

Fredy Gutierrez Ventura¹
Betsi Quezada Huerta²
Martha López Pinedo³
Juan Méndez Vergaray⁴
Víctor Patricio Díaz Narváez⁵
Alejandro Zamorano⁶
Ignacio Rivera⁷

¹Magister en Estomatología. Docente del Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucocomaxilofacial. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

²Cirujano Dentista egresada Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³Magister en Estomatología. Docente del Departamento Académico de Clínica del Adulto. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

⁴Magister en Psicología Educativa. Especialista en audición, lenguaje y aprendizaje.

⁵Doctor en Ciencias Biológicas (Ph.D). Profesor de Metodología de la Investigación y Bioestadística. Departamento de Postgrado. Facultad de Odontología. Universidad Finis Terrae. Santiago de Chile, Chile.

⁶Cirujano Dentista. Profesor del Departamento de Postgrado. Facultad de Odontología. Universidad Finis Terrae. Santiago de Chile, Chile.

⁷Estudiante del Magister en Rehabilitación Oral. Departamento de Postgrado. Facultad de Odontología. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile.

Correspondencia

Fredy Gutierrez Ventura
Calle Da Vinci 528 Urb. La Calera de la Merced - Lima 34, Perú.
Teléfono: 511-381-1950, Anexo 252
E-mail: fredy.gutierrez@upch.pe

Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Gutierrez-Ventura F¹, Quezada-Huerta B², López- Pinedo M³, Méndez-Vergaray J⁴, Díaz-Narváez V⁵, Zamorano A⁶, Rivera I⁷. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Cayetano Heredia. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(2):91-99

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de percepción empática de alumnos de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú). **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y ex post facto causal. En la investigación participaron 258 alumnos de una población de 450 que cursan los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú), a quienes se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). Para el análisis de los datos obtenidos se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y la prueba de homocedasticidad de Levene. Posteriormente se estimaron los estadígrafos descriptivos en todos los factores estudiados, la comparación de las medias se realizó mediante un Análisis de varianza bifactorial y una prueba de comparación múltiple de Duncan y finalmente, se construyó un Baremo que sirvió para el análisis descriptivo porcentual para cada uno de los tres factores de empatía (“toma de perspectiva”, “atención por compasión” y habilidad para ponerse en el lugar del paciente). **Resultados:** Los puntajes obtenidos en la (EEMJ) son significativamente mayores en quinto año que en los años restantes. Las mujeres presentaron mayores niveles que los hombres de la variable orientación empática. El mayor porcentaje de alumnos se ubican en la categoría Medio de empatía en los tres factores (“toma de perspectiva”, “atención por compasión” y habilidad para ponerse en el lugar del paciente). **Conclusiones:** Los estudiantes de estomatología de los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú) presentan un nivel medio de orientación empática. Las mujeres presentan mayor nivel de orientación empática que los hombres.

Palabras clave: EMPATÍA, ODONTOLOGÍA, COMUNICACIÓN, PERCEPCIÓN.

Measuring the level of empathic perception of students of the Faculty of Dentistry Robert Beltrán. Cayetano Heredia Peruvian University.

ABSTRACT

Objective: To assess empathic perception level of students from Roberto Beltrán Dentistry Faculty of Universidad Peruana Cayetano Heredia (Peru). **Material and Methods:** A non-experimental, descriptive, cross-sectional and ex post facto causal research study was performed. The research involved 258 students from a population of 450 that present levels 1st, 2nd, 3rd, 4th and 5th from Roberto Beltrán Dentistry Faculty of Universidad Peruana Cayetano Heredia (Peru), who were administered the Jefferson Physician Empathy Scale (JPES). For data analysis Shapiro-Wilk normality test and Levene homoscedasticity tests were performed. Later descriptive statistics were estimated in all factors studied, means comparison was performed using analysis Bivariate variance test and Duncan multiple comparison test and finally a Baremo was built that was used for percentage descriptive analysis for each three empathy factors (“perspective taking”, “compassionate care” and skill by putting yourself in patient). **Results:** Scores obtained in the (JPES) are significantly higher in fifth year than remaining years. Women had higher levels than men in empathic orientation variable. The greatest percentage of students are placed in the medium category empathy in the three factors (“perspective taking”, “compassionate care” and skill by putting yourself in patient). **Conclusions:** Stomatology students at levels 1st, 2nd, 3rd, 4th and 5th from Universidad Peruana Cayetano Heredia (Peru) have medium empathic orientation level average. Women have a higher level of guidance empathic than men.

KEYWORDS: EMPATHY, DENTISTRY, COMMUNICATION, PERCEPTION.

Introducción

La empatía, desde la perspectiva psicológica puede considerarse

como: “una compleja forma de deducción psicológica en la que la observación, la memoria, el cono-

cimiento y el razonamiento se combinan para producir una idea de los pensamientos y sentimientos de

los otros” (1). Esta habilidad para ponerse en el lugar del otro bien puede resumirse en una frase de la literatura inglesa “no preguntes por quién están doblando las campanas, están doblando por ti” (2). Es decir, el vínculo que existe entre la empatía y el dolor del otro en carne propia, nos hacen actuar de manera racional colocándonos afectivamente en la posición de la otra persona para comprender sus experiencias y sentimientos llevándonos a actuar para ayudarlo (2).

La empatía tiene dos elementos fundamentales: el primero es el componente cognitivo; es decir entender los sentimientos del otro y la habilidad para adoptar su perspectiva, dejando de lado la propia, para atribuir un estado mental de la otra persona, inferir y predecir el comportamiento de esta (3,4,5,6,7). La toma de perspectiva es la tendencia a adoptar espontáneamente el punto de vista psicológico del otro/a, está estrechamente vinculado al razonamiento, la capacidad para representar los estados mentales tales como creencias, intenciones y los deseos de esta (8,4,7,9). El segundo elemento es el componente afectivo; es decir la respuesta emocional apropiada de un observador al estado emocional de otra persona (4,10,5,6,7).

De acuerdo con esta perspectiva, el futuro odontólogo deberá desarrollar la habilidad para establecer una adecuada relación de comunicación empática con su paciente. Los pacientes buscan en sus dentistas sus habilidades sociales, en lugar de sus habilidades clínicas, es decir su capacidad: para percibir y hacer frente a la ansiedad del paciente, para establecer y mantener una buena relación con el paciente, y para informar y proporcionar explicaciones al paciente” (11).

Las investigaciones en odontología han revelado que la empatía es importante porque logra la reducción de los temores y la ansiedad de los pacientes, al mismo tiempo que el paciente se sienta entendido, aumentando así la posibilidad de que ellos se sientan motivados a seguir las recomendaciones y realizar adecuadas prácticas preventivas (12,13,14).

En consecuencia, La empatía y la habilidad de comunicación pueden mejorar la formación del profesional de odontología (15,16).

El objetivo de esta investigación consistió en determinar el nivel de percepción empática en cada uno de los factores (Factor I: Toma de perspectiva, Factor II: Atención por compasión y Factor III: Habilidad para ponerse en el lugar del paciente) según el género y año de estudios.

Material y Métodos

Este trabajo está en correspondencia con una investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y ex post facto causal. La población estaba constituida por estudiantes pertenecientes a los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la carrera de odontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú). La muestra se conformó con 258 sujetos que participaron en este estudio (57,3%), quienes cursaban los niveles 1º (n=47), 2º (n=60) 3º (n= 66), 4º (n= 51) y 5º (n=34). La muestra se escogió en una semana, cada día de la semana para un curso previamente determinado. La muestra la constituyeron todos aquellos sujetos que pudieron ser evaluados en el día que les correspondía. Como los estudiantes encuestados están sometidos a la posibilidad de realizar visitas a diferentes áreas clí-

nicas, clases en lugares diferentes y alejados físicamente del lugar de la encuesta, inasistencias a clases, entre otras circunstancias, no todos los estudiantes de todos los cursos pudieron ser evaluados. A los estudiantes que faltaron, por las razones señaladas, no se les aplicó la escala en una segunda oportunidad con el objeto de evitar el riesgo de “una transmisión transversal de las características de las preguntas” y, de esta manera, evitar una posible contaminación en las respuestas. A los sujetos pertenecientes a la muestra se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en la versión en español para estudiantes (versión-S) validada en México y Chile, esta escala tiene una puntuación mínima de 20 y máxima de 140 y no establece punto de corte (17,18), el instrumento fue adaptado culturalmente al Perú mediante Criterio de Jueces (19). No existieron criterios de exclusión, pues el interés era evaluar la variable de interés a la mayor cantidad de estudiantes. Las filas de las matrices de respuestas de la escala aplicada incompletas se eliminaron del análisis.

Se realizó una única medición en la sala de clases a los alumnos en los niveles desde el 1º hasta el 5º, resguardando la confidencialidad del mismo mediante la aplicación de un operador neutral y sin identificación de las encuestas.

Los datos primarios fueron sometidos inicialmente a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en los dos factores estudiados (Curso y Género) (19). También fueron sometidos a la prueba de homocedasticidad de Levene (igualdad de varianzas) (20). Se estimaron los estadígrafos descriptivos; media aritmética y desviación típica

en todos los factores y sus niveles correspondientes. La comparación de las medias se realizó mediante un Análisis de Varianza (ANOVA) Bifactorial Modelo III con interacción de primer orden y se aplicó la prueba de comparación múltiple de Duncan, de acuerdo con Díaz (21). Se estimó además la potencia observada y el tamaño del efecto (21,22). Los estadígrafos estimados se dibujaron en un gráfico de perfil. El nivel de significación utilizado fue de $\alpha \leq 0,05$ en todos los casos.

Así mismo, los datos obtenidos sirvieron para establecer el Baremo para la Universidad Peruana Cayetano Heredia, que permitieron construir las frecuencias y porcentajes por factores de empatía y sus respectivas categorías, además de información general de dichas categorías que se plasmaron en histogramas de barras (23).

Resultados

La prueba de Normalidad y Homocedasticidad empleadas no resultaron significativas ($p > 0,05$) en todos los casos, con excepción de uno de los niveles de estudio en la prueba de normalidad ($p = 0,041$) que fue significativa, como consecuencia los autores del presente trabajo asumen que los datos se distribuyen en forma normal y existe igualdad de varianzas. En la tabla 1 y 2 se observan los valores de los estadígrafos descriptivos en cada uno de los niveles de los factores “Niveles de estudio” y “Género” (Figuras 1 y 2 respectivamente) y, desde el punto de vista descriptivo, los valores de orientación empática estudiados se distribuyen por igual entre los niveles estudiados del factor nivel de estudio o cursos, pero no ocurre lo mismo con las medias entre los géneros. En la tabla 3 se

Tabla 1. Resultados de la estimación de los estadígrafos media y error típico en cada nivel estudiado del factor curso.

Niveles de Estudio	Media	Error típico	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Primer Nivel	105,638	2,134	103,946	112,353
Segundo Nivel	108,588	1,951	104,390	112,076
Tercer Nivel	109,757	1,753	105,469	112,374
Cuarto Nivel	110,183	2,053	104,139	112,228
Quinto Nivel	115,500	2,944	104,005	115,602

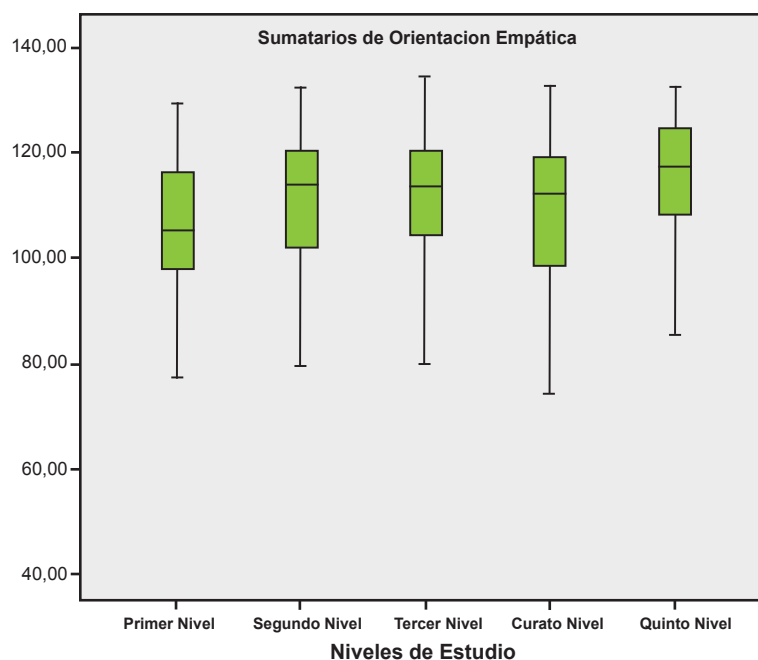


Figura 1. Resultados de la estimación de las medias en los cinco niveles del factor Nivel de estudio.

Tabla 2. Resultados de la estimación de los estadígrafos media y error típico en el factor Género.

Género	Media	Error típico	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Mujer	110,679	0,966	108,777	112,581
Hombre	106,638	1,720	103,250	110,025

presentan de los estadígrafos descriptivos en la combinación de los niveles de ambos factores, los cuales tienden descriptivamente a comportarse diferente entre los niveles de los factores. Los resultados del

ANOVA Bifactorial se presentan en la Tabla 4. Se encontró que el factor nivel de estudio no fue significativo ($p > 0,05$), lo cual indica que no existen diferencias entre los diferentes niveles. Sin embargo,

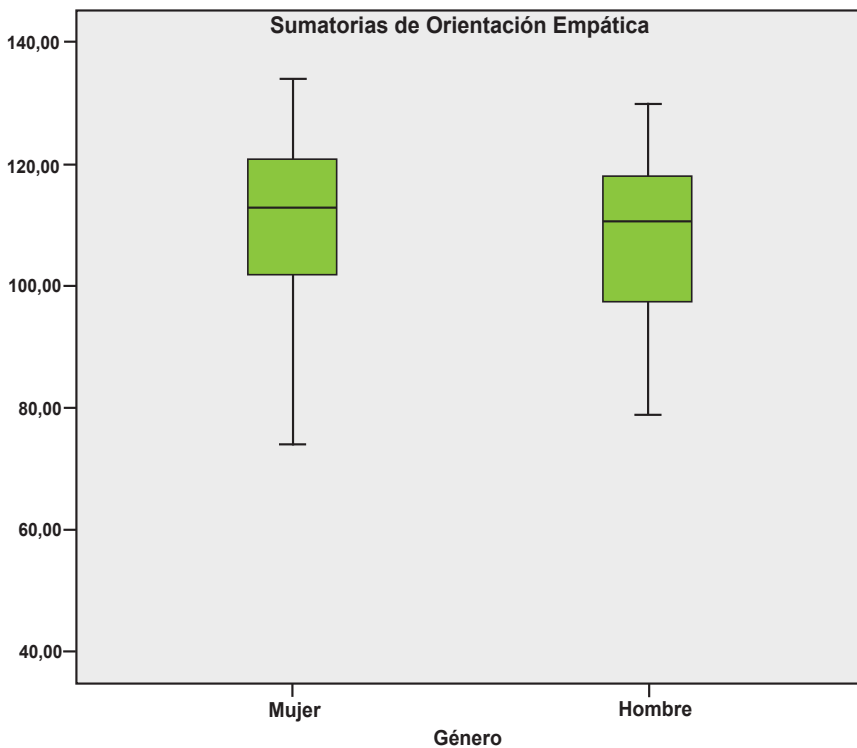


Fig. 2. Resultados de la estimación de las medias en los dos niveles del factor género.

Tabla 3. Resultados de la estimación de los estadígrafos media y error típico en ambos factores estudiados: Nivel y Género.

Niveles de Estudio	Género	Media	Desv. típ.	N
Primer Nivel	Femenino	102,5294	13,46879	34
	Masculino	113,7692	9,72243	13
	Total	105,6383	13,43976	47
Segundo Nivel	Femenino	112,1333	12,39611	45
	Masculino	104,3333	14,99841	15
	Total	110,1833	13,40060	60
Tercer Nivel	Femenino	111,0435	14,76777	46
	Masculino	106,8000	13,66363	20
	Total	109,7576	14,47126	66
Cuarto Nivel	Femenino	109,0811	14,06805	37
	Masculino	107,2857	14,60468	14
	Total	108,5882	14,09280	51
Quinto Nivel	Femenino	118,6071	7,79049	28
	Masculino	101,0000	10,56409	6
	Total	115,5000	10,62943	34
Total	Femenino	110,5105	13,71159	190
	Masculino	107,1765	13,42746	68
	Total	109,6318	13,69058	258

la prueba de comparación múltiple de medias permite distinguir dos grupos bien diferenciados con diferencias significativas ($p < 0,05$): uno formado por los cuatro primeros cursos; y un segundo, constituido sólo por el curso superior, el cual se distingue por tener el mayor valor de la media de la variable en estudio. La prueba de Duncan es más sensitiva que el ANOVA (22), por tanto los autores del presente trabajo asumen la existencia de diferencias entre los niveles antes descritos e infieren que la variable orientación empírica aumenta en el quinto curso; sin embargo, el valor del estadígrafo eta cuadrado fue bajo (0,001), por tanto, el efecto de esta diferencia es pequeño; el valor de la potencia, el cual alcanzó el valor de 0,066, fue más bajo que el valor mínimo deseable en todos los estudios (0,80) (22), lo cual permite afirmar que la probabilidad de cometer el error de tipo II en las decisiones estadísticas es relativamente alta. Por otra parte, se encontró que existen diferencias altamente significativas entre los géneros (Figura. 2) estudiados ($p < 0,05$); no obstante, el estadígrafo eta cuadrado es muy bajo (0,017); sin embargo, el valor de potencia (0,532) es inferior a 0,80, lo cual permite afirmar que el riesgo de cometer el error de tipo II es alto. La interacción entre los factores fue altamente significativas ($p < 0,001$) y dicha interacción se expresa entre los cursos primero y segundo, en los cuales se invierte “bruscamente”, los valores de orientación empática. Las mujeres suben los niveles de la variable y los hombres bajan los valores de la misma, permaneciendo con esta misma tendencia hasta el último curso, donde estos se separan aún más (Figura 3) y en el género femenino se manifiesta un mayor nivel

Medidas marginales estimadas de Sumatorias de Orientacion Empática

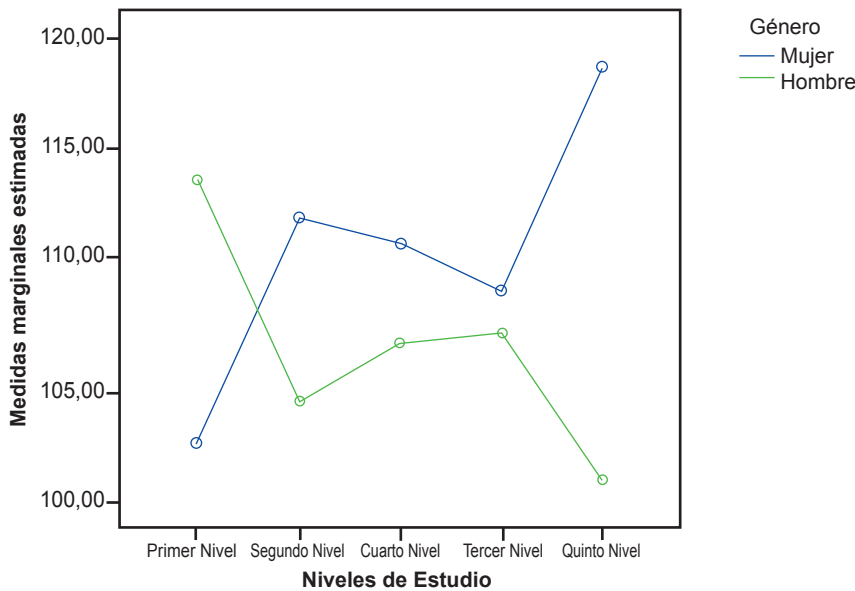


Figura 3. Gráfico de las medias de los niveles de ambos factores estudiados.

Tabla 4. Resultados del ANOVA en el estudio de los factores e interacciones.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial	Potencia observada(a)
Modelo corregido	5683,302(b)	9	631,478	3,686	0,000	0,118	0,991
Niveles	54,768	4	13,692	0,080	0,988	0,001	0,066
Género	719,073	1	719,073	4,197	0,042	0,017	0,532
Niveles * Género	3256,568	4	814,142	4,752	0,001	0,071	0,951
Error	42486,717	248	171,317				
Total	3149105,000	258					
Total corregida	48170,019	257					

a Calculado con alfa = 0.05

b R cuadrado = 0,118 (R cuadrado corregida = 0,086)

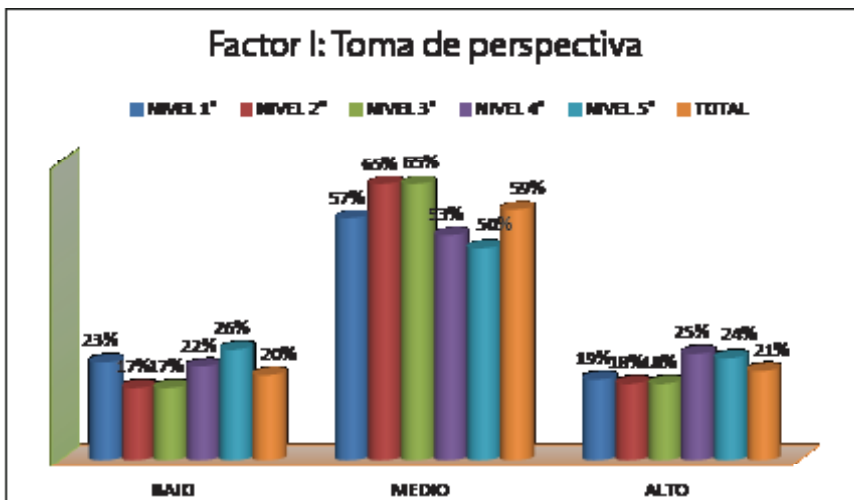


Figura 4. Histograma porcentual del factor I (Toma de perspectiva) y el nivel académico.

de orientación empática en relación con los de los hombres. El valor del coeficiente de determinación (R²) ajustado fue de 0,086, es decir, que los factores estudiados, sólo explican el 8,6% de toda la variación encontrada en la variable estudiada (nivel de orientación empática) y este resultado es consistente con los del estadígrafo eta cuadrado, es decir, existen las diferencias estadísticas señaladas, pero su efecto es pequeño.

El análisis descriptivo porcentual considerando cada uno de los tres factores de empatía (“toma de perspectiva”, “atención por compasión” y habilidad para ponerse en el zapato del otro), muestra la tendencia de aglutinar los mayores porcentajes en la categoría Medio de empatía en todos los niveles. Sin embargo, cabe destacar que en el factor “toma de perspectiva” son los alumnos de 2° y 3° que muestran una mejor empatía ubicándose 65% de cada nivel en la categoría Medio, en contraste con sus pares de 1°(57%), 4°(53%) y 5° (50%). Del total de la muestra investigada, 59% se ubica en la categoría Medio, 20% en la categoría Bajo y 21% en la categoría Alto.

En categoría “atención por compasión” 59% de los alumnos de 3° se ubican en el nivel medio en contraste con los de 1°(49%), 2°(53%), 4°(55%) y 5°(47%). Contrariamente a lo que se esperaba, 32% de los alumnos de 5° nivel se ubicaron en la categoría Baja. Del total de la muestra investigada, 53% se ubica en la categoría Medio, 27% en la categoría Bajo y 20% en la categoría Alto.

En la categoría habilidad “para ponerse en el zapato del otro”, aun cuando los alumnos de los tres cinco niveles se ubican en mayor por-

Tabla 5. Resultados de la aplicación de la prueba de comparación Múltiple de medias de Duncan.

Niveles de Estudio	N	Subconjunto	
		1	2
Primer Nivel	47	105,6383	
Cuarto Nivel	51	108,5882	
Tercer Nivel	66	109,7576	
Segundo Nivel	60	110,1833	
Quinto Nivel	34		115,5000
Significación		0,119	1,000

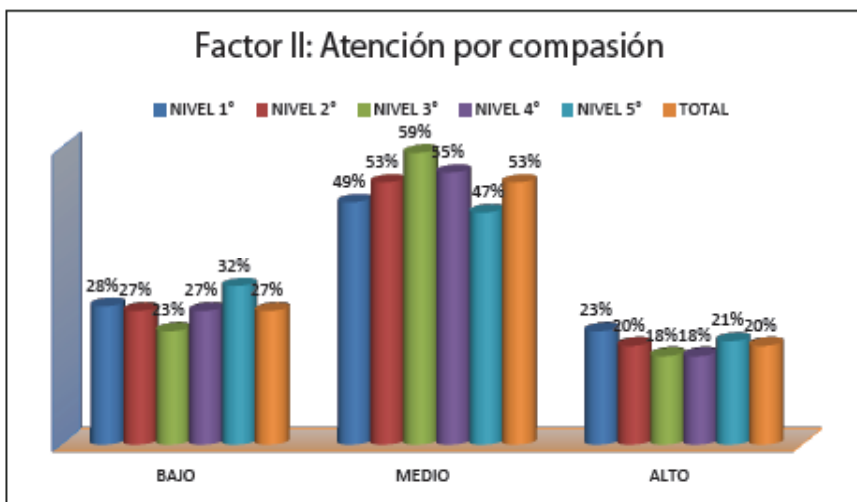


Figura 5. Histograma porcentual del factor II (Atención por compasión) y el nivel académico.

Tabla 6. Resultados porcentuales por factores, categorías y nivel académico.

Factor	Categoría	Nivel académico										Total	
		1°		2°		3°		4°		5°			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
I Toma de perspectiva	Bajo	11	23	10	17	11	17	11	22	9	26	52	20
	Medio	27	57	39	65	43	65	27	53	17	50	153	59
	Alto	9	19	11	18	12	18	13	25	8	24	53	21
	Total	47	99	60	100	66	100	51	100	34	100	258	100
II Atención por compasión	Bajo	13	28	16	27	15	23	14	27	11	32	69	27
	Medio	23	49	32	53	39	59	28	55	16	47	138	53
	Alto	11	23	12	20	12	18	9	18	7	21	51	20
	Total	47	100	60	100	66	100	51	100	34	100	258	100
III Habilidad para "ponerse en el zapato del otro"	Bajo	10	21	15	25	19	29	11	21	10	29	65	25
	Medio	28	60	37	62	32	48	33	65	17	50	147	57
	Alto	9	19	8	13	15	23	7	14	7	21	46	18
	Total	47	100	60	100	66	100	51	100	34	100	258	100

centaje en la categoría Medio son los alumnos de 4°(65%), 2°(62%) y 1°(60%) los que destacan en esta categoría en contraste con los de

3°(48%) y 5°(50%). De los 258 sujetos investigados, 57% se ubicaron en la categoría Media, 25% en la categoría Bajo y 18 en la categoría

Alto.

En conclusión, el análisis por factores de empatía demuestra la tendencia de los alumnos a ubicarse en la categoría Media, con una mejor capacidad empática de los alumnos de 2° y 3° en la categoría "toma de perspectiva"; 3° en la categoría "atención por compasión"; mientras que 4°, 2° y 1° en la categoría habilidad "para ponerse en el zapato del otro".

Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar el nivel de percepción empática de los estudiantes de primero a quinto año de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Con este fin se trabajó con la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión -s), el cual se desarrolló originalmente para medir la orientación empática de los estudiantes de medicina y que hoy en día es un elemento comúnmente utilizado para todos los profesionales de salud.

La investigación es parte de esta nueva tendencia, en donde ya no sólo importan los conocimientos, sino la relación odontólogo - paciente. Esta orientación se origina como consecuencia de que la gran parte de los reclamos en el área de salud está relacionada con una atención que brinda el profesional de salud.

Al realizar la prueba estadística con el programa SPSS versión 20.0, se evidenció que no hubo diferencia significativa entre el año de estudio con el nivel de percepción empática, sin embargo al colapsar esta variable en estudios generales (primer y segundo año), clínica (tercero y cuarto año) e internado (quinto año) se encontró diferen-

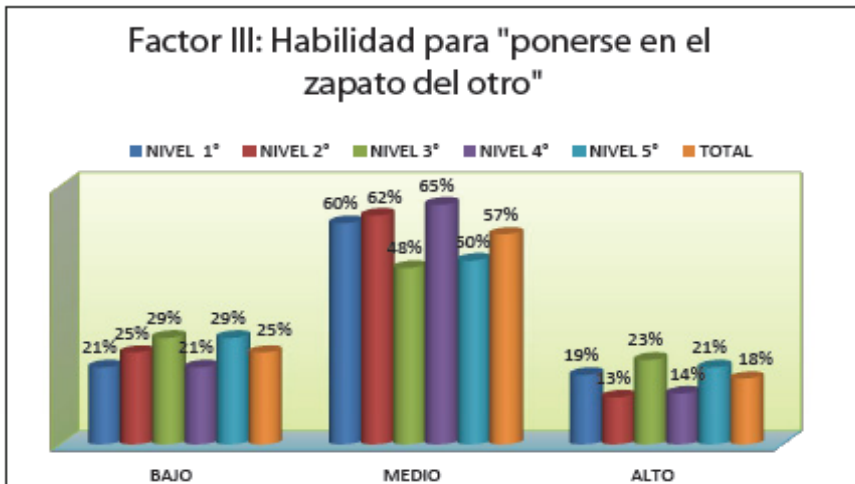


Figura 6. Histograma porcentual del factor III (Habilidad para "ponerse en el zapato del otro") y el nivel académico

Tabla 7. Resultados porcentuales totales por categoría y nivel académico.

Categoría	Nivel académico										Total	
	1°		2°		3°		4°		5°			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	12	26	4	7	1	2	2	4	3	9	22	8
Medio	27	57	53	88	63	95	47	92	29	85	219	85
Alto	8	17	3	5	2	3	2	4	2	6	17	7
Total	47	100	60	100	66	100	51	100	34	100	258	100

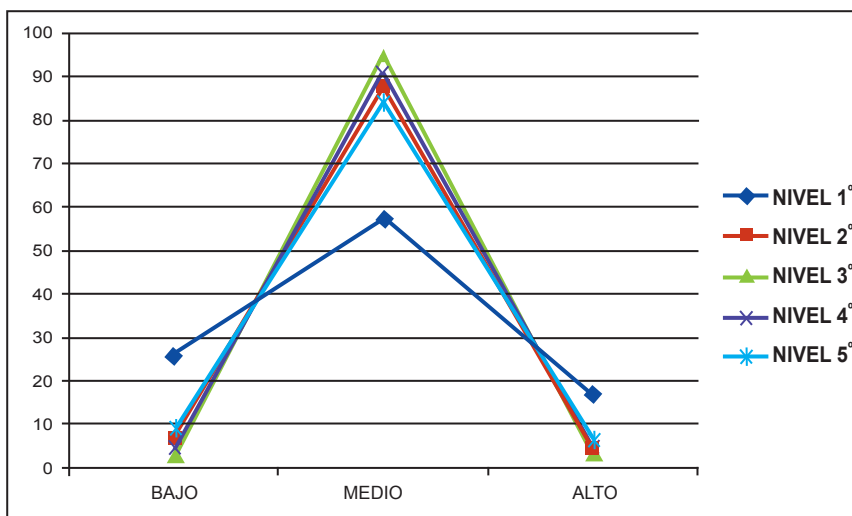


Figura 7. Gráfico comparativa por categoría y nivel académico.

cias estadísticamente significativas ($p=0,01$), donde se presume que a medida que van avanzando de año, el nivel de percepción empática disminuye ya que el promedio de los alumnos en los estudios generales es de 91,12, en clínica es de 88,83 y en el internado es de 86,26. Simila-

res resultados fueron obtenidos por Sherman y Cramer en estudiantes de Odontología, quienes mencionan una tendencia descendente del nivel de orientación empática en los alumnos de los diferentes años (15).

A diferencia de Rivera y col.

quienes no concuerdan con los hallazgos de la investigación, plantean que los niveles de orientación empática aumentan conforme van avanzando la carrera de odontología (1). Además los estudios de Rojas y col evidenciaron con la EEMJ en estudiantes de Kinesiología que el nivel de orientación empática es mayor en los años más avanzados de la carrera(5). Estos trabajos evidencian que las puntuaciones obtenidas con la EEMJ son mayores al avanzar la carrera. La razón de esto podría deberse a que los estudiantes están expuestos a mas pacientes a medida que van avanzando la carrera, por lo que presentan más seguridad en el tratamiento de sus paciente, y podría pensarse que la dificultad de los tratamientos que ellos realizan son menos complicados. En cambio en nuestra facultad por ser un centro de referencia nacional en muchos casos los alumnos se enfrentan a tratamientos más complejos durante la carrera, además se enfrentan a pacientes con diferentes realidades culturales, sociales y económicas, por lo que algunos pacientes podrían ocasionarles inseguridad y miedo.

Con respecto a los puntajes obtenidos en la EEMJ y la relación entre el género con el nivel de percepción empática, este estudio no encontró diferencias significativas. Estos resultados coinciden con Rojas y col (5); Hojat y cols. (4), quienes plantean que no hay diferencias significativas entre los varones y las mujeres. Los mismos resultados arrojó el estudio de Fields y col. en estudiantes de medicina (18), así mismo Hojat y cols no encontraron diferencias significativas en cuanto al género (8).

Debido a que este estudio es descriptivo no podemos inferir ninguna conclusión de este fenómeno

Tabla 8. Baremogeneral y por factores de la escala de empatía médica de jefferson (escala – s) para alumnos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú)

Factor	Categoría	NIVEL ACADÉMICO				
		1° PD	2° PD	3° PD	4° PD	5° PD
I Toma de perspectiva	Bajo	10-52	10-55	10-53	10-52	10-56
	Medio	53-64	56-67	54-66	53-64	57-65
	Alto	65-70	68-70	67-70	65-70	66-70
II Atención por compasión	Bajo	7-14	7-12	7-12	7-11	7-9
	Medio	15-25	13-24	13-22	12-23	10-18
	Alto	26-49	25-49	23-49	24-49	19-49
III Habilidad para "ponerse en el zapato del otro"	Bajo	3-10	3-10	3-11	3-10	3-9
	Medio	11-15	11-15	12-15	11-15	10-15
	Alto	16-21	16-21	16-21	16-21	16-21
TOTAL	Bajo	20-83	20-78	20-76	20-74	20-74
	Medio	84-98	79-106	77-104	75-102	75-98
	Alto	99-140	107-140	105-140	103-140	99-140

ya que puede ser una coincidencia que entre las mujeres y los varones no exista diferencia significativa. También podría deberse al nivel de desarrollo personal de cada estudiante, experiencias previas durante su carrera, el estado emocional de ellos al momento de contestar la EEMJ pudiendo haber influenciado en los resultados.

A diferencia de Gamboa y Yávar quienes encontraron diferencias significativas en docentes de kinesiología (24), así como Sherman y Cramer quienes obtuvieron que la puntuación de las mujeres fue significativamente superior a la de los varones (15). Rivera y cols plantean que los hombres presentan menor desarrollo de su nivel de orientación empática que las mujeres (1).

No se encontró diferencias significativas entre cada factor (toma de perspectiva, atención con compasión, habilidad para ponerse en los zapatos del otro) que mide el nivel de percepción empática de los estudiantes. Posiblemente porque cada factor por sí solo no nos puede medir la empatía de cada estudiante, por lo que es necesario unir los tres factores para encontrar el ver-

dadero nivel de percepción empática. Sin embargo se encontró independientemente en cada factor que mide el nivel de percepción empática que los estudiantes tiene un nivel medio, tanto en los años de estudios como en el género, ello podría atribuirse a la inseguridad de los estudiantes al realizar los tratamientos odontológicos, además que no le dan la verdadera importancia a la empatía que pueda existir entre el profesional de salud con el paciente y también que no están siendo entrenados para llegar a un nivel alto.

No se han encontrado trabajos donde evalúan por separado estos factores. Por ello es necesario investigar más sobre cada factor durante el transcurso de la carrera, mediante la realización de estudios longitudinales que permitan ver su evolución a lo largo del tiempo, ello permitirá que los estudiantes desarrollen durante sus años de formación la empatía, además permitirá a fomentar a que otras áreas de salud aperturen esta línea de investigación, para descubrir que elementos mejoran la empatía y las estrategias para intervenir en la percepción empática de los alumnos.

De esa forma mejorar el trato con el paciente y crear alumnos con una formación integral, ya que se ha visto que las relaciones interpersonales y las competencias clínicas comunicacionales (25,12,26) son motivos de preocupación en la formación del profesional de salud, además sería de gran aporte medir la interacción entre el alumno y el paciente en la misma práctica clínica a través de algún método cualitativo que permita estudiar la variable empatía en alumnos o profesionales de salud, ya que la EEMJ está limitado a medir la percepción empática de los alumnos(15).

Referencias Bibliográficas

1. Rivera I, Arratia R, Zamorano A, Díaz V. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. Salud Uninorte. 2011; 27 (1): 63-72.
2. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós SA; 2008.
3. Hannah A, Lim B, Ayers K. Emotional intelligence and clinical interview performance of dental students. J Dent Educ. 2009; 73(9): 1107-1117.
4. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloski JJ, Magee M. The Jefferson scale of physician empathy: further psychometric data and difference by gender and speciality at item level. Acad Med. 2002; 77(10): 58-60.
5. Rojas AM, Castañeda S, Parra-guez RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. Educación Médica. 2009; 12 (2): 103-109.
6. Hojat M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement and outcomes.

- New York: Springer;2007.p. 3.
7. Retuerto A. Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*. 2004; 22 (3): 323-339.
 8. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1563-9.
 9. Schulte M, Markowitsch H, Shah N, Fink G, Piefke M. Gender differences in brain networks supporting empathy. *Neuroimage*. 2008; 42: 393-403.
 10. Nash D. Ethics, empathy, and the education of dentists. *J Dent Educ*. 2010; 74(6): 567-578
 11. Kulich K, Rydén O, Bengtsson H. A descriptive study of how dentists view their profession and the doctor-patient relationship. *Acta Odontol Scand*. 1998; 56: 206 -209.
 12. Dworkin FS. The Dentist as biobehavioral clinician. *J Dent Educ*. 2001; 65 (12): 1417-1429.
 15. Sherman J, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ*. 2005; 69 (3): 338-45
 13. Lahti S, Tuitti H, Hausen H, Kariainen R. Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient, developing a compact questionnaire. *Community Dent Oral Epidemiology*. 1992; 20: 229-34.
 14. Runyon H. Patient motivation: some implications from the behavioral sciences. *Practice Administration*. 1978; (1):61-65.
 15. Sherman J, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ*. 2005; 69 (3): 338-45.
 13. Lahti S, Tuitti H, Hausen H, Kariainen R. Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient, developing a compact questionnaire. *Community Dent Oral Epidemiology*. 1992; 20: 229-34.
 16. Alcorta A, González J, Tavitás S, Rodríguez F, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de Medicina mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28 (5): 57-63.
 17. Freeman R. Barriers to accessing and accepting dental care. *British Dental Journal*. 1999; 187 (2): 81- 84.
 18. Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Kane G. Comparison of nurse and physicians on an operational measure of empathy. *Eval Health Prof*. 2004;27(1):80-94.
 19. Rivera I, Arratia R, Zamorano A, Díaz V. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte*. 2011; 27 (1): 63-72.
 20. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (Complete Samples). *Biometrika*. 1965; 52 (3-4): 591-611.
 21. Díaz VP. Metodología de la investigación científica y bioestadística para profesionales y estudiantes de ciencias médicas. Santiago. Chile: RiL Editores; 2009
 22. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análisis multivariante. Madrid: Edit. Prentice-Hall; 2011. p. 66-67.
 23. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Naucalpan de Juárez. México: Mcgraw-Hill Interamericana; 2010.
 24. Gamboa P, Yávar N. Orientación empática de los docentes kinesiólogos de la escuela de kinesiología de la Universidad de Chile. Santiago (Chile): Universidad de Chile; 2007.
 25. Smith M, Dundes L. The implications of gender stereotypes for the dentist-patient relationship. *J Dent Educ*. 2008; 72: 5562-5570.
 26. Broder H, Janal M. Promoting interpersonal skills and cultural sensitivity among dental students. *J Dent Educ*. 2006; 70(4): 409-416.