

**FORMACION EN EMPATÍA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA : ABORDAJE
DESDE LAS COMPETENCIAS Y EL MAESTRO MEDIADOR**

CARLOS JULIO CÉSAR MENDOZA CONTRERAS

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA DOCENCIA EN LA UIS
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
BUCARAMANGA

2016

**FORMACION EN EMPATÍA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA : ABORDAJE
DESDE LAS COMPETENCIAS Y EL MAESTRO MEDIADOR**

CARLOS JULIO CÉSAR MENDOZA CONTRERAS

Monografía para optar al título de
Especialista en Docencia Universitaria

Directora
ESPERANZA REVELO JIMENEZ
Magíster en Pedagogía

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA DOCENCIA EN LA UIS
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
BUCARAMANGA

2016

Dedicatoria

Dedicado a mis estudiantes con el fin de concienciarlos de la importancia de la empatía en la atención integral al paciente y sus familiares.

Agradecimientos

En agradecimiento a mi familia por su tolerancia al permitir sacrificar mi tiempo con ellos en este estudio. A mis pacientes por ser el motivo de mi vida profesional y académica.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	14
1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	16
2. ANTECEDENTES	20
3. MARCO CONCEPTUAL	25
3.1. LA EMPATÍA MÉDICA.....	25
3.2. LA ETICA PROFESIONAL MÉDICA.....	27
3.3. FORMACION INTEGRAL	29
4.3.1. La dimensión ética.	30
4.3.2. La dimensión comunicativa.	32
4.3.3. La dimensión afectiva o emocional.....	33
5. ANÁLISIS SOBRE EL MAESTRO MEDIADOR EN LA FORMACIÓN DE LA EMPATÍA MÉDICA.....	37
6. PROPUESTA DE INCORPORACIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN EMPATÍA AL MICROCURRÍCULO DE PEDIATRÍA, DENTRO DEL PROGRAMA DE MEDICINA-UIS	41
5.1. COMPETENCIAS EN EMPATÍA MÉDICA PEDIÁTRICA.....	42
5.1.1. Competencias de conocimiento.	42
5.1.2. Competencias procedimentales.	43

5.1.3.	Competencias actitudinales.....	44
5.2.	CRITERIOS DE EVALUACION Y EVIDENCIAS DE DESEMPEÑOS	45
5.3.	ALGUNAS ORIENTACIONES METODOLÓGICAS	49
5.4.	EJEMPLO DE SECUENCIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS EN EMPATÍA MÉDICO-PEDIÁTRICAS.....	50
5.4.1.	Grupo y objetivo de aprendizaje.....	50
5.4.2.	Competencias a desarrollar.....	51
5.4.3.	Medios para el desarrollo de la secuencia.....	51
5.4.4.	Evidencias.....	52
6.4.5.	Orientación metodológica.....	52
6.4.6.	Secuencia de actividades.....	53
6.4.7.	Papel del estudiante y papel del maestro mediador.	54
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
	BIBLIOGRAFÍA.....	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Formas de inserción curricular del componente bioético.....	22
Tabla 2. Criterios de evaluación y evidencias de desempeño por competencia	47

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Esquema conceptual.....	43
Cuadro 2. Esquema procedimental y actitudinal	46

RESUMEN

TITULO: FORMACIÓN EN EMPATÍA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA. ABORDAJE DESDE LAS COMPETENCIAS Y EL MAESTRO MEDIADOR

AUTOR: CARLOS JULIO CESAR MENDOZA CONTRERAS*†

PALABRAS CLAVE: EMPATÍA MÉDICA, RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, RELACIÓN MÉDICO-FAMILIARES DEL PACIENTE, ÉTICA PROFESIONAL MÉDICA, FORMACIÓN INTEGRAL, COMPETENCIAS DEL MÉDICO INTEGRAL, MAESTRO MEDIADOR, APRENDIZAJE BASADO EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

DESCRIPCIÓN:

En el ejercicio profesional de la medicina, cuyo fin último es el bienestar integral del paciente, la empatía es un factor clave dado que una mala relación entre médico y paciente interfiere negativamente en la efectividad del diagnóstico y el tratamiento; al tratarse de pacientes menores de edad, el médico pediatra tiene además la necesidad de ponerse en lugar del niño y el adolescente, sumado a sus padres o tutores. No obstante lo importante que se reconoce este aspecto, no es un componente que se enseñe a conciencia dentro del currículo habitual de Medicina, antes bien, según han demostrado investigaciones recientes, es durante la carrera que los futuros médicos se van haciendo menos empáticos.

Esta monografía aborda el problema de la formación en empatía médica, haciendo énfasis en la especialidad pediátrica que es donde se desempeña el autor. Para tal fin se hace un abordaje desde los postulados de las Competencias y el Maestro Mediador; el primero para establecer que dentro de las competencias del médico integral debe profundizarse en la ética profesional, con el fin que se redunde en la formación de la empatía; el segundo para indicar lo urgente de superar la educación tradicionalista expositiva por una que permita más autonomía del alumno a través de las mediaciones y estrategias del tipo Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas-ABP.

* Monografía

† Centro para el Desarrollo de la Docencia en la UIS. Director: Esperanza Revelo Jiménez, magíster en Pedagogía

ABSTRACT

TITLE: EDUCATION OF EMPATHY FOR MEDICINE STUDENTS. APPROACH FROM COMPETENCIES AND TEACHER AS THE MEDIATOR OF THE LEARNING

AUTHOR: CARLOS JULIO CESAR MENDOZA CONTRERAS^{‡§}

KEYWORDS: MEDICAL EMPATHY, DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP, DOCTOR-PATIENT'S FAMILY RELATIONSHIP, PROFESSIONAL ETHICS, INTEGRAL EDUCATION, COMPETENCIES OF INTEGRAL DOCTOR, TEACHER AS THE MEDIATOR OF LEARNING, PROBLEM-BASED LEARNING.

DESCRIPTION:

On the medicine work area, which genuine goal is the patient's wellbeing, the empathy is a key element because a bad relationship between doctor and patient interferes negatively on diagnosis and treatment's efficacy; when the patients are underages, the paediatrician has have try to put himself in theirs place (children and teens) in addition to parents or guardians of them. In spite of the importance of the matter, this is not an intentionally teaching component among the Medicine curriculum, rather, according has shown recently researches, is during the degree studies that the coming doctors lose empathy.

This monograph takes the problem about the education at medical empathy, emphasizing on paediatric specialty (author's work area). To this aim, it bases on postulates of 'Competency-based Learning' and 'Teacher as the Mediator of Learning'. The first serves to determine that, among the competencies of an integral doctor, we ought deepen on professional ethics in order to redound in education of empathy. The second one serves to indicate the necessity of get over the traditionalistic and expositive education in exchange for a model which let more autonomy to the student, through mediations and strategies like 'Problem-based learning'.

[‡] Monograph

[§] Centro para el Desarrollo de la Docencia en la UIS. Director: Esperanza Revelo Jiménez, magister in Pedagogy

INTRODUCCIÓN

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana¹.

La práctica clínica cotidiana se fundamenta en la entrevista entre médico y paciente donde se discute un problema de salud. Kassirer² sostiene que en ese momento se inicia por parte del profesional un proceso de integración de información clínica, de conocimientos y de experiencia, de tal forma que se generan unas hipótesis de trabajo que orientan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. Ya Hipócrates, en su primer aforismo marcaba la importancia y la dificultad de este elemento básico del razonamiento en el quehacer del médico al decir: “La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio, difícil”³.

La relación médico-paciente ha de entenderse en un sentido general como un encuentro entre dos personas, el paciente y el médico, con el objeto de propiciarle al primero bienestar integral. En el caso de la pediatría, involucra al menor de 18 años de edad, quien desde el punto de vista legal colombiano no puede tomar decisiones por su edad, siendo sus voceros habitualmente los padres, otras veces los abuelos, o simplemente los tutores legales quienes opinan y toman las decisiones legales por ellos. El médico debe estar en capacidad de tener una

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [en línea]. <<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>> [citado en Agosto 8 de 2015]

² KASSIRER, Jerome. Teaching clinical reasoning : Case-based and coached. En : Academic Medicine. No. 7, Vol. 85 (Jul., 2010); p. 1118

³ HIPOCRATES. Aforismos, I, 1.

relación asertiva tanto con este paciente menor de edad como con sus familiares o tutores en aras de un mejor desempeño profesional que repercuta en el bienestar de los pacientes. Lo anterior adquiere matices más álgidos en tanto la atención a menores no es exclusiva de pediatras: la práctica profesional demuestra que cerca del 60% de pacientes que atiende el médico general en su consulta pertenecen al grupo poblacional pediátrico.

Dado que uno de los propósitos universitarios es formar profesionales integrales, comprometidos con sus principios y con sus obligaciones sociales, se debe incluir en el currículo de Medicina la formación de competencias comunicativas en los médicos, dirigidas a facilitar la interacción asertiva con el paciente menor de edad en aras a contribuir a su calidad de vida.

Respecto de la Pediatría es preciso acotar que desde principios del siglo XX se reconoce como especialización médica, sin embargo es solo hasta la última década cuando la Universidad Industrial de Santander la ubica en la propuesta curricular para el programa de medicina. La base fundamental del trabajo pedagógico que se hace en la asignatura de pediatría es la historia clínica y se complementa con el desarrollo de las cualidades pertinentes para la interrelación médico-paciente donde se socializa con los cuidadores de los pacientes mediante las habilidades y experiencias adquiridas, logrando así una buena empatía.

1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La calidad de un buen médico se ve reflejada en una sólida conciencia ética de su profesión y en su profunda y educada sensibilidad sobre el valor esencial de la vida. Su formación lo constituye así mismo en un ser forjado en el respeto por la diferencia, la capacidad de tolerancia y la autodeterminación. El médico tiene espíritu investigativo; en el rigor científico y en su tradición académica su competencia profesional se valida en la capacidad para identificar los problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad y plantear con aciertos los programas de promoción y prevención, diagnóstico, alternativas integrales de manejo, rehabilitación y administración de los recursos en salud.

El deterioro de la relación médico-paciente puede explicarse, aunque no justificarse, por múltiples factores; la transformación rápida de la tecnología médica y la fragmentación de la atención obliga a que un paciente deba ser atendido por muchas personas. Cada día el Estado toma parte de la presentación de los servicios, lesionando en ocasiones la autonomía y autoridad que el profesional debe tener frente al paciente, si queremos que los pacientes tengan fe en los médicos, debemos cuidar no solo que la atención sea de buena calidad sino que la actitud del profesional frente al enfermo sea bondadosa y humana; la humanización de la práctica médica depende del médico, si su formación es adecuada, la medicina ejercida en instituciones será tan humana como la practicada en el ejercicio particular. El médico centra la atención profesional en el cuidado de sus semejantes, asumiéndolos como seres en equilibrio permanente en su entorno biofísico y su contexto social: Del compromiso profundo con la salud del hombre, deriva su autoridad y reconocimiento en la comunidad.

La empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinando la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. El desarrollo de las relaciones interpersonales entre

médicos y pacientes es indiscutiblemente de importancia. En los actos de empatía la valoración del otro es integral porque se muestra al sujeto integrado como individuo psicofísico y, todavía más, como ser espiritual, el modo de ser propio, el mundo de valores del sujeto.

Algunas causas de la falta de empatía de los estudiantes de medicina de niveles avanzados y de los profesionales pueden ser:

- Límite de tiempo al estudiar: la información científico técnica es amplia, lo que presupone un tiempo limitado para trabajar en la relación médico paciente.
- Protagonismo: se dedica tiempo a hablar de casos clínicos pero no de las personas que los padecen⁴.
- Protocolo de mantener distancia para ser más eficientes: hace creer que el contacto emocional con el enfermo no es profesional, “acaso por evitar la sobrecarga emocional que supone el constante contacto con el sufrimiento”⁵.
- Por cuenta de la cognición implícita o los prejuicios: la empatía se ve lesionada cuando no se detecta a tiempo la existencia de actitudes implícitas negativas hacia determinados pacientes, enfermedades, o culturas⁶.

⁴ SPIRO, Howard. The practice of empathy. *Academic medicine* No. 84 Vol 9 (2009).

⁵ HOJAT, Mohammadreza. *An empirical study of decline in empathy in medical school.* *EN: Med. Educ.* No. 38 Vol 9 (2004); p. 34-41

⁶ RIOS, Mariana et al. Cognición implícita : un factor para considerar en la educación médica. *En* : *Arch Argent Pediatr* 2014; 112 (1); 59-64

- Inseguridad: El enfermo es un terreno movedizo, la técnica es perfecta y estable ¿Para qué pasar a lo desconocido—la empatía—si con lo conocido se puede lograr el objetivo?⁷
- Habilidad deficiente en la comunicación: Salazar y Gómez⁸ han preparado el curso de comunicación para estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia, en donde insisten en integrar estas competencias para mejorar la prestación del servicio, logrando mejor comprensión con el paciente y evitando quejas por vía administrativa.
- Subestima de la Entrevista Médica como terapia en sí misma: al volverla solamente papeleo y protocolo dispendioso⁹.

Luego analizar varios artículos relacionados con la humanización, ética y empatía en la atención a pacientes, y de revisar el plan de estudios de Medicina de la Universidad Industrial de Santander nos preguntamos ¿Estamos formando profesionales solamente clínicos y no humanizados?, ¿Nuestros estudiantes tienen competencias comunicativas?, ¿Hay buena relación entre el docente y el estudiante como para llegar a una empatía que sirva como base a la futura relación médico paciente?, ¿Estamos formando profesionales con ética?, ¿Nuestros profesionales son emocionalmente capaces de establecer un diálogo adecuado con el paciente?, ¿Cómo repercute la carencia de humanización en la formación de nuestros profesionales?, ¿Cómo fomenta la universidad la formación de profesionales integrales?

⁷ CHRISTIANSON, Charles, et al . From traditional to patient-centered learning : Curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. En : Acad. Med. 2007; 82:10 p79-88

⁸ NOTAS DE CLASE de Olga Salazar y Margarita Gómez, profesoras del Taller “La comunicación desde la formación hasta el acto médico” de la Universidad de Antioquia. Medellín

⁹ CAMPO, Gerardo et al. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. En : Revista colombiana de psiquiatría. 35(4), 2006; 547-569

Las anteriores preguntas orientan la pregunta general de esta monografía formulada en los siguientes términos: ¿Qué competencias debe fomentar el maestro mediador dentro del currículo de Pediatría para la formación en empatía médica?

2. ANTECEDENTES

En un estudio de medición de la empatía en estudiantes de medicina en el que participaron 1022 estudiantes entre los 21 y 23 años de edad de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey; México, se concluyó:

En la medida que el médico entienda lo que el paciente piensa y sienta, mejor será la atención que ofrezca; de este modo la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente. La medición de la empatía es el primer paso para examinar su nivel de permanencia desde el ingreso a la carrera de medicina hasta el tiempo de una especialidad médica. También permite analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía, con beneficios potenciales para el desarrollo del profesional médico y de la salud de sus pacientes¹⁰.

Por su parte, Hemmerdinger et al¹¹ enfatizaron que si un médico es capaz de empatizar correctamente con el enfermo, este último manifestará mayor satisfacción, adherencia al tratamiento y voluntad para entregar información sensible al fin de establecer su diagnóstico; así mismo aumentan la participación de la educación del paciente y se disminuye el malestar emocional incrementando la calidad de vida.

¹⁰ ALCORTA, Adelina et al. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. En : Salud mental. No. 5, Vol. 28 (Oct., 2005); p. 58

¹¹ HEMMERDINGER, Joanne et al. A systematic review of tests of empathy in medicine. En : BMC Medical Education. No. 7, Vol. 24 (Jul., 2007)

El grupo encabezado por Graziela Moreto¹² realizó un estudio descriptivo, comparativo y transversal donde evaluó el grado de empatía en un grupo de 205 estudiantes usando la escala de empatía de Jefferson (versión para estudiantes de medicina) y la escala multidimensional de reactividad interpersonal (EMRI) de Davis la cual se subdivide en tres escalas: consideración empática (componente afectivo), situarse en la perspectiva del otro (componente cognitivo) y angustia personal (componente afectivo), las cuales se aplicaron simultáneamente a cada alumno entre octubre del 2012 y febrero del 2013 en una universidad de Sao Paulo en Brasil. Los estudiantes fueron divididos en 2 grupos: el grupo básico de 1º y 2º, y otro grupo de los internos de 5º y 6º, comparando el puntaje de empatía entre ambos grupos, la mayoría fueron del sexo femenino y a pesar de que no se presentó diferencia significativa entre los dos grupos de estudios, se evidencio que el nivel de empatía va en detrimento según se avanza en la carrera universitaria. Por lo anterior para los autores “intervenir en este proceso consistiría más que en enseñar cosas nuevas –“enseñar a ser empático”–, en prevenir su pérdida. Las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla”¹³.

Finalmente, es reseñable para esta monografía el conjunto de experiencias que la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética-FELAIBE¹⁴, compiló en el tomo Docencia de la Bioética en Latinoamérica. Allí se recogen experiencias de universidades cuyos programas de Medicina ofrecen formación en

¹² MORETO, Graziela et al. La erosión de la empatía en estudiantes de medicina : reporte de un estudio realizado en una universidad de São Paulo, Brasil. En : Aten. Fam. No. 21, vol. 1 (2014).

¹³ *Ibíd.*, p. 19

¹⁴ LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011.

empatía como un tema inserto dentro del componente de la Bioética, o relativos a ella, como consta en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Formas de inserción curricular del componente bioético

Programa de Medicina según Institución	Forma de inserción curricular
Universidad Autónoma de Coahuila, México ¹⁵	Cátedra de Bioética
Centro Latinoamericano de Economía Humana, Uruguay ¹⁶	Asignatura Ética Médica dentro del Módulo Educación en Derechos Humanos
Universidad de Puerto Rico ¹⁷	Curso longitudinal de Ética Médica
24 Facultades de Medicina en Perú ¹⁸	Cursos de Bioética

¹⁵ GOMEZ, Eduardo y GONZALEZ, Carmen. Experiencias de 10 años de docencia de la cátedra de Bioética de la Facultad de Medicina, Universidad de Coahuila, México. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011.

¹⁶ GONZALEZ, María. Educación en derechos humanos en Medicina, Uruguay. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011.

¹⁷ REYES, Gloria et al. Cuestiones en la docencia de la ética médica clínica a estudiantes de Medicina. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011.

5 universidades en Brasil ¹⁹	Componente transversal en unos casos y asignatura en otros.
---	---

En conclusión, universidades como las anteriores reconocen la importancia de trabajar el componente moral, condensado en la rama conocida como Bioética, dentro del pregrado en medicina humana al punto de fomentar o hacer evidente el *ethos* institucional²⁰ y de la facultad para educar en ciencias de la salud; entendiendo con esto el reconocimiento de que para ser un profesor de medicina—siendo esta una práctica de la ciencia al servicio del ser humano—una condición sine qua non es la ética profesional, no solo las altas competencias técnicas o científicas. Es así como el profesor-médico, ante todo, enseña con su propio ejemplo de comportamientos moralmente buenos, y en este sentido empáticos, tanto al transmitir el conocimiento como al ejercer la medicina sobre los pacientes que los estudiantes observan en sus clases, siempre mostrando una sensibilidad humana.

No obstante lo anterior, la experiencia de las universidades enlistadas respalda las consideraciones adicionales sobre destinar un espacio específico dentro del Plan

¹⁸ QUIROZ, Estela et al. Evaluación del contenido de los sílabos de bioética a nivel de pregrado en diversas facultades de medicina en El Perú. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011.

¹⁹ REGO, Sergio et al. Avaliação do desenvolvimento da competência moral entre estudantes de medicina e ambiente de ensino na graduação em medicina no Brasil : primeiros resultados. En : : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011.

²⁰ VALENZUELA, Sergio. Docencia de bioética en el pregrado : La exigencia de un *ethos* institucional para educar en ciencias de la salud. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. p. 189

de Estudios para una cátedra de corte moral, por ejemplo la Ética Profesional o directamente la Bioética, para abordar aspectos específicos como lo es la empatía pero de una modo más formal, evidenciable y evaluable por separado (ya no solo con el ejemplo y el *ethos* institucional sino entrando en su estudio).

3. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se abordarán tres conceptos estructuradores de la presente monografía, cuales son la empatía médica, la ética profesional médica y la formación integral. Este orden se basa en la siguiente lógica: el médico integral es empático con sus pacientes, lo cual es un reflejo de su ética profesional, pero a su vez es resultado de la formación integral que recibió durante el aprendizaje.

3.1. LA EMPATÍA MÉDICA

Según Moreto et al el principal problema al que se enfrenta quien aborde el tema de la empatía es que, por un lado, el concepto en sí mismo no está bien definido en muchos casos; por otro, se carece de un instrumento eficaz para medirla. “Sin poder medirla adecuadamente –evaluando y cuantificando, de algún modo- la discusión sobre los factores que contribuyen a la erosión de la empatía se constituye en tarea difícil”²¹. No obstante lo anterior, los mismos autores al buscar definiciones se encontraron con ideas relativas al “acto de comprender, percibir los pensamientos, experiencias y sentimientos de otros sin, necesariamente, tener que sentirlos personalmente”²².

Además del citado grupo de estudio liderado por Graziela Moreto en Brasil, sobresale el trabajo de Mohammadreza Hojat en Filadelfia-Pensilvania para quien se define “la empatía en el contexto de atención al paciente como un atributo

²¹ MORETO, Graziela et al. Modificación del nivel de empatía de estudiantes de medicina durante la graduación médica. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago : FELAIBE, 2011. p. 157

²² MORETO, Graziela et al. La erosión de la empatía en estudiantes de medicina : reporte de un estudio realizado en una universidad de São Paulo, Brasil. Op. Cit., p. 17

predominantemente cognitivo que involucra un entendimiento de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento”²³. Son enfatizadas entonces tres características específicas de la empatía en el contexto de atención del paciente: cognición, entendimiento y comunicación.

En este punto es necesario tener presente la declaración de la OMS sobre la característica positiva del concepto ‘salud’, al enunciarlo como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o padecimiento”²⁴. De acuerdo a este enunciado el profesional de la salud no solo debe prestar atención a los aspectos biomédicos de la enfermedad sino también a los factores psicosociales del padecimiento: Las relaciones empáticas no solo hacen que los médicos sean más eficaces en sus sanaciones y tengan más satisfacciones personales, sino que también mejoran la relación médico-paciente y ayuda a la interpretación correcta de los problemas del paciente.

La empatía médico sin embargo tiene un límite en aras del buen ejercicio de la medicina: los médicos deben *sentir* los sentimientos de sus pacientes sólo hasta el grado necesario para mejorar su entendimiento de éstos pero sin obstaculizar su propio juicio profesional²⁵. Para Hojat²⁶ es claro que entender los sentimientos y comportamientos de los demás es central para la supervivencia humana, puesto que ser entendido es una necesidad humana básica: el entendimiento del médico

²³ HOJAT, Mohammadreza. Empatía en el cuidado del paciente : Definición y características claves de la empatía en la atención del paciente. México D.F. : Manual Moderno, 2012. p. 73

²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45ª edición. Ginebra : WHO, 2006. p. 2

²⁵ STARCEVIC y POINTEK, 1997. Citado por HOJAT, Mohammadreza. Empatía en el cuidado del paciente. Op. Cit., p. 77

²⁶ HOJAT, Mohammadreza. Empatía en el cuidado del paciente. Op. Cit. p. 78

de las necesidades físicas, mentales y sociales del paciente son fundamentales como condición humana básica.

Condensando las anteriores nociones, en esta monografía se entenderá *empatía* como la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, al tiempo que la capacidad de comunicar dicho entendimiento al paciente.

3.2. LA ETICA PROFESIONAL MÉDICA

Guzmán y Arias refieren que aunque se hable de la medicina como una ciencia, “es preciso considerar, a la vez, una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que le imprime carácter a su trabajo”²⁷. Así mismo que no puede olvidarse la esencia humana de la actividad médica, lo cual ya viene enunciado en el Art. 1 de la Ley 23 de 1981 de Colombia:

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

En este mismo sentido es célebre el juramento hipocrático que hacen los médicos al recibir su grado, el cual es visto como un protocolo de ética profesional médica: Como la versión original del mismo—que data de aproximadamente 500 a.C.—tiene varias líneas incompatibles con la cultura occidental actual, así como otras

²⁷ GUZMAN, Fernando y ARIAS, Carlos. La historia clínica : elemento fundamental del acto médico. En : Rev Colomb Cir 2012; 27; 15-24.p 21

muy específicas de la práctica quirúrgica y farmacéutica, se citan a continuación fragmentos de lo que conviene a la reflexión en curso:

...En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia...

En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción...

Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.

Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario.

Al considerar las anteriores referencias queda claro que la medicina, cuyo fin último es el bienestar integral del paciente, debe practicarse esencialmente desde un enfoque humanístico. No obstante en la praxis médica hoy, direccionada desde la administración burocrática y los avances tecnológicos, se ha menoscabado y en muchas ocasiones abandonado tal enfoque: los pacientes devienen en objetos y los médicos en herramientas dentro de un sistema aséptico—frío y severo—y objetivo. Pero aun en este punto quienes se desempeñan en la medicina se ven en contacto con múltiples situaciones en las cuales se ponen a prueba los juicios morales de cada quien. En los últimos tiempos la disciplina que ha recogido todos estos aspectos ha sido denominada Bioética, y por tanto encierra tanto el entendido de la Medicina como práctica humanística, así como los retos de actuar con humanismo en el status quo actual, y finalmente la reflexión sobre la moralidad y los juicios morales implicados en los actos relativos al ejercicio médico contemporáneo, donde el respeto por la vida y el concepto de *vida plena* es el factor clave.

Es claro entonces que la ética profesional médica apunta al campo del ‘saber-ser’, el cual involucra actitudes, valores y normas. Lo cual, igual que el ‘saber’ y el ‘saber-hacer’ es susceptible de traerse a los ambientes de aprendizaje, a incorporarse a los currículos, de manera que se trabaje consciente y estratégicamente en su desarrollo. Por tanto se demanda una formación integral bajo el entendido y los ámbitos que se abordan a continuación.

3.3. FORMACION INTEGRAL

La formación integral “consiste en la adquisición de información, el desarrollo de capacidades (habilidades intelectuales, destrezas físicas o motoras y métodos de investigación, sistemas y procedimientos de trabajo) y el desarrollo de la subjetividad del alumno (hábitos, actitudes y valores), orientados a vivir en sociedad de manera atenta, inteligente, razonable, responsable y amorosa”²⁸.

De otra parte ACODESI define formación integral como: “El proceso continuo, permanente y participativo que busca desarrollar armónica y coherentemente todas y cada una de las dimensiones del ser humano (ética, espiritual, cognitiva, afectiva, comunicativa, estética, corporal y sociopolítica) a fin de lograr su realización plena en la sociedad”²⁹.

Dentro de tales dimensiones conviene más para el abordaje del tema de esta monografía dilucidar un poco acerca de las dimensiones ética, comunicativa y afectiva, toda vez que de acuerdo a Moreto “educar tendrá que contemplar las emociones, nunca ignorarlas, y aprender a aprovecharlas...facilitando la catarsis y el libre fluir de las mismas. Compartir emociones o ampararlas en discusiones

²⁸ ZARZAR, Carlos. La formación integral del alumno : Qué es y cómo propiciarla. Primera edición. México D.F. : Fondo de Cultura Económica. 2003. p. 122.

²⁹ ASOCIACIÓN DE COLEGIOS JESUITAS DE COLOMBIA. La Formación Integral y sus Dimensiones. Cuarta Edición. Bogotá D.C. : ACODESI, 2005. p.13.

abiertas abre caminos para una verdadera reconstrucción afectiva que la cultura actual impone”³⁰.

4.3.1. La dimensión ética. El hombre y la mujer como seres humanos que son, buscan como fin propio de la especie la felicidad, la cual se obtiene con la formación de la conciencia moral ya que en “su condición de seres racionales y sujetos de libertad, están abocados a tomar decisiones, a hacer elecciones y a dar valores a los actos, a los sujetos y objetos con los cuales construyen su manera propia de estar en este mundo”³¹; la conciencia moral tiene su posible génesis en aspectos como:

- El ámbito biológico, como códigos heredados adecúan la evolución de la especie.
- La ética es el reflejo de lo que la sociedad le proporciona y “recibe de ella un sistema de valores morales que con frecuencia acepta sin mucha criticidad”³²;
- También se puede decir que parte de un inconsciente activo, “el súper-yo se encargara de vigilar, dirigir y controlar al yo, tal como antes lo hacían los padres y será también la manera como se trasmitan los valores de una generación a otra”³³.
- En el conductismo, que surge de la relación con el medio ambiente, en el que no es activo ni creador y tiende a ser manipulada al igual que al medio ambiente.

³⁰ MORETO, Graziela et al. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. Op. Cit. p. 96

³¹ *Ibíd.*, p. 31.

³² *Ibíd.*, p. 32.

³³ RUBIO, José. El hombre y la ética : Humanismo crítico, desarrollo moral, constructivismo ético. Barcelona: Anthropos, 1987. p. 208

- En donde existe un equilibrio psicó-social en el cual “el sujeto llegará a la ‘autonomía moral’ a través del intercambio con el grupo social; intercambio que al principio es de sumisión y más tarde de respeto y mutua cooperación”.³⁴

En síntesis, la dimensión ética es la formación de una conciencia moral que el individuo toma libremente a partir de su entorno social y cultural y que constituye los principios que rigen su forma de pensar, actuar, decidir, generar, entre otras, su manera propia de estar en este mundo característico y propio de la realidad humana diferente al resto de los seres vivos.

El ser humano es libre de tomar sus decisiones, autogobernarse, de crear su propia conducta de ser ‘autónomo’, de actuar moralmente, conscientemente, ser justo, ético, responsable, con principios que se construyen de sus estructuras interiores, con voluntad propia, “de esta manera, la triada responsabilidad, voluntad y libertad son las condiciones de la acción moral”³⁵.

La dimensión ética como forjadora de la conciencia moral es muy trascendental en la enseñanza para aquellas personas en formación, como pilar fundamental de lo bueno, lo ideal, lo correcto, lo que se debe hacer para consigo mismo y con la comunidad y como “el ser humano es ser humano: en el mundo biológico, físico y natural”³⁶.

Finalmente, la dimensión ética en la formación integral es el poder que se tiene para guiar la conciencia moral de las personas en formación con bases en la búsqueda del bien común, el completo bienestar de salud física y mental no solo

³⁴ ASOCIACIÓN DE COLEGIOS JESUITAS DE COLOMBIA. Op. Cit., p. 34

³⁵ *Ibíd.*, p. 40

³⁶ *Ibíd.*, p. 31

del niño, sino de quienes están a cargo de él y, de esta manera, contribuir de una manera idónea al desarrollo de su autonomía.

4.3.2. La dimensión comunicativa. El ser humano en su interrelación con otras personas, al socializarse, debe hacerse entender ya que “por medio del lenguaje, la construcción de conocimiento, la interpretación de los mismos para encontrar el sentido y la interacción tanto con pares como el contexto social y cultural”³⁷, permiten la construcción de sí mismo.

Se puede analizar la dimensión comunicativa teniendo en cuenta que “desde el enfoque cognitivo, lo comunicativo implica tener un sujeto que pueda asumir información de diferente tipo, con el fin de procesarla e interpretarla para darle significado. Para esto, el individuo requiere de una herramienta íntimamente ligada con lo cognitivo: el lenguaje”³⁸; ahora bien, “el enfoque sociolingüístico permite dar una mirada a como una sociedad pervive y cambia, estudia la naturaleza y los procesos de la trasmisión cultural y el papel fundamental que el lenguaje y la comunicación desempeñan en ella”³⁹ y “la comunicación es un fenómeno semiótico en tanto que hay un traspaso de significados a través de signos, de relaciones que están en la mente de un ‘productor’ hacia la mente de un ‘interprete’”⁴⁰.

La dimensión comunicativa de manera integral es un cúmulo de capacidades con las cuales cuenta el individuo para contribuir a su transformación y la del mundo que lo rodea por medio de la representación de significados, su interpretación y la interacción con otros por medio de un lenguaje, medio de expresarse (gramática y

³⁷ *Ibíd.*, p. 103

³⁸ *Ibíd.*, p. 104

³⁹ *Ibíd.*, p. 105

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 106

vocabulario), que permite comunicarse dentro de un conjunto de personas con las que se vive (cultura) y sustentar su opinión ante una problemática determinada.

“El lenguaje es una de las funciones del ser humano que tiene la evolución más compleja en su adquisición y desarrollo, debido a la interacción de variables como la madurez neurosicológica, la afectividad, el desarrollo cognitivo y los contextos en los que el individuo está inmerso”⁴¹.

Como medio de comunicación para con los demás, esta dimensión está presente en cada uno de nosotros y es la que permite que cada día el individuo promueva la formación y transformación de las diferentes formas de expresión, para así construir conceptos que fundamenten el sentido de la acción humana.

La dimensión comunicativa en la enseñanza, es de manera universal la forma de establecer una interacción del individuo con la sociedad ayudando a la formación de su propia identidad, transformándose social y culturalmente, así brindando la posibilidad de asumir roles dentro de la misma.

4.3.3. La dimensión afectiva o emocional. En la formación integral del ser humano nos enfocamos ahora en la dimensión afectiva que como base de la misma nos permite conocer su propia existencia y la de los demás, lo que lleva a “favorecer la construcción de relaciones interpersonales equitativas, responsables y honestas, promover la expresión del amor a los demás como motor que dinamiza la vida de las personas y contribuir con ello a la convivencia sana y pacífica, a través de cuatro aspectos fundamentales: el reconocimiento de sí mismo y del otro, la comprensión y expresión de sentimientos y emociones, el desarrollo de la sexualidad y la construcción de la comunidad”⁴².

⁴¹ *Ibíd.*, p. 110

⁴² *Ibíd.*, p. 83

La afectividad como término es psicológicamente amplio de definir, pues involucra la personalidad, sentimientos, valores, sexualidad, prácticas culturales, entre otros; También involucra el término emoción, que está relacionado con el apetito, el miedo, la envidia, el odio y sentimientos acompañados de placer y dolor; “Se han llamado también sentimientos a las afecciones e impulsos, en cuanto alteraciones del ánimo y, según algunos, perturbaciones del ánimo que deben ser controladas y hasta eliminadas por medio de la razón”⁴³, tomados del conductismo, “como comportamiento a partir del esquema estímulo-respuesta, y considera al individuo determinado por el ambiente que lo condiciona y modifica, según sean los estímulos y los reforzadores”⁴⁴ producto este del aprendizaje, auto-actualización, “parte de considerar al individuo como un ser racional, en continuo movimiento hacia las metas que el mismo se ha propuesto; Se centra en el presente inmediato de la persona, en el aquí y el ahora, y tiene como condición fundamental el respeto hacia él mismo y hacia los demás, que se expresa a través de la relación interpersonal”⁴⁵, psicoanálisis, aspecto que refleja la buena función mental, en el que se da valor a los sucesos vividos tomando los aspectos biológicos e influenciados por la cultura y “el modelo sistémico propone el análisis de la interacción familiar que incluye tanto el referente interno (individual-familiar) como el externo (socio-cultural); Concibe al individuo como un sistema de relación que busca una mayor organización y estabilidad. Utiliza conceptos evolutivos para explicar las diferentes etapas o fases que vive un sistema (noviazgo, matrimonio, procreación; o niñez, adolescencia y adultez)”⁴⁶.

La dimensión afectiva es la que conduce al individuo a conocer su propia existencia e interrelacionarla con los demás, abarcando la vivencia de las

⁴³ FERRATER MORA, José. Diccionario de filosofía. Barcelona: Editorial Ariel S.A., 1994.

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 86

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 87

⁴⁶ *Ibíd.*, p. 90

emociones, los sentimientos y la sexualidad, construyendo así un ser socialmente adecuado al entorno en el que vive a partir de sus propias experiencias, tomando la percepción que cada persona tiene de sí misma (auto-concepto), sentimientos y juicios de valor que cada una le aporta a su propia vida (autoestima), en una cultura en donde está inmersa en la que vive, piensa, siente, se organiza, celebra y comparte la vida, llenando de una experiencia única que forma la identidad propia de cada individuo; “A través de la socialización el individuo aprende e interioriza los elementos socioculturales (normas, creencias, sistemas simbólicos y valorativos, concepciones de mundo, etc.)”⁴⁷, y en lo biológico de una manera particular de ser hombre o ser mujer.

Indiscutiblemente la dimensión afectiva como propia del ser humano tiene que permitir al individuo conocer su propia existencia y la de los demás y así acceder al mundo de las relaciones interpersonales a las cuales está expuesta todos los días de su vida, sin la cual no pudiera llevar a cabo sus metas y objetivos en este mundo según sea su interacción con la familia, con la sociedad, con lo cultural o en el ámbito individual.

Como forjadores de una educación integral y tomado desde la parte afectiva, y en especial de nosotros mismos, la de relacionarnos con los demás, es muy importante que a partir de nuestra propia identidad, autoestima entre otras, socialicemos nuestras propias experiencias, aportando así a los demás una orientación en la que cada individuo toma de su propia percepción para sí mismo y con los demás.

Llegados a este punto, es de resaltar que para autores como Pablo González et al⁴⁸ está claro que es posible educar las emociones en fomento de la formación

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 95

⁴⁸ GONZÁLEZ, Pablo et al. Educar las emociones para promover la formación ética. *En* : *Persona y Bioética*. Vol. 17, no. 1 (Ene.-Jun., 2013)

integral; que en este sentido un médico con una importante formación técnica pero con posturas humanísticas deficientes, acaba por ser profesional mediocre. Aunque se hace entonces muy necesario abrir espacio a la enseñanza de la bioética—para tratar cuestionamientos éticos envueltos en emociones que no pueden ser ignoradas—cabe notar que “las emociones, por sí solas, no son suficientes para educar. Es necesaria la habilidad del docente para conseguir que la emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión y se interiorice”⁴⁹. Esta es una clara alusión al maestro mediador para la formación integral, las estrategias que este debe asumir con el propósito de formar en competencias como las relativas a la empatía médica. Sobre este particular se abre el análisis argumentativo del siguiente capítulo.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 28

5. ANÁLISIS SOBRE EL MAESTRO MEDIADOR EN LA FORMACIÓN DE LA EMPATÍA MÉDICA

Una falencia muy frecuente en los docentes es la de 'dar clase' centrándose solamente en la enseñanza, limitando el espacio pedagógico solo a la transmisión del conocimiento. Por el contrario, el aprendizaje y la formación integral de los alumnos debería ser la preocupación central del docente: El reto no es transmitir conocimientos, sino mediar el aprendizaje. Este último, haciendo referencia a algunos lineamientos de la UNESCO⁵⁰, vemos que tiene cuatro dimensiones en lo que se conocen como *Los 4 Pilares de la Educación*:

- I. Aprender a conocer
- II. Aprender a hacer
- III. Aprender a vivir juntos
- IV. Aprender a ser⁵¹

Adicional a estas cuatro dimensiones, se debe tener presente que el aprendizaje sea significativo. El maestro mediador tiene mucho que ver en este punto puesto que "la facilitación del aprendizaje significativo se funda en ciertas cualidades actitudinales que existen en la relación entre el facilitador y el aprendiz"⁵². En consecuencia, la autenticidad y coherencia del maestro son actitudes que hacen mucho más efectivo el proceso de enseñanza. Para que esto ocurre debe mantenerse un ambiente para la libertad de ser: Donde se permita tener contacto con los sentimientos que se están experimentando, tener conciencia de ellos, ser capaz de vivirlos, sentirlos y comunicarlos apropiadamente.

⁵⁰ DELORS, Juan. La educación encierra un tesoro : Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid : UNESCO, 1996.

⁵¹ En la práctica se han agrupado en una sola dimensión los pilares III y IV.

⁵² ROGERS, Carl. Freedom to learn. Boston : Merrill, 1969. p.105

Otras actitudes que favorecen la mediación del aprendizaje significativo son la aceptación, el aprecio y la confianza mutuos, así como aquella de ver las cosas desde el punto de vista del alumnos, lo cual no es otra cosa que la comprensión empática. Sobre este concepto afirmaba Carl Rogers: “Si un profesor hiciera el esfuerzo de hacer el esfuerzo de dar todos los días una respuesta no evaluativa, aceptante, empática al sentimiento demostrado o verbalizado de un estudiante, estoy convencido de que descubriría el potencial de este tipo de comprensión”⁵³.

Sintetizando, el profesor se convierte en maestro mediador cuando es un interlocutor capaz de participar e interactuar en el aprendizaje de su alumno, llevándolo reflexivamente a incluirlo dentro del proceso formativo. Mas la mediación también demanda metacognición, es decir, el ser crítico de sí mismo y auto-reflexionar sobre su práctica: Su propio saber y el modo en que sus alumnos llegaron o no al aprendizaje esperado, a través de las mediaciones. Así como lo afirma Paulo Freire: “una de las experiencias de la humildad es la seguridad insegura, la certeza incierta y no la certeza demasiado segura de sí misma”⁵⁴.

De lo anterior se infiere que el maestro mediador no puede pretender ‘sabérselas todas’; debe ser valiente para innovar, tener tolerancia y seguridad al tomar las decisiones con un buen equilibrio que nos lleve a ser felices en nuestra práctica pedagógica. Esta felicidad se transmite así mismo a los alumnos en forma de amor por el saber y en un hacer humanístico. Cuando el profesor se convierte en mediador del aprendizaje siempre realiza una supervisión y uno de los enfoques educativos es la resolución de problemas reales, lo que permite al estudiante encontrarse en su entorno y con los demás, permitiendo la sensibilización hacia los problemas sociales, morales y éticos de la actualidad. Los alumnos por su

⁵³ *Ibíd.*, p. 106

⁵⁴ FREIRE, Paulo. *Cartas a quien pretende enseñar*. Buenos Aires : Siglo XXI Editores, 2004. p. 61 (2ª edición).

parte, construyen nuevas experiencias de manera autónoma y usando como referente los saberes previos, estimulados por el hecho de que van a contribuir al bienestar de la salud de los pacientes en edad pediátrica y a la tranquilidad de sus familiares.

Finalmente, la motivación es el punto de partida que todo docente debe tener para la enseñanza, sin esta no podrá haber una interacción fundada en la confianza y aceptación del docente hacia el estudiante, que guiada por el respeto mutuo redunda en la construcción del aprendizaje. Como maestro mediador generalmente abordo a mis estudiantes con un diálogo previo para iniciar una amistad que genera afecto mutuo, basado en la capacidad de escuchar, y con la disposición de enseñar y aprender dando seguridad de lo que se sabe e impartiendo lo que debe ser.

Entrando en materia sobre la enseñanza de la empatía, el maestro mediador en este caso debe promover una reflexión permanente mediante espacios de diálogo y crítica, los cuales son semilla del comportamiento ético. Recuérdese en este punto que la empatía está relacionada con: “comprensión, motivación e idealismo, compasión, deseo de ayudar y entusiasmo por el trabajo como medio para servir a otros...”⁵⁵, características que son todas importantísimas pero, en la práctica, consideradas muy difíciles de enseñar. El desafío educativo radica pues en incitar la reflexión sobre las emociones: Moreto et al son enfáticos en que esta es la única manera pues los sentimientos no se pueden obligar a sentir y “de nada serviría provocar un aluvión de sentimientos en los escenarios docentes”⁵⁶.

La clave entonces está en tener en cuenta las emociones del estudiante, para lo cual el maestro mediador ha de estar “atento a los momentos cruciales, en los que

⁵⁵ MORETO, Graziela et al. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. En : Aten. Fam. No. 21, vol. 3 (2014). p. 95

⁵⁶ MORETO, Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. Op. Cit. p. 96

emergen las emociones del estudiante, y verlos como una oportunidad formativa”⁵⁷. En este sentido es que en los ambientes de aprendizaje de medicina debe ser perfectamente admisible la manifestación de angustias, miedos y fragilidades, pues es ahí cuando el maestro podrá actuar para que se compartan y trabajen en grupo y de esta forma fomentar la madurez afectiva y con ello la empatía⁵⁸.

En conclusión la empatía de la persona, como cualidad, puede ser modificada con estrategias educativas y se puede inculcar mediante referencias culturales o teóricas. El desarrollo de las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente es de indiscutiblemente importancia. En los actos empáticos la valoración del otro es integral porque se muestra al sujeto en tanto como individuo psicofísico y, todavía más, como ser espiritual, en el modo de ser propio, y el mundo de valores del sujeto.

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 96

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 96

6. PROPUESTA DE INCORPORACIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN EMPATÍA AL MICROCURRÍCULO DE PEDIATRÍA, DENTRO DEL PROGRAMA DE MEDICINA-UIS

A lo largo del documento se ha venido insistiendo en la necesidad de incorporar humanidades en educación médica para ampliar la “capacidad de comprensión sobre el ser humano”⁵⁹. Esto no supone por fuerza añadir una asignatura más al plan de estudios sino que las reflexiones humanísticas estén presentes en las demás asignaturas; es decir, no es retocar un poco el currículo sino permearlo todo de una filosofía más humanista que fomente la formación de las dimensiones ética, afectiva y comunicativa.

No obstante lo anterior, algunos estudios han demostrado éxito al incluir puntualmente en el currículo experiencias relativas a las artes creativas, el teatro-el cine, la literatura⁶⁰, y la reflexión permanente sobre la vida en sí misma, y sobre la propia vida. Se recomienda ver especialmente el trabajo sobre cine que han aportado González y Moreto⁶¹.

A continuación se hace una propuesta de las competencias sobre empatía susceptibles de inculcarse en los estudiantes de medicina en su rotación por la subespecialidad Pediatría. Se trata de tres grupos básicos de competencias que debe dominar un estudiante de medicina en el área de pediatría para estar en capacidad de realizar una buena empatía con el paciente de manera individual:

⁵⁹ MORETO. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. Op. Cit. p. 96

⁶⁰ CHARON, Rita. Narrative medicine : A model for empathy, reflection, profession, and trust. En : JAMA. Vol. 286, no. 15 (Oct., 17, 2001); p. 81-97

⁶¹ GONZALEZ, Pablo y MORETO, Graziela. Teaching empathy through movies: Reaching learner's affective domain in medical education. En : Journal of education and learning. No. 1 (2012); p. 22-34

competencias de conocimiento, procedimentales y actitudinales. Se describen también los criterios de evaluación, evidencias de desempeño y algunas orientaciones metodológicas. Por último se propone a modo de ejemplo una Secuencia Didáctica específica sobre la Unidad 'Historia Clínica Pediátrica', dentro de la asignatura de Pediatría.

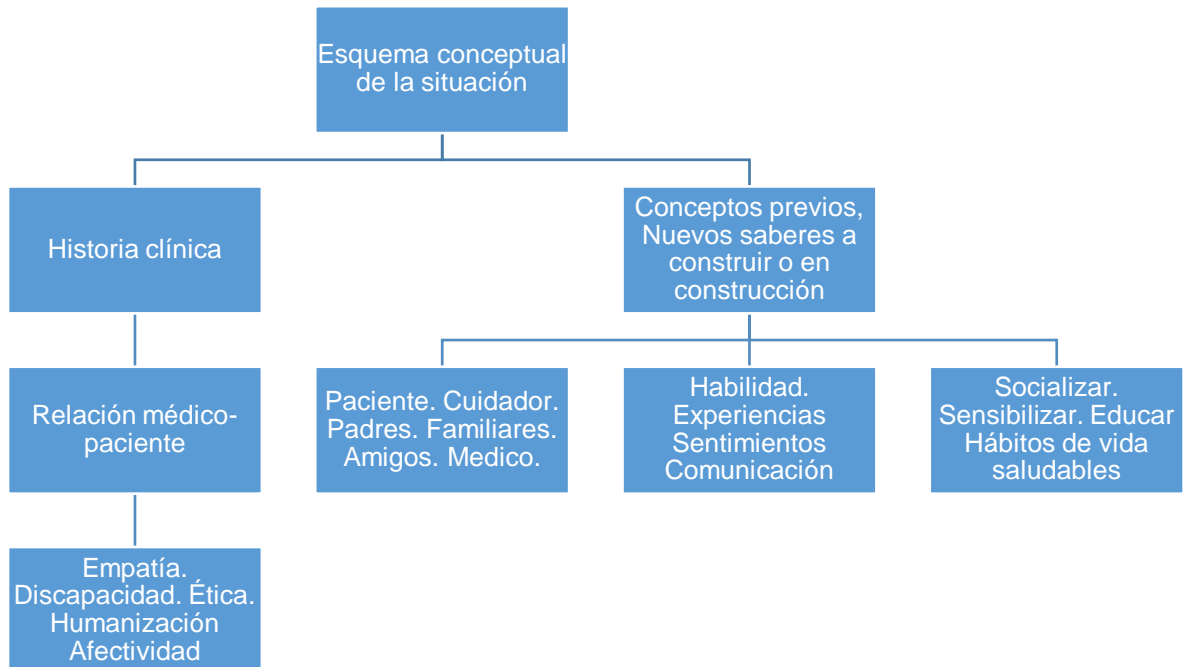
5.1. COMPETENCIAS EN EMPATÍA MÉDICA PEDIÁTRICA

5.1.1. Competencias de conocimiento. El grupo de saberes que debe conocer y sobre los cuales debe tener claridad un profesional en medicina en el área de pediatría o un educando que se forma en la profesión, para poder dirigir una buena empatía con los pacientes, son:

- Sabe como prestar atención médica integral a niños y adolescentes, a través de la elaboración de una historia clínica pediátrica orientada por problemas y de un plan de diagnóstico y de manejo adecuado.
- Conoce las pautas para establecer una relación empática médico-paciente-familia que facilite la obtención de información útil y una buena adherencia al régimen prescrito.
- Conoce los derechos del paciente
- Usa el pensamiento crítico y el análisis de la evidencia científica para fundamentar los saberes de la pediatría.

El siguiente cuadro da cuenta de los aspectos cognoscitivos recién referenciados:

Cuadro 1. Esquema conceptual



5.1.2. Competencias procedimentales. Dentro de los procedimientos que un estudiante de medicina debe saber hacer para poder orientar de manera individual al paciente en relación de la buena empatía, están:

- Identifica los niños y adolescentes con riesgos físicos y psicosociales con el fin de intervenirlos oportunamente y valora la importancia que tienen como un ser humano integral, con derechos y deberes, en el contexto de la sociedad actual
- Presta atención médica integral a niños y adolescentes a través de la elaboración de una historia clínica pediátrica orientada por problemas y da diagnóstico y manejo adecuado.
- Realiza un diagnóstico diferencial adecuado.
- Establece una relación médico paciente familia empática que facilite la obtención de información útil y una buena adherencia al régimen prescrito.

- Evalúa los problemas de la relación médico-paciente-familia y resuelve estas dificultades de manera ética.
- Adquiere las destrezas en la comunicación verbal y no verbal necesarias para aplicar el manejo biopsicosocial.

5.1.3. Competencias actitudinales. Además de los saberes y la posibilidad del saber- hacer, es indispensable adicionar las capacidades que desarrolle o posea el educando y el profesional frente a esta responsabilidad, aquí expresadas en términos actitudinales a saber:

- Respeto al paciente pediátrico, su familia, al equipo de salud y a sus compañeros.
- Entra en comunicación con el paciente y los diferentes miembros de la familia y sabe identificar/manejar las reacciones ante la enfermedad, asegurando la confidencialidad de la información obtenida en la entrevista.
- Realiza con responsabilidad y ética los compromisos establecidos reconociendo la importancia y consecuencias de tomar decisiones sobre la salud de las personas.
- Respeto los derechos del paciente e Informa con honestidad a la familia sobre su estado de salud.
- Saluda y se expresa con amabilidad ayudando a crear un clima de confianza con su paciente
- Considera la dignidad del otro tanto como la propia respetando las opiniones contrarias a su punto de vista.
- Respeto las diferencias individuales, conociendo sus deberes y sus límites mediante una buena comunicación, tomando conciencia de su responsabilidad en el aprendizaje.
- Respeto las creencias de sus pacientes, tolera la diferencia y considera que puede ser causa de enriquecimiento cultural.

- Favorece el diálogo como estrategia en la solución de conflictos, aceptando y respetando las normas y reglamentos de la universidad.

El cuadro 2 da cuenta de los esquemas procedimental y actitudinales recién abordados.

5.2. CRITERIOS DE EVALUACION Y EVIDENCIAS DE DESEMPEÑOS

Una vez propuestas las anteriores competencias en empatía médica-pediátrica, se definen unos criterios de evaluación y evidencias de desempeños para cada una, según se muestra en la tabla 2.

Cuadro 2. Esquema procedimental y actitudinal

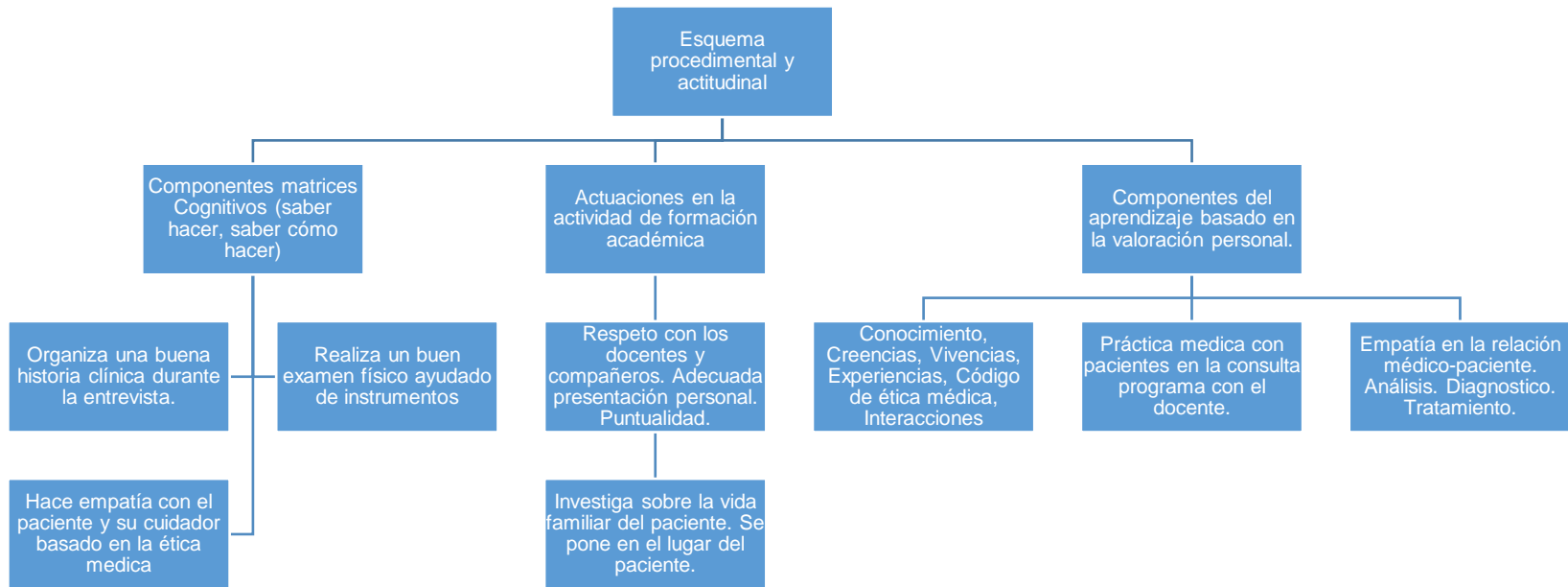


Tabla 2. Criterios de evaluación y evidencias de desempeño por competencia

N°	Competencias	Criterio de evaluación	Evidencia de desempeño
1	Reconoce como realizar una historia clínica pediátrica para fundamentar su aprendizaje.	Estudia los componentes la historia clínica para realizar un buen diagnóstico clínico.	Pone en práctica mediante una buena entrevista la realización de la historia clínica.
2	Identifica como se realiza una entrevista médico-paciente bajo los lineamientos éticos de la medicina.	Estudia los deberes y derechos que tienen los pacientes.	Valora al paciente con honestidad y rectitud, como quisieran que lo trataran a él.
3	Reconoce el saber de la ciencia médica que aborda el cuerpo humano en su totalidad.	Tiene respeto por el pudor que presenta el paciente durante la entrevista.	Guarda en secreto todo lo que el paciente le confiese durante la entrevista.
4	Usa el pensamiento crítico para el abordaje de un buen diagnóstico clínico.	Indaga durante la realización de un buen examen físico las preocupaciones del paciente.	Reconoce que un buen trato con el paciente lo lleva a un buen diagnóstico clínico.
5	Reconoce los riesgos físicos y psicosociales a	Estudia las situaciones de riesgo tanto físico	Comunica con buena propiedad y sabiduría

	los que está expuesto el niño y el adolescente.	como psicológico que puedan comprometer la integridad física y moral del paciente.	los diferentes riesgos físicos y psicosociales a los que está expuesto el paciente.
6	Reconoce lo importante que es tener la empatía con el paciente.	Estudia las diferentes formas de cómo abordar al paciente durante la entrevista.	Reconoce como el paciente le comparte la información para obtener un buen diagnóstico clínico.
7	Reconoce la importancia de la realización médico-paciente.	Analiza su vivencia con los pacientes y estudia cómo abordarlos desde la ética médica con respeto y dignidad.	Verifica mediante la entrevista como se obtiene buena adherencia al tratamiento médico.
8	Reconoce que el núcleo familiar está compuesto por las personas que cuidan al paciente.	Analiza como de manera empática la relación del núcleo familiar es fundamental en la entrevista.	Plantea en cada cita médica el cuidado del paciente y verifica de la buena disposición de los cuidadores.
9	Identifica las limitaciones funcionales de sus pacientes discapacitados y reconoce la atención especial que amerita	Estudia las diferentes patologías que producen incapacidad en los pacientes que atiende.	Reconoce como el paciente discapacitado mejora su calidad de vida con la buena relación médico-paciente en

	cada caso.		la entrevista.
10	Reconoce la diversidad de creencias de los pacientes y las respeta.	Investiga sobre las religiones y sus costumbres.	Reconoce como las diferentes religiones no limitan el ejercicio médico.
11	Conoce las diferentes costumbres entre los pacientes que atiende.	Analiza las diversidad de cultura a la que está expuesta y las estudia.	Hace correcciones necesarias para que los pacientes no se perjudiquen.

5.3. ALGUNAS ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

La implementación de competencias empáticas para orientar a los estudiantes en su formación en la promoción de la cultura de la salud y la prevención de la enfermedades prevalentes en la edad pediátrica y en situaciones especiales, así como mejorar la relación médico paciente debe soportarse en estrategias didácticas orientadas por:

- Métodos y técnicas de comunicación para trabajo en grupo con el paciente/cuidador/a, por grupos de edades según la disponibilidad en la consulta de pediatría
 - ✓ Realización de historia clínica con énfasis en pediatría.
 - ✓ Entrevistas personalizadas.
 - ✓ Charlas dirigidas al núcleo familiar.
- Talleres con el objetivo de apropiarse de una metodología de construcción colectiva del conocimiento y resolución de problemas.
- Seminarios como actividades de profundización en los diferentes temas que competen a la relación médico/paciente/cuidador/a.

- Evaluación de comunicación y relación médico-paciente:
 - ✓ Relación estudiante-paciente en tiempo real.
 - ✓ Evaluación de pares.

5.4. EJEMPLO DE SECUENCIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS EN EMPATÍA MÉDICO-PEDIÁTRICAS

A continuación se explicita, a modo de ejemplo, una secuencia didáctica para la Unidad 'Historia Clínica' dentro de la asignatura 'Pediatría' del plan de estudios de Medicina; en este evento se tendrán en cuenta algunas de las competencias en empatía médico-pediátricas definidas anteriormente. La secuencia se estructura a partir de la caracterización del grupo de estudiantes y el objetivo de su aprendizaje específico; competencias a desarrollar; los medios didácticos requeridos y las evidencias esperadas; finalmente la descripción de la secuencia de actividades.

5.4.1. Grupo y objetivo de aprendizaje. La secuencia se planifica para los estudiantes de medicina del séptimo y octavo semestre que cursan por el área de consulta externa de pediatría ambulatoria, durante tres semanas con una intensidad horaria de seis horas semanales, de las cuales cuatro se aplicarán a la práctica y dos a la formación teórica. Estos estudiantes han cursado asignaturas como morfo-fisiología, semiología, farmacología y ética médica; en este punto de su carrera carecen de experiencia en la atención de pacientes en edad pediátrica. El objetivo de aprendizaje para el caso será: Realizar una historia clínica pediátrica a partir de un caso real clínico en la consulta ambulatoria de pediatría en el hospital San Juan de Girón. En desarrollo del anterior objetivo, durante la realización de la historia clínica pediátrica se pretende:

- Estimular el proceso de aprendizaje y establecer una dinámica grupal durante la ejecución de la misma, mediante la mediación docente y los

ejercicios de participación y argumentación entre estudiantes y entre estos y el profesor.

- Desarrollar la habilidad de investigar a través de diversos medios los mecanismos básicos para realizar una buena historia clínica pediátrica.
- Establecer una buena comunicación con los familiares de los pacientes pediátricos, estableciendo una buena empatía para así llegar a una buena relación médico paciente.

5.4.2. Competencias a desarrollar. La unidad didáctica comprenderá las siguientes competencias en empatía:

- Clarifica, define y analiza el problema: Evaluación crítica.
- Aplica conocimientos previos, mediante la preparación de la situación problemática mostrando interés, iniciativa y trabajo en grupo: Preparación y participación previa de cada sesión.
- Se comunica con los compañeros escuchándolos y respetando sus aportes de manera responsable, ordenada y colaborativa: Habilidades interpersonales y comportamiento profesional.
- Escucha las opiniones de los demás tolerando sus defectos, reconoce sus limitaciones y estimula el desarrollo de sus compañeros: Actitudes y habilidades humanas.
- Apoya el trabajo del grupo colaborando con sus compañeros y aportando ideas e información recabada por él mismo, y estimula la participación de los compañeros y reconoce sus aportes: Contribuciones al proceso de grupo.

5.4.3. Medios para el desarrollo de la secuencia. Se socializará mediante lluvia de ideas, exposición dialogada y discusión, los diferentes componentes de la historia clínica. Se realizará una evaluación del examen clínico que se realice durante la evolución del paciente. Se realizará un examen escrito donde se evaluará todos los componentes que presenta una historia clínica. Se realizará un examen práctico durante la segunda sesión.

5.4.4. Evidencias. Se tendrán como evidencias:

1. Realización del documento de historia clínica pediátrica durante el entrenamiento en tiempo real.
2. Interpretación de la historia clínica realizada durante la discusión grupal.
3. Calidad y profundidad de la historia clínica que evidencia la empatía lograda con los familiares y el paciente en relación con el grado de detalle de la información consignada.

6.4.5. Orientación metodológica. Siguiendo la estrategia de enseñanza 'Aprendizaje Basado en Problemas-ABP', se trabajará el siguiente problema: En la atención del paciente en edad pediátrica en la consulta ambulatoria de pediatría nos encontramos con el problema de cómo realizar una buena historia clínica pediátrica que nos lleve a un buen diagnóstico clínico, tratamiento y recomendaciones pertinentes y adecuadas donde se tenga en cuenta las patologías de tipo anatómica más frecuentes.

Ante lo anterior, el estudiante debe buscar la información necesaria para entender y aprender cómo se realiza una buena historia clínica en pediatría con todos sus componentes (identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, revisión por sistemas, examen físico, análisis, diagnósticos, plan y recomendaciones), lo cual lo obliga a poner en práctica habilidades de análisis y síntesis, mostrando así la disponibilidad de aprender de los demás, compartir los conocimientos y retroalimentar el proceso de trabajo grupal.

6.4.6. Secuencia de actividades:

- ❖ Sesión inaugural
 - ✓ Evaluación diagnóstica de pre saberes respecto de la historia clínica.
 - ✓ Discusión sobre la importancia de saber hacer una historia clínica
 - ✓ Presentación de los objetivos propuestos.
 - ✓ Recomendaciones bibliográficas.

- ❖ Primera sesión
 - ✓ Socialización de los componentes de la historia clínica pediátrica mediante un seminario que tendrá una duración de 2 hs, previa lectura de artículos, revistas y libros de referencia citados para tal fin.
 - ✓ Organización de grupos de trabajo con un máximo de tres personas para la realización de la entrevista con el paciente y de esta manera realizar la historia clínica correspondiente.

- ❖ Segunda sesión
 - ✓ Ejercicio de la entrevista con el paciente y sus familiares que tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos.

- ❖ Tercera sesión
 - ✓ Durante la cual los estudiantes harán la organización de los datos recolectados y el análisis respectivo, la cual tendrá una duración de 15 minutos.

- ❖ Cuarta sesión
 - ✓ Donde los estudiantes se encontrarán con el profesor y realizarán la respectiva discusión para llegar a un diagnóstico, tratamiento y recomendaciones pertinentes la cual tendrá una duración aproximadamente de 15 minutos.

6.4.7. Papel del estudiante y papel del maestro mediador. La secuencia está planificada para que el estudiante tenga el protagonismo de su aprendizaje, para que, a partir de su motivación, ante un caso concreto y real busque las fuentes de conocimiento que lo llevan a un buen desempeño médico. En este sentido se espera que realice el siguiente procedimiento:

- Leer y analizar sobre la historia clínica y las patologías anatómicas más frecuentes en pediatría.
- Realizar una lluvia de ideas que lo lleve a resolver el problema sean o no pertinentes.
- Organizar las ideas teniendo en cuenta de lo que se sabe del problema y también de aquello de lo que se desconoce del mismo.
- Realizar una investigación mediante una serie de acciones que lleven a resolver el problema lo más idóneo posible.
- Llevar a la práctica lo investigado con la finalidad de realizar una buena historia clínica.

El profesor es mediador de todo este proceso para orientar los mejores caminos y acciones a tomar. Para este caso además el profesor debe hacerse presente como supervisor y responsable último en la consulta médica pediátrica, pues ésta es un acto médico legal que solo pueden practicar quienes estén autorizados (los médicos profesionales); por ello deberá finalmente corroborar que todo lo hecho en tiempo real coincida con el aprendizaje esperado y se ajuste a un buen diagnóstico, tratamiento y recomendaciones para el paciente y sus familiares.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La salud no es concebible como la simple ausencia de la enfermedad. La misma OMS propone una noción más holística relacionada con el bienestar integral de las personas. Este punto de vista obliga a tomar medidas en la prestación de los servicios de salud por parte de los profesionales, toda vez que no es lo mismo ver los pacientes como los agentes enfermos que son el objeto de trabajo, que ver los pacientes como personas, complejas en sus múltiples dimensiones humanas, a quienes como médicos estamos llamados a contribuir en su bienestar integral, si bien desde lo médicamente posible—y en este sentido lo científica y técnicamente posible—, sin dejar de lado lo humanístico, lo social.

Consecuentemente con lo anterior, no basta con médicos competentes en lo técnico y lo científico de la medicina, por más prominentes que sean en estas competencias; si no existen competencias humanísticas para el desarrollo de las primeras, cabe hablar de ‘falta de profesionalismo’ pues la medicina no se aplica en objetos sino en humanos. Por tanto, las Facultades de Medicina deben preocuparse igualmente en formar tanto lo técnico-científico como lo humanístico.

En este punto sobresale el asunto correspondiente a la empatía médica, la cual se entiende como la capacidad de ponerse en el lugar del paciente, mejorando con ello no solo la relación entre ambas partes, sino la precisión misma del diagnóstico—concretado en la historia clínica—. Toda esta situación adquiere matices más notorios cuando se trata de pediatría, pues el médico requiere competencias empáticas tal que el paciente se identifique con el médico y sea más asertivo en la consulta o el tratamiento, al tiempo que sus familiares o tutores; es decir, ya no solo es la relación médico-paciente habitual, sino la relación médico-paciente y familiares del paciente.

Aunque en primer momento pareciera muy difícil, los antecedentes consultados revelan que es posible educar la empatía mediante la formación integral al incorporar a los currículos médicos temas de ética profesional o bioética. Sin embargo el análisis realizado en esta monografía concluye que no es posible formar competencias en empatía médica si el mismo médico profesor no logra llegar a la comprensión empática de sus alumnos. Este caso se percibe en profesores muy centrados en lo técnico o científico tanto de la teoría como de la práctica médica, quienes omiten los aspectos humanísticos que sirven de contexto a los problemas relativos a la salud; es decir, profesores que interpretan el aprendizaje solo en su dimensión de conocimiento y de acción dejando de lado las dimensiones sociales y ontológicas—desde el punto de vista de los ‘cuatro pilares de la educación’: aprender a conocer, a hacer, a vivir juntos y a ser—. Así mismo es propio de profesores que pretenden enseñar arbitrariamente sin recurrir a saberes previos ni contextualizar los conocimientos; profesores que no fomentan el aprendizaje significativo. Por último es propio de profesores que no establecen un clima agradable para el aprendizaje, que no se toman tiempo inicial para conocer a sus estudiantes, sus intereses y sus pre-saberes; profesores en los que predomina la evaluación cuantitativa y sumativa, las estrategias de enseñanza más tradicionalistas y expositivas, así como los aires de superioridad respecto de los aprendices.

Por otra parte, y dado que el aprendizaje de la medicina está fundamentado en el ejemplo, tampoco es posible formar en competencias empáticas si los médicos-profesores no son empáticos con los pacientes que atienden frente a sus estudiantes; si no se toman tiempo para enseñar estrategias de comunicación asertiva, manejo de las emociones y reflexión de dilemas morales tanto en las sesiones prácticas como en las teóricas. Finalmente, la formación en competencias empáticas también se ve frustrada si no se respalda institucional y curricularmente, de modo que se abran o se fortalezcan espacios y dispositivos bio-éticamente coherentes.

Vemos pues que la formación de competencias en empatía recae principalmente en el profesor, requiriéndose entonces que éste se convierta en maestro mediador del aprendizaje socialmente relevante para la construcción de conocimientos técnicos y científicos de la medicina—de la pediatría—, tales que ayuden a analizar, reflexionar y modificar conductas dentro de situaciones específicas. Para el caso de la pediatría, los pacientes menores de edad, son los más propensos a experimentar ansiedad en las consultas y los tratamientos dificultando los mismos; ello requiere de profesionales competentes en la empatía médica que den un giro positivo a la situación. Tal debe ser por tanto el norte contextual en que el maestro mediador lidere las secuencias didácticas sobre los contenidos de la pediatría, en este caso, promoviendo estudiantes autónomos, motivados y socialmente conscientes.

BIBLIOGRAFÍA

ALCORTA, Adelina et al. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. En : Salud mental. No. 5, Vol. 28 (Oct., 2005); p. 57-63

ASOCIACIÓN DE COLEGIOS JESUITAS DE COLOMBIA. La Formación Integral y sus Dimensiones. Cuarta Edición. Bogotá D.C. : ACODESI, 2005. 169 p.

CAMPO, Gerardo et al. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. En : Revista colombiana de psiquiatría. 35(4), 2006; 547-569

CHARON, Rita. Narrative medicine : A model for empathy, reflection, profession, and trust. En : JAMA. Vol. 286, no. 15 (Oct., 17, 2001); p. 81-97

CHRISTIANSON, Charles, et al . From traditional to patient-centered learning : Curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. En : Acad. Med. 2007; 82:10 p79-88

CORREDOR, Martha. Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2009. 239 p.

DELORS, Juan. La educación encierra un tesoro : Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid : UNESCO, 1996.

DIAZ BARRIGA, Frida y HERNANDEZ, Gerardo. Constructivismo y aprendizaje significativo. En: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo : Una interpretación constructivista. México: McGraw-Hill e Interamericana Editores, 2010.

FREIRE, Paulo. Cartas a quien pretende enseñar. Buenos Aires : Siglo XXI Editores, 2004. 160 (2ª edición).

GOMEZ, Eduardo y GONZALEZ, Carmen. Experiencias de 10 años de docencia de la cátedra de Bioética de la Facultad de Medicina, Universidad de Coahuila, México. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. p. 135-148

GONZALEZ, María. Educación en derechos humanos en Medicina, Uruguay. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. p. 149-155

GONZÁLEZ, Pablo et al. Educar las emociones para promover la formación ética. En : Persona y Bioética. Vol. 17, no. 1 (Ene.-Jun., 2013); p. 28-48

GONZALEZ, Pablo y MORETO, Graziela. Teaching empathy through movies: Reaching learner's affective domain in medical education. En : Journal of education and learning. No. 1 (2012); p. 22-34

GUZMAN, Fernando y ARIAS, Carlos. La historia clínica : elemento fundamental del acto médico. En : Rev Colomb Cir, No. 27 (2012); p. 15-24

HEMMERDINGER, Joanne et al. A systematic review of tests of empathy in medicine. En : BMC Medical Education. No. 7, Vol. 24 (Jul., 2007)

HOJAT, Mohammadreza. An empirical study of decline in empathy in medical school. EN: Med. Educ. No. 38 Vol 9 (2004); p. 34-41

_____. Empatía en el cuidado del paciente : Definición y características claves de la empatía en la atención del paciente. México D.F. : Manual Moderno, 2012. 328 p.

KASSIRER, Jerome. Teaching clinical reasoning : Case-based and coached. En : Academic Medicine. No. 7, Vol. 85 (Jul., 2010); p. 1118-1124

LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. 375 p.

MORETO, Graziela et al. La erosión de la empatía en estudiantes de medicina : reporte de un estudio realizado en una universidad de São Paulo, Brasil. En : Aten. Fam. No. 21, vol. 1 (2014). p. 16-19

_____. Modificación del nivel de empatía de estudiantes de medicina durante la graduación médica. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago : FELAIBE, 2011. p. 156-165

_____. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. En : Aten. Fam. No. 21, vol. 3 (2014). p. 94-97

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [en línea]. <<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>> [citado en Agosto 8 de 2015]

QUIROZ, Estela et al. Evaluación del contenido de los sílabos de bioética a nivel de pregrado en diversas facultades de medicina en El Perú. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. p. 166-171

REYES, Gloria et al. Cuestiones en la docencia de la ética médica clínica a estudiantes de Medicina. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamérica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. p. 182-188

REGO, Sergio et al. Avaliação do desenvolvimento da competência moral entre estudantes de medicina e ambiente de ensino na graduação em medicina no Brasil : primeiros resultados. En : : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamerica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. p. 172-182

RIOS, Mariana et al. Cognición implícita : un factor para considerar en la educación médica. En : Arch Argent Pediatr 2014; 112 (1); 59-64

ROGERS, Carl. Freedom to learn. Boston : Merrill, 1969. 358 p.

RUBIO, José. El hombre y la ética : Humanismo crítico, desarrollo moral, constructivismo ético. Barcelona: Anthropos, 1987. 314 p.

SPIRO, Howard. The practice of empathy. Academic medicine No. 84 Vol 9 (2009).

VALENZUELA, Sergio. Docencia de bioética en el pregrado : La exigencia de un ethos institucional para educar en ciencias de la salud. En : LEON, Francisco. Docencia de la bioética en Latinoamerica : Experiencias y valores compartidos. Santiago: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Ciencia y Vida, 2011. p. 189-191

ZARZAR, Carlos. La formación integral del alumno : Qué es y cómo propiciarla. Primera edición. México D.F. : Fondo de Cultura Económica. 2003. 414 p.