

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**Nivel de orientación empática en los estudiantes de
Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad
Nacional Mayor de San Marcos – 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología
Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación

AUTOR

Jorge Luis Cañamero Riquelme

ASESOR

Herminio Teófilo Camacho Conchucos

Lima - Perú

2016

Agradecimientos

A Dios,

Por sus Bendiciones y por haberme permitido alcanzar una meta más como profesional

A mi Madre:

Aurora Riquelme Silva

Por acompañarme en cada etapa de mi vida y gracias a su consejo soy la persona quien soy

A mi abuelo:

Luis Riquelme Penas

Que aunque este en el cielo, siempre recordare su guía y su apoyo

A mis tíos:

Lucho y Richard

Por su ayuda y confianza hacia a mi

A Meyling

Gracias por tu apoyo incondicional y creer en mi

A todos los docentes

Por participar en mi formación profesional

Al Mg. Herminio Teófilo Camacho Conchucos

Por su invaluable tiempo y orientación en el desarrollo de la tesis.

A todos mis amigos

Porque creyeron en mí y me apoyaron de principio a fin

A todos los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la UNMSM

Por su participación en el estudio

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi mamá, porque a pesar de las dificultades, siempre me ha apoyado, guiado y comprendido.

Finalmente dedico este trabajo a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a sus docentes, por brindarme las herramientas que me ayudaran en mi futuro profesional y ayudarme a crecer como ser humano.

INDICE

Agradecimientos.....	2
Dedicatoria	3
Resumen	7
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Antecedentes.....	10
1.2. Importancia de la investigación	15
1.3. Formulación del Problema.....	15
1.4. Objetivos.....	14
1.5. Finalidad	13
1.6. Bases teóricas.....	16
1.7. Definición de términos básicos.....	25
II. MATERIAL Y MÉTODOS	26
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	26
2.2. Población y muestra	26
2.3. Variables	27
2.4. Operacionalización de variables	28
2.5. Hipótesis	29
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	29
2.7. Procedimientos y análisis de datos.	31
2.8. Consideraciones éticas	31
III. RESULTADOS	33
IV. DISCUSIÓN	49
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
5.1. Conclusiones.....	53
5.2. Recomendaciones.....	54
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
VII. ANEXOS	59

Índice de tablas

Nº	Título de tablas	Pág.
1	Análisis porcentual de los niveles de orientación empática	34
2	Promedios de la orientación empática, según dimensiones	35
3	Análisis porcentual de los niveles de orientación empática, según dimensiones	36
4	Análisis comparativo de la orientación empática según sexo de manera general y por dimensiones	37
5	Análisis comparativo de la orientación empática según edad de manera general y por dimensiones	38
6	Análisis comparativo de la orientación empática según año de carrera de manera general y por dimensiones	39
7.1	Pruebas Post Hoc: Comparaciones múltiples de la orientación empática según año de carrera	40
7.2	Prueba Post Hoc: Comparaciones múltiples de la dimensión Toma de perspectiva según año de carrera	42
7.3	Prueba Post Hoc: Comparaciones múltiples de la dimensión Atención por compasión según año de carrera	44
8	Análisis Comparativo de la Orientación empática respecto al sexo, según año de carrera.	47
9	Análisis Comparativo de la Orientación empática entre grupos de edad, según año de carrera.	48

Índice de gráficos

Nº	Título de gráficos	Pág.
1	Promedio de Orientación Empática en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación.	33
2	Gráfico comparativo de la Orientación empática según año de carrera.	41
3	Gráfico comparativo de la dimensión “Toma de perspectiva” según año de carrera.	43
4	Gráfico comparativo de la dimensión “Atención por Compasión” según año de carrera.	45
5	Gráfico comparativo de la dimensión “Capacidad para ponerse en el Lugar del otro” según año de carrera.	46

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de orientación empática en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.

Material y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-observacional, prospectivo, con diseño no experimental de corte transversal. Realizado en 134 estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación del 2do al 5to año de carrera de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la UNMSM; se empleó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ).

Resultados: En general se obtuvo una puntuación media de 114.60 ± 14.424 , que corresponde a un nivel alto de orientación empática, cualitativamente esta categoría está representada por el 85.1%; respecto a las dimensiones; se obtuvieron puntuaciones medias de “Toma de perspectiva” (61.33, nivel alto [91.0%]), “Atención por compasión” (41.16, nivel alto [82.8%]), y “Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente” (12.38, nivel medio [61.2%]). No hay diferencias significativas en general ni en las dimensiones según sexo y según edad ($p > 0.05$), sí se encuentran diferencias significativas según año de carrera, a favor del 3er, 4to y 5to año respecto al 2do año de carrera ($p \leq 0.05$).

Conclusión: Los estudiantes de terapia física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, presentan una orientación empática favorable; específicamente se muestran prestos a la comprensión de los sentimientos de los pacientes y en poner atención a las experiencias personales de los pacientes como medio terapéutico.

Palabras Clave: Orientación empática, Toma de perspectiva, Atención por compasión, Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente.

ABSTRACT

Objective: Determine the level of empathic orientation in students of Physical Therapy and Rehabilitation of the National University of San Marcos, 2016.

Material and methods: quantitative descriptive-type approach observational, prospective, with no design experience of cross section. Conducted on 134 students of physical therapy and rehabilitation of 2 to 5 year career of the Academic Professional School of Medical Technology of San Marcos; Scale of Physician Empathy Jefferson (JSPE) was used.

Results: Overall an average score of 114.60 ± 14.424 , which corresponds to a high level of empathic orientation, qualitatively this category is represented by 85.1% was obtained; regarding size, mean scores of "Taking perspective" (61.33, high level [91.0%]), "Attention compassion" (41.16, high level [82.8%]), and "Ability to take the place were obtained Patient" (12.38, midlevel [61.2%]). No significant differences in overall size or by sex and by age ($p > 0.05$), they are significant differences career year, for the 3rd, 4th and 5th year for the 2nd year career ($p \leq 0.05$).

Conclusion: The students of physical therapy and rehabilitation National University of San Marcos have a favorable empathic orientation; specifically they are ready to understanding the feelings of patients and paying attention to personal experiences of patients as a therapeutic means.

Keywords: empathic orientation, perspective taking, Compassionate Care, Ability to take the place of Patient.

I. INTRODUCCIÓN

En ciencias de la salud, muchas son las definiciones que se le da al término «empatía», para este estudio y a manera de introducción, nos referimos a la empatía como un aspecto de la personalidad con notable influencia en las relaciones interpersonales, favoreciendo a la “relación con el paciente”, siendo ésta un elemento importante dentro de las ciencias de la Salud. ⁽¹⁾

Sobre lo expuesto, brindar al paciente un trato empático, resulta de gran utilidad para diseñar o reforzar los procesos terapéuticos y asistenciales en función a las necesidades de las personas, lo cual daría lugar a obtener información de utilidad diagnóstica con el fin de fortalecer la adhesión al tratamiento por parte del paciente. ⁽²⁾

Por ello es necesario conocer la orientación empática de manera progresiva, desde los primeros años de formación hasta culminar la misma. En este período la orientación empática puede pasar por un proceso de fortalecimiento o de desgaste a medida que el estudiante avanza su formación profesional.

A nivel de América Latina, existen evidencias derivadas de investigaciones realizadas en estudiantes y profesionales de medicina, odontología y kinesiología; no obstante, a nivel nacional dicha información relacionada a la formación en terapeutas físicos es escasa. Por esta razón, se hace necesaria realizar estudios específicamente de la orientación empática, a fin de conocer el comportamiento de la misma.

1.1. Antecedentes

Internacionales

Guadalupe M. y Cols. (2014), realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de orientación empática de los estudiantes de medicina de la Universidad central de Este, en República Dominicana; se trató de una investigación no experimental, descriptiva transversal. El estudio se desarrolló en 515 estudiantes del 1ro al 5to año de carrera; se empleó la escala de la Escala Médica de Jefferson (EEMJ). De esta manera se encontró que el nivel de orientación empática de los estudiantes fue alto, asimismo, no se encontraron diferencias significativas según año de carrera, no fue así cuando se comparó según sexo, encontrándose diferencias marcadas a favor de los varones. A manera de conclusión, lo autores recalcan la necesidad de realizar más trabajos de investigación cuyo fin esté relacionado con la determinación de los factores que influyen en los bajos niveles de orientación empática. ⁽³⁾

Humberán J. y Cols (2014). A fin de determinar el nivel de orientación empática de los estudiantes de odontología del primer al quinto nivel de la carrera de Odontología de la Facultad de Medicina de Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana, en Santiago de Chile; Se realizó un estudio, empleándose la Escala de Empatía médica de Jefferson en 318 estudiantes del primer al quinto año de carrera. Los autores no encontraron diferencias significativas según años de carrera; no obstante, si obtuvieron diferencias significativas según género a favor de las mujeres. A modo de conclusión, los autores concluyen que los estudiantes, en términos globales, presentan un alto nivel de orientación empática, siendo las mujeres quienes favorablemente manifiestan la orientación empática. ⁽⁴⁾

Alonso L. (2013) En su estudio, con el fin de determinar el nivel de orientación empática de los estudiantes de medicina de la Universidad del Norte de Colombia. El estudio se llevó a cabo en 345 estudiantes voluntarios de los cinco años de carrera universitaria, a quienes se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson. En términos genéricos, encontraron que la orientación empática presentó valoraciones por encima del valor central del rango de la escala que oscila entre 20 y 140, además, no se hallaron diferencias significativas entre por género ni

año de carrera. Por lo tanto, a manera de conclusión, los autores señalan que los promedios de orientación empática, presentaron tendencia casi constante con puntuaciones no significativas. ⁽⁵⁾

Contreras T. y Cols (2014) Realizaron un estudio, con el objetivo de Conocer la orientación empática de los estudiantes de primero a quinto año de la Carrera de Kinesiología de la Universidad de Magallanes. Se busca conocer y comparar si la orientación empática varía según avance académico de los estudiantes, y si hay diferencia entre los primeros años de estudio y los dos últimos. Se evaluó la empatía con la Escala de Empatía Médica de Jefferson. En los resultados se comprobó un alto nivel de empatía de los alumnos de Kinesiología de la Universidad de Magallanes. Al comparar según género, no se encontraron diferencias significativas al comparar la orientación empática según año cursando, pero sí existen diferencias significativas entre los estudiantes de cuarto y quinto año académico en comparación con los de primero y segundo año. Sin embargo, los estudiantes de tercer año presentaron menor orientación empática, en comparación a los otros años. ⁽⁶⁾

Torres C. y Cols (2015) realizaron un estudio, con el objetivo de identificar las variaciones en los niveles de empatía de los alumnos de fisioterapia tras estar en contacto con los pacientes. El instrumento utilizado ha sido la escala de Jefferson (EEMJ), para identificar niveles de empatía y sus dimensiones (atención por compasión, ponerse en el lugar del otro y toma de perspectiva). Los resultados fueron que los niveles de empatía, aunque son Medios, han incrementado significativamente ($p < 0,01$) desde el inicio ($83,71 \pm 7,18$) al final ($86,17 \pm 6,85$) de las clases. Mismamente son significativos los cambios en ponerse en el lugar del otro, $7,42 \pm 3,08$ a $8,15 \pm 2,59$ ($p < 0,04$), sin embargo los niveles de toma de perspectiva ($58,21 \pm 7,54$ a $60,01 \pm 8,05$) y atención por compasión ($12,84 \pm 4,76$ a $13,09 \pm 5,8$) han mejorado pero no significativamente ($p < 0,07$). ⁽⁷⁾

Castañeda S. y Parraguez R. (2009). En Chile, hicieron una investigación con el fin de Conocer la orientación empática de los alumnos de la carrera de kinesiología de dos escuelas de la región metropolitana. Se contó con la participación de 274 alumnos pertenecientes al 1ro, 3er y 5to año de carrera de Kinesiología. Se empleó la escala de empatía médica de Jefferson. Encontraron mayores puntuaciones en

la EEMJ con significación estadística en el tercer y quinto nivel de la carrera con relación al primero ($p < 0,05$); No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones según sexo. ⁽⁸⁾

Nacionales

Salcedo M. y Díaz V. (2014) Con el objetivo de evaluar los niveles de empatía de los alumnos de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, desarrollaron un estudio en 200 estudiantes a quienes se les aplicó la Escala de Empatía de Jefferson. Encontraron que no existen diferencias significativas según año de carrera y sexo del estudiante. Los autores concluyen señalando que la empatía en los estudiantes de la universidad mencionada muestra pequeñas variaciones absolutas, aun así, ni el sexo ni el año de carrera son variables diferenciadoras. ⁽⁹⁾

Ñique C. (2013), desarrollaron un estudio con el fin de determinar el nivel de conocimientos sobre la empatía en los estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad San Martín de Porres, Filial Norte. Se llevó a cabo en 50 estudiantes a quienes se les aplicó la Escala de Empatía de Jefferson. Para ello, se evaluó el sexo, edad, y ciclo de estudios; en general se obtuvo un puntaje de 89.8 correspondiente a la categoría de nivel Medio de orientación empática, siendo este mayor en los alumnos del primer ciclo de estudios. En términos generales, se encontró que existe una puntuación media-alta sobre la orientación empática. ⁽¹⁰⁾

Gutiérrez F. y Cols. (2012) Con la finalidad de evaluar el nivel de percepción empática de los alumnos de la Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; Realizaron una investigación en 258 alumnos del primer al quinto año de carrera a quienes se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Encontraron mayores puntuaciones a favor del quinto año de carrera comparados con los otros años, así como en las mujeres comparadas con los varones; predomina el nivel medio de orientación empática, a su vez en las tres dimensiones: toma de perspectiva, atención por compasión y habilidad para ponerse en el lugar del paciente. ⁽¹¹⁾

Ubillús G. y Cols. (2010) Desarrollaron una investigación, a fin de conocer el nivel de orientación empática en los estudiantes de medicina de la Universidad San

Martín de Porres. Se llevó a cabo en 193 correspondientes a los seis primeros ciclos de carrera universitaria, a quienes se les aplicó la Escala de empatía Médica de Jefferson. Entre los resultados más resaltantes se tiene que los alumnos del IV año obtuvieron el mayor puntaje (6.1) de orientación empática, sin embargo el I ciclo obtuvo menor puntaje (5.5); las mujeres presentaron mejores puntuaciones (5.9) comparadas con los varones (5.8); finalmente, el grupo etario con mayor puntuación fue los estudiantes de 25 a 28 años de edad. A modo de conclusión, los autores señalan que los alumnos que están en los niveles intermedios de la carrera de medicina humana (III y IV año de medicina), las mujeres y el grupo etario de 25 – 28 años obtuvieron mayores puntuaciones en la Escala de Empatía Médica de Jefferson. ⁽¹²⁾

1.2. Importancia de la Investigación

La relevancia de la investigación, radica en la necesidad de conocer el comportamiento de la variable orientación empática en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica del Área de Terapia Física y Rehabilitación, debido a la escasa información en este grupo profesional. Debido a que diversas investigaciones asocian la actitud empática con el grado de satisfacción ^(2, 4, 8) y la competencia al realizar la anamnesis de una persona. ⁽¹³⁾

Por lo expuesto, se realiza este primer estudio en el país, en estudiantes de formación de la carrera, resaltando su importancia en el futuro profesional, más aún en aquellas relacionadas con la rehabilitación y el enfrentamiento con una o más disfunciones y las repercusiones que la misma genera en la vida de un ser humano.

A raíz de la información obtenida por los resultados de la investigación, se tiene el punto de partida, para generar talleres de sensibilización en colaboración de un equipo multidisciplinario. De esta manera, para poder actuar de una forma empática con lo que pudiera estar viviendo una persona con alguna discapacidad. La cual nos brindará una herramienta que ayudará a reconocer las posibles necesidades y expectativas del paciente para poder aplicar tratamientos más adecuados y con ello tener mejores resultados en las intervenciones.

Además, con los resultados del estudio, se puede contribuir a detectar las deficiencias y buscar correctivos en el desempeño de la empatía de los estudiantes

de Terapia Física y Rehabilitación de la UNMSM, promoviendo la concientización y formación de los mismos en la relación ideal Terapeuta físico -paciente.

1.3. Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de orientación empática en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos-2016?

1.4. Objetivos

Objetivo general

Determinar el nivel de Orientación empática en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos- 2016.

Objetivos específicos

- 1) Determinar la orientación empática, según dimensiones: Toma de perspectiva, Atención por compasión y Capacidad de ponerse en el lugar del paciente; en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación.
- 2) Comparar la orientación empática, en general y por dimensiones; según sexo de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación.
- 3) Comparar la orientación empática, en general y por dimensiones; según edad de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación.
- 4) Comparar la orientación empática, en general y por dimensiones; según año de carrera de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación.

1.5. Finalidad

Al cumplir el objetivo principal de esta investigación, se tiene información tangible y sólida respecto a la Orientación empática del Terapeuta Físico en formación, inmersa en la relación con el paciente y el compromiso que tiene para el tratamiento de un problema determinado. Esto permitirá reforzar o replantear intervenciones educativas en los aspectos de déficit o debilidades en los estudiantes.

1.6. Bases teóricas

1.6.1. La empatía

Robert Vlscher en el siglo XVIII, empleó formalmente por primera vez el término “empatía” en su contexto con la terminología «Einfühlung», que en lengua común, significa: *Sentirse dentro de*.⁽¹³⁾ Un hito importante en el desarrollo del concepto de la *empatía* se dio en el año 1949, cuando Dymond introduce el término *adopción de perspectiva* (“role –taking”); en esta línea de pensamiento, en el año 1969, Hogan la define como un “intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás”.⁽¹⁴⁾ Hasta 1980, si bien el concepto de la Empatía había sido objeto de múltiples estudios, existía muy poco consenso al respecto, distinguiéndose dos enfoques contrapuestos (el “cognitivo” y “el afectivo”); por ello, a partir de ese cuadro, se empieza a trabajar sobre una definición integradora de la empatía, que tienen en cuenta tanto sus componentes cognitivos como los afectivos; del cual, Davis propone una definición multidimensional de la Empatía y un nuevo instrumento para su medida.⁽¹⁵⁾

En la década de los años 90, se aborda las investigaciones relacionadas con la empatía desde el enfoque de la “Inteligencia Emocional”, terminologías acuñadas por Saovey y Mayer, a inicios de la década, pero popularizada por Goleman (1995). Para el año 1997, Meyer y Salovey, manifiestan que la inteligencia emocional está formada por cuatro capacidades «Percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional», de este enfoque deriva que la empatía incluye aspectos relacionados con la comprensión y la percepción de las emociones en otras personas, coherentemente con las propuestas cognitivas en el estudio de la empatía; no obstante, este modelo no permite contemplar los aspectos afectivos de la misma.⁽¹⁵⁾

Estudios realizados por Bar-On desde 1997 al 2000 sobre Inteligencia Emocional, brindan otra aproximación en la cual se considera a la empatía como un componente del factor denominado habilidades interpersonales, y se define como la capacidad de ser consciente y comprender emociones, sentimientos e ideas de otras personas; considerándose a la empatía como un componente cognitivo.⁽¹⁶⁾

El marco de inteligencia emocional resulta favorable para el estudio de la empatía como uno de sus componentes, pero al mismo tiempo este modelo limita la definición de dicho constructo, puesto que solo contempla la empatía como habilidad o capacidad de tipo cognitivo, obviando su componente emocional.

Sobre ello, cabe mencionar que Irving y Dickson estudian la empatía como una actitud que contempla la habilidad comportamental junto con la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía. No se debe ignorar su componente emotivo, que se relaciona con la capacidad de sentir las experiencias y sentimientos del otro. Surge un sentimiento espontáneo de identificación con el que sufre, facilitado por la emoción. En el caso del estudiante, esta perspectiva se revela con gran claridad.
(17)

1.6.2. Orientación empática

La orientación empática involucra tanto aspectos cognitivos como afectivos y que se define como la regularidad en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones personales para actuar de manera empática en el contexto de sus roles como futuros profesionales de salud.⁽¹⁸⁾

Saber ponerse en el lugar de otro, presupone que la persona reconozca las propias emociones, las acepte y no las reprima; mientras que la persona que tiene miedo de las propias emociones, ignorará las señales emocionales de los demás. Quien pone una fachada a las propias emociones, obliga a los demás a comportarse de la misma manera, y con esto, dificulta el desarrollo de una relación empática.⁽¹⁹⁾

El nivel de orientación empática del profesional de la salud desempeña un rol fundamental en la relación médico-paciente u otro profesional de la salud - paciente. Está bien establecido que los profesionales de la salud con alto nivel de orientación empática son más competentes en el momento de obtener y realizar una completa historia clínica, así como al realizar el examen clínico, y además logran mayores niveles de motivación en sus pacientes, haciéndolos más participes en el tratamiento.⁽²⁰⁾

1.6.2.1. Factores de la Orientación empática.

La empatía definida operacionalmente como un elemento fundamental del profesional o futuro profesional de la salud; en situación de atención debe establecer en la relación con el paciente tres dimensiones fundamentales propuestas según el modelo del grupo Jefferson⁽²¹⁾:

- **La toma de perspectiva:** caracterizada por la comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, comprensión de los sentimientos de los familiares como táctica para establecer buenas relaciones con el paciente, atender el paciente desde su perspectiva. tratar de pensar en él, mantener un buen sentido del humor, valorar el lenguaje verbal y no verbal, considerar la empatía como una habilidad necesaria y como una estrategia terapéutica en sí misma.
- **La atención por compasión:** se relaciona con poner atención a las experiencias personales de los pacientes como elementos importantes en la afectividad del tratamiento, conocer lo que pasa en la vida del paciente como medio para conocer su relación con las dolencias físicas , comprender que el establecimiento de lazos afectivo puede coadyuvar al tratamiento , entender que la formación como profesional de la salud debe ser integral y poner atención a los sentimientos de los pacientes durante la anamnesis e historia clínica.
- **La capacidad de ponerse en el lugar del paciente:** relacionado con el comprender que las interrelaciones sentimentales del paciente y los familiares son importantes en todo proceso salud- enfermedad, ver las cosas desde la perspectiva del paciente y entender que aunque los pacientes seas distintos a este profesional, cada vez deben ser mejor comprendidos, poniéndose en su lugar ante el problema que presenta, sea de índole físico o psicosocial.

1.6.3. Empatía en estudiantes de Ciencias de la Salud

En palabras de Hipócrates, “el paciente puede recuperar su salud, simplemente por la satisfacción de la bondad del médico” y Pasteur “aunque tengas toda la ciencia si no tienes piedad, no tienes nada”, se denota el carácter eminentemente humanista que ha de considerarse en la formación del profesional de la salud para que pueda tener las competencias necesarias y así ejercer la profesión de manera integral e idónea. ⁽²²⁾

Investigaciones realizadas en muy distintos contextos culturales comprueban que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida en hospitales y centros ambulatorios, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que les atiende, destacándose como elementos fundamentales de este trato la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible de éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el paciente y la posibilidad que el paciente puede expresarse. ⁽²³⁾

La empatía es generalmente aceptada como un rasgo deseable en los profesionales de la salud y cada vez hay más demandas para evaluar el nivel de empatía en algún momento durante los estudios, o antes de la admisión de estas carreras, ⁽²⁴⁾

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

El descuido en algunos países de los objetivos educativos, explica cierta tendencia a una enseñanza, que prioriza la información sobre la formación; la técnica sobre la compasión; la instrucción sobre la educación y sobre todo, la habilidad sobre la espiritualidad. Se corre así el riesgo de egresar profesionales de la salud cada vez más actualizados, pero menos sensibles; cada vez más tecnificados, pero menos involucrados; cada vez más entrenados pero menos disponibles; cada vez más equipados, pero menos integrales; cada vez más automatizados, pero menos

humanizados; y cada vez más capaces de "hacer", pero menos capaces de "estar"
(25)

La empatía es una habilidad indispensable en todo profesional de la salud , por lo tanto ; el proceso formativo tiene como propósito entregar profesionales de calidad con actitud humanitaria , quienes participen en su formación deberán fortalecer la empatía , desarrollando una cultura humanitas sin desmedro de los aspectos físicos u orgánicos del paciente.

Por lo cual, es importante considerar que la orientación empática puede ser aumentada significativamente mediante la enseñanza, particularmente, si el docente está inmerso en las experiencias de los estudiantes con los pacientes, tanto en el ámbito hospitalario como en la red ambulatoria.

En conclusión en la práctica clínica los pacientes y sus familias se relacionan con el médico tratante, médicos residentes, especialistas y estudiantes de las Ciencias de la Salud entre otros, sin embargo el paciente pasa a ser alguien que no sólo recibe atención, sino que también contribuye en el aprendizaje del estudiante en las diferentes áreas clínicas desde su etapa de formación, razón suficiente para que la interacción con el paciente y su familia sea de calidad y calidez. No obstante, durante el transcurso de la carrera de los estudiantes en formación, por lo general se observa que algunos alumnos logran de manera satisfactoria el conocimiento y las habilidades prácticas en el ámbito académico, pero se ven en problemas en el área clínica, cuando les corresponde establecer una relación empática con el paciente y la familia, simplemente porque esta conducta, aun no la han consolidado.

1.6.4. Relación Terapeuta Físico – Paciente

El sentido inicial de la relación profesional –paciente se base en una relación empática por excelencia. (23) Desde un punto de vista científico y ético, el profesional de la salud está obligado a atender, desde el saludo inicial hasta el alta del paciente, de la mejor manera posible ya que es responsable de su enfermedad. Desde la primera entrevista se puede establecer una alianza terapéutica basada en la confianza que va a influir en buena medida en el tratamiento.

En el ámbito de la Salud hay que tener que no se intervienen objetos que tienen un precio, ni con alimentos con una fecha de caducidad, sino personas que tienen vida, con circunstancias vitales, en cada caso diferente, determinadas por su carácter y personalidad. En donde una comunicación apropiada contribuye con el establecimiento de una relación terapeuta físico-paciente más eficaz por la trascendencia que esta tiene en la relación o pronóstico de la patología tratada. ⁽²⁶⁾

Todas las premisas que se han identificado anteriormente confluyen en la importancia de la empatía, siendo éste un aspecto esencial ya que adquiere un compromiso por parte del profesional y la participación activa y de autorresponsabilidad del paciente y sus personas más cercanas. La empatía experimentada por el profesional se caracteriza por la conciencia de las emociones, necesidades e inquietudes del paciente, en la que interviene la habilidad práctica de la inteligencia emocional. ⁽²⁷⁾

Se piensa que demostrar empatía es innato, una forma de ser, sin embargo, al ser una actitud que se trasmite con los gestos y la palabra del sanitario, propicia mejores resultados en el logro de una adecuada comunicación terapéutica, por lo que puede ser enseñada y aprendida utilizándose como una herramienta comunicativa de gran valor.

Según un estudio elaborado por Aguado L. los fisioterapeutas son empáticos, pero no favorecen a la participación activa. ⁽²⁸⁾

La participación activa del profesional en el establecimiento de una relación eficaz con su paciente, determinara su cumplimiento o adherencia terapéutica, que Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se corresponde como la magnitud de que el paciente sigue las instrucciones sanitarias. El cumplimiento de las prescripciones, favorecerá el aumento de la efectividad de los tratamientos; teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones: promover la relación fisioterapeuta –paciente, informar al paciente sobre su enfermedad y tratamiento , haciéndole partícipe del plan terapéutico simplificándolo para un entendimiento sencillo , dándole información escrita como método recordatorio, tener en cuenta

las personas más cercanas, marcar objetivos cercanos , motivar y estimular al paciente y gestionar las tareas recomendadas. ⁽²⁹⁾

Platt en1992, plantea algunos caminos orientados a la práctica de una empatía efectiva:

- Diferenciar las emociones intensas de los pacientes en cada situación.
- Ponerse en el lugar del paciente y valorar el esfuerzo para afrontar el problema.
- Comunicar al paciente la percepción de sus sentimientos apoyando y colaborando conjuntamente. ⁽³⁰⁾

A nivel nacional, Los profesionales de Terapia Física y Rehabilitación o Fisioterapeutas son avalados por el Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú (CTMP), este elaboro el código de ética del profesional; los artículos sobre la relación con los pacientes, dicen lo siguiente:

- “Artículo 23°.- La razón del Tecnólogo Médico es la vida humana, por lo que deberá atender a todos los pacientes con calidad, calidez, cortesía, comprensión y estricto respeto a su condición de seres humanos.
- Artículo 24°.- Los resultados relacionados al diagnóstico y pronóstico obtenidos por el Tecnólogo Médico deben ser emitidos con claridad, precisión y previstos de base científica.
- Artículo 25°.- Por el secreto profesional, el Tecnólogo Médico está obligado a no revelar la información proporcionado por su paciente, obligación que subsiste íntegramente aun posterior a la prestación de servicio, no permitiendo su divulgación.
- Artículo 28°.- El Tecnólogo Médico tiene el deber de comunicar al paciente sobre su intervención profesional, informando respecto a los riesgos y posibles complicaciones o reacciones adversas que se pudiere presentar” ⁽³¹⁾

En conclusión desarrollo de las relaciones interpersonales entre fisioterapeutas y pacientes es de indiscutible importancia. Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente generan problemas de comunicación que a su vez provocan insatisfacción del paciente. En la medida que el Terapeuta entienda lo

que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo la empatía se vuelve un vehículo de la relación fisioterapeuta paciente.

1.6.5. Estudiantes de Terapia Física de la UNMSM

Perfil Académico Profesional

Los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la UNMSM son alumnos de la E.A.P de Tecnología Médica futuros profesionales de la salud cuya formación se orienta a una sólida formación científica y Humanística; en la que se asienta un conocimiento profundo del movimiento humano y de los agentes físicos, naturales y artificiales y sus aplicaciones en la prevención de las enfermedades y discapacidades, promoción y recuperación de la salud, y rehabilitación de la persona.

- a) Realiza el diagnóstico y pronóstico fisioterapéutico, elabora, ejecuta y monitoriza protocolos, programas y planes de fisioterapia con calidad y eficiencia, participa en programas y planes de fisioterapia con calidad y eficiencia; participa en programas de Salud comunitaria y en la estrategia de atención primaria de la salud, incluyendo la educación para la salud; investiga en su campo de acción profesional y participa en equipos de investigación inter y multidisciplinarios.
- b) Gerencia y gestiona servicios de salud y de fisioterapia, públicos y privados, y empresas relacionadas con su rol profesional.
- c) Desarrolla y mantiene permanentemente una conducta ética en su labor profesional, respetando la dignidad y los derechos de la persona, familia y comunidad, contribuyendo a conservar y mejorar su calidad de vida. ⁽³²⁾

La naturaleza de la Terapia Física y Rehabilitación o Fisioterapia está en proveer servicios a las poblaciones y su gente para desarrollar, mantener y restaurar máximas capacidades de movimiento y funcionalidad a través del período de vida. Además, está relacionada también en los campos de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incluyendo como factor importante del éxito de la intervención, la interacción entre el fisioterapeuta el paciente, su familia y cuidadores. Por lo tanto, un futuro profesional en Terapia Física y Rehabilitación,

debería tener un conocimiento íntegro del paciente y de su entorno. Del mismo modo, debe poseer las estrategias comunicacionales, habilidades empáticas necesarias y la capacidad de poder transmitir todas esas cualidades al paciente con el fin de poder otorgar una intervención terapéutica de calidad.

Los profesionales de Terapia Física y Rehabilitación son avalados por el Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú (CTMP) , en dicha entidad el Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación es considerado un profesional independiente , que actúa directamente con las personas , realizando evaluación , diagnóstico físico – funcional , programación y tratamiento para la promoción y prevención , mantenimiento y/o restablecimiento funcional en problemas de salud relacionados con deficiencias , discapacidades y minusvalías buscando optimizar las capacidades fisiológicas y psico-neuro- sensorio motrices de la persona. ⁽³¹⁾

Por lo expuesto, el egresado de Terapia Física y Rehabilitación de la UNMSM posee todas estas características, Todas ellas le permitirán realizar un mejor intervención terapéutica; sin embargo, para que esta, tenga o no éxito va a depender de diferentes factores, como el conocimiento íntegro del paciente y de su entorno, de su personalidad, de los modos que tiene de enfrentar su discapacidad y de la colaboración que entregue él y su familia durante el desarrollo del proceso. Aunque esto esté presente, según opinión propia, sólo se puede lograr si el fisioterapeuta posee las estrategias comunicacionales y habilidades empáticas necesarias y la capacidad de poder transmitir todas esas cualidades al paciente.

1.7. Definición de términos básicos

- a) **Empatía:** una actitud que contempla la habilidad comportamental junto con la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía.
- b) **Orientación empática:** Involucra tanto aspectos cognitivos como afectivos y que se define como la regularidad en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones personales para actuar de manera empática en el contexto de sus roles como futuros profesionales de salud.
- c) **Toma de Perspectiva:** caracterizada por la comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, así como de los familiares.
- d) **Atención por compasión:** poner atención a las experiencias personales de los pacientes como elementos importantes en la afectividad del tratamiento.
- e) **Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente:** relacionado con el comprender que las interrelaciones sentimentales del paciente y los familiares.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo y diseño de investigación

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, dado que se recurre al conteo y a procedimientos matemáticos y estadísticos para el conteo de datos y la medición de las variables. Es de tipo descriptivo-observacional, prospectivo, dado que se describe el fenómeno tal cual se observa en la realidad, sin alteraciones ni manipulaciones. Sigue los lineamientos del diseño no experimental de corte transversal, dado que no se manipula variable para ver efectos en otra; y la información y medición de la variable se ha dado una sola vez en el tiempo.⁽³⁴⁾

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

Constituida por Los 134 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica en el área de Terapia física y Rehabilitación del 2do al 5to año del año 2016. Los estudiantes han sido tomados de la revisión de actas oficiales de la unidad de matrícula para el presente año.

Se recogió los datos, teniendo en cuenta los siguientes criterios de selección:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Alumnos pertenecientes de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación que estén en el ciclo regular, del 2do al 5to año de carrera de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el Año Académico 2016.
- Alumnos que voluntariamente, deseen participar libremente en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Estudiantes que no pueden comprender y/o completar correcta y adecuadamente la Escala de Empatía Médica de Jefferson.
- Estudiantes que estén participando de algún voluntariado.
- Estudiantes que se encuentren en el 1er año de Terapia Física y Rehabilitación.

2.3. Variables

VARIABLE

- Nivel de orientación Empática

VARIABLES DE COMPARACIÓN

- Sexo
- Edad
- Año de carrera

2.4. Operacionalización de variables

Var.	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorización	
					Medida	Valores
Orientación empática	Regularidad en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones personales para actuar empleando aspectos cognitivos y afectivos; puede ser explicada a través de la toma de perspectiva, por la atención por compasión y la capacidad de ponerse en el lugar del otro.	La escala tiene puntaje mínimo de 20 y máximo 140; se trabaja según sus valoraciones numéricas, teniendo en cuenta el siguiente baremo para fines interpretativos: General: bajo (20-60), medio (61-100), alto (101-140). Dimensiones: Toma de Perspectiva: bajo (10-30), medio (31-50), alto (51-70) Atención por compasión: bajo (7-21), medio (22-35), alto (36-49). Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente: bajo (3-9), medio (10-15), alto (16-21)	Toma de Perspectiva	<p>Comprensión de sentimientos</p> <p>Comunicación con lenguaje corporal y verbal</p> <p>Sentido del humor</p> <p>Intensión de empatía</p> <p>Valoración <i>paciente</i> → <i>terapeuta</i> por entender sus sentimientos</p> <p>Discernimiento de lo que acontece en la mente del paciente</p> <p>Empatía como generador de éxito terapéutico</p> <p>Comprensión de estado emocional Terapeuta → paciente - familia</p> <p>Pensar como el paciente para optimizar cuidado</p> <p>Empatía como factor terapéutico</p>	Ordinal	1
			Atención por compasión	<p>Comprensión de sentimiento para el tratamiento fisioterapéutico</p> <p>Importancia de prestar atención a las emociones durante registro</p> <p>Importancia de prestar atención a las experiencias en resultados</p> <p>Importancia de los lazos emocionales en el éxito de tratamiento</p> <p>Importancia de conocer vivencias personales de pacientes</p> <p>Importancia de las emociones en el éxito de tratamiento</p> <p>Rechazo a la literatura no médica o practica</p>		<p>Totalmente en desacuerdo</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>Totalmente de acuerdo</p>
			Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente	<p>Dificultad del terapeuta para ver las cosas como el paciente.</p> <p>Dificultad para enfocar como siente el paciente.</p> <p>Rechazo a involucrarse emocionalmente con el paciente.</p>		

2.5. Hipótesis

El nivel de orientación empática es alto en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, la que se aplicó a los estudiantes de esta casa de estudio., esta consta en dos partes:

1) Ficha de Datos

Elaborada por el investigador, se empleó para recolectar la información de las variables: sexo, edad y año de carrera de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Para la medición de la variable del Nivel de Orientación empática se utilizara:

2) Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ)

La cual mide la empatía en médicos y estudiantes de ciencias de la salud (s- versión). Esta escala está compuesta por 20 preguntas orientadas a la comunicación y empatía que poseen dichos estudiantes durante sus prácticas clínicas con los pacientes. Las cuales son evaluadas en una escala de tipo Likert de siete puntos donde 1 es “totalmente en desacuerdo “, hasta 7 que es “totalmente de acuerdo” El puntaje obtenido va de un mínimo de 20 a un máximo 140. Mientras más alto es el puntaje, mayor es la orientación empática del estudiante a los pacientes. Sobre esta base se puede decir que la orientación empática consta de tres dimensiones: “Toma de perspectiva”, “Atención con compasión” y “Capacidad para ponerse en el lugar del paciente”.

- Toma de perspectiva: consta de diez preguntas, que están redactadas en forma positiva, las que corresponden según la EEMJ a las preguntas número 2, 4, 5 ,9,10,13,15,16,17 y 20
- Atención por compasión: consta de 7 preguntas, las cuales fueron redactadas en forma negativa, las cuales son 1, 7, 8, 11, 12,14 y 19.

- Capacidad para ponerse en el lugar del paciente: está conformado por las preguntas número 3, 6 y 18, las cuales están redactadas en forma negativa

Creada por el grupo Jefferson, como Centro para la Investigación Educativa y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Center for Research in Medical Education and Health Care) dirigido por Mohammadreza Hojat, este instrumento en el idioma Inglés, se caracteriza por tener reconocida confiabilidad interna o α de Cronbach entre 0,80 y 0,90. ⁽²¹⁾

Estudios que comparan EEMJ con otro instrumento que mide la empatía, demuestran que la EEMJ es el único instrumento que mide la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para situaciones que involucren cuidado o contacto de los pacientes. ⁽³⁵⁾

Según Mohammadreza Hojat: “La EEMJ puede ser administrada a estudiantes de medicina, sin modificación alguna. Sin embargo puede ser perfectamente administrada a estudiantes de otras profesiones de la salud, sustituyendo la palabra médico con el título adecuado (por ejemplo: enfermera, odontólogo, fisioterapeuta, etc.) “. ^(13, 21,35)

Fue traducida y Validada para el español por la Universidad de Nuevo León México. En el cual su consistencia Interna fue 0.84. ⁽³⁶⁾

En España ha sido aplicada a estudiantes de odontología por la Universidad Autónoma de Madrid. ⁽²⁾

En Colombia ha sido aplicada en estudiantes por la Universidad Metropolitana de Barranquilla. ⁽⁵⁾

En Argentina ha sido aplicada en estudiantes de Kinesiología y Fisioterapia por la Universidad. ⁽³⁷⁾

En Chile ha sido validada por la Universidad Mayor. En el cual su consistencia Interna fue 0.82. ⁽³⁸⁾

A nivel Nacional fue aplicada y adaptada culturalmente para el país, mediante Criterio de Jueces por la Universidad Cayetano Heredia. ⁽¹¹⁾

Así mismo fue aplicada en estudiantes de Medicina y odontología por las Universidades: UNPRG UNSMP y UNMSM respectivamente ^(12, 9,10)

La EEMJ siguiendo las sugerencias del autor se clasificara en Nivel Alto (101-140), Medio (61-100), Bajo (60-20). (13, 21,35).

Así mismo para las dimensiones se clasificara tomando como referencia investigaciones pasadas ^(6 7,11). Estas son:

- “Toma de Perspectiva”, Nivel Alto (70-51), Medio (50-31), Bajo (30-10).
- “Atención por compasión”, Nivel Alto (49-36), Medio (35-22), Bajo (21-7).
- “Capacidad de ponerse en el lugar del paciente”, Nivel Alto (21-16), Medio (15-10), Bajo (9-3).

Este instrumento, nos sirvió para la cuantificación, análisis e interpretación posterior. (VER ANEXO A)

2.7. Procedimientos y análisis de datos.

• Procedimiento

- a) El estudio se realizó solicitando autorización de la Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para poder ejecutar el estudio en sus instalaciones y con participación de los estudiantes.
- b) La aplicación de la Encuesta se realizó en los meses de Julio – Agosto del 2016. Se pidió autorización a los docentes y delegados de curso, para la aplicación de la encuesta al finalizar una de sus clases.
- c) Se comenzó con la explicación del proyecto y se les entregó el documento de consentimiento informado; los estudiantes que firmaron dicho documento se le presentó la EEMJ y se les dio las indicaciones para su llenado. El llenado de la encuesta fue en un tiempo aproximado de 20 minutos.
- d) En el caso de los alumnos de quinto año, la explicación del proyecto y la encuesta se realizó, en los hospitales y/o centros donde ellos se desempeñan en su práctica profesional, luego se procedió de la misma forma que los años anteriores.

- **Análisis de datos**

- a) Para la tabulación de resultados, los puntajes obtenidos en las preguntas en sentido negativo, se invirtieron utilizando la fórmula $8-x$ en la que x es el valor asignado a la pregunta, para “positivizar” el resultado, y así lograr que el promedio final de todas las preguntas tenga correlación directa con el grado de empatía ⁽²¹⁾
- b) Los datos fueron procesados con el apoyo de un Software estadístico, a fin de aplicar los estadísticos necesarios que den respuesta al problema de investigación.
- c) Se recurrió a la estadística descriptiva, específicamente a las medidas de tendencia central, tablas y gráficos.
- d) Se recurrió a la estadística inferencial como el Chi Cuadrado, ANOVA de un factor y la t de Student.

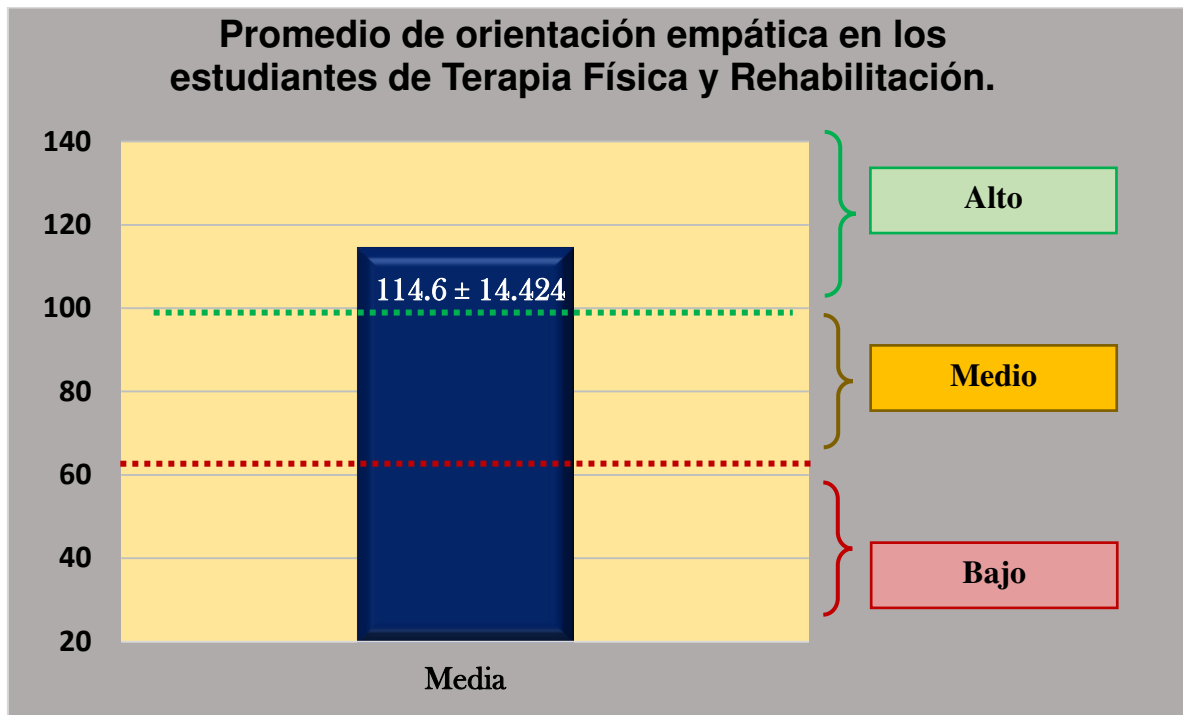
2.8. Consideraciones éticas.

Se realizó el consentimiento informado escrito de los estudiantes, tomando en consideración los aspectos éticos universales basados en la Declaración de Helsinki como antecedente, a cada estudiante que participe libre y voluntariamente se le brinda información acerca del propósito, participación, riesgos, beneficios y confidencialidad, donde solicitar información y los requisitos del estudio. (VER ANEXO B).

III. RESULTADOS

Luego de recoger la información a través del instrumento, los datos fueron procesados en atención a los objetivos del estudio, obteniéndose los siguientes resultados:

Gráfico N° 1



En la gráfico N°1, se presenta el análisis descriptivo de la Orientación empática en general, se observa que la puntuación media general, alcanzó un valor de 114.60 ± 14.424 , correspondiente a la categoría "Alto".

Tabla 1

Análisis porcentual de los niveles de orientación empática.

Niveles	ORIENTACIÓN EMPÁTICA		Chi cuadrado
	f	%	
Bajo	1	0.8	X ² =165.060 gl=2 p=0.000
Medio	19	14.2	
Alto	114	85.1	
Total	134	100.0	

En la tabla 1, se observa el predominio del nivel alto (85.1%), seguido por el nivel medio (14.2%), y solo el 0.8% de los estudiantes presentan nivel bajo de orientación empática, siendo dichas diferencias significativas (p=0.000).

Tabla 2

Promedios de la orientación empática, según dimensiones

	N	Media	Des. Est.
Toma de perspectiva	134	61.33	8.510
Atención por compasión	134	41.16	6.285
Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente	134	12.38	3.324

En la tabla 2, se observa que la puntuación media de la dimensión “Toma de perspectiva” alcanzó un valor de 61.33 ± 8.510 correspondiente a un nivel “Alto”; la puntuación media de la dimensión “Atención por compasión” alcanzó un valor de 41.16 ± 6.285 que corresponde al nivel “Alto”; finalmente, la puntuación media de la dimensión “Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente” alcanzó una valoración de 12.38 ± 3.324 , que corresponde al nivel “Medio”.

Tabla 3

Análisis porcentual de los niveles de orientación empática, según dimensiones

Niveles	Toma de Perspectiva		Atención por compasión		Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	1	0.8	1	0.8	33	24.6
Medio	11	8.2	22	16.4	82	61.2
Alto	122	91.0	111	82.8	19	14.2
Total	134	100.0	134	100.0	134	100.0
	X ² =201.955 gl=2 p=0.000		X ² =152.701 gl=2 p=0.000		X ² =49.000 gl=2 p=0.000	

En la tabla 3, se observa el predominio del nivel “Alto” con el 91.0% y 82.8% para la “Toma de perspectiva” y “Atención por compasión” respectivamente; por otro lado, predomina el nivel “Medio” con el 61.2% para la dimensión “Capacidad de ponerse en el lugar del paciente”. Las valoraciones de probabilidad, señalan que dichas diferencias son significativas (p=0.000).

Tabla 4

Análisis comparativo de la orientación empática según sexo, de manera general y por dimensiones.

		Variable	N	Media	Des. Est.	Prueba estadística	
Sexo	Toma de perspectiva	Varón	55	60.18	7,789	t=-1.305; gl=132; p=0.194	
		Mujer	79	62.13	8,939		
	Atención por compasión	Varón	55	39.93	6,333	t=-1.305; gl=132; p=0.059	
		Mujer	79	42.01	6,147		
	Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente	Varón	55	12.05	3,369	t=-0.947; gl=132; p=0.345	
		Mujer	79	12.61	3,295		
	ORIENTACIÓN EMPÁTICA		Varón	55	112.05	13,643	t=-1.720; gl=132; p=0.088
			Mujer	79	116.38	14,769	

En la tabla 4, se presentan los datos que fueron sometidos con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre varones y mujeres, a la prueba t de student para muestras independientes, cuyas valoraciones de probabilidad señalan que no existe diferencias significativas ni en general ni por dimensiones ($p > 0.05$).

Tabla 5

Análisis comparativo de la orientación empática según edad, de manera general y por dimensiones.

		Variable	N	Media	Des. Est.	Prueba estadística
Edad	Toma de perspectiva	Hasta 21	49	59.24	10,260	F=2.497; p=0.086
		22 a 23	43	62.07	7,005	
		24 a más	42	63.00	7,265	
	Atención por compasión	Hasta 21	49	40.69	6,606	F=0.212 p=0.810
		22 a 23	43	41.49	5,998	
		24 a más	42	41.36	6,308	
	Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente	Hasta 21	49	11.94	3,448	F=1.185 p=0.309
		22 a 23	43	12.28	3,418	
		24 a más	42	13.00	3,052	
	ORIENTACIÓN EMPÁTICA	Hasta 21	49	111.43	16,824	F=2.024 p=0.136
		22 a 23	43	115.67	12,288	
		24 a más	42	117.21	12,985	

En la tabla 5, se presentan los datos que fueron sometidos con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre los grupos de edades, a la prueba ANOVA de un factor, cuyas valoraciones de probabilidad señala que no existe diferencias significativas entre los grupos de edad ($p > 0.05$).

Tabla 6

Análisis comparativo de la orientación empática según año de carrera, de manera general y por dimensiones.

		Variable	N	Media	Des. Est.	Prueba estadística
Año de carrera	Toma de perspectiva	2do año	34	56.18	11,723	F=6.301; p=0.001
		3er año	42	63.48	5,469	
		4to año	37	62.65	7,432	
		5to año	21	63.05	5,740	
	Atención por compasión	2do año	34	38.26	6,912	F=4.948 p=0.003
		3er año	42	40.67	6,269	
		4to año	37	43.24	5,230	
		5to año	21	43.14	5,209	
	Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente	2do año	34	11.76	3,239	F=1.568 p=0.200
		3er año	42	11.90	3,384	
		4to año	37	13.11	3,619	
		5to año	21	13.05	2,559	
	ORIENTACIÓN EMPÁTICA	2do año	34	105.91	17,796	F=6.579 p=0.000
		3er año	42	115.88	11,329	
		4to año	37	118.70	13,337	
		5to año	21	118.90	9,762	

En la tabla 6, se presentan los datos que fueron sometidos con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre años de carrera a la prueba ANOVA de un factor, se encontraron diferencias significativas en la orientación empática ($p=0.000$) y en sus dimensiones “Toma de perspectiva” ($p=0.002$) y “Atención por compasión” ($p=0.003$),

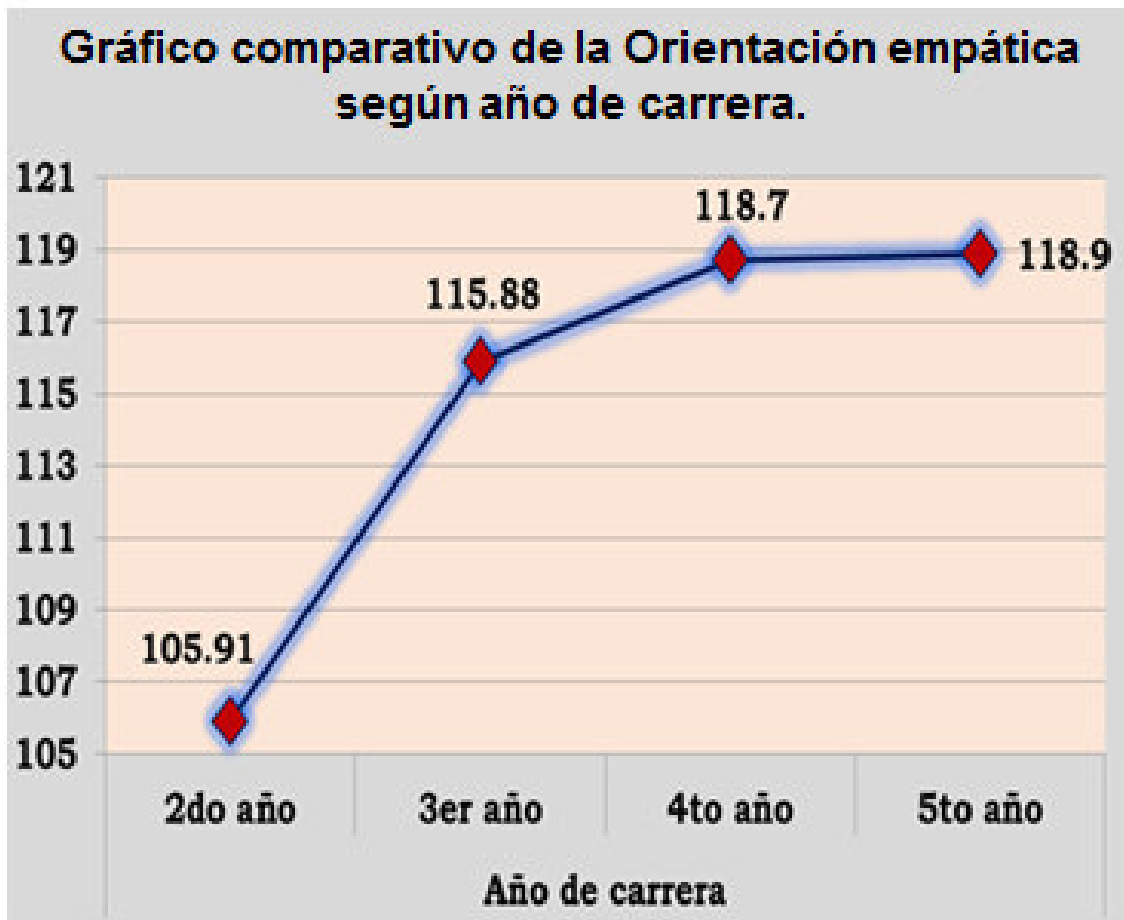
Tabla 7.1

Prueba Post Hoc: Comparaciones múltiples de la orientación empática, según el año de carrera

Dimensiones	(I)	(J)	(I-J)	Error estándar	Sig.	95% de IC	
						Lím. Inf.	Lím. Sup.
ORIENTACIÓN EMPÁTICA	2do año	3er año	-9,969*	3,517	,038	-19,38	-,36
		4to año	-12,791*	3,758	,007	-23,01	-2,57
		5to año	-12,993*	3,722	,006	-23,17	-2,82
	3er año	2do año	9,969*	3,517	,038	,36	19,58
		4to año	-2,822	2,804	,899	-10,41	4,77
		5to año	-3,024	2,756	,859	-10,60	4,55
	4to año	2do año	12,791*	3,758	,007	2,57	23,01
		3er año	2,822	2,804	,899	-4,77	10,41
		5to año	-,202	3,057	1,000	-8,56	8,16
	5to año	2do año	12,993*	3,722	,006	2,82	23,17
		3er año	3,024	2,756	,859	-4,55	10,60
		4to año	-,202	3,057	1,000	-8,16	8,56

En la tabla 7.1, se presentan los resultados de la Prueba Post Hoc, dado que los datos proceden de varianzas significativamente diferentes, se recurre a la prueba Tamhane, cuyas valoraciones de probabilidad señala que en general, la puntuación media obtenida en el 2do año de carrera difiere significativamente ($p \leq 0.05$), y de manera desfavorable, de las puntuaciones obtenidas en el 3er ,4to y 5to año (media=118.90 \pm 9,762).

Gráfico N°2



El gráfico N°2, muestra que la puntuación media obtenida en el 2do año de carrera (media=105.91 \pm 17.796) difiere significativamente ($p \leq 0.05$), y de manera desfavorable, de las puntuaciones obtenidas en el 3er (media=115.88 \pm 11,329), 4to (media=118.70 \pm 13.337) y 5to año (media=118.90 \pm 9,762).

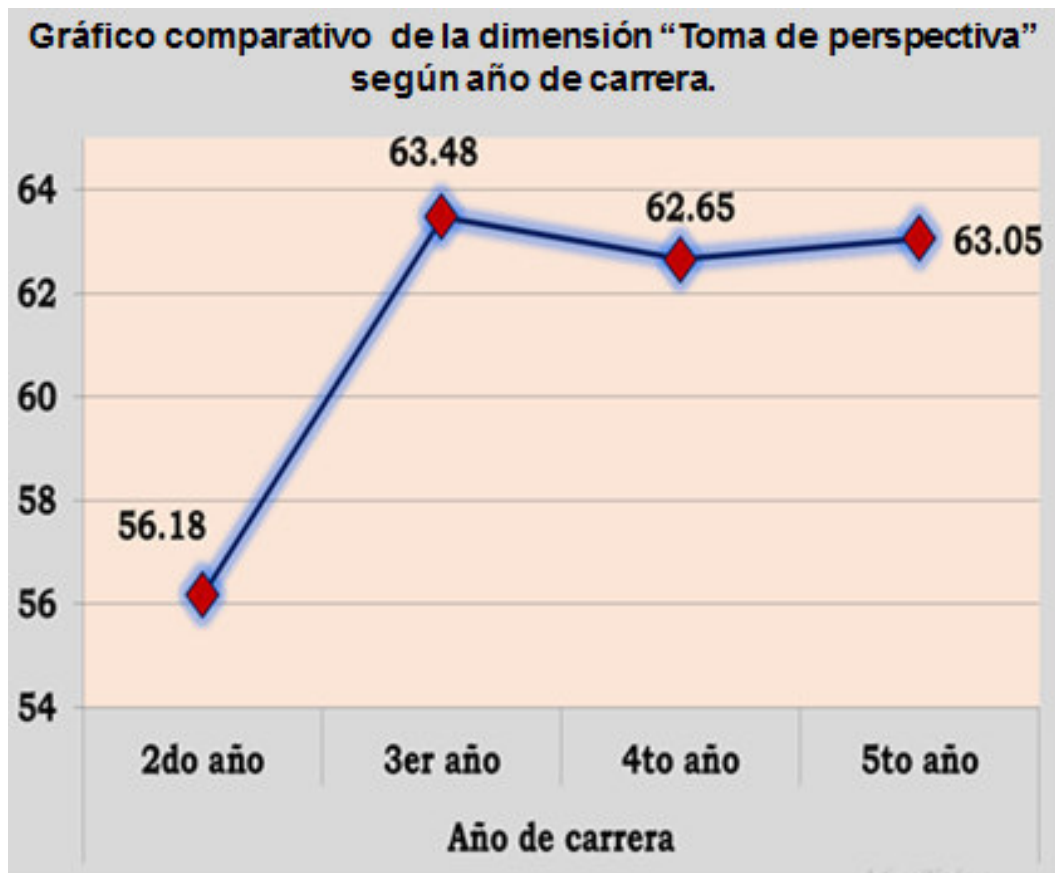
Tabla 7.2

Prueba Post Hoc: Comparaciones múltiples de la dimensión Toma de perspectiva, según el año de carrera

Dimensiones	(I)	(J)	(I-J)	Error estándar	Sig.	95% de IC		
						Lim. Inf.	Lim. Sup.	
Toma de perspectiva	Tamhane 2do año	3er año	-7,300 [*]	2,180	,010	-13,30	-1,30	
		4to año	-6,472 [*]	2,353	,047	-12,89	-,05	
		5to año	-6,871 [*]	2,369	,032	-13,35	-,39	
	3er año	2do año	7,300 [*]	2,180	,010	1,30	13,30	
		4to año	,828	1,485	,994	-3,20	4,86	
		5to año	,429	1,510	1,000	-3,76	4,62	
	4to año	2do año	6,472 [*]	2,353	,047	,05	12,89	
		3er año	-,828	1,485	,994	-4,86	3,20	
		5to año	-,399	1,750	1,000	-5,19	4,39	
	5to año	2do año	6,871 [*]	2,369	,032	,39	13,35	
		3er año	-,429	1,510	1,000	-4,62	3,76	
			4to año	,399	1,750	1,000	-4,39	5,19

En la tabla 7.2, se presentan los resultados de la Prueba Post Hoc, se empleó la prueba Tamhane, tras demostrarse la heterogeneidad de varianzas; las valoraciones de probabilidad de la prueba indican que la puntuación media obtenida en el 2do año de carrera, difiere significativamente, y de manera desfavorable de las puntuaciones medias obtenidas en el 3er, 4to y 5to año de carrera

Gráfico N°3



El gráfico N° 3, muestra que la puntuación media obtenida en el 2do año de carrera (media=56.18 ± 11.723), difiere significativamente, y de manera desfavorable de las puntuaciones medias obtenidas en el 3er (media=63.48 ± 5.469), 4to (media=62.65 ± 7.432) y 5to (media=63.05 ± 5.740) año de carrera.

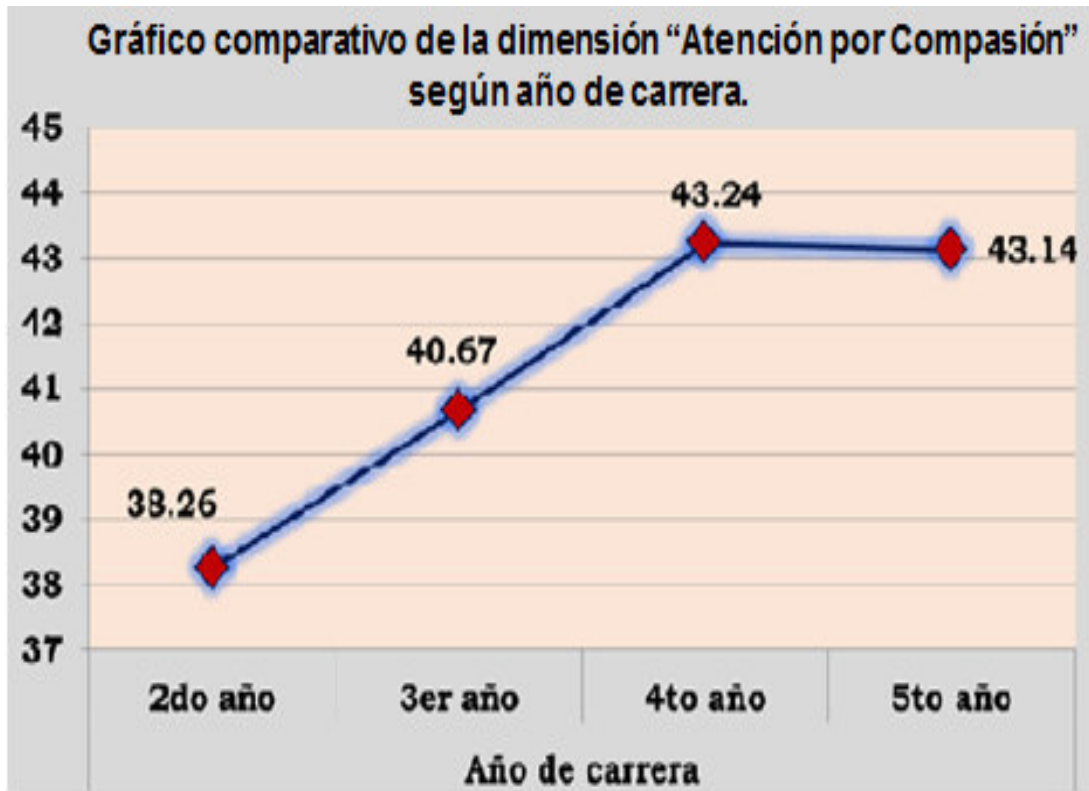
Tabla 7.3

Prueba Post Hoc: Comparaciones múltiples de la dimensión Atención por compasión, según el año de carrera

Dimensiones	(I)	(J)	(I-J)	Error estándar	Sig.	95% de IC	
						Lim. Inf.	Lim. Sup.
Atención por compasión	DMS 2do año	3er año	-2,402	1,389	,086	-5,15	,35
		4to año	-4,979	1,431	,001	-7,81	-2,15
		5to año	-4,878	1,672	,004	-8,19	-1,57
	3er año	2do año	2,402	1,389	,086	-,35	5,15
		4to año	-2,577	1,358	,060	-5,26	,11
		5to año	-2,476	1,610	,126	-5,66	,71
	4to año	2do año	4,979	1,431	,001	2,15	7,81
		3er año	2,577	1,358	,060	-,11	5,26
		5to año	,100	1,645	,951	-3,15	3,36
	5to año	2do año	4,878	1,672	,004	1,57	8,19
		3er año	2,476	1,610	,126	-,71	5,66
		4to año	-,100	1,645	,951	-3,36	3,15

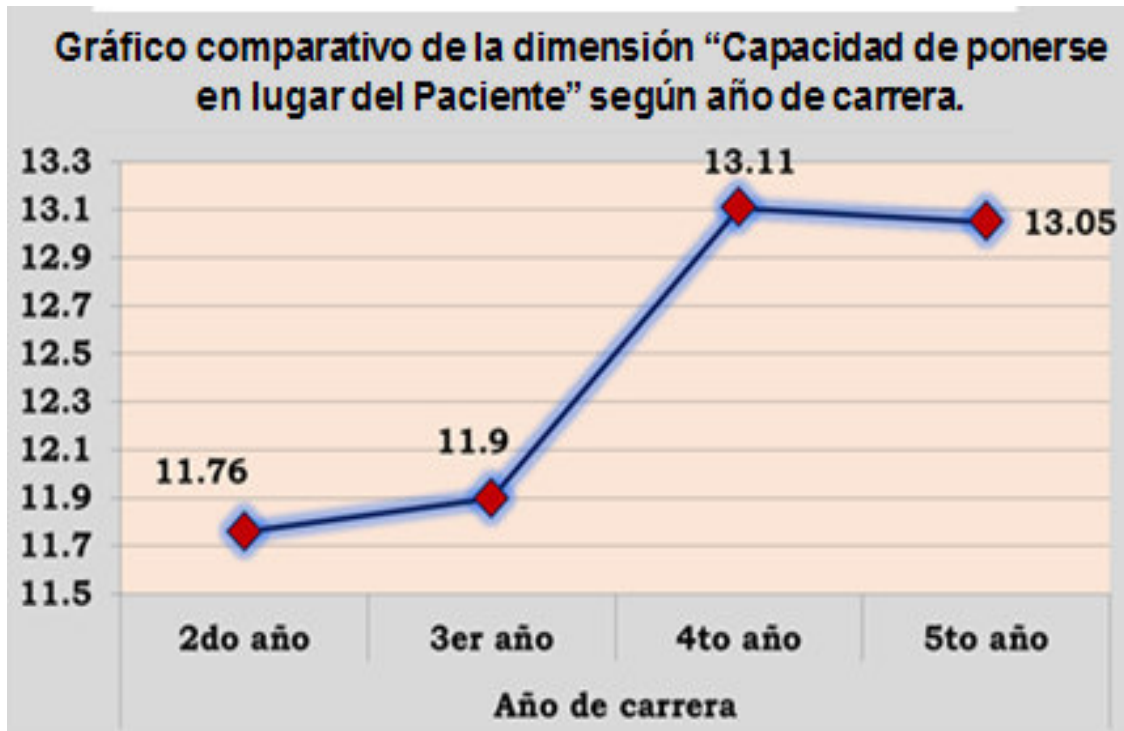
En la tabla 7.3, se presentan los resultados de las Prueba Post Hoc, luego de determinar que los datos proceden de varianzas estadísticamente similares, se recurre a la prueba DMS, cuyas valoraciones de probabilidad señala que la puntuación media correspondiente al 2do año de carrera, difiere significativamente, y de manera desfavorable, de las puntuaciones medias obtenidas en el 4to y 5to año de carrera; cabe señalar que entre las medias del 3do año de carrera, no se evidencia diferencias significativas con las puntuaciones medias de los otros años de carrera.

Gráfico N°4



El gráfico N°4, muestra que la puntuación media correspondiente al 2do año de carrera (media=38.26 \pm 6,912), difiere significativamente, y de manera desfavorable, de las puntuaciones medias obtenidas en el 4to (media=43.24 \pm 5,230) y 5to (media=43.24 \pm 5.209) año de carrera; cabe señalar que entre la media del 3do año de carrera (media=40.67 \pm 6.269) y las puntuaciones medias de los otros años de carrera, no se evidencia diferencias significativas.

Gráfico N°5



El gráfico N°5, muestra que la puntuación media correspondiente del 2do año de carrera (media=11.76 ± 3,239), del 3er año de carrera (media=11.90± 3,384), del 4to año (media=13.11 ± 3,619) y del 5to año (media=13.05 ± 2,559) no difieren significativamente.

Tabla 8

Análisis comparativo de la Orientación Empática respecto al sexo, según año de carrera.

Año de carrera	Variable	N	Media	Des. Est.	Prueba estadística
2do año	Varón	12	107.50	11,294	t=0.379; gl=32; p=0.707
	Mujer	22	105.05	20,703	
3er año	Varón	18	111.11	14,656	t=-2.267; gl=21.633; p=0.034
	Mujer	24	119.46	6,234	
4to año	Varón	14	113.64	16,648	t=-1.655; gl=18.863; p=0.114
	Mujer	23	121.78	10,054	
5to año	Varón	11	116.55	9,331	t=-1.172; gl=19; p=0.256
	Mujer	10	121.50	10,036	

En la tabla 5. Las valoraciones de probabilidad señalan que dichas diferencias son significativas en el tercer año de carrera (p=0.034), a favor de las mujeres (media=119.46 ± 14.656) comparadas con los varones (media=119.46 ± 6.234).

Tabla 9

Análisis comparativo de la Orientación Empática entre grupos de edad, según año de carrera.

Año de carrera	Variable	N	Media	Des. Est.	Prueba estadística
	Hasta 21 años	26	104.69	18,493	
2do año	De 22 a 23 años	5	108.00	16,912	F=0.320 p=0.729
	De 24 a más	3	113.00	16,523	
	Hasta 21 años	13	119.00	8,963	
3er año	De 22 a 23 años	15	112.87	12,597	F=1.031 p=0.366
	De 24 a más	14	116.21	11,807	
	Hasta 21 años	7	121.14	14,724	
4to año	De 22 a 23 años	13	119.46	10,875	F=247 p=0.782
	De 24 a más	17	117.12	14,983	
	Hasta 21 años	3	114.33	8,963	
5to año	De 22 a 23 años	10	118.80	9,773	F=0446 p=0.647
	De 24 a más	8	120.75	10,660	

En la tabla 6, se presentan los resultados del análisis comparativo de la orientación empática entre grupos de edad, según año de carrera. Las valoraciones de probabilidad señalan que, las puntuaciones medias obtenidas por grupo de edad y según año de carrera, no difieren de manera significativa ($p < 0.05$).

IV. DISCUSIÓN

El estudio se desarrolló en torno a la descripción del comportamiento de la variable Orientación empática en estudiantes de Terapia física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; esta variable es la resultante de tres dimensiones relacionadas a la Toma de perspectiva, la Atención por compasión, y la Capacidad de ponerse en el lugar del paciente.

En primera instancia se determinó el Nivel de la Orientación Empática de manera general, donde se observa que el promedio total obtenido fue de 114.60 ± 14.424 , valor que se ubica en la categoría de nivel "Alto". Estos hallazgos son similares a los de otros investigadores internacionales que encontraron niveles altos de orientación empática como Humberán J. y Colaboradores., mediante su estudio en alumnos de odontología, donde se encontró un promedio de 114.37.; A su vez con el de Alonso L., en su estudio en alumnos de medicina, donde encontró una media 107.54. Así mismo, Guadalupe M. y Colaboradores, en su estudio obtienen un promedio de 101.69. ^(4, 5,3); también investigadores nacionales como Gutiérrez F. y Colaboradores, en su estudio realizado en alumnos de Estomatología, se encontraron niveles de orientación empática altos, con una media de 109.93, concordando así con el presente estudio. ⁽¹¹⁾ No obstante, en las investigaciones realizadas por Ñiquel C. y Torres C. donde se encontró un promedio de 89.80 y 83,71 correspondientes a niveles medios. Cuyos resultados difieren a los obtenidos en este estudio. ^(10,7) Las discrepancias con estos últimos estudios podrían deberse, a las diferencias en la malla curricular en las diferentes carreras de la salud.

Seguidamente, se determinó la Orientación Empática, según las dimensiones antes mencionadas. Se observan que las puntuaciones medias correspondientes a las dimensiones "Toma de perspectiva" (Media: 61.33 ± 8.51) y "Atención por compasión" (Media: 41.16 ± 6.28) recaen en la categoría de nivel "Alto", y la puntuación obtenida para la dimensión "Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente" (Media: 12.38 ± 3.32), recae en el nivel "Medio". Investigadores como Torres C. y Colaboradores encontraron en su estudio, cierta similitud a estos resultados, según las dimensión "Toma de perspectiva" (media= $58,21 \pm 7,54$) correspondiente con un nivel alto. Sin embargo se encontraron en las dimensiones "atención por compasión" (media = $12,84 \pm 4,76$) y "Capacidad para ponerse en el

lugar del paciente “(media = 7,42 ± 3,08) correspondientes a niveles Bajos, resultados que difieren a los obtenidos por este estudio. Otros como Contreras T. y colaboradores, encuentran en la dimensiones “Toma de perspectiva” (media= 54,70 ± 8,10), “atención por compasión” (media= 37,31±6, 86) corresponden a un nivel Alto y la dimensión “Capacidad de Ponerse en el Lugar del Paciente” (media= 9,57±3,30) a un nivel medio, similares a los resultados obtenidos en este estudio. (7, 6)

Por otra parte al comparar la orientación empática, en general y por dimensiones, según sexo de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación, No se encontraron diferencias significativas, ni en general ,ni en las dimensiones ($p > 0.05$), no obstante, se observa una ligera ventaja de las mujeres sobre los varones, Dichos resultados son similares a los obtenidos por Contreras T. y colaboradores, quienes no encuentran diferencias significativas ($p > 0.05$) de la Orientación empática ni en general ni por dimensiones, según sexo, en estudiantes Kinesiólogos. A su vez Castañeda S. y Parraguez R. en una población similar, no encuentran diferencias significativas ($p > 0.05$) de la orientación empática de manera general, tampoco en dimensiones, según sexo. Concordando así con el estudio. (6,8) Por otro lado, investigaciones nacionales como la de Gutiérrez F. y Colaboradores, en estudiantes de estomatología, tampoco encuentran diferencias significativas ($p > 0.05$) de la orientación empática entre varones y mujeres; también Salcedo M. y Díaz V., en estudiantes de odontología, no encuentran diferencias significativas ($p > 0.05$) de la orientación empática de manera general, tampoco en dimensiones, según sexo. Estos resultados son similares a los obtenidos en el presente estudio (11,9)

De la misma manera, al comparar la orientación empática, en general y por dimensiones, según edad de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación, comparando las valoraciones medias según grupos de edad, no encontrándose diferencias significativas, ni en general ni en las dimensiones ($p > 0.05$) .No obstante, cabe resaltar que las puntuaciones obtenidas de la orientación empática en general y por dimensiones tienden a incrementar a medida la edad avanza. Los resultados coinciden con el estudio en alumnos de odontología realizado por Ñique C, quien no encuentra diferencias significativas ($p > 0.05$). También concuerdan con los de Ubillús G. y Colaboradores, en estudiantes de medicina. (10,12) Estos

hallazgos no concuerdan a los de los investigadores Torres C. y Colaboradores, quienes encuentran diferencias significativas ($p < 0.03$) a favor de los estudiantes de fisioterapia más jóvenes, ⁽⁷⁾

La razón de las diferencias y similitudes de nuestros resultados, a los obtenidos por diversas investigaciones de la orientación empática, según sexo y edad., podría deberse al nivel de desarrollo personal de cada estudiante, experiencias previas durante su carrera y el estado emocional de ellos al momento de haber contestado la EEMJ pudiendo haber influenciado en los resultados.

La comparación de la orientación empática y sus dimensiones, según año de carrera de los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación. De manera general nos muestra diferencias significativas ($p = 0.000$) del 2do año de carrera con respecto a los demás. Cabe mencionar que los años de carrera más adelantados, tienden a presentar mejores puntuaciones de orientación empática. A su vez, según el año de carrera y dimensión: "Toma de perspectiva" ($p = 0.002$), se observa que los estudiantes de segundo año, están notablemente por debajo de los demás grupos de estudiantes que pertenecen a otros años de carrera; "En la dimensión "Atención por comparación" ($p = 0.003$); muestra que las puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de 2do año, difieren desfavorablemente, comparados con las puntuaciones obtenidas por los de 4to y 5to año, más no con las de 3er año, así mismo, las puntuaciones medidas obtenidas por éste grupo (3er año), no difieren significativamente respecto a las puntuaciones obtenidas por los demás años. Finalmente en la dimensión "Capacidad para ponerse en los zapatos del paciente" no se encontraron diferencias significativas ($p > 0.05$). Estos hallazgos coinciden con diferentes investigadores como Contreras T y Colaboradores; Castañeda S. y Parraguez R, que encontraron diferencias significativas de $p = 0,001$ y $p < 0,05$ respectivamente, a favor de los estudiantes de años superiores, tanto de manera general y en sus respectivas dimensiones en alumnos de kinesiología. ^(6,8) A su vez los resultados concuerdan con los de nuestros compatriotas Salcedo M y Díaz V., realizados en estudiantes de odontología. ⁽¹¹⁾ Por el contrario estos resultados difieren con el estudio de Ubillús G. y Colaboradores, en estudiantes de medicina, quien encontró diferencias significativas, a favor de los estudiantes de años iniciales. ⁽¹²⁾

La razón de estas diferencias, podría deberse a que en el proceso de formación del terapeuta físico, se incorpora las prácticas lo más temprano posible, generando mayor contacto con el paciente y estableciendo la relación Terapeuta Físico – Paciente. De hecho los estudiantes de 4to y 5to año de carrera son los que presentan una mayor Orientación Empática en general y por dimensiones, ya que en esta etapa son pre-internos e internos respectivamente, por lo tanto asumen mayor responsabilidad con el paciente, enfrentándose con mayor madurez y preparación a la atención del paciente.

Con la intención de realizar un estudio exhaustivo de comparación según año de carrera, que plantea la evaluación comparativa según sexo y grupos de edad. Respecto a la evaluación comparativa entre varones y mujeres, solo se ve diferencia significativa en los alumnos del tercer año de carrera, a favor de las mujeres. Por otro lado no hay evidencia que indique diferencias significativas entre los grupos de edad.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- 1) Los estudiantes de Terapia física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, presentan una orientación empática con un nivel Alto.
- 2) En relación a las dimensiones de la Orientación Empática, la población estudiada presenta un nivel Alto en “Toma de perspectiva “y “Atención por compasión”. Sin embargo, en la dimensión “Capacidad de ponerse en el lugar del paciente”, presento una valoración menor, situándose en el nivel “Medio”.
- 3) La orientación empática de manera general y por dimensiones, se da independientemente al sexo del estudiante.
- 4) La orientación empática de manera general y por dimensiones, se da independientemente a la edad del estudiante.
- 5) Respecto a la orientación empática de manera general y por dimensiones, los estudiantes correspondientes al 2do año de carrera, tienden a presentar menor orientación empática, comparados con los de años superiores y que se va incrementando con los años de carrera.

5.2. Recomendaciones

- Implementar, talleres de sensibilización a lo largo de la carrera de Terapia Física y Rehabilitación, enfatizando en el 2do año de carrera .Que busquen promover la simulación, de encontrarse en una situación de disfunción, para poder ponernos en una posición verdaderamente empática hacia la persona con dicha disfunción.
- Investigar más aún sobre la Orientación empática en el transcurso de la carrera, mediante la realización de estudios cuantitativos y cualitativos, que aborden a alumnos y pacientes en la situación de la práctica.
- Realizar estudios longitudinales permitirían observar la evolución de la variable a lo largo del tiempo y relacionarla con estrategias formativas que permitan mejorar la orientación empática del alumnado.
- Promover el fortalecimiento del enfoque integral en la enseñanza de los estudiantes, con el objetivo de generar identidad institucional y de esta manera engrandecer aún más la carrera.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hemmerdinger JM, Stoddart S, Lilford R. Una revisión sistemática de pruebas de empatía en la medicina. *BMC Medical Education*. 7:24.
2. Nouvilas E. Atribución del cumplimiento terapéutico: Diferencias entre pacientes y profesionales de la salud. En: *Estudios de psicología social*. Madrid-España: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2003.
3. Guadalupe M., Arboleda J. y Díaz V. Orientación empática en estudiantes de Medicina en una universidad de República Dominicana. *Educación Médica Superior*. 2014;28(1):74-83.
4. Huberman J., Rodríguez M., González S. y Díaz V. Niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad del Desarrollo, sede Santiago (Chile). *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2014;4(3):169-74.
5. Alonso L., Elvira S., Erazo A. y 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):22-3.
6. Contreras T., García S., Guenchugaray L. y Fernández A. Orientación Empática de los estudiantes de la carrera de Kinesiología de la Universidad de Magallanes, de la ciudad de Punta de Arenas en el año 2014. *Rev Educ Cienc Salud* 2015; 12 (2): 125-133.
7. Torres C., Cadellans A. y Martí I. Incremento de la empatía tras la primera interacción de estudiantes de fisioterapia con usuarios de la salud. Madrid: tema libre presentado en II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud Universidad Carlos III de Madrid; octubre.2015
8. Castañeda S. y Parraguez R. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *EDUC MED*. 2009;12(2):103-9.

9. Salcedo M y Díaz. Empatía en estudiantes de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). Salud Uninorte Barranquilla (Col). 31(3):565-74.
10. Ñique C. Orientación empática de estudiantes de odontología de una Universidad Peruana. Kiru. 2013;10(1):49-54.
11. Gutierrez F. y Cols. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(2):91-9.
12. Ubillús G. y Cols. La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres. Revista Horizonte Médico. 2010;10(2):37-43.
13. Mohammadreza H. Empatía en el cuidado del paciente; antecedentes, desarrollo, medición y resultados. Viveros-Fuentes S, editor. México: Manual Moderno; 2012.
14. Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. Anales de psicología. 2008; 24(2):284-98.
15. Rodríguez-Rodríguez MÁ, Alonso-Geta Pérez, Cánovas Leonhardt P. Un análisis de la Educación familiar desde la teoría pedagógica; propuesta de bases fundamentales para un modelo integrado [Internet] [Tesis Doctoral]. [España]: Universitat de Valencia; 2004. Disponible en: <http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15363/rodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. Fragoso-Luzuriaga R. Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior ¿un mismo concepto? Revista Iberoamericana de Educación Superior. 2015;6(16).
17. Moreto G, González-Blasco P, Pessini L, Craice-de Benedetto MA. La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. ATEN FAM. 2014;21(1):16-9.

18. Gamboa Caichá P, Yávar Del Pino N. Orientación empática de los docentes Kinesiólogos de la escuela de Kinesiología de la Universidad de Chile [Tesis de titulación]. [Chile]: Universidad de Chile; 2007.
19. Castillo Ramírez PJ. Nivel de empatía de los estudiantes practicantes de psicología clínica [Tesis de titulación]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landívar; 2012.
20. Bados López A, García Grau E. Habilidades terapéuticas. España: Universidad de Barcelona; 2011 jun p. 1-70. (Habilidades). Report No.: 1.
21. Grupo Jefferson. Jefferson Escala de Empatía [Internet]. Centro de Investigación en Educación Médica y Salud. 2016. Disponible en: <http://www.jefferson.edu/university/skmc/research/research-medical-education.html>.
22. Morales S. Estudio del nivel de empatía y motivación de logro de los alumnos de la carrera de odontología de la Universidad de Concepción. Rev Educ Cienc Salud 2012; 9(2):121-125.
23. Obiedo M. Empatía de estudiantes en formación en la facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. [Tesis doctoral] Madrid. España. 2011.
24. Morales S. Estudio del nivel de empatía y motivación de logro de los alumnos de la carrera de odontología de la Universidad de Concepción. Rev Educ Cienc Salud 2012; 9(2):121-125.
25. Pons X. La Comunicación entre el profesional de Salud y el paciente: Aspectos conceptuales y Guía de Aplicación. Enfermería Integral. N° 73.; 2006;p. 27-34.
26. Gonzales R. Lo espiritual en el contexto de la relación profesional del equipo de salud. Educ Med Super. 2004; 18 (1).
27. Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: DAE; 2007.

28. Aguado L. Experiencias sobre la relación Fisioterapeuta –Paciente: Una aproximación Cualitativa. [Tesis] Universidad de Alcalá. 2014.
29. Clèries X. La comunicación: una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2006.
30. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005; 29 (2): 40-48.
31. Aguado L. Experiencias sobre la relación Fisioterapeuta –Paciente: Una aproximación Cualitativa. [Tesis] Universidad de Alcalá. 2014.
32. Código de ética del Tecnólogo Médico 2015. CTMP. [En línea]. Fecha de Acceso [15/05/16]. URL disponible en: https://issuu.com/ctmperutecnologomedico/docs/codigo_de_etica.
33. Facultad de Medicina UNMSM. Manual del estudiante. Dirección Académica UNAYOE. Lima- Perú. 2016.
34. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. McGrawHill 6ta Edición. 6ta ed. México: Mc Graw Hill; 2014. 634 p.
35. Hojat M., Mangione S., Kane G. y Gonnella J. Relationships between Scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). Medical Teacher. 2005; 27(7): 625-628.
36. Alcorta A., Gonzales J., Tavitas S., Rodríguez F. y Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. Salud Mental. 2005; 28(5).1-7.
37. Saino M., Ferrero R., Pizarro A. Disposición Empática de estudiante de Kinesiología y Fisioterapia. Revista de Salud Pública, Ed. Especial: dic. 2014
38. Díaz V., Salas D., Bracho F. y Ocaranza J. Empatía en estudiantes de kinesiología. Universidad Mayor, sede Temuco, Chile. Rev Cienc Salud. 2015; 13(3):383-393.

VII. ANEXOS

Anexo A. Instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
E.A.P DE TECNOLOGIA MÉDICA
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

EDAD: ____ años

SEXO: (V) (M)

AÑO DE ESTUDIOS: (1) (2) (3) (4) (5)

Escala de Empatía Médica de Jefferson

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de las siguientes afirmaciones, marcando con un (x) el número apropiado que se encuentre a cada lado de la oración. Utilice la escala de 7 puntos (Un mayor número indica un mayor de acuerdo).

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

1. La comprensión que tenga el Terapeuta Físico de los sentimientos del paciente y de su familia no influye en el tratamiento fisioterapéutico.	1	2	3	4	5	6	7
2. Los pacientes se sienten mejor cuando el Terapeuta Físico comprende sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es difícil para el Terapeuta Físico 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 Terapeuta Físico - paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5. El buen sentido del humor del Terapeuta Físico contribuye a tener un buen 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 paciente.	1	2	3	4	5	6	7
9. Los Terapeutas Físicos 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 Terapeuta Físico entiendan sus sentimientos lo cual es terapéutico por sí mismo	1	2	3	4	5	6	7
11. Las discapacidades de los pacientes se pueden tratar solamente mediante tratamiento fisioterapéutico; por lo que, los lazos emocionales del Terapeuta Físico con sus pacientes no tienen influencia importante en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
12. Preguntarle a los pacientes acerca de las vivencias personales, no es de ayuda para comprender sus dolencias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Los Terapeutas Físicos deberían tratar de comprender lo que está sucediendo en la mente del paciente, poniendo atención a la comunicación no verbal y al lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que la emoción no tiene cabida en el tratamiento fisioterapéutico de la discapacidad.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del Terapeuta Físico puede estar limitado.	1	2	3	4	5	6	7
16. La comprensión que tenga el Terapeuta Físico del estado emocional de sus pacientes, así como también el de sus familias, es un componente importante en la relación Terapeuta Físico - paciente.	1	2	3	4	5	6	7
17. Los Terapeutas Físicos deberían pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
18. Los Terapeutas Físicos no deberían dejarse influenciar entre los lazos personales fuertes entre sus pacientes y los miembros de su familia.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto leer literatura no médica o de su práctica.	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que la empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento fisioterapéutico.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B. Consentimiento informado

NIVEL DE ORIENTACIÓN EMPÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS-2016

Tesista: Bch. Jorge Luis Cañamero Riquelme

Propósito

En la actualidad el conocimiento de la orientación empática en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación es poco estudiado. Teniendo en cuenta que la labor que se realizara en la carrera, se necesita que los estudiantes cuenten con una formación integral, para de esta manera, entender el enfrentamiento con la discapacidad y las repercusiones que la misma genera en la vida de un ser humano. Se empleará la Escala de Empatía Médica de Jefferson. (EEMJ) en su versión validada y adaptada al español.

Participación

Este estudio pretende determinar el nivel de orientación empática en los Estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la UNMSM en el periodo académico 2016. Si usted participa en el estudio, deberá llenar la encuesta que se le entregará.

Riesgo del estudio

Este estudio no presenta ningún riesgo para usted. Para su participación solo es necesaria su autorización y la que llene la encuesta que se le entregará

Beneficios del estudio

Es importante señalar que con su participación, usted contribuye a mejorar los conocimientos en el campo de la salud, del cual usted es partícipe activo. Como agradecimiento se le entregará el resultado de su evaluación con el nivel de orientación empática que usted tiene.

Costo de la Participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente el investigador conocerá los resultados y la información.

Requisitos de la Participación

Los posibles candidatos deberán ser estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación pertenecientes en la U.N.M.S.M .Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado, con el cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente.

Sin embargo, si usted no desea participar el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto presente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Bch: Jorge Luis Cañamero Riquelme al teléfono 986883683 – Correo:

fisio11jorcan@hotmail.com donde con mucho gusto serán atendidos.

Declaración voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos y beneficios y la confidencialidad obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado (a) de la forma de cómo se realizará el estudio en el momento en que se considere necesario, o por alguna razón específica; sin que esto represente que tenga que pagar , o recibir alguna represalia de parte del equipo.

Por lo Anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

“Nivel de Orientación empática en los estudiantes de Terapia física y Rehabilitación de la Universidad Mayor de San Marcos-2016”

Nombre del participante:.....

DNI:.....Fecha:/...../ 2016

.....

Firma