



23 José Carlos Bermejo Higuera
Rosa Carabias Maza
Marta Villacieros Durbán

Centro de Humanización de la Salud. Religiosos Camilos.
Tres Cantos, Madrid. España.

Correspondencia:

José Carlos Bermejo
Centro de Humanización de la Salud. Sector Escultores 39
28760 Tres Cantos (Madrid)
Teléf.: 91 806 06 96. Fax: 91 804 00 33
E-mail: jcbermejo@humanizar.es

25 Efecto de un curso de relación de
ayuda sobre la elección de respuesta
espontánea e identificación de respuesta
empática en alumnos de enfermería

*Effect of a counseling course on the choice
of spontaneous response and empathetic
response identification by nursery students*

RESUMEN

Objetivos: determinar la tendencia de respuesta espontánea de alumnos de Enfermería ante situaciones simuladas de conflicto emocional antes y después de cursar una asignatura de relación de ayuda. **Método:** estudio cuasiexperimental pretest-postest en un grupo de 78 estudiantes de enfermería. Se aplicó un ejercicio de elección de respuesta espontánea antes y después de cursar una asignatura de relación de ayuda. Cincuenta estudiantes participaron en el pretest y 75 en el postest. Se evaluó la elección de respuesta entre seis tipos a elegir. Como contraste de medias prueba T para muestras relacionadas e independientes. Chi cuadrado para observar las distribuciones de elección de respuesta; intervalo de confianza 95%. **Resultados:** antes del curso eligieron espontáneamente la respuesta empática en el 9% de las ocasiones, mientras que al acabar el curso lo hicieron en el 43% de las ocasiones. El 33% de respuesta de apoyo-consuelo inicial disminuyó a 10%; el 30% de respuestas de solución de problema inicial disminuyó a 19%; el 18% de respuestas de valoración o juicio moral inicial disminuyó a 11%; el 8% de respuestas de investigación aumentó a 12%; medias estadísticamente significativas entre sus diferencias pre y postest. Se observaron pequeñas diferencias de género.

Conclusiones: Los resultados apuntan a la validez de la formación en relación de ayuda para el aprendizaje de la respuesta empática.

PALABRAS CLAVE

Respuesta espontánea, situaciones simuladas, relación de ayuda, respuesta empática, profesionales de la salud, habilidades de comunicación.

SUMMARY

Objective: to determine spontaneous response tendency in emotionally conflictive simulated situations by nursery students before and after attending a counseling subject.

Method: pretest-posttest cuasiexperimental study with a group of 78 nursing students. They were applied a spontaneous response choice test before and after studying a subject on counseling. There were 50 participants that answered the pre-test and 75 the post-test. The answer choice out of 6 possibilities was evaluated. T test was performed for related samples and for independent samples.

Chi square test to observe response distribution; 95% confidence interval. **Results:** previous to studying this subject, students spontaneously selected empathetic response in 9% of the cases while after the end of the study in 43% occasions. The initial 33% of support-consolation responses decreased to 10%; the 30% problem-solving responses decreased to 19% and the 18% evaluation or moral judgement responses decreased to 11%; the 8% of initial investigation responses increased to 12%; differences between averages pre and post-test were statistically significant. **Conclusions:** Results point to counseling training utility as a learning method for empathetic response.

KEY WORDS

Spontaneous response, simulated situations, counseling, empathetic response, healthcare professionals, communication skills.

INTRODUCCIÓN

Es realmente espectacular el progreso de la técnica diagnóstica y terapéutica en los últimos veinte años, pero en la praxis comprobamos que junto a beneficios notables (disminución del dolor, prolongación de la vida...), en numerosas ocasiones se observa que se ha ido aumentando la progresiva separación entre profesionales de la salud y usuarios del sistema y se ha minimizado el enfermar humano contemplándolo solo con el prisma de la técnica y olvidando que también la palabra y el encuentro son medios eficaces de sanación y cuidados (1).

La dificultad en la comunicación en situaciones difíciles (2), la falta de recursos en la sanidad y sobre todo las propias carencias personales (3) son factores que se suman y tienen un impacto nada desdeñable sobre el tipo de asistencia que se da. Aunque las profesiones sanitarias buscan por su propia naturaleza el bienestar del individuo y de la comunidad, en ocasiones es difícil proporcionar una

asistencia humanizada (4, 5) y se aprecia la necesidad de reconocer la importancia del manejo de las emociones del profesional para realizar bien su tarea, para no caer en el *burnout*, para no quemar su motivación y para vivir saludablemente en medio del dolor que se cita a su alrededor, pero también lo es para que el destinatario de la relación viva lo más sanamente posible la situación en la que se encuentra; de ello dependen su salud física y psíquica (1).

Aunque la formación en relación de ayuda no es una asignatura habitual en el Grado de Enfermería u otras profesiones del mismo ámbito (6) no somos pocos los profesionales de la salud que consideramos que falta en muchos casos formación en habilidades de comunicación y competencias emocionales (5-11) tales como la respuesta empática, que juega un papel central en el arte de descifrar sentimientos y penamientos en la relación entre el profesional y el usuario (12, 13), en el reconocimiento y tratamiento del dolor y en la prevención o pro-

26 tección frente al desgaste que genera en el profesional el acompañamiento diario de la observación del dolor en los pacientes (7, 8, 14, 15).

Por *relación de ayuda o counseling* aplicado al mundo de la salud, entendemos *el conjunto de actitudes y habilidades que el profesional conoce, interioriza y despliega en la relación terapéutica, dotándola de competencia relacional y emocional* (1, 5) y respecto a la eficacia en su formación diversos autores concluyen sobre su utilidad para estudiantes de Medicina (10, 11) y Enfermería (16-19) medida en términos de: mejora de la competencia en ejecución de habilidades que mejoran resultados clínicos (11), disminución de ansiedad ante la muerte (16), mejora de confianza autopercebida, autoeficacia percibida y empatía en la práctica de la relación de ayuda con pacientes (10), y porcentaje de elección de respuesta espontánea ante escenas temidas (20).

Se están estudiando también los factores que influyen en su aprendizaje (18, 22); personales, como la capacidad de integrar y aplicar consistentemente otras habilidades junto con conocimiento de la profesión, inteligencia social y emocional, una mente despejada y clara para evaluar y capacidad de permanecer en calma, apertura a componentes humanos y específicamente profesionales de cada situación (18); elección del formador; metodología de trabajo que enfatice modos experienciales de aprendizaje, como la integración de la aplicación de habilidades con el trabajo en clínica, guía eficaz y retroalimentación al estudiante, técnicas que recojan distintos contextos y pacientes (11), contacto supervisado con el paciente (21) e inclusión en la formación de situaciones reales que mejoran el aprendizaje efectivo y la motivación del alumnado (18). La selección y entrenamiento del paciente simulado sigue siendo un reto (22) ya que todos los aspectos de comunicación no verbal influyen en la evocación de la respuesta empática (23).

Para desarrollar esta combinación de factores como aplicación sinérgica cognitivo emocional, se ha de trabajar de forma integral sobre las experiencias. Nuestro objetivo fue estudiar en un grupo de alumnos de Enfermería de una universidad de Madrid la tendencia de respuesta espontánea ante situaciones simuladas de conflicto emocional e identificar cómo influye sobre esta variable cursar una asignatura de relación de ayuda.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio con diseño cuasiexperimental pretest-post test realizado durante el año académico 2009/2010 en una universidad de Madrid.

Los participantes fueron un grupo de estudiantes de dicha universidad pertenecientes a entre 1.º y 3.º Grado de Enfermería y que cursaron una asignatura de competencia relacional, emocional y ética en la interacción con el usuario.

Además de los datos demográficos, como variable de medida se recogió, antes y después de cursar la asignatura, la respuesta elegida por cada alumno entre los siguientes seis tipos de respuesta: a) *valoración o juicio moral*: implica expresar la propia opinión en cuanto al mérito, la utilidad o moralidad de lo que el ayudado comunica; b) *interpretativa*: pone el acento en un aspecto del conjunto del mensaje a partir de la propia teoría; c) *apoyo-consuelo*: intenta animar haciendo alusión a una experiencia común o minimizando la importancia de la situación de forma paternalista; d) *investigación*: hace preguntas para obtener más datos y profundizar en la situación expuesta; e) *solución de problema*: propone una idea para salir inmediatamente de la situación y f) *empática*: se pone en el lugar del ayudado para comprender su punto de vista (5).

Para ello se utilizó la prueba de *Identificación de Respuesta Espontánea* (IRE), ejercicio (5) que consiste en una breve presentación de 10 casos; situaciones difíciles de la práctica clínica habitual o "escenas temidas" que crean incomodidad o ansiedad al profesional (24) y ante los cuales el alumno ha de responder de manera espontánea entre las seis opciones

de respuesta definidas, que indican el tipo de tendencia a la hora de responder al ayudado (25). El ejercicio fue validado en su contenido mediante acuerdo interjueces; siete expertos, profesionales de medicina, teólogos, enfermeras, metodólogos en investigación, psicólogos, especialista en estadística, conocedores de empatía y respuesta empática, evaluaron si realmente los casos eran ansiógenos o no y si realmente las respuestas se adecuaban a su definición (se presenta en la Figura 1).

Procedimiento: al total de alumnos matriculados en la asignatura se les ofreció la participación en el experimento. El primer día de clase (febrero 2010) se les explicó en qué consistiría su participación y se les pidió el consentimiento verbalmente. Una vez recogidas las pruebas se dio paso al curso de la asignatura. El último día de clase (mayo 2010) se volvió a explicar y se ratificó el consentimiento verbalmente.

Estadística: para observar los cambios se evaluó la frecuencia de elección de respuesta. T de Student para muestras relacionadas para contrastar las medias de elección de respuesta por alumno entre el pretest y el postest; T de Student para muestras independientes para comprobar la igualdad de medias entre los grupos experimental y control (la probabilidad asociada al estadístico de Levene nos permitió discriminar la hipótesis de igualdad de varianzas). Prueba de Chi cuadrado para observar las distribuciones de elección de respuesta en grupos experimental y control y alfa de Cronbach en la escala de empatía para medir consistencia interna. Todas con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Participantes: del total de 78 alumnos matriculados en la asignatura (87,2% mujeres y 12,8% hombres) pertenecientes a los cursos de 1.º a 3.º del Grado de Enfermería, participaron 77 estudiantes (se explicó y pidió consentimiento verbalmente); 50 contestaron el pretest el primer día de clase (febrero 2010) y 75 contestaron el postest el último día de clase (mayo 2010).

De los 50 cuestionarios pretest 48 se pudieron identificar y relacionar con 48 cuestionarios postest y constituyeron el grupo experimental. El resto de los cuestionarios postest, 27, se utilizaron como grupo control para el aprendizaje de la prueba.

Mediante la realización de la prueba de Chi cuadrado se observó que las frecuencias observadas de elección de respuesta no se ajustan a las distribuciones esperadas por el azar; en todos los casos (del 1

IDENTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA

Caso 1. Mujer de 34 años. Va a ser intervenida de un cáncer de mama.
"Me han dicho que el jueves que viene me operarán. Quiero que todo pase pronto, aunque temo no querer mirarme luego al espejo"

Respuestas

Marcar con un círculo una respuesta en cada caso, la que más se parezca a la que habría utilizado espontáneamente. Marcar siempre, **una y solo una**.

1. Tú descansa. Estás en muy buenas manos, confía en los médicos. Haz lo que ellos digan y nadie notará nada después.
2. Te preocupa tu aspecto porque das más importancia a lo que los demás puedan pensar, pero eso no es lo más importante.
3. ¿El cirujano ya te ha explicado en qué consiste la intervención y las posibilidades que hay para mantener buen aspecto?
4. Te preocupa cuál será tu aspecto después de la operación y cómo te verán los demás.
5. No tengas miedo, María. El tiempo te va a ayudar a hacer las paces con tu nuevo aspecto.
6. Te preocupas más de tu aspecto que de tu salud y eso no te conviene en este momento. Sé valiente.

Fig. 1. Ejercicio de Identificación de Respuesta Espontánea (IRE); Ejemplo de un Caso (Caso 1) y sus Opciones de Respuesta (1-6) siendo las respuestas 1. Solución de problema; 2. Interpretativa; 3. Investigación; 4. Empática; 5. Apoyo consuelo y 6. Valoración o juicio moral.



Tabla 1. Características demográficas de la muestra de enfermería y contraste de medias de edad entre grupos experimental y control

a) Medias de edad grupos experimental y control										
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media					
Edad	Experimental	50	19,18	2,027	,287					
	Control	27	22,22	4,972	,957					
b) Contraste de medias de edad para los grupos experimental y control; Prueba T para muestras independientes										
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas					Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	I. C. para la diferencia 95%	
									Inferior	Superior
Edad	Asumiendo varianzas igual	21,439	,000	-3,797	75	,000	-3,042	0,801	-4,638	-1,446
	No asumiendo varianzas iguales			-3,046	30,747	,005	-3,042	,999	-5,080	-1,004
c) Distribución de sexos por grupos: sexo										
		Hombre		Mujer		Total				
		Recuento	N válido %	Recuento	N válido %	Recuento	N válido %			
Grupo	Experimental	8	16%	42	84%	50	100%			
	Control	2	7,4%	25	92,6%	27	100%			
	Total	10	13%	67	87%	77	100%			

Tabla 2. Media de elección de respuesta por alumno y desviación típica en el ejercicio IRE en alumnos de Enfermería. Se incluyen las proporciones hombre : mujer

Medias y desviaciones típicas de los grupos									
	a) Experimental Pretest* (n = 50)		b) Experimental Postest** (n = 48)		c) Control Postest*** (n = 27)		d) Suma Postest**** (n = 75)		
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	
R. Valoración	1,78	1,03	1,10	1,46	0,56	0,75	0,91	1,27	
R. Interpretativa	0,22	0,24	0,40	0,67	0,48	0,84	0,43	0,74	
R. Apoyo consuelo	3,26	1,67	1,04	1,54	2,04	2,12	1,40	1,82	
R. Investigación	0,84	0,81	1,25	1,03	1,00	1,10	1,16	1,25	
R. Solución de problema	3,00	1,27	1,88	1,91	2,37	1,90	2,05	1,92	
R. Empática	0,90	1,36	4,33	3,42	3,56	3,25	4,05	3,36	
Proporción hombre : mujer; * 16 : 84; ** 15 : 85; *** 8 : 92; **** 12 : 88.									

al 10) existen diferencias significativas ($p < 0,05$) tanto en el ejercicio del grupo experimental pretest como en el postest. Lo mismo sucede en el grupo control, pero dado que la muestra es pequeña en este grupo ($n = 27$) en el 100% de las casillas la frecuencia esperada es menor de cinco, los resultados han de interpretarse con cautela. La respuesta empática en el pretest era menor a la esperada (en 9 de los 10 casos residuos negativos) mientras que en el postest era mayor de la esperada (en todos los casos residuos positivos) tanto para el grupo experimental como el control (datos no mostrados).

Puesto que se pretenden medir respuestas cualitativamente diferentes y no una sola escala no se cuantificaron los ítems. No obstante, al recodificar los valores obtenidos en los 123 cuestionarios recogidos para medir alfa de Cronbach en la escala de empatía, se obtuvo una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,893$) (datos no mostrados).

Se realizó un contraste de medias para observar si la diferencia de edad existente entre la población experimental (19 años) y control (22 años) (Tabla 1a) era significativa y se confirmó a un nivel de significación $p < 0,05$ (Tabla 1b). Asimismo, en lo referente al sexo, se obtuvo un desproporción elevada en la población de participantes,

con mayoría de mujeres, siendo la desproporción menor en el grupo experimental frente al control (Tabla 1c).

Los resultados en elección de respuesta espontánea del grupo experimental mostraron diferencias considerables antes y después de cursar la asignatura. La diferencia entre las medias de elección de respuesta por alumno antes y después es estadísticamente significativa en todos los casos salvo en la respuesta interpretativa que se mantiene prácticamente igual (Tabla 2 a,b). Las respuestas empática y de investigación aumentan (y su diferencia entre medias es negativa), mientras que las respuestas de apoyo consuelo, solución de problema y valoración o juicio moral disminuyen (y sus diferencias de medias son positivas). La mayor diferencia se obtuvo en la empática seguida de apoyo consuelo, solución de problema, valoración y por último investigación (Tabla 3).

Antes de cursar la asignatura se eligió espontáneamente la respuesta empática solamente en 45 de las 500 ocasiones (9%), con media de elección de respuesta empática por alumno de 0,9 (cada alumno no llega a elegirla 1 vez de 10 casos), mientras que al acabar el curso la elección se dio en 208 de las 480 ocasiones (43,3%), con una media de elección de respuesta empática por alumno de 4,3 veces

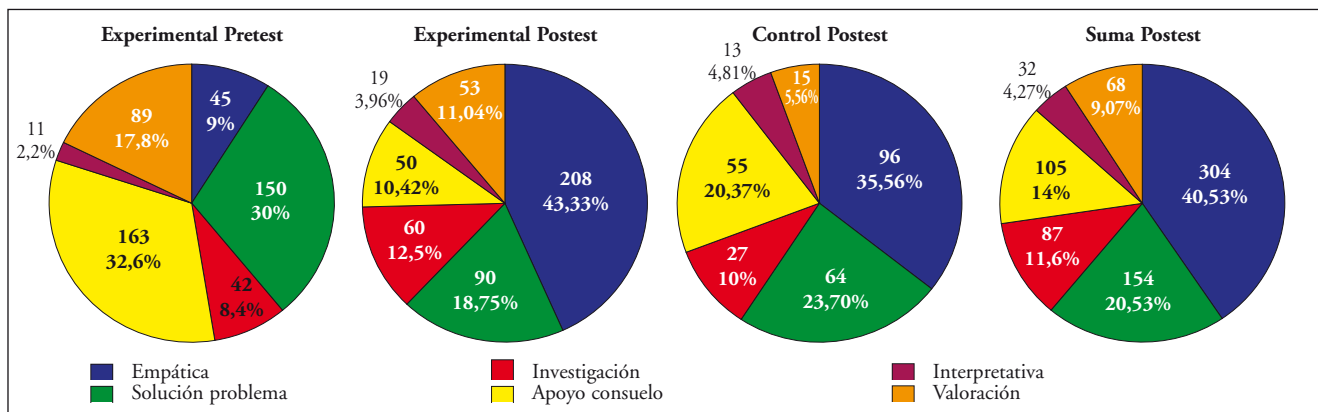


Fig. 2. Frecuencia y porcentajes de respuesta en el ejercicio IRE en alumnos de enfermería.

(Fig. 2). La diferencia de elección de respuesta empática por alumno entre estas medias resultó estadísticamente significativa con un intervalo de confianza de 95% ($p < 0,05$) (Tabla 3).

Las 163 elecciones (32,6%) de respuesta de apoyo-consuelo iniciales disminuyeron a 50 (10,41%) en el posttest; las 150 (30%) de solución de problema iniciales disminuyeron a 90 (18,75%) y las 89 (17,8%) de valoración o juicio moral inicial disminuyeron a 53 (11,04%). Las 42 (8,4%) de investigación aumentaron a 60 (12,5%) (Fig. 2). Todas las medias fueron estadísticamente significativas en sus diferencias pre y posttest ($p < 0,05$) (Tabla 3).

El contraste de medias entre grupo experimental y control para el aprendizaje de la prueba no mostró diferencias estadísticamente significativas salvo para el caso de la respuesta de apoyo consuelo (Tabla 4).

Respecto a las diferencias en elección de respuestas según el sexo, en el grupo experimental pretest no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres. Las diferencias se encuentran en los grupos posttest; las mujeres de grupos experimental posttest (Tabla 5b) y suma de los posttest (Tabla 5c) eligen la respuesta de apoyo consuelo en mayor medida, las mujeres el grupo control eligen la respuesta de valoración o juicio moral en mayor medida (Tabla 5c) y los hombres del grupo control eligen la respuesta interpretativa en mayor medida.

En lo que respecta a la evolución de elección de respuesta de hombres y mujeres por separado se observan (sin ser estadísticamente significativas) las siguientes diferencias; las mujeres en pretest muestran un porcentaje de respuesta empática superior al de los hombres (Tabla 5a), mientras que los hombres obtienen el valor superior en posttest (Tabla 5b); el incremento en elección de respuesta empática es mayor en hombres que en mujeres (43% frente a 32%). En el grupo suma postests se considera el total de hombres que realizaron la prueba final (7 del experimental y

2 del control) y al contrastar la diferencia de medias con respecto al total de mujeres (41 del experimental y 25 del control) se observó un incremento todavía mayor de respuesta empática en hombres (Tabla 5d).

DISCUSIÓN

A favor de la validez del experimento y al igual que sucedió con la muestra de alumnos de medicina (20) encontramos por un lado que dado que las frecuencias de elección de respuesta no se ajustan a las esperadas por el azar ni antes ni después de cursar la asignatura, parece ser que el IRE puede estar definiendo distintos patrones de conducta atribuibles a los distintos estilos relacionales que estamos estudiando. Por otro lado, la constancia en los residuos de la respuesta empática, negativos para el pretest, positivos para posttest (tanto experimental como control) y el alfa de Cronbach elevado obtenido para la escala de empatía apuntan a la medida de un constructo sólido en la escala de empatía del ejercicio IRE.

Apoyando la validez del experimento, el grupo control (aun con un n pequeño) confirma que no ha habido aprendizaje de la prueba, ya que sus medias de elección de respuesta no tienen diferencias con respecto al grupo experimental en el ejercicio posttest, salvo para la respuesta de apoyo consuelo, en la que sí existe una diferencia estadísticamente significativa pero que podría ser debida a la desproporción en la composición de sexos del grupo control, en el que el 92% son mujeres y en todos los grupos posttest las mujeres eligen en mayor medida la respuesta de apoyo consuelo.

Respecto a los resultados globales obtenidos en elección de respuesta, al igual que encontramos en Medicina (20), la mayor de las diferencias entre las medias de elección de respuesta por alumno antes y después de cursar la asignatura se encuentra en el tipo de respuesta

Tabla 3. Contraste de medias de elección de respuesta por alumno en el ejercicio IRE entre las pruebas pretest y posttest del grupo experimental. Prueba T para muestras relacionadas. Se somborean las diferencias cuya $p < 0,05$ es estadísticamente significativa

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Diferencia de medias	Desviación típ.	Error típ. de la media	I. C. para la diferencia 95%				
				Inferior	Superior			
Valoración o juicio moral Pretest-Posttest	,68750	1,83531	,26490	,15458	1,22042	2,595	47	,013
Interpretativa Pretest-Posttest	-,16667	,78098	,11272	-,39344	,06011	-1,479	47	,146
Apoyo consuelo Pretest-Posttest	2,25000	2,29245	,33089	1,58434	2,91566	6,800	47	,000
Investigación Pretest-Posttest	-,43750	1,45728	,21034	-,86065	-,01435	-2,080	47	,043
Solución de problema Pretest-Posttest	1,14583	2,33374	,33685	,46818	1,82348	3,402	47	,001
Empática Pretest-Posttest	-3,47917	3,45789	,49910	-4,48323	-2,47510	-6,971	47	,000



Tabla 4. Contraste de medias de elección de respuesta por alumno en el ejercicio IRE entre los postest de grupos experimental y control. Prueba T para muestras independientes. Se somborean las diferencias cuya $p < 0,05$ es estadísticamente significativa

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias									
		F	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	I. C. para la diferencia 95%		
										Inferior	Superior
Valoración	Asumiendo varianzas iguales	2,534	,116	1,816	73	,074	,549	,302	-,054	1,151	
	No asumiendo varianzas iguales			2,145	72,570	,035	,549	,256	,039	1,058	
Interpretativa	Asumiendo varianzas iguales	1,354	,248	-,480	73	,633	-,086	,179	-,442	,270	
	No asumiendo varianzas iguales			-,450	44,707	,655	-,086	,190	-,469	,298	
Apoyo consuelo	Asumiendo varianzas iguales	3,633	,061	-2,337	73	,022	-,995	,426	-1,844	-,146	
	No asumiendo varianzas iguales			-2,141	41,741	,038	-,995	,465	-1,934	-,057	
Investigación	Asumiendo varianzas iguales	,490	,486	,828	73	,410	,250	,302	-,352	,852	
	No asumiendo varianzas iguales			,871	62,414	,387	,250	,287	-,324	,824	
Solución de problema	Asumiendo varianzas iguales	,342	,561	-1,076	73	,286	-,495	,461	-1,413	,422	
	No asumiendo varianzas iguales			-1,078	54,392	,286	-,495	,459	-1,416	,426	
Empática	Asumiendo varianzas iguales	,997	,321	,962	73	,339	,778	,809	-,834	2,390	
	No asumiendo varianzas iguales			,976	56,414	,333	,778	,797	-,819	2,374	

Tabla 5. Medias de elección de respuesta en el ejercicio IRE diferenciadas por sexo. Se somborean las medias entre las que existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la Prueba T para muestras independientes

Sexo	a) Experimental Pretest (n = 50)				b) Experimental Postest (n = 48)				c) Control Postest (n = 27)				d) Suma Postest (n = 75)				
	N	Media	Desviación típica	Error típico	N	Media	Desviación típica	Error típico	N	Media	Desviación típica	Error típico	N	Media	Desviación típica	Error típ. media	
Valoración	Hombre	8	1,8750	,99103	,35038	7	,8571	1,46385	,55328	2	,00	,000	,000	9	,6667	1,32288	,44096
	Mujer	42	1,7619	1,03145	,15916	41	1,1463	1,47582	,23048	25	,60	,764	,153	66	,9394	1,27555	,15701
Interpretativa	Hombre	8	,5000	,53452	,18898	7	,5714	,97590	,36886	2	2,00	,000	,000	9	,8889	1,05409	,35136
	Mujer	42	,1667	,37720	,05820	41	,3659	,62274	,09726	25	,36	,757	,151	66	,3636	,67108	,08260
Apoyo consuelo	Hombre	8	3,3750	1,40789	,49776	7	,1429	,37796	,14286	2	,50	,707	,500	9	,2222	,44096	,14699
	Mujer	42	3,2381	1,70808	,26356	41	1,1951	1,61585	,25235	25	2,16	2,154	,431	66	1,5606	1,88213	,23167
Investigación	Hombre	8	1,1250	,64087	,22658	7	1,7143	2,42997	,91844	2	1,00	,000	,000	9	1,5556	2,12786	,70929
	Mujer	42	,7857	,84206	,12993	41	1,1707	1,07010	,16712	25	1,00	1,155	,231	66	1,1061	1,09725	,13506
Solución Problema	Hombre	8	2,6250	,91613	,32390	7	1,8571	1,77281	,67006	2	,00	,000	,000	9	1,4444	1,74005	,58002
	Mujer	42	3,0714	1,31396	,20275	41	1,8780	1,96463	,30682	25	2,56	1,850	,370	66	2,1364	1,93658	,23838
Empática	Hombre	8	,5000	,75593	,26726	7	4,8571	2,85357	1,07855	2	6,50	,707	,500	9	5,2222	2,58736	,86245
	Mujer	42	,9762	1,45649	,22474	41	4,2439	3,53398	,55192	25	3,32	3,262	,652	66	3,8939	3,43793	,42318

empática. También en ambas poblaciones la tendencia de elección de respuesta espontánea inicial se encuentra mayoritariamente localizada entre los tipos apoyo-consuelo y solución de problema (62%) y tres meses después se sustituye por la respuesta empática, en un 43,3% en enfermería, porcentaje todavía escaso comparado con el 68% de los alumnos de medicina (20), pero posiblemente también relacionado con la desproporción entre sexos de esta profesión.

Es interesante observar también que justamente la tendencia de elección de respuesta de tipo empática es la que más variación sufre en ambas poblaciones, siendo inicialmente de las más bajas y afianzándose finalmente como el tipo de respuesta con mayor media de elección por alumno, 4 de cada 10 elecciones de respuesta empática para Enfermería y casi 7 para Medicina (20).

Asimismo, el orden y la dirección de variación entre el antes y el después, en los distintos estilos elegidos, es correlativo para ambas poblaciones, la respuesta empática es la que mayor variación sufre (aumentando) seguida de apoyo consuelo, solución de problema, valoración (disminuyen), investigación y finalmente interpretativa (aumentan).

Así, podríamos decir que los datos actuales dan continuidad al anterior experimento en alumnos de Medicina (20) apuntando por un lado a

que la respuesta empática es menos espontánea y natural que otras como apoyo consuelo, solución de problema y valoración o juicio moral y por otro corroborando la funcionalidad y validez de la formación en el curso de relación de ayuda, como medio, al menos orientativo, para poder afrontar este tipo de situaciones de la práctica clínica habitual.

Estos datos encajarían con lo expuesto por los autores que destacan que en las escenas temidas de los profesionales sanitarios se encuentran muy presentes los aspectos de comunicación-información, que tienen que ver con autoexigencias e identificaciones, que están relacionadas con no saber guardar distancia afectiva y angustia frente a su propia necesidad de ir más allá de la posible ayuda terapéutica (26) y que la empatía evocada por el dolor de otro conduce a un aumento en la percepción del dolor, la empatía duele (27), así pues, no es extraño que las respuestas espontáneas iniciales ante estas situaciones resulten defensivas y si no se está formado en el manejo de las emociones, explícitamente (bajo algún tipo de formación) o implícitamente (mediante las propias experiencias), no es la empática la actitud que espontáneamente surge ante situaciones complicadas o escenas temidas aunque sean simuladas (20).

Respecto a las diferencias entre sexos es interesante observar que podrían estar respondiendo diferencialmente al aprendizaje ya

30 que aunque en general los hombres resultan más interpretativos que las mujeres y las mujeres más solucionadoras de problema que los hombres, ambos inician eligiendo sobre todo las respuestas de apoyo consuelo y solución de problema para finalizar mayoritariamente eligiendo la respuesta empática, pero aunque las mujeres comienzan con ventaja en elección de respuesta empática, los hombres acaban con mejores puntuaciones, sobre todo si observamos los datos del grupo control o la suma de los grupos postest. Como si las mujeres, al permanecer eligiendo la respuesta de apoyo consuelo en las pruebas finales, restaran poder a la respuesta empática.

Así, las diferencias observadas entre los resultados de Medicina y Enfermería (fundamentalmente el mayor porcentaje de elección de respuesta empática en el postest de Medicina sobre el de Enfermería), teniendo en cuenta que entre los alumnos de Enfermería la gran mayoría son mujeres (87%) mientras que en Medicina existe una menor desproporción (64% mujeres) (20), podemos hacer un paralelismo entre los perfiles de Medicina y Enfermería con las tendencias diferenciales que hemos apuntado entre hombres y mujeres de Enfermería; la elección de respuesta empática de Enfermería (mayoría mujeres) evoluciona como la observada en mujeres de Enfermería y la elección de respuesta empática de Medicina (con no tantas mujeres) evoluciona como la de los hombres de Enfermería.

En relación a la edad, apuntamos los datos del grupo control que, teniendo una media de edad significativamente más alta que el grupo experimental y siendo un ejercicio postest, muestra la mayor de las diferencias en respuesta empática observada entre hombres y mujeres; el intervalo de tiempo vivido entre los 19 y 22 años puede ser muy significativo en el afrontamiento y aprendizaje de la respuesta empática. Otras diferencias que se observan no las consideraremos por el hecho de estar aisladas.

28 Todos estos datos, interpretados con cautela, apuntan a la existencia de patrones de respuesta o de aprendizaje diferencial entre hombres y mujeres; como nuestros datos solo son indicativos, queda abierto para futuros estudios profundizar en si realmente estas diferencias obedecen a diferencias de género, como afirman los estudios que defienden la mayor disposición empática de la mujer (28), o a la edad, como afirma la hipótesis de similaridad de género que defiende que hombres y mujeres son similares en casi todas las variables psicológicas y que sus diferencias varían en magnitud según edades dependiendo del contexto en que ocurren (29).

En cualquier caso, las emociones adecuadamente expresadas y canalizadas, son elemento de salud y nos dan información de lo que sucede en el entorno y, al igual que otros estudios concluyen que los programas de formación en habilidades de comunicación, escucha, empatía, etc., son eficaces (3, 8, 9), los datos recogidos con este experimento en estudiantes de Enfermería y Medicina (20) así lo apuntan ya que después de tres meses de formación, el personal tiende en la mayoría de los casos presentados, a elegir la respuesta empática sea del grupo que sea (control, experimental, hombre o mujer, médico o enfermera).

Limitaciones del estudio: la escasez de muestra en concreto de sexo masculino y sobre todo la desigualdad del grupo control en edad y sexo limitan la validez de la comparación entre grupos, así como la falta de control sobre variables como experiencia (principalmente laboral) que pudieran estar influyendo para el cambio de respuesta. Por último, aunque sobre el ejercicio IRE se ha realizado una validación de contenido mediante acuerdo interjueces, para poder considerarlo un test situacional se impone una validación de los distintos constructos que aclare las facetas que mide. Es necesario un estudio de validación amplio y riguroso, que determine los valores reales para cada una de las escalas que pretende medir.

BIBLIOGRAFÍA

- Bermejo JC. Qué es humanizar la Salud. Por una asistencia Sanitaria más Humana. 2ª ed: Madrid: San Pablo, 2003.
- Borrel Carrió F, Prados Castillejo JA. Comunicar malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas. Barcelona: Doyma, 1993; 29-61.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 650-6.
- Brusco A. Humanizar la asistencia a los enfermos en fase terminal. En: Sal Terrae (Santander). Humanización de la asistencia al enfermo. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud 1999; 113-138.
- Bermejo JC. La respuesta en el diálogo de relación de ayuda. La respuesta empática. En: Sal Terrae (Santander). Apuntes de relación de ayuda. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud 1998; 45-58.
- Vallés Martínez P. Formación de pregrado en enfermería en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 2005; 12: 187-88.
- Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R, Dunsmore J. Communication Styles in the Cancer Consultation: Preferences for a Patient-Centred Approach. Estilos de Comunicación en el Servicio de Oncología: Preferencia por un Acercamiento Centrado en el Paciente. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 147-56.
- García de Lucio L, García López FJ, Marín López MT, Mas Hesse B, Caamaño Vaz MD. Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. *J Adv Nursing* 2000; 32: 425-431.
- León Delgado MX, Flórez Rojas SP, Torres M, Trujillo Gómez CC, Castilla Luna M. Educación en cuidado paliativo para pregrado de medicina: resultados de una encuesta acerca de la percepción de los conocimientos adquiridos. *Med Pal* 2009; 16: 31-6.
- Poirier MK, Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S, Geda YE, Dale LC. Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 327-31.
- Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE y cols. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003; 3: 290: 1157-65.
- Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Fam Med* 1993; 25: 245-8.
- Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 420-3.
- Campbell-Yeo M, Latimer M, Johnston C. The empathetic response in nurses who treat pain: concept analysis. *J Adv Nurs* 2008; 61: 711-9.
- Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-45.
- Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. *Enferm Clin* 2006; 16: 321-6.
- Deeny P, Johnson A, Boore J, y cols. Drama as an experiential techniques in learning how to cope with dying patients and their families. *Teaching in Higher Education* 2001; 6: 99-112.
- Rochester S, Kilstoff K, Scott G. Learning from success: improving undergraduate education through understanding the capabilities of successful nurse graduates. *Nurse Educ Today* 2005; 25: 181-8.
- Wong FKY, Lee WM, Mok E. Educating nurses to care for the dying in Hong Kong. *Cancer Nurs* 2001; 24: 112-21.
- Bermejo JC, Carabias R, Villaceros M, Belda RM. Efecto de un curso relacional sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de Medicina. *Med Pal* 2010; 17: 262-68.
- Baerheim A, Hjortdahl P, Holen A, Anvik T, Fasmer OB, Grimstad H, y cols. Curriculum factors influencing knowledge of communication skills among medical students. *BMC Med Educ* 2007; 10: 7-35.
- Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseeneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns* 2005; 58: 265-70.
- Deladisma AM, Cohen M, Stevens A, Wagner P, Lok B, Bernard T, Oxendine C, Schumacher L, Johnsen K, Dickerson R, Raj A, Wells R, Duerson M, Harper JG, Lind DS. Do medical students respond empathetically to a virtual patient? *Am J Surg* 2007; 193: 756-60.
- Markhan U. Cómo afrontar la muerte de un ser querido. Barcelona: Martínez Roca, 1997.
- Mucchielli R. *Apprendere il counselling*. Trento: Erickson, 1970.
- Cabodevilla I, Giacchi A, Martínez L, Jusue L, Garde C. Temores del profesional de atención primaria en el cuidado a la persona y su familia en el final de vida. *Med Pal* 1999; 6: 104-7.
- Logia ML, Mogil JS, Bushnell MC. Empathy hurts: Compassion for another increases both sensory and affective components of pain perception. La empatía duele: la compasión por los demás aumenta los componentes sensorial y afectivo de la percepción del dolor. *Pain* 2008; 136: 168-76.
- Mestre MV, Samper P, Frías MD, Tur AM. Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. *Span J Psychol* 2009; 12: 76-83.
- Hyde JS. The gender similarities hypothesis. *Am Psychol* 2005; 60: 581-92.