



Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes del área de la salud de la Universidad Andrés Bello, Concepción-Talcahuano

Jorge Luis Mondaca Silva

1. Profesor Adjunto, Universidad Nacional Andrés Bello, Concepción–Chile.
2. Director Nacional, Sociedad Chilena de Fisioterapia en Salud Mental.

✉ Autor de Correspondencia: Jorge Luis Mondaca Silva,
Universidad Nacional Andrés Bello. Autopista
Concepción – Talcahuano No. 7100, Talcahuano, Chile.
Jorge.mondaca.silva@gmail.com

El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente refleja el punto de vista de la «Revista de Fisioterapia en Salud Mental» ©. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre que se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación. Todo el contenido intelectual que se encuentra en esta revista está licenciado al público consumidor bajo la figura de Creative Commons©, a menos que el autor haya acordado lo contrario o limitado dicha facultad a la «Revista de Fisioterapia en Salud Mental» por escrito y de forma expresa. La Revista de Fisioterapia en Salud Mental» se distribuye bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.



Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes del área de la salud de la Universidad Andrés Bello, Concepción-Talcahuano

Jorge Luis Mondaca Silva

1. Profesor Adjunto, Universidad Nacional Andrés Bello, Concepción-Chile.
2. Director Nacional, Sociedad Chilena de Fisioterapia en Salud Mental.

Resumen: Antes del desarrollo de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), ningún instrumento psicométrico estaba disponible para medir específicamente la empatía en el contexto de la atención al usuario. Aunque algunas herramientas de investigación para la medición de la empatía existían en la población general, ninguna de ellas poseía contenido específico y el contexto relevante para el usuario. Sin embargo, a pesar de ser aplicada la EEMJ en Chile, no ha sido validada para profesionales no médicos, por lo tanto, los resultados obtenidos a través de estas evaluaciones no son del todo confiables.

Objetivos: Validar la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS), en estudiantes que pertenecen al área de la salud de las carreras no médicas de la Universidad Andrés Bello. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal con una muestra de 212 estudiantes, utilizando un muestreo probabilístico estratificado. Se aplicaron análisis factoriales y pruebas estadísticas como Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett, alfa ordinal y pruebas no paramétricas (Wilcoxon-Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). **Resultados:** Los resultados indican que la EEMJ mostró alta validez y consistencia interna. A través de un

análisis factorial exploratorio se identificaron tres componentes principales. Así mismo, se observó una tendencia general hacia la disminución de la empatía conforme los estudiantes progresaban en sus carreras. En cuanto al género, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes generales. **Conclusiones:** La EEMJ, versión HPS, es un instrumento válido y confiable para medir la empatía en estudiantes de carreras de salud no médicas en Chile. Su validación representa un aporte significativo, ya que permite evaluar de manera específica una competencia crucial en la relación clínico-paciente, contribuyendo a mejorar la formación en educación superior en el área de la salud.

Cuadro de Resumen

- Este estudio valida la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS) en estudiantes de salud no médicos en Chile, confirmando su confiabilidad y relevancia. Se identificaron tres dimensiones de la empatía: toma de perspectiva, cuidado con compasión y ponerse en los zapatos del paciente.
- La validación de esta escala permite evaluar la empatía de manera precisa, facilitando el diseño de estrategias educativas para su fortalecimiento. Dado que la empatía tiende a disminuir a lo largo de la formación académica, es fundamental integrarla en los planes de estudio. Mejorar la empatía en la educación en salud puede impactar positivamente en la calidad de la atención y la relación clínico-paciente.

Palabras clave: Empatía, educación médica, validez, confiabilidad, relación clínico-paciente

Introducción

Empatía suele definirse como la capacidad de comprender las experiencias de la otra persona, teniendo la posibilidad de ver el mundo desde la perspectiva del otro¹, ya sea a un nivel verbal (ya veo que te sientes mal) o no verbal (por ejemplo, una expresión facial acorde a la situación). La empatía es una pieza crucial en la relación profesional de la salud-paciente. A pesar de las recomendaciones, la empatía sigue siendo un área de investigación poco explorada en la educación en salud.²

Desde una visión práctica, la empatía requiere mucha mayor atención, siendo relevante en aspectos como el rendimiento laboral, el trato que se le da a las personas o el trabajo en equipo, especialmente desde el ámbito concreto de los profesionales de la salud, puesto que un buen profesional, además de acreditar conocimiento teórico y un manejo propio de su disciplina, es importante que tenga un nivel empático suficiente que le ayude a comprender a sus pacientes. Esta reflexión establece que los estudiantes de las carreras del área de la salud deban adquirir de modo teórico-práctico durante su formación una competencia cognitivo emocional básica.³ Para ello, se debe contemplar el cultivo de la empatía en los programas de formación de profesionales de la salud.

Investigaciones relacionadas con el tema han demostrado que la presencia de empatía en el profesional de la salud mejora la satisfacción del paciente⁴, incrementa la habilidad en el diagnóstico y tratamiento⁵ e, incluso, reduce los niveles de estrés de los pacientes.⁶ La relación clínico-paciente a nivel profesional, envuelve un conjunto de habilidades complejas; es común ver a los alumnos del área de la salud, siguiendo al docente y colocarse alrededor de la camilla de un paciente, con el fin de que los estudiantes aprendan las técnicas de interrogatorio, exploración y análisis del padecimiento que afecta al usuario.⁷

Se hace entonces necesario investigar sobre empatía, si ésta mejora a través de los años de formación, y establecer alguna relación con las demás carreras de la salud. Por este medio, podemos encaminarnos hacia descifrar los elementos que favorezcan la promoción de esta capacidad y las estrategias que pueden diseñarse con base en estos hallazgos.

Diversos expertos han argumentado que los avances tecnológicos en el tratamiento de los usuarios dejaron de lado a la persona que vive la experiencia de la enfermedad, sustituyéndola por la patología, el órgano o

sistema dañado. En este proceso la empatía quedó relegada, al igual que la escucha y la conversación, las cuales fueron sepultadas.⁸ Un elemento importante en la atención humanitaria es el proceso de interconexión subjetiva entre el paciente y el médico tratante, en el cual la empatía funge como la facilitadora de tal interconexión.⁹ Oseguera Rodríguez¹⁰ señala que los aspectos más significativos que promueven el humanismo en el trato con los pacientes son: el afecto, el apoyo, el respeto y la solidaridad.

Perales¹¹ manifiesta que el reclamo mundial hacia poder enfatizar los ejes ético y humanista en la formación médica del siglo XXI se apoya no sólo en la observación repetida de conductas profesionales inadecuadas de los clínicos en ejercicio, sino también en las inequidades existentes dentro del sistema de atención de salud, ya que frecuentemente encontramos situaciones en las que se violan los derechos de los pacientes. Es por ello que en la educación médica se aspira al logro de tres fines: a) cognitivos, mediante la transmisión de conocimientos para enseñar al alumno cómo, cuándo y por qué realizar los procedimientos médicos; b) destrezas y habilidades, para instruirlo en la forma adecuada de realizarlos; c) actitudes y conductas profesionales, para que desarrolle el comportamiento que corresponde al trabajo médico; sin embargo, cuando de actitudes y conductas profesionales se trata, se requiere no sólo de la presencia del profesor que modela, sino también del tiempo, espacio y condiciones necesarias para el establecimiento de una relación emocional específica entre docente y estudiante.¹² Sin esta condición esencial, la posibilidad de que el docente influya en el modelaje de la conducta profesional del estudiante se torna incierta. La empatía es una competencia esperada desde la etapa de formación en todos los profesionales de la salud, a quienes se les atribuye un papel significativo en el proceso salud – enfermedad, tanto en los resultados para la persona y su familia, como en el impacto general sobre los costos del sistema sanitario. Sin embargo, pese a todo lo anteriormente mencionado, el proceso de enseñanza aprendizaje continúa siendo inconstante desde el punto de vista humanista, ya que aún se prioriza al modelo biomédico, sin integrarlo con lo humanístico y su puesta en práctica durante el desempeño profesional.¹³

Algunos estudios realizados en Chile han descrito el comportamiento empático, utilizando la escala de Jefferson en estudiantes de Kinesiología: en la Universidad de Chile en Santiago¹⁴; en la Universidad de las Américas en Concepción¹⁵ y en Santiago¹⁶; en la Universidad Mayor en Temuco¹⁷; en la Universidad de Magallanes en Punta Arenas¹⁸; en docentes de Kinesiología de la Universidad de Chile¹⁹; en estudiantes de medicina, dentro de la Universidad del Desarrollo en Santiago²⁰; en un quinto año de alumnos de Medicina

en la Universidad de Chile en Santiago²¹; en estudiantes de odontología, en la Universidad de Concepción en Concepción²²⁻²³; en la Universidad San Sebastián en Concepción²⁴; en la Universidad Finis Terrae en Santiago²⁵; en la Universidad Andrés Bello²⁶; y en enfermeras en la Universidad Mayor en Temuco.²⁷

Si bien a nivel nacional se han propuesto adaptaciones lingüísticas a la escala de empatía, éstas no se han aplicado muestras suficientemente representativas como para someter el instrumento a un análisis psicométrico riguroso. Además, la escala no ha sido validada en escalas no médicas, por lo que los resultados obtenidos a través de estas evaluaciones no pueden considerarse plenamente confiables ni válidos para un análisis legítimo. En concordancia con lo anterior, y ante la ausencia de un instrumento culturalmente adaptado y validado para medir los niveles de empatía en estudiantes del área de la salud de carreras no médicas, se procedió a realizar la adaptación cultural de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS), así como a evaluar su confiabilidad y validez en una muestra de estudiantes del área de la salud de la Universidad Andrés Bello sede Concepción-Talcahuano, en Chile.

Material y métodos:

Tipo y diseño del estudio: El presente trabajo es de tipo transversal, con un diseño de carácter observacional; de alcance exploratorio-descriptivo, ya que intenta visualizar características de los sujetos, a través de variables, para analizarlas.

Población y muestreo: La población o universo objetivo está compuesta por estudiantes del área de la salud de carreras no médicas de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción- Talcahuano, Chile. La teoría señala que ésta debe ser mayor a 200 personas; es decir, el error permisible máximo en la estimación de la proporción es del 7 %²⁸. La muestra se seleccionó mediante un muestreo probabilístico estratificado proporcional con base en el cumplimiento de criterios de participación, con un nivel de confianza del 95 %, y un margen de error del 6 %. La muestra del estudio se conformó por con mínimo de 209 estudiantes de primero a quinto año de las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Nutrición y Dietética, que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Ser estudiantes pertenecientes a la Universidad Andrés Bello sede Concepción. Pertenecer a la carrera de Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, o Nutrición y Dietética, de la

Universidad Andrés Bello sede Concepción. Aceptación de realización de la prueba a través de consentimiento informado (Anexo). Capacidad para comprender instrucciones de la encuesta.

Procedimiento: Se realizaron análisis previos a la validación de la escala. En primer lugar, se llevó a cabo una traducción inversa del instrumento mediante un traductor nativo de habla inglesa. Para ello se utilizó la guía para la adaptación de instrumentos de evaluación psicológicas²⁹, con el objetivo de poder asegurar la equivalencia entre el instrumento original y la traducción al español.³⁰⁻³¹ En segundo lugar, para la adaptación cultural se realizó una revisión por un grupo de ocho jueces³², donde se entregó la definición operativa del constructor y la batería de ítems traducidos para que, de esta manera, pudieran evaluar la pertinencia y coherencia de la traducción. En tercer lugar, se finalizó con una prueba piloto del instrumento en estudiantes de Kinesiología de los niveles II y IV de la Universidad Andrés Bello³³, lo anterior con la finalidad de poder analizar la comprensión de los ítems.²⁸

Tras este proceso inicial, se envió la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS) a los estudiantes de las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Nutrición y Dietética de la Universidad Andrés Bello sede Concepción-Talcahuano.

Instrumento: La escala incluye veinte ítems medidos en una escala de siete puntos tipo Likert. De los veinte ítems, diez se encuentran en sentido positivo y diez en sentido inverso, que corresponden a los ítems 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19. Con el fin de facilitar el análisis de los resultados, las preguntas “negativas” de la EEMJ (versión HPS), se transformaron utilizando la fórmula $8-x$, donde “x” es el valor asignado a la pregunta, de esta manera poder dar un valor positivo al resultado, logrando que el promedio final de la encuesta tenga correlación directa con el grado de empatía.

Consideraciones éticas: Todos los estudiantes participaron sin la presencia de presiones y/o incentivos, firmando de manera voluntaria un consentimiento informado (anexo). Los encuestados debían responder al menos dieciséis de las veinte preguntas porque, de lo contrario, el formulario se considera incompleto y se excluye del análisis de datos. Si un encuestado no respondía cuatro o menos elementos, los valores que faltaran se reemplazarían por la puntuación media calculada a partir de los elementos completados por el encuestado. Los sujetos que participaron en el estudio fueron codificados con un número correlativo y no con datos personales. Además, se les aseguró a los participantes que sus respuestas eran confidenciales e

individuales, siendo utilizadas sólo con fines de investigación. Se les comunicó a los encuestados que todas las respuestas eran posibles y que no había ninguna que fuera incorrecta, existiendo sólo diferentes estilos de respuestas, tal como especificaba la hoja de instrucciones generales.

Resultados:

Descriptivos: La escala fue respondida por 212 alumnos, divididos en 4 carreras (Kinesiología, Fonoaudiología, Nutrición y Dietética y Terapia Ocupacional), de los cuales 175 alumnos son mujeres y 37 alumnos son hombres. Los puntajes obtenidos en la EEMJ variaron entre un mínimo de 79 puntos y un máximo de 135 puntos, con un puntaje promedio de 114,55 puntos (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados descriptivos para la variable de género

Nivel	Género	Media	Desviación estándar	N
1er. año	Femenino	115.896	11.973	58
	Masculino	117.153	12.422	13
	Total	116.126	11.976	71
2do. año	Femenino	111.965	13.728	29
	Masculino	115.000	11.832	06
	Total	112.485	13.309	35
3er. año	Femenino	111.400	15.316	40
	Masculino	114.555	10.596	09
	Total	111.979	14.520	49
4to. año	Femenino	115.031	12.688	32
	Masculino	118.833	12.890	06
	Total	115.631	12.622	38
5to. año	Femenino	116.500	11.905	16
	Masculino	119.666	13.3166	03
	Total	117.000	11.799	19

Confiabilidad: En primer lugar, se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de esfericidad de Bartlett con el programa FACTOR ANALYSIS, para determinar si era apropiado realizar un análisis factorial. Como se observa en la Tabla 2, el determinante de la matriz de correlaciones arroja un valor 0,00002, lo que indica que el grado de intercorrelación de las variables es muy alto. Este valor es confirmado por la significatividad asociada a la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual es de 0,0001. También el KMO arroja un valor superior a 0,70, por lo que, según este indicador, la matriz de datos resulta apropiada para realizar sobre ella la factorización.

Tabla 2. Resultados KMO y Prueba de Bartlett

Determinante de la matriz de correlación policórica	.000028
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,757
Prueba de esfericidad de Bartlett	190
Sig.	.000010

La dimensionalidad de los 20 reactivos se realizó mediante un análisis factorial con extracción de componentes principales y rotación ortogonal. El análisis factorial exploratorio permitió identificar tres factores, los cuales detallamos a continuación. Todos los reactivos que registraron cargas mayores a 0.40 y que integraron el factor 1 (“Toma de perspectiva”), corresponden a los reactivos redactados de manera positiva (2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20). Por otra parte, 7 de las 10 preguntas redactadas de manera negativa (1, 7, 8, 11, 12, 14, 19) determinaron al segundo factor (“Cuidado con compasión”) con altas cargas. Por último, el tercer factor con los últimos reactivos (3, 6, 18) corresponde al dominio “Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente”.

Si bien el coeficiente alfa de Cronbach es ampliamente utilizado, su aplicación puede no ser adecuada cuando la escala de respuesta tiene una naturaleza ordinal. En tales casos, como ocurre con la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), la matriz de correlaciones apropiada para el análisis debería ser la de correlaciones policóricas. Por ello se evaluó la fiabilidad de la EEMJ a través del alfa ordinal, estimando previamente la matriz de correlaciones policóricas sobre la cual se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para obtener la estructura factorial del instrumento, utilizando el programa FACTOR ANALYSIS (Tabla 3).

Tabla 3. Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (Versión HPS)

	Toma de perspectiva	Cuidado con compasión	Ponerse en los zapatos del paciente
Rango	1-7	1-7	1-7
Media	68,87	34,45	11,23
Desviación estándar	8,19	6,08	3,58
Sesgo	-1,35	-1,14	0,16
Alfa ordinal	0.926	0.899	0.975
Reactivo	Carga factorial		
1. La comprensión por parte de los profesionales de la salud de los sentimientos de sus pacientes y los sentimientos de sus familias no influye en los resultados del tratamiento.	0.039	0.364	-0.023
2. Los pacientes se sienten mejor cuando el profesional de salud entiende sus sentimientos.	0.783	0.236	0.013
3. Es complejo para el profesional de salud ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.	-0.026	0.179	0.511
4. Comprender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación entre profesional de la salud y el paciente.	0.503	0.403	0.020
5. El sentido del humor de un profesional de la salud contribuye a obtener mejores resultados clínicos.	0.734	0.025	-0.004
6. Debido a que las personas son diferentes, es difícil ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.	0.073	0.019	0.672
7. Prestar atención a las emociones del paciente no es importante durante la anamnesis.	0.246	0.558	0.008
8. Considerar las experiencias personales de los pacientes no influye en los resultados del tratamiento.	0.093	0.701	-0.010
9. Los profesionales de la salud deben tratar de ponerse en el lugar de sus pacientes cuando los están atendiendo.	0.608	0.172	0.055
10. Los pacientes valoran la comprensión de sus sentimientos por parte del profesional de la salud, lo que es terapéutico por sí solo.	0.621	0.319	0.153
11. Las enfermedades de los pacientes solo pueden ser curadas mediante un tratamiento específico; por lo tanto, los vínculos emocionales entre los profesionales de salud y sus pacientes no tienen influencia en los resultados del tratamiento.	0.288	0.520	-0.112

12. Preguntar a los pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas personales no ayuda en la comprensión sus problemas físicos.	0.295	0.708	0.030
13. Los profesionales de la salud deben tratar de comprender lo que ocurre en la mente de sus pacientes prestando atención a los aspectos no verbales y al lenguaje corporal.	0.576	0.375	0.140
14. Creo que las emociones no tienen relevancia en el tratamiento de las enfermedades.	0.332	0.742	0.065
15. La empatía es una habilidad terapéutica, sin ella, el éxito del profesional de la salud es limitado.	0.586	0.131	-0.149
16. La comprensión del profesional de 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 - paciente.	0.568	0.427	0.131
17. Los profesionales de la salud deben tratar de pensar como sus pacientes con el fin de otorgar una mejor atención.	0.580	0.089	0.134
18. Los profesionales de la salud no deben permitirse ser influenciados por lazos personales con sus pacientes o las familias de éstos.	0.021	-0.055	0.206
19. No me agrada leer literatura no médica o las artes.	0.103	0.263	0.135
20. Creo que la empatía es un factor importante en el tratamiento de los pacientes.	0.713	0.376	-0.114

Nota. Las cifras en negritas indican las cargas factoriales más altas.

Con el fin de determinar la existencia de diferencias entre los puntajes obtenidos en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS), según la variable de género, se utilizó el programa estadístico SPSS 20, aplicándose la prueba no paramétrica de Wilcoxon-Mann-Whitney. Así mismo, para determinar diferencias entre los niveles por carrera, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Discusión:

El resultado de este estudio confirmó tres componentes. El primer factor puede considerarse como el gran componente de la escala, tal como lo indica el valor de la media (68.87). Este primer factor es el de "Toma

de perspectiva”, el cual es un componente que en la literatura ha sido descrito como el ingrediente cognitivo central de la empatía, así como el “trampolín” para el compromiso empático con los demás³⁴; incluyó 10 elementos con un coeficiente de factor igual o superior a 0.50. El Alfa ordinal para este factor fue de 0.92. El segundo factor “Cuidado con compasión”, incluye seis elementos con un coeficiente igual o superior a 0.36. El Alfa ordinal para este factor fue de 0.89. El último factor “Ponerse en los zapatos del paciente” incluyó dos elementos con coeficientes 0.51 y 0.972. El Alfa ordinal para este tercer factor fue de 0.97. Esto es similar a lo presentado por Hojat³⁵, donde se encontró que el primer factor (coeficientes mayores a 0.35) estaba conformado por diez elementos redactados de manera positiva (Alfa de Cronbach 0.80); el segundo factor (coeficientes mayores a 0.52) estuvo compuesto por seis preguntas redactadas de manera negativa (Alfa de Cronbach 0.71); y un tercer factor (con coeficientes 0.77 y 0.72) constituido por dos preguntas (Alfa de Cronbach 0.71). Del mismo modo, es similar a lo presentado por Alcorta-Garza², quien reportó un primer factor (coeficientes mayores a 0.30) conformado por diez elementos redactados de manera positiva; un segundo factor (coeficientes mayores a 0.40) compuesto por siete preguntas redactadas de manera negativa; y un tercer factor (con cargas altas) integrado por dos preguntas redactadas de manera negativa. En lo que respecta a la confiabilidad, la consistencia interna se calculó mediante el Alfa Ordinal, ello debido a que la naturaleza de la escala es de respuesta ordinal³⁶. Por lo tanto, la matriz de correlaciones es policórica³⁷ dando un resultado un Alfa Ordinal de 0,907. Por otro lado, al calcular el Alfa de Cronbach (0.77) se encontró dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad. Este último valor es similar a lo encontrado por Alcorta-Garza², con un valor de consistencia interna de 0.74, así como a lo observado por Hojat M.³⁴ con un valor de consistencia interna de 0.80.

Con relación al género para el total de encuestados, los estudiantes masculinos tienen un puntaje mayor (117.04) que los estudiantes femeninos (114.15), diferencia que no resulta significativa ($p=0,053$). Estos resultados difieren de los esperados debido a que, en la mayoría de los estudios, las mujeres obtienen puntajes mayores que sus contrapartes masculinas en medidas de empatía.⁹⁻³⁸ Algunos autores han sugerido que el estilo conductual de las mujeres es generalmente más “empático” que el estilo de los hombres. Al estudiar las carreras de manera individual, se observa que en la carrera de Nutrición y Dietética los estudiantes masculinos tienen puntajes mayores que su contraparte, siendo esta diferencia significativa (0,005). Sin embargo, se requieren más pruebas para relacionar estas diferencias entre la empatía y el género, relacionándolas tanto a factores intrínsecos como extrínsecos. Una respuesta a esta interrogante

podría ser lo mencionado por Alcorta-Garza², donde señala una limitación por parte de los docentes al asumir que el desarrollo de la empatía es logrado solo mediante referencias culturales o teóricas.

En relación con los resultados obtenidos al realizar la comparación entre los estudiantes de los distintos años de carrera, la tendencia muestra que el nivel de empatía al iniciar la carrera es mayor que al término de ésta, lo cual concuerda con lo ya señalado por Hojat.³⁹ Sin embargo, no se observa en la gran mayoría, una disminución gradual y constante de la empatía, más bien se aprecian fluctuaciones con ascensos y descensos. En el caso particular de Kinesiología se observa un aumento de la empatía en el último año, con puntajes mayores que el primer, pero esta diferencia no resulta ser estadísticamente significativa ($p= 0.210$). Estas fluctuaciones de orientación empática podrían deberse, como menciona Abarca²⁰, a la complejidad de los tratamientos clínicos y las altas demandas técnicas, las cuales podrían provocar que los estudiantes se enfoquen más en sus necesidades que en las de los pacientes; por lo tanto, como mencionan Carrasco, Bustos, & Díaz²³, la baja en los niveles de empatía sería el resultado de la adquisición de una personalidad profesional, como parte del proceso de aprendizaje. Esta disminución que los alumnos experimentan también podría ser producto de un estado de defensa, acompañado por miedo e inseguridad, que posiblemente los alumnos novatos sientan cuando empiezan por primera vez a enfrentarse a los pacientes.⁴⁰ Sería interesante poder investigar en futuros estudios si es que existe alguna asignatura a la cual poder adjudicar la disminución o ascenso de la empatía en los diferentes niveles.

Los resultados señalan confiabilidad y validez de la EEMJ (versión HPS) en su versión en español, similar a los resultados obtenidos por Sergio Serrada.⁴¹ Con base en ello se corrobora la hipótesis inicial. La EEMJ (versión HPS) aplicada en estudiantes pertenecientes a las carreras de salud no médicas, logra los indicadores psicométricos que le dan validez.

Conclusiones y limitaciones:

Este estudio constituye un primer acercamiento para el proceso de formación, ya que el hecho de conocer la orientación empática de los estudiantes permite a los docentes buscar estrategias concretas para mejorar esta habilidad, así como generar cambios que puedan resultar en un aumento de los niveles empáticos de los estudiantes a lo largo de su carrera. Esto resulta relevante ya que, el reconocimiento de los factores

sociales y afectivos influirá en el resultado final de la terapia, ayudando de manera positiva en la rehabilitación de los pacientes.

Las limitaciones de esta investigación se relacionan con el muestreo. Este estudio fue realizado de manera transversal, sólo expone el comportamiento de esta muestra, y no compara a los mismos individuos durante su progreso en la carrera. Tampoco se consideraron para este estudio, aspectos sociodemográficos, actitudinales, religiosos... ni el estado de ánimo de los estudiantes al momento de contestar la EEMJ (versión HPS). Por lo que se sugiere que en el futuro se realice un estudio longitudinal el cual permita un mayor análisis, así como poder observar si los cambios en la empatía ocurren durante el transcurso de su formación académica. Además, sería importante poder complementar con otros instrumentos que permitan medir el impacto de las demás variables, para de esta manera poder explorar los elementos que promueven la empatía. Estas modificaciones podrían ayudar a dar respuestas a preguntas como, ¿qué relación existe entre logros del perfil de egreso con el desarrollo de la empatía?

Por último, este trabajo de investigación sólo buscó demostrar asociación y no causalidad; tampoco pretendía identificar los factores de la empatía que eran modificables, lo cual requeriría un nuevo tipo de estudio y un mayor análisis.

Consentimiento informado y consideraciones éticas

En este estudio se respetaron los principios éticos en investigación, debido a que no presenta datos como los nombres de los estudiantes, quedando su identidad bajo absoluta privacidad. Se consideró la base de datos como un suministro de números, los cuales guardan relación con el nivel de empatía que poseen los estudiantes de carreras de la salud no médicas, pertenecientes a la Facultad de Ciencias de Rehabilitación de la Universidad Andrés Bello. Todos los participantes de este estudio debieron firmar voluntariamente un consentimiento informado, basado en los cuatro principios de bioética fundamentales de Childress y Beauchamp.⁴² Esta investigación fue elaborada en total cumplimiento de la Ley 20.120 y su Reglamento N°114, la cual fue aprobada 22 septiembre 2010.⁴³

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión:

Este estudio se desarrolló bajo los principios de equidad, diversidad e inclusión, asegurando una representación justa y equilibrada en todas sus etapas. En la selección de la población de estudio, se adoptó un enfoque inclusivo al considerar estudiantes de diversas carreras del área de la salud, sin distinción de género, edad o antecedentes socioeconómicos. Se aplicó un muestreo probabilístico estratificado que permitió una representación equitativa de los diferentes niveles académicos y disciplinas, asegurando que los resultados reflejaran la realidad de los estudiantes de salud no médicos de manera amplia y diversa.

La metodología empleada contempló un diseño que respetó los principios de equidad en la recopilación y análisis de datos, evitando sesgos de género, disciplina o nivel académico. Además, se utilizaron herramientas estadísticas que permitieron un análisis objetivo y basado en evidencia, asegurando que la interpretación de los resultados reflejara de manera precisa las experiencias y percepciones de todos los participantes.

Finalmente, en la interpretación de los resultados se garantizó una perspectiva equitativa, reconociendo la diversidad de factores que influyen en la empatía y evitando generalizaciones que pudieran invisibilizar diferencias importantes entre grupos.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Ulloque MJ, Villalba S, Foscarini G, Quinteros S, Calzadilla-Núñez A, Reyes-Reyes A, Díaz-Narváez V. Family functioning as an explanatory factor of empathic behavior in Argentine medical students. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20.
2. Alcorta-Garza, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara J, Hojat. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Ment*. 2005;28(5):57-63.
3. Huerta-González S, Meléndez-Chávez S, Barrios-Melchor AR, De las Salas R, Reyes-Reyes A, Díaz-Narváez VP. Caracterización psicométrica y distribución empática entre las áreas académicas en estudiantes de enfermería. *Rev Investig Innov Cienc Salud*. 2024;6(2):94-112.
4. Díaz-Narváez VP, Silva-Vetri MG, Stocklin B, González-Díaz E, Calzadilla-Núñez A, Torres-Martínez P, et al. Empathy levels among dental students and professors from a dental school in the Dominican Republic. *Rev Fac Med*. 2022;70(2):e90850.
5. Barsky AJ. Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors. *Ann Intern Med*. 1981;94(1):492-8.
6. Díaz-Narváez V, Miranda-Carreño F, Galaz-Guajardo S, Sepúlveda-Navarro W, Zúñiga-Mogollones M, Calzadilla-Núñez A, et al. Variabilidad empática en estudiantes de odontología. Consecuencias aún no entendidas en América Latina. *Rev Fac Med*. 2022;70(1):e91207.
7. Moreno Vilet. Empatía en Medicina: Enseñarla o adquirirla. *Glosa Rev Divulg*. 2015;3(4).
8. Ramiro H, Cruz AE. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Med Int Méx*. 2017;33(3):299-302.
9. Díaz-Narváez V, Dávila Pontón Y, Marín Dávila M, Carbone Paz B, Reyes-Reyes A, Calzadilla Núñez A. Empatía con el paciente en médicos especialistas que trabajan en un Hospital de Cuenca (Ecuador). *Rev Cienc Salud*. 2024;22(2):1-14.
10. Oseguera Rodríguez J. El humanismo en la educación médica. *Rev Educ*. 2006;30(1):51-63.
11. Perales C. Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioeth*. 2008;14(1):30-8.
12. Alvarado-Galarce AA, Faúndez-Maureira CB, Alarcón-Ureta C, Nakouzi Momares J, Salas-Aguayo CD, Díaz-Narváez VP. Estudio factorial exploratorio de empatía en docentes de una facultad de odontología. *Rev Investig Innov Cienc Salud*. 2024;6(2):151-61.
13. Mejía de Díaz MA. Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud. Universidad de los Andes. Mérida-Venezuela. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina; 2012.
14. Castañeda B, Parraguez I. Orientación empática de los estudiantes de Kinesiología de dos escuelas de la Región Metropolitana. Tesis de grado. Santiago: Universidad de Chile; 2006.
15. Mondaca-Silva JL. Valoración de la empatía en alumnos de la carrera de Kinesiología, Universidad de las Américas. Sede el Boldal. Estudio piloto. Concepción: Universidad de las Américas; 2013.
16. Mondaca-Silva JL, González-Maldonado IA. Valoración de la empatía en estudiantes de Kinesiología en dos sedes UDLA. Estudio descriptivo. Tesis de grado. Santiago: Universidad de las Américas; 2016.
17. Díaz-Narváez VP, Salas-Alarcón D, Bracho-Milic, Ocaranza-Ozímica J. Empatía en estudiantes de kinesiología. Universidad Mayor, sede Temuco, Chile. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(3):383-93.

18. Contreras T, Sebatián G, Guenchugaray L, Fernández A. Orientación empática de los estudiantes de la carrera de Kinesiología de la Universidad de Magallanes, de la ciudad de Punta Arenas, en el año 2014. *Rev Educ Cienc Salud*. 2015;12(2):125-33.
19. Gamboa-Caichá, Yávar Del Pino. Orientación empática de los docentes kinesiólogos de la Escuela de Kinesiología de la Universidad de Chile. Tesis de grado. Santiago: Universidad de Chile; 2007.
20. Abarca C, Eltit I, Casas-Cordero PJ, Tolosa A, Bianchi S, Koch R, et al. Niveles de orientación empática en estudiantes de medicina Universidad del Desarrollo, sede Santiago, Chile. *Rev Confluencia*. 2019;1(1):20-4.
21. Carvajal A, Miranda C, Martinac T, García C, Cumsille F. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2004;15(4):302-6.
22. Morales HS. Estudio del nivel de empatía y motivación de logro de los alumnos de la carrera de odontología de la Universidad de Concepción. *Rev Educ Cienc Salud*. 2012;9(2):121-5.
23. Carrasco D, Bustos A, Díaz V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. *Rev Estomatol Hered*. 2012;22(3):146-51.
24. Torres-Martínez P, Barrios-Penna C, Fonseca-Molina J, Díaz-Narváez V, González-Cruz S. Niveles de empatía en estudiantes de Odontología de la Universidad San Sebastián, Concepción, Chile. *Rev Fac Med*. 2017;65(2):219-25.
25. Urday HS, Rivera Ugalde I, Zamorano Arancibia, Díaz Narváez V. Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2013;6(3):130-3.
26. Sepúlveda Puga AI, Botello Romo JO, López Tagle E, Díaz-Narváez VP. Empatía y ecualización en estudiantes de odontología en una universidad chilena. *Rev Fac Med*. 2023;39(3):857-73.
27. Díaz-Narváez V, Muñoz-Gámbaro G, Duarte-Gómez N, Reyes-Martínez M, Caro S, Calzadilla-Núñez A, et al. Empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor, Sede Temuco, IX región, Chile. *Aquichan*. 2014;14(3):388-402.
28. Paniagua E. Metodología para la validación de una escala o instrumento de medida. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2015.
29. Geisinger KF. Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instrument. *Psychol Assess*. 1994;6(4):304-12.
30. Hambleton RK. Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En: Muñiz J, editor. Madrid: Universitas; 1996.
31. Carretero H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5(3):521-51.
32. Lynn M. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35:382-5.
33. Fuentealba, Balboa, Sáez J. Niveles de empatía en dos cohortes de estudiantes pertenecientes a la carrera de Kinesiología de la Universidad Andrés Bello sede Concepción, 2020. Tesis de pregrado. Concepción: Universidad Andrés Bello, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Escuela de Kinesiología; 2020.
34. Hojat M. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. New York: Springer; 2016.
35. Hojat M, DeSantis, Shannon, Mortensen L, Speicher MR, Bragan, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ*. 2018;23(5):899-920.
36. Oliden P, Zumbo. Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*. 2008;20(4):896-901.

37. Flora D, Curran P. An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychol Methods*. 2004;9:466-91.
38. Díaz-Perez A, Fernández Aragón SP, Díaz Narváez VP, Fernández Beleño A, Navarro-Quiroz E, Mendoza Cataño CL. Empathy in the Curriculum for Patient Care. *Glob J Health Sci*. 2018;10(4):93-104.
39. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-41.
40. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ*. 2005;69(3):338-45.
41. Serrada-Tejeda S, Sánchez-Herrera-Baeza P, Rodríguez-Pérez MP, Máximo-Bocanegra N, Martínez-Piédrola RM, Trugeda-Pedrajo N, et al. Cultural adaptation and psychometric properties of the Jefferson empathy scale health professions students' version in Spanish occupational therapy students. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):472.
42. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. 2010;(22):121-57.
43. Ministerio de Salud. leychile.cl [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://bcn.cl/1vge5>

ANEXO**Material Complementario:**

El material complementario asociado a este artículo estará disponible [aquí](#).

- Anexo – Consentimiento informado