician Empathy, JSPE) para la medición de la orientación y comportamiento empático entre estudiantes de medicina, médicos practicantes y otros profesionales de la salud, que ha sido validada en una variedad de áreas de la salud³⁵.

Para el desarrollo y refinamiento de la EEMJ fueron consideradas diferentes etapas. La primera, correspondió con el abarcamiento del concepto desde un punto de vista cualitativo e implicó la realización de una extensa revisión de literatura para el desarrollo de un marco conceptual que permitiese comprender la empatía en las situaciones de atención de pacientes y definir el concepto. La segunda, correspondió a una aproximación cuantitativa del concepto. Esta aproximación se realizó con estudios piloto en grupos médicos, médicos residentes y estudiantes de medicina. ³⁶La versión preliminar de la escala estuvo sujeta a vigilancia empírica para el reconocimiento médico de sus propiedades psicométricas y finalmente sus refinamientos fueron realizados en análisis posteriores.³⁸

La versión final de la EEMJ incluye 20 ítems respondidos sobre una escala Likert de 7 puntos.

³³ Esta versión final de la escala posee contenidos relevantes que permiten la apreciación de la orientación o actitud empática del individuo. 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

³⁵ Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*. 2016; 7:443-455. doi:10.2147/AMEP.S76800.

³⁶ Gutiérrez, F., Quezada, B., López, M., Méndez, J., Díaz Narváez, V.P., Zamorano, A. and Rivera, I. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Revista Estomatológica Herediana*. 2012; 22, 91-99

³⁸ Huberman, J., Rodríguez, M.P., González, S. and Díaz Narváez, V.P. Empathetic Orientation Levels in Odontology Students of the Universidad del Desarrollo, sede Santiago (Chile). *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2014; 7, 169-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2014.11.001>

³³ Lamas Rojas H. Aprendizaje autorregulado, motivación y rendimiento académico. *Liberabit: Lima (Perú)* 2008; 14: 15-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a03v14n14.pdf>. [Consultado Mayo 2017].

orientación del individuo³⁸. En su versión original en inglés, su estructura es consistente con los aspectos conceptuales de una escala multidimensional, la cual define a la empatía con base a tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”.⁸

4.2 EL INVENTARIO MILLON DE ESTILOS DE PERSONALIDAD (MIPS)

El MIPS es un instrumento para evaluar la personalidad normal de personas de 18 a 65 años de edad, evalúa dimensiones de rasgos y estilos interpersonales característicos que existen en la población normal, sin referencia a los trastornos de la personalidad. El inventario posee 180 ítems de respuesta dicotómica verdadero/falso, que permite evaluar 24 escalas agrupadas en tres áreas: Metas motivacionales (6 escalas), Modos cognitivos (8 escalas) y Conductas interpersonales (10 escalas) y está asociado a una teoría que aporta claridad y permite la evaluación de una amplia gama de comportamientos clínicamente relevantes. Presenta una alta consistencia con la teoría que está a la base y ha mostrado moderada validez convergente en población brasileña con el Inventario Factorial de

Personalidad (Pasquali, Mazzarello & Ghesti, 1997) y la Escala de Personalidad de Comrey (1983), entre otra evidencia que lo presenta como un inventario válido para evaluar estilos de personalidad.

³⁸ Huberman, J., Rodríguez, M.P., González, S. and Díaz Narváez, V.P. Empathetic Orientation Levels in Odontology Students of the Universidad del Desarrollo, sede Santiago (Chile). *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2014; 7, 169-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2014.11.001>

⁸ Moya-Albiol L, Herrero Neus, Bernal MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev. Neurol*. 2010, 50 (2):89-100.

Además de las 24 escalas de contenidos el inventario incluye tres indicadores de validez: Impresión positiva, impresión negativa y consistencia; con normas para adultos y para estudiantes universitarios, tanto en su conjunto como segregada por género. Para la muestra normativa de población estadounidense del test original se obtuvo una confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0,775, la que varió entre 0,69 para la escala de Innovación y el 0,85 para la escala de Vacilación. La confiabilidad establecida mediante los métodos de división por mitades fue relativamente alta con un promedio de coeficientes calculado para las 24 escalas de 0,82, y una confiabilidad test re-test de 0,85. Respecto a la validez del inventario, se cuenta con suficiente evidencia dado que las escalas del MIPS fueron diseñadas para representar plenamente un conjunto de estilos de personalidad concordantes con la teoría y por lo tanto las relaciones entre las escalas del MIPS concuerdan ampliamente con el modelo subyacente, mostrando correlaciones adecuadas con el 16 PF (Cuestionario de 16 factores de Personalidad de Cattell, 1970) y con el MBTI (Myers-Briggs, Myers y McCaulley, 1985).

Las escalas desarrolladas por Millon para la evaluación de la personalidad en sus distintas versiones, para adolescentes y para adultos, así como para sujetos con distintas condiciones de salud y trastornos han mostrado ser instrumentos eficaces para construir perfiles de personalidad y diferenciar a partir de ellos a los adolescentes y adultos, como por ejemplo para discriminar eficazmente entre consumidores y no consumidores o para predecir el éxito o fracaso académico en estudiantes de educación secundaria y de bachillerato de España , entre otros usos que se le ha dado.

4.3 EVOLUCIÓN DE LA ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES)

La escala FACES I (versión original) constaba de 111 ítems y evaluaba dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad. El alfa de Cronbach fue de 0,83 y 0,65 en las subescalas de cohesión y adaptabilidad respectivamente. La escala FACES II se diseñó con el objeto de construir un instrumento más breve, con frases más sencillas, de manera de que sea respondida por los hijos y las personas con dificultades de comprensión. El FACES II definitivo quedó constituido, tras los estudios factoriales y de alfa de Cronbach, por 30 ítems (16 asociados a la cohesión y 14 a la adaptabilidad), El alfa de Cronbach se estimó sobre la base de una muestra de 2412 sujetos. El alfa de Cronbach para la dimensión cohesión en la muestra total fue de 0,87 y para la adaptabilidad de 0,78. La prueba test-retest dio un coeficiente de correlación de 0,84. Con el objeto de mejorar la confiabilidad y validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló una tercera versión de la escala: FACES III. Esta quedó constituida finalmente por 20 ítems. Este instrumento operacionaliza en forma lineal el modelo por lo que es aplicable únicamente a población no clínica. En este sentido, Martínez-Pampliega et al., sobre la base de FACES II, desarrollo de una versión abreviada de 20 ítems en español que denominó FACES-20 ESP. Esta versión se caracteriza por tener 20 ítems (10 por cada dimensión teórica) y buen nivel de fiabilidad (0,89 en cohesión y 0,87 en adaptabilidad), con grados de consistencia superiores a versiones anteriores. La validez de constructo fue valorada por medio de procedimientos de análisis factorial, exploratorio y confirmatorio. Se encontró en él a tres factores, de los cuales los dos primeros tenían la mayor cantidad de variables y cuya distribución estaba en correspondencia con la proposición del modelo circunplejo. Los índices de bondad de ajuste observados en el análisis confirmatorio permiten confirmar la bidimensionalidad. Esta versión ha sido adaptada y validada en Chile

por Zicavo et al. (FACES 20 esp). Estos autores encontraron empíricamente que las propiedades psicométricas de este instrumento contienen las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad propuestas por el modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares. Sobre la base de las dificultades antes señaladas con el FACES IV y dada las características de la población que se estudiará (supuestamente normales o población general), el FACES 20 ESP es el instrumento más apropiado para distinguir el tipo de familia que tiene cada estudiante.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación corresponde a un estudio transversal.

5.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

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

Definición operacional de la variable: Se definirá como el puntaje obtenido por los alumnos en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en su versión adaptada y validada al español. No se ha estudiado aún un punto de corte que permitiera realizar clasificaciones. Se considera más empática a un sujeto en la medida que se acerque al valor de 140 puntos (valor máximo de la escala) y menos empática en la medida que se acerque a 20 puntos (valor mínimo de la escala).

Sexo: masculino y femenino.

Nivel de carrera: Se considerarán los cursos de 1º a 10º semestre del programa de odontología Universidad de Cartagena.

Funcionabilidad Familiar: Una familia funcional es definida por aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y que promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos, de forma tal que sus interacciones y relaciones le permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar.

Definición operacional de la variable: Con el puntaje obtenido por los alumnos en la Escala FACES-20esp, en su versión en español y validada y adaptada a cada país de América Latina participante. Se califica sumando la puntuación obtenida por los sujetos en cada uno de los ítems. De acuerdo al resultado obtenido se clasifican en las 4 tipologías existentes para ambas dimensiones, siendo disfuncionales aquellas que se ubican en los niveles extremos de ambos factores (Martínez–Pampliega, 2006). Sobre la base a lo anteriormente expuesto las personas que alcancen puntuaciones en la escala de cohesión entre 0 y 19 puntos les corresponde el nivel desligada, entre 20 y 25 puntos el nivel separada, de 26 a 31 puntos conectada y por último entre 32 y 40 puntos corresponde el nivel de cohesión aglutinada. En el caso de la escala de adaptabilidad las puntuaciones entre 0 y 17 corresponden al nivel rígido, entre 18 y 25 puntos el nivel estructurado, de los 26 hasta los 32 puntos el nivel flexible y entre los 33 y 40 puntos califica para el nivel caótico.

Concepto de Personalidad: Es un complejo patrón de características comportamentales estables en el tiempo y con un profundo arraigo y se expresan en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo como tendencias generales de percibir, sentir, pensar, actuar y relacionarse con otros, siendo el resultado de una compleja interacción de componentes biológicos y de aprendizajes que se expresan en el curso del desarrollo individual, Definición operacional de la variable: Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: edad, género, si vive solo o con amigos, número de hermanos sin contarse a sí mismo, si es único y si no lo es el orden cronológico de nacimiento, si su familia es nuclear o no, vivió en su niñez en zona urbana o rural, nivel educativo de la madre, nivel educativo del padre, si convive con algún familiar con alguna discapacidad física o mental, su familia es religiosa, si el estudiante es religioso.

VARIABLES INTERFERENTES: En concordancia con los aspectos señalados en el Marco Teórico, las variables que interfieren en la medición de los factores estudiados son muchas y en forma muy compleja sin que aún se haya definido completamente la forma de interacción existente entre ellas internamente y entre ellas y la empatía. Por tanto, el efecto de la acción de estas variables en general será medido o estimadas mediante el cálculo de los errores “experimentales”, medición de covarianza y otros estadígrafos.

5.3 POBLACION Y MUESTRA.

La población comprende a los estudiantes pertenecientes a los niveles de 1º a 10º del programa de Odontología, de la Universidad de Cartagena. La unidad de análisis es el sujeto estudiante de cada nivel antes señalado.

Muestra: Se medirán los niveles de empatía, al menos, a 250 estudiantes del programa de Odontología de la Universidad de Cartagena.

5.4 APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

La validación cultural de todas las escalas se efectuará mediante de “criterio de jueces” y consistirá en enviar el instrumento correspondiente a cinco expertos (tres psicólogos, un sociólogo, un antropólogo) para que examinen y dictaminen si el vocabulario y la estructura de las preguntas de esta escala no inducen a los estudiantes de odontología. Una vez que sea aprobada por los jueces se someterá a escrutinio mediante una muestra piloto. Para tal efecto, se escogerán al azar 40 estudiantes de un programa de odontología de otra Universidad y se le aplicarán la batería de escalas incluyendo las preguntas sociodemográficas.

Se aplicará la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), la Escala de Funcionamiento Familiar FACES-20esp, la Escala de Davis (validez convergente) y la escala AQ revisada (Versión Medellín) 2004 (Validez Divergente) a los estudiantes del programa de Odontología de la Universidad de Cartagena, previa explicación detallada a los estudiantes de los propósitos de esta investigación y de los objetivos de la misma, de su carácter confidencial y la ausencia de incentivos materiales. La aceptación de conformidad del estudiante quedará reflejada con la firma de un consentimiento informado.

Por otra parte, este proyecto (o el correspondiente proyecto local) será enviado al Comité Ética de la Investigación (CEI) de la Universidad de Cartagena, para su correspondiente evaluación y aprobación. Dicha aprobación debe estar reflejada en un documento formal, emitido por el CEI correspondiente, en la cual se debe contener la fecha, el nombre de la investigación, el nombre del coordinador general correspondiente del proyecto de

investigación local, el nombre de la Facultad o Universidad o ambos y número de resolución de aprobación.

Esta medición se realizará en todos los niveles directamente en la sala de clases u otra dependencia apropiada asegurando a los estudiantes la confidencialidad de la misma. Los instrumentos serán aplicados por operadores neutrales los cuales tendrán como funciones esenciales: a) explicar cuál es el contenido del estudio; b) aplicar las escalas en un ambiente de formalidad y seriedad científica; c) atender a las consultas de los estudiantes; d) verificar la entrega de las escalas por parte de cada uno de los estudiantes; e) aceptar la entrega de las escalas respondidas previa comprobación de que los estudiantes han respondido a todas y cada una de las preguntas de las escalas y las de carácter sociodemográficas en forma completa. Si es necesario, para estos efectos tener un sub-registro de los estudiantes, se les debe garantizar a ellos que el mismo será destruido una vez que las escalas estén debidamente organizadas y tabuladas por estudiante.

Las escalas serán aplicadas al inicio del período académico (primera o segunda semana del segundo mes de clases). La forma de aplicación será uno o dos días por “período académico” o su equivalente. Puede ser en forma sucesiva: lunes a primero, martes a segundo y así sucesivamente hasta llegar a decimo semestre. Se debe asegurar que estas escalas sean tomadas en momentos en que no existan evaluaciones de “peso” inmediatamente previas, durante o posteriores al día de dicha aplicación.

5.5 ANALISIS ESTADISTICO

Los datos observados serán sometidos inicialmente a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov en todas las variables estudiadas y en todas las escalas y subescalas de los instrumentos estudiados. También serán sometidos a la prueba de Levene de homocedasticidad (igualdad de varianzas). Se estimarán los estadígrafos descriptivos media aritmética y desviación típica en todos los factores y niveles de factores si los resultados fueran normales y homocidásticos; en caso que no lo fueran, se estimará la mediana de todos los factores analizados. La comparación dentro de cada población (de las medias) se realizará mediante un Análisis de Varianza (ANOVA) Bifactorial, Modelo I y con uso de la prueba de comparación múltiple de Tukey “a” o “b”, según sea la naturaleza de los datos sometidos a análisis. Además, se evaluará la potencia observada ($1-\beta$) y el tamaño del efecto mediante el estadígrafo eta cuadrado (η^2) en todos los casos.

Para determinar la confiabilidad interna, los datos de cada variable, de cada subescala y de la escala completa, serán sometidos a la prueba de α de Cronbach (confiabilidad mediante consistencia interna y α de Cronbach basada en los elementos tipificados. Posteriormente, se estimará la media y la varianza de la escala si se elimina el elemento, la correlación elemento-total corregida, la correlación múltiple al cuadrado (coeficiente de determinación y el α de Cronbach si se elimina el elemento. Adicionalmente se aplicará la prueba de no aditividad de Tukey, con el objeto de verificar la presencia de independencia entre los elementos de la escala. Se calculará el T2 de Hotelling con el objeto de verificar si existen diferencias entre las medias de los elementos de la escala.

El ajuste del modelo se estimará mediante el estadígrafo chi-cuadrado en la forma de Índice de bondad de ajuste (CFI) (300, 301) el cual debe situarse entre valores superiores a 0,9 y puede valer hasta 1 para considerar un ajuste satisfactorio. Si la prueba de chi-cuadrado no es significativa será indicativo de un buen ajuste de los datos, pero hay que considerar que este estadígrafo es sensible al tamaño muestral. El error será estimado mediante el índice de la raíz cuadrada media del error de la aproximación (RMSEA) cuyos valores adecuados deben ser menores a 0,06 ,por último, se empleará el Índice de Hoelter, el cual sugiere el tamaño máximo que la muestra debe alcanzar para que se pueda aceptar el ajuste del modelo. La asociación entre la variable “dependiente”: empatía y las variable “independientes”: sociodemográfica, tipos de personalidad y tipos de funcionabilidad será evaluada mediante una regresión múltiple. Como criterio de ajuste se empleará el estadígrafo Wald, el cual prueba la hipótesis de si los coeficientes de las variables independientes son iguales a cero (0). Por otra parte, para determinar cuán verosímiles serán los resultados observados a partir de los parámetros estimados, se empleará el estadígrafo -2 Log Likelihood (-2LL); cuando más tienda a cero (0) más verosímil serán los resultados antes señalados. En el caso de la presencia de variables dicotómicas, estas se transformarán en variable “dummy”. Se emplearán los paquetes estadísticos SPSS-AMOS, SPSS 2.0 y Minitab 16.0. El nivel de significación utilizado será de $\alpha \leq 0,05$ en todos los casos.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La presente investigación se clasifica de acuerdo a la resolución número 008430 del 4 de octubre de 1993, capítulo 1, artículo 11-inciso c, como una investigación sin riesgo a realizarse en pacientes adultos, a los cuales se les solicitó el consentimiento informado por escrito para la obtención de sus respuestas con el fin de realizar la presente investigación.

Al participante se le explico el objetivo del presente trabajo, teniendo en cuenta que los investigadores asumieron el compromiso de no socializar la información obtenida en forma individual, tratando ante todo de no vulnerar la intimidad de los participantes. En este sentido se diseñó un consentimiento informado por escrito, basados en la normatividad legal vigente; normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos, resolución 8430 de 1993 antiguo ministerio de salud, república de Colombia y declaración de Helsinki, modificación de Edimburgo año 2000.

6. RESULTADOS

Los 322 participantes tuvieron un promedio de edad de $20,1 \pm 0,14$ años. La mayor parte fueron de sexo Femenino (62,7%). Los demás aspectos se presentan en tabla 1. Distribución de los datos sociodemográficos en la población de estudio.

Tabla 1. Distribución de los datos sociodemográficos en la población de estudio

Aspectos demográficos	n	%
Año cursado		
Primero	85	26,4
Segundo	71	22,1
Tercero	68	21,1
Cuarto	65	20,2
Quinto	33	10,2
Sexo		
Femenino	202	62,7
Masculino	120	37,3
Convivencia		
Ambos padres y hermanos	184	57,1
Ambos padres, hermanos y otro	50	15,5
Solo con padre o con madre	78	24,2
Padre, madre, esposa e hijos	10	3,1
Estado civil		
Soltero	304	94,4
Casado	9	2,8
Unión libre	5	1,6
Comparto con amigos	4	1,2
Tiene hijos		
Si	8	2,5
No	314	97,5
Donde vivió niñez/adolescencia		
Zona Urbana	254	78,9
Zona Rural	68	21,1
Nivel escolaridad madre		
Sin estudios	1	0,3
Primarios	45	14
Secundarios	75	23,3
Técnicos	76	23,6
Universitarios	125	38,8
Nivel escolaridad padre		
Sin estudios	6	1,9
Primarios	34	10,6
Secundarios	67	20,8
Técnicos	76	23,6
Universitarios	139	43,2
Religioso		
Si	234	72,7
No	88	27,3
Total	322	100

Los resultados de la estimación de las medias, la desviación típica y el tamaño de la muestra para cada nivel de los dos factores estudiados se muestran en la Tabla 2. Se observan valores más altos de empatía para los cursos de primer y tercer año. En todos los cursos la empatía es mayor para el sexo Femenino, excepto en el primer año.

Tabla 2. Resultados de la estimación de las medias y desviación estándar en los niveles de cada factor estudiado

Año Académico	Género	Media	Desviación típica	N
Primer Año	Femenino	104,43	15,071	51
	Masculino	105,79	13,089	34
	Total	104,98	14,246	85
Segundo Año	Femenino	97,94	17,912	48
	Masculino	96,91	15,641	23
	Total	97,61	17,103	71
Tercer Año	Femenino	107,60	18,144	42
	Masculino	101,65	14,366	26
	Total	105,32	16,939	68
Cuarto Año	Femenino	103,77	14,902	39
	Masculino	99,46	13,966	26
	Total	102,05	14,580	65
Quinto Año	Femenino	94,68	22,783	22
	Masculino	101,82	16,296	11
	Total	97,06	20,864	33
Total	Femenino	102,36	17,698	202
	Masculino	101,46	14,479	120
	Total	102,02	16,554	322

En la Figura 1 se muestra la distribución de las medias de los géneros en cada uno de los años académicos. Se observó que el comportamiento es diferente en ambos géneros y es el género femenino el que en valores absolutos aumentan más los niveles de empatía en la medida que aumenta el año académico, con excepción del quinto año; mientras que en primero y segundo tienen casi idénticos valores de empatía.

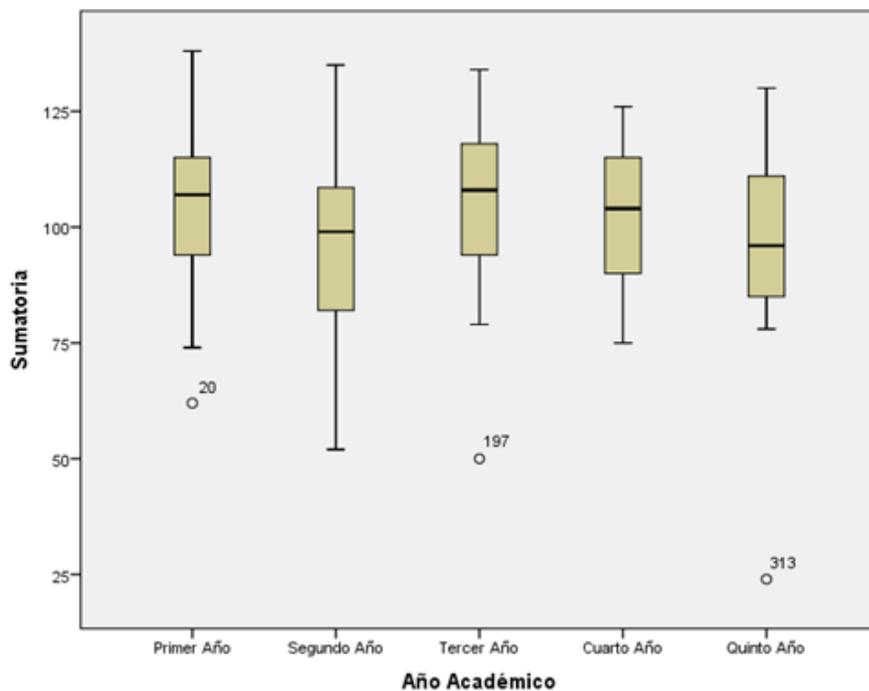


Figura 1. Se muestra la distribución de las medias de los géneros en cada uno de los años académicos

Por último, en la Figura 2 se muestra la distribución de las medias de los géneros en cada uno de los años académicos. Se observó que el comportamiento es diferente en ambos géneros y es el género femenino el que, en valores absolutos, aumentan más los niveles de empatía en la medida que aumenta el año académico, con excepción del quinto año; mientras que en primero y segundo tienen casi idénticos valores de empatía.

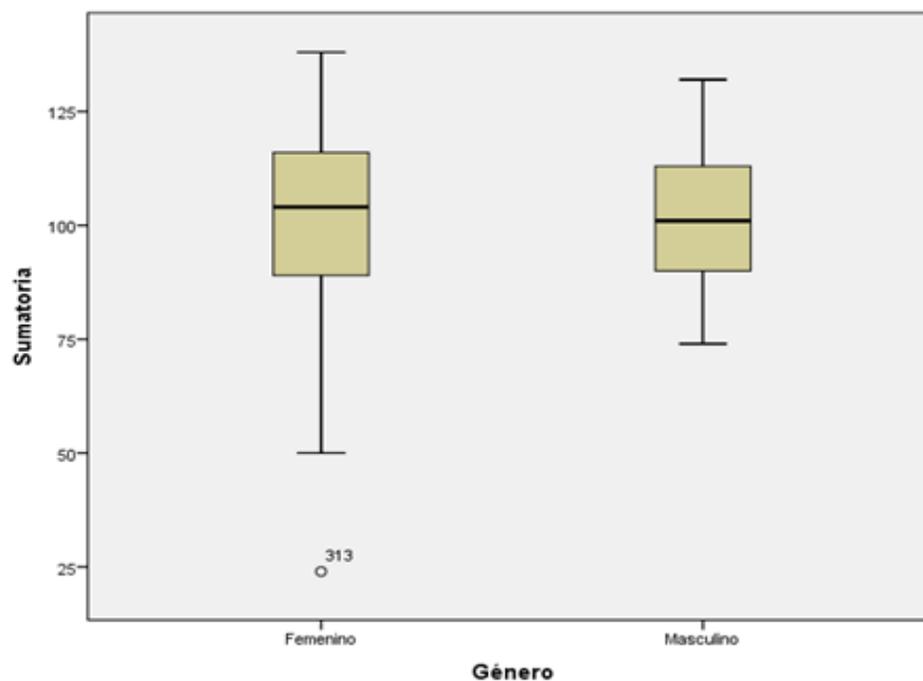


Figura 2. Se muestra la distribución de las medias de los géneros en cada uno de los años académicos

Figura 3. Resultados de las medias y desviaciones estándar en los niveles del factor Año Académico separados en cada género en gráficos aritméticos simples.

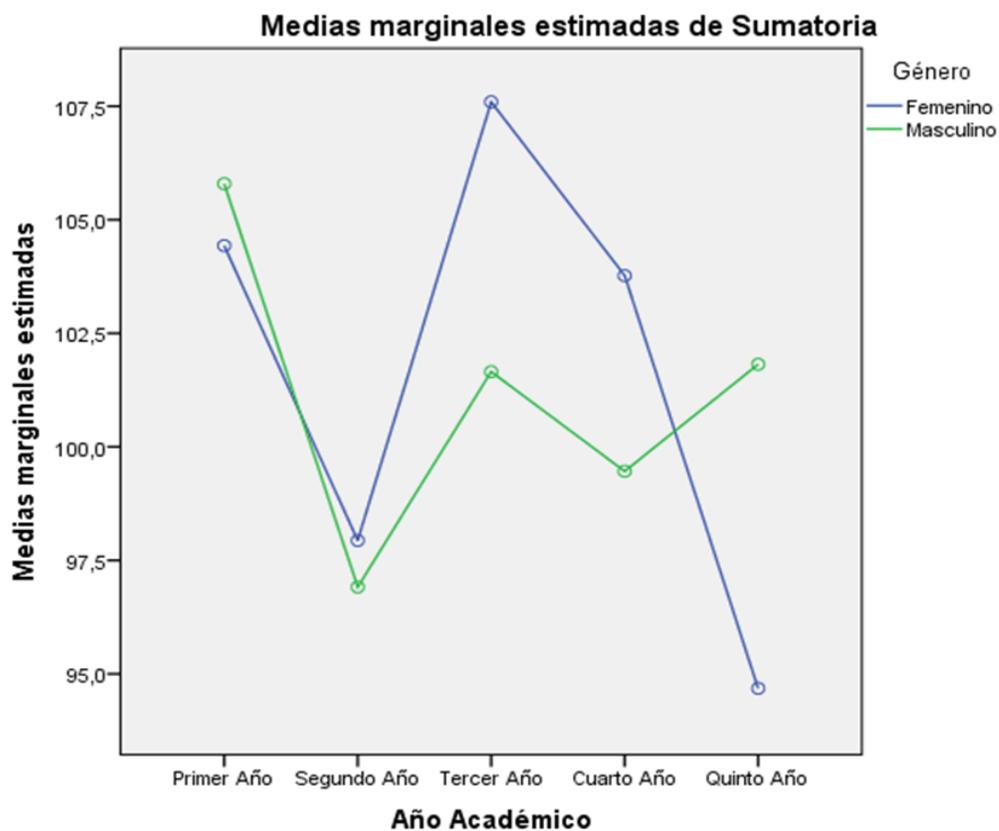


Figura 3. Resultados de las medias y desviaciones estándar en los niveles del factor Año Académico separados en cada género en gráficos aritméticos simples.

7. DISCUSIÓN

La presente investigación refleja los resultados de niveles de empatía presentes en un único momento en el tiempo, dado su diseño transversal y debido a su enfoque en una sola institución limita la extrapolación de los resultados, por lo que se considera necesario realizar un estudio longitudinal e interinstitucional, que pueda contribuir al reporte continuo y al efectivo seguimiento de las variaciones de los niveles de empatía, tanto individuales como grupales, con condicionantes académicos y contextos curriculares distintos, lo que permitiría una aproximación a la identificación del efecto generado tanto por el año de formación académica como de la institución centro de estudio sobre los niveles de empatía; así mismo mediante el seguimiento podría apreciarse la variabilidad en empatía, que se presenta desde una medición inicial (ingreso de los estudiantes a la carrera profesional), para cuyo valor es necesario considerar la posible influencia del efecto de experiencias previas o habilidades adquiridas.

En lo que concierne al resultado de empatía global, en el presente estudio resulta ser superior a los valores reportados por Ñique (Perú) ¹⁹ y muy similar a los resultados de Shashikumar (India) ²⁰, en tanto que difieren mucho al ser inferiores de las puntuaciones reportadas por Williams (Australia)²¹, Alonso (Colombia)²² y Ward (Estados Unidos)²³, Sánchez (Costa

¹⁹ Alcorta-Garza A, González-Guerrero, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28(5):57-63.

²⁰ González-Martínez FD, Díaz- Narváez VP, Arrieta-Vergara KM, Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador LR, Madera-Anaya MV. Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. *Rev. Salud pública*. 2015; 17 (3): 404-415.

²¹ Ñique C. Orientación empática de estudiantes de odontología de una universidad peruana. *Kiru*. 2013; 10(1):49-54.

²² Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VS, et al. Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. *Med J Armed Forces India*. 2014; 70(2):179-85.

²³ Williams B, Brown T, McKenna L, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract*. 2014; 5:107-13.

Rica)²⁴, Rivera (Chile)¹⁶, Silva (Chile)¹⁰. Todas estas diferencias en estudios de diferentes áreas geográficas, podrían sugerir la existencia de otra fuente capaz de modificar el efecto sobre los niveles de empatía, la cultura y el contexto, pues como se ha evidenciado previamente, el ambiente educacional no solo se restringe al contexto universitario, clínico u hospitalario, sino que esta mediado por el desarrollo familiar, social e incluso cultural²⁵. Respecto a esto último son muy pocos los estudios que se han realizado con el propósito de determinar que tanto efecto posee la cultura sobre el desarrollo de la empatía²⁶.

En referencia al cambio en los niveles de empatía en estudiantes de Ciencias de la salud condicionado por el año de formación académica, los resultados de diversos autores como Youssef et al (2014)²⁷ y Roff (2015)²⁸, evidencian algunas explicaciones controversiales. En específico, Sherman en 2005²⁹ encontró que los estudiantes de primer año poseen los valores más altos respecto a su orientación empática, lo cual discrepa de los resultados en la presente investigación, pues los niveles de empatía reflejados por los estudiantes de Odontología considerando la media global presentan un valor superior para el tercer año académico y luego declina hasta el quinto año. Lo anterior, quizás se puede explicar considerando que

²⁴ Alonso L, Caro S, Erazo A, Díaz V. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29(1):22-33.

¹⁶ Rivera I, Arratia R, Zamorano A, Díaz-Narváez VP. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. Salud Uninorte, 2011;27(1): 63-72.

¹⁰ Silva H, Rivera I, Zamorano A, Díaz Narváez, VP. Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2013, 6(3): 130-133.

²⁵ Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. J Prof Nurs. 2012; 28(1):34-40.

²⁶ Sánchez J L, Padilla G M, Rivera U I, Zamorano A A, Díaz N V. Niveles de orientación empática en los estudiantes de Odontología. Educación Médica Superior. 2013; 27:216-25.

²⁷ Daaleman T.P., Kinghorn W.A., Newton W.P., and Meador K.G.: Rethinking professionalism in medical education through formation. Fam Med. 2011; 43: pp. 325-329

²⁸ Preusche I, and Wagner-Menghin M. Rising to the challenge: Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2013; 18: 573-587.

²⁹ Youssef FF, Nunes P, Sa B, Williams S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. Int J Med Educ. 2014; 5:185-92.

durante el tercer año académico, los estudiantes ingresan a sus prácticas clínicas, y tienen por primera vez contacto con los pacientes, afrontando las tensiones propias del servicio asistencial y lidiando con la emoción de ejercer su práctica, lo cual genera un espacio propicio para forjar relaciones interpersonales y desarrollar habilidades sociales, lo que podría influir en el desarrollo de una percepción empática superior^{24,30}. Por lo anterior, es preciso considerar que los cambios evidenciados en los estudiantes tras su paso por los distintos años de universidad³⁰, no sólo corresponden al desarrollo científico y técnico, sino que vinculan la aparición de algunas competencias de carácter humanístico como el atributo empático, como respuesta ante el desafío de ejercer su actividad práctica, condicionada por la realidad de los pacientes y la búsqueda por satisfacer sus necesidades; además de lo anterior, hay que considerar que las competencias que alcanzan los estudiantes guardan una íntima relación con sus características personales (motivación intrínseca y seguridad en sí mismos)³¹, variables que no han sido consideradas en la presente investigación.

Para algunos autores como Berg en 2015 (Estados Unidos)³⁵ Nunes en 2011 (Trinidad y Tobago)³⁶, la mujer presenta los niveles de empatía mayores, quizás debido a que su propia naturaleza hace que sean más emocionales y esto puede influir en la forma de abordar y forjar las relaciones interpersonales, en este caso la relación odontólogo-paciente³⁷. Resultados

²⁴ Alonso L, Caro S, Erazo A, Díaz V. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29(1):22-33.

³⁰ Roff S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). Med Teach 2015:1-4.

³⁰ Roff S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). Med Teach 2015:1-4.

³¹ Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. J Dent Educ 2005; 69(3):338-45.

³⁵ Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice. 2016; 7:443-455. doi:10.2147/AMEP.S76800.

³⁶ Gutiérrez, F., Quezada, B., López, M., Méndez, J., Díaz Narváez, V.P., Zamorano, A. and Rivera, I. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22, 91-99

³⁷ Carrasco, D.E., Bustos, A. and Díaz, V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22, 145-151.

opuestos provienen de autores como Babar et al (2013)³⁸ quien reporta que, para estudiantes de odontología en Malasia, los valores más altos de empatía se presentaron en el género masculino.

Por todo lo anterior y dado que la empatía es un atributo determinante en el desempeño de la práctica profesional, cuya variabilidad obedece a múltiples factores de tipo social y emocional tanto propios del individuo como del contexto, se recomienda implementar otros estudios que permitan obtener información de otras posibles variables influyentes e identificar las que poseen mayor peso específico al momento de explicar la variable respuesta.

³⁸ Huberman, J., Rodríguez, M.P., González, S. and Díaz Narváez, V.P. Empathetic Orientation Levels in Odontology Students of the Universidad del Desarrollo, sede Santiago (Chile). *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2014; 7, 169-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2014.11.001>

8. CONCLUSIÓN

A la luz de los hallazgos obtenidos Se puede concluir que la fluctuación en los puntajes obtenidos no se puede atribuir a un solo factor de estudio o considerado de interés en la cohorte evaluada.

9. RECOMENDACIONES

Se recomendó añadir a las variables analizadas la inclusión de una variable con mucha incidencia en los estudiantes de todo el mundo. Esta variable fue identificada como “estrés” y se considera viable y pertinente para próximos estudios.

10. BIBLIOGRAFÍA

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

Alonso L, Caro S, Erazo A, Díaz V. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2013; 29(1):22-33.

Carrasco, D.E., Bustos, A. and Díaz, V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. *Revista Estomatológica Herediana*. 2012; 22, 145-151.

Chen D, Lew R, Hershman W. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Emphaty. *J Gen Intern Med*. 2007, 22(10): 1434–38.

Daaleman T.P., Kinghorn W.A., Newton W.P., and Meador K.G.: Rethinking professionalism in medical education through formation. *Fam Med*. 2011; 43: pp. 325-329.

Di Matteo MA, A social-psychological analysis of physician-patient rapport. Toward a science of the art of medicine. *J Soc Issues*. 1979, 35: 12-33.

Díaz Narváez VP, Alonso LM, Caro SE, Silva MG, Arboleda J, Bilbao JL et al. Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Arch. argent. pediatr*. 2014, 112(1): 41-49.

Erazo A, Alonso L, Rivera I, Zamorano A, Díaz V. Evaluación de la Orientación Empática en estudiantes de odontología de la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012; 28 (3):354-63.

Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*. 2008, 24(2):284-298.

Gabard DL, Lowe DL, Deusinger SS, Stelzner DM, Crandall SJ. Analysis of empathy in Doctor of Physical Therapy students: a multi-site study. *J Allied Health*. 2013; 42(1):10-6.

González-Martínez FD, Díaz- Narváez VP, Arrieta-Vergara KM, Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador LR, Madera-Anaya MV. Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. *Rev. Salud pública*. 2015; 17 (3): 404-415.

Gutiérrez, F., Quezada, B., López, M., Méndez, J., Díaz Narváez, V.P., Zamorano, A. and Rivera, I. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Revista Estomatológica Herediana*. 2012; 22, 91-99.

Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Shukkur M, Bouhaimed M et al. Level of Empathy among Medical Student in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Oract*. 2013, 22: 385-9.

Hojat M, Gonella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski1 JJ, Erdmann JB et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ* 2002, 36(6):522-27.

Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca T.J., Magee M. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Semin Integrative Med* 2003; 1: 25-41.

Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004, 38:934-41.

Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J., Mangione S., Vergare M., Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1563-69.

Hojat M., Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB et al. The Jefferson Scale of Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Measur* 2001, 61(2):346-65.

Howard M, Navarro S, Rivera I, Zamorano A, Díaz-Narváez VP. Medición del nivel de orientación empática en el estudiantado de la Facultad de odontología, Universidad de Costa Rica. *Odovtos*. 2013, 15: 21-9.

Huberman, J., Rodríguez, M.P., González, S. and Díaz Narváez, V.P. Empathetic Orientation Levels in Odontology Students of the Universidad del Desarrollo, sede Santiago (Chile). *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2014; 7, 169-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2014.11.001>

Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J*. 2007, 48: 81-6.

Lamas Rojas H. Aprendizaje autorregulado, motivación y rendimiento académico. *Liberabit*: Lima (Perú) 2008; 14: 15-20.

Moya-Albiol L, Herrero N, Bernal MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol* 2010, 50 (2): 89-100.

Moya-Albiol L, Herrero Neus, Bernal MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev. Neurol*. 2010, 50 (2):89-100.

Ñique C. Orientación empática de estudiantes de odontología de una universidad peruana. Kiru. 2013; 10(1):49-54.

Preusche I, and Wagner-Menghin M. Rising to the challenge: Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2013; 18: 573-587.

Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice. 2016; 7:443-455. doi:10.2147/AMEP.S76800.

Rivera I, Arratia R, Zamorano A, Díaz-Narváez VP. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. Salud Uninorte, 2011;27(1): 63-72.

Roff S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). Med Teach 2015:1-4.

Rojas AM, Castañeda Barthelemiez S, Parraguez-Infiesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. Educ Méd 2009, 12(2):103-9.

Sánchez J L, Padilla G M, Rivera U I, Zamorano A A, Díaz N V. Niveles de orientación empática en los estudiantes de Odontología. Educación Médica Superior. 2013; 27:216-25.

Schwartz B, Bohay R. Can Patients Help Teach Professionalism and Empathy to Dental Students. Adding Patient Videos to a lecture Course. J Dent Educ. 2012,76: 174-84.

Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VS, et al. Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. Med J Armed Forces India. 2014; 70(2):179-85.

Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ* 2005; 69(3):338-45.

Silva H, Rivera I, Zamorano A, Díaz Narváez, VP. Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2013, 6(3): 130-133.

Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *J Prof Nurs.* 2012; 28(1):34-40.

Williams B, Brown T, McKenna L, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract.* 2014; 5:107-13.

Youssef FF, Nunes P, Sa B, Williams S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. *Int J Med Educ.* 2014; 5:185-92.

ANEXOS

Anexo 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Estudiante:

La evaluación del paciente respecto de la calidad de la atención clínica está determinada por los conocimientos científicos y tecnológicos del profesional y por otros factores, entre ellos, la empatía. Por lo anterior surge la necesidad de estudiar la empatía en los estudiantes de Medicina. Para ello estamos realizando la investigación denominada: **“EMPATÍA Y COMPONENTES DE LA EMPATÍA EN ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA, MEDICINA Y ENFERMERÍA EN OCHO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA.”**.

Esta investigación NO perjudica a ningún estudiante.

Esta investigación SI tiene grandes beneficios para todos los estudiantes porque le permitirá contribuir significativa y directamente a la posibilidad de mejorar su Curriculum ó Pensum. Por tanto, su contribución es decisiva e indispensable.

Para este fin se les adjunta una encuesta que posee las siguientes características:

1. Esta es una encuesta confidencial, no debe poner el nombre, pero si se le piden poner su nombre o le indican que debe poner un código de identificación, debe saber que es sólo es para poder identificar que los distintos instrumentos aplicados pertenecen al mismo estudiante y poder relacionarlos entre sí. Este es un subregistro que será destruido al finalizar la tabulación de los datos en presencia de las autoridades de la Universidad y de los estudiantes. Por tanto, la confidencialidad está absolutamente garantizada.
2. Responda en forma individual.
3. Todas las respuestas son posibles. No existe preconcepción para responderlas.
4. No existen respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes estilos de respuestas, por tanto cualquier respuesta es válida y aporta a la investigación.
5. Está en una escala de 1 a 7. En la encuesta se explica la valoración.
6. Si Ud. no entiende algún enunciado, pregunte al examinador.
7. Es necesario responder a todas las preguntas. Por favor no deje ninguna en blanco o sin señalar.

Le damos las gracias por su contribución al desarrollo de esta investigación.

Anexo 2. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS GENERALES

1. Curso: 1º ___ 2º ___ 3º ___ 4º ___ 5º ___
2. Género: M ___ F ___
3. EDAD (AÑOS CUMPLIDOS): _____
4. Hermanos (as): Ninguno _____, Uno ___, Dos ___, Tres _____, Cuatro _____, Cinco ___, Seis ___, Más de seis _____
Género de los hermanos (as): Sólo varones _____, Sólo mujeres _____; De ambos géneros _____
5. Orden cronológico de nacimiento: Primero _____, Segundo _____, Tercero _____, Cuarto _____, Quinto ___, Sexto _____.
6. Vive con ambos padres y hermanos _____, Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc). _____ Vive sólo con el padre o la madre _____, Vive con su madre o padre y esposas o esposos con hijos de otro matrimonio. _____
7. Soltero (a) _____, Casado (a) _____, Vive con su pareja (no casado) _____, Vive sólo _____, Vives con amigos (as) _____
8. Tiene Hijos: No _____, Si _____
9. Su niñez o adolescencia o ambos los vivió en: Ciudad _____, Zona rural _____
10. Nivel educativo de la madre: Sin estudios _____, Primarios _____; Secundarios _____, Técnicos _____, Universitarios _____
11. Nivel educativo del padre: Sin estudios _____, Primarios _____; Secundarios _____, Técnicos _____, Universitarios _____
12. Presencia en su familia de algún pariente directo o indirecto con discapacidad física: Si _____, No _____
13. Es religioso: Si _____, No _____
14. La Familia es religiosa: Si _____; No _____
15. Ha repetido algún curso: Si _____, No _____
16. Marque con una cruz la especialidad que desearía obtener una vez que Ud. se reciba de Odontólogo:
 1. ENDODONCIA.....
 2. ODONTOPEDIATRÍA.....
 3. REHABILITACIÓN ORAL.....
 4. IMPLANTOLOGÍA.....
 5. MAXILOFACIAL.....
 6. ORTODONCIA.....
 7. TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL.....
 - PERIODONCIA.....

ANEXO 3.

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES 20ESP ADAPTADO

A continuación se presenta una serie de enunciados acerca de situaciones que ocurren en la vida familiar, indique por favor en qué medida las afirmaciones siguientes representan su caso particular

		0	1	2	3	4
	0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = Pocas veces 3 = Con frecuencia 4 = Casi siempre					
1	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos					
2	Los hijos participan en la resolución de problemas					
3	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.					
4	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones					
5	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente					
6	En cuanto a la elaboración de pautas de disciplina (normas, obligaciones) tomamos en cuenta la opinión de los hijos					
7	Cuando surgen problemas negociamos para encontrar una solución					
8	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente					
9	Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse					
10	En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar (cocina, living u otro espacio)					
11	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos					
12	En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar su opinión					
13	Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles					
14	En nuestra familia intentamos nuevas formas de resolver los problemas					
15	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos					
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares					
17	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales					
18	Padres e hijos hablamos acerca de los castigos y las reglas					
19	La unidad familiar es una preocupación principal					
20	Los miembros de la familia comentamos nuestros problemas y nos sentimos bien con las decisiones tomadas entre todos					

ANEXO 4.

ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (VERSIÓN - S) PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

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 Totalmente de acuerdo

1.- La comprensión que tenga el odontólogo de los sentimientos del paciente y de su familia no influye en el tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7
2.- Los pacientes se sienten mejor cuando el odontólogo comprende sus sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
3.- Es difícil para el odontólogo ver las cosas desde la perspectiva de su paciente.	1 2 3 4 5 6 7
4.- La comprensión del lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación odontólogo - paciente.	1 2 3 4 5 6 7
5.- El buen sentido del humor del odontólogo contribuye a tener un mejor resultado clínico.	1 2 3 4 5 6 7
6.- Debido a que la gente es diferente, es difícil ver las cosas desde el punto de vista del paciente.	1 2 3 4 5 6 7
7.- Prestar atención a las emociones del paciente no es importante durante la anamnesis o historia clínica.	1 2 3 4 5 6 7

8.- Prestar atención a las experiencias personales del paciente no influye en los resultados del tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7
9.- Los odontólogos deberían tratar de ponerse en el lugar del paciente cuando lo atienden.	1 2 3 4 5 6 7
10.- Los pacientes valoran que el odontólogo entienda sus sentimientos, lo cual es terapéutico por sí mismo.	1 2 3 4 5 6 7
11.- La enfermedad del paciente puede ser curada solamente por el tratamiento odontológico; por lo tanto, los lazos emocionales del médico con su paciente no tienen influencia significativa en el tratamiento odontológico.	1 2 3 4 5 6 7
12.- Preguntarle a los pacientes acerca de sus vivencias personales, no es de ayuda para comprender sus dolencias físicas.	1 2 3 4 5 6 7
13.- Los odontólogos deberían tratar de comprender lo que está sucediendo en la mente de los pacientes, poniendo atención a la comunicación no verbal y al lenguaje corporal.	1 2 3 4 5 6 7
14.- Yo creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de la enfermedad odontológica.	1 2 3 4 5 6 7
15.- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del odontólogo puede estar limitado.	1 2 3 4 5 6 7
16.- La comprensión que tenga el odontólogo del estado emocional de su paciente, así como también de su familia, es un componente importante de la relación médico - paciente.	1 2 3 4 5 6 7
17.- Los odontólogos deberían pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1 2 3 4 5 6 7
18.- Los odontólogos no deberían dejarse influenciar por lazos personales fuertes entre sus pacientes y los miembros de sus familias.	1 2 3 4 5 6 7

19.- No disfruto leer literatura no odontológica o de arte.	1 2 3 4 5 6 7
20.- Creo que la empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7

ANEXO 5

MIPS

A continuación hay una lista de frases. Léalas atentamente y piense si lo que dicen describe o no su forma de ser. Si usted está de acuerdo, marque su respuesta en V (verdadero). Si usted está en desacuerdo, piensa que no describe su forma de ser, marque F (falso). Trate de ser lo más sincero posible. No hay respuestas Correctas o Incorrectas.

1.- Soy una persona tranquila y colaboradora.	V	F
2.- Siempre hice lo que quise y asumí las consecuencias.	V	F
3.- Me gusta hacerme cargo de una tarea.	V	F
4.- Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme.	V	F
5.- Contesto las cartas el mismo día que las recibo.	V	F
6.- A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan.	V	F
7.- Ya no me entusiasman muchas cosas como antes.	V	F
8.- Preferiría ser un seguidor más que un líder.	V	F
9.- Me esfuerzo para tratar de ser popular.	V	F
10.- Siempre he tenido talento para lograr éxito en lo que hago.	V	F
11.-Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.	V	F
12.-Me siento incómodo cuando me tratan con bondad.	V	F
13.-Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales.	V	F
14.-Creo que la policía abusa del poder que tiene.	V	F
15.-Algunas veces he tenido que ser algo rudo con la gente.	V	F
16.-Los niños deben obedecer siempre las indicaciones de sus mayores.	V	F
17.-A menudo estoy disgustado por la forma en que se hacen las cosas.	V	F
18.-A menudo espero que me pase lo peor.	V	F
19.-Me preocuparía poco no tener muchos amigos.	V	F
20.- Soy tímido e inhibido en situaciones sociales.	V	F
21.-Aunque esté en desacuerdo, por lo general dejo que la gente haga lo que quiera.	V	F
22.-Es imposible pretender que las personas digan siempre la verdad.	V	F
23.-Puedo hacer comentarios desagradables si considero que la persona se lo merece.	V	F
24.-Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí.	V	F
25.-Muy poco de lo que hago es valorado por los demás.	V	F

26.-Casi todo lo que intento hacer me resulta fácil.	V	F
27.-En los últimos tiempos me he convertido en una persona más encerrada en sí misma.	V	F
28.-Tiendo a dramatizar lo que me pasa.	V	F
29.-Siempre trato de hacer lo que es correcto.	V	F
30.-Dependo poco de la amistad de los demás	V	F
31.-Nunca he estado estacionado por más tiempo del que un parquímetro establecía como límite.	V	F
32.-Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quiero.	V	F
33.-Me gusta acomodar todas las cosas en sus mínimos detalles.	V	F
34.-A menudo los demás logran molestarme.	V	F
35.-Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.	V	F
36.-Siempre logro conseguir lo que quiero, aunque tenga que presionar a los demás.	V	F
37.-Nada es más importante que proteger la reputación personal.	V	F
38.-Creo que los demás tienen mejores oportunidades que yo.	V	F
39.-Ya no expreso lo que realmente pienso.	V	F
40.-Es improbable que lo que tengo para decir interese a los demás.	V	F
41.-Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.	V	F
42.-Me tomo con poca seriedad las responsabilidades que tengo.	V	F
43.-Soy una persona dura, poco sentimental.	V	F
44.-Pocas personas en la vida pueden conmoverme.	V	F
45.-Me tensiona mucho el tener que conocer y conversar con gente nueva.	V	F
46.-Soy una persona cooperativa que se subordina a los demás.	V	F
47.-Actúo en función del momento, de las circunstancias.	V	F
48.-En general, primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.	V	F

49.-Con frecuencia me he sentido inquieto, con ganas de dirigirme hacia cualquier otro lado.	V	F
50.-Creo que lo mejor es controlar nuestras emociones.	V	F
51.-Desearía que la gente no me culpara a mi cuando algo sale mal.	V	F
52.-Creo que yo soy mi peor enemigo.	V	F
53.-Tengo pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.	V	F
54.-Me pongo ansioso si estoy con personas que no conozco bien.	V	F
55.-Es correcto tratar de burlar la ley, sin dejar de cumplirla.	V	F
56.-Hago mucho por los demás, pero hacen poco por mí.	V	F
57.-Siempre he sentido que las personas no tienen una buena opinión de mí.	V	F
58.-Me tengo mucha confianza.	V	F
59.-Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.	V	F
60.-Mi experiencia me ha enseñado que las cosas duran poco.	V	F
61.-Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.	V	F
62.-Me siento mejor cuando estoy solo.	V	F
63.-Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.	V	F
64.-Generalmente trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.	V	F
65.-Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.	V	F
66.-Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi comportamiento.	V	F
67.-Siempre terminé mi trabajo antes de descansar.	V	F
68.-Otros consiguen cosas que yo no logro.	V	F
69.-A veces siento que merezco ser infeliz.	V	F
70.-Espero que las cosas tomen su curso antes de decidir qué hacer.	V	F
71.-Me ocupo más de los otros que de mí mismo.	V	F
72.-A menudo creo que mi vida va de mal en peor.	V	F
73.-El solo estar con otras personas me hace sentir inspirado.	V	F
74.-Cuando manejo siempre controlo las señales sobre límites de velocidad y cuido no excederme.	V	F
75.-Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.	V	F
76.-Me guío por mis intuiciones más que por la información que tengo sobre algo.	V	F
77.-Jamás envidio los logros de otros.	V	F
78.-En la escuela, me gustaron más las materias prácticas que las teóricas.	V	F

79.-Planifico las cosas con anticipación y actúo energicamente para que mis planes se cumplan.	V	F
80.-Mi corazón maneja mi cerebro.	V	F
81.-Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.	V	F
82.-A menudo espero que alguien solucione mis problemas.	V	F
83.-Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a los otros.	V	F
84.-Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.	V	F
85.-Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.	V	F
86.-Si algo sale mal, aunque no sea muy importante, se me arruina el día.	V	F
87.-Disfruto más de mis fantasías que de la realidad.	V	F
88.-Me siento satisfecho con dejar que las cosas ocurran sin interferir.	V	F
89.-Trato de ser más lógico que emocional.	V	F
90.-Prefiero las cosas que se puedan ver y tocar antes que las que sólo se imaginan.	V	F
91.-Me resulta difícil ponerme a conversar con alguien que acabo de conocer.	V	F
92.-Ser afectuoso es más importante que ser frío y calculador.	V	F
93.-Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.	V	F
94.-Me resulta fácil disfrutar de las cosas.	V	F
95.-Me siento incapaz de influir sobre el mundo que me rodea.	V	F
96.-Vivo en términos de mis propias necesidades, no basado en las de los demás.	V	F
97.-No espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.	V	F
98.-Evito contestar mal aun cuando estoy muy enojado.	V	F
99.-La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.	V	F
100.-A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.	V	F
101.-Aun cuando era muy joven, jamás intenté copiarme en un examen.	V	F
102.-Siempre soy frío y objetivo al tratar con la gente.	V	F
103.-Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.	V	F
104.-Soy una persona difícil de conocer bien.	V	F
105.-Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.	V	F

106.-Manejo con facilidad mi cambio en los estados de ánimo.	V	F
107.-Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.	V	F
108.-Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.	V	F
109.-Jamás haré algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.	V	F
110.-Mis amigos y familiares recurren a mí para encontrar afecto y apoyo.	V	F
111.-Aun cuando todo está bien, generalmente pienso en que pronto va a empeorar.	V	F
112.-Planifico con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.	V	F
113.-Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.	V	F
114.-Soy una realista a la que no le gustan las especulaciones.	V	F
115.-Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que yo siento.	V	F
116.-La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.	V	F
117.-Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.	V	F
118.-Primero me preocupo por mí y después por los demás.	V	F
119.-Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.	V	F
120.-Siempre mantengo mi compostura, sin importar lo que esté pasando.	V	F
121.-Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.	V	F
122.-Pocas cosas me han salido bien.	V	F
123.-Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.	V	F
124.-Soy capaz de ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.	V	F
125.-Prefiero ocuparme de realidades más que de posibilidades.	V	F
126.-Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.	V	F
127.-Los afectos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.	V	F
128.-Me gustan más los soñadores que los realistas.	V	F
129.-Soy más capaz que los demás de reirme de los problemas.	V	F
130.-Creo que es poco lo que puedo hacer yo, así que prefiero esperar a ver qué pasa.	V	F
131.-Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enojado.	V	F
132.-Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.	V	F
133.-Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por lo que siente la gente que participa de su realización.	V	F

134.-Trabajar con ideas creativas sería lo ideal para mí.	V	F
135.-Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio, prefiero ser más espectador que actor.	V	F
136.-Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.	V	F
137.-Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.	V	F
138.-Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.	V	F
139.-Montones de hechos pequeños me ponen de mal humor.	V	F
140.-Aprendo mejor observando y hablando con la gente.	V	F
141.-No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.	V	F
142.-No me atrae conocer gente nueva.	V	F
143.-Pocas veces sé cómo mantener una conversación.	V	F
144.-Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.	V	F
145.-Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.	V	F
146.-Trato de no actuar hasta saber qué van a hacer los demás.	V	F
147.-Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de los otros.	V	F
148.-Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.	V	F
149.-Me gusta ser popular, participar en muchas actividades sociales.	V	F
150.-Raramente cuento a otros lo que pienso.	V	F
151.-Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.	V	F
152.-En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.	V	F
153.-La mayor parte del tiempo la dedico a organizar los acontecimientos de mi vida.	V	F
154.-No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.	V	F
155.-Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.	V	F
156.-Disfruto conversando sobre temas o sucesos míticos.	V	F
157.-Decido cuáles son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.	V	F
158.-No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.	V	F
159.-Me enorgullece ser eficiente y organizado.	V	F

160.-Me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.	V	F
161.-Soy ambicioso.	V	F
162.-Sé cómo seducir a la gente.	V	F
163.-La gente puede confiar en que voy a hacer bien mi trabajo.	V	F
164.-Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.	V	F
165.-Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.	V	F
166.-Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.	V	F
167.-Generalmente logro persuadir a los demás para que hagan lo que yo quiero que hagan.	V	F
168.-Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.	V	F
169.-Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.	V	F
170.-Confío mucho en mis habilidades sociales.	V	F
171.-Generalmente puede evaluar las situaciones rápidamente, y actuar para que las cosas salgan como yo quiero.	V	F
172.-En una discusión soy capaz de persuadir a casi todos para que apoyen mi posición.	V	F
173.-Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.	V	F
174.-Como si fuera un buen vendedor, puedo influir sobre los demás exitosamente, con modales agradables.	V	F
175.-Conocer gente nueva es un objetivo importante para mí.	V	F
176.-Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.	V	F
177.-Tengo paciencia para realizar trabajos que requieran mucha precisión.	V	F
178.-Mi capacidad para fantasear es superior a mi sentido de realidad.	V	F
179.-Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.	V	F
180.-Tengo una forma de ser que logra que la gente enseguida guste de mí.	V	F