

EVALUACION DE LA ORIENTACION EMPATICA Y LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE EN MEDICINA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012 Y EL PRIMER SEMESTRE DE 2013.

EVALUACION DE LA ORIENTACION EMPATICA Y LOS ESTILOS DE  
APRENDIZAJE EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE EN  
MEDICINA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012 Y EL PRIMER SEMESTRE  
DE 2013.

**LUZ MARINA ALONSO  
LAURA VANESSA FABREGAS PATERNOSTRO  
NINELYS COLORADO DELANOY  
CARLOS QUESADA GUELBRETH  
RAFAEL IGLESIAS**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Barranquilla  
Universidad del Norte  
Facultad de medicina  
Departamento de ciencias de la salud  
2013

EVALUACION DE LA ORIENTACION EMPATICA Y LOS ESTILOS DE  
APRENDIZAJE EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE EN  
MEDICINA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012 Y EL PRIMER SEMESTRE  
DE 2013.

**LUZ MARINA ALONSO  
LAURA VANESSA FABREGAS PATERNOSTRO  
NINELYS COLORADO DELANOY  
CARLOS QUESADA GUELBRETH  
RAFAEL IGLESIAS**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLÓGICO: Dra. LUZ MARINA ALONSO**

BARRANQUILLA  
UNIVERSIDAD DEL NORTE  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
2013

## PÁGINA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

BARRANQUILLA  
07/06/2013

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos dar gracias a dios por permitirnos salir adelante, a nuestros padres por habernos apoyado, a la doctora Mariela Borda por habernos impulsado en la realización del proyecto, al comité de ética médica por habernos aprobado el proyecto, a los estudiantes de primer a decimo semestre por su colaboración en las encuestas, al doctor Jorge acosta y a la doctora Martha Peñuela por sus asesorías

## CONTENIDO

1. Naturaleza y formulación del problema .....	8
2. Justificación .....	9
3. Objetivos .....	11
3.1. Objetivo General .....	11
3.2. Objetivos Específicos .....	11
4. Propósito .....	12
5. Marco Teórico .....	13
5.1. Conceptualización de empatía.....	13
5.2. Empatía y formación profesional .....	14
5.3. Medición de la empatía .....	14
5.4. Empatía, edad y género en estudiantes de medicina .....	15
5.5. Estilos de aprendizaje .....	16
5.6. Relación entre empatía y estilos de aprendizaje .....	17
6. Aspecto Metodológicos .....	19
6.2.7. Plan de Recolección.....	21
Instrumentos de medición de variables.....	21
6.2.8. Plan de procesamiento de los datos .....	22
6.2.9. Aspectos éticos .....	22
6.2.10. Plan de presentación y análisis.....	23
6.2.11. Aspectos Administrativos .....	24
Referencias Bibliográficas .....	33
ANEXOS .....	36
ANEXO 1 .....	36
ANEXO 2.....	42
ANEXO 3.....	44

Resumen:

### **OBJETIVO**

Evaluar la orientación empática y los estilos de aprendizaje en los estudiantes de la universidad del norte en medicina en el segundo semestre de 2012 y el primer semestre de 2013.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal. El muestreo fué no aleatorio, por conveniencia. La muestra fué de 338 estudiantes distribuidos de la siguiente manera: primer año: 133, segundo año: 96, tercer año: 32, cuarto año 28 y quinto año 49. Se aplicaron dos cuestionarios a los estudiantes: escala de empatía medica de Jefferson y el cuestionario de estilos de aprendizaje de Honey y Alonso para la recolección de los datos. Para la tabulación de los datos se usó el software Microsoft Excel 2010. La información fue procesada en el programa IBM spss statics.. Para mostrar la población según edad, sexo, estrato socioeconómico y año de estudio se utilizaron tablas de frecuencia univariadas. Para establecer la asociación entre empatía y sexo, año y estilos de Aprendizaje, se utilizó Chi cuadrado y el análisis fue bivariado.

### **RESULTADOS**

El 54,4% de los estudiantes eran mujeres. La edad con mayor porcentaje fue 18 años (28,1%), el 67,7% de la población era de primer año, el 51% de la población eran estrato medio alto y alto. El 37,3% de los estudiantes tienen preferencia por el estilo teórico. El 48,52% de la población tuvo puntuaciones de 91 o más (cuartil 4) en la escala de Jefferson.

### **CONCLUSIONES**

Según los resultados, la orientación empática y los estilos de aprendizaje se ven afectados en los distintos años de la carrera. Tanto el género como el estrato socioeconómico, no guardan relación con la empatía. Tampoco los estilos de aprendizaje influyen de manera significativa en la empatía de los estudiantes, razón por la cual es importante que cada uno adopte su propio estilo de aprendizaje; pero se debe enseñar acerca de la comunicación eficiente entre el médico y el paciente para que el estudiante adquiera mayor empatía.

**PALABRAS CLAVES:** Orientación empática, Estilos de aprendizaje, Estudiantes de medicina.

## 1. NATURALEZA Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Para nadie es un secreto que la empatía es más que una simple condición que posibilita el desarrollo individual y social, ella nos brinda no solo la posibilidad de tener un conocimiento de la dinámica de nuestros semejantes, sino que también nos ayuda a conocer la forma de ser de cada persona, la manera como actúa y piensa, nos permite crear vínculos, donde podemos conectarnos y generar miles de pensamientos y sentimientos con nuestros semejantes. Eso explica de una forma directa por qué somos capaces de colocarnos en los zapatos de los demás comprendiendo que en base a nuestra libertad establecemos normas que forjan nuestro carácter y valores éticos innegables.

La empatía en el contexto médico-profesional es la clave para una buena relación médico-paciente. Sin embargo, han sido poco investigadas, las implicaciones clínicas que tienen estos resultados en ellos. Razón por la cual Investigadores de la Universidad Thomas Jefferson, en Estados Unidos, han demostrado y cuantificado cómo la empatía de los médicos puede mejorar los resultados clínicos de sus pacientes, sugiriendo que la capacidad de un facultativo para ponerse en el lugar del enfermo es un importante factor asociado con su competencia.

Si miramos de manera objetiva las competencias, habilidades y actitudes del ser, saber y saber hacer que todo personal de la salud incluyendo los médicos deben poseer comprenderemos que los estilos de aprendizaje son parte vital de las estrategias que parten de la iniciativa, la planificación y deliberación del propio sujeto que aprende, que se conjugan con sus destrezas a fin de aumentar sus capacidades y experiencias. Por tanto, se podría pensar que el estilo de aprendizaje podría tener algún impacto sobre la relación empática médico-paciente.

Debido a la necesidad de estudiar la empatía y los estilos de aprendizaje en el ámbito clínico, nace la formulación del problema: ¿cómo se comporta la evaluación de la orientación empática y los estilos de aprendizaje en los estudiantes de medicina de la Universidad del norte en el primer semestre del 2013?



## 2. JUSTIFICACIÓN

La empatía clínica es un elemento esencial de la atención de calidad asociada a mayor satisfacción del paciente y el cumplimiento del tratamiento, así como Menos quejas con negligencia. (2) Además de que la comunicación empática puede ayudar al diagnóstico y tratamiento adecuado, también contribuye a la mejoría de estado de salud del paciente, la satisfacción del mismo y a una eficiente prestación del servicio en salud.(2) Por dicha razón, en las escuelas de medicina del reino unido se han dedicado a enseñarles habilidades para una mejor comunicación y relación interpersonal. (3)

Actualmente se ven muchos profesionales de la salud, especialmente médicos, que carecen de empatía, razón por la cual muchos pacientes se quejan hoy en día del trato deshumanizado que se les da y del poco interés que ejercen sobre su enfermedad. En un estudio realizado en reino unido, los médicos responden a las emociones de los pacientes con poca frecuencia.(2) En un estudio en el cual los oncólogos hablaban en cámara de video, solo en un 22% respondían a las emociones de sus pacientes, mientras que el 76% del tipo se dedicaban a hablar del cambio que debían realizar en el tratamiento (2).

Existe abundante evidencia de que la comunicación empática es una habilidad que se puede enseñar. (2)

En la actualidad, existe un énfasis insuficiente y tiempo asignado a la enseñanza de la respuesta empática en la escuela de medicina, la formación de postgrado y la formación médica continuada.(2)

en un estudio controlado aleatorizado, de entrenamiento en habilidades comunicativas, incluidos 160 oncólogos de los 34 centros de cáncer de Reino Unido, mostro que los que recibieron el entrenamiento, tuvieron más expresiones de empatía, dando una respuesta más apropiada a las emociones de sus pacientes cuando se comunicaron con ellos por videocámara.(2)

En Colombia, y en especial en la universidad del norte, han sido pocos los estudios que se han realizado sobre este tema, razón por la cual es importante la realización de este proyecto para el desarrollo de futuras investigaciones. En un estudio realizado en Parma-Italia, con 242 médicos generales y 20.961 pacientes diabéticos, se encontró que los pacientes que fueron atendidos por médicos empáticos, tenían las tasas más bajas de complicaciones metabólicas agudas, lo cual es importante que se haya realizado, porque nos permite resaltar la importancia que tiene la empatía en el diagnóstico y tratamiento del paciente, razón por la cual debe ser evaluada. Además, El comité americano de medicina interna ABIM publicó un artículo en el cual pide a los directores de programa la evaluación de cualidades humanas a través de observación repetitiva del

comportamiento durante cierto periodo de tiempo (ABIM, 1983). (3) Este fue muy bien recibido además de crear un interés en las habilidades humanas como la empatía durante instrucción académica de pregrado para la formación de doctores integrales. (3)

Por otro lado, los estilos de aprendizaje de los estudiantes de medicina permiten al docente implementar o mejorar las metodologías de enseñanza para el proceso de formación profesional por parte del estudiante, haciendo que este último muestre más interés hacia el paciente y hacia la profesión. Desde hace varios años, y a través de estudios realizados, se conoce de la insatisfacción experimentada en la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, llegándose incluso a afirmar que la calidad de la comunicación afecta el cuidado de la salud, incluyendo diagnósticos, comprensión de las indicaciones, el proceso vida-muerte y comodidad al hablar de ciertos tópicos tabú como la sexualidad, por ejemplo.

En algunas investigaciones se ha demostrado, que en el periodo comprendido entre el primer trimestre del 2004 y el mismo trimestre para el año 2005, el 20.3% de los reclamos dirigidos al área salud en el Servicio Nacional del Consumidor, apunta a la mala prestación de servicios (Boada y Méndez, 2005); cosa que no debería ocurrir si los profesionales que prestan dicho servicio fueran más empáticos con sus pacientes. (2)

Es por esta razón, que en este proyecto se quiere evaluar la orientación empática en los estudiantes de medicina, con el fin de proporcionarles las herramientas necesarias para una buena comunicación médico-paciente y para una mejor atención en los diversos servicios. Para que dicha evaluación se realice, es necesario utilizar la escala de Jefferson, la cual nos va a ayudar en el proceso de investigación. Además, debemos tener en cuenta que la empatía es un factor clave en el establecimiento de la confianza, simpatía y cooperación en la relación médico-paciente.

El cuestionario de honey y Alonso sobre estilos de aprendizaje le permite al docente conocer su estilo preferente de enseñanza y a los estudiantes su estilo predominante de aprendizaje, lo cual resulta muy útil, ya que nos permite indagar sus fortalezas y limitaciones, con el propósito de que los docentes lo retroalimenten y orienten para que explote su estilo natural de aprender, pero también para que se le asesore en ejercitar otros estilos, dado que, aunque relativamente estables, son modificables y se puede aumentar el rendimiento académico durante su proceso de formación profesional.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la orientación empática y los estilos de aprendizaje en los estudiantes de la universidad del norte en medicina en el segundo semestre de 2012 y el primer semestre de 2013.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Describir la población de estudiantes según:

- características sociodemográficas (edad, sexo, semestre, estrato socioeconómico).
- Nivel de orientación empática
- Estilos de aprendizaje

Establecer la asociación entre la orientación empática

- Semestre, sexo
- Estilos de aprendizaje.

#### **4. PROPOSITO**

En Colombia, y en especial en la Universidad del Norte, han sido pocos los estudios que se han realizado sobre este tema, por la cual fué importante la realización de este proyecto, se espera que los resultados sirvan de base para futuras investigaciones en las cuales se pueda correlacionar, la empatía, los estilos de aprendizaje y otras variables como el rendimiento académico, la edad y el género.

También se espera que genere un cambio a nivel de las metodologías pedagógicas con el fin de que se pueda establecer un estilo de aprendizaje que beneficie a los estudiantes y a la vez le ayude a tener una mayor orientación empática.

## **5. MARCO TEÓRICO:**

### **5.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE EMPATÍA**

El término empatía se deriva de la voz griega em-patheia que significa “sentir dentro”. (4) Muchos autores han desarrollado distintas formas de definir este concepto; si lo miramos desde un contexto general podemos definir empatía como la capacidad de sintonizar de una manera natural y espontánea con los pensamientos y sentimientos de otra persona. Además, si miramos la empatía en el contexto de la atención en salud es entendida como un atributo cognitivo y del comportamiento que implica la capacidad para comprender como las experiencias y los sentimientos del paciente influyen y son influidos por la enfermedad y sus síntomas y, la capacidad de comunicar esta comprensión al paciente.(5) Se ha demostrado que la empatía presente en el personal de salud otorga ventajas .Por ejemplo, mejora la satisfacción del paciente, aumenta la complacencia, incrementa la habilidad del médico en el diagnóstico y tratamiento y baja significativamente el riesgo de juicio por mala práctica.

Según la literatura en la empatía encontramos dos componentes fundamentales: La empatía cognitiva es el primero de ellos y se define como la habilidad de entender los sentimientos del otro y adoptar su Perspectiva para poder saber qué pasa por su cabeza y poder predecir su comportamiento. Este tipo de empatía no supone una respuesta emocional. (6)

El segundo componente es la empatía afectiva, que es la capacidad de sentir una emoción apropiada al observar el estado emocional de otra persona. La simpatía es el caso que más distinguimos dentro de la empatía afectiva. Sentimos simpatía por otra persona cuando somos capaces de reconocer su estado de ánimo y de sentirlo como propio, para poder hacer lo que sea más apropiado. (6)

Las neuronas espejo son un grupo de neuronas que se encienden (muestran actividad, se activan) no sólo cuando hacemos algo, sino cuando vemos o imaginamos que alguien lo hace. De hecho, gracias a ellas es que podemos imitar a los demás, aprender habilidades al contemplar a los demás como las realizan. Además, las neuronas espejo nos permite tener empatía, porque las emociones y pensamientos de los demás se reflejan en nosotros y los sentimos como propios, así podemos conocer las motivaciones de los demás y actuar en consecuencia. (6)

## **5.2. EMPATÍA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

La empatía ha sido descrita como un elemento importante de profesionalismo en la medicina (7). La importancia de la empatía como el fundamento para las relaciones positivas entre los pacientes y los médicos ha sido discutida en la educación médica y la investigación de salud (7).

Las competencias profesionales están claramente definidas como la capacidad de poner en marcha de manera integrada aquellos conocimientos adquiridos y rasgos de personalidad que nos permite resolver situaciones diarias de la vida profesional.

Se ha demostrado también, que la presencia de empatía en el personal de la salud, tiene diferentes ventajas. Por ejemplo, aumenta la satisfacción del paciente, mejora el cumplimiento de los pacientes, mejoran la habilidad del médico en el diagnóstico y tratamiento e incluso baja significativamente el riesgo de juicio por mala práctica.(8) Aunque algunos autores han publicado que el nivel de empatía se mantiene estable durante los años del período de formación general de los residentes de medicina interna, siempre existe la inquietud, si es posible elevar el nivel de empatía a través de capacitación o entrenamiento .(8) Los internos de medicina han observado la importancia que tiene la empatía en los quehaceres propios y de los médicos en general a lo largo de la carrera médica.(8)

## **5.3. MEDICIÓN DE LA EMPATÍA**

La medición de la empatía en los estudiantes es el primer paso para examinar su nivel de permanencia desde el ingreso a la profesión de medicina hasta el tiempo de una especialidad médica. (6) También permite analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía, con beneficios potenciales para el desarrollo profesional del médico y de la salud de sus pacientes. (6)

Son pocos los instrumentos diseñados para medir la empatía en estudiantes de medicina. De ellos, uno se aplica en la población general, como el índice de reactividad personal, la escala de empatía de Hogan y la escala de empatía emocional.

El grupo de Jefferson desarrolló una Escala de Empatía Médica (EEMJ). En su versión en inglés ha mostrado validez de construcción, convergente y discriminante, además de una confiabilidad aceptable. Esta escala ha mostrado estabilidad en grupo de estudiantes médicos, lo que provee apoyo en la validez de construcción, además de una confiabilidad aceptable (6). La validez convergente ha sido confirmada por coeficiente de correlación significativa entre puntajes de la EEMJ y medidas conceptuales de compasión. Sin embargo, es imprescindible proveer pruebas de las propiedades psicométricas de este instrumento una vez que ha sido culturalmente adaptado. Esta escala en su versión “S” para la lengua castellana”, fue diseñada para medir las actitudes de los estudiantes de medicina en empatía médica en situación de atención de pacientes (6). Esta constituida por 20 ítems en escala tipo Likert, con siete reactivos de respuesta (que van desde 1=fuertemente en desacuerdo, hasta 7=fuertemente de acuerdo) (6).

#### **5.4. EMPATÍA EDAD Y GÉNERO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**

Es un hecho generalmente aceptado que la tendencia a empatizar entre las características que la gente atribuye más frecuentemente a las mujeres que a los hombres.(10) Esta percepción guarda relación con los estereotipos sociales que atribuyen a la mujer una mayor sensibilidad emocional, una mayor tendencia, una mayor tendencia al cuidado y apoyo a los más débiles, una mayor capacidad para detectar sentimientos y señales no verbales y una mayor preocupación por los aspectos sociales de la interacción y los sentimientos de otros.(10)

Hoffman (1977) en su revisión de la relación entre género y empatía, diferenció entre medidas de empatía, definida como respuesta emocional al estado afectivo de otro, e índices de toma de perspectiva y sensibilidad social. (10)

A partir de los resultados obtenidos por Eisemberg y Lennon (1983) concluyen que hay diferencias en función del sexo en la evaluación de la empatía. En cada estudio las mujeres obtenían puntuaciones más altas en empatía que los varones y especialmente en adultos las diferencias de género eran más fuertes. (10)

Un estudio de la Universidad de Sevilla encontró que al igual que en los estudios del grupo de Jefferson (presentados más adelante), las mujeres puntúan más elevado para la empatía que los hombres y que la empatía aumenta con la edad (9).Otros resultados obtenidos en un estudio realizado en España revelan lo siguiente: (a) Las chicas tienen puntuaciones superiores en empatía en todas las edades; durante la infancia la empatía no aumenta, y durante la adolescencia se confirma un incremento con la edad pero únicamente en las chicas, (b) Las chicas utilizan más estrategias de resolución de conflictos positivas-cooperativas y los chicos más agresivas; sin embargo, el uso de estrategias positivas-cooperativas no aumenta con la edad.(11)

Según encuesta realizada en Chile, se llegó a la conclusión de que los estudiantes de medicina del sexo femenino obtuvieron un puntaje promedio de empatía mayor que sus similares del sexo masculino.(9) Esta diferencia no fue estadísticamente significativa, lo que concuerda con lo publicado por Hojat et al que investigaron a 704 médicos especialistas, encontrando que las mujeres eran más empáticas que los hombres con una diferencia que fue estadísticamente cercana a la significancia.(9) Una explicación tentativa sería la supuesta mayor receptividad femenina a las emociones (9).

Esto concuerda con reportes que establecen que las doctoras ocupan más tiempo con sus pacientes, ven menos pacientes y dedican más tiempo a la prevención y cuidado del paciente.(9)

## 5.5. ESTILOS DE APRENDIZAJE

Para autores como Dunn y Price (1985:12) los estilos de aprendizaje reflejan “la manera en que los estímulos básicos afectan a la habilidad de una persona para absorber y retener la información”.(12) Para Schmeck (1988:80), sin embargo, un estilo de aprendizaje, “es simplemente el estilo cognitivo que un individuo manifiesta cuando se enfrenta a una tarea de aprendizaje, y refleja las estrategias preferidas, habituales y naturales del estudiante para aprender, de ahí que pueda ser ubicado en algún lugar entre la personalidad y las estrategias de aprendizaje, por no ser tan específico como estas últimas, ni tan general como la primera”(13)

Es posible definir el concepto de estilo de aprendizaje con una caracterización de Keefe (1988) recogida por Alonso et al (1994:104): “los estilos de aprendizaje son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo los alumnos perciben interacciones y responden a sus ambientes de aprendizaje”.(14) Los rasgos cognitivos tienen que ver con la forma en que los estudiantes estructuran los contenidos, forman y utilizan conceptos, interpretan la información, resuelven los problemas, seleccionan medios de representación (visual, auditivo, kinestésico), etc. Los rasgos afectivos se vinculan con las motivaciones y expectativas que influyen en el aprendizaje, mientras que los rasgos fisiológicos están relacionados con el biotipo y el biorritmo del estudiante. (15)

El término ‘estilo de aprendizaje’ se refiere al hecho de que cada persona utiliza su propio método o estrategias a la hora de aprender. Aunque las estrategias varían según lo que se quiera aprender, cada uno tiende a desarrollar ciertas preferencias o tendencias globales, tendencias que definen un estilo de aprendizaje (16)

Los alumnos activos se involucran totalmente y sin prejuicio en las experiencias nuevas.(17) Disfrutan el momento presente y se dejan llevar por los acontecimientos.(17) Suelen ser entusiastas ante lo nuevo y tienden a actuar primero y pensar después en las consecuencias.(17) Llenan sus días de actividades y tan pronto disminuye el encanto de una de ellas se lanzan a la siguiente.(17) Les aburre ocuparse de planes a largo plazo y consolidar los proyectos, les gusta trabajar rodeado de gente, pero siendo el centro de las actividades.(17) Estos alumnos aprenden mejor cuando se les lanza a una actividad que les presente un desafío, cuando realicen una actividad corta y de resultados inmediatos y cuando existe una emoción, drama o crisis.(17)

Los alumnos reflexivos son más observadores, son analíticos de sus experiencias desde muchas perspectivas distintas, son buenos recolectores de datos por lo tanto lo analizan detalladamente antes de llegar a una conclusión.(17) Para ellos lo más importante es la recolección de datos y su análisis concienzudo, así que procuran proponer las conclusiones todo lo que pueden.(17) Son precavidos y analizan todas las implicaciones de cualquier acción antes de ponerse en movimiento.(17) En las reuniones escuchan y observan antes de hablar, procurando pasar desapercibidos.(17) Estos alumnos aprenden mejor cuando



pueden adoptar mejor la postura del observador, cuando pueden ofrecer observaciones y analizar la situación y cuando pueden pensar antes de actuar.(17) Los alumnos teóricos adaptan e integran las observaciones que realizan en teorías complejas y bien fundamentadas lógicamente. (17) Piensan de forma secuencial y paso a paso, integrando hechos dispares en teorías coherentes. Les gusta analizar y sintetizar la información y su sistema de valores premia la lógica y la racionalidad.(17) Se sienten incomodos con los juicios subjetivos, las técnicas de pensamiento lateral y las actividades faltas de lógica clara.(17) Aprenden mejor a partir de modelos, teorías, sistemas con ideas, conceptos que presenten un desafío y cuando tienen la oportunidad de preguntar e indagar.(17)

Los alumnos pragmáticos les gusta probar teorías, ideas y técnicas nuevas, y comprobar si funcionan en la práctica.(17) Además les gusta buscar ideas y ponerlas en práctica inmediatamente, les aburren e impacientan las largas discusiones discutiendo la misma idea de forma interminable.(17) Son básicamente gente práctica, apegada a la realidad, a la que les gusta tomar decisiones y resolver problemas.(17) Los problemas son un desafío y siempre están buscando una manera mejor de hacer las cosas.(17) Aprovechan mejor su aprendizaje cuando se les asignan actividades que relacionen la teoría con la práctica, cuando ven a los demás hacer algo y cuando tienen la posibilidad de poner en práctica inmediatamente lo que han aprendido.(17)

## **5.6. RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y ESTILOS DE APRENDIZAJE**

Las teorías de Estilos de Aprendizaje se han convertido en una alternativa para dar explicación, del porqué cuando un grupo de estudiantes que comparte el mismo ambiente de aprendizaje, cada miembro aprende de manera diferente.(18) Alonso, Gallego y Honey (1997) plantean que existen suficientes investigaciones que muestran la relación entre los estilos de aprendizaje y el rendimiento académico, es decir, que los estudiantes aprenden con más efectividad cuando se les enseña con sus Estilos de aprendizaje.(18) Además, para un estudiante de medicina sería benéfico desarrollar de una manera equilibrada todas sus capacidades para conseguir un aprendizaje significativo, ya que las situaciones a las que se enfrentarán en su formación futura requerirán de diferentes estrategias de aprendizaje. Por lo tanto, sería un deber de las facultades de medicina buscar alternativas metodológicas para potenciar el desarrollo de los estilos activos y pragmáticos en la misma medida que los estilos reflexivos y teóricos. (19)

En un estudio realizado en estudiantes de medicina en la ciudad de Zaragoza se demostró que el estilo de aprendizaje más favorable para los estudiantes de medicina era el reflexivo, lo cual es importante la recolección de los datos mediante este estudio acerca de los estilos de aprendizaje para saber cual es el mas favorable ya que los estudiantes reflexivos, analizan detalladamente un caso que le plantee un docente o incluso el mismo paciente, además lo escuchan

obteniendo de esta manera un mayor grado de empatía.(19) Además, el rendimiento académico mejora, razón por la cual se le ofrece al paciente de manera integral un mejor trato, con un buen análisis diagnóstico para una adecuada elección en cuanto al tratamiento se refiere.

En otro estudio realizado en la ciudad de Barcelona acerca de los estilos de aprendizaje, se encontró al igual que en el estudio realizado en la ciudad de Zaragoza que los estudiantes de medicina tienen un predominio por el estilo reflexivo (20)

## 6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

**6.1. Tipo de estudio:** Descriptivo transversal.

### 6.2. Población

**6.2.1. Población diana:** estudiantes de la facultad de medicina de primer a quinto año que asistieron a las distintas universidades de barranquilla.

**6.2.2. Población accesible:** estudiantes de la facultad de medicina de primer a quinto año que asistieron a la universidad del norte de barranquilla.

**6.2.3. Población elegible:** se conformó por los estudiantes de medicina de la población accesible, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, que se indican:

**6.2.3.1. Criterios de inclusión:** estudiantes de medicina que estuvieron cursando primer año hasta quinto año durante el segundo periodo de 2012 hasta el primer periodo de 2013.

**6.2.3.2. Criterios de exclusión:** estudiantes de medicina que vinieron de transferencia por parte de otras universidades y los que no asisten a clases.

**6.2.4. Muestra:** La calculamos con los datos que nos suministró Planeación institucional solamente para efectos de mostrar la metodología. De acuerdo con los datos arrojados la muestra fué de 338 estudiantes distribuidos de la siguiente manera: en el primer año son 133, en el segundo año 96, en el tercer año 32, en el cuarto año 28 y en el quinto año 49.

La muestra fue por conveniencia.

### 6.2.5. Fuente: Primaria

La fuente de información de este estudio fué primaria, constituida por los estudiantes de medicina, empleándose como técnica de recolección el auto diligenciamiento de los instrumentos de recolección, previa explicación de los mismos, por parte de los investigadores.

### 6.2.6. Cuadro de Variables

<b>Macrovariables</b>	<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categorías</b>
Sociodemográfico	Edad	Se entiende por edad el número de años cumplidos de los estudiantes	Cuantitativa	Razón	15,16, 17.....
	Sexo	Es la característica fenotípica que distingue el hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
	estrato	Es el estrato que el estudiante reporta en el lugar donde vive	Cualitativa	Nominal	1,2,3,4,5,6
	semestre	Es el semestre en que se encuentra matriculado el estudiante	Cualitativa	Nominal	Primero, segundo, tercero,.....
Estilos de aprendizaje	Estilo de aprendizaje	Se medirá con el test Honey y Alonso de estilos de aprendizaje (CHAEA).	Cualitativa	Nominal	Activo Reflexivo Teórico Pragmático
Empatía	Nivel de orientación empático	El nivel de orientación empático se medirá con puntajes arrojados por la escala	Cualitativa	Ordinal	20, 21, 22.....140

		de Jefferson que va de 20 a 140			
--	--	---------------------------------------	--	--	--

### 6.2.7. Plan de Recolección

**Sensibilización:** Se sensibilizó a los estudiantes acerca de la importancia de la realización de este trabajo en beneficio de mejoras en la formación.

**Procedimiento de recolección:** el proyecto de investigación fué presentado al comité de ética médica y posteriormente fueron entregadas a los estudiantes las encuestas: escala de empatía medica de Jefferson versión-S adaptada al español y el cuestionario de Honey y Alonso de estilos de aprendizaje (CHAEA)

### INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE VARIABLES

#### **CUESTIONARIO DE HONEY Y ALONSO DE ESTILOS DE APRENDIZAJE (CHAEA).**

El cuestionario mide el estilo de aprendizaje de acuerdo con los aportes teóricos de Kolb (1984) y Honey y Mumford (1986), quienes coinciden en la definición y desarrollo del proceso de aprendizaje, que sería un proceso cíclico dividido en cuatro etapas, en las que influiría en un alto porcentaje las experiencias vividas, las circunstancias medioambientales y lo heredado. El instrumento está conformado por 80 enunciados presentados en forma de preguntas, de las cuales 20 corresponden a cada uno de los siguiente estilos de aprendizaje: Activo, Reflexivo, Teórico y Pragmático. (21) El sistema de calificación indica que se debe responder de forma dicotómica: De acuerdo o En desacuerdo. Se suman las respuestas afirmativas y se obtiene para cada estilo el puntaje total, el cual se compara con los baremos respectivos. Como reportan Alonso, Gallego y Honey (2002, 1994), el instrumento presenta validez y confiabilidad, estudiadas originalmente en una muestra de 1371 alumnos de 25 facultades de las universidades Autónoma y Politécnica de Madrid. (22)

#### **CUESTIONARIO DE HONEY Y ALONSO (ANEXO1)**

#### **CUESTIONARIO JEFFERSON DE EMPATIA MÉDICA – VERSION PARA ESTUDIANTES**

La EEJM en su versión para estudiantes o “S” ha sido diseñada para medir las actitudes de estudiantes de medicina hacia la empatía médica en situaciones de atención al paciente. El formulario consta de 20 preguntas que se responden de acuerdo con la escala de Likert en su variante de 7 puntos (completamente de acuerdo=7/completamente en desacuerdo=1).esta escala permite puntajes de entre 20 y 140 puntos, a mayor puntuación mayor grado empatía. Consta de 3 factores que influyen la empatía que son: semestre, género y edad(10)

### **6.2.8. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

La tabulación de los datos se realizó de forma mecánica mediante la elaboración de una base de datos en el programa SPSS , diseñado para organizar datos y tabular encuestas, que permitió tener una mayor organización y poder interpretar de forma clara los resultados de una investigación ya sea de tipo cuantitativo o en este caso cualitativo. Las variables cualitativas, fueron codificadas para el procesamiento. La información de las bases de datos, fué importada al programa IBM spss stadistics.

Se aplicó la escala de empatía médica de Jefferson a los estudiantes de medicina de primer a décimo semestre de la universidad del norte comprometidos en este estudio, se les explicó previamente y detalladamente acerca del propósito de este proyecto y los objetivos del mismo.

Los estilos de aprendizaje se determinaran aplicando el cuestionario de Honey y Alonso de estilos de aprendizaje CHAEA, que valora la preferencia por cada uno de los siguientes cuatro estilos de aprendizaje: Activo, Reflexivo, Teórico y Pragmático. El cuestionario consta de 20 ítem, de los cuales 20 corresponden a cada estilo de aprendizaje y están distribuidos aleatoriamente. La puntuación absoluta que se obtiene en cada grupo de 20 ítems indica el nivel que alcanza el individuo en cada uno de los cuatro estilos. La representación sobre un eje cartesiano permite determinar cada estilo preferente.

### **6.2.9. Aspectos éticos**

Este estudio se considera de riesgo ético mínimo de acuerdo con el artículo 11 de la resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la Republica de Colombia. Las técnicas utilizadas para la medición de variables no son invasivas, se garantizara la confidencialidad de la información, protegiendo la identidad de los participantes en estudio; de igual manera se respetara la autonomía de los participantes mediante un consentimiento informado, siendo ellos los que participen de manera voluntaria en el estudio.

### **6.2.10. Plan de presentación y análisis**

Para la presentación y análisis de los resultados del estudio, se empleó Tablas de doble entrada y tablas de frecuencia teniendo en cuenta la naturaleza de las variables, en el caso de las cuantitativas como por ejemplo la medición de la empatía, utilizamos la media y la desviación estándar de las puntuaciones del test; en el caso de las cualitativas como por ejemplo estilos de aprendizaje y género utilizamos la prueba de Ji cuadrado e interpretamos el valor de p de significancia estadística si es menor de 0.05 hay significancia entre las variables.

## 6.2.11. Aspectos Administrativos

### Recursos humanos:

Grupo de investigación conformado por: Ninelys Colorado, Laura Fábregas, Carlos Quesada, Rafael Iglesias.

Asesor metodológico y de contenido: Luz Marina Alonso

### Recursos económicos:

#### PRESUPUESTO

RUBROS	COSTOS	TOTAL
1. Recursos humanos:		
Investigador	300000	300000
Asesores	200000	200000
2. Gastos generales:		
Equipos	0	0
Bibliografía	50000	50000
Fotocopias	120000	120000
Transporte	60000	60000
Papelería	400000	400000
Otros	350000	350000
<b>TOTAL</b>	<b>1480000</b>	<b>1480000</b>



## Recursos de tiempo:

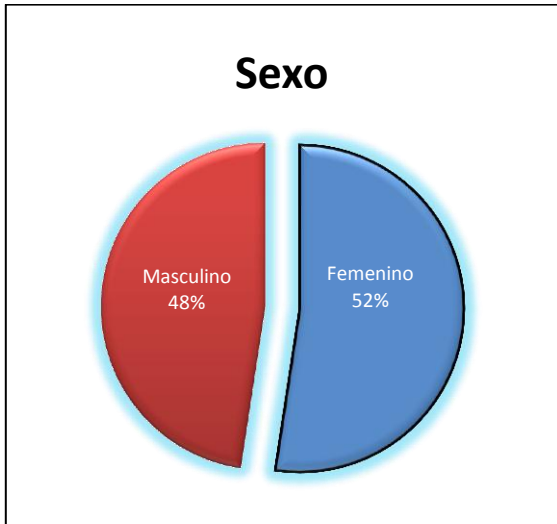
### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Tiempo(días o semanas)
Etapas de planificación	4 semanas(23 de enero al 23 de febrero de 2012)
Definición del tema	4 semanas(23 de febrero al 23 de marzo de 2012)
Revisión bibliográfica	
Definición del título, problema, variables y objetivo general.	2 días( 27 de marzo de 2012)
Definición de propuesta: elementos teóricos	4 semanas(30 de abril al 27 de mayo de 2012)
Valoración de propuesta	
Construcción de elementos metodológicos	2 días( 26 y 27 de mayo de 2012)
Consolidación de anteproyecto	4 semanas(30 de abril al 27 de mayo de 2012)
Evaluación del anteproyecto	1 día(24 de mayo de 2012)
Consolidación del diseño	1 semana( 20 de mayo al 27 de 2012)
Evaluación del diseño	10 días(28 de mayo al 7 de junio de 2012)

## 7. RESULTADOS

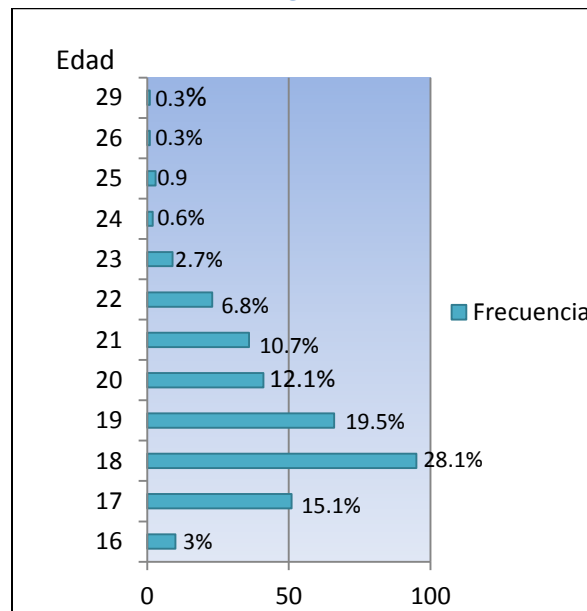
GRAFICA N°1

Distribución de Estudiantes de Medicina EN LA UNIVERSIDAD DEL NORTE SEGÚN EL SEXO



En el estudio participaron 338 estudiantes de medicina de la Universidad del Norte, la muestra fue constituida en cuanto al sexo Por 177 estudiantes de sexo femenino y 161 estudiantes de sexo masculino.

GRAFICA N° 2. DISTRIBUCION ETAREA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE



La edad más frecuente en los estudiantes fue de 18 años ( $f=95$ , con un porcentaje del 28,1%), la media fue 19 años al igual que la mediana. La edad mínima fue 16 y la edad máxima 29 años. El 25% de los estudiantes están por debajo de los 18 años, el 50% está por debajo de los 19 años y el 75% está por debajo de los 20 años.

**TABLA N°1. TABLA DE FRECUENCIA SEGÚN EL AÑO CURSADO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**

<b>AÑO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	133	39.3
2	96	28.4
3	32	9.5
4	28	8.3
5	49	14.5
total	338	100,00

De la población estudiada, el mayor porcentaje equivale al primer año (39.3%) ya que el tamaño de la muestra requerida para el estudio era mayor y el de menor porcentaje es equivalente al cuarto año, debido a la poca colaboración que realizó en el estudio.

**TABLA N°2. TABLA DE FRECUENCIA SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**

<b>ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1</b>	5	1,47
<b>2</b>	8	2,36
<b>3</b>	55	16,27
<b>4</b>	98	28,99
<b>5</b>	80	23,66
<b>6</b>	92	27,21
<b>total</b>	338	100

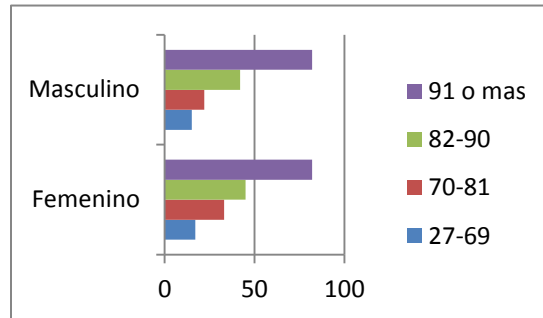
El 50,87% corresponde a los estratos más altos (5 y 6), el 25% de los estudiantes está por debajo del estrato 3, el 50% está por debajo del estrato 4, el 75% está por debajo del estrato 5. Los estratos 1 y 2 solo corresponden al 3,83% y los estratos 3 y 4 corresponden al 45,26%.

**TABLA N°3. NIVEL DE ORIENTACION EMPATICA DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE EN GENERAL**

<b>PUNTAJE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
27 a 69	32	9,5%
70 a 81	55	16,3%
82 a 90	87	25,7%
91 o mas	164	48,5%
total	338	100%

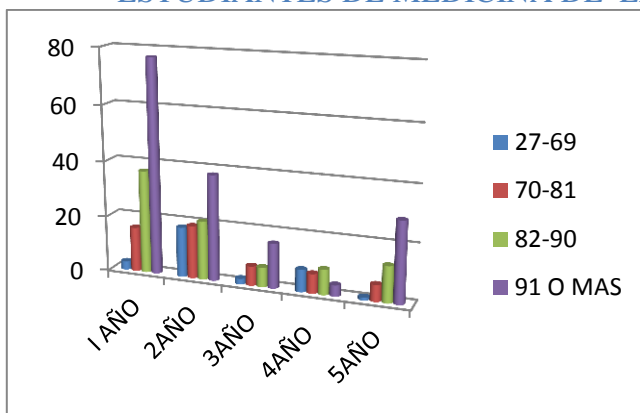
La media de empatía es 88,5, la mediana es 90, el 25% tuvo puntuaciones menores a 81, el 50% tuvo puntuaciones menores a 90 y el 75% tuvo puntuaciones menores a 98. El 48% (f=164) de la población tuvo puntajes entre 91 o más. Solo el 9,5% tuvo puntuaciones entre 27 y 69.

GRAFICO N°3. NIVEL DE ORIENTACION EMPATICA Y GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE



El 48,5% de ambos géneros obtuvieron puntuaciones  $\geq$  a 91. El 50,9% de los hombres obtuvieron una puntuación  $\geq$  a 91, mientras que el 46,3% de las mujeres obtuvieron esta puntuación. Solo un 9,6 de las mujeres y un 9,3% de los hombres obtuvieron puntuaciones de 27 a 69. Sin embargo, en cuanto a la empatía no hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos géneros, por lo tanto podemos decir que el género no influye con la orientación empática.

GRAFICO N°4. NIVEL DE ORIENTACION EMPATICA Y AÑOS CURSADOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

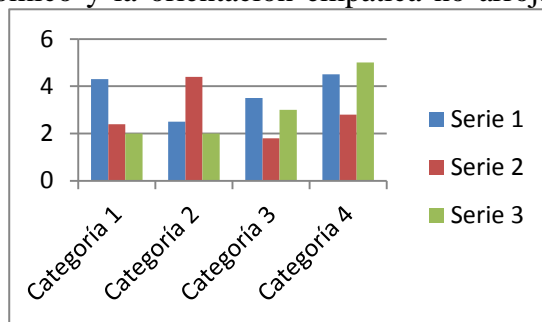


La empatía y el año cursado están relacionados y es estadísticamente significativo. El 48,5% de los estudiantes puntuaron con 91 o más, solo el 9,5% tuvo una puntuación entre 27 y 69. El 59,2% de los que obtuvieron  $\geq$  91 corresponden al quinto año, siendo así el año con mayor orientación empática, le sigue en ese orden primer año(57,9%), tercer año(50%) el año con menor empatía fue cuarto año(14,3%), seguido de segundo año(39,6%).

**TABLA N° 4. ORIENTACION EMPATCA Y ESTRATO SOCIOECONOMICO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**

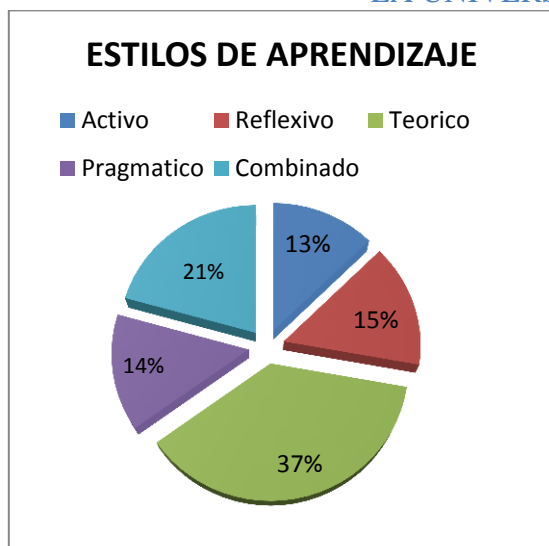
Estrato	Empatía			
	69	81	90	mas
1	1	0	1	3
2	0	0	2	6
3	7	8	11	29
4	6	17	24	51
5	10	18	20	32
6	8	12	29	43

El estrato socioeconómico y la orientación empática no arrojaron diferencias estadística-



mente significativas. Como podemos observar que el 75% de las personas de estrato 2 obtuvieron puntajes de  $\geq 91$ . Mientras que en los de estrato 5 y 6 solo el 40% y 46,7% respectivamente obtuvieron dicha puntuación.

**GRAFICO N°5. ESTILOS DE APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**



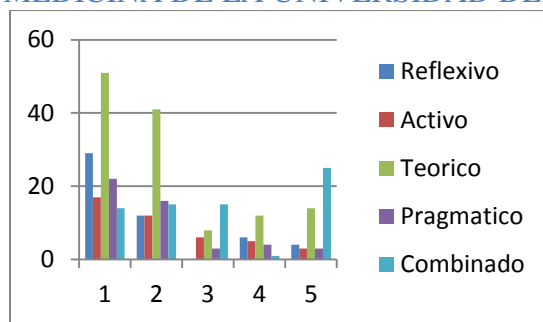
El estilo de aprendizaje más frecuente en la universidad del norte es el teórico con una frecuencia de 126 equivalentes al 37,3%, seguido del estilo combinado que abarca dos o más estilos de aprendizaje. El estilo menos frecuente es el activo con una frecuencia de 43 y un porcentaje del 12,7%

**TABLA N°5. ESTILOS DE APRENDIZAJE Y GENERO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**

genero	reflexivo	activo	teórico	pragmático	combinado	total
femenino	66,7%	51,2%	50,8%	45,8%	50%	52,4%
masculino	33,3%	48,8%	49,2%	54,2%	50%	47,6%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

El mayor porcentaje en el estilo reflexivo (66,7%), es ocupado por las mujeres en comparación con los hombres que solo ocupan el 33,3%. en el estilo pragmático el mayor porcentaje (54,2%) es ocupado por el sexo masculino en comparación con las mujeres que solo ocupan el 45,8%. En el estilo combinado ambos sexos ocupan el 50%.

**GRAFICO N°6. ESTILOS DE APRENDIZAJE Y AÑOS CURSADOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**



los estilos de aprendizaje estan relacionados con el año cursado;siendo así el teorico el mas predominante con un porcentaje del 37,3% y el menos predominante es el activo con 12,7%.

El teorico es predominante en primero, segundo y cuarto año.mientras que los de tercer año tienen preferencia al igual que los de quinto años por varios estilos al tiempo. El 42,9% de los teorico corresponden a cuarto año,el 42,7% a segundo año y el 38,3% a primer año. De los años cursados,el que mas tiene preferencia por el estilo teorico es cuarto año mientras que el año con menor preferencia hacia el estilo teorico es el tercer año(25%).El 51% de los estudiantes de quinto año tuvieron varios estilos de aprendizaje,en comparacion con los de tercer año que solo obtuvieron el 46,9% . el estilo con menor preferencia en primer año es el combinado(10,5%),en segundo año es el activo(12,5%) y reflexivo/12,5%),en tercer año es el reflexivo(0%),en cuarto año el combinado3,6%) y en quinto año el pragmatico(6,1%) y activo.(6,1%).

TABLA N°6. EMPATIA Y ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERIDAD DEL NORTE.

<b>Estilo</b>	<b>27-69</b>	<b>70-81</b>	<b>82-90</b>	<b>91 o mas</b>
<b>Reflexivo</b>	5	9	15	22
<b>Activo</b>	3	7	8	25
<b>Teórico</b>	14	19	30	63
<b>Pragmático</b>	7	5	16	20
<b>Combinado</b>	3	15	18	34

Chi cuadrado de Pearson: sig. Asintótica bilateral (0,589)

Los puntajes de empatía no tienen significancia estadística en relación con los estilos de aprendizaje, por lo tanto estas dos variables no están relacionadas entre sí. Sin embargo, se puede afirmar que el 58,1% del estilo activo obtuvo puntuaciones  $\geq 91$ , mientras que el 41,7% de los estudiantes que tenían preferencia por el estilo pragmático tuvieron puntuaciones  $\geq 91$ . El 14,6% de los estudiantes pragmáticos obtuvieron puntuaciones de 27 a 69; mientras que el 4,3 correspondiente al combinado obtuvieron esa puntuación.

## DISCUSIÓN

En cuanto a la obtención de los resultados, encontramos algunas diferencias y similitudes con otros estudios realizados en otras universidades, lo cual vamos a citar a continuación. A diferencia de los resultados obtenidos por Eisemberg y Lennon (1983) donde concluyen que hay diferencias en función del sexo en la evaluación de la empatía<sup>(1)</sup>, en nuestro estudio, no observamos relación entre el sexo y la empatía ni diferencia entre estas dos variables. Sin embargo, el 50,9% de los que obtuvieron puntajes mayores a 91 fueron hombres, mientras que en el estudio realizado por Eisemberg y Lennon las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas. Además encontramos diferencias con el estudio realizado en Chile<sup>(2)</sup>, ya que ellos encontraron mayor puntuación de empatía en mujeres aunque presentaron similitudes con nosotros porque no fue estadísticamente significativa<sup>(2)</sup>.

En cuanto a la relación de empatía con el año cursado; observamos que los estudiantes de quinto año (9 y 10 semestre) son más empáticos que los de 2º (3 y 4 semestre) y 4º (7 y 8 semestre) y en un estudio realizado en estudiantes de medicina de la universidad San Martín de Porras se encontró que los estudiantes que estaban en 2, 3 y 4 año tenían mayor empatía.<sup>(3)</sup> debido a que los estudiantes de quinto año han tenido más contacto con los pacientes y están próximos a hacer su internado, presentan mayor empatía que los estudiantes de otros años; sin embargo los estudiantes de primer año presentan mayor empatía que los de 2, 3 y 5 año, esto puede atribuirse a la curiosidad que sienten por la carrera y por atender a los pacientes, o también puede deberse a que haya algunos que sean hijos de padres médicos y han tenido contacto desde antes de empezar la carrera.

Con respecto a la empatía y los estilos de aprendizaje, no encontramos estudios que nos muestren dicha relación; sin embargo en este estudio no se encontró relación entre estas variables. No obstante el 58,1% del estilo activo obtuvo puntuaciones mayores a 91. En el estudio no encontrar relación entre estas dos variables puede deberse a dos razones: la primera es el número de preguntas realizadas en los dos cuestionarios y el tiempo empleado por los estudiantes para responderlas; y la segunda razón, es debido a que cada estudiante tiene una manera distinta de entender lo que se le está enseñando y no se le puede exigir que adopte el mismo estilo de aprendizaje que los demás, porque a los largo de la carrera va a requerir dos o más estilos. Lo importante es que si no tiene empatía, la vaya adquiriendo mediante el contacto con los pacientes o los cursos que se le ofrezcan para una comunicación eficaz. En pocas palabras; es más importante que tenga empatía a que se le imponga un estilo de aprendizaje.

En dos estudios realizados en estudiantes de medicina en las ciudades de Zaragoza y de Barcelona respectivamente, se demostró que el estilo de aprendizaje más favorable para los estudiantes de medicina en ambas universidades era el reflexivo <sup>(4)</sup>, a diferencia de este estudio donde se muestra claramente que el estilo teórico es el más favorable. Además en este estudio, la preferencia de otros estilos diferentes al reflexivo es más alta (87,3%), en comparación con los que eran reflexivos (15,3%). Una de las razones que influye en el predominio de los alumnos de la universidad del norte por el estilo teórico, es la metodología empleada por los docentes para crear un fundamento en el cual el estudiante pueda desarrollar el pensamiento clínico y la aplicación en la práctica durante los primeros 4 semestres, muchos de ellos realizan preguntas que requiere conceptos claros y precisos sobre algún tema; al ingresar a clínicas los docentes motivan a los estudiantes a crear un pensamiento analítico, teórico y práctico, característico de un médico competente. En los primeros 4 semestres, la metodología es la misma. En algunas rotaciones de séptimo y octavo semestre ocurre lo mismo.

## CONCLUSIONES

Los hombres sacaron puntuaciones más altas de empatía que las mujeres, aunque no fue estadísticamente significativo. La empatía fue menor en el segundo y cuarto año, y el quinto año tuvo mayor puntaje que primer y tercer año. Los estratos 1 y 2 sacaron puntajes más altos de empatía, de los estilos de aprendizaje el estilo activo sacó puntuaciones más alta mientras que el pragmático tuvo puntuaciones más bajas en relación con el promedio de empatía; sin embargo esto no fue estadísticamente significativo.



## REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

- 1) Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición. Madrid: Santillana, 2005.p.43
- 2) Buckman R , Tulsy JA, Rodin G. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition. CMAJ (090113), 2011 [cited 2012 Mar 5].
- 3) Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest . Educ Prim Care (5):297-303 , Sep;22,2011
- 4) Centro de humanización de la salud.. *Empatia Revista 11*. <http://humanizar.es/index.php?id=185&idRevista=11&tipo=Seccion2> (accessed Dic 08 2012).
- 5) Erazo A, Alonso L, Rivera I, et al. Evaluación de la Orientación Empática enestudiantes de odontología de la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte 2012;28 (3): 354-363
- 6) Leonart T. *EMPATÍA, LAS NEURONAS ESPEJO*. <http://www.leonart.tve.es/070221/ciencia/pdf/ciencia.pdf> (accessed 31 August 11).
- 7) Alcorta Garza Adelina, Gonzales Guerrero Juan F, Tavitias Herrera Silvia, Rodríguez Lara Francisco. Validación de empatía de la escala medica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Salud mental 2005; 28: 57-63. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58252808>
- 8) A.M. Rojas-Serey, S. Castañeda-Barthelemiez, R.A. Parraguez-Infiesta. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. Educ. Med.2009.Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000300006&script=sci_arttext)
- 9) Kane Gregory C, Gotto Joanne L, Mangione Salvatore, West Susan y Hojat Mohammadreza. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. Croat Med J.2007;48(1): 81–86. < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080494/>>

- 10) Carvajal Antonio, Miranda Cristian-Ignacio, Tomislav Martina, Christian García, Francisco Cumsille. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. Revista hospital clínico 2004; 15:302-305. Disponible en:  
[http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo\\_CH6258/deploy/analisis%20nivel%20empatia\[1\].pdf](http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/analisis%20nivel%20empatia[1].pdf)
- 11) Sánchez Delgado Jose. Empatía medica, edad y genero en estudiantes de medicina. Formación en ciencias de la salud 2010. Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2380/2/Empatia-medica,-edad-y-genero-en-estudiantes-de-Medicina#>
- 12) Pérez Delgado Esteban, Martí Manuel, Samper Paula. Diferencias psicológicas en razón del género. Una visión multidimensional de la empatía en adolescentes. Universidad de valencia 1997. Disponible en:  
[http://uv.academia.edu/ManuelMart%C3%ADVilar/Papers/594188/Diferencias\\_psicologicas\\_en\\_razon\\_del\\_genero.\\_Una\\_vision\\_multidimensional\\_de\\_la\\_empatia\\_en\\_adolescentes.\\_Psychological\\_differences\\_by\\_reason\\_of\\_gender.\\_A\\_multidimensional\\_vision\\_of\\_empathy\\_in\\_adolescents\\_](http://uv.academia.edu/ManuelMart%C3%ADVilar/Papers/594188/Diferencias_psicologicas_en_razon_del_genero._Una_vision_multidimensional_de_la_empatia_en_adolescentes._Psychological_differences_by_reason_of_gender._A_multidimensional_vision_of_empathy_in_adolescents_)
- 13) Maite Garaigordobil, Carmen Maganto. Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. Revista latinoamericana de psicología bogota mayo/agosto de 2011;43(2). Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342011000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342011000200005&script=sci_arttext)
- 14) Terradez Gurrea Marcial. Los estilos de aprendizaje aplicados a la enseñanza del español como lengua extranjera. Universidad de Valencia. Disponible en:  
<http://www.uv.es/foro/foro3/Terradez.pdf>
- 15) Ecurra Mayaute Luis Miguel. Análisis psicométrico del Cuestionario de Honey y Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA) con los modelos de la Teoría Clásica de los Tests y de rasch. Universidad de Lima enero-diciembre 2011; 71-109. Disponible en:  
[http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf\\_bdfde.nsf/imagenes/F976F5B7556A1CB00525794B006021D0/\\$file/03-persona14](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/F976F5B7556A1CB00525794B006021D0/$file/03-persona14)
- 16) Generalitat Valenciana. Disponible en:  
<http://www.recursosees.uji.es/fichas/fc5.pdf>
- 17) Bertel Pestana Patricia, Torres Soto Paola. Los estilos y estrategias de aprendizaje en los estudiantes de fonoaudiología de una universidad oficial. Universidad del norte Barranquilla 2008. Disponible en:  
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/10584/72/1/64554736.pdf>

- 18) Disponible en: <http://emprendedores-estilosap.blogspot.com/p/cuestionario-honey-alonso-de-estilos-de.html>
- 19) Peña Vasquez Jesus. XV Seminario Internacional de Educación "Aprendo 2011". Santo Domingo 28-30. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/95301829/Aula-24-Horas>
- 20) G. Díaz Veliz, S. Mora, R Bianchi, D Gorena, J Arce, Terán C. estilos de aprendizaje en estudiantes de medicina en universidades latinoamericanas y españolas: relación con los contextos geográficos y curriculares. *Revista Educ Medic* 2009; 12(3): 183-194. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000400008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000400008&script=sci_arttext)
- 21) Montserrat Fonseca Alfonso (Bilbao) y Roque Tebar Gil (Albacete). Comunicaciones orales. *Revista educacion medica Barcelona* Sept 2005; 8(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1575-18132005000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1575-18132005000300009&script=sci_arttext)
- 22) Ruiz Betty, Trillos Julia, Morales Juan. Estilos de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación* 2006; 13:444-457.
- 23) Escurra Mayaute Luis Miguel. Análisis psicométrico del Cuestionario de Honey y Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA) con los modelos de la Teoría Clásica de los Tests y de Rasch. Universidad de Lima julio de 2011. Disponible en: [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf\\_bdfde.nsf/imagenes/F976F5B7556A1CB00525794B006021D0/\\$file/03-persona14-ESCURRA.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/F976F5B7556A1CB00525794B006021D0/$file/03-persona14-ESCURRA.pdf)

# ANEXOS

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO HONE ALONSO DE ESTILOS DE APRENDIZAJE

#### Cuestionario

**Instrucciones: Marca los enunciados que describen tu comportamiento**

- 1.- Tengo fama de decir lo que pienso claramente y sin rodeos.
- 2. Estoy seguro(a) de lo que es bueno y lo que es malo, lo que está bien y lo que está mal.
- 3. Muchas veces actúo sin mirar las consecuencias
- 4. Normalmente trato de resolver los problemas metódicamente y paso a paso
- 5. Creo que los formulismos coartan y limitan la actuación libre de las personas.
- 6. Me interesa saber cuáles son los sistemas de valores de los demás y con qué criterios actúan.
- 7. Pienso que el actuar intuitivamente puede ser siempre tan válido como actuar reflexivamente
- 8. Creo que lo más importante es que las cosas funcionen.
- 9. Procuo estar al tanto de lo que ocurre aquí y ahora.
- 10. Disfruto cuando tengo tiempo para preparar mi trabajo y realizarlo a conciencia.
- 11. Estoy a gusto siguiendo un orden, en las comidas, en el estudio, haciendo ejercicio regularmente
- 12. Cuando escucho una nueva idea, enseguida comienzo a pensar cómo ponerla en práctica.
- 13. Prefiero las ideas originales y novedosas aunque no sean prácticas.

- 14. Admito y me ajusto a las normas sólo si me sirven para lograr mis objetivos.
- 15. Normalmente encajo bien con personas reflexivas, y me cuesta sintonizar con personas demasiado espontáneas, imprevisibles.
- 16. Escucho con más frecuencia de lo que hablo.
- 17. Prefiero las cosas estructuradas a las desordenadas.
- 18. Cuando poseo cualquier información, trato de interpretarla bien antes de manifestar alguna conclusión.
- 19. Antes de hacer algo estudio con cuidado sus ventajas e inconvenientes.
- 20. Crezco con el reto de hacer algo nuevo y diferente.
- 21. Casi siempre procuro ser coherente con mis criterios y sistemas de valores. Tengo principios y los sigo.
- 22. Cuando hay una discusión no me gusta ir con rodeos.
- 23. Me disgusta implicarme afectivamente en mi ambiente de trabajo. Prefiero mantener relaciones distantes.
- 24. Me gustan más las personas realistas y concretas que las teóricas.
- 25. Me cuesta ser creativo(a), romper estructuras
- 26. Me siento a gusto con personas espontáneas y divertidas.
- 27. La mayoría de las veces expreso abiertamente cómo me siento.
- 28. Me gusta analizar y dar vueltas a las cosas.
- 29. Me molesta que la gente no se tome en serio las cosas.
- 30. Me atrae experimentar y practicar las últimas técnicas y novedades.
- 31. Soy cauteloso(a) a la hora de sacar conclusiones.
- 32. Prefiero contar con el mayor número de fuentes de información. Cuantos más datos se

- 33. Tiendo a ser profesionalista.
  - 34. Prefiero oír las opiniones de los demás antes de exponer la mía.
  - 35. Me gusta afrontar la vida espontáneamente y no tener que planificar todo previamente.
  - 36. En las discusiones me gusta observar cómo actúan los demás participantes.
  - 37. Me siento incómodo(a) con las personas calladas y demasiado analíticas.
  - 38. Juzgo con frecuencia las ideas de los demás por su valor práctico.
  - 39. Me agobio si me obligan a acelerar mucho el trabajo para cumplir un plazo.
  - 40. En las reuniones, apoyo las ideas prácticas y realistas.
- 
- 41. Es mejor gozar del momento presente que deleitarse pensando en el pasado o en el futuro.
  - 42. Me molestan las personas que siempre desean apresurar las cosas.
  - 43. Aporto ideas nuevas y espontáneas en los grupos de discusión.
  - 44. Pienso que son más consistentes las decisiones fundamentadas en un minucioso análisis que las basadas en la intuición.
  - 45. Detecto frecuentemente la inconsistencia y puntos débiles en las argumentaciones de los demás.
  - 46. Creo que es preciso saltarse las normas muchas más veces que cumplirlas.
  - 47. A menudo caigo en la cuenta de otras formas mejores y más prácticas de hacer las cosas.
  - 48. En conjunto hablo más de lo que escucho.
  - 49. Prefiero distanciarme de los hechos y observarlos desde otras perspectivas.
  - 50. Estoy convencido(a) que debe imponerse la lógica y el razonamiento.
-

- 51. Me gusta buscar nuevas experiencias.
- 52. Me gusta experimentar y aplicar las cosas.
- 53. Pienso que debemos llegar pronto al grano, al meollo de los temas.
- 54. Siempre trato de conseguir conclusiones e ideas claras
- 55. Prefiero discutir cuestiones concretas y no perder el tiempo con charlas vacías.
- 56. Me impaciento cuando me dan explicaciones irrelevantes e incoherentes.
- 57. Compruebo antes si las cosas funcionan realmente.
- 58. Hago varios borradores antes de la redacción definitiva de un trabajo.
- 59. Soy consciente de que en las discusiones ayudo a mantener a los demás centrados en el tema, evitando divagaciones.
- 60. Observo que, con frecuencia, soy uno(a) de los(as) más objetivos(as) y desapasionados(as) en las discusiones
- 61. Cuando algo va mal, le quito importancia y trato de hacerlo mejor.
- 62. Rechazo ideas originales y espontáneas si no las veo prácticas.
- 63. Me gusta sopesar diversas alternativas antes de tomar una decisión.
- 64. Con frecuencia miro hacia delante para prever el futuro.
- 65. En los debates y discusiones prefiero desempeñar un papel secundario antes que ser el(la) líder o el(la) que más participa.
- 66. Me molestan las personas que no actúan con lógica.
- 67. Me resulta incómodo tener que planificar y prever las cosas.
- 68. Creo que el fin justifica los medios en muchos casos.
- 69. Suelo reflexionar sobre los asuntos y problemas.
- 70. El trabajar a conciencia me llena de satisfacción y orgullo.
- 71. Ante los acontecimientos trato de descubrir los principios y teorías en que se basan
- 72. Con tal de conseguir el objetivo que pretendo, soy capaz de herir sentimientos ajenos

- 73. No me importa hacer todo lo necesario para que sea efectivo mi trabajo.
- 74. Con frecuencia soy una de las personas que más anima las fiestas.
- 75. Me aburro enseguida en el trabajo metódico y minucioso.
- 76. La gente con frecuencia cree que soy poco sensible a sus sentimientos.
- 77. Suelo dejarme llevar por mis intuiciones.
- 78. Si trabajo en grupo procuro que se siga un método y un orden.
- 79. Con frecuencia me interesa averiguar lo que piensa la gente.
- 80. Esquivo los temas subjetivos, ambiguos y poco claros.

### PERFIL DE APRENDIZAJE

1. Rodee con una línea cada uno de los números que ha señalado un signo mas (+).
2. Sume el número de círculos que haya en cada columna.
3. Coloque esos totales en los casilleros inferiores y así comprobara cual es su estilo o estilos de aprendizaje predominantes.

I	II	III	IV
ACTIVO	REFLEXIVO	TEÓRICO	PRAGMÁTICO
3	10	2	1
5	16	4	8
7	18	6	12
9	19	11	14
13	28	15	22
20	31	17	24
26	32	21	30
27	34	23	38
35	36	25	40
37	39	29	47
41	42	33	52
43	44	45	53
46	49	50	56
48	55	54	57
51	58	60	59
61	63	64	62
67	65	66	68
74	69	71	72
75	70	78	73
77	79	80	76



## INTERPRETACIÓN

La interpretación de los resultados debe hacerse con referencia al grupo de dónde procedas o de otro que te identifique. La puntuación que obtengas en cada uno de los Estilos es muy relativa (no significa lo mismo obtener un 13 en Activo que un 13 en Reflexivo). Puedes alcanzar un máximo de 20 puntos en cada Estilo. Algo muy difícil.

El primer criterio para la interpretación de la información obtenida en el CHAEA es la relatividad de las puntuaciones obtenidas en cada estilo y exponen que no significa lo mismo obtener una puntuación en un estilo que en otro. También se ha trazado un esquema de interpretación denominado baremo basado en la experiencia de los test de inteligencia para facilitar el significado de cada una de las puntuaciones y agruparon los resultado obtenidos siguiendo las sugerencias de Honey y Mumford (1986).

Estilo de aprendizaje	preferencia				
	Muy bajo	bajo	moderado	alta	Muy alta
activo	0-6	7-8	9-12	13-14	15-20
reflexivo	0-10	11-13	14-17	18-19	20
teórico	0-6	7-9	10-13	14-15	16-20
pragmático	0-8	9-10	11-13	14-15	16-20

## ANEXO 2

### ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA MÉDICA –VERSION PARA ESTUDIANTES

Instrucciones: (en relación con el trabajo médico) indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

#### Formulario

Año de graduación: ( ) 1° semestre ( ) 6° semestre ( ) 12° semestre

Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Edad : Fecha:

Por favor, indique su nivel de concordancia con las siguientes afirmaciones:

Completamente en desacuerdo

Completamente de acuerdo

1 2 3 4 5 6 7

	1. La comprensión que los médicos tienen de los sentimientos de los pacientes y de sus Familias no influyen en el tratamiento médico o quirúrgico.
	2. Los pacientes se sienten mejor cuando los médicos comprendemos sus sentimientos.
	3. Es difícil para un médico ver las cosas en la perspectiva de los pacientes.
	4. Percibir el lenguaje no verbal es tan importante como el lenguaje verbal en las relaciones entre médico y paciente.
	5. El sentido el humor de un médico contribuye para un resultado clínico mejor.
	6. Como las personas son diferentes es difícil ver las cosas desde la perspectiva de los Pacientes.
	7. Prestar atención a las emociones de los pacientes nos es importante cuando se trata de anotar una historia clínica.
	8. La atención a las experiencias personales de los pacientes no influye en el resultado de los tratamientos.

	9. Los médicos debían intentar colocarse en el lugar de sus enfermos cuando los cuidan.
	10. Los pacientes valoran la comprensión que el médico tiene de sus sentimientos, lo que es terapéutico en si mismo.
	11. Las enfermedades de los pacientes solamente pueden ser curadas con tratamientos médicos o quirúrgicos; de este modo, los lazos emocionales de los médicos con sus pacientes no tienen ninguna influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.
	12. Hacer preguntas a los pacientes sobre lo que pasa en su vida privada no ayuda para comprender sus quejas físicas.
	13. Los médicos debían intentar comprender lo que pasa dentro de la cabeza de sus pacientes, prestando atención a las señales no verbales, e a su lenguaje corporal.
	14. Creo que la emoción no debe estar presente en el tratamiento de las molestias Orgánicas.
	15. La empatía es una competencia terapéutica sin la cual el éxito del médico es limitado.
	16. La comprensión de los médicos sobre el estado emocional de sus pacientes y de las familias de los mismos es un componente importante en la relación entre el médico y el enfermo.
	17. Los médicos debían intentar pensar como sus pacientes para proporcionarles mejores cuidados.
	18. Los médicos no se debían dejar influir por relaciones personales fuertes con sus pacientes y sus familias.
	19. No aprecio literatura médica u otras formas de arte.
	20. Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico

*Este cuestionario fue tomado de Moretto Graziela , Gonzales Pablo. Modificación del nivel de empatía de estudiantes de medicina durante la graduación médica. Disponible en:[http://www.sobramfa.com.br/artigos/2012\\_mar\\_modificacion\\_del\\_nivel\\_de\\_empatia\\_de\\_estudiantes.pdf](http://www.sobramfa.com.br/artigos/2012_mar_modificacion_del_nivel_de_empatia_de_estudiantes.pdf)*

## ANEXO 3

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo, mi participación en la investigación titulada: Evaluación de la orientación empática y los estilos de aprendizaje en los estudiantes de la Universidad del Norte en medicina en el segundo semestre de 2012 y el primer semestre de 2013.

El objetivo del estudio es: **Evaluar la orientación empática y los estilos de aprendizaje en los estudiantes de la universidad del norte en medicina en el segundo semestre de 2012 y el primer semestre de 2013.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en ser entrevistado para el diligenciamiento de dos cuestionarios, sobre: los estilos de aprendizaje y la empatía en los estudiantes de medicina.

Declaro que se me ha informado previamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Se considera que este estudio, es una investigación de riesgo mínimo, según el artículo 11 de la resolución N° 008430 de 1993 del ministerio de salud de la república de Colombia.

En el estudio se garantiza la confidencialidad de la información que se toma al no consignarse mi nombre.

No se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las condiciones biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes, ni se identificaran ni trataran aspectos sensitivos de su conducta.

Los investigadores responsables del proyecto, se han comprometido a darme información oportuna sobre mi estilo de aprendizaje y mi orientación empática, a fin de que tenga asesoría psicológica que me ayude en mi futuro profesional si no poseo dicha empatía.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en esta investigación en cualquier momento sin ser penalizado de ninguna forma.

Manifiesto, que de forma voluntaria y sin ninguna presión, inducción o pago alguno, decido participar en este estudio.

Firma del estudiante -----