



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN GERONTOLOGÍA

ESPECIALIDAD: GERONTOLOGÍA CLÍNICA

Curso académico 2013-2015

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**Evaluación de la percepción de empatía terapéutica en
una muestra de sujetos de edad avanzada**

Pamela Picallo Amigo

16 de enero de 2015

Director

Jorge García Fernández.

INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	13
3. METODOLOGÍA.....	14
3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	14
3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	15
3.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN.....	15
3.4. PROCEDIMIENTO.....	16
3.5. ANÁLISIS DE DATOS.....	17
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSIÓN	25
6. CONCLUSIONES.....	28
7. AGRADECIMIENTOS.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.....	30
9. ANEXOS.....	33
Anexo I: Variables	34
Anexo II: Diálogo Vídeo Habilidades Empáticas (E-HC).....	35
Anexo III: Diálogo Vídeo Sin Habilidades Empáticas (E-NHC)	37
Anexo IV: Escala de evaluación REM	39
Anexo V: Formulario sociodemográfico.....	41
Anexo VI: CD.....	42
Anexo VII: Hoja informativa para los usuarios.....	43
Anexo VIII: Carta de consentimiento informado	45

RESUMEN

Introducción: Las habilidades de comunicación constituyen una de las competencias más importantes de los profesionales del ámbito de la salud, ya que es la herramienta más utilizada en el trabajo diario y el medio que hace posible el desarrollo de otras muchas funciones.

Objetivo: Estudiar las posibles diferencias en la percepción de las habilidades empáticas de escucha activa del profesional sanitario, por parte de la población de edad avanzada.

Metodología: Se diseñó un estudio con dos grupos, uno de personas de edad menor o igual a los 40 años (n=30) y otro de edad mayor o igual a los 65 años (n=30). Los sujetos visualizaron dos vídeos sobre una entrevista con diferente nivel de competencias en escucha activa. Se administró la escala REM a los sujetos para evaluar su percepción de empatía del profesional sanitario.

Resultados: Las puntuaciones en el grupo de mayor edad presentan una tendencia hacia un mayor grado de empatía. Este mismo comportamiento también se observa en el sexo femenino. Sin embargo, dichas diferencias no resultan estadísticamente significativas en ninguno de los casos.

Conclusiones: No se puede afirmar la existencia de aspectos diferenciales en la percepción de empatía en las personas mayores al menos en lo que respecta a las condiciones de evaluación empleadas en este trabajo. La realización de nuevos estudios, especialmente con otras técnicas de evaluación, permitiría incrementar conocimientos de cara a posibilitar ajustes en los aspectos comunicativos aplicados a contextos sanitarios sobre personas de mayor edad.

Palabras clave: Habilidades de comunicación, escucha activa, empatía, personas mayores, profesionales de la salud.

ABSTRACT

Title: Evaluation of the perception of therapeutic empathy in a sample of elderly subjects.

Introduction: Communication skills are one of the most important abilities of professionals in the field of health as it's both the most used tool in the daily work and the environment that makes possible the effective development of many other capabilities.

Objective: To study the possible differences in perception of empathic skills of active listening of health professionals by elderly population.

Methods: The study was designed with two groups, one with people that have less than or equal to 40 years ($n = 30$) and another aged greater than or equal to 65 years ($n = 30$). The subjects visualized two videos of an interview between a therapist and an user with different levels of skills in active listening. REM scale assessment of perceived empathy healthcare professional has been administered.

Results: Scores in the older age group have a tendency towards a higher degree of empathy. The same behavior is also observed in females. However, these differences are not statistically significant in any case.

Conclusions: It's not possible to affirm the existence of differential aspects in the perception of empathy in older people, at least, regarding to test conditions used in this work. New studies, especially with other evaluation techniques, would help to increase knowledge allowing adjustments to the communicative aspects applied to health care settings for older people.

Keywords: Communication skills, active listening, empathy, older people, healthcare professionals.

1. INTRODUCCIÓN

La comunicación es un acto esencial del ser humano. Las personas son seres sociales que se comunican, se relacionan y que interactúan con su entorno, transmitiendo informaciones con la finalidad de obtener unos resultados sobre el objeto que recibe esa información¹.

Existen muchas formas de comunicar, junto a la comunicación visual, en la actualidad la comunicación verbal es la más frecuente, considerándose aquella que requiere de la articulación de palabras de forma que la otra persona entienda el mensaje. Por otro lado, también es imprescindible el intercambio de información sin utilizar palabras, es decir, mediante gestos y signos (que sustituyen o acompañan el mensaje verbal)².

En algunos contextos en los que los profesionales se relacionan de forma constante con otras personas, la comunicación ejerce un papel fundamental. Concretamente, en el ámbito de la salud es considerada una competencia imprescindible para cualquier profesional, principalmente porque es la herramienta más utilizada en el trabajo diario y el medio que hace posible el desarrollo efectivo de muchas otras funciones³.

La utilización eficiente de ésta se ha relacionado con diferentes resultados que incluyen aspectos como la mayor precisión diagnóstica, la satisfacción del usuario y del profesional, el cumplimiento terapéutico, la mejor utilización de los recursos sanitarios, la reducción de la ansiedad e, incluso, mejores resultados de salud con respecto a los problemas clínicos^{3,4}. En base a esto, es importante para los profesionales del ámbito de la salud desarrollar unas habilidades de comunicación óptimas, que le permitan tanto obtener una información precisa como llevar a cabo una atención integral y eficiente⁵.

Estrechamente relacionado con lo expuesto anteriormente, uno de los conceptos más empleados en este ámbito es el de “escucha activa”. Esta puede definirse como la habilidad que permite escuchar y comprender la comunicación desde el punto de vista de la persona que habla. Es en este

punto donde entra en juego la empatía, definida como “Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.”⁶

Tradicionalmente se han diferenciado dos tipos de empatía: empatía cognitiva (Comprensión intelectual de la experiencia del otro) y empatía afectiva (Respuesta con la misma emoción a la emoción de otra persona)⁷. Para alcanzar un nivel adecuado, se necesitan poner en juego una serie de técnicas a través de las que se demuestra al oyente que se entiende lo que cuenta y se comprenden sus sentimientos, diferenciándose entre cuatro técnicas principales⁸:

Paráfrasis: Es la repetición de las palabras y pensamientos principales del usuario, trasladando las ideas claves a las propias palabras del terapeuta.

Ejemplo:

Paciente: No estoy nada contenta con el trato recibido en consulta.

Terapeuta: Está disgustada con la forma en la que la hemos tratado.

Reflejo: Se utiliza para repetir la parte afectiva del mensaje. Es similar a la paráfrasis pero se diferencia de ésta en el tono o componente emocional que se añade al mensaje. Ejemplo:

Paciente: A mi madre le está costando adaptarse a la prótesis nueva.

Terapeuta: ¡Mucho sufrimiento está pasando!

Síntesis: Se define cuando dos o más paráfrasis o reflejos condensan los mensajes del usuario o la sesión. Ejemplo:

Paciente: No estoy nada contento con el trato que he recibido en consulta.

Terapeuta: Esta disgustado con la forma en la que lo hemos tratado.

Paciente: Sí, efectivamente, creo que a un paciente hay que tratarlo de forma adecuada y no cambiarle y cancelarle citas cada dos por tres.

Terapeuta: Usted se siente molesto con nosotros debido a que le hemos cambiado y cancelado alguna cita durante el tratamiento.

Clarificación: Cuando el mensaje de un usuario es confuso y el terapeuta no está seguro de su significado, es necesario clarificarlo. Ejemplo:

Paciente: A veces solo quiero librarme de todo ello.

Terapeuta: ¿Qué quieres decir con librarte de todo ello?

Además de las técnicas explicadas con anterioridad, se encuentran otras como *el silencio*, que puede ser considerado como reflejo no verbal, y que ayuda a mejorar la comunicación entre el terapeuta y el usuario.

Diferentes trabajos han identificado la habilidad empática como especialmente relevante dentro del conjunto de las habilidades terapéuticas de los profesionales ^{2,4,9,10}. A través de la revisión de la literatura, algunos de ellos afirman que para mejorar la relación de los profesionales sanitarios con los usuarios es necesario impulsar la formación de los profesionales en habilidades de comunicación y promover la puesta en marcha de diferentes estrategias que permitan obtener más información, ganar confianza y dar respuesta a las necesidades individuales de los usuarios desde una perspectiva integral^{2,4,10}.

Por otro lado, Fukui, Ogawa y Yamagishi⁹, realizan un estudio en el 2011 en el que cuentan con un grupo experimental formado por cuatro enfermeras que acuden a un programa de capacitación en habilidades de comunicación y, un grupo control, constituido por el mismo número de profesionales que no asisten a este programa. A través de la realización de entrevistas a los usuarios, pueden afirmar que los hallazgos obtenidos sirven para sugerir la importancia de desarrollar un sistema de apoyo en habilidades de comunicación (destacando la capacidad empática), eficaz para ayudar a los pacientes de cáncer con una peor calidad de vida después de conocer su diagnóstico.

Existe una gran variedad de recursos e instrumentos propuestos para la evaluación de esta variable, pudiendo dividirlos en tres grupos¹¹:

a) Empatía medida por el terapeuta: Se incluyen los instrumentos con los que los terapeutas evalúan su propia empatía tras las sesiones de terapia.

b) Empatía medida por el usuario: Se incluyen los instrumentos mediante los cuales se evalúa el nivel de empatía que el cliente percibe que le proporciona su terapeuta.

c) Empatía medida por el observador: Se requiere la participación de evaluadores externos en ocasiones previamente entrenados, cuyo objetivo es observar o escuchar grabaciones de sesiones de terapia y valorar el grado de empatía del terapeuta.

Este último grupo de instrumentos, permite una evaluación directa (observacional) de dicha variable, y por lo tanto posibilitaría la realización de evaluaciones de mayor rigor metodológico. Existen en esta línea un grupo de procedimientos que se han aplicado con diferentes objetivos^{12,13,14}, destacando la importancia de tener en cuenta dos aspectos relacionados con la comunicación: por un lado, las oportunidades empáticas que ofrece el usuario durante la conversación y, por otro lado, las respuestas que aporta el profesional, lo que permite clasificarlo en diferentes categorías según sus respuestas.

A pesar de que las habilidades de comunicación constituyen una de las competencias más importantes de los profesionales, la mayoría de ellos no reciben información ni preparación suficiente para el desarrollo de esta habilidad, desaprovechando la posibilidad de obtener un tratamiento y/o recurso eficaz para la atención de la persona⁹.

Asimismo, en cuanto a los efectos diferenciales de estas habilidades de comunicación terapéuticas en usuarios de edad avanzada, la investigación está todavía pendiente de desarrollarse¹⁵.

Diferentes cuestiones de índole senso-perceptiva y posibles condiciones cognitivas, al margen de otras posibles cuestiones (culturales, emocionales, etc.) con respecto a la población de edad avanzada, podrían precisar ajustes en la comunicación empática según las necesidades específicas de este grupo de edad.

Por un lado, estas diferencias podrían inclinarse hacia la disminución de las capacidades para percibir señales empáticas del interlocutor o bien, en sentido contrario, incrementar la sensibilidad hacia dichas señales en lugar de atender a los aspectos informativos que pueden resultar cognitivamente más complejos. Dada la escasez de investigaciones sobre este tema, no se realizará una predicción concreta del sentido de las posibles diferencias.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

A pesar de que la empatía del profesional ha sido identificada como uno de los elementos relacionales más esenciales valorados por los pacientes, la medición del grado de conexión que sienten los usuarios con los profesionales sanitarios representa un reto metodológico para los investigadores. Por otro lado, las posibles diferencias individuales a tener en cuenta a la hora de poner en práctica las distintas estrategias comunicativas son cuestiones pendientes de dilucidar. En este trabajo nos proponemos explorar el efecto de la edad sobre la percepción de estas competencias.

Por todo ello, el objetivo principal de esta investigación es:

- ❖ Estudiar las posibles diferencias en la percepción de las habilidades empáticas del profesional sanitario, por parte de la población de edad avanzada.

Como objetivo secundario se plantea:

- ❖ Estudiar si existen diferencias en género con respecto a la percepción de dicha habilidad empática.

Hipótesis

- ❖ Los cambios psíquicos y sociales producidos durante la etapa de la vejez conllevan una diferente percepción de las habilidades empáticas durante la comunicación terapéutica.

3. METODOLOGÍA

La metodología es de tipo cuantitativa. Esta clase de investigación intenta explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre diferentes elementos¹⁶. La selección de este tipo de metodología se justifica con la naturaleza de la propia pregunta de investigación, que consiste en explorar cuáles son las posibles diferencias en la percepción de las habilidades empáticas del profesional sanitario por parte de la población de edad avanzada, con respecto a una población de edad inferior.

El tipo de estudio llevado a cabo sería el descriptivo¹⁷, el cual se centra en recolectar datos para describir la realidad estudiada tal y como es.

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico en bola de nieve. Este permite seleccionar un grupo inicial de participantes, a quienes después de entrevistar se les solicita que identifiquen a otras personas que pertenezcan a la población meta de interés.

Para la realización de esta investigación han sido seleccionados dos grupos de edades diferentes: uno de ellos de población mayor de 65 años (GE+), cuya media de edad ha sido 22,17 con una desviación estándar de 2,914; y otro de población menor de 40 años (GE-), cuya media de edad ha sido 69,97 con una desviación estándar de 5,123. Para la selección de la muestra de población joven (n=30) se solicitó la participación a un grupo de estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad De La Coruña (UDC). A través de este grupo de participantes, se ha accedido a la muestra (n=30) de edad avanzada.

Del total de la muestra estudiada (n=60), la mayoría ha realizado estudios primarios (43,33%), seguidos por aquellos que han realizado estudios universitarios (36,67%) y postuniversitarios (16,67%). El menor porcentaje

(1,67%) se corresponde con estudios secundarios y con secundarios postobligatorios.

3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Las personas pertenecientes al grupo de población de edad avanzada, para poder formar parte de la investigación, debía cumplir los siguientes criterios: Tener una edad mayor o igual a 65 años y consentir colaborar en el estudio. Se excluyeron de esta muestra, aquellas personas que pudiesen presentar dificultades severas en la comprensión o en la comunicación que impidan la realización de la investigación, y/o presentar un diagnóstico de demencia o signos de alteraciones cognitivas de relevancia.

Las personas pertenecientes al grupo de población joven, para poder formar parte de la investigación, debía cumplir los siguientes criterios: Tener una edad igual o inferior a 40 años, acudir como estudiante a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UDC y consentir colaborar en el estudio. Se excluyeron de esta muestra, aquellas personas que pudiesen presentar dificultades severas en la comprensión o en la comunicación, que impidan la realización de la investigación

3.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Las variables registradas en el trabajo, de tipo cualitativo y cuantitativo, han sido: código, edad, género, entrevista sin habilidades de comunicación (E-NHC) y entrevista con habilidades de comunicación (E-HC). (Anexo I)

Tras la revisión de la literatura fue seleccionada una técnica observacional conocida como “Empathy Communication Coding System”¹⁸, la cual sirvió de base para construir dos videos con dos tipos diferentes de entrevista, una en la que el terapeuta introduce los distintos elementos empáticos que define este instrumento y otra carente de ellos. Existen seis niveles correspondientes con las repuestas empáticas que proporciona el

profesional en base a la conversación del usuario: En el nivel 0, el profesional ignora la oportunidad empática que le aporta el usuario o muestra falta de conformidad con la misma, mientras que, en el nivel 6, el terapeuta realiza una declaración explícita de que él ha tenido una experiencia similar y que comprende a la perfección la situación de la persona. El guión de dichas entrevistas se incluye en el Anexo II y III.

Para la medición de las calificaciones globales de la empatía del profesional, se ha empleado la escala REM¹⁹ (Anexo IV). Se trata de una escala de empatía evaluada por un observador externo. Consta de nueve preguntas las cuales la persona puntuará del 1 al 7 según su grado de desacuerdo o satisfacción con la pregunta planteada. Además, se ha incluido una décima pregunta de carácter general, para conocer la satisfacción global de la persona con cada una de las entrevistas observadas.

Y, por último, se ha realizado un formulario de elaboración propia (Anexo V) para la recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo), el cual incluye el Test del Reloj²⁰, que permite evaluar el estado cognitivo de la muestra de edad igual o superior a los 65 años.

3.4. PROCEDIMIENTO

Tras la obtención de la muestra de edad joven (n=30) a través de una Red Social, se ha realizado una reunión virtual para aportarles la información necesaria sobre la investigación y entregarles la hoja de consentimiento, al igual que el formulario sociodemográfico y la escala REM. Al mismo tiempo, se le ha solicitado ayuda para obtener la muestra de edad avanzada (n=30). Su aportación ha consistido en hacer llegar la documentación y el visionado de los vídeos a aquellas personas de edad igual o superior a los 65 años que conocen, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión comentados con anterioridad.

Para reducir algunos de los posibles sesgos producidos por el acceso a la muestra de edad avanzada a través de terceras personas, junto con los

vídeos de ambas entrevistas se ha grabado un vídeo de introducción en el que la investigadora explica los pasos a seguir durante la participación en esta investigación. Estas imágenes (Anexo VI), han sido situadas en la página web de YouTube para facilitar su visionado a los participantes. Las condiciones A y B fueron contrabalanceadas proporcionando un enlace en el cual primero se observa el vídeo A y luego el vídeo B, mientras que en un segundo enlace el orden de los vídeos está a la inversa. Con ello, se pretendía conseguir que el orden con respecto a la observación de las imágenes no alterara los resultados.

Los datos fueron recibidos vía email, o bien personalmente, tras establecer un lugar y hora de encuentro con las personas que pudiesen entregar la documentación de este modo. Una vez recibida la información, se llevó a cabo el análisis de la misma para la obtención de los resultados finales.

3.5. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 22, elaborando en primer lugar la base de datos de los usuarios y, posteriormente, aplicando la prueba T de Student para medidas independientes (comparación de medias intergrupos) o dependientes (comparación de medias intragrupo) para la comparación entre ambas muestras.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una Hoja de información al usuario (Anexo VII) y otra Hoja de consentimiento informado (Anexo VIII) exponiendo que la información obtenida será manejada bajo confidencialidad siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. Se ha atribuido un código de identificación a cada uno de los usuarios para garantizar el anonimato de sus datos.

4. RESULTADOS

Se ha realizado un análisis de las diferencias entre las medias de las puntuaciones obtenidas en los grupos del estudio y posteriormente reagrupadas en función del género.

Diferencias con respecto a los grupos de edad

Del total de la muestra que ha participado en el estudio, se han obtenido los siguientes datos con respecto a la encuesta correspondiente a la entrevista A sin estrategias de escucha activa (E-NHC): la media de las puntuaciones en la escala REM de las personas de menor edad (GE-), ha sido 46,63, con una desviación estándar de 14,378. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por el grupo de edad avanzada (GE+), ha sido 43,77, con una desviación estándar de 11,852. (Tabla I). En el análisis a través de la prueba t, no se obtienen diferencias significativas en estas puntuaciones ($F= ,480$; $p>0,05$). (Gráfico I)

En cuanto a las puntuaciones realizadas sobre la E-HC (entrevista con estrategias de escucha activa), la media de las puntuaciones proporcionadas por el GE-, ha sido 40,17, con una desviación estándar de 14,062. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por el GE+, ha sido 47,80, con una desviación estándar de 13,103. (Tabla I). Los análisis no revelan diferencias entre la valoración de los sujetos de ambos grupos de edad de esta entrevista ($F=1,121$; $p>0,05$). (Gráfico I)

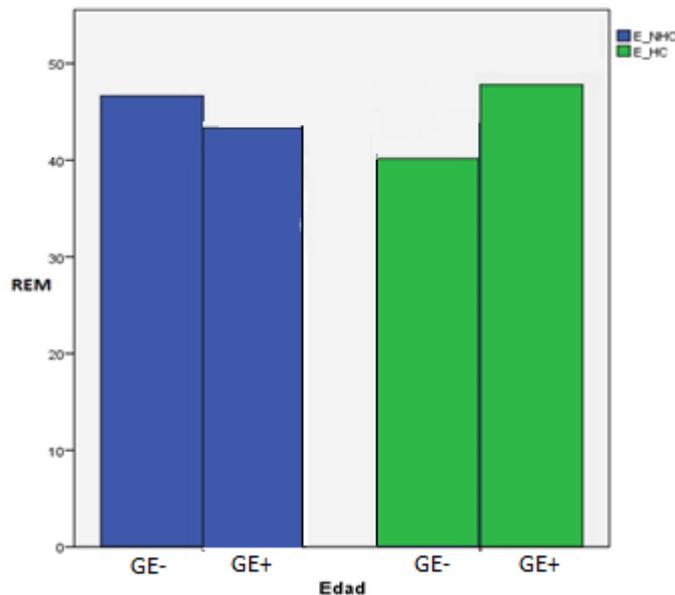


Gráfico I. Puntuaciones de las entrevistas A y B en los diferentes grupos de edad

En relación a las posibles diferencias en las puntuaciones intergrupo entre los grupos del estudio, los análisis estadísticos no muestran diferencias significativas entre cada uno de ellos en lo que respecta a la valoración de las entrevistas. Sin embargo, existe una ligera preferencia hacia la E-NHC por parte del grupo de menor edad y hacia la E-HC por parte del grupo de mayor edad, lo que muestra una tendencia de estos a valorar más favorablemente el empleo de las estrategias de escucha activa.

Diferencias con respecto al género

Del total de la muestra estudiada (n=60), el porcentaje de mujeres ha sido de un 63,33%, correspondiéndose, entonces, el de hombres con un 36,67%.

En cuanto a los datos obtenidos con respecto a la E-NHC, la media de las puntuaciones proporcionadas por las mujeres (n=38), ha sido 43,00, con una desviación estándar de 14,640. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por los hombres (n=22), ha sido 49,00, con una desviación estándar de 9,155. (Tabla I) En el análisis a través de la prueba t, se obtienen diferencias significativas en estas puntuaciones ($F=8,841$; $p<0,05$). (Gráfico II)

Con respecto a la E-HC, la media de las puntuaciones proporcionadas por las mujeres (n=38), ha sido 46,21, con una desviación estándar de 13,537. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por los hombres(n=22), ha sido 40,14, con una desviación estándar de 14,297. (Tabla I) Los análisis no revelan diferencias entre la valoración de los sujetos de ambos grupos de edad de esta entrevista (F=,472; p>0,05). (Gráfico II)

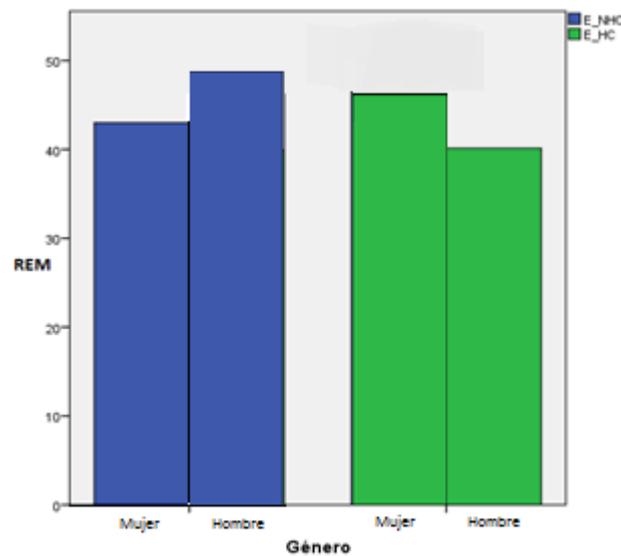


Gráfico II. Puntuaciones de las entrevistas A y B en ambos géneros

Existe un ligero predominio de los hombres con respecto a las mayores puntuaciones en la E-NHC, lo que indicaría una percepción de empatía basada en otro tipo de elementos ajenos a la escucha activa. Sin embargo, en la E-HC, son las mujeres las que proporcionan puntuaciones más altas, lo que indica una tendencia hacia una mayor capacidad empática basada en el empleo de dichas técnicas.

Diferencias con respecto a la edad en el GE-

Se han obtenido los siguientes datos con respecto a la E-NHC: la media de las puntuaciones del GE-, ha sido 46,63, con una desviación estándar de 14,378. En cuanto a las puntuaciones realizadas sobre la E-HC, la media ha sido 40,17, con una desviación estándar de 14,062. (Tabla I) En el análisis a través de la prueba t, no se obtienen diferencias significativas en estas puntuaciones ($F= 1,121$; $p>0,05$). (Gráfico I)

Diferencias con respecto a la edad en el GE+

Se han obtenido los siguientes datos con respecto a la E-NHC: la media de las puntuaciones del GE+, ha sido 43,77, con una desviación estándar de 11,852. En cuanto a las puntuaciones realizadas sobre la E-HC, la media ha sido 47,80, con una desviación estándar de 13,103. (Tabla I) Los análisis no revelan diferencias entre la valoración de los sujetos del GE+ de esta entrevista ($F=1,121$; $p>0,05$). (Gráfico I)

Diferencias con respecto al género en el GE-

Del total de la muestra estudiada ($n=30$), el porcentaje de mujeres ha sido de un 66,67%, correspondiéndose, entonces, el de hombres con un 33,33%.

En cuanto a los datos obtenidos con respecto a la E-NHC, la media de las puntuaciones proporcionadas por las mujeres ($n=20$), ha sido 44,20, con una desviación estándar de 16,691. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por los hombres($n=10$), ha sido 51,50, con una desviación estándar de 6,205. (Tabla I) En el análisis a través de la prueba t, se obtienen diferencias significativas en estas puntuaciones ($F= 10,641$; $p<0,05$). (Gráfico III)

Con respecto a la E-HC, la media de las puntuaciones proporcionadas por las mujeres ($n=20$), ha sido 44,70, con una desviación estándar de 13,712. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por los hombres($n=10$), ha sido 31,10, con una desviación estándar de

10,159. (Tabla I) Los análisis revelan diferencias entre la valoración de los sujetos del GE- de esta entrevista ($F=6,614$; $p<0,05$). (Gráfico III)

Por lo tanto, la puntuación obtenida hace referencia a la existencia de una diferencia significativa entre ambos sexos con respecto a su capacidad empática, observándose que las mujeres poseen un mayor grado de empatía basada en percepción de estrategias de escucha activa que los participantes del sexo masculino. (Gráfico III)

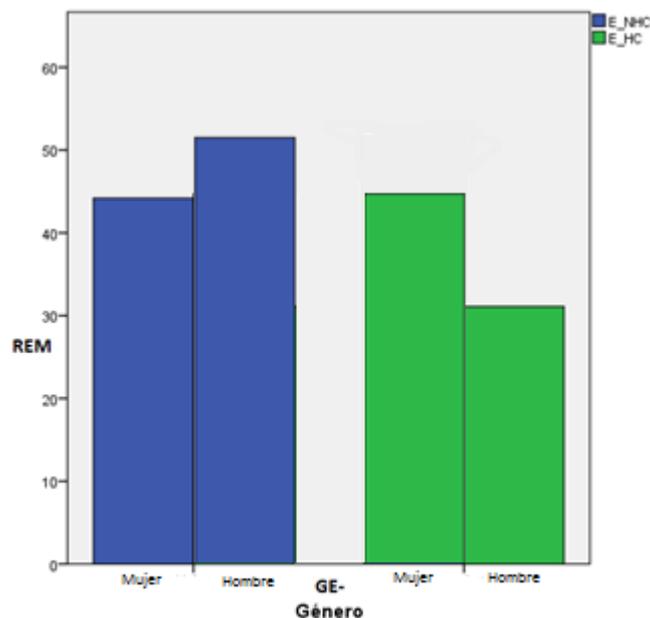


Gráfico III. Puntuaciones de las entrevistas A y B en el GE-

Diferencias con respecto al género en el GE+

Del total de la muestra estudiada ($n=30$), el porcentaje de mujeres ha sido de un 60%, correspondiéndose, entonces, el de hombres con un 40%.

En cuanto a los datos obtenidos con respecto a la E-NHC, la media de las puntuaciones proporcionadas por las mujeres ($n=18$), ha sido 41,67, con una desviación estándar de 12,310. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por los hombres($n=12$), ha sido 46,92, con una desviación estándar de 10,867. (Tabla I) En el análisis a través de la

prueba t, no se obtienen diferencias significativas en estas puntuaciones ($F=,570$; $p>0,05$). (Gráfico IV)

Con respecto a la E-HC, la media de las puntuaciones proporcionadas por las mujeres ($n=18$), ha sido 47,89, con una desviación estándar de 13,529. Por otro lado, la media de las puntuaciones proporcionadas por los hombres ($n=12$), ha sido 47,67, con una desviación estándar de 13,027. (Tabla I) Los análisis no revelan diferencias entre la valoración de los sujetos del GE+ de esta entrevista ($F=,010$; $p>0,05$). (Gráfico IV)

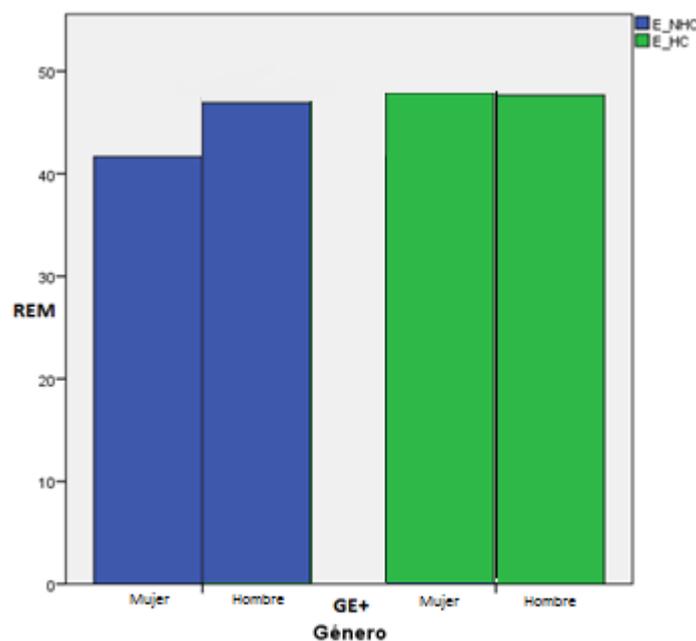


Gráfico IV. Puntuaciones de las entrevistas A y B en el GE+

En relación a las posibles diferencias en las puntuaciones intragrupo, los análisis estadísticos no muestran diferencias significativas entre género en lo que respecta a la valoración de las entrevistas. Sin embargo, existe un ligero predominio de los hombres con respecto a las mayores puntuaciones en la E-NHC, lo que indica una tendencia hacia un menor grado de empatía. Mientras que, en la E-HC, son las mujeres las que proporcionan puntuaciones más altas, lo que indica una tendencia hacia una mayor capacidad empática.

			Edad/ Género	N	Media	Desviación estándar	Sig.	t		
RELACIÓN INTERGRUPAL N=60	EDAD	E-NHC	Menores de 40	30	46,63	14,378	,491	,843		
			Mayores de 65	30	43,77	11,852				
		E-HC	Menores de 40	30	40,17	14,062			,294	-2,175
			Mayores de 65	30	47,80	13,103				
	GÉNERO	E-NHC	Mujer	38	43,00	14,640	,004	-1,733		
			Hombre	22	49,00	9,155				
		E-HC	Mujer	38	46,21	13,537			,495	1,641
			Hombre	22	40,14	14,297				
RELACIÓN INTRAGRUPAL N=30	EDAD GRUPO JOVEN	E-NHC	GE-	30	46,63	14,378	,038	1,499		
		E-HC	GE-	30	40,17	14,062				
	EDAD GRUPO MAYOR	E-NHC	GE+	30	43,77	11,852	,176	-1,117		
		E-HC	GE+	30	47,80	13,103				
	GÉNERO GRUPO JOVEN	E-NHC	Mujer	20	44,20	16,691	,003	-1,328		
			Hombre	10	51,50	6,205				
		E-HC	Mujer	20	44,70	13,712			,004	2,770
			Hombre	10	31,10	10,159				
	GÉNERO GRUPO MAYOR	E-NHC	Mujer	18	41,67	12,310	,457	-1,197		
			Hombre	12	46,92	10,867				
		E-HC	Mujer	18	47,89	13,529			,919	,045
			Hombre	12	47,67	13,027				

Tabla I. Relación entre las encuestas A y B y las variables del estudio

5. DISCUSIÓN

La etapa de la vejez trae consigo diferentes cambios de índole sensor-perceptiva y posibles alteraciones cognitivas (como la pérdida de memoria, la desorientación temporo-espacial, la sordera, las deficiencias visuales, etc). Además, existen otras cuestiones como la cultura, la motivación, la ansiedad, la preocupación...cuya influencia en esta etapa de la vida también puede ser relevante¹⁰.

Estos cambios, implican la necesidad de ajustar la intervención de los profesionales a las necesidades específicas de este grupo de edad, donde podría incluirse la comunicación terapéutica.

Este estudio de investigación ha pretendido medir diferencias entre una entrevista con elementos de escucha activa y otra carente de ellos, para detectar diferencias en la percepción de las habilidades empáticas del profesional sanitario por parte de la población de edad avanzada.

Durante la fase de búsqueda y revisión bibliográfica se ha observado que apenas existe documentación oficial ni actual sobre los cambios en la percepción de la empatía en las personas mayores. Existen documentos que analizan los cambios producidos durante la adolescencia^{21,22}, afirmando que es en esta etapa donde se alcanza el máximo desarrollo de la empatía y la importancia que juega en la adquisición de la competencia social, ya que ayuda a los adolescentes a establecer y mantener amistades, a aumentar la satisfacción en las relaciones íntimas y a mejorar la calidad de las relaciones familiares.

Los estudios realizados con personas mayores, se centran en grupos reducidos con una característica común, como el estudio realizado en Tokyo⁹ sobre pacientes con cáncer, en el que se afirma que un 64% de los usuarios con enfermedades oncológicas reportan una mejor calidad de vida gracias a las habilidades empáticas que muestran sus médicos; u otros como el realizado en Québec (Montreal)⁴, en el que se hace referencia a los beneficios que aporta la empatía terapéutica, como la

obtención de mayor bienestar psicológico, mayor satisfacción con la atención, reducción de los trastornos de ansiedad y mejora en la calidad de vida.

Se han encontrado estudios similares^{9,23}, en los cuales a diferencia del presente trabajo, se explican las habilidades empáticas a un grupo de profesionales para que, posteriormente, los pacientes los evalúen a través de la observación de imágenes grabadas en vídeo, destacando la importancia de desarrollar un sistema de apoyo en habilidades de comunicación para ayudar a los usuarios, pero sin centrarse exclusivamente en el ámbito de las personas mayores ni en su percepción con respecto a la empatía.

A pesar de no haber obtenido resultados estadísticamente significativos, durante la investigación se ha observado que existe una tendencia hacia un mayor grado de empatía dependiente de estrategias de escucha activa por parte del grupo de mayor edad, lo que implicaría la importancia de que los profesionales ajusten su comunicación a las necesidades de esta población.

Con respecto a las diferencias en habilidades empáticas entre ambos sexos, se han encontrado diferentes documentos^{24,25,26} que, al igual que en la presente investigación, afirman que las mujeres poseen un mayor grado de capacidad empática que los participantes del sexo masculino. Sin embargo, en estas investigaciones, pretenden también explicar los motivos que causan esta diferencia entre géneros (la motivación, las conexiones neuronales, el instinto maternal, etc.), objetivo no incluido en este estudio.

Finalmente, cabe destacar la presencia de ciertos límites en el trabajo que hacen necesario continuar con futuras líneas de investigación:

- ❖ La similitud entre los vídeos de ambas entrevistas y las dificultades a la hora de observar diferencias entre ellos en habilidades de comunicación y especialmente de elementos de escucha activa.
- ❖ El método de evaluación seleccionado, no es lo suficientemente sensible para detectar las diferencias entre ambas entrevistas, ya que valora la capacidad empática basada no sólo en elementos de escucha activa.
- ❖ Otras cuestiones metodológicas como posibles sesgos en la selección de la muestra y la falta de control directo por el investigador de la realización del estudio, resultan también limitaciones importantes de este trabajo.
- ❖ La discusión llevada a cabo se ha visto limitada por la falta de evidencia científica con la que comparar los resultados.

6. CONCLUSIONES

En relación a los objetivos establecidos con la realización de este trabajo, podríamos concluir:

- ❖ Existe una tendencia hacia un mayor grado de empatía dependiente de estrategias de escucha activa por parte del grupo de mayor edad, sin embargo, no se puede afirmar la existencia de aspectos diferenciales en la percepción de empatía en las personas mayores, al menos en lo que respecta a las condiciones de evaluación empleadas en este trabajo.
- ❖ Se observa una tendencia hacia una mayor capacidad empática dependiente de estrategias de escucha activa por parte del sexo femenino en ambos grupos de edad.
- ❖ Los resultados obtenidos no han sido clarificadores aunque han ofrecido algunas pistas para desarrollar nuevos trabajos, especialmente con el empleo de otras técnicas de evaluación más ajustadas hacia las estrategias de escucha activa y, posiblemente, dirigidos hacia la obtención de medidas sobre las personas entrevistadas en lugar de hacerlo desde la posición de observador externo como ha sido este caso.

7. AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la ayuda ofrecida por todos los participantes en este estudio, ya que sin su colaboración no habría sido posible sacarlo adelante.

A mi tutor, Jorge García Fernández, por su apoyo y dedicación a lo largo de la realización de este trabajo.

Por último, agradecer a mi familia, mi pareja y mis amigas, por ayudarme, escucharme y apoyarme en los momentos en los que lo he necesitado.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Van-der Hofstadt CJ. La Comunicación. En: Van-der Hofstadt CJ, editor. El libro de las habilidades de comunicación: Cómo mejorar la comunicación personal. 2ª ed. Madrid: Diaz de Santos; 2004. p. 9-17.
2. Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero JM. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3(1): 51-65.
3. Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. Aten Prim. 2006; 37(6): 320-324.
4. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. Psycho-Oncology. 2012; 21: 1255-1264.
5. Llubíá C. Cuidados críticos: La comunicación como terapia imprescindible. Psycho-Oncology. 2008; 5(2-3): 233-243.
6. "Empatía". Diccionario de la lengua española (22ª edición), Real Academia Española, 2001.
7. Gerdes K. Empathy, Sympathy, and Pity: 21st-Century Definitions and Implications for Practice and Research. J Soc Serv Res. 2011; 37(3): 230-241.
8. Cormier WH. Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. 3ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.
9. Fukui S, Ogawa K, Yamagishi A. Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. Psycho-Oncology. 2011; 20: 1285-1291.

10. Berkhof M, Van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, Van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011; 84: 152-162.
11. Yu J, Kirk M. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Aust J Adv Nurs.* 2009; 65(9): 1790-1806.
12. Zimmermann C, Del Piccolo L, Bensing J, Bergvik S, De Haes H, Eide H et al. Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: The Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Educ Couns.* 2011; 82: 141-148.
13. Del Piccolo L, Putnam SM, Mazzi MA, Zimmermann C. The biopsychosocial domains and the functions of the medical interview in primary care: construct validity of the Verona Medical Interview Classification System. *Patient Educ Couns.* 2004; 53: 47-56.
14. Bylund C, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns.* 2002; 48: 207-216.
15. Harrison G, Hayden S, Cook V, Cushing A. Improving health care professionals' feedback on communication skills: Development of an on-line resource. *Patient Educ Couns.* 2012; 88: 414-419.
16. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación.* 5ª ed. México: McGraw Hill; 2010.
17. Wisdom JP, Cavaleri MA, Onwuegbuzie AJ, Green CA. Methodological Reporting in Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Health Services Research Articles. *Health Serv Res.* 2011; 47: 721-745.
18. Bonvicini K, Perlin M, Bylund C, Carroll G, Rouse R, Goldstein M. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns.* 2009; 75: 3-10.

19. Nicolai J, Demmel R, Hagen J. Rating Scales for the Assessment of Empathic Communication in Medical Interviews (REM): Scale Development, Reliability, and Validity. *J Clin Psychol Med Settings*. 2007; 14: 367-375.
20. Shulman KI. Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15: 548-561.
21. Pagani C, Robustelli F. Young people, multiculturalism, and educational interventions for the development of empathy. *Int Soc Sci J*. 2010; 61: 246-261.
22. Soenens B, Duriez B, Vansteenkiste M, Goossens L. The Intergenerational Transmission of Empathy-Related Responding in Adolescence: The Role of Maternal Support. *Pers Soc Psychol Bull*. 2007; 33(3): 299-311.
23. Norgaard B, Kofoed PE, Kyvik KO, Ammentorp J. Communication skills training for health care professionals improves the adult orthopaedic patient's experience of quality of care. *Scand J Caring Sci*. 2012; 26: 698-704.
24. Dilalla LF, Hull SK, Dorsey K. Effect of Gender, Age, and Relevant Course Work on Attitudes Toward Empathy, Patient Spirituality, and Physician Wellness. *Teach Learn Med*. 2004; 16(2): 165-170.
25. Derntl B, Finkelmeyer A, Eickhoff S, Kellermann T, Falkenberg DI, Schneider F et al. Multidimensional assessment of empathic abilities: Neural correlates and gender differences. *Psychoneuroendocrinology*. 2010; 35: 67-82.
26. Toussaint L, Webb JR. Gender Differences in the Relationship Between Empathy and Forgiveness. *J Soc Psychol*. 2005; 145(6): 673-685.

9. ANEXOS

Anexo I: Variables

Anexo II: Diálogo vídeo habilidades empáticas

Anexo III: Diálogo vídeo sin habilidades empáticas

Anexo IV: Escala de evaluación REM

Anexo V: Formulario sociodemográfico

Anexo VI: CD

Anexo VII: Hoja informativa para los usuarios

Anexo VIII: Carta de consentimiento informado

Anexo I: Variables

*Tabla variables.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Código	Cadena	8	0		Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
2	Edad	Numérico	8	0		{1, GE}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Género	Numérico	8	0		{1, Mujer}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	E_NHC	Numérico	8	0		Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
5	E_HC	Numérico	8	0		Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada

Anexo II: Diálogo Vídeo Habilidades Empáticas (E-HC)

Terapeuta: Buenos días.

Usuario: Buenos días.

Terapeuta: ¿Qué tal está usted hoy?

Usuario: La verdad es que no muy bien... desde hace una semana no levanto cabeza.

Terapeuta: No mejora. (Paráfrasis)

Usuario: No, desde que tuve el accidente no soy capaz de hacer nada, ni dormir, ni hablar con mis hijos, ni tan si quiera ver la televisión... ¡nada!

Terapeuta: No es capaz de hacer nada, una situación complicada... (Repetición y reflejo)

Usuario: Si, desde el accidente no he podido hacer nada por mí mismo, me tienen que ayudar a ducharme, a vestirme, a moverme de la cama al sofá...

Terapeuta: Vaya, muchas cosas que no puede realizar. (Reflejo y paráfrasis)

Usuario: No soporto tener que pedir ayuda a todas horas. En cualquier momento mi familia se cansará...

Terapeuta: Está preocupado de ser una carga para ellos, de que se agoten... (Paráfrasis)

Usuario: Ellos también tienen su vida y no pueden estar todo el día pendientes de mí y de todo lo que necesito. No soy un niño pequeño, tendría que ser capaz de hacer las cosas por mí mismo para no ser una carga para ellos.

Terapeuta: Está agobiado porque desde el accidente no ve muchas mejorías y le duele que su familia también esté afectada por todo esto.

(Paráfrasis)

Usuario: Sí. Durante mucho tiempo he ido a fisioterapia y terapia ocupacional y he ido ganando más fuerza y recuperando un poco mis habilidades, pero supongo que todavía necesito tiempo para recuperar mi independencia.

Terapeuta: Lleva mucho tiempo trabajando en esto y se hace muy cansado continuar y mantenerse animado todos los días. (Paráfrasis)

Usuario: Sí, es difícil pero creo que debería hablar con los terapeutas para solicitar más sesiones.

Terapeuta: En la próxima sesión me comentas cómo te ha ido.

Usuario: Vale, hasta la próxima semana entonces.

Terapeuta: Nos vemos el martes.

Anexo III: Diálogo Vídeo Sin Habilidades Empáticas (E-NHC)

Terapeuta: Buenos días.

Usuario: Buenos días.

Terapeuta: ¿Qué tal está usted hoy?

Usuario: La verdad es que no muy bien... desde hace una semana no levanto cabeza.

Terapeuta: ¿Y eso?

Usuario: Desde que tuve el accidente no soy capaz de hacer nada, ni dormir, ni hablar con mis hijos, ni tan si quiera ver la televisión... ¡nada!

Terapeuta: Pues tiene que ser fuerte, que el accidente podría haber sido peor...

Usuario: Ya, pero desde el accidente no he podido hacer nada por mí mismo, me tienen que ayudar a ducharme, a vestirme, a moverme de la cama al sofá...

Terapeuta: Buff, yo me tuve que operar y aún fue peor, que no podía ni moverme de la cama y hasta me tenían que dar de comer.

Usuario: Pues yo no soporto tener que pedir ayuda a todas horas. En cualquier momento mi familia se cansará...

Terapeuta: ¡Que va, hombre! Ya verá como todo va a ir bien que no pasa nada porque tengan que ayudarle un poco.

Usuario: Ellos también tienen su vida y no pueden estar todo el día pendientes de mí y de todo lo que necesito. No soy un niño pequeño, tendría que ser capaz de hacer las cosas por mí mismo para no ser una carga para ellos.

Terapeuta: Quizá no esté trabajando lo suficiente.

Usuario: Sí. Durante mucho tiempo he ido a fisioterapia y terapia ocupacional y he ido ganando más fuerza y recuperando un poco mis habilidades, pero supongo que todavía necesito tiempo para recuperar mi independencia.

Terapeuta: Sí, continuar con las sesiones de rehabilitación le va a hacer sentir mucho mejor, ya verá.

Usuario: Sí, quizás.

Terapeuta: En la próxima sesión me comenta cómo le ha ido.

Usuario: Vale, hasta la próxima semana entonces.

Terapeuta: Nos vemos el martes.

Anexo IV: Escala de evaluación REM

¿Qué impresión has sacado de esta consulta? Por favor marque un número para cada pregunta

(1) ¿El médico proporciona la oportunidad para que el paciente dé su opinión?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Ninguna oportunidad	Muchas oportunidades

(2) ¿El médico trató al paciente como un igual?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Nada igual	Completamente igual

(3) ¿Mostró comprensión el médico con el punto de vista del paciente?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Ninguna comprensión	Mucha comprensión

(4) ¿El médico trató de ponerse en la posición del paciente?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
De ningún modo	Muchísimo

(5) ¿El médico mostró interés en la opinión del paciente?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Ningún interés	Mucho interés

(6) ¿El médico puso al paciente bajo presión?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Ninguna presión	Mucha presión

(7) ¿El médico “aconsejó” al paciente?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Ningún consejo	Muchos consejos

(8) ¿El médico reprendió al paciente?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Nada	Mucho

(9) ¿El medico fue sensible con el paciente?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Nada sensible	Muy sensible

(10) En general, ¿crees que la entrevista realizada por el terapeuta ha sido adecuada?	
1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7	
Nada adecuada	Muy adecuada

Anexo V: Formulario sociodemográfico

1. Nombre:

2. Sexo:

Mujer

Hombre

3. Edad:

4. Nivel educativo:

5. Test del reloj (sólo para aquellas personas de edad igual o superior a los 65):

a. "Dibuje primero la esfera, redonda y grande".

b. "Ahora coloque dentro de ella los números correspondientes a las horas del reloj, cada uno en su sitio".

c. "Dibuje ahora las manecillas del reloj, marcando las once y diez".

Anexo VI: CD

Anexo VII: Hoja informativa para los usuarios

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: “Evaluación de la percepción de empatía terapéutica en una muestra de sujetos de edad avanzada” y será realizado por Pamela Picallo Amigo, estudiante de 2º curso en el Máster Universitario de Gerontología de la Facultad de A Coruña.

Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme esta forma de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en estudiar las posibles diferencias en la percepción de las habilidades empáticas del profesional sanitario por parte de la población de edad avanzada.

Beneficios del estudio

La participación en este estudio no le proporcionará ningún beneficio directo, sin embargo, se espera que pueda ser de utilidad a la hora de conseguir la intervención más adecuada y completa para los usuarios, así como, darle una mayor significación a las habilidades de comunicación del equipo interdisciplinar y mejorar sus capacidades en esta competencia.

Riesgos o inconvenientes del estudio

No se ha determinado ningún tipo de riesgo o inconveniente debido a la participación en este estudio.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio usted visualizará dos grabaciones de video y, posteriormente, cubrirá una escala con preguntas relacionadas con las imágenes observadas. Por último, se le entregará un formulario de carácter sociodemográfico.

La información que se recoja será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los especificados para esta investigación.

Aclaraciones

- La participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será utilizada con estricta confidencialidad.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Anexo VIII: Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido contestadas adecuadamente. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Firma del investigador

Fecha