



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Nivel de empatía y autoeficacia general en estudiantes de
Medicina de una Universidad de la ciudad de Cuenca**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica

Autores:

Ángela Samara Serrano Muñoz

Ana Paula Soto Flores

Directora:

PhD. Yolanda Patricia Dávila Pontón

Cuenca - Ecuador

2024

DEDICATORIA

A mis padres, quienes, con su amor, apoyo y sacrificios incondicionales, han sido la fuente de mi fortaleza y determinación.

A mis amigos y seres queridos, cuya comprensión y aliento han iluminado los momentos oscuros y potenciado los triunfos.

A mi compañera, por su colaboración valiosa y contribuciones significativas a este trabajo de investigación.

A todos aquellos que, de una u otra manera, han dejado una marca positiva en este camino académico, gracias por ser parte de este logro.

Paula y Samara

AGRADECIMIENTO

Quisiéramos expresar nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de alguna manera a la realización de este trabajo.

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra directora de tesis, Yolanda Dávila, por su orientación, paciencia; sus sugerencias y consejos han sido fundamentales para dar forma a esta investigación.

A nuestras familias, quienes han sido fuente de respaldo, comprensión y motivación dentro de nuestra formación académica.

A nuestros amigos y seres queridos que nos han acompañado durante el proceso. Sus palabras de ánimo y alegría han servido de aliento en los momentos desafiantes.

A todas las personas que han aportado con conocimientos varios. Especialmente a Patricia Ortega y Julio Mosquera, sin quienes el presente trabajo de titulación no hubiera sido posible, su generosidad y dedicación no tiene precio.

A todos ustedes, nuestro más sincero agradecimiento por ser parte de este importante capítulo de nuestras vidas

Resumen

La empatía es la capacidad personal de ponerse en el lugar del otro; por otra parte, la autoeficacia es la creencia en la propia capacidad de afrontar las diversas situaciones; ambos factores importantes en el proceso formativo de los estudiantes de medicina. Este trabajo, de tipo descriptivo, cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional; exploró la relación entre el nivel de empatía y autoeficacia general con variables sociodemográficas como sexo, edad y nivel cursado de los estudiantes de Medicina de una universidad de Cuenca. Se tomó como muestra a 201 estudiantes, se aplicó el test de empatía de Jefferson y el test de autoeficacia general en su versión española. Se utilizaron pruebas de normalidad, de correlación bivariada de Spearman (para edad y autoeficacia), pruebas de Kruskal Wallis (para el nivel cursado) y la U de Man Whitney (para sexo); se tomó como nivel significativo un valor de .05. Los resultados arrojan un nivel relativamente alto de empatía y autoeficacia, una correlación positiva débil entre empatía y edad, una diferencia significativa en los niveles de empatía con relación al ciclo de estudios cursado, y un nivel mayor de empatía entre las mujeres. Por último, no se encontró una relación entre empatía y autoeficacia. Por consiguiente, se puede afirmar que, según la presente investigación, la empatía varía según el género, edad y nivel de estudios cursado siguiendo una tendencia clara; sin embargo, no supone una variable influyente en el nivel de autoeficacia.

Palabras Clave: empatía, autoeficacia, estudiantes de medicina, edad, género, nivel

Abstract

Empathy is the personal ability to put oneself in other people's shoes; on the other hand, self-efficacy is the belief in one's own ability to face diverse situations; both are important factors in the formative process of medical students. This descriptive quantitative non-experimental cross-sectional and correlational study, explored the relationship between the level of empathy and general self-efficacy with sociodemographic variables such as gender, age, and academic level of medical students at a university in Cuenca. A sample of 201 students was taken, and the Jefferson Empathy Test and the General Self-Efficacy Test in its Spanish version were applied. Normality tests were used, along with Spearman's bivariate correlation tests (for age and self-efficacy), Kruskal Wallis tests (for academic level), and the Mann-Whitney U test (for gender); a significance level of .05 was considered. The results show a relatively high level of empathy and self-efficacy, a weak positive correlation between empathy and age, a significant difference in empathy levels in relation to the academic cycle pursued, and a higher level of empathy among women. Ultimately, no relationship was found between empathy and self-efficacy. Therefore, it can be asserted that, according to this research, empathy varies according to gender, age, and academic level, following a clear trend; however, it does not constitute an influential variable in the level of self-efficacy.

Key words: empathy, self-efficacy, students, age, gender, level.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Capítulo 1. Marco Teórico y Estado del Arte.....	10
Capítulo 2.....	11
Pregunta de Investigación	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Metodología	11
Instrumentos	12
Análisis de Datos	13
Procedimiento	13
Capítulo 3. Resultados	15
Discusión	22
Conclusiones	24
Recomendaciones	26
Referencias	27
Anexos	30
Anexo 1	30
Anexo 2	32
Anexo 3	34
Anexo 4	36

Índice de Tablas

Tabla 1. Niveles de empatía de estudiantes de medicina	17
Tabla 2. Prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para hallar el tipo de distribución	18
Tabla 3. Correlación entre la edad y la empatía de los estudiantes de Medicina	18
Tabla 4. Prueba U de Mann-Whitney para comparación entre empatía y sexo	18
Tabla 5. Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes	19
Tabla 6. Comparación por parejas de nivel cursado	20
Tabla 7. Correlación entre los niveles de empatía y autoeficacia general	21

Índice de Figuras

Figura 1. Frecuencia frente a edad de los estudiantes de medicina	15
Figura 2. Género de los participantes de la muestra	16
Figura 3. Frecuencia de participación de los estudiantes de los distintos ciclos	16
Figura 4. Frecuencia del puntaje del test de autoeficacia general	17
Figura 5. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las muestras de empatía con el sexo de los participantes	19
Figura 6. Prueba de Kruskal-Wallis para comparar el nivel cursado con la empatía .	20

Introducción

Este estudio aborda la importancia de la empatía y la autoeficacia general en estudiantes de medicina para su desarrollo académico. A pesar de que diversas investigaciones han estudiado estos factores por separado, el presente estudio sugirió analizar ambas variables de manera simultánea. El propósito fue determinar si existió una relación significativa entre la empatía y autoeficacia general de los estudiantes de la muestra, al mismo tiempo que se consideró posibles diferencias con respecto a su género, edad y nivel cursado.

A partir de esta problemática encontrada se planteó como pregunta de investigación sobre ¿cuál es la relación entre empatía, autoeficacia general y variables sociodemográficas en estudiantes de medicina pertenecientes a una Universidad de la ciudad de Cuenca?

En el capítulo uno se presentaron las habilidades de la empatía y autoeficacia general en los estudiantes de medicina, resaltando su importancia en lo profesional y la relación médico-paciente. Se menciona la importancia de entender al paciente mediante la empatía, cómo esto los conecta en un nivel cognitivo y emocional, y la importancia de que se enseñe y se aprenda sobre la empatía durante la formación académica.

Asimismo, se hace referencia a otra habilidad, como es la autoeficacia general, la cual está vinculada a la confianza que tiene el médico en su capacidad para brindar atención de calidad. Bandura es pionero en el tema de la autoeficacia, la cual relaciona con el desempeño y el bienestar de los profesionales de la salud.

Se han citado estudios que investigaron la variabilidad de los niveles de empatía y autoeficacia en estudiantes de medicina según diferentes factores, como género, edad, y nivel cursado. Pese a ello, se vio la necesidad de relacionar ambas variables de manera simultánea ya que no se ha dado a conocer un estudio de ese estilo.

Dentro del capítulo dos, se planteó como objetivo general el establecer el nivel de empatía en los estudiantes de medicina de una Universidad de la ciudad de Cuenca, su relación con la autoeficacia general y variables sociodemográficas. Esta investigación fue de carácter descriptivo, cuantitativa, no experimental, transversal y correlacional. Se tomó como población a todos los estudiantes de la carrera de la facultad de Medicina de una Universidad en la ciudad de Cuenca del periodo septiembre 2023 – febrero 2024. El total de matriculados fue 399, sin embargo, se contó con la participación de 201 estudiantes que colaboraron voluntariamente.

Los instrumentos utilizados fueron el consentimiento informado para la participación del estudio, una ficha sociodemográfica, la Escala de Empatía de Jefferson y el Test de Autoeficacia General. En el análisis de datos se recopiló la información en una base de datos, se la procesó mediante un programa estadístico utilizando las pruebas estadísticas correspondientes.

Parte del capítulo tres trató de los resultados, estos señalaron los niveles de empatía de los estudiantes como relativamente altos, al igual, en la valoración del cuestionario de autoeficacia, los estudiantes presentaron una tendencia ligeramente alta en sus niveles.

Por último, al comparar las variables de edad, sexo, ciclo y autoeficacia general con la variable empatía, se apreció una relación significativa con todas las variables, excepto con autoeficacia.

Capítulo 1. Marco Teórico y Estado del Arte.

La empatía viene del vocablo griego “epathón” centrado en estimar cómo se siente la otra parte, conocer sus sentimientos e intentar asimilar su posición (Moreto et al., 2014). Este término se refiere a una competencia desarrollada en las personas que les permite percibir cómo se siente o cómo está el otro a partir de su estado general; de esta forma se pueden constituir interacciones sociales en las cuales se pueda dar paso a la compasión y a la receptividad (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito [UNODC], 2021).

Dentro de las ciencias médicas, la empatía se incorporó en 1918 como parte del vínculo que se creaba entre el médico con su paciente; este término funcionó como una herramienta clave para brindar tanto el diagnóstico como el tratamiento a los pacientes (Moreto et al., 2014). Incluso la OMS (1993) señala que una asistencia personalizada en la práctica médica, con habilidades y destrezas comunicacionales bien desarrolladas, genera diversos beneficios que facilitan un buen diagnóstico y mejoran la calidad de la relación médico-paciente.

La empatía es una competencia que ayuda a comprender y congeniar con las emociones de los pacientes, así como también con sus experiencias y criterios, por lo tanto, es razonable mencionar que no solo se basa en la parte emocional de las personas, sino también en la parte cognitiva de comprensión y comunicación (Esquerda et al., 2016).

La parte cognitiva de la empatía se basa en la capacidad para entender la vivencia y el cómo se siente la persona, al mismo tiempo que examina y comprende su punto de vista, en cambio, la parte afectiva está más ligada a la facultad para enlazarse con la experiencia del paciente (Silva et al., 2014). A partir de la cognición se derivan los procesos sociales, los cual incluyen aspectos como la percepción, interpretación y elaboración de respuestas en situaciones sociales, e incluso, ante conductas de terceras personas (Moya-Albiol et al., 2010).

En cuanto al ámbito educativo, la empatía juega un papel importante; gracias a la parte cognitiva mencionada anteriormente, pues se sabe que se puede enseñar e incluso aprender, además se la adquiere a nivel individual, familiar, social y profesional (Moreto et al., 2014). Especialmente en la etapa de la niñez es donde se adquiere de mejor manera siguiendo un curso proporcional a medida que la persona crece y madura (Dionigi et al., 2020). Adicionalmente estos autores expresan que la empatía puede ser influenciada según la educación y la preparación que cada uno haya recibido. Esto concuerda con lo que expresan Moya-Albiol et al. (2010) sobre que la empatía se experimenta mediante la observación de las situaciones emocionales de los demás, y también se da por interacciones con su círculo interno y externo.

Dionigi et al., 2020 sostienen que la empatía juega un papel importante a la hora de brindar cuidado a una persona pues se ha reportado que aquellos sujetos con mayor empatía cognitiva valoraron la situación del cuidado en un nivel menos estresante y amenazador; por el contrario, los cuidadores con menor empatía presentaban más síntomas depresivos y una percepción pobre de bienestar. En este mismo estudio se evidenció que una mayor preocupación empática y perspectiva amplia se relacionaron con un nivel más alto de bienestar psicosocial de los profesionales sanitarios. En contraste, una mayor angustia personal en presencia del sufrimiento de otra persona se relacionó con un mayor agotamiento emocional.

La empatía ciertamente moldea la relación médico-paciente, pues los profesionales que resultan estar en mayor sintonía con los sentimientos y preocupaciones de sus pacientes, son los que mejores resultados obtienen a largo plazo en cuanto a la salud de los mismos (Alonso y Kraftchenko, 2003; Ayer, 2005; Blázquez-Manzano et al., 2012; Castro et al., 2012; Rodríguez, 2008).

Otros autores como Huarcaya-Victoria et al. (2019) comentan que la empatía tiene renombre dentro de esta profesión, ya que se debe acoger una orientación bilateral; es decir no solo centrarse en sí mismo, sino también enfocarse en la posición

del otro. Esta habilidad resulta ser fundamental para el ejercicio profesional, pues los pacientes valoran no sólo los conocimientos y habilidades técnicas del profesional, sino también el factor humano, habilidades de tipo comunicacional y los rasgos relacionados con la empatía y actitudes cálidas a lo largo del proceso (Van Groenestijn, 1981; Adam, 2012).

La forma en la que un paciente y su médico se relacionan de manera positiva, puede reforzarse con ayuda de la empatía que el galeno demuestra, esto crea una aproximación entre ambos, como resultado el paciente siente la confianza para comentar cuáles son sus molestias y preocupaciones, de esta forma el médico podrá brindar un diagnóstico y un tratamiento de manera eficiente (Halpern, 2001).

Reconocer que el ser empático se puede enseñar y aprender funciona como una fuerza motivadora dentro de la carrera de medicina, ya que diferentes causas conllevan a que la empatía decaiga; como por ejemplo el estilo de enseñanza de los profesores a lo largo de la carrera puede influir en el nivel de empatía de los estudiantes al enfatizar en el tratamiento de las enfermedades y dejando de lado la inclinación atencional (Parra y Cámara, 2017).

La empatía es una de las varias habilidades que un estudiante de medicina debe adquirir y mantener a medida que evoluciona su carrera profesional debido a todos los beneficios para su desempeño laboral antes mencionados, sin embargo, se encuentra que esta no constituye un factor aislado sino tiene diversos factores mediadores. Uno de ellos es la autoeficacia, puesto que se relaciona con el componente afectivo, especialmente en el ámbito de regulación de emociones negativas y la capacidad de expresión de emociones positivas, esto ayuda sin duda a las relaciones sociales, y en este caso, al trato con los mismos pacientes (Huarcaya-Victoria et al., 2019; Caprara et al., 2008; Caprara et al., 2013; Eisenberg et al., 2000; Gutiérrez San Martín, 2011; Rodríguez et al., 2017).

La autoeficacia en el contexto médico, está relacionada con la confianza del médico en su capacidad para proporcionar atención médica de calidad y tratar efectivamente a sus pacientes (Gist et al., 1989). La autoeficacia se refiere al conjunto de pensamientos personales relacionados a la capacidad individual para ejecutar ciertas acciones en búsqueda de la consecución de algún objetivo que en este caso es la curación de los futuros pacientes (Schunk et al., 2008).

Uno de los grandes exponentes de la autoeficacia fue Bandura (1982) en sus escritos explica que puede desencadenar en ciertos comportamientos que pueden ser beneficiosos para las personas a largo plazo. Su teoría Cognitiva Social tiene como uno de los pilares fundamentales la autoeficacia, aquí se distinguen dos situaciones: en primer lugar, la expectativa de resultado, que implica la valoración en la consecución de un objetivo y en segundo lugar la expectativa de eficacia, relacionada con la convicción de poder realizar cierto comportamiento (Bandura, 1997). Esto significa que la percepción de eficacia se refuerza ante la creencia en las capacidades propias pues de esta manera la persona se esfuerza en gran medida mucho más para alcanzar los resultados esperados, lo cual eleva la probabilidad de conseguirlos y en consecuencia aumenta la autoeficacia percibida. Pues como menciona Barrios (2017) esta se asocia con un mejor sentido de compromiso y confianza ya que a mayor autoeficacia, mayor es el logro de los objetivos en la realidad.

Bandura (1994) menciona que la autoeficacia se desarrolla a partir de cuatro componentes. En primer lugar, la experiencia de dominio o logro de una tarea luego de atravesar algunos contratiempos o dificultades, incitando el desarrollo de la perseverancia. La segunda manera es por medio de la experiencia indirecta o, también conocida como aprendizaje vicario por observación, que se da cuando una persona ve triunfar a otra luego de que esta se haya esforzado lo suficiente. En tercer lugar, se habla de la persuasión social o verbal, que se presenta en situaciones donde una persona es convencida en una conversación de que tiene todas las capacidades

para lograr y superar ciertas actividades. Por último, la cuarta manera de desarrollar autoeficacia es considerar los factores fisiológicos que surgen en respuesta a las emociones implicadas, es decir, tener un menor nivel de estrés y regular las emociones negativas transformará las creencias de autoeficacia.

La autoeficacia se puede medir en diversos contextos, por ejemplo, en deportistas se ha notado que ante recuerdos positivos como por ejemplo de una competencia ganada, el sentido de autoeficacia se eleva, a comparación de recuerdos donde han perdido (Cantón y Checa, 2012; Molina et al., 2018).

Otro estudio habla acerca del nivel de autoeficacia en estudiantes universitarios de matemáticas donde esta aumenta cuando ven a otros realizar tareas relacionadas con éxito y las comparan con sus propias experiencias, cuando reciben comentarios positivos y por último las emociones y respuestas fisiológicas experimentadas durante las tareas (González et al., 2022).

En el área de la salud existen diversos artículos acerca de cómo la autoeficacia se relaciona con distintos atributos personales. Lozano et al. (2020) demuestran que existe una correlación negativa entre la autoeficacia percibida en comparación con las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización. Por otro lado, el mismo autor menciona que “existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las dimensiones de las habilidades de comunicación con la dimensión de realización personal [...] y la autoeficacia percibida” (p. 68). Eso sugiere que la autoeficacia aumenta las habilidades de comunicación y realización personal a su vez disminuyendo el agotamiento emocional y la despersonalización. Para los estudiantes de medicina es importante desarrollar esta habilidad puesto que les ayudará a desempeñar su rol y trabajo de una manera más eficaz.

Dentro de la misma área Cano et al. (2008) mencionan que el nivel de autoeficacia permite a los médicos crear un plan de tratamiento efectivo para sus

pacientes, lo cual aumenta la motivación de éstos para seguirlo y por consecuencia mejorar de una manera más rápida.

Para los médicos, es provechosa la creencia en la capacidad de afrontamiento ante situaciones complicadas o problemáticas debido a que esto disminuye los síntomas de agotamiento emocional y cinismo que son comunes en esta profesión (Bernabé et al., 2017).

En estudiantes dentro del área médica, se ha visto que poseen un mayor nivel de autoeficacia en comparación a otras carreras (Veliz-Burgos y Urquijo, 2012). Estos mismos autores encontraron que los estudiantes universitarios de años superiores presentan niveles más altos que los de los menores. Esto es consistente con lo que indican Ferrel et al. (2017) puesto que los estudiantes durante noveno semestre muestran mayor percepción de autoeficacia personal en comparación con los semestres menores.

En contraste, Hechenleitner-Carvalho et al. (2019) encontraron resultados distintos, pues mencionan que los estudiantes de segundo año tienen una autoeficacia percibida menor que los de primer año la cual podría deberse a su poca experiencia y por ende evaluarse de una manera poco confiable, con una mayor autocrítica y un sesgo hacia las experiencias negativas, lo cual disminuye su autoeficacia percibida. Se evidenció también, que los alumnos tienen un estilo de autoeficacia pasiva y no participativa; es decir, creen poder recibir información fácilmente pero apenas participaban en la construcción de su aprendizaje.

En Ecuador se realizó una investigación en estudiantes de medicina donde se corroboró que la autoeficacia es alta dentro del grupo, además se correlaciona positivamente con la motivación intrínseca y la regulación emocional. (Montes de Oca y Moreta-Herrera, 2019). Esto último podría sugerir que existe una relación entre la autoeficacia y la empatía.

Esquerda et al. (2016) comentan que la empatía puede ser variable, ya que no solo presenta una variación en los distintos ciclos, pues las personas mayores cuentan con un nivel más alto. Adicionalmente, encontraron que puede variar según el sexo, es decir, que quienes presentaban un aumento en su nivel de empatía eran las estudiantes femeninas, a diferencia de sus compañeros hombres, quienes mostraron una notable disminución en sus niveles de empatía.

En cuanto a diferencias por género, como refieren Llor et al. (2020), concluyeron que las mujeres en el área de medicina puntúan más alto que los hombres en la escala de empatía, realización personal y autoeficacia; sin embargo, las diferencias halladas no son estadísticamente significativas. Ferrel et al. (2017) también mencionan que las mujeres tienen un puntaje más elevado en autoeficacia. Por contraste, Mendonça et al. (2020) evidenciaron que existía una mayor autoeficacia en hombres estudiantes de enfermería y que las mujeres puntuaron más bajo en esta escala.

De igual forma, también se han encontrado estudios en estudiantes de ciencias de la salud, que correlacionan otras variables sociodemográficas con los niveles de empatía y autoeficacia. Madera Anaya et al. (2015) realizaron un estudio a 256 alumnos de Medicina de la Universidad de Cartagena, expusieron que los adultos jóvenes, los solteros, los de religión católica, los que viven en zonas urbanas y los que son de un estrato socioeconómico medio-bajo, presentaron niveles de empatía mucho más elevados que el resto de personas que escogieron otras opciones de las variables.

En conclusión, con toda la evidencia proporcionada anteriormente se puede afirmar que tanto la empatía como la autoeficacia son cualidades importantes dentro de los estudiantes de medicina, puesto que ambas habilidades les permiten tener un desarrollo positivo dentro del ámbito profesional. Sin embargo, a pesar de que varios autores han realizado estudios acerca de los niveles de empatía y la autoeficacia general en estudiantes de medicina, lo han analizado como variables aisladas.

Partiendo de esto, nuestra investigación busca analizar ambas variables de manera simultánea, y examinar si existe alguna relación significativa entre las dos; incluso, se pretende estudiar si existen cambios en los niveles a medida que el alumnado avanza en la carrera, además de su género y edad.

Capítulo 2.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre empatía, autoeficacia general y variables sociodemográficas en estudiantes de medicina pertenecientes a una Universidad de la ciudad de Cuenca?

Objetivo General

Establecer el nivel de empatía en los estudiantes de medicina de una Universidad de la ciudad de Cuenca y su relación con la autoeficacia general variables sociodemográficas.

Objetivos Específicos

- Precisar las características de los estudiantes de medicina de acuerdo al género, edad, nivel cursado y autoeficacia general.
- Establecer el nivel de empatía de los estudiantes de la carrera de medicina.
- Relacionar el nivel de empatía y las variables estudiadas (género, edad, nivel cursado y autoeficacia general).

Metodología

Tipo de investigación: investigación de carácter descriptivo, cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional.

Participantes: La población del estudio fueron los estudiantes de la carrera de la facultad de Medicina de una Universidad ubicada en la ciudad de Cuenca del periodo académico septiembre 2023 – febrero 2024. El total de matriculados fue 399, sin embargo, se contó con la participación de 201 estudiantes que colaboraron voluntariamente.

Criterios de Inclusión

- Aceptación voluntaria de participación en la presente investigación.
- Estudiantes formalmente matriculados en la carrera de Medicina.

Criterios de Exclusión

- No firmar el consentimiento informado.
- No tener la mayoría de edad al inicio del estudio.
- Retiro voluntario en cualquier etapa de la toma de datos.
- Congelamiento de sus estudios por enfermedad, situación económica o cualquier otra causa que imposibilite la continuación de sus estudios en la Universidad.

Instrumentos

En primer lugar, se les pidió a los participantes su firma en el consentimiento informado el cual explica los objetivos del estudio, además se precautela la confidencialidad limitando la lista de personas con acceso a los datos completos de los participantes, por último, se especifica la participación voluntaria (Anexo 1).

En segundo lugar, se aplicó una ficha sociodemográfica que recoge datos como: género, edad y nivel cursado. (Anexos 2).

Se utilizó la Escala de Empatía de Jefferson para estudiantes de la salud (HP-S), versión en español; está compuesta por 20 ítems divididos en siete niveles de respuesta Likert (1= fuertemente en desacuerdo 7= completamente de acuerdo). Con este instrumento se buscó medir tres dimensiones de empatía: Toma de perspectiva (10 ítems), Cuidado con compasión (7 ítems) y “Ponerse en los zapatos del paciente” (3 ítems) evidenciado en estudios previos como el de Silva, Arboleda & Díaz Narvárez (2013). (Anexos 3). Para la calificación de este reactivo se invierten los puntajes de las preguntas 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19. A continuación se suman todos los ítems para obtener una calificación que puede variar de 20 a 140. Según este puntaje se puede dividir en cinco categorías: deficiente (20-35), bajo (36-61), intermedio (62-87), sobresaliente (88-113) y alto (114-140).

Por último, se empleó el Test de Autoeficacia General en su versión española, es un cuestionario de autoinforme que cuantifica la autoeficacia general como construcción de un sondeo operativo; la información que dispone es breve, está

clasificado en 10 ítems con 4 posibles respuestas en escala tipo Likert (1= incorrecto, 2= apenas cierto, 3= más bien cierto, 4= cierto) y la puntuación total oscila entre 10 y 40, donde la más alta indica la existencia de mayor autoeficacia. Según Chau y Vilela (2017), este instrumento posee atributos destacados de fiabilidad, validez convergente y discriminante, y con señalamiento de una estructura unifactorial. (Anexos 4).

Análisis de Datos

La información se recogió en una base de datos en Excel donde se introdujeron todos los resultados de los cuestionarios, se codificaron las variables y posteriormente se procesó mediante un programa estadístico, en el cual se realizaron los análisis descritos a continuación. Estadísticos descriptivos (media, desviación estándar) de las diferentes puntuaciones obtenidas en las variables cuantitativas (empatía, autoeficacia y edad). Por otro lado, se utilizó frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas (sexo y nivel cursado).

Para relacionar las variables estudiadas con el nivel de empatía, se utilizaron pruebas de normalidad adecuadas para el tamaño de la muestra (Kolmogórov-Smirnov) donde los resultados arrojaron una distribución no normal. En correspondencia con lo obtenido, se utilizaron las pruebas de correlación bivariadas de Spearman para analizar las relaciones entre variables específicas (edad y autoeficacia); y además se utilizaron las pruebas de Kruskal Wallis (para el nivel cursado) y la U de Man Whitney (para sexo) para comparar grupos de muestras independientes.

Procedimiento

Una vez aprobado y corregido el esquema de investigación y tramitado los permisos para la obtención de información, se inició con un acercamiento a los estudiantes por aula y entrevistas personales para solicitar su colaboración en el proyecto de titulación. Para dar inicio con la investigación los participantes firmaron un consentimiento informado (anexo 1); a continuación, se aplicaron los test con una duración aproximada de 10 minutos (anexos 2, 3, 4).

La información se recolectó mediante el uso de Formularios de Google, plataforma a la cual se adaptaron todos los instrumentos utilizados en la presente investigación.

A continuación, se tabularon los datos para obtener los valores requeridos, los participantes del estudio fueron 201 en total puesto que uno de los criterios de inclusión fue la participación voluntaria para lo cual no se contó con la voluntad de todos los estudiantes.

Para la tabulación de los datos de la escala de empatía de Jefferson se procedió de la siguiente manera. Se puede contar con una puntuación variable en un intervalo de 20 a 140. Las preguntas 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19 tienen una puntuación inversa (Moreto, et al., 2018). Después de invertir estos valores, se sumaron todos los ítems para obtener una puntuación total. Según esta puntuación se puede dividir en cinco categorías: deficiente (20-35), bajo (36-61), intermedio (62-87), sobresaliente (88-113) y alto (114-140).

Por último, se realizaron pruebas de normalidad para definir si las variables de empatía y autoeficacia general con las variables sociodemográficas correspondían a distribuciones normales, seguido de esto se procedió a relacionar cada variable con la empatía.

Capítulo 3. Resultados

De la población constituida por los estudiantes de la carrera de Medicina (399), se tomó en cuenta que la muestra representativa, con un nivel de confianza del 95%, era de 197 participantes. Nuestra muestra estuvo constituida por 201 alumnos. De este número de participantes, se encontró que 24 estudiantes fueron menores de edad, sin embargo, estos se tomaron en cuenta en nuestro estudio por motivo de que son estudiantes de primer ciclo y en este año lectivo cumplen la mayoría de edad.

La edad media obtenida fue de 19.2 años, con una desviación estándar de 1.904, las frecuencias se explican en la figura 1. En relación al sexo, la participación obtenida fue 41.8% del género masculino y 58.2% del género femenino, lo cual se explica en la figura 2. Por otro lado, en lo que respecta al nivel cursado, referido en la figura 3, los estudiantes en primer ciclo fueron 109 (54.2%), en tercero 44 (21.9%), en quinto fueron 14 (7.0%), en séptimo obtuvimos 20 (10.0%) y en noveno 14 (7.0%).

Figura 1. Frecuencia frente a edad de los estudiantes de medicina

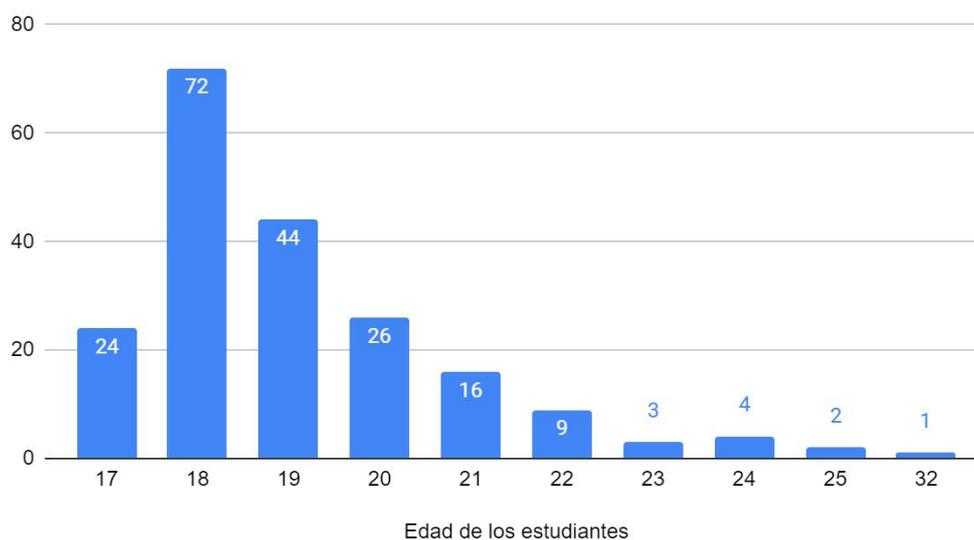
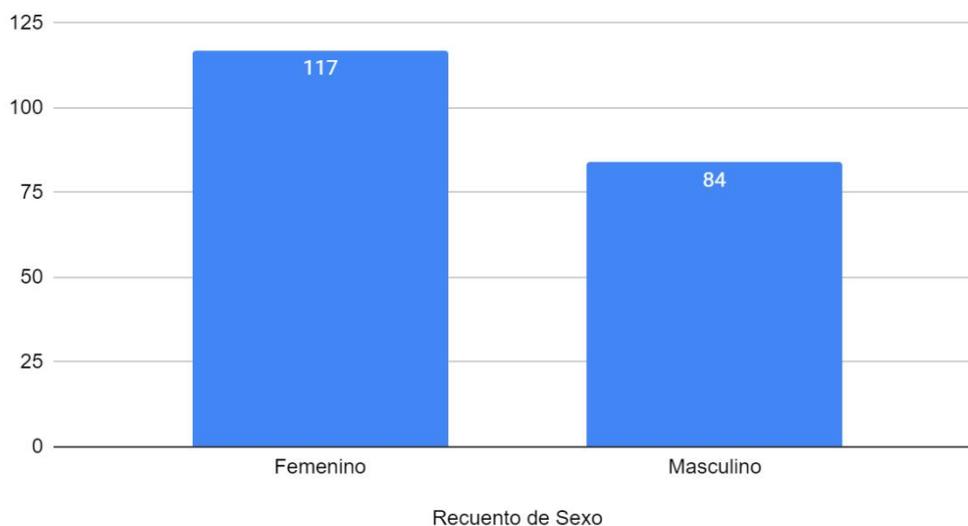
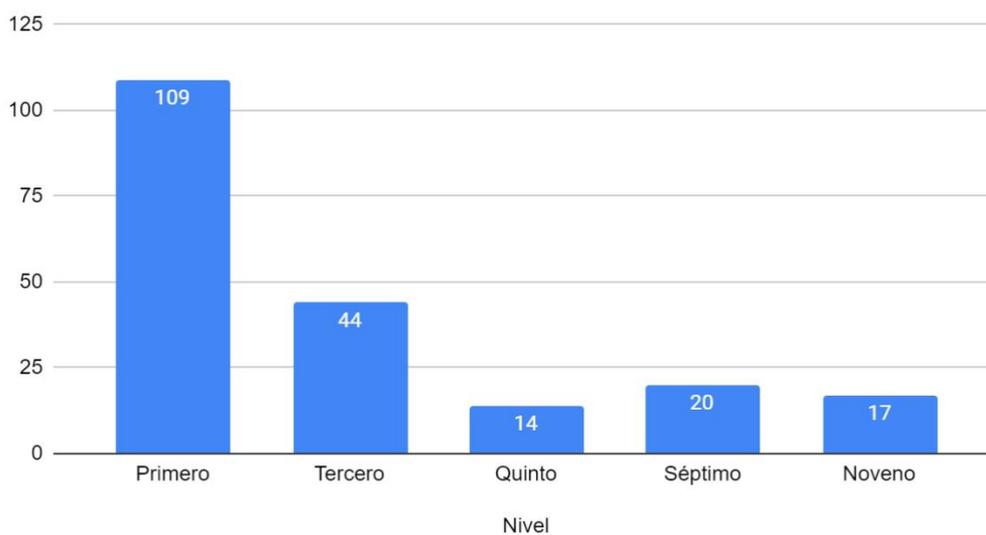
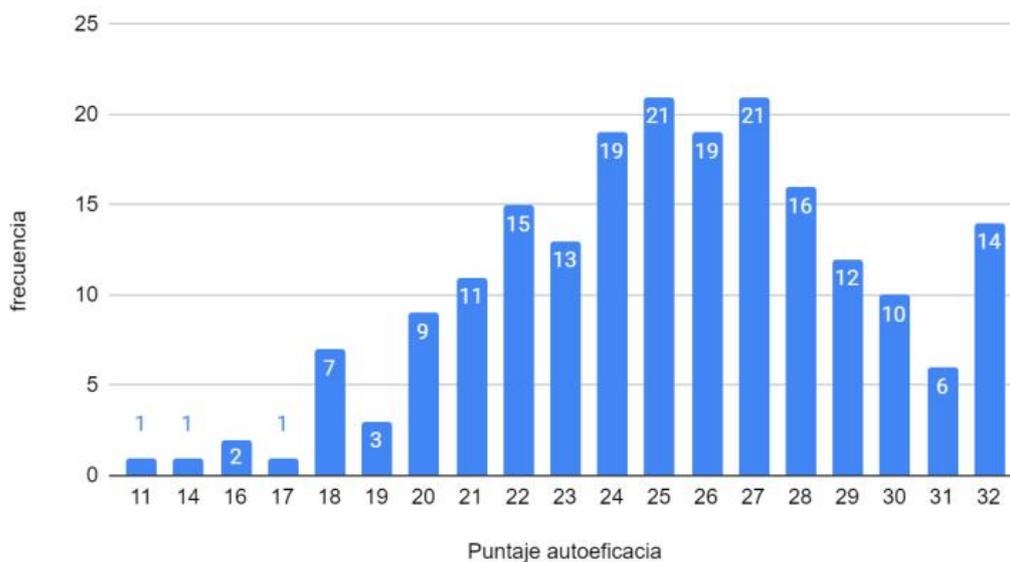


Figura 2. Género de los participantes de la muestra**Figura 3.** Frecuencia de participación de los estudiantes de los distintos ciclos

Por último, dentro del test de autoeficacia general se obtuvo una puntuación de 11 hasta 32, siendo la media 25.22 y con una desviación típica de 3.985. Estos resultados se visualizan en la figura 4.

Figura 4. Frecuencia del puntaje del test de autoeficacia general

Esto indica una puntuación variable donde los estudiantes demuestran en promedio un nivel de autoeficacia medio con tendencia a alto.

En cuanto a los niveles de empatía, que se muestran en la tabla 1, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 1. Niveles de empatía de estudiantes de medicina

Niveles de empatía	Frecuencia	Porcentaje
Alto	53	26.4%
Sobresaliente	127	63.2%
Intermedio	21	10.4%
Bajo	0	0%
Deficiente	0	0%
Total	201	100%

Del total de la muestra de los participantes, 127 (63.2%) estudiantes, obtuvieron una puntuación de sobresaliente, siendo estos más de la mitad de la población. Por otro lado, la media de la empatía es de 104.35, con una desviación estándar de 11.760.

Para el análisis de correlación primero se realizaron pruebas de normalidad, las cuales se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para hallar el tipo de distribución

	Estadístico	gl	Sig.
Edad	.220	200	<.001
Empatía	.071	200	.016
Autoeficacia general	.070	200	.017

Según estos resultados y teniendo en cuenta un nivel de confianza de .05, se obtuvieron distribuciones no normales en cuanto a la edad, niveles de autoeficacia y empatía.

A continuación, en la tabla 3 se visualiza la prueba de Spearman, usando un nivel de confiabilidad del 95%, se encontró un nivel de correlación significativa (<.001) débil (.261).

Tabla 3. Correlación entre la edad y la empatía de los estudiantes de Medicina

		Edad
Empatía	Coefficiente de correlación	.261**
	Nivel de significancia	<.001

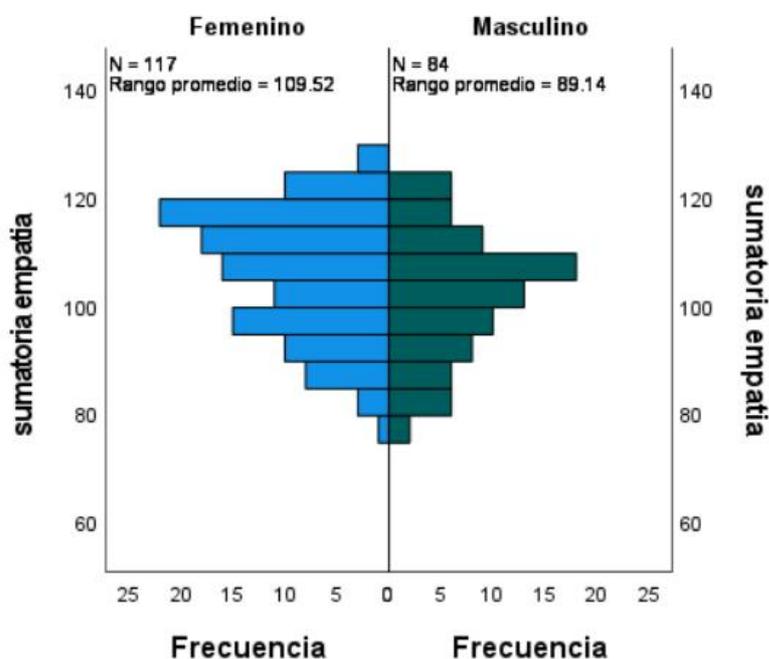
Estos resultados indican que, a mayor edad, existe un mayor nivel de empatía en la muestra del estudio. Sin embargo, como se trata de una correlación débil, puede haber una dispersión notable en los datos.

Para el sexo se realizó una comparación de variables con la prueba de la U de Mann-Whitney detallado en la tabla 4.

Tabla 4. Prueba U de Mann-Whitney para comparación entre empatía y sexo

Sexo	Media	Mediana	Coefficiente de correlación	U de Mann-Whitney	Nivel de significancia
Masculino	106.136	109	-2.451	3.917.500	14,000
Femenino	102.083	103.5	-2.451	3.917.500	14,000

Figura 5. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las muestras de empatía con el sexo de los participantes



Se obtuvo un nivel de significancia de .014 lo cual quiere decir que existe una diferencia entre los dos grupos por sexo (hombres y mujeres). Según el gráfico 5, las mujeres puntúan más alto en empatía.

Para el nivel de empatía por ciclos, explicado en la tabla 5, se realizó una comparación de variables con la prueba de Kruskal Wallis, donde se obtuvo un nivel de significancia de .003.

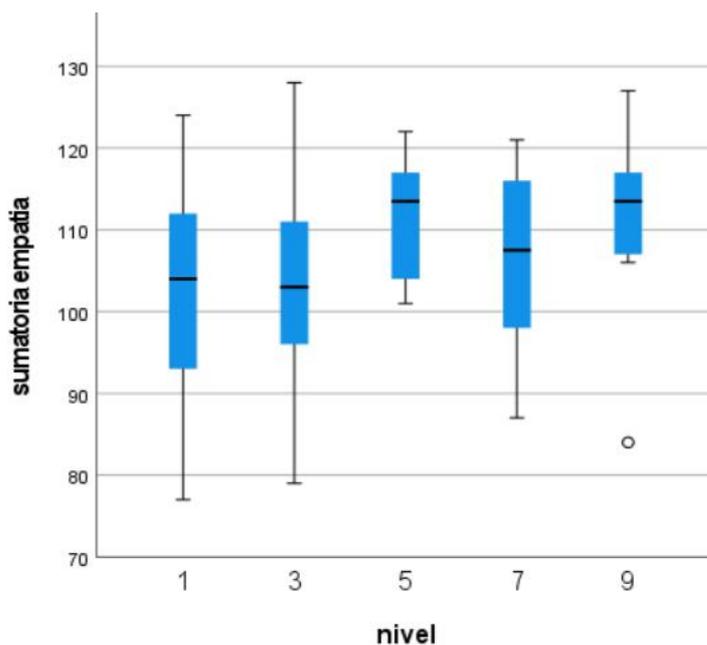
Tabla 5. Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes

Estadístico de prueba	Nivel de significancia
15.740a	0,003

Estos resultados indican que existe una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de empatía según el ciclo que los estudiantes cursan. A continuación, se realizó una prueba post-hoc para saber en qué ciclos existe una diferencia, se utilizó un nivel de confianza del 95%, estos resultados se especifican en la tabla 6 y en la figura 6.

Tabla 6. Comparación por parejas de nivel cursado

Ciclo	Desviación estadística de prueba	Nivel de significación
Primero - tercero	-480	1.000
Primero - quinto	-2.931	.034
Primero - séptimo	-1.472	1.000
Primero - noveno	-2.793	.052
Tercero - quinto	-2.433	.150
Tercero - séptimo	-1.010	1.000
Tercero - noveno	-2.305	.212
Séptimo - quinto	1.361	1.000
Séptimo - noveno	-1.248	1.000
Noveno - quinto	.104	1.000

Figura 6. Prueba de Kruskal-Wallis para comparar el nivel cursado con la empatía

Según estos resultados se puede concluir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el primer y quinto ciclo, donde los estudiantes del primer ciclo muestran un nivel de empatía más bajo en comparación con los de quinto.

En cuanto al nivel de autoeficacia se realizó una correlación bivariada de Spearman donde se utilizó un nivel de confianza del 95%, explicado en la tabla 7.

Tabla 7. *Correlación entre los niveles de empatía y autoeficacia general*

		Empatía
Autoeficacia	Coefficiente de correlación	.018
	Nivel de significancia	.797

No se encontró una correlación significativa entre la empatía y la autoeficacia ya que se obtuvo un nivel de significancia de .797.

Discusión

Los niveles de empatía de los estudiantes son relativamente altos, la mayoría de personas participantes puntuaron en el nivel “sobresaliente” (el segundo nivel más alto). Esto se corresponde con lo que nos indican Alonso y Kraftchenko (2003); Ayer (2005); Blázquez-Manzano et al. (2012); Castro et al. (2012); Rodríguez (2008) quienes mencionan que la empatía es una característica propia de los profesionales de la salud y que puede incluso ayudar en la recuperación de sus pacientes. Al entender que la empatía es una cualidad que se puede aprender (Moreto et al., 2014; Parra y Cámara, 2017), consideramos importante su desarrollo a lo largo de la carrera.

Según la valoración en el cuestionario de autoeficacia, se encontraron datos variables con una tendencia ligeramente alta. Esto se puede corresponder con lo que mencionan varios autores pues existen conclusiones heterogéneas. Veliz-Burgos y Urquijo (2012) y Montes de Oca y Moreta-Herrera (2019) encontraron niveles altos de la misma, Ferrel et al. (2017) encontraron niveles superiores en cursos más avanzados aludiendo a la experiencia que se gana conforme los ciclos avanzan. En cambio, Hechenleitner-Carvalho et al. (2019) encontraron que los estudiantes menores tienen un nivel más alto debido a las expectativas positivas que acarrea consigo al inicio de su carrera.

Al momento de comparar las variables de edad, ciclo, sexo y autoeficacia con la variable de empatía, se encontró que existe una relación significativa con todas las variables excepto con autoeficacia.

Con la variable de edad se encontró una correlación positiva débil. De igual manera, con el ciclo cursado de los estudiantes se obtuvo que en general los estudiantes más avanzados tienen un nivel de empatía mayor, aquí se destaca la comparación entre primer y quinto ciclo, donde los segundos muestran un puntaje superior. Estos resultados coinciden con lo planteado por Esquerda et al. (2016) quienes encontraron que los estudiantes mayores puntúan más alto en esta escala a pesar de que la literatura estadounidense sugiere lo contrario, estos autores explican que el grado de conocimientos

adquiridos puede influir en este proceso e incluso el método de enseñanza puede contribuir a aumentar el nivel de la misma.

De acuerdo a la variable de género, se encontró que las mujeres tienen un puntaje superior el cual es estadísticamente significativo. Concuera con lo manifestado por Esquerda et al. (2016) y Llor et al. (2020) quienes manifiestan que los factores culturales juegan un rol importante en el desarrollo de esta, las mujeres al enfrentar mayor discriminación se pueden identificar más fácilmente con los problemas y dificultades de sus pacientes, de esta manera se esmeran en su cuidado y obtienen mejores resultados en su recuperación.

En lo que respecta a la comparación con empatía y autoeficacia, dentro de la investigación el resultado obtenido apuntó a la nula existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sumado a esto, no se encontró algún estudio que llegase a explicar la relación entre las variables previamente mencionadas. No obstante, dentro del estudio de Montes de Oca y Moreta-Herrera (2019) se halló que estos autores llegan a correlacionar de manera positiva la autoeficacia con la motivación intrínseca y la regulación emocional.

Conclusiones

En la presente investigación se recolectaron datos respecto al nivel de empatía, autoeficacia y variables sociodemográficas de los estudiantes de medicina de una Universidad de la ciudad de Cuenca, además de su relación con la variable principal que fue empatía. Según el análisis obtenido se puede concluir lo siguiente:

Los estudiantes que fueron parte del estudio, dentro de su formación médica, mantienen niveles relativamente altos de empatía. La calificación que la mayoría obtuvo fue de “sobresaliente”, por lo cual el grado de empatía que manejan les permite mostrarse ante los usuarios como comprensivos y con habilidades comunicativas.

Los resultados en cuanto a autoeficacia indicaron una tendencia ligeramente alta con respecto a la media; es decir que medianamente pueden llegar a confiar en sus conocimientos y su capacidad de acción.

La empatía y la edad presentan una correlación positiva débil, lo que quiere decir que, a mayor edad, mayor es el nivel de empatía; ahora bien, por tratarse de una correlación débil, estas variables pueden presentar una dispersión notable en los datos, ocasionando que la correlación sea menos clara y consistente entre sí.

Se presentó una diferencia significativa en los niveles de empatía con relación al ciclo de estudios cursado. A nivel general, los estudiantes más avanzados en la carrera tienen mayor nivel de empatía; podemos resaltar la comparación entre primer y quinto ciclo, en la cual estos últimos presentan una calificación más alta.

En la variable del sexo se realizó la comparación entre hombres y mujeres, y sus escalas de empatía; al final los puntajes identificaron que el género con el resultado más elevado y estadísticamente significativo, es el femenino.

Por último, con respecto a la relación de empatía con autoeficacia, el resultado del estudio mostró que la relación entre ambas variables es nula, puesto que no son estadísticamente significativas. Por consiguiente, dentro de la comparación con las variables de edad, ciclo, sexo y autoeficacia general, con la variable empatía, se halló que

se llega a dar una relación significativa con las primeras tres variables, excepto con autoeficacia.

Recomendaciones

Esta investigación es una primera aproximación hacia la búsqueda de la relación de los niveles de empatía y las variables estudiadas en los alumnos de la carrera de ciencias médicas. Sin embargo, como todo estudio este cuenta con algunas limitaciones que debido al contexto donde se llevó a cabo y a las personas participantes pudieron influir en los resultados.

Una de las principales limitaciones encontramos fue la escasa participación de los estudiantes pues de 399 estudiantes matriculados, se obtuvo la colaboración de 201 personas, tomándose como muestra significativa al menos 198. Consideramos que, con una muestra mayor, los resultados podrían variar y las conclusiones diferirían.

Además, otra limitación fue la edad, pues una vez recolectada la muestra total, encontramos que 24 de los estudiantes cumplían con uno de los criterios de exclusión ya que eran menores de edad. Sin embargo, se los incluyó dentro de la investigación ya que al ser alumnos del primer ciclo dentro de este periodo lectivo ellos llegarán a cumplir la mayoría de edad en unos pocos meses. Consideramos que con un grupo etario dentro de un rango específico se podrían alcanzar otras conclusiones. Es por esto que para futuras investigaciones se recomienda una mayor cantidad de participantes que de preferencia cumplan con la mayoría de edad al momento de tomar la muestra.

Por otro lado, se considera como limitante la escasa información acerca de la relación entre empatía y autoeficacia ya que no se cuenta con un punto de partida ni autores con quienes se pueda ampliar el campo de conocimiento para corroborar o refutar la información obtenida. Solo existen investigaciones por separado de los temas propuestos.

De igual forma, dentro de la línea investigativa se podría tomar en cuenta nuevas estrategias para abordar la recolección y el estudio de los datos en un estilo más concreto que puedan tener un alcance mayor.

Referencias

- Adam, J., Bore, M., McKendree, J., Munro, D. y Powis, D. (2012). *Can personal qualities of medical students predict in-course examination success and professional behavior? An exploratory prospective cohort study*. BMC Medical Education, 12:69. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-69>
- Alonso, M. y Kraftchenko, O. (2003). *La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina*. Educación Médica Superior, 17(1), 39-46, ISSN 0864-2141.
- Ayer, W. (2005). *Psychology and dentistry: mental health aspects of patient care, Michigan*. Editorial Haworth Press.
- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.37.2.122>
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. En V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Barrios, S., Urrutia, M. y Rubio, M. (2017). *The simulation impact on the development of self-efficacy and locus of control in nursing students*. Educ Med Sup. 31(1):125-36, ISSN 1561-2902.
- Bernabé Castaño, M., Martín-Aragón Gelabert, M. y Terol Cantero, M. (2017). *La autoeficacia y su relación con la salud psicosocial ocupacional en médicos de urgencias hospitalarias*. UCMaule, (53), 75-91. <https://doi.org/10.29035/ucmaule.53.75>
- Blázquez-Manzano, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E. y Gutiérrez-Caballero, J. M. (2012). *Importance of interpersonal communication in doctor-patient relationship in primary care*. Revista Española de Comunicación En Salud, 3(1), 51-65.
- Cano Garcinuño, A., Pérez García, I. y Casares Alonso, I. (2008). *Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras*. Gaceta sanitaria, 22(2), 98–104. <https://doi.org/10.1157/13119316>
- Cantón Chirivella, E. y Checa Esquivá, I. (2012). *Los estados emocionales y su relación con las atribuciones y las expectativas de autoeficacia en el deporte*. Revista de psicología del deporte, Vol. 21, Núm. 1, p. 171-176, ISSN 1988-5636.
- Caprara, G. V., Di Giunta, L., Eisenberg, N., Gerbino, M., Pastorelli, C. y Tramontano, C. (2008). *Assessing regulatory emotional self-efficacy in three countries*. *Psychological Assessment*, 20(3), 227–237. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.3.227>
- Caprara, G. V., Di Giunta, L., Pastorelli, C. y Eisenberg, N. (2013). *Mastery of Negative Affect: A Hierarchical Model of Emotional Self-Efficacy Beliefs*. *Psychological Assessment*, 25, 105-16. <https://doi.org/10.1037/a0029136>
- Castro, M., Espinosa, R., Pujals, N., Durán, F. y Díaz LM. (2012) *The social thing in the curriculum of the formation of health professionals*. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 26(3), 450-58, ISSN 0864-2141.

- Dionigi, A., Casu, G. y Gremigni, P. (2020). *Associations of Self-Efficacy, Optimism, and Empathy with Psychological Health in Healthcare Volunteers*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 6001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17166001>
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthries, I. y Reiser, M. (2000). Dispositional Emotionality and Regulation: their Role in Predicting Quality of Social Functioning. *Journal Personality and Social Psychology*, 78, 136-157. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.136>
- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J. y Pifarré, J. (2016). *La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina*. *Atención Primaria*, 48(1), 8-14.
- Gist, M. E., Schwoerer, C., y Rosen, B. (1989). *Effects of alternative training methods on self-efficacy and performance in computer software training*. *Journal of Applied Psychology*, 74(6), 884-891. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.6.884>
- González Franco, V., González Lomelí, D., y Maytorena Noriega, M. de los Ángeles. (2022). *Efecto de las fuentes de autoeficacia en matemáticas sobre la autovaloración en matemáticas*. *Psicumex*, 12(1), 1-24, e484. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.484>
- Gutiérrez San Martín, M., Escartí, A. y Pascual, C. (2011). *Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares*. *Psicothema*, 23, 13-19, ISSN 0214 – 9915.
- Halpern, J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, N.Y.: Oxford University Press.
- Hechenleitner-Carvallo, M. I., Jerez-Salinas, A. A. y Pérez-Villalobos, C. E. (2019). *Academic self-efficacy among health care undergraduate students in a Chilean university*. *Revista médica de Chile*, 147(7), 914-921. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000700914>
- Huarcaya Victoria, J., Delfín, G. y Huamán, D. (2019). *Relación entre burnout y empatía en estudiantes de medicina de una universidad privada del Perú*. *An Fac med*, 80(4), 488-493. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16259>
- Llor Lozano, J., Seva Llor, A. M., Díaz Agea, J. L., Llor Gutiérrez, L. y Leal Costa, C. (2020). *Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos*. *Enfermería Global*, 19(59), 68-92. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.381641>
- Madera Anaya, M., Tirador Amador, L. y González Martínez, F. (2015). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 185-192. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300003>
- Mendonça Ribeiro, R., Bernardi Bragiola, J., Palota Eid, L. y Alcalá Pompeo, D. (2020). *Impact of self-esteem and of the sociodemographic factors on the self-efficacy of undergraduate nursing students*. *Text & context nursing*, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0429>
- Molina, V M, Oriol, X, Mendoza, MC, Malo, S (2018). Influencia del apoyo socio emocional sobre la afectividad experimentada, autoconfianza y autoeficacia en jóvenes deportistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 27(1), 51-58. <https://doi.org/10.20882/adicciones.372>.

- Montes De Oca, C. I. y Moreta-Herrera, R. (2019). *La función predictora de la Autoeficacia en la Motivación Escolar en estudiantes de medicina del Ecuador*. Uniandes Episteme. Revista De Ciencia, Tecnología E Innovación, 6(4), 565–578, 1390-9150
- Moreto, G., González-Blasco, P., Pessini, L. y Craice-de Benedetto, M. (2014). La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. *Aten Fam*, 21(1), 16-19.
- Moreto, G., Santos, Itamar., González, P., Pessini, L. y Lotufo, P. (2018). Assessing empathy among medical students: A comparative analysis using two different scales in a Brazilian medical school. *Educación Médica*, 19(S2), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.019>
- Moya Albiol, L., Herrero, L. y Bernal, C. (2010). *Bases neuronales de la empatía*. *Neurología de la Conducta*, 50(2), 89-100. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009111>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). *La ciencia de la empatía*. <https://www.unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/empathy.html>
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Doctor Patient Interaction and Communication*. Division of Mental Health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60263>
- Parra Ramírez, G. y Cámara Vallejos, R. (2017). *Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina*. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 221-227. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.001>
- Rodríguez, L. M., Oñate, M. E., y Mesurado, B. (2017). *Revisión del Cuestionario de Emociones Positivas para adolescentes*. Propiedades psicométricas de la nueva versión abreviada. *Universitas Psychologica*, 16, 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.rcep>
- Rodríguez MA. (2008). *Relación Médico-Paciente*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 978-959-212-338-0
- Silva, M., Arboleda, J. y Díaz, P. (2014). *Orientación empática en estudiantes de Medicina en una universidad de República Dominicana*. *Educación Médica Superior*, 28(1), 1561-2902
- Schunk, H., Pintrich, R., Meece, L. y Pintrich, P. R. (2008). *Motivation in education: Theory, research, and applications*. Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Veliz-Burgos, A. y Urquijo, P. (2012). *Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco*. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, (3.2), 131-150, ISSN 0718-7475.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado (presentado en Google forms)

Este documento es un consentimiento informado que tiene el propósito de entregar la información necesaria para ayudarle a tomar la decisión de participar en el estudio denominado "Diagnóstico Empático y la Hipotética Asociación de Ocho Factores Explicativos del Comportamiento Empático en Estudiantes y Profesores de Ciencias de la Salud en América Latina" en el que usted está incluido como estudiante universitario en el área de las Ciencias de la Salud.

Lea cuidadosamente este documento.

La investigación tiene como objetivos:

1. Medir los niveles de Empatía de estudiantes de Pregrado (Grado), Postgrado y Especialidades y Académicos-Docentes de Ciencias de la Salud en cada una de las especialidades de las diferentes universidades y países de América Latina.
2. Comprobar la existencia de asociación y la forma de asociación (modulación) entre los niveles de empatía de los estudiantes de pregrado o grado (y sus dimensiones) en relación con los factores: Personalidad, Funcionamiento Familiar, Resiliencia Individual, Percepción del Estrés, Clima Educativo, Autoeficacia General, Compromiso Académico y Bienestar Psicológico con los niveles de empatía de los estudiantes de Pregrado (Grado) de Ciencias de la Salud examinados en las Universidades de América Latina.

Su participación en este estudio, sería mediante sus respuestas a los cuestionarios (instrumentos) en esta sesión, los cuales son simples de contestar y tienen las siguientes características:

1. La confidencialidad será cautelada de la siguiente forma: a) Este consentimiento informado tiene sus datos completos, por lo tanto, los mismos serán guardados en una dependencia especial y privada en la facultad a la cual pertenece su carrera. Solo tendrá acceso a tal dependencia el Coordinador de la Investigación de su facultad y el Decano correspondiente; b) En otra dependencia, de iguales características, serán cautelados los resultados de la aplicación de los instrumentos; c) Los consentimientos informados serán escaneados y los resultados de la aplicación de los instrumentos serán digitalizados en una planilla Excel que contendrá una columna específica con el código de cada uno de los evaluados sin, que aparezca ningún indicio, que pueda identificarlo; d) Los consentimientos

escaneados y los resultados digitalizados serán enviados al Investigador Responsable; e) Esta información digitada estará cautelada en un computador y respaldada en un disco externo; f) El computador y el respaldo estarán situados en la Oficina del Investigador Responsable en la Facultad de Odontología de la UNAB (Chile) y f) Una vez que la información antes descrita esté en manos del Investigador Responsable, se procederá a destruir todos los consentimientos informados y las respuestas de todos y cada uno de los instrumentos situados en cada una de las facultades.

2. Todas las respuestas de cualquiera de los instrumentos son importantes. No requiere de conocimientos previos para responderlas y deben ser todas y cada una respondidas (no dejar ninguna en blanco).

3. No existen respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes estilos de respuesta, por tanto, cualquiera de ellas es válida y aportarán mucho a la investigación.

No habrá compensación económica. Si usted requiere información respecto a los resultados del estudio, se le hará entrega de éstos.

Su participación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de no aceptar participar o de retirar su consentimiento y retirarse definitivamente de esta investigación en el momento que lo estime conveniente, en tal caso, usted no pierde ningún derecho que le asiste como profesor de cualquiera de la Universidades participantes. Si usted se retira, la información que pudiera haber entregado en el momento de hacerlo, será inmediatamente eliminada en su presencia, si así lo requiere (hasta tres meses de haberse aplicado el instrumento).

Usted podrá realizar todas las preguntas que considere pertinente al grupo de docentes o colaboradores que estén aplicando este documento, quienes tienen la preparación necesaria para este efecto. Si después de contestar este documento, requiere indagar aún más acerca de esta investigación, podrá acercarse a las oficinas de los investigadores que coordinan esta investigación a nivel de su Universidad, cuyo correo electrónico es yolydavila@yahoo.com, quienes tendrán la obligación de responder a todas sus preguntas en forma atenta y prolija o dirigirse, por teléfono o por email al Investigador Principal: Dr. Víctor Patricio Díaz Narváez. Fono: +56 9 91614015; Email: victor.diaz@unab.cl.

Si está de acuerdo en participar, continúe a la siguiente sección.

Anexo 2**Datos de identificación - variables sociodemográficas****1. Nombres y apellidos**

2. Edad (años cumplidos en números enteros)

3. Género

- Masculino
- Femenino
- Otros

4. Lugar de residencia

- Urbano
- Rural

5. Tipo de familia de origen de acuerdo a su estructura

- Persona sola
- Familia nuclear (padre-madre {s} y/o hermanos)
- Familia reconstituida (un progenitor y nueva pareja del progenitor)
- Familia ampliada (familia con más de dos generaciones o un familiar consanguíneo)
- Equivalentes familiares (conviven sin tener vínculos consanguíneos)

6. Carrera que estudia

- Medicina
- Psicología

7. Curso o Nivel que cursa

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto

- Quinto
- Sexto
- Séptimo
- Octavo
- Noveno
- Décimo
- Internado rotativo

8. Señale la universidad en la que estudia

- Universidad de Cuenca
- Universidad del Azuay

9. Profesa alguna religión

- Si
- No

Anexo 3

	Escala de empatía de Jefferson Versión para los estudiantes de profesiones de la salud
---	--

Escriba su código o Número de Identificación. Sin dígito verificador o equivalente ciudadano (TUT, DI, DNI, RUT, etc.):		
Nombre (opcional): _____		
Edad (en años): _____	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Carrera o programa que estudia: _____		
Año Académico, Curso o Nivel que cursa: _____		

Instrucciones: Usando un bolígrafo, por favor, indique el grado en el que está de acuerdo o en desacuerdo con *cada una* de las siguientes afirmaciones y marque el círculo correspondiente a la derecha de cada afirmación.

Por favor use la siguiente escala de 7 puntos (un número más alto indica que está más de acuerdo):

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
 Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

Marque una y solo una respuesta para cada afirmación.

		1	2	3	4	5	6	7
1	La comprensión que los profesionales de la salud tienen sobre los sentimientos de sus pacientes y sus respectivas familias no influye en los resultados del tratamiento	<input type="radio"/>						
2	Los pacientes se sienten mejor cuando el profesional de la salud comprende sus sentimientos	<input type="radio"/>						
3	Es difícil para el profesional de la salud ver las cosas desde la perspectiva de sus pacientes	<input type="radio"/>						
4	Comprender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación entre profesional de la salud y sus pacientes.	<input type="radio"/>						
5	El sentido del humor de un profesional de la salud contribuye a un obtener mejores resultados clínicos	<input type="radio"/>						

POR FAVOR CONTINÚE



© Thomas Jefferson University All rights reserved
 Translation by KJgo. Jorge Mondaca S. Universidad Nacional Andrés Bello, Chile.



Escala de empatía de Jefferson
Versión para los estudiantes de profesiones de la salud

		1	2	3	4	5	6	7
6	Debido a que las personas son diferentes, es difícil ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.	<input type="radio"/>						
7	Prestar atención a las emociones de los pacientes no es importante durante la anamnesis.	<input type="radio"/>						
8	Considerar las experiencias personales de los pacientes no influye en los resultados del tratamiento.	<input type="radio"/>						
9	Los profesionales de la salud deberían tratar de ponerse en el lugar de sus pacientes cuando los atienden.	<input type="radio"/>						
10	Los pacientes valoran la comprensión que los profesionales de la salud tienen de sus sentimientos, lo que es terapéutico en sí mismo.	<input type="radio"/>						
11	Las enfermedades de los pacientes pueden ser curadas solo por tratamientos específicos; por lo tanto, los vínculos emocionales entre los profesionales de la salud con sus pacientes no tienen influencia significativa en los resultados de los tratamientos específicos.	<input type="radio"/>						
12	Preguntar a los pacientes acerca lo que ocurre en sus vidas personales no ayuda en la comprensión sus problemas físicos.	<input type="radio"/>						
13	Los profesionales de la salud deberían tratar de comprender lo que ocurre en la mente de sus pacientes prestándole atención a los aspectos no verbales y lenguaje corporal.	<input type="radio"/>						
14	Creo que las emociones no tienen relevancia en el tratamiento de la enfermedad médica.	<input type="radio"/>						
15	La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del profesional de la salud es limitado.	<input type="radio"/>						
16	La comprensión del profesional de la salud del estado emocional de sus pacientes, como también el de sus familias, es un componente importante en la relación entre el profesional de la salud y sus pacientes.	<input type="radio"/>						
17	Los profesionales de la salud deberían tratar de pensar como sus pacientes con la finalidad de otorgar un mejor cuidado.	<input type="radio"/>						
18	Los profesionales de la salud no deberían permitirse ser influenciados por fuertes lazos personales con sus pacientes y las familias de éstos.	<input type="radio"/>						
19	No me agrada leer literatura no médica o de las artes.	<input type="radio"/>						
20	Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento de los pacientes.	<input type="radio"/>						

GRACIAS

Anexo 4

TEST DE AUTOEFICACIA GENERAL EN SU ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

Indicaciones: no existen respuestas correctas ni incorrectas. Usted debe leer cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y marcar para cada afirmación con una equis (X) sobre la casilla del número que considere conveniente.

Utilice la siguiente escala para responder a las afirmaciones:

Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1	2	3	4

	Item	1	2	3	4
1.	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga				
2.	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3.	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
4.	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5.	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6.	Cuando me?? encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
7.	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8.	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9.	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer				
10.	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo hacerlo				

Schwarzer, R., & Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1-8