



Universidad de Concepción

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA**

**EMPATÍA COMO HABILIDAD COMUNICACIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA
UNIVERSIDAD TRADICIONAL EN CONCEPCIÓN**

Por

Carolina Alejandra Gacitúa Gacitúa

Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Concepción para optar al grado académico de Magíster en Educación
Médica para las Ciencias de la Salud.

Profesora Guía

MARY JANE SCHILLING

Abril 2023
Concepción – Chile

© 2023 CAROLINA ALEJANDRA GACITÚA GACITÚA

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento

**EMPATÍA COMO HABILIDAD COMUNICACIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA
UNIVERSIDAD TRADICIONAL EN CONCEPCIÓN**

Por

Carolina Alejandra Gacitúa Gacitúa

Profesora Guía
MARY JANE SCHILLING
Magister en Educación Médica para Ciencias de la Salud

Profesora Co Guía
NANCY BASTIAS VEGA
Magister en Educación Médica para Ciencias de la Salud

Dedicatoria

Todo el ejemplo de esfuerzo y constancia se lo debo a mi madre, que mirará orgullosa desde el cielo como se cierra otro ciclo de aprendizaje.

Agradecimiento eterno a mi familia: a Mauricio por la paciencia, a mi hija por la motivación y (des) ayuda, al nuevo integrante que viene en camino, por darme la energía que faltaba y a mi sobrina Valentina, que me ayudó a recuperar la motivación al final del proceso. A mis compañeras de clases, quienes siempre estuvieron dispuestas a apoyar y orientarme, y a todos quienes hayan dado una palabra de aliento a esta estudiante que por ratos se desconcentró y perdió el rumbo.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la validez y confiabilidad de la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes, en estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción.

Método: Estudio cuantitativo, de diseño psicométrico, alcance relacional y dimensión temporal transversal. Participaron 254 estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción, voluntarios, a los que se les aplicó una encuesta sociodemográfica y la Encuesta de Empatía de Jefferson versión Estudiantes de Medicina.

Resultados: En el Análisis Factorial Confirmatorio (CFA), el χ^2 rechazó el ajuste en ambos casos, lo que es esperable por el tamaño muestral. No obstante, tanto el CFI (>0.90), el TLI (>0.90) como el RMSEA (<0.08) y su intervalo de confianza al 90% indicaron un ajuste aceptable, aunque no bueno para ambas soluciones. El SRMR (<0.08), por su parte también indicó un buen ajuste.

Conclusiones: La Escala de Empatía de Jefferson presenta una buena validez y confiabilidad para su uso en investigación en estudiantes chilenos. Además, presenta una estructura trifactorial, compatible con los resultados internacionales. También se puede indicar que los niveles de empatía en los estudiantes de medicina de la Universidad de Concepción son mayores en los cursos clínicos parciales y que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	iv
RESUMEN	v
TABLA DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
PROBLEMATIZACIÓN	1
<i>La empatía como definición</i>	2
<i>La empatía dentro del contexto de atención en salud</i>	3
<i>Uso de escalas para la medición de la empatía</i>	5
<i>Vacío de conocimiento</i>	6
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos.....	8
Hipótesis.....	9
MÉTODO.....	10
Metodología:.....	10
Diseño del estudio:.....	10
Variables:.....	10
Población y muestra.....	10
Instrumento de recogida de información:	11
Procedimiento:.....	11
Análisis de datos.....	12
Consideraciones éticas:.....	13
RESULTADOS	14
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	30
Anexo N°1: Encuesta Sociodemográfica	31
Anexo N°2: Escala De Empatía De Jefferson, En Su Versión En Español.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen características sociodemográficas.....	15
Tabla 2. Índice de ajuste de los modelos de análisis factorial confirmatorio para la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes de medicina.....	16
Tabla 3. Confiabilidad de los factores de la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes de medicina	17
Tabla 4. Análisis descriptivo de la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes de medicina	17
Tabla 5. Comparación por género de los puntajes de la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes de medicina	19
Tabla 6. Relación del nivel cursado y los puntajes en la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes de medicina.....	19
Tabla 7. Comparación por nivel cursado de los puntajes en la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina.	20

PROBLEMATIZACIÓN

La cultura en la que estamos inmersos se ha vuelto muy exigente con los profesionales, especialmente con los que ejercen en el campo de la salud. La sociedad pide que deban ser personas integrales, cordiales en su trato y excelentes en su praxis, sin derecho al error. Así, el mundo actual exige profesionales capaces de dar respuesta a los complejos y cambiantes problemas que la sociedad presenta¹. Por tanto, cada Universidad formadora de profesionales de la salud se ha visto en la obligación de mejorar los estándares académicos para ir desarrollando egresados de excelencia. Se requieren profesionales que puedan funcionar adecuadamente en el contexto sociolaboral en que se encuentren circunscritos, para lo cual, es fundamental que posean características que les permitan desenvolverse en el plano interpersonal. Dentro de éstas, la empatía es una variable fundamental en el adecuado despliegue de un profesional en los distintos campos o labores que desempeña. Se debe considerar que no sólo son importantes los aspectos técnicos o disciplinares, sino que los comunicacionales y relacionales también tienen un rol fundamental, ya que está comprobado que el uso de este tipo de habilidades tiene un efecto en el resultado de tratamientos médicos, estos aspectos se pueden dividir en habilidades de escucha activa, comunicación no verbal, el silencio y la empatía². Así, el desarrollo de la docencia en Chile ha ido evolucionando, desde contenidos con énfasis en actitudes y metodología técnica sin consideración de la empatía, a un proceso diseñado para estudiantes chilenos, incluyendo el autoconocimiento, habilidades comunicacionales e interpersonales, con metodología práctica y autorreflexiva con énfasis en cómo enseñar comunicación y la autorreflexión³.

Basado en lo anterior, las habilidades de comunicación en los profesionales de la salud deberían ser un pilar esencial en su formación y ser parte de las competencias genéricas, ya que la mayoría de ellos se ven enfrentados al trato directo con el paciente, los cuales tienden a quedar insatisfechos con la información o sugerencias entregadas por el médico al no alinearse con lo que el paciente cree y siente que es el problema, además del permanente trabajo en equipo y coordinación de este, que es imposible sin la comunicación^{3, 4, 5, 6, 7}. Según lo dicho por Gual⁴, previo análisis de los escenarios en los que se desarrolla el ejercicio profesional médico, resume el perfil del médico del futuro, haciendo énfasis en las habilidades comunicacionales, críticas y empáticas.

La empatía pasa a ser fundamental dentro de las habilidades necesarias para el buen desarrollo del trabajo médico⁷.

La empatía como definición

Según la Real Academia Española⁸ (RAE), define empatía a partir del griego ἐμπάθεια *empátheia*, como un sentimiento de identificación con algo o alguien y la capacidad de identificarse con ese alguien y compartir sus sentimientos. Se ha observado que una alta empatía disposicional muestra una relación positiva más fuerte que la empatía situacional respecto del éxito en el manejo de conflictos⁹. En el contexto de la educación superior, algunos autores han sugerido su importante valor para el desarrollo moral y la prosocialidad¹⁰, su capacidad en conjunto con la autoeficacia y la conducta prosocial como factores predictores de la responsabilidad personal y social, y su relación con la tolerancia y capacidad para relacionarse en el contexto educativo intercultural¹¹.

Es decir, la empatía es una importante competencia incluida dentro de la inteligencia emocional, procede de los vocablos griegos en que significan “dentro de él” y “lo que se siente”. Sin embargo, el significado real de este fenómeno psicológico es aún más importante que la capacidad de ponerse en el lugar de otro, el abordaje del concepto empatía ha sido históricamente dificultoso dada su complejidad y multidimensionalidad¹². Desde esta dificultad, han surgido principalmente dos perspectivas en su desarrollo e investigación: Una primera línea la ha considerado como un proceso cognitivo, consistente en la habilidad para comprender los sentimientos, razonamientos y motivaciones de los demás^{13,14}. Este proceso cognitivo se ha focalizado en la comprensión intelectual o imaginativa respecto de la condición de otros¹³. Considerado un importante componente: la toma de perspectiva, especificando distintos aspectos que la componen. Uno de ellos es la adopción de perspectiva perceptual, entendida como la capacidad de representarse la visión que tiene el otro en función de su localización¹⁵. Se identifica también, la adopción de perspectiva cognitiva, refiriéndose a la capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro, mientras que, la adopción de perspectiva afectiva denota la inferencia de los estados emocionales ajenos.

La segunda línea, dice relación con un proceso emocional producto de la respuesta afectiva vicaria de la expresión emocional de otros¹⁶. La perspectiva emocional se ha focalizado en la respuesta afectiva que experimenta el observador de la experiencia de un tercero. Se distinguen dos focos principales: Uno centrado en la empatía emocional como disposición y otro, que pone el énfasis en lo situacional.

La introducción del concepto de empatía en el ámbito de la salud fue planteada por Southard en 1918¹⁷, quién aplicó los elementos de la empatía en la relación médico-paciente y la estableció como un recurso para un diagnóstico y tratamiento eficaz. En el ejercicio médico, la empatía cumple un rol primordial, ya que se ha comprobado que tiene injerencia directa en la adherencia al tratamiento, en los buenos resultados terapéuticos de los pacientes y en que estos comuniquen de manera eficiente sus síntomas para un diagnóstico más preciso^{18,19}. La empatía es un componente importante en la relación-medico paciente y es una cualidad recomendada en todos los trabajadores de la salud.

La empatía dentro del contexto de atención en salud

El trabajo de la Universidad de Jefferson²⁰ simplifica la definición de empatía con una frase coloquial y fácil de entender: “ponerse en los zapatos del otro”, es decir, tratar de entender la subjetividad del pensamiento del otro manteniendo el principio de objetividad, de modo de respetar la identidad de la persona que tenemos al frente. Otras definiciones de empatía la describen como un proceso en el cual la persona entiende la experiencia vivida por otros, manteniendo sus puntos de vista². El entender al otro sin juzgarlo permite que se establezca una relación médico paciente; en donde el paciente se sienta valorado y reconocido como único. Esta experiencia de significación del paciente mejora su satisfacción como la del médico, lo que lleva a una relación construida desde la empatía, lo cual mejora los resultados clínicos de los tratamientos indicados¹⁸. En otras palabras, la empatía se relaciona con la mejor llegada a los pacientes, por lo que estos pueden exponer sus signos, síntomas y preocupaciones, obteniendo una mejor anamnesis y por ende, mayor asertividad diagnóstica, también asociado a mayor participación y adherencia a los tratamientos^{6, 7, 21}. Es tan importante la enseñanza y práctica de la empatía que es una de las metas que pone la Association of American Medical Colleges para el desarrollo y educación de médicos altruistas y compasivos, desde hace más de 20 años²². Y no sólo se está incorporando la empatía en medicina, si no en otras carreras del área de la salud, como kinesiología²³, enfermería²⁴ y odontología²⁵. Por tanto, este atributo no es propio de algunos profesionales de la salud, sino que atraviesa transversalmente a todos los que participan en el proceso salud-enfermedad²⁶; en este sentido, la empatía debiera ser también una característica propia del profesional de salud. Sin embargo, la formación de la empatía es un proceso muy largo, en el cual están implicados procesos evolutivos y procesos asociados a la ontogenia. Como consecuencia, factores extrínsecos e intrínsecos operan de forma compleja y dialéctica sobre el resultado final: niveles de empatía o grado de empatía alcanzado por un sujeto.

Si bien, hasta el momento los perfiles de egreso en medicina no especifican que la empatía está dentro de los requerimientos deseados para los profesionales, se habla mucho de un “médico integral”, un concepto todavía abstracto y no bien definido, pero que hace referencia al complemento de las capacidades técnicas con las relacionales y sociales, para las cuales la empatía es un factor elemental. Corominas²⁷, define que las competencias específicas, según cada profesión, están centradas en el “saber profesional”, “saber hacer” y “saber guiar”, mientras que las competencias genéricas, habilidades comunicacionales como la adaptación, asertividad, trabajo en equipo, entre muchas otras, se centran en el “saber estar” y el “saber ser”, este tipo de competencias son cada vez más consideradas y relevantes en diversos campos laborales. También indica que ambas competencias son transferibles, es decir, sirven en diferentes ámbitos profesionales²⁷.

Actualmente, las carreras del área de salud en Chile, independiente de la disciplina en específico, se basan en un modelo flexneriano²⁸, es decir se dividen en tres ciclos de enseñanza: ciencias básicas, ramos preclínicos y clínica. A nivel internacional se ha demostrado que la empatía de los estudiantes va cambiando según el ciclo de enseñanza que se esté cursando^{17,20}. La teoría indica que la empatía va aumentando desde el primer año hasta los ramos preclínicos, para luego sufrir un descenso durante el ciclo clínico, independiente del nivel de empatía de ingreso^{17,18}. Según especialistas este fenómeno se denomina erosión empática y puede ocurrir por una amplia variedad de factores en el campo de la salud. Entre estos factores se encuentran el estrés en el área de trabajo, cansancio por carga laboral y aumento en la responsabilidad clínica²⁹⁻³⁵.

También se muestra una diferencia en el nivel de empatía según el sexo de la persona, siendo mayoritario que las mujeres presentan mayores niveles empáticos que los hombres^{18,19,36,37} pero no transversal³⁸⁻⁴¹. Tradicionalmente se dice que esta diferencia en niveles de empatía se debe a construcciones sociales alrededor del comportamiento femenino y como estas sienten que deben cumplir estas expectativas, pero, recientemente se han realizado estudios que cuestionan si esto pudiera estar influido por las diferencias biológicas entre ambos géneros³⁶.

Basándonos en las bases neurobiológicas del comportamiento, las facultades mentales que dependen del lóbulo frontal son la capacidad para controlar los impulsos instintivos, la toma de decisiones, la planificación y anticipación del futuro, el control atencional, la capacidad para realizar varias tareas a la vez, la organización temporal de la conducta, el sentido de la responsabilidad hacia sí mismo y los demás o la capacidad empática⁴². Se considera la adolescencia como una etapa donde aún no ha terminado de

desarrollarse el lóbulo prefrontal, es decir, carecen de ciertas habilidades descritas anteriormente⁴³.

Las bases curriculares deberían plantear de forma explícita el trabajo de la empatía como parte de las competencias transversales de los programas de formación de medicina. Específicamente se propone que, en el marco del trabajo en el ámbito personal y social, se busca reconocer y respetar la diversidad e igualdad de derechos junto al desarrollo de la empatía con los otros. En la dimensión sociocultural de las bases se refuerza el objetivo de valorar el carácter único de cada persona, sus diferencias y empatía para una mejor convivencia⁴⁴.

Por lo tanto, podemos concluir que, la conducta empática influye en el bienestar del médico y del paciente, y que su fortalecimiento o deterioro ocurre como estudiante en la escuela de Medicina¹⁷; por ello determinar los niveles de empatía con la posterior identificación de los factores influyentes, es un método efectivo para la aplicación de métodos educativos y de ingreso a las facultades de medicina, eficaces para la incorporación de una visión humanista y atención centrada en el paciente. Habitualmente, estas habilidades pueden ser internalizadas por los estudiantes en los periodos preclínicos, para así, obtener los beneficios ya descritos de las atenciones empáticas. Dentro del área de la salud, no se necesita que los estudiantes solo aprendan sobre las habilidades empáticas, sino que las desarrollen. Para que esto sea posible, se recomienda usar métodos de enseñanza experimentales y centrados en los estudiantes y no en el profesor como usualmente es en una clase convencional, que los estudiantes practiquen para ganar experiencia, repitan, reciban retroalimentación y que sean evaluados. Algunos métodos para lograr este objetivo son los juegos de roles entre grupos pequeños, la simulación de pacientes y la evaluación constante de profesores y compañeros. Para maximizar la evolución de estas habilidades se sugiere seguir un orden al momento de enseñarlas, que sería empezar por la más fundacional y difícil: la escucha activa, seguida por comunicación no verbal, después al mismo tiempo el silencio y la comunicación verbal y finalmente la empatía, ya que ésta engloba las anteriormente mencionadas².

Uso de escalas para la medición de la empatía

Existen métodos cuantitativos para medir la empatía a través de encuestas especializadas con el objetivo de detectar niveles medios de empatía y posibles factores correlacionales en su aumento o disminución. Una vez detectados estos factores se puede actuar para reforzarlos o reducirlos.

Para realizar el presente trabajo se optó por usar la escala de empatía de Jefferson en la versión para estudiantes de medicina²⁰, ya que existen múltiples estudios

internacionales que usan este instrumento, por lo que es más simple la homologación de criterios para realizar los análisis comparativos con la realidad local, latinoamericana e internacional en general^{17-20,45,46}. Otros instrumentos comúnmente usados para la medición de empatía son la escala de empatía de Hogan, la escala de empatía emocional de Mehrabian y Epstein y finalmente en índice de reactividad interpersonal de Davis, aunque cabe mencionar que estas no fueron desarrolladas para ser aplicadas específicamente en personal del área de la salud³⁶.

La escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes (EEJS)²⁰ fue desarrollada por profesionales de la Universidad de Thomas Jefferson de Estados Unidos, para evaluar el nivel de empatía en estudiantes de medicina de dicha casa de estudios. Existen 3 versiones, para estudiantes de medicina, para profesionales de la salud y para estudiantes de profesiones de la salud. Ha sido traducida a 56 lenguajes y dialectos.

La versión al español fue realizada por Adelina Alcorta-Garza, para estudiantes de medicina mexicanos⁴⁵.

La EEJS mide el nivel de empatía en contexto de profesiones del área de salud y cuidado de pacientes, entendida ésta como el atributo que involucra el entendimiento de dolor y sufrimiento del paciente, combinado con la capacidad de comunicar dicho entendimiento y la intención de ayudar. Cuenta con 20 ítems en forma de afirmaciones asociadas a respuestas en una escala de Likert de 7 puntos, en donde 1 = fuertemente en desacuerdo y el 7= fuertemente de acuerdo.

Vacío de conocimiento

Posterior a la revisión bibliográfica, la falencia principal que se detectó, es la inexistencia de una escala de medición de empatía con evidencia de validez, en estudiantes de medicina chilenos. Por lo anterior, se definió que el objetivo de aplicar esta encuesta es conocer la realidad demográfica de los estudiantes y evaluar las propiedades psicométricas de la escala de Empatía de Jefferson, aplicada a la población ya señalada. Con esto se pretende conocer y objetivar el nivel de empatía de los estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción, considerando los beneficios ya expuestos, para que se puedan establecer estrategias para mejorar la enseñanza de esta habilidad. Diferentes autores ^{20,45,46} coinciden en la estructura trifactorial de la medición, dividiendo la empatía en tres dimensiones o ítems: toma de perspectiva (empatía cognitiva), cuidados compasivos

(empatía emocional) y ponerse en los zapatos del otro (empatía cognitiva). También, estos autores coinciden en que la empatía posee componentes cognitivos y afectivos^{38,39,47,48}. En la empatía cognitiva, la persona se pone de manera objetiva en el lugar del otro sin comprometer sus propias emociones, es decir, hace alusión a la capacidad del médico para diferenciarse del que sufre. En cambio, el componente afectivo, se refiere a la habilidad de reconocer información del paciente e indagar en sus sentimientos⁴⁸ y dentro del proceso de empatizar, la persona tiende a adoptar los sentimientos de la otra y compartir sus propias emociones³⁹. Por esto, se infiere que los componentes cognitivos de la empatía pueden ser educados^{47,48}. Los mismos autores indican que los ítems de toma de perspectiva y ponerse en los zapatos del otro son cognitivos y, por lo tanto, educables.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo General

- Evaluar la validez y confiabilidad de la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes, en estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes de medicina de una universidad tradicional de Concepción.
- Describir el nivel de empatía presente en los estudiantes de medicina de una universidad tradicional de Concepción.
- Analizar la relación entre el nivel académico y empatía en estudiantes de medicina de una universidad tradicional de Concepción.
- Analizar la relación entre sexo biológico y empatía en estudiantes de medicina de una universidad tradicional de Concepción.
- Evaluar la confiabilidad de la Escala de Empatía de Jefferson para la medición de empatía en estudiantes de medicina de una universidad tradicional de Concepción.
- Evaluar la estructura factorial de la Escala de Empatía de Jefferson para la medición de empatía en estudiantes de medicina de una universidad tradicional de Concepción.

Hipótesis

1. El nivel de empatía de los estudiantes de medicina es mayor en el ciclo preclínico
2. Las mujeres presentan mayor nivel de empatía que los hombres.
3. La escala de empatía médica de Jefferson presenta una estructura trifactorial, adecuada para su uso en investigación.
4. La escala de empatía médica de Jefferson presenta una confiabilidad adecuada para su uso en investigación.

MÉTODO

Metodología: Cuantitativa.

Diseño del estudio: Diseño psicométrico, de alcance analítico-relacional y dimensión temporal transversal.

Variables:

- a. **Empatía:** Jefferson la define como: tratar de entender la subjetividad del pensamiento del otro manteniendo el principio de objetividad, de modo de respetar la identidad de la persona que tenemos al frente ¹. Operacionalmente, se entendió como el puntaje que se obtuvo en la Encuesta de Jefferson versión estudiantes de Medicina en su versión en español.
- b. **Género:** Se refiere al conjunto de características diferenciadas que cada sociedad atribuye a hombres y mujeres. En este caso se incluyó como alternativa: femenino, masculino y otro.
- c. **Edad:** número de años cumplidos al momento de responder la encuesta. La respuesta fue abierta, pudiendo responder con cualquier número.
- d. **Nivel académico:** curso de primero a séptimo que está cursando el alumno que responde la encuesta, o el año en que cursa la mayoría de los ramos. Se otorgó 7 alternativas, desde primero a séptimo.
- e. **Hijos:** si el estudiante tiene o no hijos al momento de responder la encuesta. Las alternativas fueron si o no.
- f. **Electivo de empatía:** si el estudiante ha cursado algún electivo de empatía durante su formación académica. Las alternativas fueron si o no.
- g. **Estudios de medicina en otra universidad:** si el estudiante cursó o no medicina en otra universidad. Las alternativas fueron si o no.

Población y muestra

Este estudio consideró a la totalidad de la población de interés, es decir a todos los estudiantes de medicina, de todos los niveles académicos, pertenecientes a una universidad tradicional de Concepción. Se estimó un tamaño poblacional de 700 estudiantes, a los cuales se les envió de forma online, tanto la Escala de Jefferson como una encuesta sociodemográfica.

En cuanto al criterio de inclusión, sólo se consideró ser estudiante regular de la carrera de medicina de una universidad tradicional en Concepción, en cualquiera de sus niveles. No se utilizaron criterios de exclusión previos a la encuesta, para maximizar la posibilidad de respuesta e incluir a todos los estudiantes.

Por lo tanto, la encuesta pudo ser respondida por todos los estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción, cursando cualquiera de sus niveles.

Instrumento de recogida de información:

- i. **Encuesta sociodemográfica:** Cuestionario creado para los fines específicos de esta investigación, que incluye caracterización en cuanto a: género, edad, nivel académico, financiamiento de la carrera universitaria, familia (hijos) y experiencias previas en estudio de empatía. ANEXO N°1. Cabe destacar que la encuesta fue creada por la investigadora y que también fue validada por el equipo docente a cargo de la supervisión.
- ii. **Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes, en español^{20,45}:** Esta encuesta fue desarrollada por profesionales de la Universidad de Thomas Jefferson EEUU el año 2002, para evaluar el nivel de empatía en estudiantes de medicina de dicha casa de estudios. Luego fue traducida por Alcorta al español para estudiantes mexicanos el año 2005. Se compone de 20 ítems, tipo Likert en una escala de 1 al 7 (1=fuertemente desacuerdo y 7=fuertemente de acuerdo). Posee tres dimensiones: toma de perspectiva, atención con compasión y “ponerse en los zapatos del paciente”. En la versión mexicana 10 de los ítems tributan a la dimensión toma de perspectiva, 7 al ítem de atención con compasión y 3 al ítem de ponerse en los zapatos del paciente, lo que cambia en la versión original, ya que 8 ítems tributan a atención con compasión y 2 al ítem de ponerse en los zapatos del paciente. La versión mexicana presenta una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.74 (ANEXO N°2).

Procedimiento:

Se inició el proceso con la recolección de firmas y autorizaciones para obtener los permisos para realizar la investigación, específicamente del decano de la Facultad de Medicina y del Comité de Ética de la universidad.

Luego se procedió a diseñar instrumentos virtuales de: consentimiento informado, encuesta sociodemográfica y Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes en plataforma Survey Monkey (Plataforma digital que permite crear encuestas en línea).

Dentro del consentimiento informado se puso a disposición un correo electrónico, para que los participantes interesados en recibir los resultados del presente estudio puedan manifestarlo a través de este. Se realizó masificación de la encuesta a través de los correos institucionales de los alumnos y en redes sociales (Facebook del centro de alumnos de los estudiantes de medicina), para lograr un mayor alcance de difusión entre la población señalada. Se dejó la encuesta en el servidor durante casi cinco meses, desde el 7 de diciembre del año 2021 al 29 de abril del año 2022. Dado que la tasa de respuestas había disminuido durante el último mes que estuvo disponible, se decidió cerrarla e iniciar los análisis estadísticos.

Luego, se descargó la base de datos desde el servidor Survey Monkey y se depuraron, eliminando las encuestas incompletas, es decir, toda aquella que contenía al menos una respuesta en blanco.

Análisis de datos

A fin de obtener evidencia de la validez de constructo del instrumento, se realizó un análisis factorial confirmatorio (abreviado CFA) para evaluar su estructura factorial. Con este fin, se compararon los ajustes a los datos de las soluciones de Jefferson²⁰ y Alcorta⁴⁵.

El CFA se llevó a cabo usando el método de mínimos cuadrados ponderados por medias y varianza (Weighted least squares with means and variances adjusted, WLSMV) debido a la naturaleza ordinal de los ítems.

Para evaluar el ajuste del modelo se calcularon cinco criterios:

1. La prueba χ^2 la que, no obstante, por su potencia, tiende a rechazar modelos levemente mal especificados^{49,50}
2. Índice de Ajuste Comparativo (Comparative Fit Index, CFI);
3. Índice de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index, TLI);
4. La raíz cuadrada de la media del error de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) con un intervalo de confianza del 90%
5. Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada (Standardized Root Mean-Square, SRMR)⁵¹

Se consideraron como valores de un buen ajuste los siguiente: CFI > 0,95, TLI > 0,95, RMSEA < 0,06 y SRMR < 0,08^{52,53}, y como indicadores de un ajuste aceptable los siguientes: CFI > 0,90, TLI > 0,90, RMSEA < 0,10 y SRMR < 0,12⁵⁴. El análisis fue realizado en el programa Mplus 8.6.

Para evaluar la consistencia interna, se empleó el coeficiente omega de McDonald, que permite una estimación menos sesgada de la precisión de la medición que otros estadísticos⁵⁵. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas:

Todos los participantes aceptaron digitalmente el consentimiento informado, en el que se consigna la siguiente información: La participación de estudiantes en el estudio fue confidencial, libre y voluntaria, lo que quedó explícito en el proceso de consentimiento informado, necesario para iniciar la recolección de datos. Se señalan, en forma escrita, los objetivos de la investigación, las características de la encuesta, el tiempo aproximado para responder y el derecho a recibir individualmente un resumen de los resultados del estudio, que será enviado a los participantes que lo soliciten vía correo electrónico dentro de los 12 meses posteriores a su participación.

Dentro de los posibles riesgos asociados a la investigación, estuvo la divulgación de datos sensibles, además de evidenciar deficiencias en la formación ética de los alumnos de medicina a través de la carrera. En cuanto a la divulgación de datos, se minimizó el riesgo, puesto que se utilizó un sistema confiable de almacenamiento de datos en línea (Servidor Survey Monkey).

En cuanto a la información obtenida, la deseabilidad social en las respuestas juega un rol no controlable, ya que, a pesar de ser una encuesta anónima, esta característica inherente a la empatía, puede falsear los datos obtenidos en la encuesta, ya que los estudiantes pueden responder en base a lo que es socialmente esperable que contesten y no a su sentir en particular.

En cuanto a las posibles falencias en la formación académica que se pudieran identificar, una vez obtenido el grado, se ofrecerá realizar una reunión con los equipos docentes a cargo de ramos afines al tema de estudio e interesados en general, para la divulgación de los resultados, generando una instancia para compartir información de interés. La reunión será online o presencial, dependiendo del contexto epidemiológico del momento. También, los estudiantes, al conocer los resultados de la investigación podrán conocer el nivel de empatía del nivel que cursan y de los que le siguen, conocer la tendencia empática de la carrera y mejorar si así lo desean.

RESULTADOS

Se recolectaron en total 254 encuestas durante aproximadamente 5 meses (entre el 7 de diciembre del año 2021 al 29 de abril del año 2022) en que la encuesta se mantuvo online.

Al revisar la base de datos generada de forma automática por la plataforma Survey Monkey, se logró depurar en 216 encuestas respondidas de forma completa. Las otras 38 encuestas se dejaron fuera del análisis estadístico, ya que tenían al menos una pregunta no respondida.

Análisis Sociodemográfico

Teniendo en cuenta lo anterior, y según lo resumido en la Tabla 1, podemos indicar que, en la encuesta sociodemográfica, el 55% de los encuestados se identifica con el género masculino (N=119), el 44% con el género femenino (N=96) y un 1% (N=1) se identificó con otro género.

En cuanto a la edad de los estudiantes encuestados, éstas fluctúan entre los 17 y 37 años, con un promedio y mediana de 22 años. Si los agrupamos por edad, se puede indicar que un 34.27% (N=74) de la muestra tenía entre 17 y 20 años, un 53.23% (N=115) tenía entre 21 y 24 años, un 7.4% (N=16) tenía entre 25 y 28 años y finalmente, un 5.1% (N=11) era mayor de 29 años.

De los datos obtenidos, se desprende que, en cuanto al nivel académico, un 18.52% (N=40) se reconoce como estudiante de primer año de la carrera, un 11.11% (N=24) como estudiante de segundo, un 20.37% (N=44) de tercero, 13.43% (N=29) de cuarto, 9.26% (N=20) de quinto, un 20.83% (N=45) de sexto y finalmente, un 6.48% (N=14) en séptimo.

En cuanto al financiamiento de la carrera, un 36.11% (N=78) indica que sus padres pagan por ellos, un 14.81% (N=32) refiere que estudia con créditos, un 1.39% (N=3) trabaja para costearse los estudios, un 12.5% (N=27) indica que estudia con beneficio de beca, un 32% (N=69) refiere que es acreedor de la gratuidad universitaria y finalmente un 3.24% (N=7) indica que la financia de otra forma, que, tras el análisis de las respuestas, estudian usando más de una de las opciones.

Un 5.56% (N=12) indicó que tenía hijos y un 94.44% (N=204) marcó que no tenía hijos.

Un 9.26% (N=20) declara haber cursado un electivo de empatía y un 90.74% (N=196) indicó que no ha cursado ningún electivo relativo a la empatía.

Un 4.63% (N=10) cursó parte de la carrera en otra universidad y un 95.37% (N=206) indicó que no ha cursado parte de la carrera en otra universidad.

Tabla 1. Resumen de caracterización sociodemográfica

Encuestas	N	%
Válidas	216	15
No válidas	38	85
Total	254	100
Género		
Femenino	96	44,44
Masculino	119	55,09
Otro	1	0,47
Edades		
17-20 años	74	34,27
21-24 años	115	53,23
24-28 años	16	7,4
>29 años	11	5,1
Nivel Académico		
Primero	40	18,52
Segundo	24	11,11
Tercero	44	20,37
Cuarto	29	13,43
Quinto	20	9,26
Sexto	45	20,83
Séptimo	14	6,48
Financiamiento		
Padres	78	36,11
Créditos	32	14,81
Trabaja	3	1,39
Beca	27	12,5
Gratuidad	69	32
Otra	7	3,24
Hijos		
Si	12	5,56
No	204	94,44
Electivo de Empatía		
Si	20	9,26
No	196	90,74
Cursó en otra Universidad		
Si	10	4,63
No	206	95,37

En cuanto a los resultados de los análisis de estructura factorial y confiabilidad de los datos, en el CFA se compararon los índices de ajuste para tres factores de las soluciones de Jefferson²⁰ y Alcorta⁴⁵, que difieren únicamente en la ubicación del ítem 18 “*No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias*”.

En el CFA (análisis factorial confirmatorio), el χ^2 rechazó el ajuste en ambos casos, lo que es esperable por el tamaño muestral. No obstante, tanto el CFI, el TLI como el RMSEA y su intervalo de confianza al 90% indicaron un ajuste aceptable, aunque no bueno para ambas soluciones. El SRMR, por su parte indicó un buen ajuste en ambos casos. En todos los casos, los ajustes fueron levemente mejores para la solución original de Jefferson²⁰.

Tabla 2. Índice de ajuste de los modelos de análisis factorial confirmatorio para la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes de medicina en español.

	gl	χ^2	RMSEA (IC 95%)	SRMR	CFI	TLI
A. Jefferson (3 factores)	167	237,35*	0,067(0,056-0,077)	0,058	0,946	0,938
B. Alcorta (3 factores)	167	336,89*	0,069(0,058-0,079)	0,060	0,943	0,935

Nota: * indica un valor $p < 0,001$; N.S indica un χ^2 estadísticamente significativo.

Por este motivo, y dado que es la solución original y considerada en más estudios a nivel internacional, se decidió apoyar la solución de Jefferson cuyas cargas factoriales se ilustran en la **Figura 1**. En ésta, además se puede observar una correlación inversa del primer factor (Toma de Perspectiva) con los otros dos, siendo más intensa su correlación con Cuidado Compasivo. La segunda correlación más intensa se da entre Cuidado Compasivo y Caminar en los zapatos del paciente.

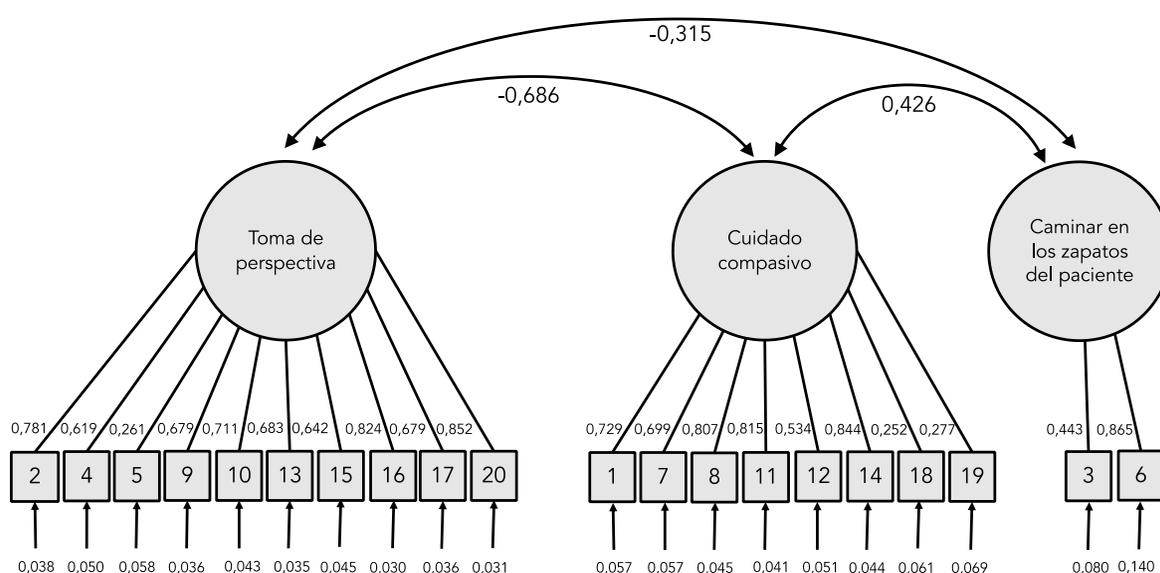


Figura 1. Análisis factorial confirmatorio para la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes, considerando el modelo de original propuesto por Jefferson (2018).

Considerando la solución del modelo de tres factores de Jefferson, se calculó la confiabilidad de los factores de esta solución, cuyos coeficientes Omega de McDonald se resumen en la Tabla 2. En este caso, se puede observar que la confiabilidad de los dos primeros factores es excelente, no obstante, la confiabilidad del factor “Caminar en los zapatos del paciente” resulta baja, aunque aceptable para su uso en investigación.

Tabla 3. Confiabilidad de los factores de la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes de medicina en español.

	ω
Toma de Perspectiva	0,90
Cuidado Compasivo	0,95
Caminar en los zapatos del paciente	0,62

Análisis descriptivo

En cuanto al análisis descriptivo, se procedió a calcular los estadísticos descriptivos de la escala, que se pueden observar en la Tabla 4. Aunque la estructura identificada sería de los tres factores ya señalados, también se incorpora el puntaje global, para facilitar su comparación con la literatura preexistente. También es importante destacar que, para calcular el puntaje total, se realizó una recodificación de los factores negativos, es decir, los del ítem 1: Toma de Perspectiva.

Tabla 4. Análisis descriptivo de la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina en español.

	M	DE	Mín	Máx	Asimetría	Curtosis
Puntaje total	119,93	11,94	57,00	137,00	-1,52	4,10
Toma de Perspectiva	61,21	7,02	20,00	70,00	-1,55	5,14
Cuidado Compasivo	47,92	6,44	8,00	56,00	-2,31	8,20
Caminar en los zapatos del paciente	10,80	2,25	2,00	14,00	-0,75	0,34

Los resultados muestran una distribución asimétrica negativa y una distribución leptocúrtica para el puntaje global (Figura 2).

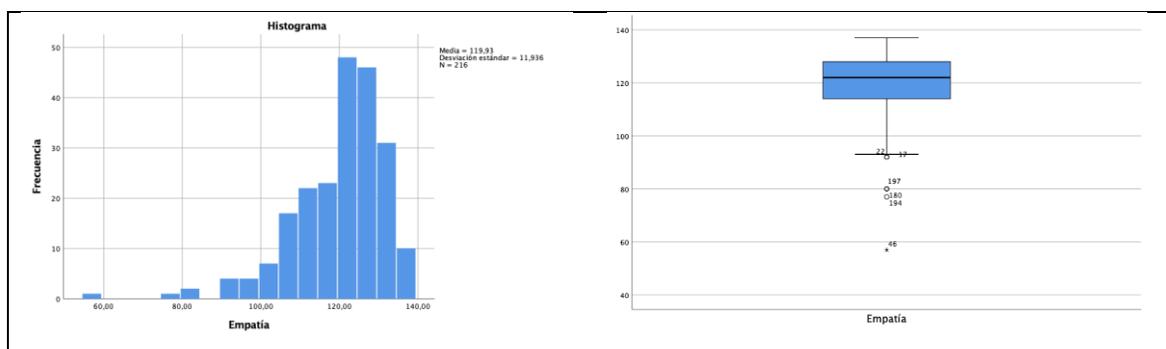


Figura 2. Distribución del puntaje de empatía general de la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina en español.

Similar a lo que ocurre con el factor de Toma de perspectiva (Figura 3).

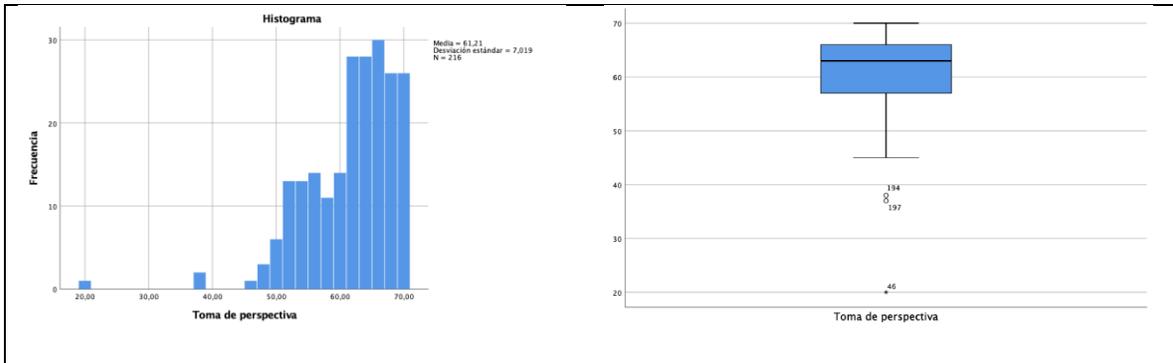


Figura 3. Distribución del puntaje de toma de perspectiva de la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina en español.

El factor Cuidado Compasivo, es el que presenta la mayor asimetría negativa y la distribución más leptocúrtica de los tres puntajes (Figura 4).

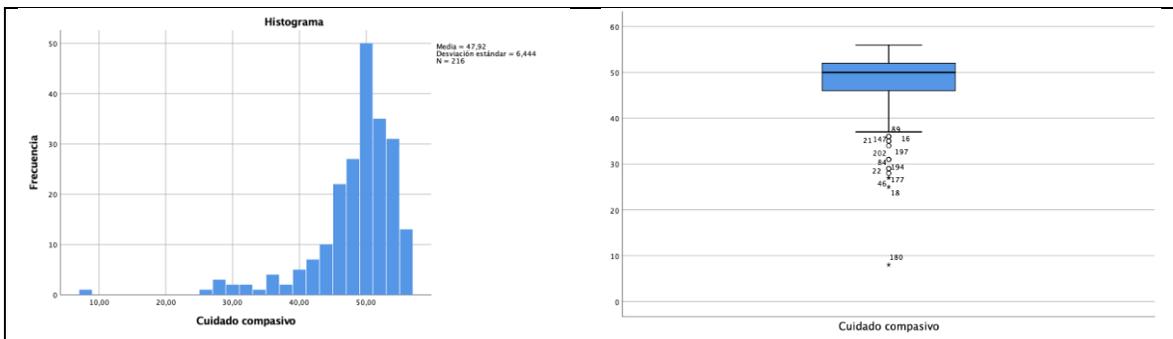


Figura 4. Distribución del puntaje de cuidado compasivo de la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina en español.

Finalmente, el factor Ponerse en los zapatos del paciente, mostró una leve asimetría negativa y una distribución mesocúrtica (Figura 5).

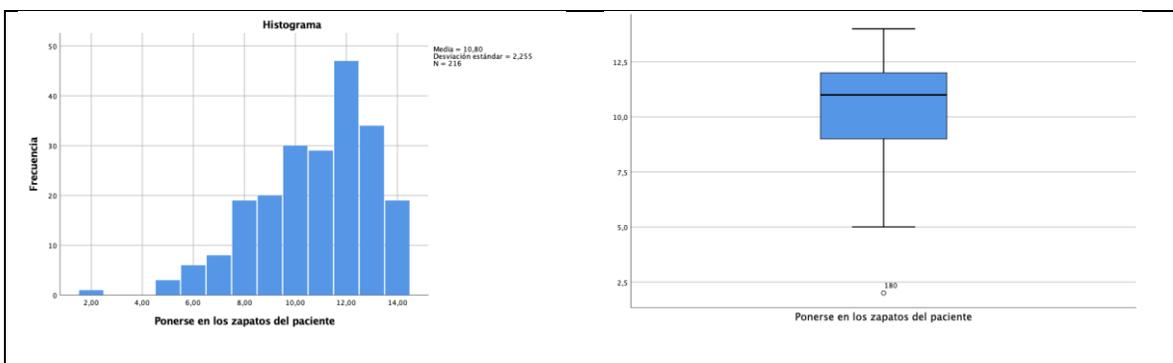


Figura 5. Distribución del puntaje de toma de perspectiva de la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina en español.

Análisis relacional

Debido a que las distribuciones evaluadas se distanciaban de la distribución normal, se procedió a evaluar las relaciones de los puntajes de la Escala de Empatía de Jefferson con las variables demográficas, empleando estadística no paramétrica.

En primer lugar, para realizar una comparación por género, se empleó la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 5), encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el puntaje general ($p < 0,01$), en Toma de perspectiva ($p < 0,05$) y Cuidado compasivo ($p < 0,05$). En todas éstas, las mujeres presentaban mayores puntajes que los hombres. Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en Ponerse en los zapatos del paciente ($p = 0,20$).

Tabla 5. Comparación por género de los puntajes en la Escala de Empatía Jefferson, versión estudiantes de medicina en español.

	Mujer		Hombre		p	
	Rango	Suma	de	Rango	Suma	de
	promedio	rangos	promedio	rangos		
Puntaje total	122,5	11748,0	96,4	11472,0	0,002***	
Toma de	118,29	11355,5	99,7	11864,5	0,029*	
Perspectiva						
Cuidado	119,5	11475,5	98,7	11744,5	0,014*	
Compasivo						
Caminar en los	114,0	10940,5	103,2	12279,5	0,20	
zapatos del						
paciente						

Al evaluar la correlación lineal del nivel cursado con los niveles de empatía, usando el coeficiente de correlación de Spearman, no se encontró correlación estadísticamente significativa, (Tabla 6).

Tabla 6. Relación del nivel cursado y los puntajes en la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina.

	Nivel cursado
1. Puntaje total	-0,055
2. Toma de Perspectiva	-0,069
3. Cuidado Compasivo	0,038
4. Caminar en los zapatos del paciente	0,002

N=216; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$

Sin embargo, para explorar relaciones no lineales, se decidió organizar a los estudiantes en tres grupos pedagógicamente, siguiendo el modelo flexneriano²⁸: preclínico (de primer a segundo año), clínico parcial (de tercer a cuarto año) y clínico completo (de quinto a séptimo año). Al comparar los tres grupos usando la prueba H de Kruskal Wallis se encontró diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total ($p < 0,05$) y cuidado compasivo ($p < 0,01$), en donde los estudiantes manifestaban un mayor nivel de empatía en los niveles clínicos parciales que en los otros dos grupos.

Tabla 7. Comparación por nivel cursado de los puntajes en la Escala de Empatía de Jefferson, versión estudiantes de medicina.

	Preclínico (1º y 2º año)	Clínico parcial (3º y 4º año)	Clínico completo (5º, 6º y 7º año)	p
	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio	
Puntaje total	103,55	121,92	92,7	0,014*
Toma de Perspectiva	107,92	117,01	95,7	0,122
Cuidado Compasivo	95,7	123,4	98,9	0,009**
Caminar en los zapatos del paciente	109,4	107,0	108,9	0,954

N=216; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos, podemos afirmar que se logró responder a los objetivos planteados en un principio, logrando establecer que la Escala de Empatía de Jefferson versión estudiantes tiene una adecuada evidencia de validez y confiabilidad para ser usada en investigación en la población de estudiantes chilenos. Al analizar la evidencia de validez, podemos indicar que, a pesar de que el χ^2 rechazó el ajuste en ambos casos (al compararlo con el estudio de Hojat²⁰ y con el de Alcorta⁴⁵), los resultados del RMSEA, SMMR, CFI y TLI son aceptables para los objetivos planteados.

En cuanto a la confiabilidad, se realizó un análisis Omega de Mc Donald de cada factor por separado, arrojando que el factor 1 y 2 (toma de perspectiva y cuidado compasivo) presentan un excelente resultado, con valores de 0.90 y 0.95 respectivamente. El factor 3 (caminar en los zapatos del paciente) presenta un resultado más bajo (0.62), pero aceptable para su uso en investigación. Lo anterior se puede explicar por el tamaño muestral y por la cantidad de preguntas que tributan a ese factor, ya que sólo 2 ítems del cuestionario tributan al mismo, según la factorización original de Jefferson, y la baja confiabilidad es compatible con los resultados internacionales^{17,20,45}.

Se decidió usar la factorización original propuesta por Jefferson, en primer lugar, por ser la original. En segundo lugar, por ser la más ampliamente usada, lo que facilita la comparación de los resultados y finalmente, las otras soluciones factoriales analizadas, sólo discrepaban en uno o dos ítems, y los resultados de los análisis factoriales realizados con los resultados obtenidos, se ajustaban mejor a la versión original, incluso por sobre la versión en español realizada en México⁴⁵.

En cuanto al análisis factorial, se logró confirmar que es efectivamente una estructura de 3 factores que describen los estudios internacionales^{17,20,39,45}, y que su estructura es adecuada para su uso en investigación. El primer factor se denomina Toma de Perspectiva (TP) y se relaciona con el área cognitiva de la empatía, se compone de 10 ítems, escritos en negativo en la encuesta presentada (ANEXO N°2). El segundo factor es el Cuidado Compasivo (CC), que se asocia con la empatía afectiva o emocional, compuesto de 8 ítems escritos de forma positiva en la encuesta y finalmente el factor 3 es el "Caminar en los Zapatos del Paciente" (CZP), compuestos por 2 ítems escritos en forma positiva.

En cuanto a los niveles de empatía de los estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción, se calculó un promedio de 119,93 puntos, con una desviación estándar de 11,94 puntos. Usando la metodología observada en literatura preexistente, se decidió agregar el puntaje global para realizar una comparación de puntajes, pero se debe insistir que esta solución no es adecuada, ya que se logró identificar

la estructura trifactorial de la variable analizada, por lo anterior, lo correcto sería analizar los puntajes obtenidos en cada ítem por separado. La literatura internacional¹⁷ nos indica que los niveles de empatía global de los estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción están por encima de los resultados internacionales: Estados Unidos tuvo un promedio global de 114,3 puntos, el Caribe Centroamericano 104,6-108,9 puntos, Japón 104,3 puntos, Australia 109,7 puntos, Reino Unido 112 puntos. Se debe tener en cuenta que la empatía es un constructo^{39,56}, y se mide tratando de estimar de forma objetiva una serie de factores intrínsecos y extrínsecos, por lo que el resultado final de la prueba no habla exactamente de la habilidad empática de los encuestados, si no de los resultados obtenidos del análisis del instrumento utilizado.

En cuanto a la diferencia entre los niveles empáticos de estudiantes en los ciclos preclínicos, clínico parcial y clínico total, se observó que en el puntaje total y en el ítem Cuidado Compasivo, hubo una diferencia estadísticamente significativa, indicando que los niveles empáticos fueron mayores en nivel clínico parcial que en el nivel clínico total. Lo anterior es compatible con lo revisado en bibliografía internacional^{17,18}, y que podría ser explicado por los fenómenos de erosión empática^{29,48,57,58}, por la educación basada en altas exigencias académicas y clínicas¹⁷, largas horas de trabajo y deprivación de sueño⁵⁹, falta de modelos a seguir, además de factores ambientales, del paciente⁵⁸ y el burnout de la práctica diaria⁵⁹. Hojat^{20,57} describe que los estudiantes presentan un menor nivel empático en tercero (considerar que se realizó el estudio en carreras médicas que duran 4 años), y lo describe como “curioso”, ya que son los niveles en que la enseñanza está orientada a la práctica clínica e interacción con los pacientes, lo que podría compararse con el internado en nuestro país. Esto coincide con los resultados obtenidos de la realidad local, ya que se observó que los estudiantes presentaban un nivel mayor de empatía en niveles de clínica parcial, y que el nivel empático (global y por ítem) disminuía en el nivel Clínico total o internado. En este punto, es importante recalcar que la comparación entre los estudiantes norteamericanos y los chilenos se realizó en base a los ciclos académicos (preclínico, clínico parcial y clínico total) y no en base a los años de duración de la carrera.

Al analizar los resultados de la encuesta, se logra identificar que el factor toma de perspectiva no varió de forma significativa en los niveles estudiados. Esto podría deberse a que la toma de perspectiva se relaciona con la empatía a un nivel cognitivo, lo que significa que engloba un área de contenido teórico más que de aplicación. Este contenido teórico forma parte de lo que se considera como sentido común, por lo que los encuestados, sabiendo lo que es socialmente esperado, pudieron haber contestado para cumplir estas expectativas (deseabilidad social).

Al igual que en los estudios internacionales³⁸⁻⁴¹, en el presente estudio se encontró que, si bien las mujeres tienen niveles empáticos mayores que los hombres, esta diferencia no es estadísticamente significativa en todos los ítems. Existen estudios en que afirman que

las mujeres son más empáticas que los hombres^{18,19,36,37}, pero debido a las innegables diferencias intrínsecas, que incluso tienen que ver con las bases neurobiológicas femeninas^{43,44}, y diferencias extrínsecas, es decir, sociales y culturales entre las poblaciones estudiadas, no se puede hacer una conclusión global de ello.

En suma, se puede indicar que la Escala de Empatía de Jefferson en su versión en español presenta una evidencia de validez y confiabilidad aceptable para su uso en investigación en estudiantes chilenos; y que su estructura es trifactorial, compatible con los resultados internacionales. También se puede indicar que los niveles empáticos de los estudiantes de medicina de una universidad tradicional en Concepción son mayores en los cursos clínicos parciales y que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

En cuanto a las limitaciones que se observaron en el estudio, lo primero a mencionar es el tamaño muestral. Dado que los meses de aplicación de la encuesta fue un periodo sanitariamente difícil debido a la pandemia de SARS-COV2, no fue posible aplicar la encuesta de forma presencial, lo que condiciona una inherente disminución de las respuestas obtenidas. A pesar de haber enviado la encuesta vía formal en al menos 3 oportunidades durante el periodo de reclutamiento, no se alcanzó el tamaño muestral de 400 encuestas que se había estimado al inicio, lo que se puede explicar por falta de interés en participar de forma voluntaria, desconocimiento de la importancia del tema, alta carga académica y/o asistencial, entre otros factores desconocidos y personales de cada alumno de la carrera.

Sumando lo anterior, se debe tener en cuenta que la Escala de Empatía de Jefferson es una encuesta de auto reporte, de un área temática que tiene una deseabilidad social importante, por lo que las respuestas pueden estar influenciadas por dicha característica, y mostrar valores empáticos más altos de lo que realmente tienen.

En cuanto a nuevas líneas de investigación, tomando en cuenta los resultados obtenidos, se considera importante el diseño de un instrumento de medición de empatía que no utilice el auto reporte para la obtención de los datos, con el objetivo de disminuir la incidencia de la deseabilidad social en las respuestas. Por otro lado, si bien el tamaño muestral fue adecuado para poder realizar los análisis factoriales necesarios, se considera importante retomar la medición en un periodo de presencialidad, para obtener una mayor cantidad de respuestas, con el objetivo de comparar y analizar si los resultados, incluyendo a la totalidad de los alumnos, son los mismos que los obtenidos en la muestra aleatoria de la presente investigación.

También sería interesante poder analizar la empatía de forma longitudinal, es decir, realizar la encuesta a una generación de estudiantes en su primer año y repetir la medición durante toda su formación, o al menos, en cada uno de los bloques académicos descritos

(preclínico, clínico parcial y clínico total), con el objetivo de analizar la evolución de la empatía a través del tiempo, considerando al mismo grupo humano. Y finalmente, también se debe analizar la importancia de la enseñanza de la empatía al grupo de estudiantes, pudiendo medir con la encuesta, si cambia el nivel empático de los alumnos con el estudio de ramos o electivos ligados a la empatía versus el cambio en el nivel empático en alumnos que no tomen tales ramos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro Saldaña G, Maluenda J, Varas Contreras M. Diferencias en empatía según sexo y área disciplinar en estudiantes universitarios chilenos de la provincia de Concepción, Chile. *Educación*. 2016;25(49):63–82.
2. Kulzer J, Beck K. “Teaching Counseling Microskills to Audiology Students: Recommendations from Professional Counseling Educators.” *Seminars in Hearing*, vol. 39, no. 01, Feb. 2018, pp. 091-106, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802983/, 10.1055/s-0037-1613709. Accessed 9 Nov. 2022.
3. Moore F, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente [Internet]. *Atención Primaria*. 2012 [27 de Feb de 2020]. 44(6):358---365.
4. Gual, A., Oriol-Bosch, A., & Pardell, H. El médico del futuro [Internet]. *Medicina Clínica*. 2010 [27 de Feb de 2020]. 134(8), 363–368.
5. Ogle J, Buschnell JA, Caputi P. Empathy is related to clinical competence in medical care [Internet]. *Medical Education*. 2013[27 de Feb de 2020]; 47(8):824-831.
6. Neuwirth ZE. Physician empathy. Should we care? [Intenet]. *Lancet*. 1997 [27 de Feb de 2020]. 350(9078): 606.
7. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review [Internet]. *Can Med Assoc J*. 1995 [27 de Feb 2020];152 (9):1423-1433.
8. ASALE, RAE-, and RAE. “Diccionario de La Lengua Española | Edición Del Tricentenario.” “*Diccionario de La Lengua Española*” - Edición Del Tricentenario, 2021, dle.rae.es. Accessed 15 Aug. 2022.
9. de Wied M, Branje SJT, Meeus WHJ. Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. *Aggressive Behavior*. 2006;33(1):48–55.
10. Mestre V, Frías M, Samper P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. 2004; 16:255-260.
11. Esteban-Guitart M, Rivas Damián MJ, Pérez Daniel MR. Empatía y tolerancia a la diversidad en un contexto educativo intercultural. *Universitas Psychologica*. 2011 Dec 12;11(2):415–26.
12. Guzmán González M, Péloquin K, Lafontaine M-F, Trabucco C, Urzúa A. Evaluación de la empatía diádica: Análisis de las propiedades psicométricas del Índice de Reactividad Interpersonal en Parejas (IRIC-C) en contexto chileno. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*. 2014 May 15;13(2).
13. Hogan R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969;33(3):307–16.
14. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000 Jan;78(1):136–57.

15. Schaffer, J. Teorías clásicas del desarrollo social y la personalidad. *Desarrollo social y de la personalidad* (pp. 39-71). 2002. Madrid: Thompson Editores.
16. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*. 1972 Dec;40(4):525-43.
17. Rozengway H, García A, Vallecillo L. Niveles de empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología de Honduras. *Rev Cient Cienc Med*. 2016;19(29): 14-19.
18. Chen D, Kirshenbaum D, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine R. Characterizing changes in student empathy throughout medical school [Internet]. *Medical Teacher*. 2012 [05 de Jun de 2019]. 34 (4): 305-311. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.644600>
19. Hemmerdinger J, Stoddart S, Lilford R. A systematic review of empathy in medicine. *BMC Medical Education* [Internet]. 2007 [05 de Jun de 2019]. 7 (24). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/24>
20. Hojat M, DeSantis J, Shannon S, Mortensen L, Speicher M, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure and national norms in medical students. *Avances in Health Science Education*. 2018.
21. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. Physicians characteristics influence patients adherence to medical treatment. Results from the medical out-comes study [Internet]. *Health Psych*. 1993 [27 de Feb de 2020].12(2):93- 102
22. Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education: Guidelines for medical schools. [Internet] 1998. Disponible en: <https://www.aamc.org/initiatives/msop>.
23. Díaz-Narváez VP, Salas-Alarcón D, Bracho-Milic F, Ocaranza-Ozímica J. Empatía en estudiantes de kinesiología. Universidad Mayor, sede Temuco, Chile. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(3):383-393
24. Triana C. La empatía en la relación enfermera-paciente. *Av. Enferm*. [Internet]. 2007 [cited 2020 Jan 28] ; 35(2): 121-122.
25. Carrasco D, Bustos A, Díaz V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. *Rev Estomatol Herediana*. 2012; 22(3): 145-51.
26. Decety, Jean. "The Neuroevolution of Empathy." *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1231, no. 1, 8 June 2011, pp. 35-45, 10.1111/j.1749-6632.2011.06027.x. Accessed 9 Nov. 2022.
27. Corominas E. Competencias genéricas en la formación universitaria. *Revista de educación*. 2001; 325: 299-321.
28. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to The Carnegie Foundations for the Advancement of Teaching. [Internet] Boston: The

- Merrymount Press; 1910. Disponible en: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
29. Stratta E, Riding D, Baker P. Ethical erosion in newly qualified doctors: perceptions of empathy decline. *Int J Med Educ.* 2016; 7:286-292.
 30. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med.* 2008;83(3):244-9.
 31. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009.
 32. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc.* 2005;80(12):1613-22.
 33. Griffith CH, Wilson JF. The loss of idealism throughout internship. *Eval Health Prof.* 2003;26(4):415-26.
 34. Looi, Jeffrey C L. "Empathy and Competence." *Medical Journal of Australia*, vol. 188, no. 7, Apr. 2008, pp. 414–416, 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01687.x. Accessed 8 May 2020.
 35. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front Psychol.* 2016;7:763.
 36. Rueckert L, Naybar N. Gender differences in empathy: the role of right hemisphere. *Brain Cogn.* 2008; 67(2): 162-167.
 37. San Martín M, Roig-Carrera H, Villalonga-Vadell R, et al. Empatía, habilidades de colaboración interprofesional y aprendizaje medico permanente en residentes españoles y latinoamericanos que inician los programas de formación médica especializada en España. Resultados preliminares. *Aten Primaria.* 2017; 49(1); 6-12. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.007>.
 38. Blanco J, Valcárcel C, Guerra M, Ortigoza E et al. La empatía médica en residentes y tutores de medicina familiar y comunitaria. La vision del profesional y el paciente. *Aten Primaria.* 2020; 52(3): 185-192. Doi: [10.1016/j.aprim.2018.04.009](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.009).
 39. Hojat M. *Empathy in health Professions Education and Patient Care.* Suiza: Springer International Publishing; 2018. P.99-100.
 40. Loyola-Durán L, Landgrave-Ibañez S, Ponce-Rosas E, González-Pedraza A. Nivel de empatía en medicos del servicio de urgencias de un hospital público de la ciudad de México. *Aten Familiar.* 2015; 22(2):43-45. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30046-3](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30046-3).
 41. Huarcaya-Victoria J, Cano-Uría B, Villanueva-Ruska A, De la Cruz-Oré J. Evaluación de los niveles de empatía médica en medicos residentes de un hospital general en

Perú. Edc Med. 2019; 20(2):59-66. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.004>.

42. Cid Gutiérrez, Sebastian, and Mabel Urrutia Martinez. "Desarrollo de La Empatía En Estudiantes Universitarios Del Área Económica." *Cuadernos de Investigación Educativa*, vol. 13, no. 1, 28 Feb. 2022, 10.18861/cied.2022.13.1.3112. Accessed 9 Nov. 2022.
43. "Damasio, A. R. (1994). Descartes' Error Emotion Reason, and the Human Brain. New York Avon Books. - References - Scientific Research Publishing." *Scirp.org*, scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2415968. Accessed 09 Nov. 2022.
44. Chile, Ministerio de Educación. *Bases Curriculares*. 2013.
45. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera S, 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
46. Díaz-Narváez V, Dávila-Pontón Y, Martínez-Reyes F, et cols. Psicometría, escala de empatía médica de Jefferson y atención médica en Ecuador. *Salud Uninorte* 2021; 37 (1). [Internet]. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.37.1.150.15>
47. Preusche I, Lamm C. Reflections of empathy in medical education: What can we learn from social neurosciences? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016; 21(1):235-49. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-015-9581-5>
48. Calzadilla-Núñez A, Díaz-Narváez VP, Dávila-Pontón Y, Aguilera-Muñoz J, Fortich-Mesa N, Aparicio-Marenco D et al. Empathic erosion during medical training according to gender: cross-sectional study. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(6): 556-61. Doi: 10.5546/aap.2017.eng.556
49. Moshagen, Morten. "The Model Size Effect in SEM: Inflated Goodness-of-Fit Statistics Are due to the Size of the Covariance Matrix." *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, vol. 19, no. 1, 20 Jan. 2012, pp. 86–98, 10.1080/10705511.2012.634724. Accessed 09 Nov. 2022.
50. Moshagen, Morten, and Edgar Erdfelder. "A New Strategy for Testing Structural Equation Models." *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, vol. 23, no. 1, 22 Apr. 2015, pp. 54–60, 10.1080/10705511.2014.950896. Accessed 9 Nov. 2022.
51. Bentler, P. M. "Comparative Fit Indexes in Structural Models." *Psychological Bulletin*, vol. 107, no. 2, 1990, pp. 238–246, 10.1037/0033-2909.107.2.238. Accessed 9 Nov. 2022.
52. Hu, Li-tze, and Peter M. Bentler. "Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives." *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, vol. 6, no. 1, Jan. 1999, pp. 1–55,

www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705519909540118,
10.1080/10705519909540118. Accessed 9 Nov. 2022.

53. West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of structural equation modeling* (pp. 209–231). The Guilford Press. Accessed 9 Nov. 2022.
54. Brown, Timothy. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. 2006.
55. Dunn, Thomas J., et al. "From Alpha to Omega: A Practical Solution to the Pervasive Problem of Internal Consistency Estimation." *British Journal of Psychology*, vol. 105, no. 3, 6 Aug. 2013, pp. 399–412, 10.1111/bjop.12046. Accessed 9 Nov. 2022.
56. Díaz-Narváez, VP, Calzadilla-Núñez A, Alonso LM, Torres-Martínez PA, Cervantes-Mendoza M, Fajardo-Ramos E. Empathy and Ontogeny: A Conceptual Approach. *W Indian Med J*. 2017; 66(3): 1-4. Doi: 10.7727/wimj.2016.344.
57. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G. The Devil is in the Third Year: a Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*. 2009;84(9).
58. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(10): 1434-1438.
59. Yuguero O, Marsal J, Buti M, Esquerda M, Soler-González J. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burout in primary care. *BMC Medical Ethics*. 2017; 18:54.

ANEXOS

Anexo N°1: Encuesta Sociodemográfica

A continuación, se presentan 8 preguntas que permiten la caracterización de los participantes

1. Género
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - c. Otro: _____

2. Edad: En años cumplidos. _____

3. Nivel académico:
 - a. Primero
 - b. Segundo
 - c. Tercero
 - d. Cuarto
 - e. Quinto
 - f. Sexto
 - g. Séptimo

4. Financiamiento de la carrera:
 - a. La financian mis padres
 - b. Créditos
 - c. Trabajo para pagarla
 - d. Beca
 - e. Gratuidad Universitaria
 - f. Otro: ¿Cuál?

5. ¿Tiene hijos?:
 - a. Si
 - b. No

6. ¿Ha cursado algún electivo de empatía?
 - a. Si
 - b. No

7. ¿Ha cursado parte de la carrera de Medicina en otra universidad?
 - a. Si
 - b. No

Anexo N°2: Escala De Empatía De Jefferson, En Su Versión En Español

Instrucciones: indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones, marcando el círculo adecuado en los lugares marcados para ello después de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1 2 3 4 5 6 7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo contribuye a un mejor resultado clínico.	1 2 3 4 5 6 7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1 2 3 4 5 6 7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1 2 3 4 5 6 7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento	1 2 3 4 5 6 7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1 2 3 4 5 6 7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1 2 3 4 5 6 7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1 2 3 4 5 6 7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1 2 3 4 5 6 7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención en su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1 2 3 4 5 6 7

14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1 2 3 4 5 6 7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1 2 3 4 5 6 7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1 2 3 4 5 6 7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.	1 2 3 4 5 6 7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7