

MEMORIA FINAL

Compromisos y Resultados

Proyectos de Innovación y Mejora Docente

2015/2016

Título del proyecto
Evaluación de la efectividad de un entrenamiento para adquirir y/o mejorar la capacidad empática en el Grado de Enfermería.

Responsable		
Apellidos	Nombre	NIF
Bas Sarmiento	Pilar	31842729-B

1. Describa los resultados obtenidos a la luz de los objetivos y compromisos que adquirió en la solicitud de su proyecto. Incluya tantas tablas como objetivos contempló.

Objetivo nº 1	<i>Conocer y analizar las intervenciones presentes en la literatura científica para mejorar la empatía de profesionales y estudiantes de la salud, determinando las más óptimas.</i>		
Indicador de seguimiento o evidencias:	<p>Resultados de la búsqueda bibliográfica. Número de publicaciones seleccionadas tras cumplir los criterios de inclusión de la revisión sistemática.</p> <p>Tablas de evidencia.</p> <p>Análisis bibliométrico y crítico de la literatura.</p> <p>Indicadores de calidad de los estudios siguiendo las recomendaciones internacionales Equator Network.</p>		
Objetivo final del indicador:	Identificar la evidencia disponible que sirva de “patrón oro”		
Fecha prevista para la medida del indicador:	Primer semestre antes del inicio de las asignaturas que participan en el proyecto.	Fecha de medida del indicador:	Primer semestre
Actividades previstas:	<p>Revisión Sistemática: Búsqueda bibliográfica, en la literatura científica, en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Medline, Cochrane, Science Direct y Nursing & Allied Health Source, con el fin de analizar qué intervenciones se han mostrado eficaces en la investigación para mejorar la empatía de estudiantes y/o profesionales sanitarios en los últimos diez años.</p> <p>La estrategia de búsqueda para las diferentes bases empleará la combinación (mediante los operadores booleanos AND y OR) del descriptor MeSH “empathy” con las siguientes palabras clave: “intervention”, “education”, “nursing”, “nurse”, “health professional”, “health” y “review”, previa comprobación en el DeCS. En la</p>		

	<p>Tabla 1 se presentan los criterios de inclusión/exclusión. Los datos fundamentales de los estudios para su análisis se extraerán a partir de la filtración independiente de dos revisores. Las discrepancias serán resueltas mediante la participación de un tercer revisor.</p>
<p>Actividades realizadas y resultados obtenidos:</p>	<p>Se muestran los resultados de la búsqueda en un diagrama de flujo:</p> <pre> graph TD subgraph Identificación A1[Pub-Med (234)] A2[Cochrane (9)] A3[Medline (221)] A4[Psyc-INFO (112)] A5[Science Direct (408)] A6[CINAHL (138)] end A1 --> B[Duplicados (n = 387)] A2 --> B A3 --> B A4 --> B A5 --> B A6 --> B subgraph Screening B --> C[Artículos tras eliminar duplicados (n = 735)] C --> D[Excluidos tras análisis título/resumen (n = 618)] end subgraph Elegibilidad C --> E[Artículos a texto completo evaluados (n = 117)] E --> F[No intervención empatía (n=44) Artículos teóricos (n=9) No medición de empatía (n=3) Reducción del estrés (n=6) Salud mental (n=4) Revisiones no específicas (n= 8) Tesis doctorales (n=9) No acceso texto completo (n=13)] end subgraph Incluidos E --> G[Estudios incluidos para análisis cualitativo (n = 21)] end </pre> <p>En el Anexo I y II se muestran los principales hallazgos en base a la evidencia.</p> <p>Aunque los estudios analizados han demostrado que es posible aumentar las habilidades empáticas en estudiantes y personal sanitario, tal y como afirma Cunico et al.⁽¹⁾ no hay indicios claros de que existan contenidos, métodos, resultados o tiempo de formación dedicados en la educación enfermera.</p> <p>Algunos autores apuntan que los modelos de educación más prometedores son los que utilizan estilos experienciales de aprendizaje⁽²⁾. La mayoría de estudios, recogidos en el presente análisis, realizan un entrenamiento experiencial ya sea a</p>

	<p>modo de simulaciones, representación de papeles, ensayo de conducta o aprendizaje basado en escenarios de casos informándose de mejoras en la capacidad empática de los participantes. La investigación recomienda que el aprendizaje experiencial gire en torno a la labor del día a día de la enfermera y refleje las altas exigencias que se requieren en su labor⁽³⁾.</p> <p>Las intervenciones experienciales se han mostrado más efectivas que las basadas en las humanidades. Dentro de las intervenciones experienciales es necesario distinguir entre role-playing, ensayo de conducta y aprendizaje basado en escenarios de casos y averiguar qué metodología es más efectiva.</p> <p>A partir de los resultados de la evaluación de la calidad y las limitaciones de la propia literatura se evidencia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de estudios usan medidas auto-informadas exclusivamente y no tienen en cuenta la visión del paciente. Se debe tender a triangular la información, para aumentar la fiabilidad de los datos, tomando medidas tanto del personal sanitario como del paciente y de observadores externos. • La evidencia recomienda el uso de ensayos aleatorios controlados siendo, contradictoriamente, poco utilizados por los investigadores, optando por los diseños cuasi-experimentales. Aunque, en este caso, por razones éticas, es complicado utilizar este tipo de diseños, el empleo de estudios aleatorios controlados de cohorte modificado nos ayuda a solventar esta dificultad lo que mejoraría la calidad de la investigación al respecto. • Se hace necesario se especifique, detenidamente, la intervención a efecto. Para comprobar el mantenimiento de los logros conseguidos, se recomienda incorporar, al menos, una medida de seguimiento tras la intervención. 		
Objetivo nº 2	<i>Desarrollo de una intervención en empatía para estudiantes de Grado en Enfermería que atienda a la adquisición de competencias cognitivas, actitudinales y aptitudinales.</i>		
Indicador de seguimiento o evidencias:	Descripción de las Sesiones de Intervención		
Objetivo final del indicador:	Disponer de un protocolo de intervención, basado en la evidencia, que pueda ser aplicado en otros contextos.		
Fecha prevista para la medida del indicador:	Final curso académico 2015-16	Fecha de medida del indicador:	Final curso académico 2015-16
Actividades previstas:	Diseño y creación de las sesiones a partir de la información obtenida del objetivo 1. Elaboración de material docente necesario para su desarrollo.		
Actividades realizadas y resultados obtenidos:	<p>La intervención se llevó a cabo durante el segundo semestre del curso académico 2015/16, distribuida en cinco sesiones, basadas en la sistemática del role-playing⁽⁴⁾ que ha mostrado su eficacia para el entrenamiento de la empatía^(2,5) y la orientación Flypped Classroom o Aprendizaje invertido⁽⁶⁾. La Flypped Classroom consiste en que parte de la información teórica se entrega previamente al alumno fuera del aula, liberando tiempo de clase para integrar estrategias de aprendizaje activo. De esta forma, les daremos a los alumnos la información teórica y la documentación necesaria previamente a la sesión práctica, consiguiendo, con ello, tener más tiempo para realizar actividades grupales donde los alumnos participen activamente mediante un entrenamiento mayormente experiencial. Al inicio de cada sesión se evalúan los contenidos teóricos mediante una Prueba de Evaluación Continua (PEC). Asimismo, incluiremos la escritura reflexiva, ya que se ha observado puede aumentar la empatía⁽⁷⁻⁸⁾.</p>		

SESIÓN 1

RELACIÓN DE AYUDA.

Duración: 4 horas distribuidas en dos días

Antes de iniciar la sesión, los alumnos realizan la Prueba de Evaluación Continua (PEC) correspondiente al Tema: “La Comunicación Verbal y No Verbal”, contenido facilitado previamente.

- Se discuten los principales aspectos de la relación de ayuda, destacándose su importancia en la profesión enfermera y diferenciando los distintos estilos de relación. Proyectamos un pequeño vídeo ilustrativo de la importancia de la comunicación y la relación de ayuda en la profesión de enfermería.
- Se exponen la empatía y la escucha activa como dos elementos claves en la relación de ayuda, diferenciando empatía, simpatía y proyección. Visionado del vídeo de Youtube (<https://youtu.be/ALh6NYPSanI>) que muestra la diferencia entre empatía, simpatía y/o implicación emocional. Debate.
- Caso a resolver donde se muestra la interacción en una simulación. Deben identificar los errores cometidos por el personal sanitario y preparar un diálogo alternativo. Se emplea la técnica puzzle de resolución de problemas.

Antes de iniciar el segundo día de entrenamiento, los alumnos realizan la Prueba de Evaluación Continua (PEC) correspondiente al Tema: “Habilidades de Comunicación Básica en la Relación de Ayuda”, facilitado previamente.

- Se hace hincapie en los diferentes tipos de respuestas que el profesional puede utilizar en la relación y comunicación con el paciente (respuesta de valoración o juicio moral, respuesta interpretativa, respuesta de apoyo-consuelo, respuesta de investigación, respuesta de tipo “solución del problema” y respuesta empática). Asimismo, se explica la reformulación y la variedad de técnicas que existen para ello: expresiones verbales de apoyo, conductas expresivas de aceptación, la reiteración, dilucidación, y/o el reflejo de emociones.
- Se analiza la Escala de Carkhuff con los diferentes niveles de Empatía.

SESIÓN 2

Importancia de la EMPATÍA y ESCUCHA ACTIVA.

“Ponte sus zapatos”

Duración: 2 horas

La actividad consiste en el uso de un Tangram, es decir, un puzzle. Dividimos a los alumnos en dos grupos (N=20), separados en subgrupos de 4 alumnos para un total de 5 subgrupos por grupo. Se distribuye por cada subgrupo las piezas necesarias para conformar un puzzle. Se eligen dos alumnos al azar en cada subgrupo que se sitúan uno frente al otro, separados por una mampara. A uno se le entrega el puzzle ya formado, mientras el otro dispone de las piezas desordenadas. La actividad consiste en que el alumno que dispone del puzzle formado le indique al compañero (mediante

lenguaje verbal) los pasos que debe realizar para ordenar las piezas.

Esta actividad tiene la dificultad de que hay piezas de distinto color y el cambio de orientación al estar un alumno frente al otro (derecha e izquierda invertidas). Para el logro de la actividad, es fundamental la escucha activa y la empatía.

Transcurrido la mitad del tiempo, y de no haberse resuelto, los observadores adoptan el papel de emisores.

Se realiza resumen de lo observado durante la práctica y las dificultades que aparecen cuando el emisor no es capaz de ponerse en el lugar del receptor y el hándicap que supone no tener ninguna referencia.

SESIÓN 3	EMPATÍA. 1ª PARTE Duración: 2 horas
----------	--

Exposición de un caso, en formato vídeo, en el que se presenta una interacción enfermera-paciente durante una entrevista clínica. En ella, la enfermera no empatiza con la paciente, no realiza escucha activa evitando los temas que resultan difíciles para la paciente, la interrumpe, su lenguaje no verbal no es el correcto (mirada, gestos, postura, tono de voz...), no le presta atención y realiza respuestas de juicio moral. Por último, intenta tranquilizar a la paciente comentándole que no se tiene por qué preocupar, causando el efecto contrario.

Tras el visionado, se les pide a los alumnos que, individualmente, reconozcan los errores que haya cometido el personal sanitario y que, mediante la Escala de Carkhuff, valoren la empatía de la enfermera y analicen qué nivel ha alcanzado (representada en 1,5 según la Escala de Carkhuff). Una vez que cada alumno ha realizado la evaluación, se les pide que formen grupos de 4 personas y debatan, llegando a un consenso, acerca de qué errores se han cometido y qué nivel creían que había alcanzado la enfermera. Finalmente, elaboran por escrito el diálogo correcto y ensayan para escenificarlo en la próxima sesión.

Se les proporciona feedback para que puedan corregir los errores cometidos y/o aclarar las dudas antes de representarlo en el role-playing acordado. Se le indica al alumnado que cualquier miembro del grupo puede ser elegido para representar la propuesta de diálogo adecuado.

SESIÓN 3	EMPATÍA. 2ª PARTE Duración: 2 horas
----------	--

- Se proporciona feedback de los errores frecuentes que se habían cometido en la actividad anterior, con el fin de recordarlos y minimizar la posibilidad de que aparezcan de nuevo.
- Role playing. Se graba la sesión en vídeo con el fin de ofrecer feedback a los alumnos.
- Para finalizar, se muestra un vídeo modelo de coping, realizado por los alumnos colaboradores (de forma que el alumno se pueda sentir identificado con el modelo), donde se muestra un personal sanitario que escucha de forma activa, ofrece retroalimentación y reforzamiento al paciente, información adecuada y empatiza llegando a un nivel 5 en la Escala de Carkhuff.
- Se hace hincapié y se debate acerca de las variables positivas que se muestran en el vídeo: empatía, escucha activa, comunicación no verbal, dilucidación, comprobación de la información que conoce el paciente, uso

de reforzadores y muestra de disponibilidad.

Tarea para casa:

1. Analizar, individualmente, el vídeo de su entrevista de role-playing pre-entrenamiento, basándose en dicha escala de Carkhuff y señalando el nivel de empatía que tuvieron, la comunicación no verbal tanto del paciente como de ellos mismos como profesionales, y realizar diálogo teniendo en cuenta la teoría aportada. Para ello, se dispuso de una plantilla de entrega de la actividad y de sus vídeos individuales pre-entrenamiento.
2. Preparar los contenidos teóricos correspondientes al Tema: “Estilos de Comunicación Interpersonal: la Asertividad”.

<i>SESIÓN 4</i>	EMPATÍA, ASERTIVIDAD Y CRÍTICA Duración: 2 horas
-----------------	---

Antes de iniciar la sesión, los alumnos realizarán la Prueba de Evaluación Continua (PEC) correspondiente al Tema: “Estilos de Comunicación Interpersonal. La Asertividad” y habrán entregado las actividades correspondientes al cuaderno de trabajo.

- Evaluación de la asertividad de los participantes. Análisis de los objetivos individuales a alcanzar.
- Demostración de un modo de “oposición asertiva: “la crítica”. Se introduce el elemento de empatía como esencial en la misma. Se les muestra cómo realizar una crítica mediante 5 pasos:
 1. Describe la conducta ofensiva o molesta.
 2. **Empatiza con el interlocutor.**
 3. Expresa tus sentimientos sobre la conducta de una forma positiva con el fin de que **empatizen contigo.**
 4. Especifica el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona.
 5. Señala las consecuencias positivas que proporcionará, principalmente, a la relación.

Se les deja a los estudiantes que practiquen y representen esta situación en grupos de cinco. Cada alumno del grupo representa un elemento de los cinco pasos de forma que el último formule la crítica completa. Tras practicar, cada grupo lo representa ante el resto.

Tarea para casa: leer la documentación facilitada para el Tema: “Habilidades de comunicación orientadas a la realización de entrevistas clínicas” y preparar, para la siguiente sesión, símil para explicar la naturaleza del problema y la racionalidad de la medida terapéutica a un paciente estándar. En grupos de cuatro personas, cada grupo trabajará una patología crónica concreta (Hipertensión Arterial, EPOC, Diabetes Mellitus, Cáncer, Hiperlipidemia). Se subirán los trabajos al campus para que todos los alumnos puedan ver sus contenidos.

	<p>SESIÓN 5</p>	<p>ENTREVISTA Duración: 2 horas</p>
<p>Objetivo nº 3</p>	<p><i>Evaluar la eficacia de la intervención a efecto en la mejora de la empatía en línea base y evidenciar si el entrenamiento mejora otros parámetros adicionales tales como: comunicación no verbal, manejo de la entrevista y percepción del grado de aprendizaje y autoestima.</i></p>	
<p>Indicador de seguimiento o evidencias:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escala de Empatía de Jefferson versión estudiante (<i>Jefferson Scale of Empathy student version, JSE-S</i>). El posible rango de puntuación oscila entre 20-140. A mayor puntuación, mayor empatía⁽⁹⁻¹⁰⁾. 2. Escala de Empatía de Reynolds (<i>Reynolds Empathy Scale, RES</i>). Versión traducida al español publicada por Marco Gisbert et al.⁽¹¹⁾. El rango de valores oscila entre “siempre demostrado” que tiene un valor de 100% hasta “nunca demostrado” con un valor de 0%. 3. <i>The Consultation and Relational Empathy Measure (CARE)</i>. La escala tiene una puntuación que oscila entre 10-50, reflejando una mayor empatía la puntuación más alta⁽¹²⁾. 4. Guía para observadores externos de elaboración propia a partir del patrón oro <i>The Carkhuff Scale</i>⁽¹³⁾. 5. Encuesta de satisfacción con el aprendizaje (elaboración propia) y <i>Cuestionario de Autoestima de Rosenberg</i>⁽¹⁴⁾. 	
<p>Objetivo final del indicador:</p>	<p>Medir la empatía en los diferentes protagonistas de la interacción (personal sanitario- paciente) y con observadores externos.</p> <p>Valorar la eficacia de la intervención comparando las puntuaciones pre-entrenamiento/pos-entrenamiento en una simulación clínica.</p> <p>Valorar la adquisición de competencias Específicas, Generales y Transversales:</p> <p>ESPECÍFICAS:</p> <p>CE7 Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa del desarrollo.</p> <p>CE8 Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familia y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.</p> <p>CE29 Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de Enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares</p> <p>CE51 Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.</p> <p>GENERALES:</p> <p>CG4 Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.</p>	

	<p>CG8 Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud –enfermedad.</p> <p>CG11 Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.</p> <p>TRANSVERSALES:</p> <p>CT3 Habilidades de comunicación oral y escrita en la lengua nativa.</p> <p>CT7 Competencias y habilidades de comunicación</p> <p>CT8 Capacidad en resolución de problemas</p> <p>CT13 Habilidades en las relaciones interpersonales</p> <p>CT25 Capacidad de observación</p>		
<p>Fecha prevista para la medida del indicador:</p>	<p>Final curso académico 2015-16</p>	<p>Fecha de medida del indicador:</p>	<p>Algeciras: 16 y 17 de marzo Grupo Experimental 1. 9 y 10 de mayo Grupo Experimental 2. Jerez: 31 de marzo Grupo Experimental 1. 21 de junio Grupo Experimental 2.</p>
<p>Actividades previstas:</p>	<p>Diseño: ensayo controlado aleatorio de cohorte modificado multi-céntrico.</p> <p>Población/Participantes: estudiantes de Grado en Enfermería de la Universidad de Cádiz, que estén matriculados en el 2º curso de Grado y en las asignaturas que participan en el proyecto (Habilidades de la Comunicación Interpersonal 12003018; Habilidades de la Comunicación Interpersonal 30807018; Transculturalidad, Género y Salud 12003013; Practicum II 12003025; Practicum II 30807025).</p> <p>Los alumnos serán asignados aleatoriamente a un Grupo Experimental (GE) y a un Grupo Control (GC) –que pasará a ser grupo experimental retardado (“delayed intervention group”) una vez se realice la medición post-entrenamiento-. Es decir, para cumplir con la mayor rigurosidad científica y ética (ofreciendo la mejor formación a todo el alumnado), tras la evaluación de la eficacia de la intervención, procederemos al entrenamiento del grupo que no recibió la formación (GC). De esta forma, nos aseguraremos que todos los alumnos tengan cubiertas las competencias a adquirir.</p> <p>Se cumplirán las premisas éticas consensuadas en la Declaración de Helsinki. En todo momento se salvaguardará los derechos de anonimato y confidencialidad de los participantes.</p> <p>Métodos para la recogida de datos: realizaremos un diseño pretest-postest utilizando cuatro herramientas de evaluación (especificadas anteriormente como indicadores), analizando la empatía desde la perspectiva del paciente, del alumno/personal sanitario y de tres evaluadores independientes. De este modo, se triangula la información para aumentar la fiabilidad.</p> <p>La evaluación se realizará a través de encuentros con pacientes simulados, con actores previamente entrenados. Estos encuentros consistirán en una entrevista clínica que se desarrollará en un aula específica (sala de simulación) donde se dispondrá de mobiliario similar a una consulta de Enfermería. Esta sala dispone de un cristal unidireccional espejado que permite observar sin ser visto. Las sesiones serán grabadas.</p> <p>La entrevista simula una consulta de Enfermería de un paciente crónico. El actor (paciente) dispone de un guión y los alumnos reciben recomendaciones para el</p>		

	<p>desarrollo de la prueba. Se incorpora una hoja de registro de datos del paciente que los alumnos tienen que rellenar durante la entrevista.</p> <p>El actor (paciente) ofrece, al alumno, tres oportunidades para ser empáticos: 1) verbaliza que está muy nervioso porque un familiar padeció la misma enfermedad y conoce las consecuencias; 2) pregunta si se va a curar en un tono que denota preocupación; 3) refiere que tiene dificultad para abandonar un hábito insano necesario en su proceso.</p> <p>Los observadores externos se sitúan tras el espejo de la sala de simulación y disponen de la Escala de Carkhuff para la evaluación de la empatía de cada estudiante durante la entrevista.</p> <p>Tras finalizar la entrevista, los estudiantes complimentan la Escala de Empatía de Reynolds y, al mismo tiempo el actor (paciente), evalúa la actuación de cada alumno mediante “The Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure”.</p> <p>Análisis de datos: los datos obtenidos a partir de los cuestionarios pre y post-entrenamiento serán analizados mediante el programa estadístico SPSS V22.0. En un primer nivel, se hará un análisis estadístico descriptivo uni-bivariante. Dichos análisis constarán de las tabulaciones y gráficos oportunos junto con las medidas de síntesis habituales (media, desviación estándar y rango). Los contrastes de hipótesis se harán: en el caso de la comparación de dos medias mediante la t de Student (independientes o apareadas) si la distribución es normal. Prueba no paramétrica de rango de Wilcoxon para muestras relacionadas y la U de Mann-Whitney para muestras independientes. En el caso de más de dos medias, mediante ANOVA. Los contrastes para la comparación de proporciones se harán mediante las pruebas basadas en la distribución Chi-cuadrado.</p> <p>El nivel de confianza se establecerá en el 95% ($\alpha=0,05$).</p>
<p>Actividades realizadas y resultados obtenidos:</p>	<p><i>Describe aquí las actividades concretas que se han llevado a cabo para alcanzar el objetivo que se propuso</i></p> <p>Tras el entrenamiento se realiza evaluación de lo aprendido y se analiza si se mantiene la conducta con un seguimiento al mes de la intervención, en ambos centros y para los diferentes grupos.</p> <p>Los datos se almacenan en el SPSS v.22.0 para su análisis.</p> <p>En las Tablas 2 y 3 se presentan los estadísticos descriptivos de la evaluación pre-entrenamiento, pos-entrenamiento y al mes de seguimiento para las distintas medidas evaluadas y tipo de grupo para ambos centros.</p> <p>En las Tablas 4, 5, 6, 7, 8 y 9 se muestra la significación estadística.</p> <p>En la Facultad de Enfermería de Algeciras se producen mejoras en todas las medidas evaluadas, siendo las diferencias pre-entrenamiento/post-entrenamiento estadísticamente significativas, tanto en el GE1 como en el GE2. Como era de esperar, en el GC, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros evaluados, lo que establece la efectividad del entrenamiento.</p> <p>Comparando las puntuaciones de los alumnos en línea base (pre-entrenamiento) con las obtenidas en el seguimiento (GE1 y 2), se mantienen los resultados; apareciendo diferencias estadísticamente significativas en los tres parámetros evaluados durante la simulación.</p>

	<p>En la Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Extensión docente Jerez), se producen mejoras en todas las medidas evaluadas durante la simulación, siendo las diferencias pre-entrenamiento/pos-entrenamiento estadísticamente significativas, en el GE1. En el GE2, las diferencias son estadísticamente significativas para las puntuaciones de Carkhuff (medida de observadores externos) y CARE (valoración de la actuación del alumno realizada por el paciente), no así para RES (valoración de la actuación por el propio estudiante). El aprendizaje se mantiene en el seguimiento.</p> <p>El grupo control de Jerez muestra un comportamiento singular mejorando las puntuaciones pre-entrenamiento y pos-entrenamiento con diferencias estadísticamente significativas. Una explicación a estos últimos resultados puede ser la posible contaminación del grupo, dado que en Jerez los contenidos y las actividades permanecieron visibles en el Campus Virtual de la asignatura para todos los alumnos y la mayoría realizaron actividades que no le correspondían como grupo control.</p> <p>Como era de esperar, en ambos centros, la escala de empatía de Jefferson para estudiantes de Enfermería no muestra diferencias entre las distintas mediciones. Recordemos que se trata de una medida auto-informada del nivel de empatía general que percibe el alumno, no del nivel que demuestra en la condición de simulación.</p> <p>Aunque la representación masculina es considerablemente inferior, en general, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.</p>
--	---

2. Adjunte las tasas de éxito¹ y de rendimiento² de las asignaturas implicadas y realice una valoración crítica sobre la influencia del proyecto ejecutado en la evolución de estos indicadores.

Asignatura ³	Tasa de Éxito		Tasa de Rendimiento	
	Curso 2014/15	Curso 2015/16	Curso 2014/15	Curso 2015/16
Habilidades de la Comunicación Interpersonal. Campus Bahía de Algeciras.	100%	100%	97,4%	98,65%
Habilidades de la Comunicación Interpersonal. Campus Jerez	100%	100%	98%	95,9%

Informe crítico sobre la evolución de las tasas de éxito y rendimiento

Los resultados académicos son excelentes siendo una asignatura meramente experiencial en la que se trabaja desde hace años por mejorar la docencia. Para ambos grupos las diferencias entre cursos académicos no son significativas.

3. Incluya en la siguiente tabla el número de alumnos matriculados y el de respuestas recibidas en cada opción y realice una valoración crítica sobre la influencia que el proyecto ha ejercido en la opinión de los alumnos.

¹ Tasa de éxito = Número de estudiantes aprobados / Número de estudiantes presentados.

² Tasa de rendimiento = Número de estudiantes aprobados / Número de estudiantes matriculados.

³ Incluya tantas filas como asignaturas se contemplen en el proyecto.

**Opinión de los alumnos al inicio del proyecto (Algeiras)**

Número de alumnos matriculados: 74

Valoración del grado de dificultad que cree que va a tener en la comprensión de los contenidos y/o en la adquisición de competencias asociadas a la asignatura en la que se enmarca el proyecto de innovación docente

NINGUNA DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MEDIA	BASTANTE DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
-	6	29	29	8

Opinión de los alumnos en la etapa final del proyecto*Valoración del grado de dificultad que ha tenido en la comprensión de los contenidos y/o en la adquisición de competencias asociadas a la asignatura en la que se enmarca el proyecto de innovación docente*

NINGUNA DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MEDIA	BASTANTE DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
-	7	42	22	1

Los elementos de innovación y mejora docente aplicados en esta asignatura han favorecido mi comprensión de los contenidos y/o la adquisición de competencias asociadas a la asignatura

NADA DE ACUERDO	POCO DE ACUERDO	NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
-	-	16	33	23

En el caso de la participación de un profesor invitado*La participación del profesor invitado ha supuesto un gran beneficio en mi formación*

NADA DE ACUERDO	POCO DE ACUERDO	NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
-	-	-	-	-

Valoración crítica sobre la influencia que ha ejercido el proyecto en la opinión de los alumnos

Al inicio de la asignatura el 51,38% de los alumnos se posicionan en bastante o mucha dificultad en la comprensión de los contenidos y/o adquisición de competencias. Al final del proyecto los alumnos consideran dicha dificultad en el 31,9% de los casos.

El 77,77% considera que los elementos de innovación aplicados han favorecido la comprensión de los contenidos y/o adquisición de competencias asociadas a la asignatura. Ningún alumno considera que los elementos incorporados no hayan facilitado su comprensión y/o adquisición de competencias.

Al final del entrenamiento, se le solicita al alumno observaciones y sugerencias. Las opiniones registradas han sido analizadas cualitativamente. La información ha sido codificada por temas, identificándose las siguientes categorías principales: calidad del aprendizaje, dificultades en el aprendizaje, deficiencias del proyecto, sugerencias de mejora y satisfacción general. En la Tabla 10 se muestra las categorías y sub-categorías emergidas de los comentarios de los alumnos/as.

En general, los alumnos consideraron positiva la experiencia con este tipo de aprendizaje, describiéndola como una forma útil, diferente, innovadora, interesante, amena y motivante de aprendizaje. Es de destacar los comentarios que giran en torno a que la adquisición de dicha competencia les ha ayudado en su vida personal y profesional.



Opinión de los alumnos al inicio del proyecto (Jerez)				
Número de alumnos matriculados: 49				
<i>Valoración del grado de dificultad que cree que va a tener en la comprensión de los contenidos y/o en la adquisición de competencias asociadas a la asignatura en la que se enmarca el proyecto de innovación docente</i>				
NINGUNA DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MEDIA	BASTANTE DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
1	-	24	13	1
Opinión de los alumnos en la etapa final del proyecto				
<i>Valoración del grado de dificultad que ha tenido en la comprensión de los contenidos y/o en la adquisición de competencias asociadas a la asignatura en la que se enmarca el proyecto de innovación docente</i>				
NINGUNA DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MEDIA	BASTANTE DIFICULTAD	MUCHA DIFICULTAD
4	13	19	2	-
<i>Los elementos de innovación y mejora docente aplicados en esta asignatura han favorecido mi comprensión de los contenidos y/o la adquisición de competencias asociadas a la asignatura</i>				
NADA DE ACUERDO	POCO DE ACUERDO	NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
-	1	7	26	1
En el caso de la participación de un profesor invitado				
<i>La participación del profesor invitado ha supuesto un gran beneficio en mi formación</i>				
NADA DE ACUERDO	POCO DE ACUERDO	NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
-	-	-	-	-
Valoración crítica sobre la influencia que ha ejercido el proyecto en la opinión de los alumnos				
En el Campus de Jerez de la Frontera, al inicio de la asignatura el 40% de los alumnos se posicionan en bastante o mucha dificultad en la comprensión de los contenidos y/o adquisición de competencias. Al final del proyecto, los alumnos consideran dicha dificultad en el 5,71% de los casos.				
El 77,14% considera que los elementos de innovación aplicados han favorecido la comprensión de los contenidos y/o adquisición de competencias asociadas a la asignatura. Sólo un alumno se posiciona en poco de acuerdo respecto a que los elementos incorporados faciliten su comprensión y/o adquisición de competencias.				
Al igual que el grupo del Campus Bahía de Algeciras, al final del entrenamiento, se solicitó a los alumnos/as observaciones y sugerencias. Las opiniones registradas han sido analizadas cualitativamente. La información ha sido codificada por temas, identificándose las categorías y sub-categorías emergentes detalladas en la Tabla 11.				
La percepción general del alumnado sobre la utilidad y calidad del aprendizaje ha sido buena, con amplia mayoría de comentarios positivos.				

4. Marque una X bajo las casillas que correspondan en la siguiente tabla. Describa las medidas a las que se comprometió en la solicitud y las que ha llevado a cabo.

Compromiso de compartición / difusión de resultados en el entorno universitario UCA adquirido en la solicitud del proyecto				
1. Sin compromisos	2. Compromiso de impartición de una charla o taller para profesores	3. Adicionalmente fecha y centro donde se impartirá	4. Adicionalmente programa de la presentación	5. Adicionalmente compromiso de retransmisión o grabación para acceso en abierto
	X	Curso académico 2016-17 Facultad de Enfermería Algeciras	X	
Descripción de las medidas comprometidas en la solicitud				
Difusión Departamental; Difusión páginas web de los centros; Charlas-talleres para desarrollo y comunicación de conclusiones; Publicación revista de impacto en Journal Citation Report; creación de material audiovisual educativo a través del Centro de Recursos Digitales para su publicación en abierto.				
Descripción de las medidas que se han llevado a cabo				
<ul style="list-style-type: none"> Se organizaron dos charlas talleres previas a la ejecución del proyecto con el fin de informar del procedimiento y de la intervención y un taller para adecuar los criterios de evaluación para los observadores durante la simulación. <p>Material escrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se elaboró una guía docente para la ejecución del proyecto en ambos centros. Se desarrolló material específico para facilitar la evaluación de los observadores externos y aumentar la fiabilidad de la medición. <p>Material audiovisual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se ha elaborado una cápsula de aprendizaje que presentaron, los alumnos colaboradores, a la I Edición de los Premios a las Mejores Cápsulas Audiovisuales de Aprendizaje de la UCA y que se facilitó al profesorado y alumnos participantes para ayudar a la comprensión de los conceptos. Se han elaborado dos vídeos como material educativo en colaboración con el Centro de Recursos Digitales para su publicación en abierto. <p>Difusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se ha enviado revisión bibliográfica a revista de impacto para su publicación: <ul style="list-style-type: none"> "Intervenciones para mejorar la empatía en estudiantes y/o profesionales sanitarios: revisión sistemática". <i>Revista Latino-Americana da Enfermagem</i>. Bajo revisión (julio 2016). JCR 2015: 0,687 (Q3) Estamos elaborando artículo ("Eficacia de un entrenamiento en empatía en estudiantes de Grado en Enfermería") para presentar el análisis estadístico de los resultados y su discusión y presentar en la revista <i>International Journal of Nursing Studies</i>. JCR 2015: 3,561 (Q1). Se presentó el proyecto como comunicación en las II Jornadas de Educación del Campo de Gibraltar. "Aprendiendo a empatizar. Desarrollo y evaluación de un entrenamiento en empatía en estudiantes de Enfermería del Campo de Gibraltar". 13-15 noviembre de 2015. Algeciras (Cádiz). Los alumnos colaboradores presentarán, el próximo 27 de octubre de 2016, en las III Jornadas de Enfermería Digital (ENDICA 2016), la comunicación "Innovación docente en Enfermería: cápsula de aprendizaje en empatía". 				

Referencias

1. Cunico L, Sartori R, Marognolli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(13-14): 2016–25. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x
2. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq*. 2010; 17(1): 65–74. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x
3. Hamilton B. Doing the obs and chatting: Empathic nursing in the machinery of care. En: Libro de Ponencias: Australian College of Mental Health Nursing Conference. Melbourne; 2008.
4. Hoffman TL, Reif SD. *Into aging: Simulation game*. Thorofare NJ: Charles B. Slack Inc; 1978.
5. Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, ... Nikendei, C. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2012; 87(3): 300–6. doi:10.1016/j.pec.2011.10.007
6. Bishop JL, Verleger MA. The Flipped Classroom: A Survey of the Research. In 12th ASEE Annual Conference & Exposition; 2013.
7. Ozcan NK, Bilgin H, Eracar N. The use of expressive methods for developing empathic skills. *Issues Ment Health Nurs*. 2011; 32(2): 131–6. doi: 10.3109/01612840.2010.534575
8. Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Educ Health*. 2004; 17(1): 73–84. doi:10.1080/13576280310001656196
9. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med*. 2009; 84(9): 1198–202. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b17b3f
10. Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ*. 2014; 5: 73–81. doi:10.5116/ijme.533f.0c41
11. Marco Gisbert A, Reynolds W, Fonfria Vivas C, Muñoz Izquierdo A, Bellver Navalón C, Fonfria Vivas R, et al. La importancia de una buena traducción. *Revista ROL de Enfermería*. 2004. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1064965&info=resumen&idioma=SPA>

12. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* 2004; 21(6): 699–705. doi:10.1093/fampra/cmh621
13. Carkhuff RR. *Helping and human relations: a primer for lay and professional helpers.* New York: Holt, Rinehart and Winston; 1969.
14. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.
15. Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Med Educ.* 2004; 38: 145–57. doi: 10.1111/j.1365-2923.2004.01754.x
16. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Medical Education.* 2014; 14: 219. doi: 10.1186/1472-6920-14-219
17. Hart CN, Drotar D, Gori A, Lewin L. Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice. *Patient Educ Counsel.* 2006; 63(1-2): 38–46. doi:10.1016/j.pec.2005.08.007
18. Ançel G. Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Arch Psychiatr Nurs.* 2006; 20(6): 249–57. doi: 10.1016/j.apnu.2006.05.002
19. Dow AW, Leong D, Anderson A, Wenzel RP. Using theater to teach clinical empathy: A pilot study. *J Gen Inter Med.* 2007; 22(8): 1114–8. doi: 10.1007/s11606-007-0224-2
20. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns.* 2009; 75(1): 3–10. doi: 10.1016/j.pec.2008.09.007
21. Cahan MA, Larkin AC, Starr S, Wellman S, Haley HL, Sullivan K, et al. A Human Factors Curriculum for Surgical Clerkship Students. *Arch Surg.* 2010; 145(12): 1151–7. doi: 10.1001/archsurg.2010.252.
22. Eymard AS, Crawford BD, Keller TM. “Take a walk in my shoes”: Nursing students take a walk in older adults’ shoes to increase knowledge and empathy. *Geriatr Nurs.* 2010; 31(2): 137–41. doi:10.1016/j.gerinurse.2010.02.008

23. Henry BW, Ozier AD, Johnson A. Empathetic responses and attitudes about older adults: How experience with the Aging Game measures up. *Educ Gerontol.* 2011; 37(10): 924–41. doi:10.1080/03601277.2010.495540
24. Sheehan CA, Perrin KO, Potter ML, Kazanowski MK, Bennett LA. Engendering empathy in baccalaureate nursing students. *Int J Caring Sci.* 2013; 6(3): 456–64.
25. Nosek M, Gifford E, Kober B. Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study. *J Nurs Educ Pract.* 2014; 4(10): 1–16. doi: 10.5430/jnep.v4n10p1
26. Bays AM, Engelberg RA, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, et al. Interprofessional communication skills training for serious illness: Evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *J Palliat Med.* 2014; 17(2): 159–66. doi: 10.1089/jpm.2013.0318
27. Yang K, Woomer GR, Agbemenu K, Williams L. Relate better and judge less: Poverty simulation promoting culturally competent care in community health nursing. *Nurse Educ Pract.* 2014; 14(6): 680–5. doi: 10.1016/j.nepr.2014.09.001
28. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Med Educ.* 2014; 14: 219. doi: 10.1186/1472-6920-14-219
29. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: An updated systematic review. *Acad Med.* 2013; 88(8): 1171–7. doi: 10.1097/ACM.0b013e318299f3e3
30. Reed DA, Cook DA, Beckman TJ, Levine RB, Kern DE, Wright SM. Association between funding and quality of published medical education research. *JAMA.* 2007; 298(9): 1002–9. doi:10.1001/jama.298.9.1002
31. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. Guidelines for conducting and reporting mixed research in the field of counseling and beyond. *J Couns Dev.* 2010; 88: 61-88. doi: 10.1002/j.1556-6678.2010.tb00151.x
32. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007; 19(6):349-357. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

33. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ*. 2009; 339: b2535. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

Tabla 1. Criterios de inclusión/exclusión para la selección de los estudios, 2015.

	Criterios Inclusión	Criterios Exclusión
Participantes	Estudiantes de Ciencias de la Salud o Profesionales Sanitarios.	Población distinta a la sanitaria/universitaria.
Tipos de estudio	Revisiones sistemáticas y estudios experimentales y/o cuasi-experimentales de programas de intervención. Estudios cualitativos y mixtos.	Estudios puramente descriptivos.
Intervenciones	Intervenciones destinadas a mejorar la empatía en personal sanitario o estudiantes de Ciencias de la Salud. Intervenciones destinadas a mejorar uno o más elementos de las habilidades de comunicación, siendo la empatía la variable principal de estudio.	Intervenciones no diseñadas específicamente para la mejora de la empatía y/o no se evalúa dicha variable. Intervenciones realizadas en el ámbito de Salud Mental y/o centradas en reducir el estrés.
Escenarios	Cualquier tipo de escenario socio-sanitario y/o universitario.	Otros tipos de escenarios distintos del sanitario y/o universitario.
Tipos de publicación	Publicaciones de carácter científico publicadas en revistas científicas indexadas.	Artículos de literatura gris, prensa, tesis doctorales, libros, enciclopedias.
Idioma	Inglés/Español.	Otro idioma distinto Inglés/Español.

Tabla 2. Descriptivos por tipo de grupo. Facultad de Enfermería (Algeciras)

MEDIDA	PRETEST			POSTEST			SEGUIMIENTO					
	N	Media	DT	Moda	N	Media	DT	Moda	N	Media	DT	Moda
Experimental 1												
The Carkhuff Scale	37	1,84	0,67		37	4,24	0,74		37	4,25	0,50	
RES	37	77,51	14,69		37	84,70	15,62		37	84,85	12,08	
CARE	37	24,89	7,38		37	29,00	5,98		37	29,70	6,52	
Jefferson	37	116,72	8,58		37	119,94	7,77		37	117,91	8,28	
Experimental 2												
The Carkhuff Scale	33	2,00	0,57		36	4,25	0,57		35	3,94	0,69	
RES	33	74,50	15,38		36	81,26	10,77		36	82,09	12,23	
CARE	33	22,72	4,75		36	28,77	5,09		36	35,55	7,67	
Jefferson	33	116,09	10,55		36	116,16	9,61		36	116,58	8,53	
Control												
The Carkhuff Scale	35	1,87	0,77		33	2,03	0,449		-	-	-	-
RES	35	75,31	11,47		33	74,50	15,38		-	-	-	-
CARE	35	23,17	8,81		33	22,72	4,75		-	-	-	-
Jefferson	35	115,11	8,96		33	116,09	10,55		-	-	-	-

Tabla 3. Descriptivos por tipo de grupo. Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Jerez)

MEDIDA	PRETEST			POSTEST			SEGUIMIENTO					
	N	Media	DT	Moda	N	Media	DT	Moda	N	Media	DT	Moda
Experimental 1												
The Carkhuff Scale	21	1,57	0,69		22	2,88	0,88		17	3,79	0,63	
RES	22	73,97	13,84		22	88,06	12,63		17	89,73	11,96	
CARE	22	19,81	5,40		22	31,22	11,62		17	40,94	7,58	
Jefferson	22	110,18	11,84		22	110,36	18,10		17	112,56	11,61	
Experimental 2												
The Carkhuff Scale	20	2,45	0,84		22	3,52	0,42		-	-	-	-
RES	20	87,35	10,05		22	85,06	12,43		-	-	-	-
CARE	20	28,25	8,07		22	41,50	7,79		-	-	-	-
Jefferson	20	116,05	10,62		22	111,13	8,97		-	-	-	-
Control												
The Carkhuff Scale	23	1,54	0,72		20	2,45	0,84		-	-	-	-
RES	24	76,33	12,74		20	87,35	10,05		-	-	-	-
CARE	24	22,08	7,65		20	28,25	8,07		-	-	-	-
Jefferson	24	108,16	12,85		20	116,05	10,62		-	-	-	-

Tabla 4. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo pre/post-entrenamiento y tipo de grupo. Facultad de Enfermería (Algeciras)

Tipo de Grupo	PRUEBA	N	Media	D.T.	z(p)
Experimental 1	Carkhuff (pre-intervención)	37	1,81	0,67	
	Carkhuff (post-intervención)	37	4,24	0,74	-5,269 (0,000)
	RES (pre-intervención)	37	77,51	14,69	
	RES (post-intervención)	37	84,70	15,62	-2,384 (0,017)
	CARE (pre-intervención)	37	24,89	7,38	
	CARE (post-intervención)	37	29	5,98	-3,028 (0,002)
	Jefferson (pre-intervención)	37	116,72	8,58	
	Jefferson (post-intervención)	37	119,94	7,77	-2,284 (0,022)
Experimental 2	Carkhuff (pre-intervención)	33	2	0,57	
	Carkhuff (post-intervención)	36	4,25	0,57	-4,992 (0,000)
	RES (pre-intervención)	33	74,50	15,38	
	RES (post-intervención)	36	81,26	10,77	-2,095 (0,036)
	CARE (pre-intervención)	33	22,72	4,75	
	CARE (post-intervención)	36	28,77	5,09	-4,003 (0,000)
	Jefferson (pre-intervención)	33	116,09	10,55	
	Jefferson (post-intervención)	36	116,16	9,61	-0,259 (0,795)
Control	Carkhuff (pre-intervención)	35	1,87	0,77	
	Carkhuff (post-intervención)	33	2,03	0,49	-0,612 (0,541)
	RES (pre-intervención)	35	75,31	11,47	
	RES (post-intervención)	33	74,50	15,38	-0,179 (0,858)
	CARE (pre-intervención)	35	23,17	8,81	
	CARE (post-intervención)	33	22,72	4,75	-0,655 (0,512)
	Jefferson (pre-intervención)	35	115,11	8,96	
	Jefferson (post-intervención)	33	116,09	10,55	-0,672 (0,502)

Tabla 5. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo post/seguimiento entrenamiento y tipo de grupo. Facultad de Enfermería (Algeciras)

Tipo de Grupo	PRUEBA	N	Media	D.T.	z(p)
Experimental 1	Carkhuff (post-intervención)	37	4,24	0,74	
	Carkhuff (seguimiento)	37	4,25	0,50	-0,166 (0,868)
	RES (post-intervención)	37	84,70	15,62	
	RES (seguimiento)	37	84,85	12,08	-0,045 (0,964)
	CARE (post-intervención)	37	29	5,98	
	CARE (seguimiento)	37	29,70	6,52	-0,505 (0,614)
	Jefferson (post-intervención)	37	119,94	7,77	
	Jefferson (seguimiento)	37	117,91	8,28	-1,890 (0,059)
Experimental 2 (Seguimiento EOECE)	Carkhuff (post-intervención)	36	4,25	0,57	
	Carkhuff (seguimiento)	35	3,94	0,69	-1,791 (0,073)
	RES (post-intervención)	36	81,26	10,77	
	RES (seguimiento)	36	82,09	12,23	-0,500 (0,617)
	CARE (post-intervención)	36	28,77	5,09	
	CARE (seguimiento)	36	35,55	7,67	-3,993 (0,000)
	Jefferson (post-intervención)	36	116,16	9,61	
	Jefferson (seguimiento)	36	116,58	8,53	-0,017 (0,986)

Tabla 6. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo pre/seguimiento entrenamiento y tipo de grupo. Facultad de Enfermería (Algeciras)

Tipo de Grupo	PRUEBA	N	Media	D.T.	z(p)
Experimental 1	Carkhuff (pre-intervención)	37	1,81	0,67	
	Carkhuff (seguimiento)	37	4,25	0,50	-5,332 (0,000)
	RES (pre-intervención)	37	77,51	14,69	
	RES (seguimiento)	37	84,85	12,08	-2,587 (0,010)
	CARE (pre-intervención)	37	24,89	7,38	
	CARE (seguimiento)	37	29,70	6,52	-3,097 (0,002)
	Jefferson (pre-intervención)	37	116,72	8,58	
	Jefferson (seguimiento)	37	117,91	8,28	-0,869 (0,385)
Experimental 2 Seguimiento: EOECE	Carkhuff (pre-intervención)	33	2,00	0,57	
	Carkhuff (seguimiento)	35	3,94	0,69	-4,835 (0,000)
	RES (pre-intervención)	33	74,50	15,38	
	RES (seguimiento)	36	82,09	12,23	-2,976 (0,003)
	CARE (pre-intervención)	33	22,72	4,75	
	CARE (seguimiento)	36	35,55	7,67	-4,845 (0,000)
	Jefferson (pre-intervención)	33	116,09	10,55	
	Jefferson (seguimiento)	36	116,58	8,53	-0,186 (0,852)

Tabla 7. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo pre/post-entrenamiento y tipo de grupo. Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Jerez)

Tipo de Grupo	PRUEBA	N	Media	D.T.	z(p)
Experimental 1	Carkhuff (pre-intervención)	21	1,57	0,69	-3,440 (0,001)
	Carkhuff (post-intervención)	22	2,88	0,88	
	RES (pre-intervención)	22	73,97	13,84	-3,604 (0,000)
	RES (post-intervención)	22	88,06	12,63	
	CARE (pre-intervención)	22	19,81	5,40	-3,541 (0,000)
	CARE (post-intervención)	22	31,22	11,62	
	Jefferson (pre-intervención)	22	110,18	11,84	-0,522 (0,602)
	Jefferson (post-intervención)	22	110,36	18,10	
Experimental 2	Carkhuff (pre-intervención)	20	2,42	0,84	-3,401 (0,001)
	Carkhuff (post-intervención)	22	3,52	0,42	
	RES (pre-intervención)	20	87,35	10,05	-0,065 (0,948)
	RES (post-intervención)	22	85,06	12,43	
	CARE (pre-intervención)	20	28,25	8,07	-3,100 (0,002)
	CARE (post-intervención)	22	41,50	7,79	
	Jefferson (pre-intervención)	20	116,05	10,62	-1,954(0,051)
	Jefferson (post-intervención)	22	111,13	8,97	
Control	Carkhuff (pre-intervención)	23	1,54	0,72	-2,500 (0,012)
	Carkhuff (post-intervención)	20	2,42	0,84	
	RES (pre-intervención)	24	76,33	12,74	-3,138 (0,002)
	RES (post-intervención)	20	87,35	10,05	
	CARE (pre-intervención)	24	22,08	7,65	-2,054 (0,040)
	CARE (post-intervención)	20	28,25	8,07	
	Jefferson (pre-intervención)	24	108,16	12,85	-1,723 (0,085)
	Jefferson (post-intervención)	20	116,05	10,62	

Tabla 8. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo post/seguimiento entrenamiento y tipo de grupo. Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Jerez)

Tipo de Grupo	PRUEBA	N	Media	D.T.	z(p)
Experimental 1	Carkhuff (post-intervención)	22	2,88	0,88	-2,789 (0,005)
	Carkhuff (seguimiento)	17	3,79	0,63	
	RES (post-intervención)	22	88,06	12,63	-0,829 (0,407)
	RES (seguimiento)	17	89,73	11,96	
	CARE (post-intervención)	22	31,22	11,62	-2,393 (0,017)
	CARE (seguimiento)	17	40,94	7,58	
	Jefferson (post-intervención)	22	110,36	18,10	-0,735 (0,463)
	Jefferson (seguimiento)	17	112,56	11,61	

Tabla 9. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo pre/seguimiento entrenamiento y tipo de grupo. Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Jerez)

Tipo de Grupo	PRUEBA	N	Media	D.T.	z(p)
Experimental 1	Carkhuff (pre-intervención)	21	1,57	0,69	-3,639 (0,000)
	Carkhuff (seguimiento)	17	3,79	0,63	
	RES (pre-intervención)	22	73,97	13,84	-3,575 (0,000)
	RES (seguimiento)	17	89,73	11,96	
	CARE (pre-intervención)	22	19,81	5,40	-3,623 (0,000)
	CARE (seguimiento)	17	40,94	7,58	
	Jefferson (pre-intervención)	22	110,18	11,84	-0,994 (0,320)
	Jefferson (seguimiento)	17	112,56	11,61	

Tabla 10. Citas textuales alumnos/as Facultad Enfermería

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CITA*	
Calidad aprendizaje	Utilidad para vida personal y profesional (n=30)	ALG36. <i>"Muy buena me ha ayudado mucho a perder el miedo a entablar una conversación con los pacientes"</i> ALG44. <i>"Ha sido útil, porque antes no era consciente de lo que era empatizar y la importancia de ello. A partir de esta asignatura sé cuál es su importancia y he intentado empatizar"</i> ALG12. <i>"Creo que la asignatura me ha ayudado a comprender mejor qué es la empatía y ser capaz de aplicarla de manera más eficiente. Creo que es muy importante saber empatizar en una profesión como la Enfermería"</i> ALG65. <i>"...desde mi punto de vista creo que nos sirve de mucha ayuda el aprendizaje y la empatía en la vida diaria, ya que nos tendremos que afrontar a muchas situaciones de la vida diaria en la cual nos serviría de mucha ayuda la empatía"</i>	
	Carácter innovador (n=1)	ALG11. <i>"Me ha parecido interesante e innovador"</i>	
	Metodología correcta (n=34)	ALG40. <i>"Me ha parecido una forma diferente de aprender y la verdad que he aprendido mucho más que con el método habitual"</i> ALG27. <i>"Es la mejor forma de aprendizaje, hacerlo con un paciente simulado, ya que es lo que más se acerca a la realidad"</i> ALG1. <i>"La forma de enfocar las clases de manera dinámica e interactuando con los alumnos ha dado, en mi opinión, grandes resultados. Pienso que ha sido muy buena idea la separación de grupos y el llevar a cabo varias sesiones prácticas para poner en ejecución lo aprendido con respecto a la empatía. De las clases teóricas, resalto las explicaciones con ejemplos, que me han parecido muy útiles"</i>	
	Motivante (n=2)	ALG45. <i>"Me ha parecido muy interesante y una forma diferente y motivante de estudiar la asignatura"</i>	
	Feedback (n=2)	ALG38. <i>"La idea de los vídeos es muy buena, ya que así vemos los fallos y las locuras que podemos llegar a decir por culpa de los nervios"</i>	
	Dificultades	Estrés/ansiedad (n=6)	ALG35. <i>"Las entrevistas son muy estresantes, pero es donde más se aprende"</i> ALG 38. <i>"En mi caso me pongo más nerviosa en la simulación que en la vida real con el paciente"</i>
		Dificultad aprendizaje (n=2)	ALG 41. <i>"No me ha resultado complicada la comprensión de los contenidos. Pero sí, su aplicación e interiorización"</i>
Deficiencias	Falta tiempo presencial (n=6)	ALG 71. <i>"El problema es la falta de horas lectivas que dedicamos a la práctica"</i> ALG 64. <i>"Creo que hemos tenido poco tiempo para practicar y la empatía lleva más tiempo aprenderla"</i>	
	Nivel exigencia (n=4)	ALG42. <i>"A pesar de haber sido exigente a ratos era divertida, pero ha sido duro..."</i>	
	Carga trabajo (n=1)	ALG 60. <i>"para mí la asignatura me ha parecido con un poco de carga de trabajo, no se ha tenido descanso en ningún momento."</i>	
Sugerencias mejora	Organización (n=3)	ALG 61. <i>"Muy descontrolada la asignatura, teníamos que estar atentos porque cualquier día salía algo nuevo"</i> .	
		ALG 39. <i>"Las simulaciones son muy forzadas, deberían observar al alumno en las prácticas clínicas"</i>	
		ALG 26. <i>"Debería haber más contenido práctico"</i>	
Satisfacción general (n=5)		ALG69. <i>"...sin duda una de las asignaturas más bonitas que he cursado, no solo por los contenidos en sí sino por el desarrollo de ésta"</i>	

Tabla 11. Citas textuales alumnos/as Facultad Enfermería y Fisioterapia (Extensión docente Jerez de la Frontera)

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CITA*
Calidad aprendizaje	Utilidad vida personal y profesional (n=7)	J36. <i>“Ahora se más sobre la empatía y en las prácticas en el hospital lo noté, pude mejorar la conversación con los pacientes y conseguí que se abrieran a mí. Pienso que esta asignatura nos será de gran utilidad”</i>
	Carácter innovador (n=1)	J18. <i>“Todo lo que sea innovar me parece estupendo”</i>
	Metodología correcta (n=16)	J20. <i>“El contenido y la forma elegida para el aprendizaje han sido buenas para experimentar qué es y para qué sirve la empatía. La realización de talleres y videos ha sido productiva”</i>
		J11. <i>“Es una forma diferente de aprender la empatía. Es divertido y te hace ponerte en posición de cómo podría ser con futuros pacientes que tengamos”</i>
	Feedback (n=2)	J26. <i>“Me ha gustado mucho pues gracias al ver mis videos he podido ver mis fallos”</i>
Dificultades	Estrés/ansiedad (n=4)	J9. <i>“...el hecho de que nos evalúen nos pone muy nerviosos”</i>
	Dificultad aprendizaje (n=2)	J36. <i>“Es mucho más difícil de lo que pensaba”</i>
Deficiencias	Falta tiempo presencial (n=1)	J10. <i>“Me ha parecido que el tiempo global de la asignatura es poco para desarrollar correctamente las habilidades de comunicación”</i>
	Horarios (n=8)	J5. <i>“Debería haber tenido un poco más en cuenta los horarios”</i>
	Puntualidad (n=3)	J28. <i>“Debería mejorar la puntualidad a la hora del video...”</i>
	Organización (n=4)	J13. <i>“Me ha parecido interesante pero un poco descontrolado porque al ser la primer vez que se ha ce y los alumnos no estamos acostumbrados a este tipo de aprendizaje”</i>
J40. <i>“Se debería valorar en el ámbito de la actuación enfermera aunque es evidente la dificultad, ya que con las entrevistas nos encontramos en un ambiente superficial”</i>		
Sugerencias mejora		J20. <i>“Todo aprendizaje se pude mejorar, quizás aumentando la teoría y ejemplos prácticos antes de las entrevistas”</i>
		J10. <i>“Me ha gustado mucho el contenido de la asignatura y la manera de desarrollarse...”</i>
Satisfacción general (n=3)		J39. <i>“Gracias a esta forma de evaluación mis habilidades de la comunicación han mejorado muchísimo y de corazón doy las gracias por ello. Forma interesante para aprender y perder miedo al examen. Me ha hecho olvidar los mitos de que no solo hay que aprobar un examen sino que lo más importante es aprender”.</i>

Anexo I. Estudios seleccionados revisión sistemática.

País de origen Referencia	Diseño, Muestra	Medida Empatía	Intervención	Resultados	Duración, Seguimiento	Calidad
EEUU ⁽¹⁵⁾	Diseño Cuasi-experimental Pre-postest con un solo grupo. N= 28 médicos residentes Mujeres: 68%	“Roter’s Interaction Analysis System” (RIAS) adaptado.	Sem1: pretest (1h); Sem2: práctica didáctica y representación de papeles (1h); Sem3: revisión vídeos sesiones anteriores (1h). Sem4: postest (1h).	N=28 pretest N=28 postest. Expresión empatía: Postest>Pretest*	Intervención: 4h Estudio: 4sem Seguimiento: NO	MERSQI ⁽³⁰⁾ 11,5
EEUU ⁽¹⁶⁾	Diseño mixto: fase cualitativa (grupos focales) y fase cuantitativa (diseño aleatorio controlado de cohorte modificado pre-postest). N= 22 estudiantes de medicina GE [†] y GC [‡] (GE [†] retardado). Mujeres 62,5%	Entrevistas grupo focal “Empathy Construct Rating Scale” (ECRS) “The Balanced Emotional Empathy Scale” (BEES) “Attitude-toward-the-humanities”	Grupos pequeños de lectura y discusión. Uso de poesías, obras de teatro y cuentos abordando temas (relación médico-paciente, examen físico, escucha, dolor...)	N=22 pretest N=16 postest. ECRS: Postest>Pretest [§] (p = 0,27) BEES: Postest>Pretest* (p=0,01) “Attitude toward the humanities” Postest>Pretest* (p=0,01) Entrevistas: Las definiciones de empatía sin cambios. Mejoró la comprensión de la perspectiva del paciente.	Intervención: 8 sesiones de 1h (2 veces/mes) Estudio: 9 m Seguimiento: NO	Guidelines for mixed research ⁽³¹⁾ 32/43 74,41% Tipo B
EEUU ⁽¹⁷⁾	Diseño Cuasi-experimental pre-postest. Un solo grupo. N= 38 médicos residentes de pediatría y medicina interna Mujeres 60,7%.	“Roter’s Interaction Analysis System” (RIAS). P3C. Percepción de los padres sobre la comunicación P-MISS. satisfacción Grabación pre- postest visita pediátrica.	Entrenamiento en Habilidades de Comunicación Interpersonal (empatía, afecto positivo, apoyo y colaboración con los padres de sus pacientes). (1) Introducción y fundamentos; (2) revisión didáctica y estrategias eficaces para mejorar el uso (3) representación de papeles en grupos de 4-8.	N=38 pretest N=28 postest. Aumento de la cantidad de enunciados de comunicación interpersonal (empatía...) con el tiempo (F [1,27] = 5,55, p = 0,03). Tendencia al aumento de la empatía (F [1, 27] = 3,54, p = 0,07).	Intervención: 1,5h Estudio: 6 sem Seguimiento: 2-3 sem.	MERSQI ⁽³⁰⁾ 11,5

						Postest>Pretest [§]	
Turquía⁽¹⁸⁾	Diseño pre-postest. Un solo grupo. N= 263 enfermeras Hospital Universitario divididas en 13 grupos de 20.	Cuasi-experimental	“Empathic Communication Skill B” (ECS-B).	Educación experimental con actividades de escucha activa, preguntas abiertas, respuestas empáticas, CV, CNV, representación de papeles, estudios de casos y experiencias personales.	N=263 pretest N=190 postest. Postest>Pretest* (p<0,05).	Intervención: 20h (5días a 4h/día) Estudio: 13sem Seguimiento: NO	MERSQI ⁽³⁰⁾ 8
EEUU⁽¹⁹⁾	Ensayo controlado no aleatorio. Pre-post test. 2 grupos. N=20 residentes de medicina. GE [†] =14; GC [‡] =6. Mujeres 65%.	no	Entrevista. Herramienta modificada del Departamento de Teatro. “Instrument Resident Communication Evaluation Form”	Entrenamiento, mediante teatro, de habilidades y actitudes de empatía clínica, construcción relaciones empáticas, escucha activa, expresividad, habilidades sociales y liderazgo de grupos pequeños.	GE [†] Post>Pretest* (p≤0,01) Empatía, escucha activa, expresividad, GE [†] >GC ^{‡*} CV GE [†] >GC ^{‡§}	Intervención: 6h (4 sesiones de clases y talleres de 90 minutos) Estudio: No especificado. Seguimiento: NO	MERSQI ⁽³⁰⁾ 11
EEUU⁽²⁰⁾	Estudio descriptivo basado en un ensayo aleatorio controlado pre-postest. N=232 vídeos de interacciones médico-paciente escogidos aleatoriamente.		“Global Rating Scale” (GRS). “Empathy Communication Coding System” (ECCS).	3 talleres de habilidades de la comunicación. Sesión de coaching individual (30-45 min): revisión de un vídeo de una visita reciente de un paciente.	ECCS GE [†] Post>Pretest* GC [‡] Post>Pretest [§] GRS GE [†] Post>Pretest* GC [‡] Post>Pretest	Intervención: 20h. Estudio: 3meses Seguimiento: 6 meses.	MERSQI ⁽³⁰⁾ 10
EEUU⁽²¹⁾	Ensayo controlado no aleatorio. Pre-postest. Dos grupos. Estudio piloto dividido en 2 fases. Piloto 1: N=100 estudiantes de medicina de 3º, con 2 GE [†] y 2	no	Se evaluó el aprendizaje de cada sesión con rúbrica, estableciendo una serie de ítems que se puntuaban con 1 punto si se daba en las reflexiones que escribían los participantes tras la presentación de una serie de	Tres sesiones: 1. “La comunicación con el paciente”: empatía y cuidado” (2h). 3 encuentros con pacientes simulados en una situación difícil y sesión informativa sobre habilidades. 2. “Comunicación con los miembros	Piloto 1: GE [†] >GC ^{‡§} Piloto 2: GE [†] ₁ Post>Pretest* GE [†] ₂	Intervención: 4,5h Estudio: 2 años Piloto1: 2007 Piloto2: 2008	MERSQI ⁽³⁰⁾ 8,5

	GC [‡] . Piloto 2: N=50 estudiantes de medicina de 3º sin GC [‡] , divididos en 2 grupos.	casos.	del equipo” (1h30m): visualización de vídeo de 7 min sobre el tema seguido de sesión informativa. 3. “Balance Trabajo-Vida” (1h): 3 habilidades (gestión del tiempo en hospital, encontrar tiempo para leer y estudiar y tener equilibrio entre la vida profesional-personal).	Post>Pretest*	Seguimiento: NO	
EEUU ⁽²²⁾	Estudio cualitativo. N=42 estudiantes de enfermería (último año). 14 estudiantes/ semestre.	Análisis de contenido de los diarios de los estudiantes. Analizaron la ansiedad, la diversión, el rol de educador y la empatía experimentadas por los alumnos.	Proyecto “Take a walk in my shoes”, donde los alumnos entrenaban a profesionales sanitarios para aumentar la empatía hacia los ancianos. Incluía: lectura, juegos, representación de papeles y visión de un DVD.	Los alumnos comentan haberse divertido y aprendido. La empatía mejoró tanto en los estudiantes como en profesionales sanitarios, según la visión de estos estudiantes.	Intervención: No especificada. Estudio: 3 semestres Seguimiento: NO	COREQ ⁽³²⁾ 19/32 (59,3%) Tipo B
EEUU ⁽²³⁾	Diseño mixto: fase cualitativa (análisis de narrativa) y fase cuantitativa (ensayo aleatorio controlado pre-postest). N=127 estudiantes de enfermería (n=73) y nutrición (n=54) Mujeres 84%.	4 preguntas “The Anxiety about Aging scale (AAS)” “The Aging Semantic Differential Scale (ASD)”	GE [†] : versión modificada del “Anging Game”: 1) 15-30 min de formación. 2) simulación de discapacidades físicas/mentales 3) compartir experiencias. GC [‡] : versión alternativa “Anging Game”: preguntas acerca del envejecimiento y grupos de discusión.	GE [†] >GC [‡] § (p> 0,05) Empatía GE [†] >GC [‡] * (p=0,01).	Intervención: 12 sesiones/ 90 min Estudio: 6 meses Seguimiento: NO	Guidelines for mixed research ⁽³¹⁾ 33/43 76,74% Tipo B
Turquía ⁽⁷⁾	Diseño cuasi-experimental con medidas pre-postest. N= 48 estudiantes de enfermería. Se dividieron en 5 grupos a lo largo de 2 años. Mujeres 100%.	“Empathic Skill Scale”	Realizaban una actividad artística y luego compartían experiencias individuales.	Habilidad empática Postest>Pretest* (p=0,00)	Intervención: 24h Estudio: 2 años (2007-2009) Seguimiento: NO	MERSQI ⁽³⁰⁾ 8,5
Italia ⁽¹⁾	Diseño longitudinal cuantitativo de cohorte (con grupo control y grupo experimental no aleatorio). N=103 estudiantes de enfermería de 1º GE [†] = 62;GC [‡] = 41	“The Balanced Emotional Empathy Scale” (BEES) Versión italiana	GC [‡] : formación académica estándar. GE [†] : formación específica (21 h): 12h en el primer año; 5h en el segundo y 4h en el tercero. Seminarios, talleres, proyección de películas, ejercicios de lectura, representación de papeles, discusiones guiadas con lectura y feedback.	GE [†] >GC [‡] § GE [†] Post>Pretest* (p=0,047) GC [‡] Post>Pretest [§]	Intervención: 21h. Estudio: 3 años (2007-2010) Seguimiento: NO	MERSQI ⁽³⁰⁾ 9,5

EEUU⁽²⁴⁾	Cuasi-experimental postest. Un solo grupo. N=125 estudiantes de enfermería. Mujeres=119; Hombres=6	Pre- “Jefferson Scale of Empathy” (JSPE).	Curso "Entendiendo el Sufrimiento": 1) Imaginación guiada. 2) Representación de papeles y discusión grupal. 3) Reflejo del sufrimiento de los pacientes y expresado de un modo creativo (dibujos, fotos, poemas, esculturas, música...).	Post>Pretest [§]	Intervención: 4 meses Estudio: 5 años (2008-2012). Seguimiento: anual	MERSQI ⁽³⁰⁾ 10,5
EEUU⁽²⁵⁾	Diseño mixto: fase cualitativa (grupos focales) y cuantitativa (cuasi-experimental pre-postest). N= 74 estudiantes de enfermería. Mujeres 89%.	“Interpersonal Reactivity Index” (IRI). Registro de reflexiones de las interacciones. Grupos focales.	Entrenamiento en Comunicación No Violenta (CNV): Se usó la representación de papeles.	IRI Post>Pretest* (p = 0,037). Resultados cualitativos: experiencias positivas utilizando la CNV. Sensación de aumento de empatía y de capacidad de conectar con los demás y resolver conflictos.	Intervención: 2 sesiones de 1h 45min Estudio: un semestre. Seguimiento: 2 años.	Guidelines for mixed research ⁽³¹⁾ 30/43 (69,76%) Tipo B
EEUU⁽²⁶⁾	Ensayo aleatorio controlado. Pre-postest. N= 406 residentes y becarios de medicina (52%) y enfermeros (14%) de 2 Universidades distintas. GE [†] =184 (57,9% mujeres) GC [‡] =222	Dos entrevistas (pre y post) diferentes con pacientes simulados y evaluadores externos basándose en dos acrónimos: SPIKES, protocolo de 6 pasos para dar malas noticias y NURSE, evalúa 5 expresiones empáticas verbales.	Taller de habilidades de comunicación en Oncología “CodeTalk”: Sesiones: (1) explicación y representación de papeles; (2) práctica con paciente/familiar simulado; (3) debates de la experiencia.	SPIKES* en 4 de los 6 puntos. NURSE* de 4 de los 5 ítems. Postest>Pretest* (p<0,001).	Intervención: 8 sesiones de 4h. Dos veces por semana. 32h Estudio: 1mes. Seguimiento: NO	MERSQI ⁽³⁰⁾ 12,5
EEUU⁽²⁷⁾	Cuasi-experimental. Pre-postest. N= 233 alumnos de Enfermería	Entendimiento pobreza: “Poverty Simulation Reaction” Actitudes/ sentimientos hacia pobreza: “Attitude toward Poverty Scale”	Simulación en pobreza basándose en la “Community Action Poverty Simulation”. Los estudiantes asumieron el rol de miembros de 15 familias de bajos ingresos. Se realizaron 3 simulaciones: una en 2010 (G1=83), otra en 2012 (G2=75) y otra en 2013 (G3=75).	“Poverty Simulation Reaction”: G1,G2>G3* “Attitude toward Poverty Scale” G3post>pretest* (p= 0,001). Los estudiantes, informaron que la simulación les ayudó a ser más empáticos, entender mejor la pobreza y a ser menos prejuiciosos.	Intervención: 1 mes Estudio: 3 años Seguimiento: 6 semanas.	MERSQI ⁽³⁰⁾ 8,5

Diferencias estadísticamente significativas; §No diferencias estadísticamente significativas; †No hay mejoras en los resultados; GE[†]: Grupo Experimental; GC[‡]: Grupo Control.

Anexo II. Resumen de las características de las revisiones sistemáticas de la literatura

Referencia, País de Origen	Metodología	Resultados	Calidad PRISMA ⁽³³⁾
EEUU⁽²⁸⁾	Bases: PubMed, EMBASE, Web of Science y PsychINFO Fecha: No especificado. Resultados: 64/1628.	Muestra: estudiantes de medicina (56%), médicos (23%), residentes (20%) y becarios (3%). Tamaño muestral: [11-439]; \bar{x} =89; DT=75. Diseño: 91% cuasi-experimental pre-postest. Comparación “entre grupos” (23%); comparación “intra grupo” (50%) y 27% ambos. GC [†] (35/64). Medidas: Autoinforme (48%); evaluadores externos (52%). Intervención: entrenamiento en habilidades de la comunicación (31%); role playing (11%); ciencias humanas (9%); entrevista motivacional (2 artículos); “entrenamiento Balint” (3 artículos) y reducción basada en la conciencia del estrés (MBSR) (2 artículos). Duración de las intervenciones: [40min-96h]. Resultados: aumento estadísticamente significativo en la empatía (66% de los estudios).	Tipo B 19/27 70,37%
EEUU⁽²⁹⁾	Bases: PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, Scopus y Web of Science. Fecha: 1/01/2004 a 19/03/2012. Resultados: 18 / 3212.	Muestra: estudiantes clínicos (35%), estudiantes preclínicos (41%), estudiantes preclínicos y residentes (12%), estudiantes clínicos y de psicología (6%), estudiantes de medicina y farmacia (6%). Tamaño muestral: [11-370]. (\bar{x} =139,5; DT=104,33). Diseño: Cualitativos (n=3); Cuantitativos (n=15): cuasi-experimental pre-postest un solo grupo (n=7); cuasi-experimental postest de un solo grupo (n=3); estudios controlados de cohorte modificados (n=3); estudios controlados no aleatorizados (n=4); ensayo aleatorio controlado (n=1). Medidas: Autoinforme (9/15 validadas). Observadores externos (2). Intervención: basadas en el arte (n=7); escritura (n=3); teatro (n=2); habilidades de la comunicación (n=4); habilidades interpersonales (n=1); aprendizaje basado en problemas (n=1). Resultados: aumento estadísticamente significativo en la empatía (83,3% de los estudios).	Tipo B 17/27 62,96%
Australia⁽²⁾	Bases: CINAHL, Medline, Psycinfo y Google Scholar. Fecha: sin límite Resultados: 17.	Muestra: estudiantes de enfermería (n=7); enfermeras (n=9); estudiantes y profesionales (n=1). Tamaño muestral: 10-428 participantes. Diseño: cuasiexperimental pre-postest (n=7); cuasiexperimental postest 2 grupos (n=1); cuasiexperimental postest grupo control (n=1); ensayo controlado (n=3); ensayo controlado aleatorio (n=1); no especificado (n=4). Medidas: 9 herramientas validadas. Intervención: aprendizaje experimental (n=11); estilos didácticos de aprendizaje (n=5); aprendizaje autodirigido (n=1). Duración: 6-105 horas. Resultados: mejoras en el nivel de habilidad empática (11/17 artículos).	Tipo B 16/27 59,26%