

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**CARACTEROLOGÍA Y EMPATÍA COGNITIVA/AFFECTIVA EN
PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LABORAN EN UN HOSPITAL DE
LAMBAYEQUE, AGOSTO-DICIEMBRE 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**KEVIN ROBERT ABAD TORRES
CLAUDIA MARIA DE LOS ANGELES SEGURA VELASQUEZ**

Chiclayo, 10 de julio de 2018

**CARACTEROLOGÍA Y EMPATÍA COGNITIVA/AFFECTIVA EN
PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LABORAN EN UN
HOSPITAL DE LAMBAYEQUE, AGOSTO-DICIEMBRE 2016**

Por

**KEVIN ROBERT ABAD TORRES
CLAUDIA MARIA DE LOS ANGELES SEGURA VELASQUEZ**

**Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,
para optar el Título de:**

Licenciado en Psicología

APROBADA POR

**Dra. Marilia Sibebe Cortez Vidal
Presidente del Jurado**

**Lic. Cora Elizabeth Valle Temoche
Secretaria del Jurado**

**Dra. Beatriz Isabel Ortega Pauta
Vocal del Jurado**

Chiclayo, 10 de julio de 2018

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Marco Referencial.....	8
Antecedentes.....	8
Marco Teórico.....	12
Caracterología.....	12
Empatía.....	16
Empatía Cognitiva y Afectiva.....	21
Definición Operacional.....	25
Método.....	28
Diseño.....	28
Población.....	28
Criterios de Selección.....	28
Criterios de Inclusión.....	28
Criterios de Eliminación.....	28
Procedimiento.....	28
Instrumentos.....	28
Aspectos éticos.....	29
Procesamiento y análisis de datos.....	30
Resultados.....	31
Discusión.....	38
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Referencias.....	45

Resumen

La caracterología se ocupa de describir las formas de manifestación del carácter. Mientras que la Empatía es la habilidad que nos permite saber cómo otro ser se siente, piensa, y poder entender sus emociones. El objetivo de la investigación fue determinar los tipos caracterológicos y los niveles de las escalas de la Empatía Cognitiva/Afectiva, según edad, sexo y años de trabajo en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque. Para ello se aplicó a 209 profesionales de un hospital, el cuestionario Caracterológico de Berger validado por Vicuña, el cual posee confiabilidad mayor a 0,89 en sus tres dimensiones y el test de Empatía Cognitiva y Afectiva de López- Pérez, el cual posee confiabilidad superior a mayores de 0,70 en sus cuatro escalas. Los resultados obtenidos determinaron que, de los profesionales de la salud, el tipo caracterológico más frecuente en los varones fue el amorfo y flemático; y en las mujeres, el flemático. Los varones presentaron una empatía de nivel medio con 34,29% mientras que el 26,32% de las mujeres obtuvo este nivel de empatía. La escala de Adopción de Perspectivas mostró que el 31,58% de la población de mujeres, consiguió un nivel bajo en dicha escala. El nivel más representativo de la escala Estrés Empático para ambos sexos fue el nivel medio. En la escala Alegría Empática, el 68,57% de los varones obtuvo niveles bajo y extremadamente bajo.

Palabras clave: Caracterología, Empatía, Profesionales de la salud. Estrés empático, Alegría empática, Adopción de perspectivas, Comprensión emocional

Abstract

The Characterology deals with describing the forms of manifestation of the character. While Empathy is the ability that allows us to know how another being feels, thinks and can understand their emotions. The objective of the research was to determine the types of characters and the levels of Cognitive / Affective Empathy scales, according to the age, sex and working years of health professionals working in a hospital in Lambayeque. For this, Berger's characteristic questionnaire validated by Vicuña was applied to 209 professionals of a hospital with reliability greater than 0.89 in its three dimensions and the López-Pérez Cognitive and Affective Empathy test, which has a reliability greater than 0, 70 in its four scales. The results obtained determined that, of the health professionals, the most frequent characterological type in men was amorphous and phlegmatic; and in women, the phlegmatic. The men presented empathy at the middle level with 34.29% while 26.32% of the women obtained this level of empathy. The Adoption of Prospects scale showed that 31.58% of the women's population reached a low level on that scale. The most representative level of empathic stress scale for both sexes was the average level. On the Empaático Alegría scale, 68.57% of men obtained low and extremely low levels.

Keywords: Characterology, Empathy, Health professionals. Empathic stress, Empathic joy, Adoption of perspectives, Emotional understanding

Caracterología y empatía cognitiva/afectiva en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016

Los profesionales del área de salud que trabajan en un hospital son personas que se relacionan a diario con decenas de pacientes, interesándose por su bienestar y recuperación, tienen la capacidad de comprender, al poder situarse en el lugar del paciente, forjando así una relación y manteniendo un diálogo con ellos, generando de esta manera un vínculo positivo para la sanación del paciente.

La empatía es de gran importancia, ya que ayuda al paciente a sentirse entendido, satisfecho en la atención recibida. Así también, la empatía cognitiva positiva es buena para tener una vida saludable, los profesionales prevendrían a nivel intrapersonal, emociones negativas como la frustración o la impotencia, poseyendo la capacidad para la regulación emocional y no ser afectados durante la intervención con el paciente. A nivel interpersonal, se ha demostrado que los profesionales de la salud, que presentan una empatía cognitiva y afectiva positiva tienen un alto número de pacientes que gozan de una mejor salud.

La relación entre los profesionales de la salud y los pacientes no es excepción, la empatía ayuda a aumentar la comprensión al paciente, decrece la inclinación a la beligerancia y mejora la manera en la que los profesionales de la salud son percibidos socialmente. Sin embargo, no todos los profesionales de la salud presentan estas cualidades, se observa que el trato con cada uno de los pacientes es diferenciado, donde no todos los pacientes llegan a sentir satisfacción con su atención, debido a que no perciben sentirse comprendidos, pues tienen la impresión de que los profesionales de la salud no se encuentran comprometidos con su caso. Siendo difícil establecer un vínculo efectivo con el paciente, entorpeciendo su accionar, entendimiento del problema y la adhesión del paciente respecto a su tratamiento.

Con respecto a la caracterología, existen ciertas características marcadas en el modo de ser de cada persona, por ejemplo, los apasionados y coléricos tienden a ser afectivos, mientras que los sentimentales y nerviosos pueden presentar una afectividad negativa debida a su emotividad e impulsividad. Los flemáticos son personas que tienden a ser más racionales, por lo general no se involucran mucho en el plano afectivo. Finalmente, los sanguíneos y sobre todo los apáticos y amorfos, presentan poca interacción con la comunidad. Debido a los distintos tipos de carácter, algunos profesionales se conducen de diversas formas frente a los pacientes, en la cual logran salir del paso ante los problemas personales y laborales, otros saben hasta donde deben involucrarse en el problema de los pacientes sin perder la empatía.

Algunos de los pacientes que asisten al hospital, refieren: “ese médico es muy colérico, mejor atiéndete con otra persona (Paciente 1, comunicación personal, 10 de mayo de 2016)”. En otros casos comentan: “ella parece ser una persona nerviosa, no sé si me atenderá bien (Paciente 2, comunicación personal, 08 de agosto de 2016)”. Es aquí donde el carácter puede tener un papel esencial, en la atención global con los pacientes y la empatía que genera con ellos. Otros, a su vez, tienen la percepción que algunos, son personas poco activas y donde parece que no les preocupa la dificultad que está atravesando el paciente, sintiendo así su indiferencia.

Por otra parte, también tenemos a profesionales de la salud que tienen la capacidad de sintonizar las emociones negativas de sus pacientes, llegando a involucrarse demasiado en el problema, al grado de distorsionar el sufrimiento del paciente hasta percibirlo como mayor de lo que en realidad es (López-Pérez, Fernández-Pinto & Abad, 2008).

Además, de reducir la efectividad del tratamiento al paciente debido a la distorsión presentada, el profesional de la salud, al generar una empatía afectiva negativa con el paciente, llega a frustrarse al no saber cómo afrontar sus emociones, mostrar enfado o incluso sentirse estresado cuando logra detectar el dolor del paciente, causando malestar, lo cual vulnera su salud.

Se realizó un estudio en profesionales de la salud en un hospital de Lambayeque, sobre la caracterología y empatía cognitiva afectiva. El interés en esta población se debió a que ellos realizan atenciones a pacientes que asisten a este hospital, además tienen una gran responsabilidad con el paciente. Un óptimo aporte para facilitar su tratamiento es que exista un vínculo con el paciente, necesitando para esto de la empatía, que permite al profesional, comprender la dificultad o dolencias que atraviesa el paciente, colocarse en el lugar del paciente, mantener una comunicación, vínculo efectivo, que permita a los profesionales hacer una adecuada labor con sus pacientes.

Toda esta problemática conllevó a plantear la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los tipos caracterológicos, los niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva y niveles de sus respectivas escalas en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016?

Teniendo como objetivo general determinar los tipos caracterológicos, los niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva y los niveles de las escalas de empatía en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016; y como objetivos específicos identificar los tipos caracterológicos según sexo, los niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva según sexo, edad y años de trabajo; y los niveles de las escalas de la empatía,

según el sexo en profesionales de la salud que laboran en un Hospital de Lambayeque, durante agosto-diciembre 2016.

Debido a la repercusión de la empatía en el proceso de la recuperación de la salud, es importante analizar si esta habilidad se encuentra inmersa en el profesional perteneciente a un hospital de Lambayeque, así como la relación entre el profesional del área de la salud y el paciente. Donde este último, al poder percibir que es comprendido, logra que el vínculo se fortalezca, dándole confianza al profesional y sin objeción trabajan conjuntamente para aliviar sus molestias. Como consecuencia de este vínculo, se favorece la mejoría, bienestar y cuidado del paciente.

Se analizó esta habilidad, para responder si los profesionales que laboran en el hospital presentan características empáticas, que les permitan realizar su trabajo profesional de forma eficaz, evitando así, interferencias emocionales negativas que causen malestar, estrés, etc. al profesional encargado de velar por el bienestar del paciente.

No se han encontrado estudios que evalúen la empatía cognitiva afectiva, ni de caracterología en profesionales de la salud en la región.

De esta manera, es importante realizar esta investigación ya que ofrece un aporte al hospital, pues, los resultados obtenidos servirán para dirigir con mayor precisión futuros programas de intervención con los profesionales de salud en cuanto a su empatía, incluyendo el componente cognitivo y afectivo; para que así se les haga más fácil conocer, comprender las intenciones y emociones de los demás, mejorar la satisfacción de los pacientes, compartir sus estados emocionales y el propio bienestar emocional para que no repercuta en su salud.

Marco referencial

Antecedentes:

Yuguero (2015) realizó un estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras y su relación con las variables clínicas a 311 profesionales sanitarios de atención primaria (médicos de familia, pediatras y enfermería) de España, con el objetivo de analizar el nivel de empatía y burnout de los profesionales asistenciales de la Atención Primaria, según edad y sexo y su relación con las variables clínicas asistenciales, para lo cual se ha utilizado la escala de Jefferson para la evaluación de la empatía, y la escala de Maslach para el burnout, obteniéndose como resultados que la empatía y el burnout están relacionados. Los profesionales más empáticos tienen un menor nivel de burnout y mayor realización personal en su trabajo, necesitan menos visitas por paciente, tienen un mejor control de la hipertensión arterial, prescriben fármacos de forma adecuada, y prescriben la baja laboral con más frecuencia.

García, Montilva, Puertas, Torres y Zapata (2015) llevaron a cabo una investigación con 246 estudiantes tanto de medicina como de enfermería, de una universidad nacional de Venezuela para conocer el nivel de empatía de dichos estudiantes, su relación con la edad, el sexo y la carrera. Aplicaron el test de Escala de empatía de Jefferson, versión S para estudiantes (Alcorta, González, Tavitas, Rodríguez & Hojat, 2005). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad, el sexo. Respecto a la carrera, los estudiantes de medicina mostraban ligeramente más empatía que los estudiantes de enfermería.

Lorente (2014) realizó un estudio en 316 adolescentes de 12 a 18 años de España, estudiantes de educación secundaria obligatoria y bachillerato de dos colegios y dos institutos públicos, teniendo como uno de sus objetivos demostrar la influencia de la Empatía y la Conducta Prosocial en la Competencia Social. Para llevar a cabo la evaluación de la empatía se ha empleado el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis, en su adaptación española, permitiendo una evaluación multidimensional. Tras el análisis de los resultados generales en empatía de la muestra, se constata un predominio de la dimensión Preocupación Empática sobre las otras dimensiones de empatía durante el periodo evolutivo de la adolescencia. Así mismo, con respecto a la edad, los adolescentes puntúan significativamente más alto en la subescala de Preocupación Empática y Toma de Perspectiva cuando son más mayores. Por otra parte, se evidencia que las mujeres puntúan más alto y de manera significativa en las escalas de preocupación empática. Esto confirma la evidencia obtenida por "Davis en 1980, con respecto a las diferencias de género en la empatía, pues utilizando el Índice de Reactividad Interpersonal encontró resultados en los que las mujeres puntuaron más alto que los hombres en las escalas

emocionales, pero no así en las escalas cognitivas (como se citó en Fernández-Pinto, López Pérez & Márquez, 2008)”.

Márquez (2014) llevó a cabo una investigación acerca de la correlación de la satisfacción en la relación médico paciente con el nivel de empatía del médico y la empatía percibida por el paciente en 49 médicos de la especialidad de medicina familiar en Veracruz, México; utilizando la Escala de Empatía Médica de Jefferson y la Escala de las percepciones del paciente sobre empatía médica de Jefferson teniendo como hipótesis que la satisfacción del paciente con la relación médico-paciente se correlaciona en un 80% con buena empatía de los médicos, de los cuales 90% presenta buena empatía mientras que 30% de los pacientes percibe mala empatía de su médico familiar.

Castillo (2012) llevó a cabo un estudio con 39 estudiantes, que se encontraban en la realización de la Práctica Profesional Supervisada en psicología clínica en el año 2011 de dos universidades privadas de Guatemala, el objetivo de este estudio fue determinar el nivel de empatía en los estudiantes practicantes de psicología clínica, a quienes se les administró el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA); Se obtuvo que el 51,72% de estudiantes practicantes de psicología, poseen un nivel alto en la escala general de empatía, así mismo, presentan mayor desventaja en la escala de comprensión emocional, pues evidencian un nivel extremadamente alto. A su vez en las escalas: adopción de perspectivas y alegría empática, poseen nivel alto y en lo que se refiere a la escala de estrés empático, se evidencia que poseen nivel medio.

Hernández, K. Mejía y J. Mejía (2012) llevaron a cabo un estudio con 540 estudiantes de segundo año de la carrera de Psicología de una Universidad de San Salvador. Teniendo como objetivo establecer un estudio correlacional entre la inteligencia emocional y los rasgos caracterológicos, así como determinar el tipo de carácter que predomina en los estudiantes de Licenciatura en Psicología. Se aplicó el Test Caracterológico de Paul Grier y el Test de Inteligencia Emocional TMMS-24; como resultados se obtuvo que si existe relación entre la inteligencia emocional y los rasgos caracterológicos y que el tipo de carácter preponderante en los estudiantes de segundo año de Licenciatura en Psicología es el apasionado.

Mejía (2012) realizó una investigación con 831 estudiantes de las Ciencias de la Salud de una universidad pública de Venezuela cuyo objetivo fue Evaluar la empatía de los estudiantes de las Ciencias de la salud (Medicina, Enfermería y Odontología) hacia el paciente y su familia, su relación con el sexo y edad; aplicando la Escala Jefferson de actitudes de Empatía del Médico (EEMJ). Obteniendo como resultados que los estudiantes de medicina presentaron los valores más altos en la dimensión “toma de perspectiva” frente a los de enfermería y odontología, mientras que en la dimensión “cuidado con compasión” obtuvo

valores más bajos. Así mismo, no se observaron diferencias significativas entre enfermería y odontología. Por otra parte, se evidenció que el sexo no influye en la conducta empática ni en sus dimensiones, además se mostró una relación significativa entre la edad y el “cuidado con compasión”, indicando que a mayor edad los estudiantes son más compasivos.

Pérez (2010) llevó a cabo un estudio con 280 personas asignadas a distintos grupos según su edad: adolescencia (16-19 años), adultez temprana (20-30 años), adultez media (31-40 años), adultez tardía (41-59 años) y tercera edad (60-66 años). A quienes se les administró dos cuestionarios de empatía. Índice de reactividad Interpersonal (IRI) y el Test de Empatía Cognitiva Afectiva se obtuvo que los componentes afectivos de la empatía no se ven afectados por la edad, pero sí los componentes cognitivos, cuyos niveles son menores en los grupos de mayor edad que en aquellos más jóvenes. Los componentes cognitivos, son la Adopción de perspectivas y la Comprensión emocional, evaluadas ambas con el TECA, aunque ambas se reducen con el paso de los años, la Comprensión emocional presenta un rápido deterioro en la tercera edad.

Sánchez (2010) realizó un estudio con 306 alumnos de los últimos tres años de la carrera de medicina y 72 médicos de la Universidad de Carabobo, sede Aragua. Cuyo objetivo fue comparar empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas entre estudiantes de medicina y médicos; aplicando la Escala Jefferson de empatía médica versiones S-R(estudiantes) y HP-R(médicos), Escala de sensibilidad emocional (ESE), Método Graffar Méndez Castellano: Estrato social y Cuestionario de características psicosociodemográficas, versiones: “E” (estudiantes) y “M” (médicos). Obteniendo como resultado que la empatía es alta para ambos grupos (77,5% en estudiantes y 82,35% en médicos); siendo la dimensión predominante: compasión en estudiantes y toma de perspectiva en los médicos. Los médicos, en una representativa mayoría, se encuentran en el rango de edad comprendido entre 40 y 57 años. No habiéndose encontrado en el análisis estadístico, relaciones entre la edad y empatía. El análisis de varianzas inter-grupos indicó que los médicos son más empáticos y expresan mayor sensibilidad interpersonal positiva que los estudiantes. Para los alumnos, la distribución por género es preponderantemente del sexo femenino, en una proporción de 6:3 aproximadamente para esta investigación, donde las mujeres obtuvieron valores más significativos para toma de perspectiva y compasión en relación con los hombres. Los médicos, se distribuyeron proporcionalmente en la muestra, no habiéndose encontrado en el análisis estadístico, relaciones entre el sexo y empatía.

Grühn (2008) realizó un estudio en Estados Unidos que examinaba el cambio en la percepción subjetiva de la empatía en un estudio longitudinal de cuatro ondas que abarca 12

años y la asociación entre la empatía y otras medidas. Los participantes tenían edades comprendidas entre 10 años a 87 años, Para llevar a cabo la investigación se ha empleado el Inventario de Personalidad de California. Los resultados obtenidos tras los análisis transversales sugieren que los adultos mayores obtuvieron calificaciones más bajas en la empatía que los adultos más jóvenes, los análisis longitudinales no mostraron declive relacionado con la edad en la empatía. Este patrón combinado sugiere que los cortes transversales de edad reflejan una cohorte más que un efecto de edad, con grupos de más edad que informaron niveles más bajos de la empatía que los más jóvenes. Algunas personas mostraron disminuciones y aumentos en otros sobre sus niveles de empatía. Sin embargo, la edad no fue significativamente relacionados con la documentación pendiente latente que diferencias interindividuales en el cambio intraindividual en la empatía no se relacionaron con la edad. Por lo tanto, si la empatía de la gente aumenta o disminuye no estaba relacionada con su edad.

Fischman (2005) realizó una investigación acerca de “La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de danza movimiento terapia”, utilizando el instrumento Interpersonal Reactivity Index de Davis en profesionales adultas del área de la salud y la educación de la ciudad de Buenos Aires que han participado de talleres de danza movimiento terapia, obteniéndose como resultados aumento leve en la capacidad para ponerse en el lugar de otro y producir una reacción orientada en función del otro; aumento de la función Fantasía o posibilidad de imaginar y aumento significativo de la Preocupación empática. En el transcurso del taller se ha mantenido estable el Malestar personal como reacción a la desgracia del otro, es decir, sentir ansiedad y malestar por el estado anímico mental del otro, al conmovirse por el sufrimiento ajeno.

Retuerto (2004) realizó un estudio en 556 adolescentes y jóvenes de España, teniendo como objetivo analizar la influencia de las variables género y edad sobre la empatía, a quienes se les administró el test de Índice de Reactividad Interpersonal, de Davis. Se obtuvo como resultado que las mujeres puntúan significativamente más que los varones en fantasía, preocupación empática y malestar personal. Además, con la edad aumentan progresivamente las puntuaciones en toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática.

Agama (2013) realizó una investigación en 40 Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y satisfacción de los pacientes críticos adultos del hospital regional huacho en Perú, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre la empatía de las enfermeras y la satisfacción de los pacientes; aplicando Cuestionario Simon Baron-Cohen para determinar el Cociente de empatía (EQ), obteniendo como resultados las enfermeras presentan un cociente de empatía en el rango Alto, lo que permite inferir que la relación interpersonal con los pacientes

críticos se desarrollada de la manera adecuada, situación que se resalta por cuanto son unidades que requieren altas dosis de empatía, simpatía y calidez en el trato con los pacientes que sufren situaciones médicas severas.

M. Remón, A. Remón y Tataje (2012) realizaron un estudio en una población de 131 internos de medicina de dos hospitales nacionales, un hospital de Callao y otro de San Juan de Miraflores. Con la finalidad de ver cuáles son las características del nivel de empatía. Aplicaron el test de Escala de empatía medica de Jefferson, en su versión S (Thomas Jefferson University, como se citó en Alcorta et al., 2005) encontrando que las internas correspondientes a estos dos hospitales poseen más empatía que los varones, el rango de edades que presentaban más empatía era de 26 a 30 años. Los internos que desean seguir una especialidad ligada al paciente poseen una empatía más alta, respecto a los que optaban por una especialidad tecnológica.

Marco teórico:

Caracterología

Según Gay (2003) la caracterología se define como "el estudio y la clasificación de los diferentes caracteres" (p.28). Entendida como "la ciencia del carácter", para Dorsh la Caracterología es una parte de la psicología que se ocupa de describir las formas de manifestación del carácter e investiga su desarrollo con referencia a la aportación congénita y a la acción del medio ambiente (Como se citó en Vicuña, 2006).

Heymans, habla de las propiedades constitutivas del carácter y distingue ocho tipos, según predomine en ellos uno u otro de los siguientes pares de propiedades: emotividad, no-emotividad, actividad-inactividad, primariedad (reacción inmediata y pasajera), secundariedad (repercusión lenta y duradera). Los tipos son los siguientes: colérico (emotivo, activo, primario); apasionado (emotivo, activo, secundario); nerviosos (emotivo, inactivo, primario); sentimental (emotivo, inactivo, secundario); sanguíneo (no-emotivo, activo, primario); flemático (no-emotivo, activo, secundario); amorfo (no-emotivo, inactivo, secundario) (como se citó en Zeledón, 2009).

La caracterología comprende tres dimensiones

Emotividad

Gay (2003) afirma que "La emotividad es la conmoción que nos producen los acontecimientos de nuestra vida diaria, las impresiones externas. Todos tenemos la capacidad de conmovernos, pero llamaremos emotivo únicamente a quien se conmueve más fácilmente que la media" (p.42).

Las características de la manifestación corporal de la emotividad son las de tener la facilidad para reír o llorar, para enrojecerse o palidecer, se evidencian cambios bruscos pasando de la excitación, euforia al abatimiento (humor variable), excitabilidad e irritabilidad, impresionabilidad, inquietud, tono de voz fuerte y alterado, desorientación ante un efecto de sorpresa, movimientos del cuerpo cargados de expresividad como un apretón de manos efusivo, el tono de voz (Gay, 2003).

La manifestación psicológica de la emotividad según Gay (2003) refiere que la ansiedad llega a ser injustificada y desproporcionada con respecto a la causa que la provoca, predisposición al adoptar una actitud violenta, impulsiva y encendida, predilección y facilidad para la exageración, tiende a compadecerse y en general a “sintonizar” con los demás, es participativo en cuanto a sus sentimientos y alegrías, tiende a utilizar palabras exageradas, suele hablar de la gente.

Actividad

La actividad en el carácter no guarda relación con el activismo o con el movimiento continuo de las personas impulsivas o nerviosas, todo eso es simplemente una actividad aparente. La persona activa, es aquella que tiene una necesidad espontánea de actuar; se siente empujado a la acción. Ser activo no significa exclusivamente trabajar, moverse o agitarse, sino más bien ser naturalmente llevado a ello, para poder satisfacer una especie de necesidad natural de obrar (Gay, 2003)

Así mismo, Sobre los rasgos descriptivos del activo Gay (2003) refiere, que el activo presenta una necesidad natural y espontánea de obrar; suele estar ocupado; se aplica rápidamente al trabajo; no se desanima ante un obstáculo, todo lo contrario, goza y se motiva ante las dificultades; cumple sus obligaciones rápidamente de esta forma no se dilatan; es perseverante, realizador, reflexivo, buen observador y puntual.

Los efectos de la actividad sobre la vida psicológica, son que ejercen una "influencia activadora sobre todas las funciones; favorece la aptitud para investigar, para aprender, para realizar; favorece la inteligencia cuanto más crece la creatividad y disminuye La emotividad. Los activos son personas decididas, saben tomar partido rápidamente, incluso en casos difíciles" (Gay, 2003, p.46). La actividad también incentiva y alienta los sentimientos optimistas, surge la inspiración, se muestra el talento creativo y matemático.

Los rasgos descriptivos del inactivo, suelen según Gay (2003, p.46) "descuidar y postergar los trabajos impuestos, carece de vivacidad en el trabajo, inclinado a renunciar frente a los obstáculos, aunque desee actuar, su inactividad se lo impide o dificulta grandemente".

Los efectos de la inactividad sobre la vida psicológica, atenúa el dinamismo de la explosión afectiva, en beneficio del goce interior y pasivo. Implica la degradación de los actos, favoreciendo más los actos imaginarios que los reales; así también al mostrar pasividad suelen mantener el imperio de los hábitos, evitando toda iniciativa que pueda perturbarlos (Gay, 2003).

Resonancia

Gay también (2003) refiere que la resonancia es la repercusión que las impresiones tienen sobre el ánimo de cada persona. Todos poseemos una doble resonancia, pero de forma disímil. Si las impresiones tienen efecto sobre la conducta en el momento de la excitación, la resonancia es primaria. Si las impresiones influyen en un momento posterior a la excitación, es secundaria.

Los primarios, suelen reaccionar de forma rápida y decisiva ante las ofensas que reciben, pero pronto se olvidan de ello. Gay (2003) afirma que les gusta el presente y el cambio. Actúan frecuentemente de forma dispersa y superficial.

El primario, presenta ciertos rasgos, "vive en el presente, renovándose con él, sus impresiones son fugaces, presentan poca continuidad en las ideas, por lo que suelen ser superficiales, se encuentra sujeto a cambios, es inconstante en sus afectos y proyectos" (Gay, 2003, p.48).

Además, Gay (2003) afirma que los secundarios, por ejemplo, guardan las ofensas durante tiempo. Viven más en el pasado que en el presente, se encuentran aferrados a sus recuerdos y principios, con frecuencia son esclavos de sus rutinas y prejuicios. El pasado y el porvenir guían a los secundarios.

Los rasgos descriptivos del secundario, son que presenta "impresiones durables, de larga resonancia interior, normalmente tranquilo, es conservador y pertinaz en sus opiniones, tradicionalista, fuertemente atado al pasado y a sus principios, prisionero, a veces, de sus prejuicios y rutinas" (Gay, 2003, p.49).

Tipos Caracterológicos

Los pasionales. En este carácter se encuentran los tres factores fundamentales en su forma positiva, es decir, la emotividad, la actividad y la secundariedad; presentan una puntuación superior a la media. Es característico en ellos el amor por los animales y manifiestan cierta falta de valor ante los peligros, así como la acción decidida, la concepción rápida, el sentido práctico, la independencia, el don de observación, buena memoria, poca aptitud para el arte y los deportes, ausencia de vanidad, gran tendencia a coleccionar cualquier tipo de objetos; son puntuales y honrados (Zeledón, 2009).

Los Coléricos. Representan a aquellos muy serviciales, trabajadores y sociables. Olvida enseguida las ofensas. Tienden a ser alegres, muy entusiastas. Saben ser simpáticos, son persuasivos y decididos. De palabra fácil, Activos, saben salir del apuro. Optimismo total. Son prácticos, previenen y se adelanta a las necesidades de los demás (Gay, 2003).

El colérico, por sus características de emotivo-primario, reacciona en el instante y sólo en el instante. Constantemente busca impresiones nuevas. Es exagerado, charlatán y gusta de hablar más de sí mismo y de los otros que de las cosas. Es habitualmente extrovertido (Zeledón, 2009).

Los Sentimentales. “Suelen ser delicados y constantes en el afecto. Les gusta la soledad y el afecto. Son rectos, honrados y veraces; no son ambiciosos. Están predispuestos a la comprensión de los demás. Como característica tienen la mirada sincera y reservada, son de palabras escasas y dóciles” (Gay, 2003, p.80).

El sentimental vive ligado al pasado y temiendo siempre el porvenir, lo que le convierte en un extraño del presente; de allí su tendencia a la melancolía, a la soledad a la tristeza, que son los rasgos más sobresalientes del sentimental. Gusta rumiar todos los acontecimientos y se tortura por naderías, por lo que suele estar a la defensiva de las heridas de los demás, replegándose y viviendo en sí y para sí (Zeledón, 2009).

Los Nerviosos. “Suelen ser generosos, delicados, alegres y optimistas. Se sienten atraídos por la influencia de personas a las que intentan imitar. Si es tenaz en una acción lo suele hacer, a veces, con violencia. Suele caer bien en las en las conversaciones y está pendiente de las demás personas” (Gay, 2003, p.66).

Por otra parte, Le Senne (como se citó en Zeledón, 2009) considera también la inestabilidad como la resultante caracterológica de este tipo. Nos dice: "Si la emotividad del nervioso es intensa, la actividad en cambio carece de vigor y continuidad. Posee ciertamente impulsos violentos, a veces tenaces, en cuyo servicio puede poner mucha flexibilidad y habilidad, pero no una voluntad reflexiva, enérgica y perseverante. Tiene poca continuidad en la conducta y carece de espíritu de orden, tanto en el conjunto como en el detalle" (p.274).

Los Flemáticos. No cuentan con el factor de la emotividad; sin embargo, tiene los otros dos elementos positivos, o sea, la actividad y la secundariedad, que lo convierten en el carácter con mayores potencialidades dentro del grupo de los no emotivos. Presenta como características: una puntualidad excesiva, metódico en todos sus hábitos, gran espíritu de orden. Son poco comunicativos y cuando lo hacen hablan pausadamente, con calma, sin elevar la voz; resulta monótona y cansada su conversación, aun cuando traten temas interesantes. Gusta de

estar ocupado. Nunca toma una decisión precipitada, pero cuando se decide muy difícilmente cambia de parecer (Zeledón, 2009).

El flemático también es "trabajador, constante y suele llegar a grandes resultados, aunque sea lento. Suele ser chistoso, tranquilo, objetivo, silencioso, ahorrador digno de confianza y le gustan las conversaciones serias, pero prefiere escuchar" (Gay, 2003, p.132).

Los Sanguíneos. Cuenta este carácter únicamente con un rasgo positivo que es la actividad. Le gustan los resultados rápidos. Suele ser más reflexivo que impulsivo, optimista, conciliador, perseverante, sincero y leal. No le gusta el aislamiento. (Zeledón, 2009).

Grieger refiere (como se citó en Zeledón, 2009), la efectividad del sanguíneo es baja, pero no nula. Naturalmente "egoísta", dicha afectividad tiende a hacer la vida personal más confortable y cómoda. Los intereses habituales del sanguíneo se orientan espontáneamente hacia las determinaciones objetivas: las cosas, el dinero, los negocios.

Los Apáticos. Se caracteriza por la mayor de las perezas. Es indolente, lento, indiferente. Nada le preocupa ni nada le entusiasma. Se deja llevar por las opiniones pues tiende a carecer de imaginación y de creatividad (Zeledón, 2009). Por otra parte, tiene igualdad de ánimo y sentido del honor. Es sincero y honesto, discreto. Le gusta la soledad, es honrado, digno de confianza y leal; puede ser un buen consejero, es tranquilo, pacífico (Gay, 2003).

Los Amorfos. Es éste el menos emprendedor de todos los caracteres. Se manifiesta siempre cansado aún antes de emprender cualquier trabajo. A diferencia del apático, posea un gran optimismo; se consuela fácilmente y cree que todo acabará por arreglarse. Suelen ser dócil y obediente. Posee calma y objetividad. En general sus juicios son equilibrados (Zeledón, 2009).

Empatía.

Cabré y Salmón (2013) refieren que el concepto de empatía fue acuñado en los años 20 por la psiquiatría psicodinámica que la definió como una técnica de diagnóstico y tratamiento, de carácter neutral y científico, basada en la comprensión emocional del paciente y en el interés objetivo del médico, así también como medio para acercarse a los pacientes.

Baron-Cohen & Wheelwright afirman que, la empatía es un aspecto muy importante de la inteligencia emocional que tiene múltiples aplicaciones en distintos ámbitos: organizacional, clínico y social. Se trata de una importante habilidad que nos permite saber cómo se sienten las otras personas o qué es lo que están pensando, comprender las intenciones de los otros, predecir sus comportamientos y entender sus emociones. En definitiva, la empatía

nos permite interactuar eficazmente con el mundo social (como se citó en López-Pérez et al., 2008).

Simpatía y empatía

La empatía no es simpatía, la segunda, es una forma de comprensión emocional de un nivel más bajo que la empatía. La simpatía implica que una persona se conmueva por lo que le ocurre a la otra persona, decidiendo reaccionar a lo que evoca en nosotros lo que le sucede a la otra persona. Casassus (2007) dice que "en la simpatía primero veo lo que siento yo, y luego le digo a la otra persona que su sufrimiento ha estimulado sufrimiento en mí" (p. 219).

Sexo y empatía

Fine (2011) refiere que los psicólogos Eisenberg y Lennon, descubrieron que la ventaja empática femenina se iba reduciendo a medida que resultaba menos obvio que lo que se estaba evaluando tenía algo que ver con la empatía. Es decir, las diferencias de género eran mayores en los test, en los que se tenía claro que se medía, es decir, escalas autorregistradas y eran diferencias menores aquellas que el propósito de la prueba no resultaba tan obvio. En otras palabras, que las mujeres y los hombres no difieren en la empatía, si no en como de empáticos quieren parecer ante los demás.

Interés y empatía en el profesional de la salud

Una persona suele tener las cualidades interés y empatía antes de ingresar en el campo de la atención sanitaria, pero una vez que empieza a laborar puede incrementar estas cualidades por medio del crecimiento personal o perderlas debido al estrés laboral (Fuller, 2009).

Estas cualidades exigen comunicación activa entre el profesional y el paciente. El interés en el ámbito de la salud exige contemplación por el ser humano en todos sus estados y situaciones. No se encuentra basado en la razón y hace que el profesional sanitario vea más allá de las situaciones externas del paciente y se involucre en un dialogo privilegiado entre la salud y la enfermedad.

Fuller (2009) refiere que la empatía es una respuesta a la experiencia emocional o física de otro ser humano, una doble capacidad de comprender los sentimientos del otro, la aflicción, la alegría, la pena, el dolor y de transmitir esta comprensión a través de palabras, acciones o lenguaje corporal. La confianza es un componente esencial del interés y de la empatía. Sin confianza, el paciente no permitirá la participación activa de su cuidador en el proceso de curación.

Tener el deseo de contribuir al bien del paciente es el principal atributo de cualquier trabajador sanitario. Sin embargo, es importante separar la empatía de la compasión. La compasión es una reacción emocional especial frente a la situación de otra persona (Fuller, 2009).

Profesional de la salud y empatía

Cuando se reclama que el profesional tenga empatía y simpatía no debe entenderse que ello sea suficiente para ser un buen médico. Tan importante como estas cualidades es la formación científica del profesional, sin la cual sería vano ser amable, cordial y comprensivo. Las dos líneas de acción deben de ir parejas. El profesional sin ciencia sería un impostor, sin empatía, un médico malo. En la práctica, los buenos profesionales cumplen con ambos requisitos, si falla uno, son personas mediocres (Bilbeny & Guardia, 2015).

Profesional que empatiza

Un sanador que empatiza con un paciente tendrá mucha más posibilidad de estar presente con ese paciente, y de escuchar realmente lo que ocurre en aquel momento. Tal sanador puede dejar a un lado nociones premeditadas sobre lo que hay que hacer, facilitando así el descubrimiento de lo que realmente necesita el paciente. Es la verdadera comprensión, obtenida por empatía, la que hace posible toda sanación eficaz (Carlson & Shield, 2006).

La empatía aporta a la relación sanadora una gama de experimentos mucho mayor que aquella a la que estamos generalmente acostumbrados. Una terapia eficaz debe ser capaz de responder, de sacar del cliente cualquier emoción que resulte verdaderamente terapéutica.

Conducta del profesional de la salud

La amplitud del efecto placebo depende, en gran parte del modo en el que el terapeuta interactúa con el paciente, y de la confianza que demuestra en las propiedades curativas del tratamiento.

Amigo (2012) manifiesta que:

Los profesionales que transmiten confianza, calor y empatía obtienen un efecto placebo mayor que aquellos que son más distantes y formales. Tomarse el tiempo necesario con el paciente sin apurarlo ni mostrar prisa mirando el reloj o iniciando la receta sin haber aclarado el diagnóstico, fortalece el efecto placebo (p.172).

La confianza del profesional de la salud en el tratamiento es otro factor que influencia la efectividad del placebo. Cualquier signo de duda sobre el mismo puede transmitirse

sutilmente a través de los signos no verbales de la comunicación, reduciéndose de este modo su eficacia, incluso se ha observado que fármacos clínicamente muy efectivos pueden perder gran parte de su eficacia cuando el profesional muestra, abiertamente dudas sobre ellos (Amigo, 2012).

El efecto de la conducta del profesional sobre la efectividad del tratamiento es real, si un médico cree con firmeza en su tratamiento, a pesar de que estudios hayan demostrado su ineficacia, los resultados que obtenga con el mismo serán mejores, sus pacientes se encontrarán mejor y como consecuencia tendrá más pacientes.

La comunicación medico paciente

Amigo (2012) habla que una buena y correcta comunicación entre el clínico y el paciente es fundamental para optimizar el efecto placebo, porque sin ella es muy difícil que los pacientes sigan adecuadamente las pautas del tratamiento que se ha prescrito y que comprendan, de modo suficiente, cual es el objeto de dicho tratamiento y por qué han de seguirlo. Otro aspecto que favorece el efecto placebo, es el valor condicionado del tratamiento. Cuando alguien busca un tratamiento es porque quiere que un experto le diga lo que está mal y lo que debe hacer.

La empatía, la cordialidad y la confianza, para Medina (2012) "resulta importante ya que el paciente es el verdadero protagonista de su salud, es decir, es el encargado de actuar, seguir el tratamiento, acudir al hospital, etc. Para ello necesita sentirse respaldado por el equipo médico que le trata" (p.114).

Según Oyebode (2015), depende absolutamente de la capacidad entre médico y paciente para compartir las experiencias personales y las sensaciones. La empatía le permite al médico entender las vivencias del paciente. En ese sentido, es la empatía la que nos posibilita saber cómo es para otra persona, la experiencia, estar en un particular estado mental, sea ánimo, deseos o temores. "Cuando la empatía fracasa en hacer comprensible la experiencia del sujeto, podemos decir sobre esa experiencia que es incomprensible"(p.6).

El estudio sobre las causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales realizado por Mira et al. (2002) refieren que:

En el caso de la estancia hospitalaria, los pacientes consideran especialmente positivos el trato que dispensa el personal sanitario y la empatía de la que hacen gala en sus relaciones con el paciente. La dedicación del médico a veces va más allá de la intervención, se preocupa por el estado del paciente. Este a su vez reconoce la actitud e inquietud del profesional sintiendo respaldo. Incluso pacientes explicaron que a pesar

de que algunas intervenciones no solucionaron sus problemas, los médicos continuaron realizando diversas pruebas hasta finalmente dar diagnósticos puntuales (p.276).

Beneficios de la empatía

Para Larson y Yao (como se citó en Hojat, 2012) la empatía es el mejor camino para el tratamiento y un símbolo de la profesión de atención a la salud. Comprometerse en relaciones empáticas hace de los médicos sanadores más eficaces y sus carreras más satisfactorias.

Según Freud (como se citó en Hojat, 2012) sugirió que "la empatía no solo es un factor en la mejora de la relación médico-paciente, además provee una condición para la interpretación correcta de los problemas del paciente"(p.75). Por esto la empatía es valiosa tanto para hacer diagnósticos precisos como para lograr resultados deseables en el tratamiento.

Beneficios de las relaciones empáticas para los médicos

Desde la perspectiva de la vida personal, la medicina y otras profesiones de atención a la salud, aunque de manera intrínseca autogratificantes, son estresantes y con frecuencia demandan un estilo de vida que restringe la participación en eventos sociales y familiares. Tales restricciones pueden contribuir al disgusto de los sanadores mismos, que también necesitan ser curados. A pesar de estos problemas, la buena noticia es que la satisfacción de los médicos en sus relaciones con los pacientes puede aprovecharse como un amortiguador contra el estrés profesional, agotamiento, abuso de sustancias, etc. (Hojat, 2012).

Hojat (2012) refiere que "debido a que los médicos con frecuencia perciben las relaciones empáticas con pacientes como conexiones interpersonales significativas, esas relaciones pueden servir como un amortiguador contra la insatisfacción con el sistema de atención a la salud y el agotamiento profesional" (p.113).

Beneficios de las relaciones empáticas para los pacientes

La comunicación interpersonal es la herramienta principal para el intercambio de información. La relación entre el profesional de la salud y el paciente ayuda a cumplir adecuadamente con el tratamiento, Hojat (2012) afirma que la "satisfacción con el profesional y el sistema de atención a la salud, el recuerdo y entendimiento de la información médica, la capacidad de tolerar la enfermedad, mejora de la calidad de vida y el bienestar físico, mental y social" (p.114).

Stafield (como se citó en Hojat, 2012) refiere que el encuentro entre clínico y paciente es un evento interpersonal deliberado, y su eficacia para brindar resultados clínicos positivos

depende en gran medida de las habilidades del clínico para formar una relación empática, y así ganar la confianza del paciente. Un resultado positivo en el paciente se logra en un modelo de atención que el profesional de la salud y el paciente establece un entendimiento mutuo acerca del problema de salud del paciente.

"Una relación empática se desarrolla cuando el médico evita ser arrogante y contiene el sentido de superioridad, en su lugar, se torna amistoso, confiado, relajado, sin prisa y capaz de comunicar su entendimiento empático y sus genuinas inquietudes al paciente" (p.116).

La empatía además de contribuir a la satisfacción del paciente con sus proveedores de atención de la salud y a su adherencia a sus consejos, también lleva a la discusión adecuada de los problemas, los cuales pueden tener un impacto significativo en los resultados del paciente (Hojat, 2012).

Inadecuado manejo de la empatía

Los profesionales de la salud, que muestran estrés empático pueden presentar problemas de salud al sintonizar emociones negativas, llegando a interferir en la vida del clínico, el problema más común es la presencia de altos niveles de neuroticismo.

Neuroticismo

McCrae y Costa (como se citó en Cloninger, 2003) refiere que las personas que presentan neuroticismo, con frecuencia son atormentadas por emociones negativas como la preocupación y la inseguridad, emocionalmente son lábiles en lugar de estables.

Zabalegui (1990) manifiesta que son sujetos que tienden a ser hipersensibles, se quejan de desarreglos difusos y manifiestan preocupación, ansiedad y depresión, provocando una inestabilidad emocional. "El neuroticismo no es equivalente a neurosis, el primero es una predisposición genética a desarrollar síntomas neuróticos cuando las condiciones ambientales son estresantes" (p. 164).

Empatía Cognitiva y Empatía Afectiva

El proceso empático está, por una parte, en función de varios antecedentes. En primer lugar, las características de la persona objetivo (o persona con la que se va a empatizar) (Batson & Kuhrmerker) o su similitud con la persona que empatiza (como se citó en Fernández-Pinto et al., 2008).

Hoffman (como se citó en Fernández-Pinto et al.,2008) separó las medidas de empatía cognitiva y afectiva encontrando que las mujeres obtenían puntaje más alto que los hombres en empatía afectiva, pero no en la cognitiva. Así mismo para Eisenberg y Lennon (como se citó

en Fernández-Pinto et al., 2008) las mujeres se presentan como más empáticas, ya que esto es lo que se espera de ellas, mientras los hombres hacen lo contrario.

Con respecto al ámbito clínico Gladstein (como se citó en Fernández-Pinto et al., 2008) refiere dos tipos de comprensión empática en la relación terapéutica: la empatía cognitiva que consiste en percibir el mundo desde el punto de vista del cliente, y la empatía afectiva, que se refiere a sentir junto con el cliente, conservando la distancia emocional necesaria para mantenerse objetivo.

Así mismo, Fernández-Pinto et al. (2008) mencionan que la empatía es especialmente importante en profesiones en las que sean clave las relaciones interpersonales, como medicina, enfermería, docencia y psicoterapia, además de otros.

Estos comentarios reciben apoyo de estudios llevados a cabo por Greenberg, Watson, Elliot y Bohart (como se citó en Fernández-Pinto et al., 2008). De esta manera, ellos señalan la importancia de la empatía para aplicar tratamientos más adecuados a las necesidades y expectativas del cliente.

Seligman (como se citó en Fernández-Pinto et al., 2008) señala que el estado emocional de la persona que empatiza también tiene gran influencia sobre el desarrollo del proceso empático. Pues, se podría decir que las personas que se sienten más felices demuestran mayor empatía, mientras que las personas depresivas se centran en sus propias necesidades de un modo defensivo.

Así Wegener y Petty (como se citó en Fernández-Pinto et al., 2008) coinciden con Seligman, además encuentran que para entender lo que le ocurre a otra persona es necesario que el mensaje y el estado de ánimo de la persona a empatizar tengan el mismo signo. Hogan (como se citó en López-Pérez et al., 2008) describe la empatía como una capacidad cognitiva para comprender lo que pasa por la mente de los demás. Sin embargo, otros autores como Bryant y Hoffman; Mehrabian y Epstein (como se citó en López-Pérez et al., 2008) han destacado la importancia del componente afectivo y hablan de la empatía como una respuesta afectiva a las emociones ajenas.

No ha sido hasta 1980 cuando se ha potenciado una visión más integradora que contempla tanto el componente cognitivo como el afectivo. En la actualidad una definición consensuada de empatía es la propuesta por Davis (como se citó en López-Pérez et al., 2008): “conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (p, 6).

Mehrabian (Como se citó en López-Pérez et al., 2008) afirma que el aspecto cognitivo es una condición sin la cual no se puede hablar de empatía, pues, para que se produzca el

proceso de empatía es imprescindible comprender a la otra persona, es decir ponerse en su lugar. Por tanto, se puede decir que es la antesala de la dimensión afectiva. Así, se ha visto que este elemento es necesario para poder hablar de empatía.

Cuando encontramos solamente un componente afectivo no se puede hablar de empatía, sino de otros procesos psicológicos como el contagio o la hipersensibilidad emocional. Por lo tanto, el componente cognitivo por sí solo se puede considerar empatía, aunque es necesario remarcar que ello generaría una “empatía menos profunda” (López-Pérez et al., 2008).

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva

El TECA es una medida global de la empatía, que cuenta con dos dimensiones, las cuales a su vez se dividen en cuatro escalas. Por una parte, la dimensión cognitiva, que agrupa las escalas denominadas Adopción de Perspectivas (AP) y Comprensión Emocional (CE). Por otro lado, la dimensión afectiva que comprende las escalas Estrés Empático (EE) y Alegría Empática (AE) (López-Pérez et al., 2008).

Empatía cognitiva

Giordani (como se citó en Fernández-Pinto et al., 2008) menciona que la persona se pone en el lugar del otro, pero no se contagia emocionalmente con esta persona. Esto puede deberse a los antecedentes, por ejemplo, el encontrarse en una situación psicoterapéutica. A nivel intrapersonal, se puede encontrar un incremento de interés hacia la otra persona, la consecuencia a nivel interpersonal es la facilitación de la interacción social. La empatía cognitiva comprende dos escalas:

La Adopción de Perspectivas (AP), en la cual, esta escala hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona. En general, puntuaciones altas en esta escala indican facilidad para la comunicación, la tolerancia y las relaciones interpersonales. Los sujetos con altas puntuaciones en AP tienen un pensamiento flexible, de tal forma que pueden adaptar su modo de pensar a diferentes situaciones. Una puntuación extremadamente alta puede interferir en la capacidad de tomar decisiones, ya que tener en cuenta todos los puntos de vista supone una mayor carga cognitiva (López-Pérez et al., 2008).

Aquellos sujetos con puntuaciones bajas suelen tener un pensamiento menos flexible y pueden tener menor facilidad para comprender los estados mentales de los demás, lo que puede suponer un cierto obstáculo en la comunicación y las relaciones con otras personas. Una puntuación extremadamente baja puede estar asociada con importantes déficits en las habilidades de relación y comunicación con otras personas debidas a un estilo de pensamiento bastante rígido (López-Pérez et al., 2008).

La segunda escala, es la Comprensión Emocional (CE), que comprende la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de los otros. Aunque la referencia emocional puede llevar a equívocos, esta escala se incluye dentro de la dimensión cognitiva, ya que la comprensión es una capacidad cognitiva de la persona que tiene empatía. Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala se caracterizan por tener gran facilidad para la lectura emocional ante el comportamiento verbal y no verbal de los otros. Esto es positivo, ya que facilita las relaciones interpersonales, mejora la calidad de la comunicación entre las personas y permite detectar cuándo los demás experimentan emociones tanto negativas como positivas (López-Pérez et al., 2008).

Una puntuación extremadamente alta puede implicar una atención excesiva a los estados emocionales ajenos y menor en los propios. Aquellos sujetos con puntuaciones bajas se caracterizan por mostrar dificultades en esta capacidad, lo cual podría redundar en una peor calidad de sus relaciones interpersonales así como menores habilidades sociales. Una puntuación extremadamente baja podría estar reflejando la existencia de importantes problemas en la relación con los demás y probablemente estará asociada a una red social deficiente, así como a dificultades emocionales a nivel interpersonal (López-Pérez et al., 2008).

Empatía Emocional

Gorostiaga, Balluerka & Soroa (2014) afirman que la empatía emocional, no solo cuenta con la capacidad de compartir las emociones negativas de las otras personas y sintonizar emocionalmente con ellas (Estrés Empático), sino que también cuenta con la capacidad de sintonizar las alegrías y éxitos ajenos (Alegría Empática). La empatía emocional comprende dos escalas:

El Estrés Empático (EE), es la capacidad de compartir las emociones negativas de otra, es decir, de sintonizar emocionalmente con ésta. Los sujetos con puntuaciones altas tienden a ser personas emotivas y cálidas en sus relaciones interpersonales, con cierta tendencia a sobreimplicarse en los problemas de los demás. Las personas con puntuaciones extremadamente alta se caracterizan por autoinformar altos niveles de neuroticismo. Esto puede interferir negativamente en la vida de la persona llegando incluso a distorsionar el sufrimiento del otro hasta percibirlo como mayor de lo que en realidad es (López-Pérez et al., 2008).

Las personas con puntuaciones bajas no se conmueven fácilmente, son poco emotivas, no encuentran grandes dificultades en distinguir sus necesidades y emociones de

las de los demás. Por el contrario, una persona que puntúa extremadamente bajo se caracterizará por una frialdad emocional excesiva, es decir, grandes dificultades para sentirse conmovida por lo que sucede a otra persona. Será preferible una puntuación u otra (alta, media o baja) en función del objetivo específico para el que se realice la evaluación. Por ejemplo, en el ámbito terapéutico, donde la implicación emocional con el paciente debe ser mínima, una puntuación baja será posiblemente la más adecuada (López-Pérez et al., 2008).

La segunda escala es la Alegría Empática (AE), que comprende la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona. Las personas con una puntuación alta en esta escala tienen facilidad para alegrarse con los éxitos o acontecimientos positivos que les suceden a los demás. Una puntuación extremadamente alta puede implicar que la propia felicidad depende la felicidad de los demás y que la persona se olvida de alcanzar las propias metas, incluso podría llegar a dejar la realización personal en segundo plano (López-Pérez et al., 2008).

Cuando la puntuación en esta escala es baja, hay una tendencia menor a compartir las emociones positivas de los demás. Las personas con puntuaciones extremadamente bajas se caracterizan por mostrar indiferencia ante los acontecimientos positivos que les suceden a los demás (López-Pérez et al., 2008).

Definición Operacional de Variables e hipótesis

La variable Caracterología medida por el Cuestionario Caracterológico (CCGB) de Berger, validado por Vicuña en el 2006 (Ver tabla 1).

Tabla 1. Definición operacional de la variable Caracterología medida por el Cuestionario Caracterológico (CCGB) de Berger validado por Vicuña en el 2006.

Definición teórica	Definición operacional		Tipos
	Dimensiones	Indicadores	
Entendida como la ciencia del carácter, para Dorsh “la Caracterología es una parte de la psicología que se ocupa de describir las formas de manifestación del carácter e investiga su desarrollo con referencia a la aportación congénita y a la acción del medio ambiente” (Como se citó en Vicuña, 2006).	Emotividad:	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Pasionales (E-A-S)
	Emotivo		
	No emotivo		Coléricos (E-A-P)
	Actividad:	11,12,13,14,15,16, 17,18,20	Sentimentales (E-Na-S)
	Activo		
	No activo		Nerviosos (E-Na-P)
	Resonancia:	21,22,23,24,25,26, 27,28,29,30	Flemáticos (nE-A-S)
	Primario		Sanguíneos (nE-A-P)
Secundario		Apáticos (nE-nA-S)	
		Amorfos (nE-nA-P)	

La variable Empatía Cognitiva y afectiva medida por el Test de Empatía Cognitiva afectiva de López- Pérez, Fernández-Pinto & Abad en el 2008 (Ver tabla 2).

Tabla 2. Definición operacional de la variable Empatía, medida por el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva de López- Pérez, Fernández-Pinto & Abad en el 2008.

Definición teórica	Definición operacional		Niveles
	Dimensiones	Indicadores	
Baron- Cohen y Wheelwright describen la empatía como “La habilidad que nos permite saber cómo se sienten las otras personas o qué es lo que están pensando, comprender las intenciones de los otros, predecir sus comportamientos y entender sus emociones” (como se citó en López-Pérez, Fernández-Pinto & Abad, 2008).		6,11,15,17,20,26,29,32	Adopción de perspectivas
	Empatia Cognitiva	1,7,10,13,14,24,27,31,33	Comprensión emocional
		3,5,8,12,18,23,28,30	Estrés empático
	Empatia emocional	2,4,9,16,19,21,22,25	Alegría empática
			Extremadamente alta: 66 o superior
			Alta: 56 a 65
			Media: 45 a 55
			Baja: 35 a 44
			Inferior: 34 o inferior

Método

Tipo y Diseño de investigación

No experimental- descriptiva

Población

La población de esta investigación estuvo conformada por 209 profesionales pertenecientes al área de Salud, de los cuales 40 participaron para la validación de los instrumentos y los individuos restantes fueron incluidos para la investigación (médicos, cirujanos dentista, enfermeros, tecnólogos médicos, psicólogos, nutricionistas, obstetras, químicos, técnicos, biólogos, asistente social, técnico especializado, asistente en servicio de salud) de ambos sexos, de un hospital de Lambayeque, 2016.

Criterios de selección

Inclusión: Profesionales pertenecientes al área de Salud que tengan como mínimo un año de labor en un hospital de Lambayeque.

Eliminación: Profesionales pertenecientes al área de Salud que laboran en un hospital de Lambayeque que no respondan a todas las preguntas de los test.

Profesionales pertenecientes al área de Salud que laboran en un hospital de Lambayeque que marquen más de una alternativa en la misma pregunta.

Procedimiento

Para realizar esta investigación, se presentó una solicitud al director del hospital para obtener información acerca del número de profesionales pertenecientes al área de Salud que laboraban allí y poder realizar la aplicación de los instrumentos. Posteriormente para acceder a esta población se acordó con los coordinadores de los profesionales el lugar y la hora de ejecución de los instrumentos. Esta se realizó de manera individual en el lugar que prestan servicios, por un periodo de 20 minutos. Previamente se les informó sobre su participación teniendo absoluta libertad para tomar parte o retirarse sin que esto les perjudique. Así mismo firmaron el consentimiento informado como muestra de su consentimiento.

Instrumentos

Se utilizó la técnica de encuesta, aplicando dos instrumentos: Cuestionario caracterológico (CCGB) (Ver apéndice A) construido por Berger en el 1998, validado por Vicuña en el 2006, en Lima en sujetos de diferentes sexos, de 14 a 25 años. Presenta confiabilidad por cada factor: 0,89 para Emotividad, 0,92 para Actividad y 0,90 para Resonancia. Dicho instrumento consta de 30 ítems con respuestas dicotómicas de 1 y 9, excepto en el ítem 26 que tienen tres alternativas 1, 5 y 9; el cuestionario posee tres partes o tres factores con un puntaje acumulado respectivo; por tanto, se suma las preguntas en este orden: 1 al 10,

11 al 20 y 21 al 30 para poder obtener el puntaje de Emotivo (E), Activo (A) y Resonancia (R), respectivamente. Por último, se ubican los puntajes en el recuadro para el resultado caracterológico (Ver apéndice D).

El segundo instrumento fue el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (Ver apéndice B) creado por Fernández-Pinto, López-Pérez y Abad en el 2008; que consta de 33 ítems con respuestas de tipo likert que van de 1 a 5 puntos, desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, donde se evaluó con un punto cada uno teniendo también ítems negativos que la puntuación es inversa. Este instrumento evalúa empatía cognitiva y afectiva, comprendiendo cuatro escalas de 8 ítems cada uno excepto, una escala que comprende 9 ítems, (adopción de perspectivas 8 ítems, comprensión emocional 9 ítems, estrés empático 8 ítems y alegría empática 8 ítems). Presentó confiabilidad por cada escala: adopción de perspectivas, Comprensión emocional, alegría empática y escala la de estrés empático puntuaciones alpha mayores de 0,70.

Para efectos de esta investigación se realizó la validación de los dos instrumentos, en 40 profesionales de la salud del mismo hospital de Lambayeque, el primero CCGB, alcanzó una validez de 0.79 y una fiabilidad de 0.80; el TECA presentó 0.91 y 0,93 respectivamente. En ambos instrumentos se utilizó el método de coeficiente de alfa de Cronbach para calcular su consistencia interna. Estos participantes fueron seleccionados aleatoriamente, donde previamente se les entregó un consentimiento informado acerca del proceso de validación, ellos no formaron parte de los resultados ni de la investigación final.

Aspectos éticos.

Esta investigación tomó en cuenta la integridad de las personas y respeta su autonomía, tampoco presentó riesgo alguno para la salud de los participantes ni de forma física o psicológica. Además, contó con beneficios, pues se entregaron los resultados de evaluación a los sujetos mediante correo electrónico y el informe general de investigación al hospital. Así mismo, se garantizaron los aspectos éticos, al proporcionarles información sobre los objetivos y propósitos del estudio, el procedimiento e instrumento a utilizar, la duración del estudio y el uso de los resultados obtenidos. Del mismo modo se realizó énfasis en mantener toda la información de manera confidencial, así como también la libertad que tuvieron los participantes de retirarse del estudio en cualquier momento que deseen.

Como parte de este procedimiento se les proporcionó un consentimiento informado (Ver apéndice F), el cual incluyó información completa de la evaluación en un lenguaje comprensible; así como también se aclaró cualquier interrogante o duda que pueda surgir. Así

como también, se consideró la voluntariedad con la que los sujetos firmaron el consentimiento, manifestando su total acuerdo para participar de la investigación, o de retirarse en cualquier momento.

Procesamiento y análisis de datos

La información registrada en los instrumentos se trasladó en una hoja electrónica de cálculo en Microsoft Excel 2016 la cual constituyó la base de datos. Luego de ser tabulados fueron presentados en tablas de frecuencias y gráficos estadísticos para una mejor comprensión y visualización de los resultados, que ayude a un eficiente análisis con apoyo del marco teórico.

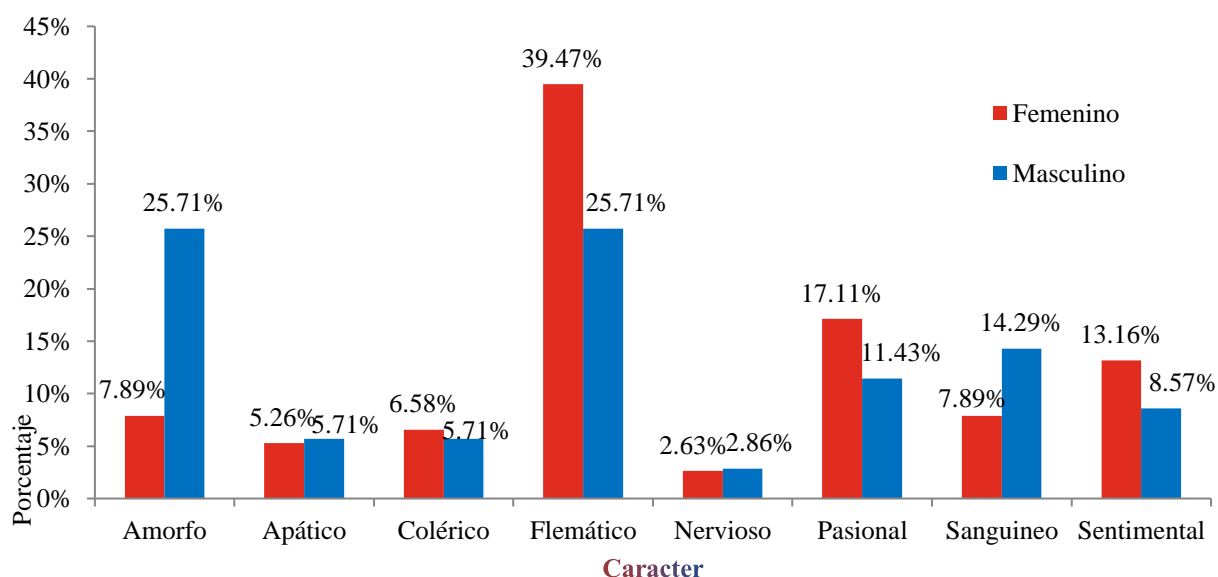
Para determinar el tipo de caracterología, se sumaron los puntajes de los ítems (1 al 10) pertenecientes a la subdimensión de Emotividad (ver apéndice C), el resultado de la suma evidenció el rasgo emotivo o no emotivo. La puntuación total de los ítems (11 al 20) pertenecientes a la subdimensión de Actividad, el resultado de la suma arrojó el rasgo activo o no activo (ver apéndice C); la suma de los puntajes de los ítems (21 al 30) pertenecientes a la subdimensión de Resonancia, dio como resultado la primariedad o secundariedad de la persona (ver Apéndice C). Una vez obtenido el resultado de las tres subdimensiones (emotividad, actividad y resonancia) se procedió a consultar la tabla de Formulas caracterológicas (ver Apéndice D) para obtener el tipo de caracterología.

Para determinar los niveles de empatía se sumaron las puntuaciones correspondientes a los ítems de cada escala para obtener así las puntuaciones directas de cada una de ellas, después para calcular la puntuación total en el test, se sumará la puntuación en las cuatro escalas y para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones percentiles se consultará la tabla de puntuaciones (ver apéndice E).

Resultados

Tipos caracterológicos según sexo

El tipo caracterológico que tiene mayor porcentaje en el sexo femenino es el flemático con un 39,47%, el sexo masculino presenta porcentajes iguales en los tipos de caracterología: amorfo y flemático, con un 25,71%. Además, los porcentajes más bajos corresponden a tipo nervioso en ambos sexos (ver figura 1).



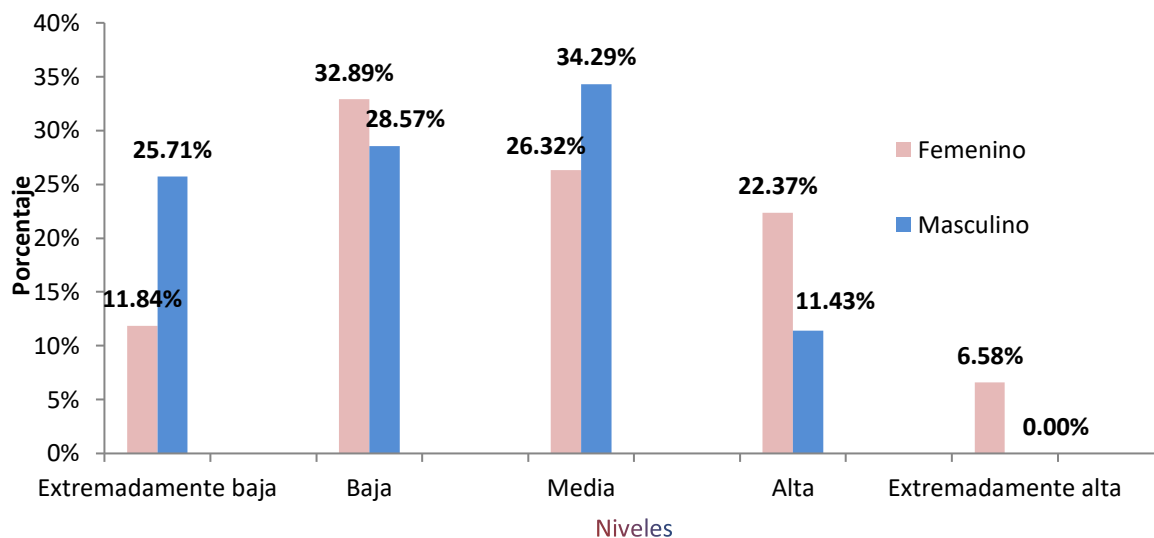
Tipos de caracterología según sexo

Figura 1. Tipos de caracterología según sexo en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Niveles de empatía cognitiva/afectiva según sexo

En relación con los niveles de empatía de los profesionales de la salud, es el sexo masculino quien presenta mayor porcentaje de empatía en el nivel bajo y extremadamente bajo con un porcentaje de 54,29% mientras que el sexo femenino presenta 44,74% en los mismos niveles. El 34,29% del sexo masculino presenta un nivel medio de empatía, el sexo femenino el 26,32% se encuentra en el mismo nivel. Por su parte, el 28,95% del sexo

femenino presenta niveles altos y extremadamente altos, el 11,43% del sexo masculino presenta únicamente el nivel alto de empatía (ver figura 2).

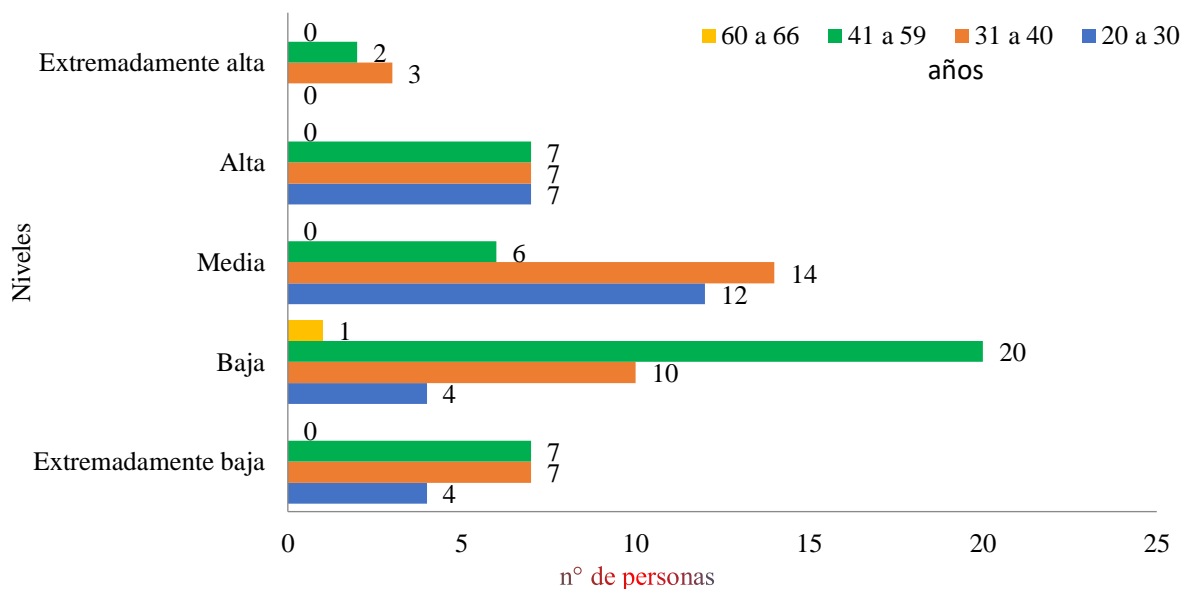


Niveles de Empatía según sexo

Figura 2. Niveles de empatía según sexo en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva según edad

Se obtuvo que 20 de 42 personas pertenecientes al intervalo de edad de 41 a 59 años representa un nivel bajo de empatía cognitiva afectiva. Así mismo, 17 de 41 profesionales con edades que oscilan entre los 31 a 40 años presentan niveles de empatía cognitiva bajo y extremadamente bajo. 12 de 27 profesionales evidencian tener una empatía cognitiva/afectiva a nivel medio. Finalmente, la única persona perteneciente al intervalo de edad de 60 a 66 años muestra una empatía baja (ver figura 3).

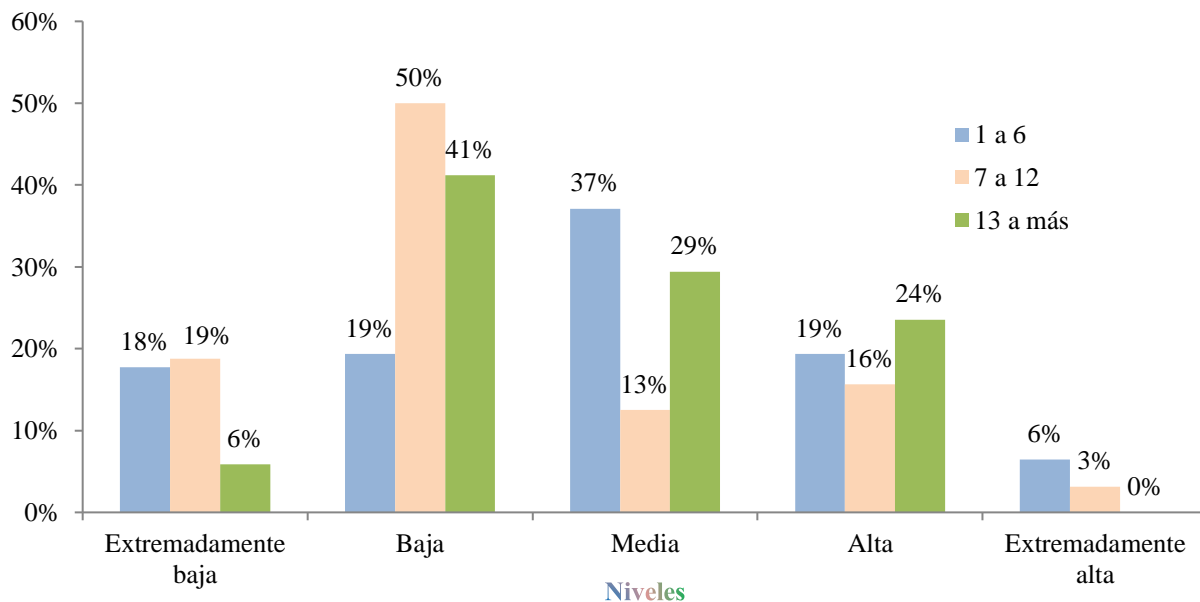


Nivel de Empatía según intervalo de edades

Figura 3. Empatía Cognitiva afectiva según intervalos, en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva según años de trabajo

El 50% de las personas que llevan laborando en el hospital de 7 a 12 años presenta un nivel bajo de empatía y solo el 3% evidencia empatía en nivel extremadamente alta. Así mismo, el 41% de las personas que trabajan de 13 años a más presentan nivel bajo de empatía; el 6% de dichos profesionales refleja la empatía en un nivel extremadamente bajo. Los profesionales que tienen de 1 a 6 años de trabajo presentan 37% de empatía a nivel medio y el 6% de estas personas obtuvo nivel de empatía a nivel extremadamente alto (ver figura 4).

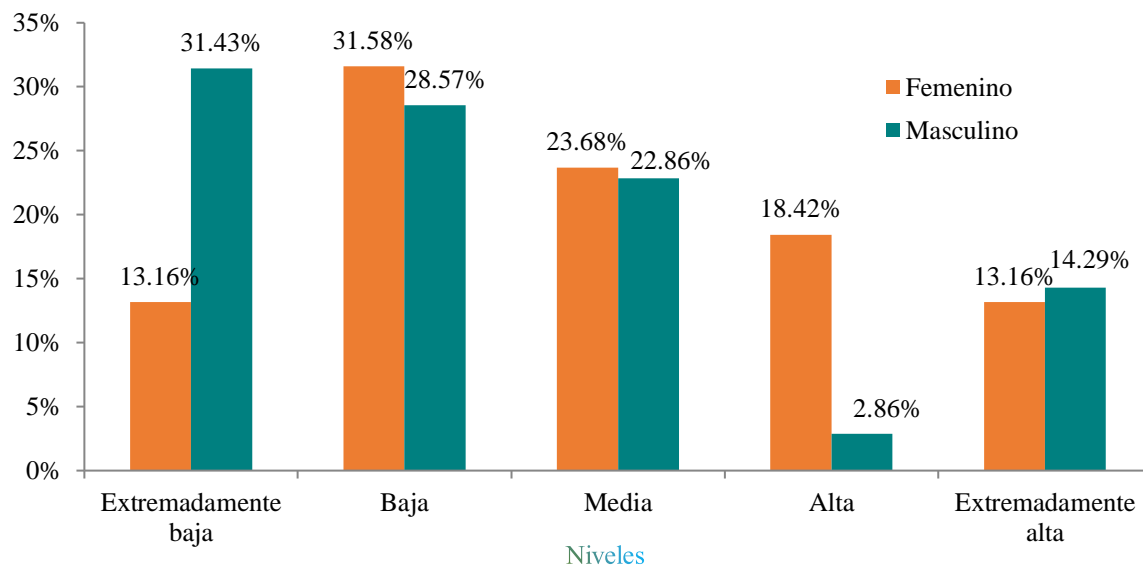


Niveles de empatía cognitiva/afectiva, según años de trabajo.

Figura 4. Empatía Cognitiva afectiva según años de trabajo, en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Niveles de la escala Adopción de Perspectivas de la Empatía Cognitiva/Afectiva según sexo

En el sexo masculino, el 60% presenta nivel bajo y extremadamente bajo en la escala de Adopción de Perspectivas, mientras que el porcentaje más representativo con respecto al sexo femenino es el 44,74% perteneciente al nivel bajo y extremadamente bajo correspondiente a esta escala (ver figura 5).



Niveles de escala Adopción de Perspectivas, según sexo.

Figura 5. Niveles de escala de Adopción de Perspectivas, en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Niveles de la escala Comprensión Emocional de la Empatía Cognitiva/Afectiva según sexo

El 54,29% de los varones presenta un nivel medio de la escala Comprensión emocional, al igual que en las mujeres, cuyo porcentaje más elevado es 42,11% en esta misma escala (ver figura 6).

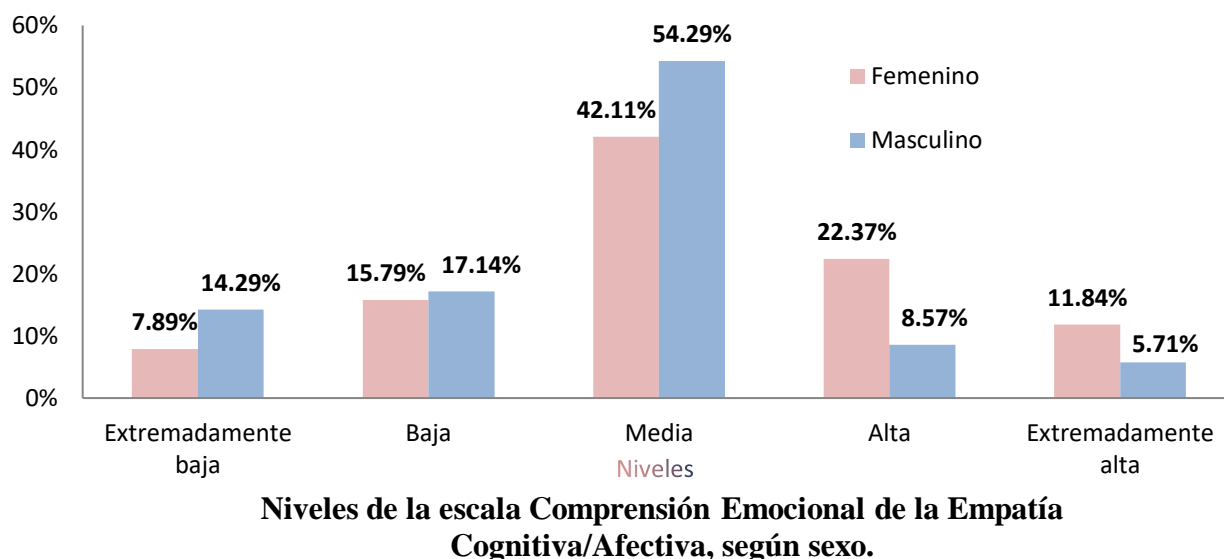
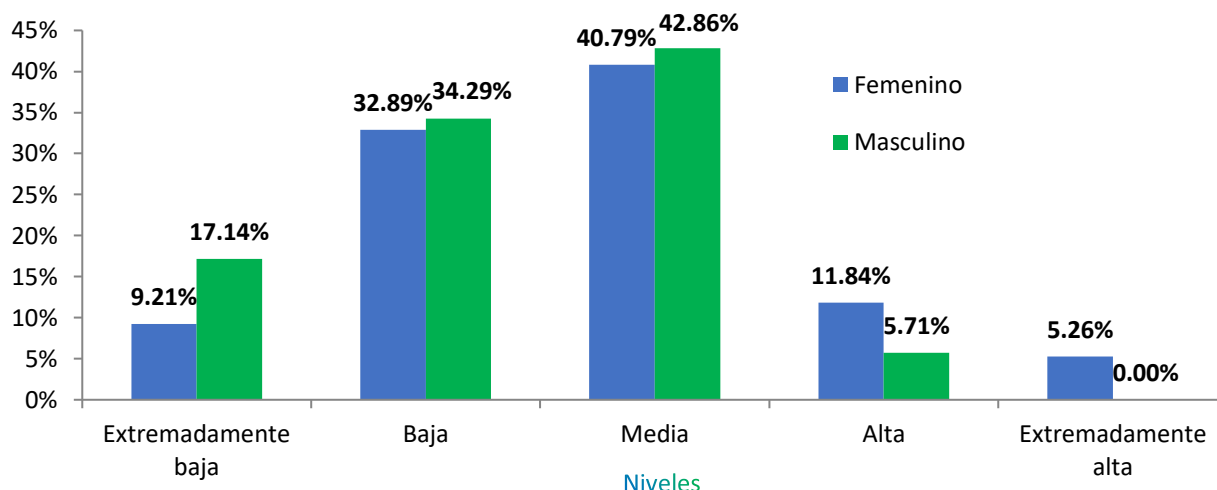


Figura 6. Niveles de la escala Comprensión Emocional según sexo, en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Niveles de la escala Estrés Empático de la Empatía Cognitiva/Afectiva según sexo

El 51,43% del sexo masculino presenta nivel bajo y extremadamente bajo en la escala estrés empático. Por su parte, el 42,1% del sexo femenino, tiene nivel bajo y extremadamente bajo con respecto a la misma escala. Además, el 42,86% y el 40,79% del sexo masculino y femenino, respectivamente, representan un nivel medio de la escala de estrés empático (ver figura 7).

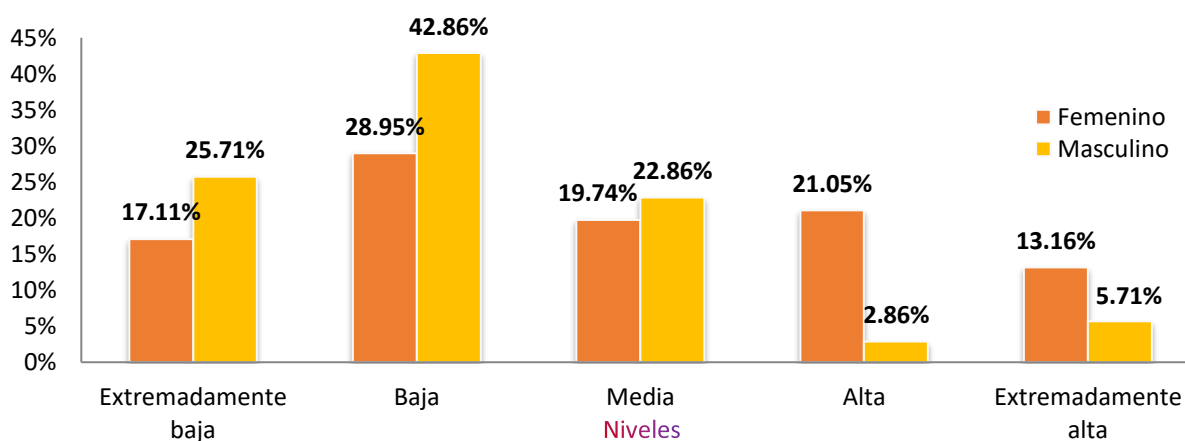


Niveles de escala Estrés Empático, según sexo.

Figura 7. Niveles de la escala Estrés Empático según sexo, en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Niveles de la escala Alegría Empática de la Empatía Cognitiva/Afectiva según sexo

El 68,57% de los profesionales de sexo masculino presenta en la escala alegría empática un nivel de empatía baja y extremadamente baja. El 46,06% del sexo femenino obtuvo nivel bajo y extremadamente bajo en la escala de alegría empática. Los niveles altos y extremadamente alto corresponden en el sexo femenino al 34,21% y en el sexo masculino al 8,57% en la escala Alegría empática (ver figura 8).



Niveles de la escala Alegría Empática de la Empatía Cognitiva/Afectiva según, sexo.

Figura 8. Niveles de escala Alegría Empática, según sexo, en profesionales de la salud.

Discusión

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de los test de Caracterología de Berger y Empatía cognitiva/afectiva de López-Pérez et al. indican que, de los profesionales de la salud, el tipo caracterológico con mayor porcentaje es el flemático; en cuanto al sexo masculino el tipo amorfo y flemático tienen un porcentaje superior a los demás caracteres; por otra parte, el tipo caracterológico que más presenta el sexo femenino es el flemático, siendo el tipo nervioso el que menos presentan ambos sexos.

A diferencia de los estudiantes que formaron parte de la investigación de Hernández et al., (2012) quienes obtuvieron que el tipo más preponderante es el apasionado, lo cual se puede explicar debido a que la población de la investigación fue conformada por estudiantes en proceso de profesionalización, cuyas características principales son la impulsividad, el entusiasmo, la impaciencia y susceptibilidad; Por el contrario los profesionales ya trabajan y mantienen un continuo contacto con los pacientes, han adquirido características como la toma de decisiones con fundamento y claridad, son más racionales, pacientes y bien equilibrados, objetivos y suelen adaptarse a diversas situaciones; estas características les permiten llevar a cabo sus actividades con más eficacia y, en consecuencia, el contacto con el paciente se puede tornar más efectivo si se presenta acompañado de otras aptitudes por parte del profesional de la salud. Además, recordemos que el carácter es un componente de la personalidad, se va moldeando como un todo a partir de las disposiciones genéticas y a través de las experiencias básicas por las que va pasando el sujeto a lo largo de su desarrollo evolutivo, tal como es mencionado por Gay (2003).

La empatía con relación al sexo obtuvo que, de los profesionales de la salud, son los varones quienes ligeramente superan en el nivel medio de empatía a las mujeres con un 34,29% sobre los 26,32% de las profesionales. Además, el 54,28% de los varones presentan empatía baja y extremadamente baja, mientras que las mujeres en dichos niveles exhiben 44,73%. Únicamente el sexo femenino presenta empatía a nivel extremadamente alto con 6,58% del total. Estos resultados difieren de los de Agama (2013) donde obtuvo de su investigación con personas del sexo femenino, que la mayoría tiene un alto rango de empatía. Así mismo para Eisenberg y Lennon (como se citó en Fernández-Pinto et al., 2008) las mujeres se presentan como más empáticas, ya que esto es lo que se espera de ellas, mientras los hombres hacen lo contrario. Esto confirma la evidencia obtenida por Davis en 1980, con respecto a las diferencias de sexo en la empatía, pues utilizando el índice de reactividad interpersonal encontró resultados en los que las mujeres puntuaron más alto que los hombres en las escalas emocionales, pero no

así en las escalas cognitivas. Esto coincide con el estudio realizado por Retuerto (2004), quien al analizar la influencia de las variables género y edad sobre la empatía administrando el test de Índice de Reactividad Interpersonal de Davis también obtuvo como resultado que las mujeres puntuaban significativamente más que los varones en fantasía, preocupación empática y malestar personal. Del mismo modo esto fue evidenciado por Sánchez (2010) aplicando la Escala Jefferson de empatía médica, donde las mujeres obtuvieron valores más significativos para toma de perspectiva y compasión con relación a los hombres.

Sin embargo, los resultados obtenidos en la investigación sobre todo en los niveles media y bajo de empatía se acercan a los que se presentaron en el estudio de Fine (2011) pues refiere que los psicólogos Eisenberg y Lennon, descubrieron que la ventaja empática femenina se iba reduciendo a medida que resultaba menos obvio que lo que se estaba evaluando tenía algo que ver con la empatía. Es decir, las diferencias de sexo eran mayores en los test, en los que se tenía claro que se medía, es decir, escalas autorregistradas y eran diferencias menores aquellas que el propósito de la prueba no resultaba tan obvio. En otras palabras, las mujeres y los hombres no difieren en la empatía, si no en como de empáticos quieren parecer ante los demás. Confirmando lo expuesto por (García et al., 2015) en su estudio, donde no encontraron diferencias del nivel de empatía respecto al sexo. Por tanto, con relación a los resultados de la investigación, es consentido afirmar que la habilidad de empatizar no está determinada por el sexo, si no, por la propia persona.

Del mismo modo múltiples estudios enfatizan la mayor capacidad empática en mujeres que en hombres (Martí Vilar & Palma, 2010). Esta tendencia empática está relacionada con la atribución que las mujeres hacen a su propio estereotipo social, relacionándolo con un mayor sentido de protección y cuidado hacia los demás, preocupación por la interacción social y sentimientos de otras personas. Existen diferencias significativas en el desempeño de roles sexuales de hombres y mujeres, esto dificulta más a los hombres la expresión de sus sentimientos de ternura, compasión, enfado y ansiedad.

En cuanto a los niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva según edad, se encontró un declive de los niveles media de empatía a medida que aumenta la edad de los profesionales, donde los rangos de edades de 20 a 30, 31 a 40 y 41 a 59 presentan un nivel medio de empatía de 44,44%; 34,15% y 14,29% respectivamente. Por el contrario, los niveles de empatía bajo y extremadamente bajo aumentan a medida que su rango de edad progresa, donde el primer rango

de edad 20 a 30 años presenta 29% en estos niveles, mientras que las edades de 31 a 40 y 41 a 59 años tienen un 41,46% y 64% en ese orden.

También se conoció que la única persona con una edad entre 60 y 66 años mostró tener un nivel bajo de empatía. Estos resultados muestran que son los profesionales jóvenes con edades entre 20 y 30 años quienes muestran un nivel de empatía más favorable respecto al desempeño clínico. Lo cual se asemeja a los resultados obtenidos por Grünh (2008) donde en su análisis transversal, obtuvo que los adultos jóvenes presentan niveles más elevados de empatía que los adultos mayores. Respondiendo a las teorías propuestas por Bilbeny y Guardia (2015) donde se menciona que la edad constituye una variable moduladora en empatía durante la adolescencia y temprana edad adulta. Así conforme avanza la edad de los adolescentes y jóvenes aumentan progresivamente las puntuaciones en toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática. Explicando que la empatía en sus extremos no es favorable, ya que puede influir de manera negativa en el desempeño del profesional, debido a que pueden aparecer conductas propias del neuroticismo y otros problemas médicos por involucrar emociones muy intensas con el paciente.

Esta aseveración se ve respaldada por Pérez (2010) quien llevó a cabo un estudio con 280 personas asignadas a distintos grupos según su edad: adolescencia (16-19 años), adultez temprana (20-30 años), adultez media (31-40 años), adultez tardía (41-59 años) y tercera edad (60-66 años). Obteniendo que los componentes afectivos de la empatía no se ven afectados por la edad, pero sí los componentes cognitivos, cuyos niveles son menores en los grupos de mayor edad que en aquellos más jóvenes. Así mismo, para M. Remón et al., (2012) en un estudio que llevaron a cabo, el rango de edades que presentaba más empatía fue de 26 a 30 años. Sin embargo, algo que prioriza Grünh (2008) en la misma investigación ya mencionada anteriormente, es que, con respecto al análisis longitudinal, la empatía no presenta declive con el paso de la edad, por tanto, última que si la empatía de las personas aumenta o disminuye no está relacionada significativamente con la edad, lo cual puede entenderse que los niveles de empatía se encuentren determinados por la personalidad del profesional que por su edad.

En relación con la empatía según los años de trabajo, el 69% de los profesionales de salud que llevan trabajando en el hospital 7 a 12 años, presentan nivel de empatía baja y extremadamente baja. Así mismo, el 47% que llevan trabajando en el hospital más de 13 años representa nivel bajo y extremadamente bajo. El 37% de los profesionales que llevan trabajando de 1 a 6 años presentan un nivel medio de empatía. Solo el 25% de los profesionales que llevan

entre 1 a 6 años de trabajo tienen un nivel de empatía alto y extremadamente alto. Por ende, no influye en la aparición de conductas de carácter empático en la relación establecida entre profesional paciente.

En cuanto a la escala de Adopción de Perspectivas las mujeres obtuvieron el 31,58% de la población representando un nivel bajo en la escala, mientras que el porcentaje más representativo con respecto a varones es el 31,43% perteneciente al nivel extremadamente bajo correspondiente a esta escala. El nivel alto de esta escala las mujeres presentan el 18,42% y los varones solo el 2,86%. Estos resultados son contrarios a los obtenidos en la investigación Castillo (2012) quien encontró que en la escala de adopción de perspectivas las puntuaciones más representativas pertenecían al nivel alto. Esta diferencia puede explicarse debido a que los profesionales que, al contrario de las personas que están ingresando al ámbito clínico-laboral, se tornan menos flexibles en cuanto a las opiniones de los demás, ya que a lo largo de su carrera han ido formando su método de trabajo, por lo que se encuentran con menos disposición de tomar en cuenta las opiniones, ideas de los demás. Al ejercer labores clínicas durante cierto tiempo, los profesionales adquirieron confianza en cuanto a su modo de trabajo, por su parte los estudiantes, en proceso de adaptación e inducción a la práctica clínica, se muestran con más apertura para escuchar y aceptar los puntos de vista y sugerencias de los demás.

Con respecto a la escala de comprensión emocional, se obtuvo que el 54,9% de los varones presenta un nivel medio y en las mujeres porcentaje de 42,11% en esta misma escala. El nivel extremadamente alto en varones y mujeres es de 5,71% y 11,84% respectivamente. Estos resultados se contraponen a los encontrados por Castillo (2012) que obtuvo que se presentan niveles extremadamente altos en la escala comprensión emocional, lo cual implica una desventaja para la población, ya que significaría una atención excesiva a los estados emocionales de los pacientes, desplazando los propios. Esto se puede explicar debido a que, la población en la investigación de Castillo está conformada por estudiantes, quienes, en su afán por ayudar al paciente, tienden a mostrar excesiva atención al estado emocional del paciente, lo cual podría interferir en el tratamiento que se debería proporcionar al paciente. Por el contrario, los profesionales de la salud nombrados tienen menor tendencia a comprender el estado emocional del paciente, ya que el tiempo de exposición a sus emociones a través de llanto, angustia, preocupación, tristeza; han generado desinterés en las emociones del paciente para priorizar su bienestar físico y el tratamiento que ha de impartirle.

El nivel medio es donde se concentra el mayor porcentaje de los cinco niveles de la escala Estrés Empático en ambos sexos. Este resultado coincide con los obtenidos por Castillo (2012) quienes también obtuvieron un nivel medio en la escala de estrés empático, estos resultados se explican debido a que, en el ámbito clínico, es necesario que la implicación emocional con el paciente no presente niveles muy altos, debido a que, según Fernández y López (2007) niveles altos o extremadamente altos se caracterizan por presentar niveles elevados de neuroticismo, interfiriendo negativamente en la vida personal y laboral del profesional de salud, ya que en una situación semejante podría pues puede "distorsionar el sufrimiento del paciente llegando a percibirlo como mayor de lo que en realidad es" (Batson, citado por Fernández y López, 2007).

Finalmente, en la escala de Alegría Empática, se obtuvo que el 42,86% de los varones presentan un nivel bajo. Así mismo, el 21,05% de las mujeres evidencian un nivel alto de la escala Alegría Empática y los varones solo 2,86%. Por su parte, el autor ya expuesto, encontró como resultado de su investigación niveles altos en esta escala. En donde, en el contexto clínico, es claramente beneficioso que existan niveles altos en esta escala, ya que el profesional mostrará mejor disposición para alegrarse con la eficacia del tratamiento del paciente, así como sentirse satisfecho por su mejoría, motivando constantemente su trabajo y evitando caer en estrés. Por tanto, se observa un beneficio mutuo, como lo muestra la investigación de Márquez (2014), pues en su estudio, encontró que la satisfacción del paciente con la relación médico-paciente se correlaciona en un 80% con buena empatía de los médicos, de los cuales, 90% presenta buena empatía mientras que 30% de los pacientes percibe mala empatía de su médico familiar, es decir el paciente se sentirá más satisfecho si percibe buena empatía en el médico que lo atiende. Por tanto, será más sencillo seguir al pie de la letra el tratamiento brindado por el médico, facilitando con su pronta mejoría.

Volviendo a la ya mencionada escala, son las mujeres quienes presentan un nivel alto y extremadamente alto de alegría empática, sin embargo, es importante que estos niveles se mantengan estables, pues las puntuaciones extremadamente altas no son beneficiosas para el profesional de la salud debido a que puede implicar que la propia felicidad llegue a depender de la felicidad del paciente, restando importancia al logro de sus propias metas.

Conclusiones

El tipo caracterológico que más se presenta en los profesionales de salud es el flemático; en cuanto al sexo masculino el amorfo y flemático superan a los demás caracteres; por otra parte, el carácter que más presentan las mujeres es el flemático, siendo el tipo nervioso el que menos presentan ambos sexos.

Con relación a la empatía según el sexo, se obtuvo que, de los profesionales de la salud, son los varones quienes presentan una empatía en el nivel medio con 34,29%, sin embargo 54,28% de ellos presentan empatía baja y extremadamente baja, mientras que las mujeres en dichos niveles exhiben 44,73%. Únicamente las mujeres presentan empatía a nivel extremadamente alto con 6,58% del total.

En cuanto a los niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva según edad, los profesionales presentan un declive de los niveles medio de empatía a medida que aumenta la edad de los profesionales, donde los rangos de edades de 20 a 30, 31 a 40 y 41 a 59 presentan un nivel medio de empatía de 44,44%; 34,15% y 14,29% respectivamente. Por el contrario, los niveles de empatía bajo y extremadamente bajo aumentan a medida que su rango de edad progresa.

Con relación a la empatía según los años de trabajo, el 50% de las personas que llevan laborando en el hospital de 7 a 12 años presenta un nivel bajo de empatía. Así mismo, el 41% de las personas que trabajan de 13 años a más presentan nivel bajo de empatía. Los profesionales que tienen de 1 a 6 años de trabajo presentan 37% de empatía a nivel medio y el 6% de estas personas obtuvo nivel de empatía a nivel extremadamente alto.

En la escala de Adopción de Perspectivas las mujeres obtuvieron el 31,58% de la población tiene nivel bajo en la escala, mientras que el porcentaje más representativo con respecto a varones es el 31,43% perteneciente al nivel extremadamente bajo correspondiente a esta escala.

Con respecto a la escala de comprensión emocional, se obtuvo que el 54,29% de los varones presenta un nivel medio y en las mujeres porcentaje de 42,11% en esta misma escala.

El nivel medio es donde se concentra el mayor porcentaje de los cinco niveles de la escala Estrés Empático en ambos sexos.

Finalmente, en la escala de Alegría Empática, se obtuvo que el 42,86% de los varones presentan un nivel bajo. Así mismo, el 21,05% de las mujeres evidencian un nivel alto de la escala Alegría Empática y los varones solo 2,86%.

Recomendaciones

Desarrollar futuros programas de intervención con los profesionales de salud en cuanto a su empatía, incluyendo el componente cognitivo y afectivo; para que así se les haga más fácil conocer, comprender las intenciones y emociones de los demás, mejorar la satisfacción de los pacientes, compartir sus estados emocionales y el propio bienestar emocional para que no repercuta en su salud.

Realizar estudios futuros con las mismas variables teniendo como población internos que realicen sus prácticas hospitalarias.

Realizar estudios futuros con población perteneciente a profesionales de salud en un hospital en la cual, la aplicación de cuestionarios e instrumentos sea colectiva, coordinando previamente los directivos del hospital para de esta manera administrar mejor el tiempo y la eficacia con la finalidad de obtener los resultados de forma efectiva en el menor tiempo posible.

Referencias

- Amigo, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Alcorta Garza, A., González Guerrero, J., Tavitas Herrera, S., Rodríguez Lara, F., & Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28(4), 57-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58252808.pdf>
- Baron-Cohen, S. (2005). *La gran diferencia: Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres*. Barcelona: Amat
- Bilbeny, N. y Guardia, J. (2015). *Humanidades e investigación científica*. Barcelona: UBe
- Cabré, M. & Salmón, F. (Eds.) (2013). *Sexo y género en medicina*. Santander: Ediciones Universidad Cantabria
- Carlson, R. & Shield, B. (Eds.). (2006). *La nueva salud*. Barcelona: Kairós
- Casa-Madrid, O. (2005) *La atención médica y el derecho sanitario* (2a, ed.). México: Alfil
- Casassus, J. (2007). *La educación del ser emocional*. Santiago: Cuarto propio 2ed
- Catret, A. (2006). *Una dimensión de la personalidad humana*. Madrid: Ediciones Palabra, S.A.
- Capella, J. (1993). *Caracterología y educación en el Perú*. Lima: Zavaleta.
- Castillo, P. (2012). *Nivel de empatía de los estudiantes practicantes de psicología clínica*. (Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar en Guatemala) Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Castillo-Pedro.pdf>
- Cloninger, S. (2003) *Teorías de la personalidad*. México: Pearson
- Cortez, J., & Mondragón, R. (2015). *Sistema experto web basado en reglas utilizando una batería de test psicológicos para apoyar al proceso de selección de intereses profesionales y ocupacionales de los estudiantes de 5to grado de secundaria de la institución educativa particular eliel school*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Santo Toribio de Mogrovejo en Perú). Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/480/1/TL_CortezGilJuan_PadillaMondragonRody.pdf
- Fernández Pinto, I., López Pérez, B., & Márquez, M. (2008). *Empatía: Medidas, teoría y aplicaciones en revisión*. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/12-24_2.pdf
- Fischman, D. (2005). *La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia*. (Tesis de doctorado, Universidad de Palermo en Argentina) Recuperado de

<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1770/Fischman%20Diana%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Fitenco, O., & Remersaro, E. (S.F.) Biopsicología general y criminal. *Educación a distancia*, 223-224. Recuperado de http://campus.universidad_policial.edu.ar/archivos/repositorio/250/407/Biopsicologia_Gral_y_Crimi_tomo_1.pdf
- Fine, C. (2011). *Cuestión de sexos*. Barcelona: Roca Editorial de Libros
- Fuller, J. (2007). *Instrumentación quirúrgica*. Madrid: Ed. Médica Panamericana
- García, M., Montilva, M., Puertas, M., Torres, A., & Zapata E. (Agosto, 2015). *Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. Investigación en educación Médica*, 4(16), 223-228. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S2007505715000290/1-s2.0-S2007505715000290-main.pdf?_tid=5b3c99aa-1720-11e6-be5d-00000aab0f02&acdnat=1462934021_6f63e26a94f54229c076066756ebc3a9
- Gay, J. (2003). *Guía práctica de caracterología*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, S.A.
- Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M. A., & Labouvie-Vief, G. (2008). *Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience sampling findings. Emotion*, 8, 753–765.
- Gorostiaga, A., Balluerka, N., & Soroa, G. (2014). *Evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la inteligencia emocional*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=TxORCAAAQBAJ&pg=PA16&lpg=PA16&dq=estudios+de+la+empatia+cognitiva+y+afectiva&source=bl&ots=b4FY0WDMkr&sig=GL1KWz3bfcZHlPFX7evXnuAhwVU&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj3iOSnydHMAhXLOSYPKHcd_AK0Q6AEIJjAB#v=onepage&q=estudios%20de%20la%20empatia%20cognitiva%20y%20afectiva&f=false
- Hernández, J., Mejía, K., & Mejía, J. (2012). *Relación de la inteligencia emocional con los rasgos caracterológicos de los estudiantes de segundo año de la carrera de licenciatura en psicología, ciclo 01-2012, de la Universidad Francisco Gavidia*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Francisco Gavidia en San Salvador). Recuperada de <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/599/1/Documento%20completo.pdf>
- Hojat, M. (2012) *Empatía en el cuidado del paciente*. México: El manual Moderno

- López Pérez, B., Fernández Pinto, I., & Abad, F. (2008). *Test de Empatía cognitiva y afectiva*. Madrid, TEA Ediciones.
- Lorente, S. (2014). *Efecto de la competencia social, la empatía y la conducta prosocial en adolescentes*. (Tesis de doctorado, Universidad de Valencia en España). Recuperado de http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/36209/Tesis%20Doctoral_Sara%20Lorente%20EDU.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Márquez, A. (2015). *Empatía y satisfacción de la Relación médico-paciente*. (Tesis de doctorado, Universidad Veracruzana en México) Recuperado de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/46408/2/MarquezHernandezAracely.pdf>
- Mejía, M. (2012). *Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud. Universidad de los andes. Mérida-Venezuela*. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9898/50769_mejia_de_diaz_maria_arnolda.pdf?sequence=1
- Medina, P. (2012). *Comunicar y curar: un desafío para pacientes y profesionales sanitarios*. Barcelona: UOC
- Mira, J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. & Llorca, E. (Mayo, 2002) Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista Calidad Asistencial*. 17(5):273-283. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13034110&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=148&accion=L&origen=zonadellectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v17n05a13034110pdf001.pdf
- Oyebode F. (2015). *Manual de psicopatología descriptiva*. (5 ed.). Barcelona: ELSEVIER
- Pérez, B. L., & Fernández-Pinto, I. (2010). Diferencias de edad en empatía: desde la adolescencia hasta la tercera edad. *Ansiedad y estrés*, 16(2), 139-150.
- Retuerto, A. (2004). *Diferencias en empatía en función de las variables género y edad*. *Apuntes de Psicología*, 2004, Vol. 22, número 3, págs. 323-339. Valencia
- Remón, M; Remón, A., & Tataje, M. (Abril, 2013). Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Revista médica Panacea*, 3(1), 2-5. Recuperado de <http://www.revpanacea.pe/index.php/RMP/article/view/55>
- Sánchez, J. (2010) *Estudio comparativo de empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas entre estudiantes de medicina y médicos especialistas docentes en Venezuela*. Universidad autónoma de Madrid: Madrid

- Vicuña, P. (2006). *Manual del test caracterológico de Gastón Berger*. 3° Edición Editorial LAVP, Lima 2006.
- Yuguero, O. (2015). *Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínica*. (Tesis de doctorado, Universidad de Lleida en España). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/307054/Toyt1de1.pdf;jsessionid=840B5B509B564F80FC4F123B237A05F1.tdx1?sequence=5>
- Zabalegui, L. (1990) *La medida de la personalidad por cuestionarios*. Madrid: UPCM
- Zeledón, C. (2009) *Investigación caracterológica del departamento de filosofía de costa rica de los estudiantes la universidad*. 267-268. Recuperado de <http://www.inif.ucr.ac.cr/recursos/docs/Revista%20de%20Filosof%C3%ADa%20UCR/Vol.%20IX/no.29/Investigacion%20Caracterologica%20de%20los%20estudiantes%20del%20departamento%20de%20Filosofia%20de%20la%20universidad%20de%20Costa%20Rica.pdf>

Código: _____

Correo Electrónico: _____

Apéndice A

Cuestionario Caracterológico

CUESTIONARIO DE CARACTEROLOGÍA (CCGB)

Código: _____ Sexo: M - F

Carrera Profesional: _____ Años de trabajo: _____

Esta es una prueba que le ayudará a conocerse mucho mejor. Para conseguirlo, solo tendrás que contestar las preguntas indicando tu respuesta de la siguiente manera:

Al final de cada grupo de respuestas, deberás elegir la respuesta que mejor describa una característica Tuya y luego marcar con una "X" el número correspondiente en la hoja de respuesta

Ejemplo: ¿Le gustaría salir a pasear con sus amigos?9
 ¿prefiere estar solo?..... 1

De esta manera responderás a todas las preguntas de la forma más sincera posible, recuerda que de ello depende el mejor conocimiento de tu carácter.

DESCRIPCIÓN	
1. ¿Toma Ud. a pecho las pequeñas cosas cuya importancia sin embargo sabe que es mínima? ¿Se trastorna a veces por insignificancias?	9
o ¿solo le perturban los acontecimientos graves?	1
2. ¿Se entusiasma o se indigna con facilidad?	9
o ¿Acepta Ud. tranquilamente las cosas tal como son?	1
3. ¿Es Ud. susceptible, se siente herido(a) fácilmente y de manera profunda por una crítica algo viva o por una observación poco amable o burlona?	9
o ¿Soporta las críticas sin sentirse menoscabado?	1
4. ¿Se turba con facilidad ante un suceso imprevisto? ¿Se sobresalta cuando lo llaman intempestivamente? ¿Palidece o se ruboriza con facilidad?	9
o ¿No se desconcierta Ud. sino muy difícilmente?	1
5. ¿Se acelera Ud. al hablar? ¿Eleva la voz en una conversación? ¿Siente la necesidad de emplear términos violentos o palabras demasiado expresivas?	9
o ¿Conversa Ud. con calma, sin prisa, de una manera reposada?	1
6. ¿Se siente Ud. angustiado frente a una tarea nueva o ante perspectiva de cambio?.....	9
o ¿Afronta Ud. la situación con serenidad?	1

7. ¿Pasa Ud. alternativamente de la exaltación al abatimiento, de la alegría a la tristeza y viceversa, por tonterías y aún sin razón aparente?	9
o ¿Es de humor constante?	1
8. ¿Se siente frecuentemente perturbado con dudas y escrúpulos, frente a actos sin importancia? ¿Conserva Ud. a menudo en la mente un pensamiento completamente inútil y que lo hace sufrir?	9
o ¿No conoce más que por excepción este penoso estado de preocupación?	1
9. ¿A veces Ud. Experimente estados de miedo que le impiden realizar cualquier movimiento, o timidez que no le deja articular una sola palabra?	9
o ¿Por el contrario, jamás los ha experimentado?	1
10. ¿Se siente con frecuencia desgraciado?	9
o ¿Esta generalmente contento de su suerte, y aun cuando las cosas no sucedan como Ud. quiera, piensa más en lo que será menester cambiar, que en sus propios sentimientos?	1
11. ¿Suele usted ocuparse activamente durante sus horas libres (estudios suplementarios, alguna acción social, trabajos manuales o en cualquier tarea voluntaria)?	9
o ¿Para largos ratos sin hacer nada, soñando, meditando o simplemente distrayéndose (con lecturas entretenidas, escuchando la radio, etc.)?	1
12. ¿Lleva a cabo inmediatamente y sin dificultad lo que ha decidido hacer?	9
o ¿Necesita usted realizar mucho esfuerzo para pasar de la idea a la acción, de la decisión a la acción?	1
13. ¿Se siente estimulado por las dificultades y motivado por la idea del esfuerzo a realizar?	9
o ¿Se desanima usted fácilmente ante las dificultades o ante una tarea que se anuncia demasiado ardua?	1
14. ¿Prefiere Ud. pasar a la acción directamente o por lo menos forjar proyectos que realmente lo preparan para el porvenir?	9
o ¿Le gusta soñar y meditar, ya sea sobre el pasado o sobre el futuro, o también acerca de cosas puramente imaginarias?	1
15. ¿Hace Ud. lo que tiene que hacer enseguida y sin que le cueste mucho (por ejemplo, escribir una carta, arreglar un problema, etc.)?	9
o ¿se siente inclinado a postergar cosas?	1
16. ¿Toma Ud. decisiones rápidamente, aun en los casos difíciles?	9
o ¿Es indeciso y vacila generalmente por largo tiempo?	1
17. ¿Es Ud. movedizo e inquieto (gesticula, se levanta súbitamente de su silla, va y viene por la habitación, etc.) en ausencia de toda emoción viva?	9
o ¿Esta generalmente quieto cuando una emoción no lo agita?	1
18. ¿Jamás vacila usted al emprender una transformación útil cuando sabe que exigirá un gran esfuerzo de su parte?	9
o ¿Retrocedo ante el trabajo a realizar y prefiere contentarse, por dicha causa, con el estado de cosas en el que se encuentra?	1

19. Cuándo han impartido instrucciones para una determinada tarea. ¿Vigila su realización de cerca, asegurándose que todo quede bien hecho en las condiciones y en el momento requerido? o ¿Se desentiende de la ejecución con el sentimiento de haberse desembarcado de una preocupación?	9
	1
20. ¿Le gusta más actuar que observar pasivamente, resultándole aburrido el simple espectáculo?..... o ¿Prefiere Ud. mirar que hacer (siente placer, por ejemplo, en observar a menudo y largamente el desarrollo de un juego que no practica)?	9
	1
21. ¿Esta Ud. a menudo guiado en su acción por la idea de un porvenir lejano (ahorrar para la vejez, acumular o reunir materiales y datos para un trabajo a largo plazo, etc.) o por las consecuencias lejanas que puede tener? o ¿se interesa especialmente por los resultados inmediatos?	9
	1
22. ¿Prevé Ud. "todo lo que puede hacer" y se prepara cuidadosamente para cada caso (por ejemplo, en ocasión de sus viajes o paseos hace equipajes minuciosos, estudios de itinerarios, previsión de posibles accidentes, etc.)?..... o ¿Prefiere atenerse a la inspiración del momento?	9
	1
23. ¿Tiene Ud. principios estrictos a los que trata de ceñirse? o ¿Prefiere adaptarse a las circunstancias con flexibilidad?	9
	1
24. ¿Es Ud. constante en sus proyectos? ¿Termina siempre lo que ha comenzado? o ¿Abandona con frecuencia una tarea antes de terminar empezándolo todo sin concluir nada?	9
	1
25. ¿Es Ud. constante en sus simpatías (continúa con sus amistades de infancia o frecuenta regularmente a las mismas personas y los mismos círculos)? o ¿Cambia a menudo de amigos (dejando por ejemplo, sin razón alguna de ver a personas que antes frecuentaba)?	9
	1
26. ¿Después de un exceso de cólera o después de una afrenta se reconcilia con su circunstancial enemigo?..... o ¿Durante cierto tiempo permanece de mal humor? o más aún ¿Es difícil de reconciliar (resentimiento persistente)?	1
	5
	9
27. ¿Tiene Ud. hábitos sumamente estrictos a los que está apegado? ¿Se siente atraído por el retorno regular de ciertos hechos? o ¿Siente horror por todo lo que es habitual o previsto de antemano, siendo para Ud. ¿Lo espontaneo un elemento esencial de su vida?	9
	1
28. ¿Le gusta el orden, la simetría, la regularidad? o bien ¿El orden le parece aburrido y siente la necesidad de encontrar por doquiera huella de fantasía?	9
	1
29. ¿Prevé con antelación el empleo de su tiempo y de sus fuerzas? ¿Es amigo de hacer planes fijos, horarios y trazar programas? o ¿Se lanza a la acción sin regla precisa, fijada de antemano?	9
	1
30. ¿Cuándo ha adoptado una opinión se aferra a ella con obstinación? o ¿Se convence fácilmente de lo contrario y se deja seducir por la novedad de una idea?	9
	1

Código:

Correo Electrónico:

Apéndice B

Cuestionario de empatía cognitiva y afectiva (TECA)

Las siguientes frases se refieren a sus sentimientos y pensamientos en una variedad de situaciones. Indique cómo le describe cada situación eligiendo la puntuación de 1 a 5 como se indica más adelante. Cuando haya elegido su respuesta, encierre con un círculo el número correspondiente. Lea cada frase cuidadosamente antes de responder. Conteste honestamente con lo que más se identifique, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. No deje ninguna frase sin contestar.

①	Totalmente en desacuerdo
②	Algo en desacuerdo
③	Neutro
④	Algo de acuerdo
⑤	Totalmente de acuerdo

N° ITEM	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA				
		1	2	3	4	5
1	Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de los que me rodean.	1	2	3	4	5
2	Me siento bien si los demás se divierten.	1	2	3	4	5
3	No me pongo triste sólo porque un amigo lo esté.	1	2	3	4	5
4	Si un amigo consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él.	1	2	3	4	5
5	Me afectan demasiado los programas de sucesos.	1	2	3	4	5
6	Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista.	1	2	3	4	5
7	Rara vez reconozco cómo se siente una persona con sólo mirarla.	1	2	3	4	5
8	Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas.	1	2	3	4	5
9	Me hace ilusión ver que un amigo nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo.	1	2	3	4	5
10	Me es difícil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido.	1	2	3	4	5

11	Cuando un amigo se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos.	1	2	3	4	5
12	Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a otros.	1	2	3	4	5
13	Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor.	1	2	3	4	5
14	No siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal.	1	2	3	4	5
15	Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuarán.	1	2	3	4	5
16	Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría.	1	2	3	4	5
17	Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de los demás.	1	2	3	4	5
18	A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos mismos.	1	2	3	4	5
19	Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas.	1	2	3	4	5
20	Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo se sentirá si estuviera en su piel.	1	2	3	4	5
21	No siento especial alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte.	1	2	3	4	5
22	Cuando veo que alguien recibe un regalo no puedo reprimir una sonrisa.	1	2	3	4	5
23	No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas.	1	2	3	4	5
24	Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí.	1	2	3	4	5
25	Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia.	1	2	3	4	5
26	Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.	1	2	3	4	5
27	Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí.	1	2	3	4	5
28	No soy de esas personas que se deprimen con los problemas ajenos.	1	2	3	4	5
29	Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva.	1	2	3	4	5

30	Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente.	1	2	3	4	5
31	Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo.	1	2	3	4	5
32	Me resulta difícil ponerme en el lugar de personas con las que no estoy de acuerdo.	1	2	3	4	5
33	Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos.	1	2	3	4	5

Apéndice C

Tabla 1 de calificación de Caracterología.

Factor	EMOTIVO		ACTIVO	SECUNDARIO
Sexo	Hombres	Mujeres		
Ptje	48 A+	51 A +	55 A +	55 A+

Factor	NO EMOTIVO		NO ACTIVO	PRIMARIO
Sexo	Hombres	Mujeres		
Ptje	47 a -	50 a -	54 a -	54 a -

Apéndice D

Tabla 2 de fórmulas de Caracterología.

Formula	LECTURA	TIPO CARACTEROLOGÍA
EAS	Emotivo - Activo – Secundario	Pasionales
EAP	Emotivo – Activo – Primario	Coléricos
ENAS	Emotivo - No activo – Secundario	Sentimentales
ENAP	Emotivo – No activo – Primario	Nerviosos
NEAS	No emotivo – Activo – Secundario	Flemáticos
NEAP	No emotivo – Activo – Primario	Sanguíneos
NENAS	No emotivo – No activo – Secundario	Apáticos
NENAP	No emotivo – No activo – Primario	Amorfos

Tabla 2. Formulas caracterológicas

Apéndice E**Tabla 3 de puntuaciones de Empatía cognitiva y Afectiva.**

Pc	Significación	T
94 a 99	Extremadamente alta	66 o superior
70 a 93	Alta	56 a 65
31 a 69	Media	45 a 55
7 a 30	Baja	35 a 44
1 a 29	Extremadamente Baja	34 o inferior

Tabla 3. Significación de las puntuaciones

Apéndice F

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores: Kevin Robert Abad Torres
 Claudia Segura Velásquez
 Título: Caracterología y empatía cognitiva/afectiva en profesionales de la salud que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Fines del Estudio:

Se le invita a participar en un estudio llamado: Caracterología y empatía cognitiva/afectiva en profesionales que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

La caracterología se ocupa de describir las formas de manifestación del carácter. Mientras que la Empatía es la habilidad que nos permite saber cómo se sienten, lo que están pensando, comprender las intenciones de las personas, predecir sus comportamientos y entender sus emociones.

Este trabajo de investigación es desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para determinar los tipos caracterológicos y los niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva según sexo, años de trabajo en profesionales que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario y un test que tiene un tiempo de duración de 15 min aprox. cada uno.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Se le informará de manera individual y confidencial los resultados que se obtengan de los test realizados mediante un correo electrónico.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

Uso de la información:

Los datos del Cuestionario de Empatía Cognitiva y Afectiva servirán para crear los baremos nacionales de dicho instrumento.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o mandar un correo a Kevin Abad Torres:

kevinabatorres@gmail.com / Claudia Segura Velásquez: Claudia_14_sv@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y retirarme del estudio en cualquier momento

Participante

Nombre:

D.N.I.

Fecha

Investigador

Nombre: Kevin Robert Abad Torres

DNI: 47067477

Nombre: Claudia Segura Velásquez

DNI: 48146254

Apéndice G

Consentimiento para participar en la validación del Cuestionario Caracterológico (CCGB) y el Test de Empatía (TECA)

Instituciones: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores: Kevin Robert Abad Torres
 Claudia Segura Velásquez
 Título: Cuestionario caracterológico de Gastón Berger y Test de Empatía Cognitiva Afectiva

Fines del Estudio:

Se le invita a participar en la validación de dos instrumentos llamados: Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger y el Test de Empatía Cognitiva Afectiva.

La caracterología se ocupa de describir las formas de manifestación del carácter

Este trabajo de validación de ambos instrumentos (CCBG) y (TECA) es desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para determinar los tipos caracterológicos y los niveles de la Empatía Cognitiva/Afectiva según sexo, años de trabajo en profesionales que laboran en un hospital de Lambayeque, agosto-diciembre 2016.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario y un test que tiene un tiempo de duración de 15 min aprox. cada uno.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

Uso de la información:

Los datos del Cuestionario Caracterológico y el Test de Empatía Cognitiva Afectiva servirán para validar y crear los baremos nacionales de dichos instrumentos.

Derechos del participante:

Si usted decide participar, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o mandar un correo a Kevin Abad Torres:

kevinabatorres@gmail.com / Claudia Segura Velásquez: Claudia_14_sv@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y retirarme del estudio en cualquier momento

Participante

Nombre:

D.N.I.

Fecha

Investigador

Nombre: Kevin Robert Abad Torres

DNI: 47067477

Nombre: Claudia Segura Velásquez

DNI: 48146254
