

ARTÍCULO ORIGINAL

Niveles de orientación empática en los estudiantes de Odontología

Evaluation of empathetic orientation in Odontology students

MSc. Laura Sánchez Jiménez,¹ MSc. Mariela Padilla Guevara,¹ Dr. Ignacio Rivera Ugalde,^{1,2} Dr. Alejandro Zamorano Arancibia,^{1,2} Dr. Cs. Víctor Patricio Díaz Narváez^{1,2}

¹ Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. San José, Costa Rica.

^{1,2} Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es evaluar la orientación empática, considerando los factores curso y género, en los estudiantes de la carrera de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Latinoamericana de Ciencias y Tecnología (ULACIT) de Costa Rica. Se tomó una muestra de 225 estudiantes pertenecientes al equivalente de los niveles 1ro., 2do., 3ro., 4to. y 5to. de la Carrera de Odontología. Se encuestaron con una herramienta llamada Escala de Empatía para Odontólogos de Jefferson, versión S, durante una semana, un día determinado por nivel. Después de realizar el análisis estadístico se encontró que los años superiores muestran niveles de orientación empática mayores que el resto de los cursos examinados en ambos géneros. Esto se debe al aumento, en la práctica clínica, de los estudiantes al final de la carrera y a la responsabilidad y compromiso que llegan a tener con sus pacientes. Además, en general, la orientación empática es mayor en el género femenino que en el masculino y esta va evolucionando de diferente forma para ambos géneros a lo largo de la carrera.

Palabras clave: orientación empática, estudiantes de Odontología, empatía, Escala de Empatía para Odontólogos de Jefferson versión S, ULACIT.

ABSTRACT

The aim of the present work is to evaluate the emphatic orientation, considering the gender and course factors, in Odontology students in the Health Sciences Faculty of the Latin American University of Sciences and Technology in Costa Rica. The sample was composed of 225 students from the 1st, 2nd, 3rd, 4th and 5th levels in Odontology Studies. They were inquired using a tool called The Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version (JSPE-S) during a week, a determined day per level. After carrying out the statistical analysis, it was found that the higher levels show higher levels of empathetic orientation than the rest of the courses examined in both genders. It is due to the increase of the students' clinical practice at the end of the studies and to the responsibility and commitment they achieve with their patients. Also, in general, empathetic orientation is higher in females than in males and it is evolving differently through years of studies.

Key words: empathetic orientation, Odontology students, empathy, The Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version (JSPE-S).

INTRODUCCIÓN

La deshumanización en la atención de salud es una preocupación vigente, situación de la cual las instituciones de educación superior deben hacerse cargo si se pretende proporcionar una formación de calidad.¹

La empatía es vista como un apreciado atributo para el cuidado médico. Se considera de gran beneficio para los procesos de adherencia a las instrucciones médicas,² contribuye a la satisfacción del paciente, el aumento de bienestar y salud, y la reducción de errores en los diagnósticos médicos.³ Estudios demuestran que la presencia de empatía en el personal de salud, permite desarrollar ventajas para una mejor atención del paciente:

- a) Mejora la satisfacción del paciente.⁴
- b) Aumenta la complacencia.⁵
- c) Incrementa la habilidad del médico en el diagnóstico y tratamiento.⁶
- d) Baja significativamente el riesgo de juicio por mala práctica.⁷

Cuando la relación médico-paciente es constructiva, la probabilidad de curar aumenta sustancialmente y constituye, por tanto, uno de los elementos críticos en la práctica médica⁸ y odontológica.

Para *Hojat* y otros^{9,10} es un concepto amplio y por tanto es posible encontrar múltiples definiciones, producto de que aún existen diferentes teorías que se confrontan entre sí en torno al significado de este constructo.² Dentro de esta confrontación podemos mencionar teorías con distintos enfoques:

- a) Cognitivo^{11,12}
- b) Empatía como cognición y emoción¹³

Este último está relacionado con la capacidad de unirse a las experiencias de otros, tomando en cuenta la percepción de las emociones de los demás, así como su comprensión¹⁴ e incluye la perspectiva de las habilidades interpersonales de la inteligencia emocional para su estudio.¹⁵

La tecnología incorporada a la práctica médica en la actualidad ha tenido algunas repercusiones en la relación médico-paciente, una de las consecuencias es que los pacientes ven a sus médicos distantes de ellos.¹⁶ El uso del *Smartphone* se ha incrementado en las prácticas médicas, igual que una diversidad de tecnologías y *Agamez* y otros muestran claramente estas tendencias.¹⁷ A pesar de que la empatía es una cualidad importante, algunos estudios relacionados con la salud reportan declinaciones a medida que van avanzando los estudiantes en su formación profesional.^{18,19}

Los estudios de empatía en estudiantes de Odontología no existen en Costa Rica y Centroamérica en general. Sobre la base de lo anteriormente planteado, el objetivo del presente trabajo es evaluar la orientación empática, considerando los factores curso y género, en los estudiantes de la Carrera de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Latinoamericana de Ciencias y Tecnología (ULACIT).

MÉTODOS

Este trabajo está en correspondencia con una investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y ex pos facto causa-efecto. La población estuvo constituida por 301 estudiantes pertenecientes a los niveles 1ro., 2do. 3ro., 4to. y 5to. de la Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, de la ULACIT en Costa Rica. La muestra se conformó con 225 estudiantes (74,75 % de la población estudiada), quienes cursaban los niveles 1ro. (n=41), 2do. (n=50), 3ro. (n= 32), 4to. (n= 50) y 5to. (n=52). Se encuestaron 171 mujeres y 55 hombres. Vale la pena mencionar que la proporción de mujeres a hombres por nivel, es en promedio, 3:1. Esta muestra se escogió en una semana, desde el 26 hasta el 30 de marzo de 2012 (cada día de la semana para un curso previamente determinado). Como los estudiantes encuestados estaban sometidos a la posibilidad de realizar visitas a diferentes áreas clínicas, clases en lugares diferentes y alejados físicamente del lugar

de la encuesta, inasistencias a clases, entre otras circunstancias, no todos los estudiantes de todos los cursos pudieron ser evaluados. A los estudiantes que faltaron, por la razones señaladas, no se les aplicó la escala en una segunda oportunidad con el objeto de evitar el riesgo de "una transmisión transversal de las características de las preguntas" y, de esta manera, evitar una posible contaminación en las respuestas. La carrera de Odontología de ULACIT, consta de 4 años lectivos divididos en 12 cuatrimestres de 15 semanas cada uno. Para efectos del presente estudio, se hizo una homologación de cursos, separándolos de acuerdo a las carreras de 5 años, de modo que se puedan realizar comparaciones en futuras investigaciones. A los sujetos pertenecientes a la muestra se les aplicó la Escala de Empatía para Odontólogos de Jefferson (EEMJ)²⁰ en la versión en español para estudiantes (versión S) validada en México y Chile. Esta escala tiene una puntuación mínima de 20 y máxima de 140 y no establece punto de corte,^{21,22} el instrumento fue adaptado culturalmente a Costa Rica mediante el método de Criterio de Jueces, lo cual obligó a constituir una comisión de jueces nombrados en San José para tal efecto. No existieron criterios de exclusión, pues el interés era evaluar la variable de interés a la mayor cantidad de estudiantes. Las filas de las matrices de respuestas de la escala aplicada incompletas se eliminaron del análisis.

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

Los datos primarios fueron sometidos inicialmente a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en los dos factores estudiados (año y sexo).²³ También fueron sometidos a la prueba de homocedasticidad de Levene (igualdad de varianzas).²⁴ Se estimaron los estadígrafos descriptivos, media aritmética y desviación típica en todos los factores y sus niveles correspondientes. La comparación de las medias se realizó mediante un análisis de varianza (ANOVA) Bifactorial Modelo III con interacción de primer orden y una prueba de comparación múltiple de Duncan para datos desbalanceados en ambos casos, de acuerdo con Díaz.²⁵ Se estimó además la potencia observada y el tamaño del efecto. Los estadígrafos estimados se dibujaron en un gráfico de perfil. El nivel de significación utilizado fue de $\alpha \leq 0,05$ en todos los casos.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se observan los valores de los estadígrafos descriptivos de ambos factores estudiados y de sus correspondientes niveles.

Tabla 1. Resultados de la estimación de los estadígrafos de la variable estudiada en los factores Cursos y Género

Curso	Género	Media	Desviación típica	N
1er. año	Femenino	99,40	14,299	30
	Masculino	97,18	11,626	11
	Total	98,80	13,528	41
2do. año	Femenino	102,58	11,011	33
	Masculino	105,12	9,720	17
	Total	103,44	10,560	50
3er. año	Femenino	108,93	19,159	27
	Masculino	95,20	13,664	5
	Total	106,78	18,910	32
4to. año	Femenino	112,10	11,473	39
	Masculino	98,27	9,634	11
	Total	109,06	12,430	50
5to. año	Femenino	108,90	13,055	41
	Masculino	107,00	9,055	11
	Total	108,50	12,263	52
Total	Femenino	106,74	14,350	170
	Masculino	101,64	10,913	55
	Total	105,49	13,744	225

En la [tabla 2](#) se aprecian los resultados del ANOVA Bifactorial.

Se encontró en esta prueba que existen diferencias significativas ($p>0,05$) en los dos factores estudiados: cursos ([Fig. 1](#)) y género y en la interacción de estos.

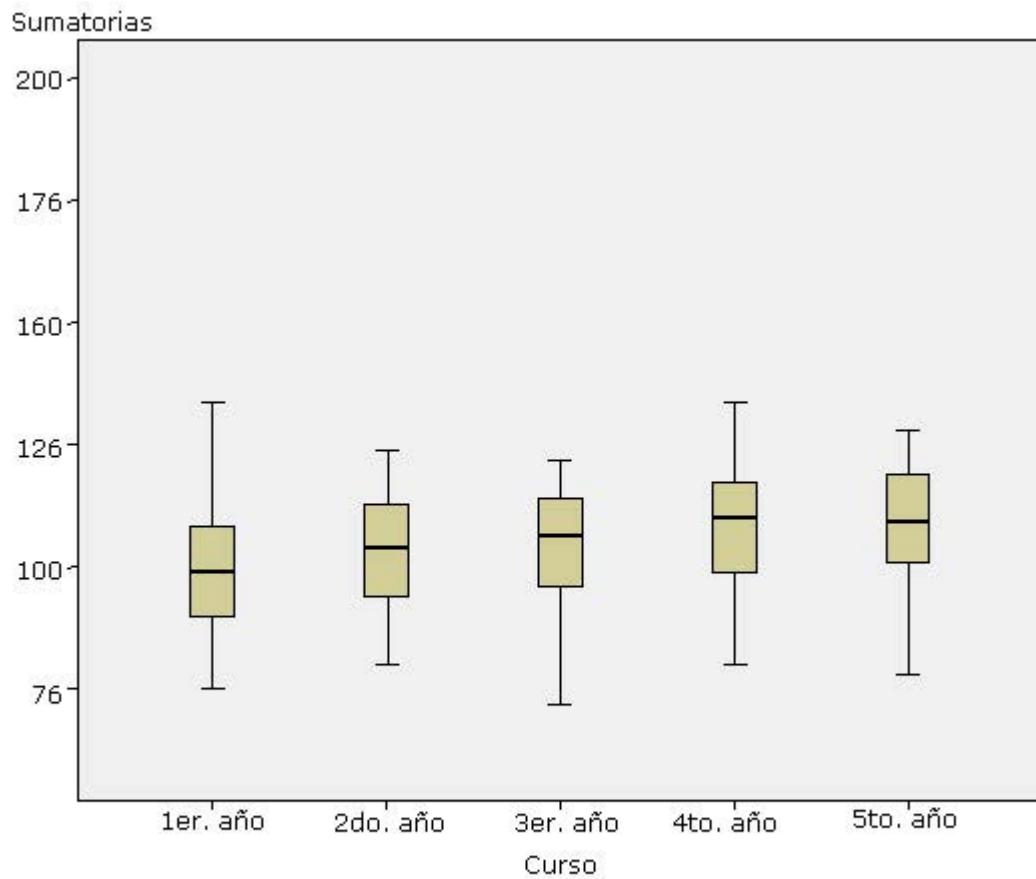


Fig. 1. Gráfico de cajas con las medias de la variable estudiada en todos los cursos analizados.

La prueba de Duncan, la cual es más sensible que el análisis de varianza,²⁴ permitió observar la presencia de dos grupos con diferencias significativas: a) uno, formado por los cursos 1ro. y 2do. años (entre los cuales no existen diferencias significativas) ($p>0,05$) y b) un segundo grupo, formado por los años 2do. al 5to. (entre los cuales tampoco existen diferencias significativas) ($p<0,05$) (Fig. 2).

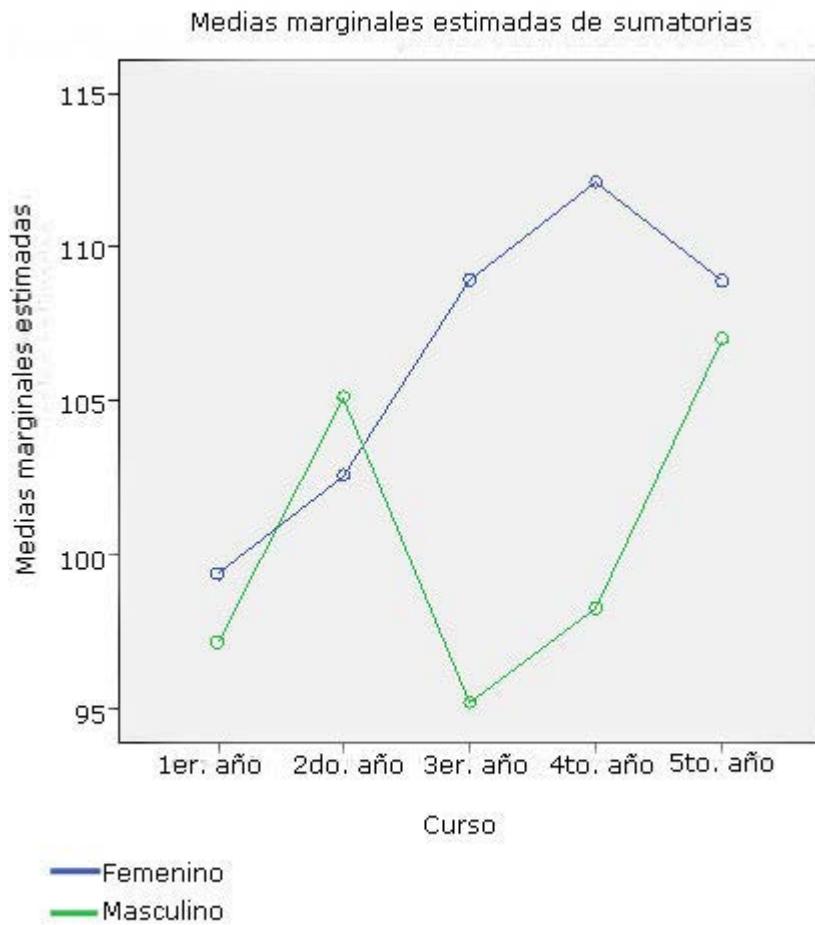


Fig. 2. Medias estimadas de nivel de orientación empática en cada curso y género estudiado.

Por tanto, los resultados reflejan que los años superiores muestran niveles de orientación empática mayores que el resto de los cursos examinados en ambos géneros. Pero el valor del estadígrafo eta cuadrado es muy bajo, por lo cual el tamaño del efecto de las diferencias del 3er. año, respecto al resto de los cursos, son pequeñas; esto fue ratificado por el valor de R^2 ajustado = 0,101; es decir, que los factores estudiados, especialmente el factor curso, solo explican el 10,1% de toda la variación encontrada, lo cual muestra que los cambios de esta variable, no son sustancialmente grandes entre los diferentes años. La potencia observada en los factores estudiados son todos inferiores a 0,95, lo cual implica que estas diferencias deben ser discutidas con cautela dado que la falta de potencia está asociada al tamaño de muestra. El factor género fue significativo ($p<0,05$) y la orientación empática es mayor en el género femenino que en el masculino. La significación encontrada en la interacción entre estos dos factores ($p<0,05$) muestra que ambos factores no son independientes entre sí en la población estudiada y que esta interacción se presenta fundamentalmente en los tres primeros años de la carrera (tabla 3, Fig. 2) y el comportamiento «evolutivo», en general, de la orientación empática entre ambos géneros es diferente.

Tabla 3. Resultados de la prueba de comparación múltiple de medias o Duncan

Curso	N	Subconjunto	
		1	2
1er. año	41	98,80	-
2do. año	50	103,44	103,44
3er. año	32	-	106,78
5to. año	52	-	108,50
4to. año	50	-	109,06
Sig.	-	0,099	0,067

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos revela una diferencia entre los géneros. El género femenino manifiesta un comportamiento diferente al masculino, lo cual coincide con los resultados de otras investigaciones.²⁶⁻²⁸ En el caso de ULACIT la población femenina es más numerosa que la masculina en una proporción promedio de 3:1. El total de las mujeres entrevistadas fue de 170, conformando esto, el 75,56 % del total de la muestra. Esto puede explicar el comportamiento de la empatía de los estudiantes en general, ya que la dinámica de grupo se mueve al ritmo de las mujeres por su mayor número. En el caso del 3er. año la proporción mujeres/hombres aumenta a 5:1 lo que podría indicar que los jóvenes estudiantes masculinos les dejan los asuntos emotivos a las mujeres compañeras de clase.

El aumento en los resultados del 2do. año para los hombres y mujeres podría explicarse mediante la oferta de cursos, ya que se tocan temas más relacionados con las ciencias odontológicas *vs.* las ciencias básicas médicas del 1er. año y esto motiva a los estudiantes a sentirse mejor con su carrera y a pensar en su paciente como una relación ideal en potencia.

Al llegar al 3er. año, los estudiantes se enfrentan con sus primeros acercamientos con pacientes en el curso de Desarrollo de Criterio Clínico I. Es ahí donde comienzan a trabajar realmente en la dinámica paciente-operador. Ellos trabajan en parejas, por lo que la persona más dominante en términos emotivos y de la misma manera, con mayor orientación empática, es la que toma cargo de la relación con el paciente. Por eso los resultados de género son bastante opuestos.

En el 4to. año ya los estudiantes entran de lleno a las labores de atención de pacientes (en los cursos de Desarrollo de Criterio Clínico II, Desarrollo de Criterio Clínico III y Clínica Integral Básica), presentaciones de caso, cumplimiento de requisitos y tratamientos realizados, por lo que se ven enfrentados con la realidad de ir desarrollando la relación empática con su paciente. Es decir, van desarrollando la competencia de forma más fuerte con la práctica. De ahí los resultados más altos del estudio, para el género femenino y un ascenso importante en comparación con el resultado de 3er. año para el masculino.

En el último año de sus carreras, cuando la atención a pacientes se da tanto en la clínica universitaria (Clínica Integral I, Clínica Integral II, Clínica Integral II y Odontología de empresa) como en algunas clínicas en localidades poco privilegiadas (Participación comunitaria en Salud), se ve un aumento importante de la empatía en el caso de los hombres y uno de los resultados más altos del estudio en las mujeres. Esto se puede explicar debido al tiempo práctico que ellos dedican a la atención odontológica durante el año (un 84 % del tiempo), y a la sensibilización social de la que son parte. Durante este año los estudiantes se ven expuestos a manejar casos fuera de la universidad donde tienen una inmersión en la realidad de sus pacientes y los pueden tratar de forma integral, esto permite profundizar en las relaciones y crear un sentido de responsabilidad y compromiso entre ellos y sus pacientes. El resultado: mayor orientación empática al final de la carrera.

Resalta en la investigación que el comportamiento de la orientación empática se manifiesta en un incremento de sus valores a lo largo de la carrera con un "punto de quiebre" entre 2do. y 3er. años. Sin embargo, este comportamiento no es similar entre ambos géneros. En el género femenino es más "regular", mientras que en el género masculino es más "irregular". La tendencia final de ambos géneros, corresponde a un aumento significativo de los valores de orientación empática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y acción. Conferencia mundial sobre la educación superior. UNESCO; 1998.
2. Spiro H. The practice of empathy. Acad Med. 2009;84(9):1177-9.
3. Kim S, Kaplowitz S, Johnston M. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Eval Health Professionals. 2004;27(3):237-51.
4. Beckman HB, Franckel RM. The effect of physician behaviour on the collection data. Ann Inter Med. 1984;101:692-6.
5. Falvo D, Tippy P. Communicating information to patients: patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. J Fam Pract. 1998;26(6):643-7.
6. Barsky AJ III. Hidden reasons why some patients visit doctors. Ann Int Med. 1981;94:492-8.
7. Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-patient communication in managed care. Western J Med. 1995;163(6):527-31.
8. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. Salud Mental. 2005;28(4):57-63.

9. Fernández-Pinto I, López-Pérez, Márquez M. Empatía: teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*. 2008;24(2):284-98.
10. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magge M . Physician Empathy: Definition, Components, Measurement and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1563-9.
11. Sharmay-Tsoory SG, Tormer R, Goldsher D, Berger BD, Aharon-Peretz J. Impairment in Cognitive and Affective Empathy in Patients with Brain Lesions: Anatomical and Cognitive Correlates. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2004;26(8):1113-27.
12. Elliot R, Völlm B, Drury A, McKie S, Richardson P, Deakin JFW. Co-operation with another player in a financially rewarded guessing game activates regions implicated in theory of mind. *Social Neurosc. Special Issue: Theory of Mind*. 2006;1(3-4):385-95.
13. Davis MH, Hull JG, Young RD, Warren GG. Emotional Reactions to Dramatic Film Stimuli: The Influence of Cognitive and Emotional Empathy. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(1):126-33.
14. Aring CD. Sympathy and empathy. *JAMA*. 1958;167:448-52.
15. Fernández-Berrocal P, Extremera N. Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 year of history. *Psicothema*. 2006;18 (Suppl.):7-12.
16. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach*. 2002;24:371-4.
17. Agamez S, Aldana M. Aplicación de nuevas tecnologías de la información en la enseñanza de la medicina. *SaludUninorte*. 2009; (25):150-71.
18. Lonie JM, Aleman R, Dhing C, Mihm D. Assessing pharmacy self-reported empathic tendencies. *Am J Pharm Educ*. 2005;69(2):Article 29.
19. Carvajal A, Miranda CI, 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 Clin Univ de Chile*. 2004;15(4):302-6.
20. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychol Measurement*. 2002;61:346-65.
21. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. *Salud Mental*. 2005;28(4):57-63.
22. Rojas AM, Castañeda Barthelemy S, Parraguez-Infiesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educación Médica*. 2009;12 (2):103-9.

23. Shapiro SS, Wilk MB. An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika*. 1965;52(3-4):591-611.
24. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análisis multivariante*. Madrid: Edit. Prentice-Hall; 2011. p. 66-67.
25. Díaz VP. *Metodología de la Investigación Científica y Bioestadística para profesionales y estudiantes de ciencias médicas*. Santiago de Chile: RiL Editores; 2009.
26. Rivera Ugalde I, Arratia Bulboa R, Zamorano Arancibia A, Díaz Narváez VP. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *SaludUninorte*. Barranquilla (Col.). 2011;27(1):63-72.
27. Sherman J, Cramer A. Measurement of Changes in Empathy During Dental School. *Journal of Dental Education*. 2005;69 (3):338-45.
28. Smith M, Dundes L. The Implications of Gender Stereotypes for the dentist-patient relationship. *Journal of Dental Education*. 2008;72:5562-70.

Recibido: 2 de febrero de 2013.

Aprobado: 17 de febrero de 2013.

Laura Sánchez Jiménez. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Barrio Tournón, San José. Costa Rica. Correo electrónico: lsanchezj821@ulacit.ed.cr