



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TECNOLOGÍA MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPATÍA DEL

FISIOTERAPEUTA Y LA ASISTENCIA A LAS SESIONES DE

TERAPIA FÍSICA

Tesis para optar el título académico de licenciatura en Tecnología Médica –

Terapia Física y Rehabilitación

AUTORES:

SALOME VIOLETA ANAYA DE LA SOTA

HIESSELLE YULIANA SOLANO ITA

ASESOR:

MIGUEL MOSCOSO PORRAS

Lima – Perú

2018

**ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPATÍA DEL FISIOTERAPEUTA
Y LA ASISTENCIA A LAS SESIONES DE TERAPIA FÍSICA**

Salome:

Aunque existen veces en que la noche se hace larga, siempre llega la alborada que irrumpe en lo sombrío. Este ha sido un largo camino pero el respaldo de quienes nos aman ha sido el combustible insaciable en este trayecto; por ello, quiero dedicar este proyecto a mi familia, por mostrarme en todo momento el sendero a la superación; sin lugar a dudas, muchas de las metas alcanzadas no se hubiesen consolidado sin su respaldo.

Hiesselle:

Este trabajo está dedicado a mis padres: Henry y Hiesselle, por su continuo apoyo y confianza, por levantarme en cada caída, por brindarme lo necesario para continuar. Así mismo, dedico esto a mi mamita Alicia, por su presencia constante; a mi esposo, por su apoyo incondicional y mi adorado hijo, porque todos mis éxitos son para él.

Agradecemos infinitamente a Dios, por su presencia y guía en nuestras vidas, por haber permitido el nacimiento de una gran amistad que se concretiza en una meta.

Al licenciado Miguel Moscoso, por su apoyo, respaldo, dedicación y paciencia, por su disponibilidad y el interés constante durante todo este proceso ¡gracias!

RESUMEN

Introducción: La empatía tiene 4 niveles y están enfocados en la capacidad de ponerse en el lugar del otro, tiene importancia en la relación paciente-tratante debido a que genera mayor adherencia al tratamiento.

Objetivos: Determinar la asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física.

Métodos: Estudio de tipo transversal analítico de diseño observacional. La población fueron terapeutas físicos de 3 hospitales nacionales. Se utilizó el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis, se incluyeron variables como: edad, sexo y especialidad del terapeuta evaluado. Se promediaron las asistencias de los pacientes atendidos por cada terapeuta. Los datos fueron recolectados durante 1 mes.

Resultados: La población, de 61 terapeutas físicos presentó una edad media de 35.3 ± 10.6 años, 42% fueron mujeres y 98,4% del total no contaba con especialidad. El mayor número de encuestados fue del hospital 3 con un 36,1%. El promedio total de empatía fue 51.2, con una desviación estándar de ± 9.30 y al excluir fantasía, se alcanzó un promedio de 40.0 con una desviación estándar de ± 6.50 . Al realizar la asociación, no se encontró correlación ($p > 0.05$) entre las variables analizadas; al ajustarlas tampoco existió asociación con los niveles de empatía ni entre la empatía y el promedio de asistencias.

Conclusión: Existen diversos estudios que muestran la importancia de la relación empática entre el paciente y su tratante; aunque los resultados en este estudio fueron contrarios a lo esperado, se deben hacer más investigaciones para determinar el valor de este factor en el área de terapia física.

ABSTRACT:

Introduction: Empathy is the ability of putting oneself in the place of others and has great relevance in the patient-physician relationship as it results in better treatment compliance.

Objective: To determine the association between the empathy of the physiotherapists (PT) and the attendance rate of their patients.

Methods: Cross-sectional analytic study. Participants were physiotherapists from three public hospitals. The Interpersonal reactivity index (IRI) test, that assesses empathy, was used. Further, variables such as age sex and PT specialty were measured as well. Attendance rate was calculated as the average of attended sessions of all treated patients for the last year. Data collection in the three hospitals took one month.

Results: Final sample included 61 PT with average age of 35.3 ± 10.6 , 42% were women; 98,4% did not have a specialty. Hospital 3 hosted the highest amount of PT (36,1%). Mean of IRI score was 51.2 ± 9.3 and excluding the fantasy sub-scale, mean was 40.0 ± 6.5 . However, Attendance was not associated with empathy nor its sub scales ($p > 0.05$). After, controlling for age, sex, and hospital, empathy was still not associated with attendance.

Conclusion: The empathy of the physiotherapists is not related to the attendance of their patients. Nevertheless, the physician-patient relationship in physiotherapy needs to be further studied give its importance.

Índice	
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
<u>1.1 Planteamiento del Problema</u>	1
<u>1.2 Formulación del Problema</u>	2
<u>1.3 Justificación del tema de la Investigación</u>	2
<u>1.4 Objetivos de la investigación</u>	3
<u>1.4.1 Objetivo General</u>	3
<u>1.4.2 Objetivos Específicos</u>	3
<u>1.5 Hipótesis</u>	3
1.5.1 Hipótesis General	3
1.5.2 Hipótesis Específica	3
<u>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</u>	4
<u>2.1 Antecedentes del estudio</u>	4
2.1.1 Antecedentes nacionales	4
2.1.2 Antecedentes internacionales	6
<u>2.2 Bases teóricas</u>	6
2.2.1 Empatía	7
2.2.2 Complianza	9
2.2.3 Asistencia	10
<u>CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS</u>	10
<u>3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación</u>	10
<u>3.2 Población y muestra</u>	10
3.2.1 Tamaño de la muestra	10
<u>3.2.2 Selección del muestreo</u>	10
3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión	10
<u>3.3 Definición conceptual y Operacionalización de variables</u>	11
3.3.1 Variables	11

<u>3.4 Plan de Recolección de Datos e Instrumentos</u>	11
3.4.1 Obtención de Permisos	11
<u>3.4.2 Instrumentos</u>	12
3.4.3 Recolección de Datos	12
3.5 Plan de análisis e interpretación de la información	13
3.6 Ventajas y limitaciones	13
<u>3.7 Aspectos Éticos</u>	14
<u>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</u>	15
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	18
5.1 Discusión	18
5.2 Conclusiones	19
5.3 Recomendaciones	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20
ANEXOS	22
1. Matriz de consistencia	22
2. Operacionalización de las variables	23
3. Carta de aprobación del protocolo de investigación	27
4. Instrumento de valoración	28
5. Consentimiento informado	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descripción de la población	15
Tabla 2: Puntaje del IRI en empatía	16
Tabla 3: Asociación entre empatía y asistencia	16
Tabla 4: Valores ajustados por sexo, edad y hospital	17

Introducción

Actualmente, diferentes organismos como la Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina y el Colegio Estadounidense de Medicina Interna, destacan la importancia de la formación de médicos altruistas, compasivos y empáticos con la finalidad, no sólo de mejorar la relación médico - paciente, sino también de incrementar la calidad de atención al paciente (1). Esto resalta el carácter humanista en la formación del médico para tener las competencias necesarias en el trato ofrecido a los pacientes y, sobretodo, para ejercer la medicina de manera integral y humana (2).

Al ser la comunicación, el medio por el que se establecen las relaciones interpersonales, esta se convierte en un elemento esencial en las profesiones de "servicio", principalmente en aquellas que involucran la interacción directa. En cuanto a los profesionales de Terapia Física, podríamos decir que no sólo necesitan aptitudes académicas y destrezas manuales, sino también estrategias para manejar y enfrentarse a problemas de tipo social y personal; estrategias que se adquieren mediante el empoderamiento de habilidades sociales (comunicación, negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía) (3) , que les capaciten para establecer relaciones interpersonales productivas en su ámbito de trabajo, tanto con el paciente como con los familiares, con el fin de conseguir su colaboración en la aplicación eficaz del tratamiento (4).

Este proyecto tiene por objetivo, estudiar la relación entre el nivel de empatía y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física. En el primer capítulo, se plantea todo lo concerniente al problema de investigación, mientras que en el capítulo siguiente, se describen los antecedentes relacionados al problema planteado y las bases teóricas que contribuyen a la mejor comprensión del tema central; en el tercer capítulo, se aborda la metodología para la realización del proyecto, pudiendo encontrar en esta parte, la población y la muestra a analizar, los instrumentos y el procedimiento correspondientes. Finalmente, en el capítulo último, se mencionan los requerimientos logísticos y de organización para el estudio.

CAPITULO I: El problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema:

Una de las principales deficiencias en el área de salud, es la falta de amabilidad y buen trato en los servicios, esto se refleja en las constantes quejas y en el desinterés de los pacientes en el seguimiento del tratamiento que se le establece (5). En el sistema de salud cubano, la satisfacción encontrada en los servicios de asistencia médica, atención primaria de salud y urgencias médicas, es baja; siendo los elementos más relacionados con la insatisfacción: el tiempo de espera, el ambiente inadecuado y el trato recibido (6).

Una tesis realizada en Colombia, nos habla del nivel de cumplimiento en la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en el servicio de Terapia Física, en donde puede evidenciarse que, la presencia de una institución que audita los servicios de salud, no garantiza el cumplimiento de calidad de atención (7). Así, existen diversos estudios que demuestran la importancia del acto médico adecuado. En un estudio realizado en el hospital de la Universidad de Pusan en Corea, se concluyó que influía más la asertividad empática del médico que el conocimiento que este poseía (8). Por otro lado, en el año 2008, se analizó la percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina, en el que se evidenció mayor satisfacción del paciente debido a la relación interpersonal generada, teniendo como consecuencia una mejor compliance al tratamiento (9). Además, en el año 2013 se realizó un estudio en el que se comprobó que “existe una relación significativa entre la empatía de las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y la satisfacción de los pacientes críticos adultos del Hospital Regional de Huacho”(10) demostrando nuevamente la significancia de la relación empática entre el paciente y su tratante.

El profesional del área de Terapia Física actúa directamente con las personas realizando una interacción constante con el paciente (11) ya que el tratamiento debe darse de modo continuo, necesitando de un ciclo o más de sesiones para la eficiencia del mismo. En una revisión sistemática en la que se evalúa la relación terapeuta-paciente en el resultado del tratamiento, que fue medida con el “Working Alliance Inventory”; se tuvo como resultado una respuesta positiva en cuanto al tratamiento y la alianza entre el terapeuta y el paciente (12). Teniendo como referencia otro estudio en el que se habla de las experiencias sobre dicha relación, se llega a la conclusión de que, cuando se le da la información adecuada al paciente, al igual que los objetivos planteados y los recursos motivantes, relacionando al paciente con su tratamiento, se logra un resultado positivo en cuanto a la relación entre

ambos. Sin embargo, no se ha evaluado si esta relación positiva, mediada por la empatía del fisioterapeuta puede resultar en efectos cuantificables como una mejor asistencia o adherencia a las sesiones de tratamiento. Una buena adherencia al tratamiento generará un impacto en la condición de salud del paciente y en su proceso de recuperación; logrando de este modo un adecuado resultado terapéutico (13).

En el presente estudio, por tanto, se busca analizar si los niveles de empatía del terapeuta físico están asociados a la asistencia de los pacientes al servicio de rehabilitación, teniendo en cuenta que, la calidad de la atención de salud va más allá de un adecuado diagnóstico o una prescripción acertada (4) y que la percepción del interés del tratante tiene como consecuencia en el paciente, una mejor adherencia al tratamiento (14).

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 Problema Principal

¿Existe asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física?

1.3. Justificación del tema de la Investigación

Al ser la empatía, la capacidad para comprender, sentir y responder de manera adecuada frente a una situación ajena y siendo esta, indispensable para una buena relación en los ambientes sociales (15) diversas entidades han enfatizado en la importancia de establecer una instrucción altruista, que forme profesionales de la salud compasivos y empáticos, buscando mejorar la calidad de servicio así como la relación con el paciente (1).

En los profesionales de terapia física, es importante el empoderamiento de habilidades sociales (3) que les permitan establecer una alianza con el paciente para alcanzar el objetivo terapéutico propuesto (16). Este proyecto tiene como finalidad, determinar si el nivel de empatía del terapeuta físico puede influir en la adherencia del paciente al tratamiento mediante la asistencia.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta con la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física.

1.4.2. Objetivos Específicos

Determinar el porcentaje de asistencia las sesiones de terapia física.

Identificar las diferencias entre el nivel según la edad, sexo y especialidad del terapeuta físico.

Identificar diferencias entre la relación de los niveles de empatía según la especialidad del terapeuta físico.

1.5. Hipótesis

1.5.1 Hipótesis General

El nivel de empatía del fisioterapeuta está asociado a la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física.

1.5.2 Hipótesis Nula

El nivel de empatía del fisioterapeuta no está asociado a la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física.

CAPÍTULO II Marco Teórico

2.1 Antecedentes del estudio

A partir de la búsqueda realizada, se encontraron diversos artículos científicos que guardan relación directa, respecto a las variables a analizar:

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Casalino G. en el 2008 presenta su investigación titulada: Calidad de servicio de la consulta externa de medicina interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual, en la que evalúa la calidad de servicio que reciben los pacientes en los establecimientos de salud con el objetivo de determinar la calidad de servicio según la satisfacción percibida relacionándola con variables como: edad, seguridad, confiabilidad, tiempo de llegada, zona de residencia, grado de instrucción y empatía. Las pacientes mujeres tuvieron mayores niveles de insatisfacción global y en la dimensión seguridad que los varones; las edades entre 18 y 20 años arrojaron mayores niveles de insatisfacción global y en las dimensiones de confiabilidad, seguridad y empatía, mientras que en edades mayores de 65 años se obtuvieron resultados de satisfacción global y en confiabilidad, seguridad y empatía. Por otro lado, el nivel de instrucción se relacionó con la insatisfacción global e insatisfacción en la empatía pero la procedencia de zonas rurales se asoció con satisfacción global amplia con respuesta rápida y seguridad (9).

Ramos C. en su tesis: Percepción de las relaciones médico paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú realizada el 2008, tuvo como objetivo determinar la percepción de la calidad de la relación médico-paciente y su asociación con las características del médico y el paciente, por parte de los usuarios externos. Del total de 168 pacientes, se encontró una adecuada relación médico-paciente en un 92.3 % y el 89.3% afirmó estar muy satisfecho. Fueron el grupo de pacientes adultos jóvenes los que percibieron con mayor frecuencia, una relación médico-paciente inadecuada. El grado de Instrucción, grupo etario al que pertenece el médico, la concordancia de género, la concordancia de grupo etario, el género del médico, ni la continuidad del manejo médico se asociaron a la calidad percibida de relación médico-paciente. Se observó que mayor es el grado de satisfacción de la consulta a mejor percepción de

la calidad de relación médico-paciente. Reafirmando así la importancia de dicha relación (17).

En un estudio realizado el año 2000 denominado: La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria, investigada por Mira JJ y Aranaz J. se encontró que en los últimos años se ha producido un cambio importante en las relaciones médico-paciente, que se evidencia en que el resultado de la asistencia sanitaria, se mide en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente, de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado (18).

En el 2011 fue publicado el artículo Empatía en Estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo por Saucedo J, Bravo V, Guevara Y, Salazar R, Vásquez C, Díaz C. que concluyó que “los varones, con edades ≥ 25 años, estudiantes del 3^o año académico, y aquellos que eligieron especialidades “vinculadas al paciente” obtuvieron un promedio empático de puntuaciones más altas que las mujeres pero no se hallaron diferencias significativas; sin embargo, se cree que la edad, el año académico y las “especialidades vinculadas al paciente, podrían ser un factor protector para desarrollar mayores niveles adecuados de empatía (1).

El 2012 la revista “Panam Salud”, realizó la encuesta: Lima Cómo Vamos, que pretendía identificar la calidad de atención en salud, explorando la percepción de la atención en salud y teniendo como principal debilidad la mala atención o el trato inadecuado a los pacientes. Los factores asociados a la satisfacción del paciente en relación a la calidad de atención fueron: la edad, el nivel socioeconómico, el tiempo de espera y si se trata de un paciente nuevo o continuador; sin embargo existieron también otros factores tales como la satisfacción en la relación médico – paciente, teniendo esta, más relevancia que el diagnóstico o una prescripción adecuada (5).

En un proyecto de tesis de la autoría de Pablo E. titulada: Empatía de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y satisfacción de los pacientes críticos adultos del hospital regional de huacho del año 2013, se obtuvo como resultado la existencia de una relación significativa entre la empatía de las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y la satisfacción de los pacientes críticos adultos del Hospital

Regional de Huacho. Tomando como referencia los resultados obtenidos se puede inferir que el cociente de empatía de las enfermeras se encuentra en el rango del 59.85% y si sólo; se agrupan los estándares “acuerdo parcial y acuerdo total”, se ubican dentro del rango “muy alto” con un 66,47% (10).

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Chang M, Alemán M, Cañizares M, Ibarra A. (1999) en su investigación titulada: Satisfacción de los pacientes con la atención médica, mediante un estudio transversal, con un muestra de 328 pacientes, identificó un nivel de satisfacción menor del esperado en los servicios de Urgencia en Cuba, debido al ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud (6).

En el 2004, Retuerto A. realizó un estudio a cerca de las “Diferencias en empatía en función de las variables género y edad los resultados indicaron que las mujeres puntúan significativamente más que los varones en fantasía, preocupación empática y malestar personal. Además, con la edad incrementan progresivamente las puntuaciones en toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática (19).

En el 2010 Hall A, Ferreira P, Maher C, Latimer J. y Ferreira M. invensigan: The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review en la que se busca determinar “la influencia de la relación terapeuta-paciente en el resultado del tratamiento”, se evidencia que, tras medir variables como dolor, discapacidad, calidad de vida, depresión, adherencia y satisfacción con el tratamiento, la alianza está positivamente asociada a la adherencia al tratamiento en pacientes con patologías crónicas (12).

En octubre del 2015, en la II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud, Torres C, Cadellans A. y Martí I. publicaron: Incremento de la empatía tras la primera interacción de estudiantes de fisioterapia con usuarios de la salud, buscaron identificar las variaciones en los niveles de empatía de los alumnos de terapia física, tras estar en contacto directo con los pacientes, obteniendo como resultado un cambio significativo desde el inicio al final de las clases en todos los participantes y determinaron la importancia de poseer una sensibilidad especial hacia el usuario, (20).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Empatía

La etimología de la palabra **empatía** proviene del griego “*empátheia*” que en principio significaba pasión y que tardíamente fue empleada por Galeno en el siglo II d.C. con el valor de dolencia o enfermedad.

El vocablo se deriva con sufijo de cualidad *-eia* del adjetivo “*emphatés*” que significa afectado y emocionado, que se apasiona internamente, expuesto a las pasiones, y también tardíamente enfermo. Este adjetivo se compone del prefijo griego “en” que equivale al latín “*in*” y la raíz de la palabra “*pathos*” que significa afección, padecimiento, sentimiento, enfermedad y que los indoeuropeos asocian a su raíz “sufrir”. La palabra empatía se formó con la finalidad de indicar: participación objetiva y profunda de un individuo en los sentimientos, conductas, ideas, posturas intelectuales, la comprensión íntima de su situación vital e intelectual para expresar esto y distinguirlo de simpatía, idea que estaba ya especializada en la expresión de participación o comunidad de sentimientos y afectos pero de carácter subjetivo y no racional, como una afinidad espontánea, frente a la empatía que es una objetiva, reflexiva y crítica (19).

Aunque el término es bastante estudiado y están bastante claras las líneas generales de la historia de esta palabra, los detalles de su acuñación alemana en la forma “*Einführung*” son bastante confusos y se atribuye según las fuentes a distintos autores. También se ha discutido si en la creación de la palabra alemana influyó ya, la griega *empátheia*.

Según algunos, Rudolf Hermann Lotze, un filósofo alemán versado también en medicina y biología y considerado como uno de los iniciadores de la psicología científica, habría sido el creador de *Einführung* en el año 1858, fecha que coincide con la de la publicación del segundo volumen de una de sus obras más influyentes “*Mikrokosmos*”; sin embargo, en dicha publicación no se encuentra la palabra; por otro lado, la idea de que Lotze tuvo que ver con la palabra se debe a la tesis de Paul Stern titulada “*Einführung und Association in der neueren Ästhetik*” de 1897 en la que habla sobre el significado y desarrollo del concepto de *Einführung* desde un punto de vista estético, cita mucho a Lotze quien tuvo que ver con el desarrollo conceptual pero no con la cuestión terminológica.

La primera aparición de *Einfühlung* documentada, es del año 1873 en una obra de Robert Vischer titulada “Ueber das optische Formgefühl: ein Beitrag zur Aesthetik“, se conoce que dicho termino era empleado por la estética alemana fines del siglo XIX;(15) Theodor Lipps, filósofo alemán, tomó ese concepto y lo adaptó a términos psicológicos en los primeros años del siglo XX y desarrolló toda una teoría que llamaría después la “*Einfühlungstheorie*” que explicó en su obra “Psychologische Untersuchungen” de 1907. La conexión con el griego *empátheia* se produjo cuando Edward B. Titchener, un psicólogo inglés formado en Alemania, difundió las ideas de Lipps en 1909 en su obra “Lectures in Experimental Psychology” y escogió el término “*empathy*” para verter *Einfühlung*.

Lo que quiso trasladar Vischer al acuñar *Einfühlung* era el concepto de “sentimiento introducido” en la idea de que atribuimos a objetos inanimados, plantas o animales y, también, a otros seres humanos, nuestros sentimientos. Titchener definía *empathy* (traducción inglesa), como el proceso por el que se humanizan los objetos y les atribuimos nuestras propias emociones. Para el paso al significado actual de la palabra, fue importante que se utilizara *empathy* para traducir *Einfühlung* en el uso que de le daba Sigmund Freud, quien también mantuvo una estrecha relación con Lipps y que la usaba como ‘proyección psicológica’ en los sentimientos de otra persona y desvinculó por tanto la palabra de las teorías de la percepción estética (20).

Desde el uso del término empatía en psicología, alrededor del siglo XX, se han procurado unificar los conceptos y determinar cuáles son los elementos que lo componen.

Se entiende que, la empatía, es la capacidad de comprender al otro, en sus emociones y sentimientos, que es un reconocimiento profundo del otro como uno mismo, que además es indispensable en las relaciones sociales y que se desarrolla incluso, intrauterinamente. Inicialmente, se da, por medio de la imitación. Gracias a la percepción de una emoción en el objeto a través de los gestos que este pueda emitir, se activan emociones similares en el sujeto; esto, según Lipps, se desarrolla en dos niveles, uno que involucra la autoconciencia, de acuerdo a las experiencias propias, y el otro que hace referencia a la conciencia del objeto que se experimenta, teniendo en consecuencia la integración de dos sujetos en una misma experiencia. A partir de

esta premisa, se crean dos corrientes teóricas. La primera corriente, reafirma el proceso empático por medio de la percepción, respaldando el concepto de “contagio emocional” y sustentando su teoría en la función de las neuronas espejo; mientras la segunda corriente, considera que se requiere de funciones superiores para un proceso metacognitivo que ayude a comprender los contenidos existentes en la mente de otra persona; sustentando su teoría en la activación de las regiones prefrontales de la corteza (15).

Diversos autores han integrado los conceptos anteriores, buscando una definición unívoca. Uno de esos autores fue Mark Davis, quien dividió la empatía en cuatro subescalas, toma de perspectiva y fantasía, referidas al aspecto cognitivo; mientras que, preocupación empática y malestar personal referidas a las reacciones emocionales. La toma de perspectiva, es una subescala que se refiere a la capacidad del sujeto de adoptar el punto de vista del objeto; la fantasía, hace referencia a la inclinación del sujeto por comprender una situación ficticia de modo que siente cada situación como si fuera propia. Por otro lado, la preocupación empática, está relacionada a la tendencia a experimentar compasión y preocupación hacia otros, y malestar personal que explica la compasión y preocupación frente a situaciones de estrés del objeto que generan en el sujeto, necesidad y motivación para actuar. (23)

2.2.2 Complianza

Dentro de la literatura médica y psicológica existen diversas definiciones que intentan explicar la adherencia terapéutica. Dentro de las definiciones más usuales se encuentran: cumplimiento (conocido también como **complianza** por su derivación de la terminología anglosajona), adherencia, cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, etc. Sin embargo, todos estos distintos términos se usan para explicar el grado en que un paciente es capaz de seguir una indicación dada por un profesional de la salud, esta indicación puede estar referida a la toma de medicamentos, realización de una dieta, modificación de hábitos cotidianos o cumplimiento de visitas periódicas como parte del programa de tratamiento, se entiende también como un pacto de mutuo acuerdo en el que ambas partes, profesional de la salud y paciente, actúan conjuntamente con la finalidad de alcanzar el objetivo terapéutico deseado (16), por lo que, si el paciente tiene un mejor apego al tratamiento establecido, su recuperación será también más pronta, como lo demuestran Ramos y Rodríguez en el 2008 (17).

2.2.3 Asistencia

La **asistencia** es el número o cantidad de veces que se recurre a un lugar determinado; en terapia física el paciente, como tratamiento, tiene la prescripción de cierto número de sesiones a las que debe concurrir constantemente, lo que contribuye a su recuperación y mejoría.

CAPÍTULO III Materiales y métodos

3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación

Esta investigación es de diseño observacional, de tipo transversal analítico y de alcance explicativo debido a que la recolección de datos se dio en un tiempo determinado en el que se encuestó a un grupo específico de personas (24).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de muestreo para el análisis de correlación lineal. En estudios previos se encontró una relación entre la empatía y la complianza con un valor de $r=0.25$. Basados en estos datos y con un nivel de confianza del 95% el tamaño de muestra mínimo a evaluar será de 50 personas (7).

3.2.2 Selección del muestreo

En cuanto a la selección de la muestra, se contactó a fisioterapeutas que laboraban en hospitales públicos. El desarrollo de la toma de datos se dio en un tiempo aproximado de un mes, en el que se reclutó a los licenciados de terapia física que tenían contacto directo con el paciente y se les invitó a contribuir en el proyecto de tesis detallándoles la información sobre las características del trabajo por medio del consentimiento informado. Los participantes fueron encuestados por una única vez. Luego de esto, se utilizó el muestro aleatorio simple para la selección de participantes.

3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

En este estudio fueron incluidos aquellos licenciados de terapia física y rehabilitación que tenían contacto directo con el paciente; de igual modo se incluyó el registro de asistencia de los pacientes mayores de 18 años atendidos por los licenciados participantes. No fueron incluidos en este estudio aquellas personas que por voluntad propia, no desearon participar.

3.3 Definición conceptual y Operacionalización de variables

El cuadro de operacionalización de variables puede encontrarse en el Anexo 2

Empatía:

La empatía es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de las habilidades de la vida diaria, como la capacidad innata de “ponerse en la piel” de la otra persona, para comprenderla mejor y responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias. En diversas investigaciones se ha demostrado la relevancia de este factor en cuanto a la satisfacción generada en la persona empatizada. Por lo tanto, es un elemento esencial en la vida de las personas ya que involucra la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro, en torno a alguna situación que pudiese ser desventajosa para la persona empatizada (3) y es también de suma importancia en la relación que se genera entre el paciente y su tratante (14).

Asistencia a terapia física:

Número o cantidad de veces que se recurre a un lugar determinado. Se considera también como la acción de estar o hallarse presente en un acto.

Edad:

Es el tiempo de vida de un ser, se contabiliza desde el momento de su nacimiento.

Sexo:

Condición orgánica de los seres humanos, se divide en femenino y masculino.

Especialización:

Condición individual de las personas que hace referencia a un grado académico.

3.4 Plan de recolección de datos e instrumentos:**3.4.3 Obtención de Permisos**

Para la realización del presente estudio, se contó con la aprobación del Comité de Ética y del Comité de Investigación de la Universidad Católica Sedes Sapientiae; para ello se presentó el protocolo de investigación en el que se detallaba la forma de realización del proyecto (Ver Anexo 3).

3.4.4 Instrumentos:

El instrumento a utilizado para este estudio fue el “Índice de Reactividad Interpersonal” (IRI) que posee una perspectiva multidimensional encargada de medir la empatía en

cuatro dimensiones, dos de las cuales se enfocan al aspecto cognitivo (Toma de Perspectiva y Fantasía) y las otras dos, a las reacciones emocionales, ante las experiencias negativas de otros (Preocupación Empática y Malestar personal). La adaptación peruana del instrumento IRI fue realizada en la Universidad César Vallejo de Trujillo donde se concluyó la validez de 18 ítems de un total de 28 correlacionándose con la escala total ($r > 0.20$); con respecto a la confiabilidad, el IRI, alcanzó un valor de alfa $=0.701$, y las normas de calificación se realizaron por percentiles (25).

Para el estudio, se tomaron en cuenta tres de las cuatro subescalas, debido a que existen estudios que consideran para el área médica la toma de perspectiva, preocupación empática y malestar personal pero omiten la sub-escala de fantasía, debido a que esta dimensión hace referencia a la capacidad de mostrar empatía frente a una situación ficticia y entenderla como tal. (26)

3.4.3 Recolección de datos

El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) que se dio a cada participante contenía una serie de afirmaciones en el que podían identificarse o no, de acuerdo a diversas situaciones, con su estado emocional.

En cuanto al proceso de aplicación del instrumento, se dio del siguiente modo:

- a) Se dividieron los días de la toma de la encuesta de acuerdo a la cantidad de participantes, por cada semana, 1 día. Se encuestó a la cantidad total de participantes de cada hospital.
- b) Se brindó el cuestionario a los participantes y se les explicó el modo de resolución.
- c) Finalmente, se recogieron los cuestionarios y analizaron las respuestas

En lo referente a la segunda variable (la asistencia), se revisaron los registros que poseía cada terapeuta. Cada paciente tenía un número asignado de sesiones de tratamiento. Se realizó un cálculo del porcentaje de cumplimiento de sesiones de cada paciente. Luego, todos estos porcentajes fueron promediados para obtener un estimado de porcentaje de asistencias global para cada terapeuta.

Una vez recopilada la información, se codificó y se preparó un archivo con el nombre del proyecto.

3.5 Plan de análisis e interpretación de la información

Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico Stata 12 (College Station, TX, US) en donde se realizó un análisis descriptivo para las variables categóricas en medida de porcentajes y se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas. Para la asociación de las variables se utilizó el análisis de correlación lineal de Pearson debido a que ambas variables fueron evaluadas de forma numérica. Además, se utilizó el análisis de regresión múltiple con intervalos de confianza al 95% para controlar el efecto de otras variables.

3.6 Ventajas y limitaciones

Limitaciones:

Durante la aplicación del proyecto, el instrumento empleado fue un test de contestación simple. En su desarrollo, hubo preguntas de los participantes en cuanto a la comprensión de las diferentes sub-escalas del IRI, pero al responder a cada cuestionamiento, se disiparon las dudas y se pudo continuar con el proceso. Por tanto, la limitación que pudo presentarse tubo un nivel de complejidad bajo respecto a la población evaluada.

Otra de las limitaciones estaba relacionada referida a la existencia de factores como el nivel socioeconómico del paciente, debido a que, puede ser determinante en la asistencia a las sesiones; esta variable no se pudo medir en el proyecto ya que no tuvo acceso a dichos datos

Por último, el estrés al que está sometido el terapeuta representa una restricción más que no pudo ser evaluada.

Ventajas:

En cuanto a las fortalezas de este estudio destacaremos principalmente que es el primer estudio que realiza una asociación entre el nivel de empatía y la asistencia a las sesiones de terapia física en Perú, lo cual tiene importancia porque es un tema altamente estudiado en otras áreas de salud (5, 7-9, 12, 16, 18), con la finalidad de mejorar la relación con el paciente que una mejor adherencia al tratamiento y teniendo por tanto beneficios para la salud del usuario.

Otra de las ventajas, es que, al ser el instrumento, un test de contestación simple, puede desarrollarse en un tiempo breve y que además por la forma de intervención no se requiere de la realización de pruebas invasivas a los participantes, además no tiene efectos contraproducentes ni antes ni durante ni después a la participación.

3.7 Aspectos Éticos

El presente trabajo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Católica Sede Sapientiae. Durante su desarrollo se cumplieron con los criterios de Helsinki buscando preservar la libertad de la persona, por lo que la participación fue absolutamente voluntaria. Se buscó además proteger la privacidad del participante, de modo que los datos obtenidos sólo fueron manipulados por las personas encargadas del proyecto, evitando así, exponer datos confidenciales que puedan perjudicar al colaborador. Se les informó también del modo de participación, dando a conocer la forma de intervención, el desarrollo del trabajo y además la conclusión del estudio con los resultados obtenidos. Durante todo el proceso de recolección de datos, los participantes pudieron disponer del tiempo necesario para poder desarrollar todos los ítems de IRI. Fueron admitidos en el proyecto todos aquellos fisioterapeutas que desearon participar, utilizando para la selección, sólo los criterios de inclusión y exclusión, sin tener influencia las diferencias étnicas, sociales y/o culturales, prevaleciendo en todo momento la justicia meritoria del ser humano. A todo participante se le entregó el documento de consentimiento informado que respalda lo antes mencionado, para asegurar de este modo su autonomía y garantizar la colaboración de la persona para fines estrictamente científicos.

CAPÍTULO IV. Resultados

En la primera tabla, se muestran los resultados en número y porcentaje de las variables edad, sexo, hospital y especialidad; las cuales se toman en cuenta como factores que pueden influir en el resultado final. En cuanto a la variable edad podemos hallar un promedio de 35 años entre los encuestados, con una desviación estándar de ± 10.6 ; en cuanto a la variable asistencia, el promedio es de 86.7 con una desviación estándar de ± 10.0 . En la variable sexo tenemos que 35 son varones representando el 57.4% el mayor porcentaje de la población total. En lo referente a los hospitales puede notarse que, el H3 cuenta con mayor número de encuestados, equivalente al 36.1%, mientras que el H2 con menor número de participantes, representando el 29.5% de la población. Además, sólo el 1.6 cuenta con especialidad. La asistencia obtuvo una media de 86.7 con una desviación estándar de ± 10.0 .

Tabla 1. Características de la muestra estudiada

VARIABLES	n	%
Edad*		35.3 \pm 10.6
Asistencia*		86.7 \pm 10.0
Sexo		
Femenino	26	42.6
Masculino	35	57.4
Hospital**		
H1	21	34.4
H2	18	29.5
H3	22	36.1
Especialidad		
No	60	98.4
Si	1	1.6

* Media \pm Desviación estándar / La asistencia se calculó en base al porcentaje de sesiones asistidas por cada participante

** Los nombres de los hospitales no se muestran debido al aspecto confidencial.

En la tabla 2, se muestra el promedio total del IRI dividido en dos, el primer promedio total, proveniente del resultado de la sumatoria de las cuatro sub – escalas: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal, con un promedio de 51.3 y una

desviación estándar de ± 9.30 . Y la sub – escala: Fantasía, realizamos una segunda sumatoria de los resultados siendo 40.0 el promedio total, con una desviación estándar de ± 6.50 .

Tabla 2. Puntajes de IRI de empatía

Puntajes	\bar{X}^*	DE*
Total**	51.3	9.30
Total 2***	40.0	6.50
Dimensiones		
Toma de perspectiva	15.7	4.15
Fantasía	11.3	4.20
Preocupación empática	15.6	3.68
Angustia personal	8.7	4.48

* X: Promedio, DE: Desviación estándar

** Total: Puntaje total del IRI

*** Puntaje total sin considerar la dimensión de fantasía

En la tabla 3 puede visualizarse la asociación entre el nivel de empatía y la asistencia. Al asociar el resultado total del IRI con la asistencia medida en porcentaje y al realizar la asociación del resultado total del IRI excluyendo la dimensión “fantasía” con la asistencia, encontramos que no existe correlación ($p > 0.05$); del mismo modo, al analizar las dimensiones por separado, no se encuentra correlación entre las variables

Tabla 3. Asociación entre el nivel de empatía y asistencia

	Asistencia	P
Total**	0.005	0.972
Total 2***	0.019	0.884
Dimensiones		
Toma de perspectiva	0.101	0.440
Fantasía	-0.019	0.882
Preocupación empática	-0.035	0.787
Angustia personal	-0.037	0.779

** Total: Puntaje total del IRI

*** Puntaje total sin considerar la dimensión de fantasía

Al ajustar las variables edad, sexo y hospital con el resultado total del IRI en un modelo de regresión múltiple, no se encontró asociación entre el nivel de empatía y el promedio de asistencias del paciente ($p>0.05$).

Tabla 4. Valores ajustados por edad, sexo y hospital			
Puntajes	Asistencia (%)		
	Coeficiente	IC95%	p
Total**	0.99	0.99 - 1.00	0.267
Total 2***	1	0.99 - 1.00	0.379
Dimensiones			
Toma de perspectiva	1	0.99 - 1.00	0.455
Fantasía	1	0.99 - 1.00	0.771
Preocupación empática	1	0.99 - 1.00	0.288
Angustia personal	0.99	0.98 - 0.99	0.045

** Total: Puntaje total del IRI

*** Puntaje total ajustado para personal de ciencias de la salud

En la tabla número 5, se muestran las diferencias entre el nivel de empatía y la especialidad del terapeuta físico. Se puede evidenciar que al existir solo un participante que, al momento del análisis contaba con este grado, los resultados obtenidos no muestran cambios significativos respecto a los resultados anteriores.

Tabla 5. Diferencias entre el nivel de empatía y la especialidad

Especialidad		\bar{X}^*	DE*	
No	total**	51.33	9.32	
	total 2***	39.96	6.54	
	dimensiones			
		Toma de perspectiva	15.73	4.14
		Fantasía	11.36	4.20
		Preocupación empática	15.53	3.70
	Angustia personal	8.7	4.51	
Sí	total**	44	.	
	total 2***	37	.	
	dimensiones			
		Toma de perspectiva	11	.
		Fantasía	7	.
		Preocupación empática	17	.
	Angustia personal	9	.	
Total	total**	51.21	9.29	
	total 2***	39.91	6.49	
	dimensiones			
		Toma de perspectiva	15.65	4.150
		Fantasía	11.29	4.20
		Preocupación empática	15.55	3.67
	Angustia personal	8.70	4.47	

CAPÍTULO V. Discusión

5.1. Discusión

Siendo la empatía crucial para el desarrollo de la vida social, es indudable reflexionar acerca de su relevancia en los ambientes de salud, principalmente en el área de terapia física en la que el paciente y su tratante deben compartir e involucrarse en la sesión para lograr los resultados esperados. Al ser la terapia física una carrera de servicio, teniendo como finalidad la rehabilitación del paciente y siendo necesario para esto un compartir constante, es visible que incitaría a generar una relación terapéutica empática, en la que ambas partes, se comprometan en el proceso del tratamiento, lo cual involucra la asistencia constante del paciente a sus sesiones programadas.

Entendiendo la terapia física, como un proceso altamente vinculatorio, que necesita de profesionales capaces de entender la situación del paciente y ponerse en su lugar para poder guiar la terapia de manera más humanitaria, se consideró trascendental medir la asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física; al revisar los puntajes obtenidos por el IRI, se pudo notar que el nivel de empatía de los terapeutas evaluados tanto en el puntaje total como en el que excluye a la sub-escala fantasía, se encuentran ligeramente por debajo de la mitad, lo que indica que es un punto franco al que debe darse importancia. Por otro lado al realizar el análisis con el puntaje que incluye a las 4 sub-escalas, se obtuvo un coeficiente de correlación altamente bajo y al comprobarlo mediante la prueba de hipótesis, se ratificó que no existe asociación. Al analizar los resultados con el puntaje que excluye una de las sub-escalas, el r fue menor y la prueba de hipótesis fue mayor a 0,05, concluyendo nuevamente que no existe asociación significativa; sin embargo, en los puntajes individuales del IRI, se encontró un coeficiente de correlación inverso, en la sub-escala angustia personal, lo cual puede justificarse debido a que si el terapeuta físico se muestra inseguro o dudoso, podría generar desconfianza y hacer que el paciente deje de asistir a las sesiones, pero al hacer la prueba de hipótesis, no se pudo demostrar asociación.

Al emplear las variables sociodemográficas, con el modelo de regresión múltiple, nuevamente en angustia personal se encontró un valor alto en relación a los demás resultados, pero la prueba de hipótesis confirmó que no existe asociación.

Otra de las variables a asociar, era cuanto influía, que el terapeuta físico tenga alguna especialidad, esto no pudo ser analizado debido a que en el tiempo en que se hizo la recolección de datos, solo un participante, contaba con este grado.

Luego de la verificación de los resultados, se determinó, que no existe asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física. Se asume que, al tener los hospitales el reglamento interno de no permitir más de dos faltas, y siendo que la mayor parte de usuarios están afiliados al Seguro Integral de Salud y que este requiere de varios trámites para poder obtener una nueva cita en el área de terapia física, los pacientes, más allá de la empatía o asertividad del terapeuta, deben asistir a todas las sesiones para no verse privados de esta atención.

En investigaciones previas, realizadas a nivel nacional e internacional se encontraron estudios en los que los pacientes quedan más satisfechos con el trato recibido que con el conocimiento del médico (7,8). Además, un estudio nos señala la importancia de la buena relación terapeuta – paciente en una mejor adherencia al tratamiento (6).

5.2 Conclusiones

El nivel de empatía del fisioterapeuta no está asociada a la asistencia de los pacientes a sus sesiones de terapia física. De acuerdo al estudio realizado, al relacionar las cuatro sub-escalas de la empatía con la asistencia de los pacientes, así como al excluir fantasía, no se encontró asociación significativa, obteniendo en ambos casos, un p mayor a 0,05.

A pesar de existir estudios realizados en las diferentes áreas de salud tanto a nivel nacional como internacional en los que se demuestra la importancia de la relación empática entre el paciente y su tratante; y, aunque los resultados en este estudio fueron contrarios a lo esperado, se deben hacer más investigaciones para determinar el valor de este aspecto en el área de terapia física.

5.3 Recomendaciones

Aunque no se encontró correlación entre el nivel de empatía y el promedio de asistencias a terapia física, por los antecedentes y los estudios realizados en otras áreas de salud, se recomienda tener este aspecto en cuenta para una mayor satisfacción en el paciente,

haciendo así, que se genere una mayor adherencia al tratamiento y por tanto una mejora en la salud integral del usuario.

Se recomienda realizar estudios similares, en poblaciones más grandes, que involucren un mayor control en la asistencia de los pacientes, la realización de test para determinar la percepción de la calidad de relación entre el terapeuta físico y el paciente, y la satisfacción del usuario respecto a la atención recibida.

Por otro lado, se sugiere también la creación de registros que incluyan información socioeconómica y el grado de instrucción del paciente, ya que podrían ser estos, puntos que influyan de modo trascendental en la asistencia del paciente a sus sesiones completas o incompletas de terapia física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sauced-Chinchay JL, Bravo R V, Guevara Cotrina YA, Salazar F RM, Vásquez D CD, Díaz Vélez C. Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Mayo - Junio del 2011. cuerpo méd HNAAA. 2012; 5(3).
2. Alcorta A, González J, Tavitas S, Rodriguez F, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Salud mental. 2005; 28 (5).
3. Mangrulkar L, Whitman C, Posner M. Enfoque de las habilidades para la vida de un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, DC: OPS; 2001.
4. Montoya I, Muñoz I. Habilidades para la vida. COMPARTIM: Revista de Formación del Professorat 2009; 1 (04).
5. Larco R, Ramos M. Lima Cómo Vamos: calidad de atención en salud. Rev. Panam. Salud Publica 2012; 32 (02).
6. Chang M, Alemán M, Cañizares M, Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Gen Integr 1999; 15 (5).
7. Angarita A, Gómez B, Puello S. Nivel de Cumplimiento en la Implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en el Servicio de Fisioterapia de la IPS FOMESALUD de Bucaramanga [tesis de grado para obtener el título de especialista en auditoria en salud]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2012.
8. Kim S, Kaplowitz S, Johnston M. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. Evaluation & the Health Professions. 2004; 27(3).
9. Casalino G. Calidad de servicio de la consulta externa de medicina interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. Rev Soc Peru Med Interna 2008; 32 (2).
10. Pablo E. Empatía de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y satisfacción de los pacientes críticos adultos del hospital regional de huacho [tesis de maestría]. Huacho: Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2013.
11. ctmperu.org.pe [internet]. Perú: CTM; año [fecha de última actualización; 5 jun 2017].
12. Hall A, Ferreira P, Maher C, Latimer J, Ferreira M. The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. Physical Therapy 2010; 90 (8).
13. Tapias L. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. Revista CES Movimiento y Salud 2014; 2 (1).
14. Ruiz P. Las habilidades sociales como moduladoras del estrés laboral en el ejercicio profesional de la fisioterapia: un estudio comparativo entre profesionales y alumnos de la provincia de Cádiz. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2010.
15. Beatriz LM, Filippetti VA, Richaud MC. Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. Avances en Psicología Latinoamericana. 2014; 32(1).
16. Alfonso LM. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Cubana Salud Pública. 2004; 30(4).

17. Ramos C. Percepción de las relaciones médico paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú. Lima: Unidad de postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
18. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000; 114 (3).
19. Retuerto A. Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología* 2004; 22 (3).
20. Torres C, Cadellans A., Martí I. Incremento de la empatía tras la primera interacción de estudiantes de fisioterapia con usuarios de la salud. En: *II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud*. Madrid: Universidad Carlos III de Madrid; 2015.
21. Etimología de empatía [en línea]. Chile: deChile.net; 2007. [fecha acceso 12 de junio de 2017].
22. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico – empatía [en línea]. Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca; 2014 [fecha de acceso 10 de junio de 2017].
23. Alicia PA, De Paúl J, Etxeberría J, Paz Montes M, Torres E. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*. 2003; 15(2).
24. Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Newman T. *Diseño de Investigaciones Clínicas*. 4ª. Ed. España: Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer health; 2014.
25. Díaz B. Propiedades del Índice de Reactividad Interpersonal (I.R.I.) en alumnos de ISTP “San Luis” de Trujillo. *Revista JANG* 2013; 2 (1).
26. Carrasco D, Fasce E, Pérez Cristhian. Propiedades psicométricas de la Escala de Empatía Personal y Profesional de Yarascavitch en estudiantes de odontología chilenos. *Rev Educ Cienc Salud* 2014; 11 (2).

ANEXOS:

1. Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Diseño	Instrumentos
¿Existe asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física?	<p>Objetivo General: Determinar la asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física</p> <p>Objetivos Específicos: - establecer las características de la empatía en la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física</p>	<p>H1: El nivel de empatía por parte del fisioterapeuta presenta asociación significativa con la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física.</p>	<p>Variable independiente: - Empatía</p> <p>Variables dependiente: - Asistencia a las sesiones de terapia física</p> <p>Indicadores: * asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física * mejora del paciente en la recuperación → cuantitativa continua</p>	Estudio correlacional de corte transversal	<p>- El Índice de Reactividad Interpersonal (I.R.I.) es el instrumento encargado de medir la empatía en distintos niveles.</p> <p>- Récord de asistencia de los pacientes inscritos en el registro del servicio de terapia física, indica la regularidad en cuanto a la asistencia del paciente a sus terapias.</p>

2. Operacionalización de las Variables:

Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Tipo y Escala de medición	Valor
Empatía	Toma de Perspectiva	Intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana	Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)	Cuantitativa continua	Puntaje de la escala
	Fantasía	Tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, es decir, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias			
	Preocupación Empática	Sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros (orientados al otro)			
	Malestar Personal	Sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (orientados al yo)			

Variable	Indicador	Instrumento	Escala	Valor
Asistencia	Número de asistencias al servicio por parte del paciente	Registro de asistencia de los pacientes en los diferentes hospitales	Cuantitativa continua	porcentaje a(%)

Variable	Conceptualización	Indicador	Escala	Valor
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contabilizado desde su nacimiento	Número de años acumulados	Cuantitativa discreta	En años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Género	Cualitativa dicotómica	Masculino Femenino
Especialización	Condición individual que refiere un grado académico	Especialidad	Cualitativa dicotómica	Sí No

3. Carta de aprobación del protocolo de investigación



Universidad Católica
Sedes Sapientiae

Nº Reg.: CE-0069

Los Olivos, 15 de febrero del 2016

**CARTA DE APROBACION DE PROTOCOLO DE TESIS POR EL COMITÉ DE ETICA EN
INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Señoritas:

ANAYA DE LA SOTA, Salomé Violeta

SOLANO ITA, Hieselle Yuliana

Presente.-

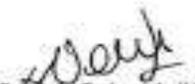
Por medio de la presente me permito hacer de su conocimiento que se ha realizado la revisión de su protocolo de tesis.

"Asociación entre el nivel de empatía del Fisioterapeuta y la asistencia a las sesiones de Terapia Física"

Cuyo Asesor es el Prof. Miguel Moscoso Porras; se emite la presente CARTA DE APROBACIÓN, a fin de que prosiga con los trámites correspondientes en la elaboración de su tesis.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,



Dr. Luis Quiroz Avilés

Comité de Ética en Investigación

4. Instrumentos de valoración:

EDAD: _____	SEXO: F M	ESPECIALIZACIÓN: SÍ NO
<p>Las siguientes frases se refieren a vuestros pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica cómo le describe eligiendo la puntuación de 1 a 5 (1= no me describe bien; 2 = me describe un poco; 3 = me describe bastante bien; 4 = me describe bien y 5 = me describe muy bien). Lea cuidadosamente cada frase antes de responder. Conteste honestamente. GRACIAS.</p>		
1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder		
2. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo		
3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona		
4. A veces no me siento muy preocupado por otras personas cuando tienen problemas		
5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela		
6. En una situación de emergencia me siento aprensivo e incómodo		
7. Soy normalmente objetivo cuando veo una película u obra de teatro y no me involucro completamente		
8. Intento tener en cuenta cada una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión		
9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo		
10. Normalmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva		
11. A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)		
12. Resulta raro para mí implicarme completamente en un buen libro o película		
13. Cuando veo a alguien herido tiendo a permanecer calmado		
14. Las desgracias de otros normalmente no me molestan mucho		
15. Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo el tiempo escuchando los argumentos de los demás		
16. Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes		
17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto		
18. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente a veces no siento ninguna compasión por él		
19. Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de emergencias		
20. A menudo estoy afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren		
21. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes		
22. Me describiría como una persona bastante sensible		
23. Cuando veo una buena película puedo muy fácilmente situarme en el lugar del protagonista		
24. Tiendo a perder el control durante las emergencias		
25. Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento		
26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí		
27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo		
28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar		

Normas de corrección:

Escalas	Ítems	La puntuación de cada escala se obtiene sumando las respuestas dadas por el sujeto en cada uno de los siguientes ítems que conforman dicha escala, siendo la puntuación para los ítems positivos: 1-2-3-4-5; y para los negativos: 5-4-3-2-1.
PT	-3,8,11,-15,21,25y28	
FS	1,5,-7,-12,16,23 y 26	
EC	2,-4,9,-14,-18,20 y 22	
PD	6,10,-13,17,-19,24 y 27	

5. Consentimiento Informado:

Documento de Consentimiento Informado para Identificar la Asociación entre el Nivel de Empatía del Fisioterapeuta y la Asistencia de los Pacientes a las Sesiones de Terapia Física

Como parte de la formación en la carrera de terapia física y rehabilitación, los alumnos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae realizamos un proyecto de investigación en el que se busca identificar la asociación entre el nivel de empatía del fisioterapeuta y la asistencia de los pacientes a las sesiones de terapia física; por lo que, mediante este formulario **se le invita a participar en el estudio.**

La participación en el proyecto **es totalmente voluntaria**, su forma de intervención será **mediante la resolución de un cuestionario anónimo** en el cual podrá identificarse o no, de acuerdo a diversas situaciones con su estado emocional.

Por la modalidad de participación en el proyecto, se asegura al participante que su intervención **no tendrá ningún tipo de riesgo**, del mismo modo, **su privacidad será salvaguardada** en todo momento (antes, durante y después de la realización del test) y **los datos** que brinde **serán utilizados solo en el desarrollo del trabajo.**

Por otro lado, se le informa también que al concluir la investigación, **los resultados finales se compartirán con los participantes**, antes de la publicación, en pequeñas reuniones que se organizarán en su centro de trabajo.

Usted es libre de participar o no en el estudio, de no hacerlo, no le afectará de ningún modo; es su elección y todos sus derechos (privacidad, libertad, etc.), serán respetados.

De tener algún interrogante o duda respecto a su participación en el proyecto, la forma de abordaje, la emisión de resultados y demás puede contactarse con el comité de investigación de la universidad al número: o al correo electrónico:

Formulario de Consentimiento Informado

He decidido participar en el proyecto de investigación entiendo que recibiré un test el cuál debo desarrollar en una sola sesión, respondiendo a diferentes afirmaciones que

tienen relación con mi estado emocional empático. He leído la información brindada y he tenido además la oportunidad de resolver mis interrogantes (preguntas) de forma adecuada por lo que **Consiento Voluntariamente** mi participación y entiendo las restricciones en cuanto a la confidencialidad del estudio, procedimiento y participación.

Firma del participante: _____

Fecha (día/mes/año) _____

Nombre del investigador: _____

Firma del investigador _____