

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					 ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001 ToNet SC 7384-1 SA-CENE 507528 OS-CER 507555	
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 2

Neiva, 16 de agosto de 2023

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad de Neiva

El (Los) suscrito(s):

Edgar Eduardo Oviedo Guzmán, con C.C. No. 1.075.292.729,

Felipe Charry Díaz, con C.C. No. 1.192.800.190,

José Gerardo Campos Sánchez, con C.C. No. 1.077.873.768,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado, Medición del nivel de empatía en internos de la Universidad Surcolombiana que rotan por el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de Médico general;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
GESTIÓN DE BIBLIOTECAS**



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Felipe Charry Díaz

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Edgar Eduardo Oviedo Guzmán

Firma:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE: José Gerardo Campos Sánchez

Firma:

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA						
	GESTIÓN DE BIBLIOTECAS						
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO							
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 4

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Medición del nivel de empatía en internos de la Universidad Surcolombiana que rotan por el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Oviedo Guzmán	Edgar Eduardo
Charry Díaz	Felipe
Campos Sánchez	José Gerardo

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Perdomo Romero	Alix Yaneth
Castro Betancourth	Dolly

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Perdomo Romero	Alix Yaneth

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Médico general

FACULTAD: Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Medicina

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2023

NÚMERO DE PÁGINAS: 86

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 4

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general_X_
 Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
 Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros_X_

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Empatía médica | Medical empathy |
| 2. Médicos internos | Medical interns |
| 3. Medición de la empatía | Empathy measurement |
| 4. Escala de Empatía Médica de Jefferson | Jefferson Medical Empathy Scale |
| 5. Actitudes humanistas | Humanistic attitudes |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

La realización de este proyecto es importante porque la población escogida es susceptible de evaluación de las variables planteadas, además, porque hay docentes calificados que pueden asesorar en las diferentes etapas metodológicas. Así mismo, es un proyecto cuyo enfoque fue evaluar a estudiantes que están próximos a ser profesionales de la medicina y por ello contribuye al fomento de la empatía en la atención al paciente y del trato humanizado de los mismos.

El proyecto corresponde a una investigación cuantitativa con un enfoque descriptivo. Además, es una investigación de corte transversal, debido a que se buscaba establecer con una sola medición, en un momento y lugar determinado el nivel de empatía presente



en los internos de la Universidad Surcolombiana (USCO). La población fueron los estudiantes de medicina de la USCO que estuvieran cursando los semestres XI y XII. Se realizó un muestreo por criterios de inclusión. A la muestra resultante a través de una encuesta, se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ).

En total, 24 participantes hicieron parte del proyecto. Los puntajes de la EEMJ, nos muestran que los niveles de empatía entre los internos de la USCO en general fueron bajos, con un promedio de 87.7, por lo que se puede concluir que la capacidad de los médicos internos la USCO para “ponerse en los zapatos” es baja, poniendo en evidencia las carencias en educación humanista que tiene la Universidad Surcolombiana. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de empatía entre géneros.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Carrying out this project is important because the chosen population is susceptible to evaluation of the variables raised, in addition, because there are qualified teachers who can advise on the different methodological stages. Likewise, it is a project whose focus was to evaluate students who are close to becoming medical professionals and therefore contributes to the promotion of empathy in patient care and their humane treatment.

The project corresponds to a quantitative investigation with a descriptive approach. In addition, it is a cross-sectional investigation, since it sought to establish with a single measurement, at a given time and place, the level of empathy present in Universidad Surcolombiana (USCO) inmates. The population was USCO medical students who were studying the XI and XII semesters. Sampling was performed by inclusion criteria. The Jefferson Medical Empathy Scale (EEMJ) was applied to the resulting sample through a survey.

In total, 24 participants were part of the project. The EEMJ scores show us that the levels of empathy among USCO interns were generally low, with an average of 87.7, so it can be concluded that the ability of USCO interns to "put themselves in the shoes" is low, highlighting the deficiencies in humanist education that the Surcolombiana University has. No statistically significant differences were found between the levels of empathy between genders.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	4 de 4

APROBACIÓN DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado:

Firma:

Nombre Jurado: Alix Yaneth Perdomo Romero

Firma: 

Nombre Jurado:

Firma:

MEDICIÓN DEL NIVEL DE EMPATÍA EN INTERNOS DE LA UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA QUE ROTAN POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

EDGAR EDUARDO OVIEDO GUZMÁN
FELIPE CHARRY DÍAZ
JOSE GERARDO CAMPOS SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA-HUILA
2023

MEDICIÓN DEL NIVEL DE EMPATÍA EN INTERNOS DE LA UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA QUE ROTAN POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

EDGAR EDUARDO OVIEDO GUZMÁN
FELIPE CHARRY DÍAZ
JOSÉ GERARDO CAMPOS SÁNCHEZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de Médico

Asesores
ALIX YANETH PERDOMO ROMERO
Enfermera
Magister en Educación
DOLLY CASTRO BETANCOURTH
Enfermera
Especialista en Epidemiología
Magister en Salud pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA-HUILA
2023

Nota de aceptación

Aprobado

Firma del presidente del jurado


Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 15 de agosto de 2023

DEDICATORIA

A nuestras familias por el apoyo y comprensión.

A nuestros asesores por la paciencia y dedicación.

A quienes nos dieron la motivación para escribir acerca de un tema olvidado.

Edgar Eduardo

Felipe

José Gerardo

AGRADECIMIENTOS

Cálido agradecimiento a nuestras familias, amigos y docentes que nos apoyaron incondicionalmente en este proceso. Así como al personal de biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud por su transparente interés en nosotros los estudiantes.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	13
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. OBJETIVOS	30
4.1. OBJETIVO GENERAL	30
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5. MARCO TEÓRICO	31
5.1. PACIENTE	31
5.2. ACTO MÉDICO	31
5.3. INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE	32
5.4. HUMANISMO	34
5.5. HUMANISMO MÉDICO	35
5.6. ACTITUDES MÉDICAS HUMANISTAS	37
5.7. EMPATÍA MÉDICA	38
5.8. DESHUMANIZACIÓN DEL EJERCICIO MÉDICO	39
6. HIPÓTESIS	40
7. DISEÑO METODOLÓGICO	41
7.1. TIPO DE ESTUDIO	41
7.2. LUGAR	41
7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	41
7.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42

7.5. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
7.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	43
7.7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	43
7.8. FUENTES DE INFORMACIÓN	44
7.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
8. RESULTADOS	45
8.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INTERNOS	45
8.2. EEMJ	45
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
10. CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	68

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Puntaje obtenido en la escala según sexo	55
Tabla 2. Puntaje de chi cuadrado	56
Tabla 3. Prueba de T de Student, correlación entre sexo y puntaje de la EEMJ	57

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág
Gráfica 1. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 1	46
Gráfica 2. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 2	46
Gráfica 3. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 3	47
Gráfica 4. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 4	47
Gráfica 5. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 5	48
Gráfica 6. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 6	48
Gráfica 7. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 7	49
Gráfica 8. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 8	49
Gráfica 9. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 9	50
Gráfica 10. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 10	50
Gráfica 11. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 11	51
Gráfica 12. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 12	51
Gráfica 13. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 13	52
Gráfica 14. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 14	52
Gráfica 15. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 15	53
Gráfica 16. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 16	53
Gráfica 17. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 17	54
Gráfica 18. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 18	54
Gráfica 19. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 19	55
Gráfica 20. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 20	55
Gráfica 21. Promedios y rangos de puntaje según género	56
Gráfica 22. Dispersión simple de Score EEMJ por Edad participantes	57
Gráfica 23. Representación gráfica prueba T de Student	58

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Escala de Empatía Médica de Jefferson	69
Anexo B. Aprobación uso de escala	70
Anexo C. Instrumento para la recolección de datos sociodemográficos	71
Anexo D. Formato consentimiento informado y desistimiento	72
Anexo E. Cronograma de actividades	76
Anexo F. Presupuesto	77
Anexo G. Operacionalización de las variables	79
Anexo H. Acuerdo de confidencialidad	85

RESUMEN

En nuestro medio, la medición de las actitudes humanistas correspondientes con la empatía médica no hace parte del abordaje educativo integral del futuro profesional médico, lo cual representa un problema grande cuando contrastamos esta realidad con los hechos que nos indican que la deshumanización del servicio médico y la pérdida de la empatía, están aumentando cada vez más. La realización de este proyecto es importante porque la población escogida es susceptible de evaluación de las variables planteadas, además, porque hay docentes calificados que pueden asesorar en las diferentes etapas metodológicas. Así mismo, es un proyecto cuyo enfoque fue evaluar a estudiantes que están próximos a ser profesionales de la medicina y por ello contribuye al fomento de la empatía en la atención al paciente y del trato humanizado de los mismos, esto con el objetivo de generar una mejoría significativa de la situación en materia de pérdida de la empatía.

El proyecto corresponde a una investigación cuantitativa con un enfoque descriptivo. Además, es una investigación de corte transversal, debido a que no se tenía como propósito evaluar el fenómeno siguiendo a la muestra en continuidad con el tiempo, sino que, por el contrario, se buscaba establecer con una sola medición, en un momento y lugar determinado el nivel de empatía presente en los internos de la USCO. La población fueron los estudiantes de medicina de la USCO que estuvieran cursando los semestres XI y XII. Se realizó un muestreo por criterios de inclusión, que incluían, ser interno de la de la USCO y haber aceptado el consentimiento informado. A la muestra resultante a través de una encuesta, se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ).

En total, 24 participantes hicieron parte del proyecto. Respecto a las variables sociodemográficas; 19 participantes provienen del departamento del Huila, 2 del departamento del Tolima, 2 del departamento de Putumayo y 1 del departamento de Cundinamarca. 14 participantes fueron mujeres, 10 fueron hombres. Los puntajes de la EEMJ, nos muestran que los niveles de empatía entre los internos de la USCO en general fueron bajos, con un promedio de 87.7, por lo que se puede concluir que la capacidad de los médicos internos la USCO para “ponerse en los zapatos” es baja, poniendo en evidencia las carencias en educación humanista que tiene la Universidad Surcolombiana. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de empatía entre géneros.

PALABRAS CLAVE: Empatía médica, Medición de la empatía, Médicos internos, Escala de Empatía Médica de Jefferson, Actitudes humanistas.

ABSTRACT

In our environment, the measurement of humanistic attitudes corresponding to medical empathy is not part of the integral educational approach of the future medical professional, which represents a big problem when we contrast this reality with the facts that indicate that the dehumanization of the medical service and the loss of empathy are increasing more and more. The realization of this project is important because the chosen population is susceptible to evaluation of the variables proposed, also because there are qualified teachers who can advise in the different methodological stages. Likewise, it is a project whose focus was to evaluate students who are close to becoming medical professionals and therefore contributes to the promotion of empathy in patient care and humanized treatment of patients, with the aim of generating a significant improvement in the situation regarding the loss of empathy.

The research corresponds to a quantitative research with a descriptive approach. In addition, it is a cross-sectional research, because it was not intended to evaluate the phenomenon by following the sample in continuity over time, but, on the contrary, it sought to establish with a single measurement, at a given time and place, the level of empathy present in the USCO interns. The population was USCO medical students in semesters XI and XII. Sampling was performed by inclusion criteria, which included being a USCO intern and having accepted the informed consent. The Jefferson Medical Empathy Scale (JME) was applied to the resulting sample through a survey.

In total, 24 participants took part in the project. Regarding the sociodemographic variables; 19 participants came from the department of Huila, 2 from the department of Tolima, 2 from the department of Putumayo and 1 from the department of Cundinamarca. Fourteen participants were women, 10 were men. The EEMJ scores show that the levels of empathy among USCO interns in general were low, with an average of 87.7, so it can be concluded that the ability of USCO interns to "put themselves in the shoes" is low, highlighting the shortcomings in humanistic education that the Universidad Surcolombiana has. There were no statistically significant differences between the levels of empathy between genders.

KEY WORDS: Medical empathy, Empathy measurement, Medical interns, Jefferson Medical Empathy Scale, Humanistic attitudes.

INTRODUCCIÓN

La empatía médica es la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos del paciente, y la capacidad para comunicarle este entendimiento (27). De igual manera, la empatía ha sido descrita como un concepto que involucra tanto dominios cognitivos como emocionales (24,73).

El humanismo refleja actitudes y comportamientos al interior de los miembros de un equipo que son sensibles a los valores y a los antecedentes étnicos, sociales y culturales de los demás (1). Las investigaciones revelan que cuando los médicos brindan una atención humanista, es más probable que los pacientes se adhieran mejor tanto a los consejos como al tratamiento brindado por el médico (2).

A pesar del ya conocido papel mediador que desempeña la empatía en la mejora de los pronósticos clínicos (22), existen pocos estudios sobre la cuantificación de este componente del humanismo médico en la literatura. Una razón para esta escasez es la ausencia de una medida operativa de empatía que sea específica para la relación médico-paciente (25).

A pesar de que se tiene conciencia de la tendencia a la pérdida del humanismo y en especial, de la empatía, no son numerosos los estudios que intentan comprobar dicha hipótesis a través de la evaluación de la presencia de actitudes empáticas, ya sea en los médicos o en los estudiantes de medicina. A nivel Colombia, son pocos los estudios cuyo objetivo general sea la medición de la empatía en los estudiantes de medicina (29, 30, 31).

De acuerdo con todo lo anteriormente planteado en este apartado, el presente trabajo pretende evaluar a los internos de la USCO, con el propósito de determinar si aquellas personas que están a punto de salir al mundo laboral muestran actitudes empáticas al momento de interactuar con los pacientes.

Este proyecto de corte transversal, a través del análisis posterior a la aplicación de un instrumento específico muestra un eslabón olvidado de la medicina, un enfoque dejado de lado que no llama la atención en el mundo médico de la forma en que los hacen los tópicos directamente relacionados con el aspecto clínico de la profesión. Allí radica la importancia de este trabajo, visibilizar una problemática que pasa inadvertida y que muchas veces no recibe la importancia que merece, sobre todo, al considerar a la medicina como el arte que es, un arte que se basa en el trabajo directo sobre un ser humano.

Con lo anterior, por medio de la información recolectada se pretende en un primer momento medir los niveles de empatía médica que tienen los internos de la USCO, con los pacientes del HUHMP. Así mismo se pretende que con la información que surja de este trabajo, la USCO, así como demás universidades de la región puedan hacer investigaciones similares y definir el estado de sus estudiantes en cuanto al nivel de empatía médica se refiere y puedan reestructurar, si así lo requieren, su plan de estudios para construir una base educativa fuerte en temas de empatía en los programas de medicina. Además, con base en los que se identifique en los resultados del estudio, se pueda proponer estrategias de mejoría, proponer cursos, talleres, capacitaciones. Además, este proyecto es importante especialmente para el programa de medicina sobre todo en lo concerniente al proceso de acreditación debido a que los planteamientos que de aquí salgan pueden terminar en recomendaciones.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

De manera general, el interés por la empatía médica y en especial por el impacto que tiene esta sobre los pacientes ha ido en aumento. Sin embargo, la aparición de profesionales de medicina cada vez menos comprometidos con las actitudes empáticas, que caen dentro del fenómeno de la deshumanización de su ejercicio profesional, ha motivado la necesidad de determinar si los estudiantes de medicina demuestran actitudes empáticas y por tanto ha aparecido la necesidad de cuantificar dichas actitudes.

Debido a la amplia naturaleza del concepto “humanismo” y aún más la del “humanismo médico”, la evaluación de las actitudes médicas humanistas presentes en los estudiantes de medicina se ha hecho considerando la definición, que de manera universal, se ha introducido para dar claridad sobre este concepto, así pues se puede afirmar que el humanismo médico “es una serie de actitudes y comportamientos mostrados por el personal de salud, que son sensibles a los valores y antecedentes culturales y étnicos del prójimo” (1). Esta descripción fue establecida por la Arnold P. Gold Foundation, que además propone pequeñas categorías que juntas construyen al humanismo médico, estas son: integridad, excelencia, colaboración/compasión, altruismo, respeto/resiliencia, empatía y servicio (1).

A través de diseños tanto transversales como longitudinales, siendo más escasos los longitudinales, se ha ido innovando en las diferentes maneras en que se puede evaluar de manera objetiva las cualidades médicas humanistas. Se han aplicado diversas metodologías; como la aplicación de escalas, encuestas, cuestionarios o reflexiones; a través de la elaboración de ensayos y/o narraciones sobre experiencias propias o ajenas (en general, las reflexiones son actividades propuestas que pretenden sensibilizar a los estudiantes en materia de humanismo médico), entrevistas, exámenes clínicos estructurados objetivamente (OSCE, por sus siglas en inglés) (2,3), la evaluación basada en pacientes simulados (SPs) (2,3).

Así mismo, se ha hecho uso de exámenes de rendimiento clínico (CPX) donde pacientes estandarizados escogidos cuidadosamente antes del inicio de los exámenes fueron los encargados de calificar el humanismo de los estudiantes (3). Los pacientes estandarizados calificaron a cada estudiante en cada estación de CPX usando la “escala de humanismo abreviada de ocho elementos”, esta escala es un cuestionario de 24 ítems que evalúa si un médico tiene una forma sensible, no humillante y empática de ayudar a un paciente a lidiar con algún problema o necesidad y se concluyó que el uso de este método se correlaciona altamente con la satisfacción de los pacientes con los aspectos relacionados con

las actitudes humanistas que muestra el médico durante su visita al paciente (3). La escala de humanismo abreviada contiene los siguientes ocho elementos (4):

- Este médico parece tener un interés personal en mí.
- Incluso cuando mi problema es pequeño, este médico está preocupado.
- Tengo confianza en las decisiones de este médico.
- Este médico respeta mis creencias.
- Hablaría con este médico si algo me preocupara.
- Este médico se interesa por mi vida en casa.
- Es fácil hablar con este médico.
- Este médico parece saber por lo que estoy pasando cuando le cuento un problema.

En un estudio plantean que se puede evaluar la presencia de actitudes de colaboración y compasión, enmarcadas dentro de la definición de humanismo, a través de la aptitud que tienen los estudiantes de medicina para dar malas noticias a sus pacientes, y se concluye que el cuestionario es un instrumento fiable y válido para medir tales aptitudes (5).

También se hizo un estudio donde se evaluaron a través de cuestionarios las actitudes de los estudiantes de una facultad de medicina, donde trabajaban con cadáveres, frente al desarrollo del programa de anatomía, y concluyeron que el acercamiento temprano de los estudiantes a estas situaciones con cadáveres humanos, así como el acercamiento con los familiares de los cuerpos donados ayudó a sensibilizar en términos de empatía y a promover el humanismo en los estudiantes (6).

Respecto al uso de escalas, la “Physician Belief Scale” (3) permite valorar las creencias que tienen los médicos acerca de los aspectos psicosociales relacionados con los pacientes. Al aplicarse en estudiantes de medicina se dieron cuenta de que aquellos estudiantes que no valoran los aspectos biopsicosociales de la atención no pueden mostrar el interés, la preocupación y el respeto necesarios para brindar un servicio humanista a los pacientes, por ello, el uso de esta escala resulta adecuado para evaluar el humanismo, especialmente uno de sus componentes, la empatía (3). Gracias a los estudios

a los que se ha hecho referencia, se sabe que la evaluación de las actitudes humanistas, resulta ser un protocolo de alta confiabilidad y evidencia, con validez predictiva del desempeño clínico de los estudiantes a un periodo de 3 años en el futuro (7).

Otras escalas que se han descrito para evaluar el humanismo son: la “Physician Reactions to Uncertainty” (8) y la “Decision Making Style” (9).

En general, se puede ver que entre los estudiantes existen diferentes tendencias en cuanto al valor que le adjudican a los elementos más importantes al interior del ámbito laboral, en especial cuando se evalúan unos a otros; un grupo generalmente está más de acuerdo con que es más importante tener en cuenta los hábitos laborales, mientras que otro suele ser más exigente con las relaciones interpersonales y por lo tanto existe evidencia estadística de que diferentes personas dentro de un mismo grupo tienden a tener personalidades y actitudes diferentes frente a los mismos desafíos (10), situación que se puede extrapolar a la manera en que estos estudiantes actúan durante el rol de médicos tratantes de sus pacientes. Algo similar se obtuvo en un estudio del 2013 donde demostraron que existen diferencias significativas entre grupos de estudiantes según género y raza en actitudes que son consistentes con conceptos relacionados al altruismo (11).

El hacer que los estudiantes redacten ensayos donde plasmen sus reflexiones sobre conflictos éticos o morales o sobre su propia experiencia clínica; resulta útil para identificar cómo los valores de cada estudiante influyen en la toma de decisiones, enfrentamiento de desafíos (12), y disminución de la capacidad para establecer una conexión con el paciente, brindando una visión objetiva de las actitudes humanistas que toman los estudiantes de medicina (13).

El adentrar al estudiante a situaciones inmersivas sobre experiencias emocionales y observar directamente las actitudes que muestran, permitiría identificar una amplia gama de emociones presentes entre los estudiantes, así como emociones comunes (7). La comprensión de las situaciones de incertidumbre, impotencia, y diferentes emociones que experimentan permite identificar los desencadenantes, los medios necesarios para abordar desajustes en su entorno (10), y posteriormente orientar el diseño de programas educativos y las reformas de los mismos para crear un entorno que oriente el crecimiento profesional hacia unos objetivos más humanistas (14).

Aunque las encuestas son un método eficaz para recopilar información sobre grandes grupos de estudiantes, tienen la desventaja de ser vulnerables al sesgo de deseabilidad social, como prueba de ello, en un estudio donde se compararon los resultados de las encuestas con las actitudes observadas, se encontró una débil correlación entre lo que los estudiantes respondían en las encuestas y lo que realmente hacían durante la práctica (15). También se ha visto que los

estudiantes cercanos al periodo de internado estaban más ansiosos por demostrar cualidades humanistas para impresionar a los médicos supervisores en comparación con estudiantes que ya estaban en internado (16). Por ello resulta necesario equilibrar el uso de las encuestas a través de su aplicación de manera conjunta con otros métodos para comprobar la congruencia de las respuestas y evitar sesgos derivados de la tendencia a buscar la aprobación social (17).

Un método que ha estado reuniendo apoyo es la revisión por pares entre los estudiantes. Las evaluaciones por pares tienen el potencial de agregar valor a la importancia del trabajo en equipo y ayudar a capacitar a los estudiantes en habilidades de evaluación y retroalimentación (18). Al respecto, se ha demostrado que las evaluaciones por pares ofrecen una visión útil de las habilidades interpersonales relacionadas con el humanismo en estudiantes (19), y el comportamiento profesional de los mismos (20).

Otras innovaciones metodológicas aprovechan los avances tecnológicos. Por ejemplo, la "práctica virtual" se desarrolló para proporcionar una simulación que refleje el realismo y la complejidad que se encuentran en la práctica y que se centre en situaciones éticas difíciles y dilemas de comunicación para evaluar la manera en que actúan los estudiantes (21).

Considerando la definición que propone la fundación Arnold P. Gold, en la literatura se evidencia que atributos como el altruismo y el servicio se evalúan de forma infrecuente. Esto puede responder al vacío metodológico existente para la evaluación de estos atributos (17).

Entonces hasta ahora lo que se sabe es que gran parte de los estudios que indagan por estas actitudes humanistas tanto en los médicos como en los estudiantes son de tipo cualitativo, exigiendo al investigador intervenir directamente en la población para corroborar diferentes resultados. Cuando se hace énfasis en los estudios con enfoque cuantitativo las opciones en la literatura se reducen en número de manera importante. Respecto al atributo en particular que se pretende medir en este estudio, la empatía, vemos que, a pesar de las recomendaciones y aun conociendo el papel mediador que este atributo desempeña en la mejoría de los pronósticos clínicos de los pacientes (22), sigue siendo un área de investigación inexplorada en la educación médica por varios motivos. Uno de ellos es que la investigación sobre empatía no es fácil de realizar por falta de claridad en su conceptualización. Otra razón que explica la escasez de investigación empírica en este campo es la ausencia de una herramienta operativa válida y fiable para medir la empatía en situaciones de atención al paciente. Para ello, un equipo del Centro de Investigación en Educación Médica y Atención de la Salud del Colegio Médico de la Universidad Thomas Jefferson, desarrolló la *Jefferson Scale of Physician Empathy* traducida al español: "la

Escala de Empatía Médica de Jefferson” (EEMJ), es una escala cuya estructura factorial en su versión original en inglés es consistente con aspectos conceptuales de una escala multidimensional que mide 3 factores operacionalizables: la toma de perspectiva, el cuidado compasivo y actitudes compatibles con "ponerse en los zapatos del paciente" (23). Esta escala ha mostrado estabilidad en grupos de estudiantes de medicina, lo que brinda apoyo en la validez de su construcción (24), así como una confiabilidad aceptable. La validez ha sido confirmada a través de coeficientes de correlación significativos entre puntajes de la EEMJ y medidas conceptuales de empatía o relacionados con la empatía, y de compasión (25). Sin embargo, a pesar de la comprobación de su validez es importante ofrecer pruebas de las propiedades psicométricas del instrumento en la población donde se pretende aplicar; es decir, que la medición de esta escala necesita estar culturalmente adaptada (26).

La EEMJ está validada en algunos países de Latinoamérica conforme a estudios hechos en México y Chile (27,28), y además fue adaptada para su aplicación en Barranquilla, Colombia, a partir de una validación cultural hecha mediante “criterios de expertos”, es decir, jueces seleccionados especialmente para esta investigación (29). En Colombia se ha utilizado esta escala para hacer la medición de la orientación empática de los estudiantes de la carrera de medicina. En un estudio llevado a cabo con estudiantes de la Universidad del Norte en Barranquilla, se obtuvieron resultados positivos en cuanto a la presencia de empatía en los estudiantes sin diferencias significativas entre sexos (30). En el 2014 en la Universidad de Boyacá se hizo el mismo estudio con los estudiantes de medicina y se obtuvo un valor promedio de 87 puntos, de un máximo posible de 140, resultados que no son altos, pero que están por encima del valor medio (31). Además, se encontró que las mujeres fueron más empáticas que los hombres y que los puntajes iban disminuyendo a medida que se avanzaba entre semestres (31).

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A lo largo de la historia, en la medicina y sobre todo en el ejercicio/acto médico se han generado alteraciones importantes, en general relacionados con el sistema de salud, el esquema económico, el criterio médico (dado por los cambios en el concepto y alcance de la autonomía profesional), la socialización imperfecta de la medicina, los cambios de la relación del médico con la sociedad y los acelerados avances de la ciencia. Todos estos ítems terminarían contribuyendo a lo que hoy en día se conoce como la deshumanización del acto médico (33).

El origen de la deshumanización en nuestro medio tiene que ver con el rol de la atención en salud y su relación con el riesgo moral presente en roles que podrían en distintos escenarios (33): en la relación médico-paciente y en los sistemas de salud (el médico representa al paciente, a la empresa y a sí mismo); médico y aseguradoras (selección de prestadores con criterios de tarifas bajas sin control de calidad y el control de costos con prácticas anti-éticas); el médico y las instituciones de salud (riesgo moral con incentivos antiéticos hacia los profesionales, compra de insumos de baja calidad, ahorros en nómina); el médico investigador en la industria farmacéutica (incentivos para lograr la formulación de medicamentos específicos); el médico académico (se publica y visibiliza para avanzar en su carrera, sin investigación pertinente); el médico empresario (incentivar el uso de determinados servicios más allá de la verdad, la indicación o la demanda de los mismos).

Como producto de lo anterior, ha devenido un episodio histórico que se caracteriza por pérdida de los valores durante el acto médico, la desinstitucionalización y la inequidad, haciéndose explícita la necesidad de reformular el compromiso social de la profesión médica y comunicarlo a la sociedad, con base en los principios de la ética (33).

A lo largo de los últimos 70 años, gran parte de los médicos, progresivamente han perdido la imagen humanista que los identificaba de acuerdo con el modelo hipocrático del ejercicio médico y han pasado a ser considerados como simples técnicos, hambrientos por el reconocimiento económico y profesional, firmemente establecidos con un modelo racional cientificista y divorciado de la sensibilidad humana, en desmedro de su identidad profesional (34). Por tanto, el ejercicio de la medicina sufre actualmente de un proceso de deshumanización tanto en las sociedades desarrolladas en las cuales prevalecen los estilos de vida materialista, el hedonismo, el vacío espiritual y la cultura de la banalidad, como en las que aún están en vías de desarrollo (34).

Algunos indicadores de esta realidad de medicina deshumanizada comprenden (35): el predominio de la insensibilidad humana en la prestación de servicios de salud, la prioridad del mercantilismo en la atención de la salud, la necesidad de estatus social por parte del personal médico, la ausencia de empatía en la relación médico-paciente, la deificación del saber científico y de la última tecnología disponible, dejando en un segundo plano la esencia del quehacer médico, la vocación de servicio y permitiendo la conversión del médico en un técnico, sediento por reconocimiento individual. Otros indicadores reales constituyen (35):

- El aumento en el número de facultades de medicina que deja un exceso de alumnos, y con ello, una inadecuada selección de docentes con adecuadas metodologías pedagógicas.
- La sustitución del colegaje entre profesionales, por la envidia, el egoísmo, el abuso de poder, el maltrato y la deslealtad.
- El establecimiento de la indolencia, el despotismo, el maltrato y la constante violación de los derechos de los pacientes en las instituciones de salud.
- La tolerancia y el encubrimiento de la negligencia médica, los abusos y vicios institucionales democráticos.
- La calidad del servicio sustentada en la productividad, rentabilidad, el lucro y demás valores agregados materialistas.

El fenómeno de la deshumanización médica no es tan reducible como parece, por tanto, no es un fenómeno aislado. La medicina hace parte de un contexto global y por tanto se ve afectada por todo aquello que lo altere. La concepción enteramente positivista de la ciencia que dominaba en la primera mitad del siglo XX significó un desvío intelectual respecto de las cuestiones realmente decisivas para la humanidad auténtica. En esa época, se llegó a la conclusión de que las ciencias positivas y las técnicas son insuficientes para dar una explicación completa de la existencia humana (36). Las dos guerras mundiales y en general, el panorama de los años siguientes con la guerra fría, pusieron en evidencia la deshumanización de las sociedades a expensas de un mayor desarrollo técnico-científico. De forma general existen algunas causas que explican la deshumanización del ejercicio médico (30):

- El debilitamiento de la relación médico paciente; que se expresa a través del médico que “ya no tiene tiempo ni paciencia” para hablar con el paciente, sea por razones personales o por el mismo de salud, pero, en cualquier caso, se limita a ver los resultados de los paraclínicos y estudios

de extensión para prescribir unos medicamentos. Dejando en evidencia que está tratando, aunque no de manera eficiente, la patología, pero no al paciente.

- El avance de la tecnología; los conocimientos y técnicas que la humanidad ha desarrollado han mejorado considerablemente el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades. Este fenómeno, aunque positivo tiene su contraparte pues también contribuye a la deshumanización de la medicina contemporánea; los procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más avanzados separan a los pacientes de sus médicos; los pacientes son casi anónimos, a los miembros del equipo médico, en ocasiones llegan a ser simplemente un número de cama, y el personal médico es también anónimo al paciente.
- El cuidado centrado en el paciente está siendo desplazado por la salud colaborativa, la cual se ha ido introduciendo gracias a los cambios tecnológicos, económicos y sociales. Los médicos están perdiendo gran parte de su poder y tendrán que cambiar su comportamiento para conservar la confianza pública (20). El crecimiento exponencial del mercantilismo, así como el abrumador avance tecnológico que continuamente se renueva y qué aún no se utiliza de manera adecuada son aspectos muy importantes que llevan a la pérdida del humanismo en los médicos alrededor del mundo (39).
- El pensamiento reduccionista: El reduccionismo consiste en la disminución de un fenómeno a sus niveles más elementales; para el caso de la salud, los fenómenos psicológicos son reducidos a su nivel biológico, los biológicos a los químicos y físicos y así hasta llegar a un callejón sin salida. Esta actitud reduccionista es muy frecuente en la actualidad, y está profundamente incorporada en la mente de algunos profesores, que la transmiten a sus estudiantes, que tienden a percibir al paciente ya no como a una persona, ni sino como un pulmón, corazón, riñón o cerebro enfermo o simplemente como genes alterados.
- La sobre especialización: Como respuesta a la enorme cantidad de información y desarrollo médico han surgido más especialidades, subespecialidades, incluso sub-subespecialidades. Esta sobre especialización tiene algunas desventajas: la percepción segmentaria de la corporalidad y personalidad del paciente, y la atención del paciente ya no por su médico, sino por un equipo multidisciplinario, que muchas veces no es adecuado. Sin embargo, esto representa un problema por sí mismo puesto que no se puede prescindir de la especialización sin que exista limitación del conocimiento y, en consecuencia, sin una limitación de oportunidades para un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Los sistemas de salud: Los sistemas sanitarios son aquellas instituciones donde la productividad, la eficiencia y la rentabilidad son la prioridad. Las

instituciones prestadoras de servicios de salud pretenden siempre el control buscando la máxima utilidad para el negocio, creando contextos degradantes de la condición humana, puesto que son estas instituciones las que limitan la reflexión sobre la experiencia y acontecimientos ajenos, encarcelando al profesional de la salud hacia una práctica médica técnica y no reflexiva de su actividad específica.

- El mercantilismo: principalmente a razón del neoliberalismo y de la globalización, el fenómeno salud enfermedad se ha convertido en mercancía y en negocio, aprovechados por las empresas farmacéuticas internacionales, y muchas otras más, que persiguen el enriquecimiento y la conformación de monopolios, a expensas de la salud pública. A la larga, se hace un intento por lograr el ejercicio humanista de la medicina en un sistema comercializado (40).

Otras causas muy importantes son (35): la deficiente selección de estudiantes a las facultades de medicina, sin la exigencia de una auténtica vocación de servicio, así como un exigente proceso de selección con un énfasis que reposa únicamente en el poseer conocimientos técnicos y científicos, la escasa o nula formación humanista impartida a los estudiantes durante su carrera, el predominio de las asignaturas técnico-teóricas en las facultades de medicina, la sobreexposición del médico al sufrimiento del paciente, sin estar formado para manejarlo, el soslayamiento del tema de sufrimiento humano durante la formación médica, en el mejor de los casos solo se aborda de manera superficial y en ausencia de un verdadero compromiso con el sufrimiento del prójimo, la saturación del sistema con profesionales en medicina, y la explotación del médico con sueldos denigrantes y abuso de los seguros que exigen producción cuantitativa y no cualitativa.

De lo relacionado con la deshumanización, en especial, la pérdida de la empatía en el nivel formativo, tan pronto como el estudiante comienza la carrera de medicina se encuentra con una exigencia académica que nunca había experimentado y que por tanto le supone realizar profundas modificaciones en sus hábitos y estilo de vida, situación que se agrava aún más al empezar la práctica clínica, en la que debe cumplir compromisos académicos/teóricos, sino también asistenciales (41). Esto cuando no se maneja de manera correcta genera desgaste en los estudiantes. El síndrome de desgaste profesional, también llamado síndrome de Burnout, se puede considerar como un factor predisponente para la pérdida de empatía por parte del médico que aún está en formación. Se sabe que la población estudiantil de las universidades es especialmente susceptible a padecer afecciones psiquiátricas, principalmente ansiedad, depresión y agotamiento, situación que se ve relacionada con el entorno en que se desarrollan durante sus estudios de pregrado y/o posgrado, que en el futuro estará muy relacionado con consecuencias negativas en los ámbitos laboral y personal, que tendrán incidencia directa en el trato dado a sus pacientes (41,42). Las afectaciones psiquiátricas antes descritas son

consecuencia directa de tres elementos: el agotamiento, la competencia percibida, es decir, la percepción de ser incompetente como estudiante, y el cinismo, que es el desarrollo de actitudes despreocupadas con los aspectos académicos (43).

En las facultades de medicina hay factores que llevan a presentar actitudes deshumanizadas. Los estudiantes en ocasiones observan comportamientos poco éticos en sus docentes, incluyendo burlas que ridiculizan a sus pacientes; de esta forma, los estudiantes encuentran una gran contradicción entre los valores que, según se les enseña, debe poseer un médico y los que aprenden durante sus prácticas clínicas (44), en especial, los que provienen de sus tutores a través del hoy llamado, “currículum oculto”, lo que se aprende de manera explícita e implícita explícitamente a través de las vivencias.

En Colombia, al igual que en la mayoría de países del mundo; la vida y la salud de sus ciudadanos están amparados los derechos fundamentales establecidos por cada gobierno, en nuestro caso particular, en la Constitución de 1991. En la sentencia T760/09 se establece el derecho a acceder a los sistemas de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Es por esto que una relación médico-paciente humanista desarrollada al interior de un contexto académico universitario, aunque no es la solución definitiva del problema, sí permitiría mitigar y prevenir los efectos deshumanizantes de los modelos económicos y sistemas de salud impuestos por el gobierno (45).

Con la reforma a la salud de 1993, la ley 100 privó a los hospitales públicos de recursos al cambiar el subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, con las mismas obligaciones. Se crearon las entidades intermediarias como Administradoras de Régimen Subsidiado-ARS y Entidad Promotora de salud-EPS, que son costosas, innecesarias, ineficientes y creadoras de corrupción administrativa y política (45).

En nuestro medio, la misma educación sin saberlo, determinada por el sistema de salud nacional, se encarga de cercenar el humanismo de los estudiantes de medicina. La falta de entrenamiento en habilidades comunicativas, sociales, interpretativas, integrativas, así como el constante adoctrinamiento que se lleva a cabo durante las prácticas médicas son los factores más importantes relacionados con este problema. Este “adoctrinamiento” hace referencia al entrenamiento que reciben los estudiantes por parte de sus docentes durante sus prácticas. Estos entrenamientos no son más que una carrera técnica-intelectual para atender a los pacientes lo más rápido que se pueda, para preguntar todas y cada una de las variables que componen la historia clínica y la finalidad de ese acercamiento con el paciente termina siendo un tanto banal, pues no es comprender la vida del mismo junto con su(s) enfermedad(es), sino que termina siendo una competencia por llenar un formato de historia de clínica,

lograr llegar a un diagnóstico y/o plan de manejo adecuados, y presentar dicho paciente al médico encargado quien en muchas ocasiones termina enfocándose solo en los posibles errores, desmeritando así el esfuerzo del estudiante. Bajo este antecedente de un modelo de aprendizaje basado en la burla, el maltrato y la deshumanización, se podría relacionar el concepto de “identificación con el agresor”, no es más que una respuesta ante situaciones como la angustia frente a una amenaza y la pérdida de la sensación de protección al estar ante una situación de peligro; en ese momento la persona deja de ser como sí misma y con la esperanza de mejorar la situación, se convierte en lo que el atacante espera que sea (46).

Cuando se les pregunta a los estudiantes por las barreras que ellos mismos perciben para su correcta formación en la carrera de medicina, lo más frecuente es encontrar que ellos consideran que disponen de un tiempo que es insuficiente para alcanzar las habilidades prácticas en algunas situaciones, así como el paternalismo por parte de los docentes en su enseñanza y los problemas organizativos del personal docente que imparte las prácticas clínicas (47). En un estudio realizado en la Universidad de Harvard con estudiantes de tercer año de medicina donde se les solicitó redactar un ensayo sobre el curriculum oculto; encontraron que el 30% de estos plasmaron problemas respecto a la deshumanización (48).

Lo anterior es muy importante porque la educación médica no debe ser concebida solo como un entrenamiento en habilidades técnicas, debe ser partícipe de un sistema pedagógico integral (49). Sin embargo, en Colombia el sistema educativo médico, en especial el segmento de educación y formación del cual son responsables las universidades no es proactivo en favor de la pertinencia educativa; el nivel poblacional es reconocido de forma precaria y sigue dominando el modelo biológico de la enfermedad, llevando a dejar pasar de nuevo la oportunidad de realizar cambios reales sobre la educación (50).

Con base en lo revisado previamente, se hace evidente la importancia de realizar un proyecto de investigación que intente responder a la hipótesis que se plantea en la literatura mundial sobre la deshumanización de la atención médica, a través de la evaluación de la presencia de actitudes humanistas, en especial, la que parece estar desapareciendo más, la empatía. Entonces, se hace evidente la necesidad de realizar un estudio cuya población objetivo sean los internos de la Universidad Surcolombiana (USCO) que realizan su internado rotatorio en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMP), con el fin de medir su nivel de empatía y establecer si la relación médico-paciente que desarrollan con los pacientes que atienden allí en el hospital está fundamentado en la aplicación de actitudes empáticas. El programa de medicina de la USCO se encuentra en la Facultad de Ciencias de Salud en su sede ubicada en la ciudad de Neiva. Este programa cuenta con una acreditación de Alta Calidad de acuerdo con la Resolución 16120 del 4 de agosto de 2016, tiene

una duración de 12 semestres académicos, donde los últimos dos semestres están dedicados para el internado rotatorio de los estudiantes, la metodología de este programa es presencial, de jornada diurna, los créditos académicos necesarios para obtener el título son 209, su periodicidad de admisión es semestral y el título que otorga a sus estudiantes graduados es el de Médico (a).

Todos los argumentos antes planteados que nos indican que el humanismo médico y con ello, la empatía, pierde cada vez más terreno en el campo de la atención en salud, nos llevan a formular la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de empatía médica que tienen los internos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la USCO durante el establecimiento de la relación médico-paciente con los pacientes del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo?

3. JUSTIFICACIÓN

El ejercicio de la medicina comprende la aplicación de una enorme cantidad de conocimientos que siempre está en constante aumento y evolución, pero, sobre todo, es un acto que se encuentra al servicio de la sociedad (41).

Al respecto, el médico César Ávila, presidente del Colegio Médico del Valle del Cauca dice lo siguiente (51): “El principio fundamental constitucional y legal del ejercicio de la medicina en Colombia lo establece la Ley 23 de 1981 y su Decreto reglamentario 3380 de 1981, los cuales siguen en vigencia hoy en día. En su capítulo 1, Declaración de Principios, se establece que para que la relación médico-paciente tenga completo éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituye su esencia espiritual; por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes y es entendido que el trabajo o servicio del médico solo beneficiará a él y a quien lo recibe como persona o como comunidad nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente”.

La base del ejercicio médico es el deber de cuidado, que se define como la obligación de cualquier integrante de la sociedad de obtener conocimiento y entrenamiento para ejercer una profesión u oficio dentro de las buenas prácticas y evitar, en lo posible, producir daño o afectar a otras personas cuando ejerce su actividad, y se basa en tres aspectos, la ley, la experiencia vital y los juicios comparativos (24, 25).

Se reconocen dos tipos de deber de cuidado: el interno, que es inherente de cada individuo, y hace se corresponde con conciencia de las propias limitaciones, capacidades y experticia, antes de emprender un acto médico, porque esa es la base de ese acto, y en la medicina es regulado por los Tribunales de Ética Médica, y el externo se refiere al momento en que las acciones de individuo, en este caso el médico, producen daño al paciente, puede ser que no dependa únicamente de su accionar, pero en cualquier caso el hacer daño al paciente responde a una trasgresión de las Normas de Ética Médica y se comienza a involucrar con los códigos legales: Penal, Civil y en el caso de empleados públicos el Contencioso Administrativo (51).

El acto médico es un ejercicio de medios y no de resultados. Los medios son la licitud, la ejecución típica, el seguimiento de normas científicas y el profesionalismo, que contiene en sus entrañas al humanismo. De establecerse una falta de idoneidad, capacitación o el conjunto de requisitos de entrenamiento formal por parte de entidades debidamente reconocidas por el mismo estado, se

establece un verdadero agravante en caso de haber complicaciones o efectos adversos en un acto médico independientemente de sus resultados (51).

El humanismo refleja actitudes y comportamientos al interior de los miembros de un equipo que son sensibles a los valores y a los antecedentes étnicos, sociales y culturales de los demás (1). Las investigaciones revelan que cuando los médicos brindan una atención humanista, es más probable que los pacientes se adhieran mejor tanto a los consejos como al tratamiento brindado por el médico (2). De acuerdo con esto, es imperativo que los estudiantes de medicina reciban como parte de su currículo en su formación de pregrado una educación en miras a la preservación de la empatía y el humanismo, para preparar a unos futuros médicos con conciencia social, económica y cultural (3).

Con todo lo anterior resulta sencillo pensar que como futuros médicos profesionales y cómo actuales miembros de una sociedad es indispensable acomodar el ejercicio médico para que cumpla con los estatutos impuestos por la ley sabiendo que está dentro de sus lineamientos incluye, aunque sin muchas florituras, la aplicación del humanismo al ejercicio médico. Sin embargo, es imprescindible actuar en conformidad a lo que plantea la ética universal que no depende de nada más que de la misma condición humana. Alcanzar el nivel de moral posconvencional que plantea Kohlberg donde los principios morales individuales se apoyen en valores colectivos, distinguiendo lo legal de lo moral debe establecerse y enseñarse como paradigma del comportamiento humano y debe, además, ser un objetivo para los profesionales de la salud (26).

A pesar de que se tiene conciencia de ese abrumador aumento de la tendencia a la pérdida del humanismo, no son numerosos los estudios que intenten comprobar dicha hipótesis a través de la evaluación de las actitudes humanistas, en especial, la empatía, ya sea en los médicos o en los estudiantes de medicina. A nivel Colombia, son pocos los estudios cuyo objetivo general sea la medición de la empatía en los estudiantes de medicina (29-31).

De acuerdo con todo lo anteriormente planteado en este apartado, el presente trabajo pretende evaluar a los internos de la USCO, con el propósito de determinar si muestran actitudes empáticas durante su práctica médica al momento de interactuar con los pacientes.

Este es un proyecto que se puede llevar a cabo porque hay estudiantes que son susceptibles de evaluación, porque hay docentes calificados en esta área que pueden asesorar en las diferentes etapas metodológicas. Además, es un proyecto que es importante realizar porque la población son estudiantes que se están formando para ser médicos profesionales, por ende, contribuye al fomento de la empatía en la atención al paciente y al fomento del trato humanizado de los

mismos, esto con la finalidad de generar una mejoría significativa de la situación en materia de pérdida de empatía.

El desarrollo de este proyecto es factible porque su realización requiere de un presupuesto, que ya se tiene, porque requiere de un talento humano que ya se tiene, y además porque se hará uso de una escala que ya está creada y está validada para medir las variables que pretende medir.

Este trabajo pretende mostrar un apartado casi desconocido de la medicina, un enfoque dejado de lado que no llama la atención en el mundo médico de la forma en que los hacen los tópicos directamente relacionados con el aspecto clínico de la profesión. Allí radica la importancia de este trabajo, visibilizar una problemática que pasa inadvertida y que muchas veces no recibe la importancia que merece. Por tanto, este trabajo pretende averiguar desde el ámbito educativo en qué estado se encuentra el cultivo de las actitudes humanistas, especialmente de la empatía.

Con lo anterior, por medio de la información recolectada se pretende en un primer momento medir los niveles de empatía médica que tienen los internos de la USCO, con los pacientes del HUHMP.

Así mismo se pretende que con la información que surja de este trabajo, la USCO, así como demás universidades de la región puedan hacer investigaciones similares y definir el estado de sus estudiantes en cuanto al nivel de empatía médica se refiere y puedan orientar, si así lo requieren, su plan de estudios para construir una base educativa fuerte en temas de humanización en los programas de medicina. Además, con base en los que se identifique en los resultados del estudio, se pueda proponer estrategias de mejoría, proponer cursos, talleres, capacitaciones. Además, este proyecto es importante especialmente para el programa de medicina sobre todo en lo concerniente al proceso de acreditación debido a que los planteamientos que de aquí salgan pueden terminar en recomendaciones.

La definición de lo que significa el humanismo en la medicina, así como de los elementos que se pueden usar para evaluarlo resulta de gran importancia puesto que si se consideran todos los beneficios que tiene tanto para el médico como para el paciente experimentar una situación empática mejorarían las relaciones médico-paciente y con ello, progresivamente, tal vez pueda ir mejorando la situación en salud pública de la región.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de empatía médica que tienen los internos de la USCO que se encuentran rotando en el HUHMP con sus pacientes durante la interacción médico- paciente.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los internos de la USCO que están rotando en el HUHMP en el periodo 2023.
- Describir la capacidad de los internos de la USCO que están rotando en el HUHMP de llevar a cabo la toma de perspectiva de la empatía.
- Determinar si existen diferencias en los niveles de empatía entre hombres y mujeres.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. PACIENTE

Según la Real Academia Española (RAE) (57), un “paciente” es aquel: 1. Que tiene paciencia, 2. Que recibe o padece la acción de un agente, 3. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica, 4. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

5.2. ACTO MÉDICO

Para poder describir el acto médico resulta fundamental mencionar algunas de las consideraciones provenientes de la filosofía, la medicina y las ciencias sociales, que aportan a delimitar el concepto de acto y, sobre todo, la praxis que de este surge (58).

Desde la visión filosófica de Aristóteles, el “acto” está asociado con la realidad del ser, se antepone a la potencia, el acto determina ontológicamente al sujeto (médico), es su realidad individual y su principio, por tanto, el acto es “aquello que hace ser a lo que es” (59). Lo anterior quiere decir que, ser y acto son realidades inseparables, en tanto que el ser es lo que es gracias a los actos.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, el acto es una proyección que guía la acción, porque si bien el acto es la acción ya realizada, está en el proyecto de un sujeto o agente (58). Acción y discurso (palabra) terminan siendo dos elementos que diferencian a los sujetos y por ende determinan la subjetividad, y por tanto la intersubjetividad. De acuerdo con lo anterior, son la palabra y el acto, instrumentos que introducen al sujeto al mundo humano. Entonces, actuar es tomar iniciativa o poner algo en movimiento por parte del sujeto, a través de la acción y del discurso, estableciendo una identidad (58).

Ahora, vale la pena preguntarse, de qué manera el médico proyecta la acción, qué actos emergen de esta proyección, y de qué manera el acto médico le otorga identidad a quien lo practica. Resulta que el acto médico se articula a través de la palabra y por tanto es discurso hacia varias partes en especial hacia el paciente (58). Desde sus orígenes, el acto médico mantuvo el acto y la palabra como dos dimensiones inseparables, así como indispensables para abordar un paciente con una enfermedad. Es decir, la palabra siempre ha hecho parte del acto médico, por tanto, su presencia ha sido desde siempre, condición fundamental para intervenir la enfermedad (58); ya sea a través de una “eukhé” o plegaria hacia los dioses, una “epodé” o conjunto de ensalmos mágicos,

conjuros de curación, entre otros, o a través del “terpnós logos” o “thelkterios logos” es decir, la palabra como decir sugestivo o placentero, refiriéndose al ánimo del enfermo. Considerando lo anterior, se puede concluir que la palabra tiene, dentro de este contexto particular, unos efectos marcadamente psicológicos. El acto médico que como ya se dijo, recurre a la palabra; va más allá, en tanto que sus efectos impactan la existencia total del sujeto; el “decir placentero” o “thelkterios logos”, así como el “decir sugestivo” de Platón, un bello discurso que ordena la vida anímica ejerce una acción terapéutica; no porque la palabra posea virtudes mágicas, sino porque su acción terapéutica es natural (58).

En el Acta Médica Colombiana (60), definen al acto médico como aquel conjunto de acciones en donde se concreta la relación médico-paciente, que permiten el acontecimiento terapéutico y ético de la práctica médica, y tienen como objetivo promover la salud, curar, prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

Según lo establecido por la Ley 23 de 1981, la relación médico-paciente es el elemento primordial de la práctica y el acto médicos (60) al contener su desarrollo y porque involucra el principio efectivo y funcional del ejercicio de la medicina y su responsabilidad (61). El acto médico se evidencia en diversas circunstancias: cuando el enfermo acude en busca de ayuda por parte del profesional médico, cuando el profesional en el contexto de una urgencia interviene en favor de la salud del paciente o por solicitud de terceros (60,61). Para realizar correctamente el acto médico se deben cumplir cuatro características: profesionalidad (en la medida que solo el médico puede efectuarlo), ejecución típica, tener como objetivo la curación o rehabilitación del paciente y licitud. Así mismo, este acto se desarrolla a través de diferentes etapas: la anamnesis, el diagnóstico, el establecimiento de la conducta terapéutica y por último el seguimiento de las reacciones y evolución del paciente (61).

De acuerdo con lo mencionado sobre el discurso, se establece que este junto con el acto médico confluyen en el establecimiento de la relación entre quien enferma y quien cura. La experiencia de enfermar, sufrir, buscar ayuda y el regreso al completo estado de bienestar dirigido por el médico, requiere de una relación de confianza entre aquel que cura y el que será curado (58). Con todo esto se puede concluir que lo más importante del acto médico es la relación establecida entre el médico y el enfermo (58), actividad que requiere de un fuerte dominio de las actitudes humanistas.

5.3. INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente es una interacción profesional entre el médico y su paciente, que busca la gestión de la salud. Es aquel momento en donde el

paciente enfermo requiere y necesita comprender los procesos fisiológicos, patológicos y psicológicos que trascurren en su ser a nivel corporal y mental a raíz de su enfermedad (62). En el enfoque clásico de esta relación, se plantea que el principal interés del médico dentro de esta interacción es la aplicación de los conocimientos técnico-científicos con el fin de preservar o recuperar la salud del paciente. En su lugar, el paciente está preocupado por lo que le pasa como persona, es decir, lo que ocurre no solo en su cuerpo, también en su mente y espíritu (63).

En realidad, la relación médico-paciente es una interacción entre al menos dos historias de vida y/o dos mundos. Es esa relación terapéutica que se establece cuando un paciente entra en contacto con un médico, donde se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción en el que ambos se encuentran comprometidos con una causa que motiva al encuentro de una solución. El principal objetivo de esta relación es restaurar la salud del paciente enfermo y se logra a través de una cadena de responsabilidades que debe cumplirse por parte de ambos actores involucrados (64).

Si vamos más allá, se puede afirmar que esta relación corresponde a un encuentro interpersonal, que ocurre entre una persona que considera su salud amenazada y alguien que posee el saber y la técnica para hacer frente a la enfermedad y restaurar la salud. Su fundamento está en que se establece una especie de “amistad”, la amistad médica, en la cual el médico aporta sus conocimientos teóricos y su voluntad de ayuda técnica, y el paciente aporta su confianza en la medicina y en el médico que le atiende (65). La estructura de esta relación involucra cuatro aspectos principales; el propósito de la relación, el modo de convivencia, el vínculo y la comunicación (65):

- El propósito de esta relación es alcanzar la salud del paciente, a través de la toma de decisiones tanto médicas como personales, estas últimas tomadas por el paciente considerando el juicio médico.
- El modo consiste en la combinación de las operaciones objetivas y las operaciones empáticas necesarias para la determinación de un diagnóstico y tratamiento adecuado y, además, para el acompañamiento del paciente durante la evolución de su enfermedad. El objetivo personal del médico siempre debe ser aprehender el sentido que el paciente le adjudica a su enfermedad.
- El vínculo es aquel en el que se vuelven una realidad los actos objetivantes y empáticos antes mencionados. El vínculo que relaciona al médico y al enfermo es el eros terapéutico. También hace referencia al término que acuñó Freud; ‘transferencia’ haciendo referencia a esa intensa relación personal que se da en el curso de la atención médica, sobre todo cuando se trata de enfermedades de evolución prolongada.

- La comunicación comprende los recursos técnicos, como la palabra y la capacidad del personal médico para transmitirla.

Así mismo, esta relación se establece siguiendo cinco momentos (65):

- El cognoscitivo, que involucra todas las acciones que realiza el médico y que están encaminadas al conocimiento de la enfermedad, es decir, a establecer el diagnóstico nosológico, el clínico, y el pronóstico de la enfermedad.
- El afectivo, que comprende todas las emociones y sentimientos que deriven de esta relación por ambas partes.
- El operativo, que hace referencia a las conductas terapéuticas que decide tomar el médico como mejor opción para su paciente.
- El ético, que entraña el seguimiento de las normas que regulan la conducta del médico en el marco de esta relación terapéutica.
- El histórico-social, que comprende los aspectos sociales tanto del médico como del paciente.

Con lo narrado previamente resulta claro que el acto médico *persé* debe manifestarse a través del humanismo, en especial durante el establecimiento de la relación médico-paciente. Entonces estos dos elementos no son disociables ni reducibles, por tanto, no puede existir un acto médico que no exprese actitudes humanistas, de lo contrario, no podría considerarse como tal.

5.4. HUMANISMO

Según la RAE (66), es: 1. El cultivo o conocimiento de las letras humanas, 2. El movimiento renacentista que propugna el retorno a la cultura grecolatina como medio de restaurar los valores humanos, 3. El interés por los estudios filológicos y clásicos, 4. Doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos.

El humanismo incorpora diferentes concepciones, significados y valoraciones de acuerdo al contexto histórico. El movimiento humanista inicia en Europa en el siglo XIV como un movimiento intelectual, filosófico y cultural muy ligado al movimiento renacentista. Surge como una respuesta al oscurantismo, pretendiendo cambiar el teocentrismo, por el antropocentrismo. Se inspira en la

filosofía clásica y retoma el antiguo humanismo griego (30). El humanismo clásico alcanzó su máximo esplendor durante la segunda mitad del siglo XV, donde se le da un elevado valor a los estudios de literatura y se determina que el pensamiento clásico griego y latino eran paradigma y punto de referencia de la cultura en general, situando a los autores griegos y latinos como los padres y maestros del pensamiento humanista (67).

Con el paso de los años, el mundo occidental comenzó a incorporar el concepto que surgió del Renacimiento europeo; “humanitas” entendida como “la acción libre y creativa del ser humano, que al transformar la naturaleza y crear el mundo de la cultura, logra la transformación del sujeto, con múltiples posibilidades de desarrollo, convirtiéndolo en un proyecto inacabado, en un individuo único e irrepetible, el cual, mediante su actividad libre e inteligente, se da a sí mismo una forma de ser” (30).

El humanismo entonces más que una corriente intelectual es una forma de ver la realidad, es esa perspectiva que toma en cuenta a la dignidad humana como el criterio más importante para la valoración del horizonte hacia el cual debe orientarse la acción humana (30).

5.5. HUMANISMO MÉDICO

Los esfuerzos que ha realizado la medicina para ser ubicada al interior de una verdadera categoría científica no son pocos. Este objetivo se comenzó a materializar a partir de la primera mitad del siglo XX y luego, gracias a los ensayos clínicos, la medicina se estableció como una ciencia experimental. Sin embargo, con la llegada de la objetividad a la práctica médica, también llega el descontento y las críticas, porque este modelo científico era únicamente técnico-científico que, como era de esperarse generó rechazo e insatisfacción tanto por los pacientes como por algunos gremios médicos, porque se dieron cuenta de que el modelo médico científico no preparaba a los futuros profesionales para comprender adecuadamente, atender integralmente y cuidar humanamente a los pacientes (68). La concepción renacentista del humanismo en el ámbito médico se ve condensado en lo expresado a finales del siglo XIX por José Letamendi: “el que solo sabe de medicina, ni medicina sabe”, “el médico que a la vez no es filósofo, no es ni siquiera médico” (37).

Cuando se habla de las cualidades no académicas que deben tener los médicos alrededor del mundo, una buena parte de la literatura se refiere a estas cualidades en conjunto como profesionalismo. La llegada del profesionalismo a Estados Unidos introdujo al humanismo, pero solo como una de las competencias que se esperan de un médico, desde entonces el humanismo fue propuesto como uno de los 4 pilares que estructuran el profesionalismo, los otros

pilares son el altruismo, la excelencia y la responsabilidad. La diferencia entre el profesionalismo y el humanismo es que el profesionalismo se refiere a un conjunto de acciones y comportamientos, mientras que el humanismo está vinculado a un conjunto de creencias que influyen sobre estas acciones (16). Al respecto, se ha establecido una relación única entre el profesionalismo y el humanismo; el primero se define como la “manera de actuar” y el segundo como la “manera de ser”, argumentando que el comportamiento basado en cualidades humanistas profundamente establecidas tiene mayor probabilidad de resistir a los retos que plantean los sistemas educativos y laborales para los médicos (17).

Fue en Estados Unidos durante los años 60, donde comenzó un movimiento que solicitaba al gobierno invertir más en cultura y no sólo en ciencia. En respuesta a este movimiento, se creó en 1963 la National Commission on the Humanities, la cual concluyó que el énfasis exclusivamente científico de la medicina ponía en peligro el estudio de las humanidades. De forma paralela, un grupo de capellanes universitarios formaron el Committee on Health and Human Values, el cual, años más tarde se convertiría en una sociedad cuyo objetivo sería identificar y solventar los problemas humanos a través de la ciencia médica. Como resultado de ello, en 1965 se creó la National Endowment for the Humanities (NEH), y desde entonces, esta última financia programas de humanidades para los distintos programas académicos. En 1970, esta sociedad de capellanes recibió una beca del NEH que permitió crear el Institute on Human Values, un programa de visitas que se encargaba de asesorar a las universidades acerca de cómo introducir las humanidades en sus currículos. Así, el Institute on Human Values y otras instituciones privadas como el Hastings Center y el Kennedy Institute, han aportado mucho al establecimiento de materias humanistas a los programas de medicina (68).

En la década de 1980, gracias al subcomité de la American Board of Internal Medicine (ABIM) para la evaluación de cualidades humanistas del internista, el humanismo resurgió como un término que recoge las características no cognitivas del médico, y la tendencia de reconocerlo como parte importante de la práctica médica se vio reflejada en la creación de la fundación Arnold P. Gold en 1988 como respuesta a la necesidad de redirigir la educación en medicina hacia aspectos más humanistas. Entonces se adoptó la definición de humanismo en medicina como “el respeto demostrado por las preocupaciones y los valores del paciente y consideración compasiva por su bienestar físico y emocional”. Luego, a lo largo de la década de los 90’s algunos médicos influyentes han defendido la necesidad de mantener atributos humanistas en los médicos (18), sin embargo, la mayoría de las sociedades médicas y organismos que las regulan sólo han sacado a relucir la importancia del humanismo recientemente (16). De manera formal, el humanismo comenzó a considerarse un componente importante del profesionalismo con el trabajo que condujo a la formación de la Carta de Profesionalismo Médico, publicada en 1990 por la Junta Americana de Medicina Interna (4).

Así pues, el humanismo médico es aquel conjunto de valores, actitudes y prácticas que invitan y expresan una verdadera vocación de servicio y permiten considerar al paciente como un semejante que es vulnerable, que sufre y llega a un servicio médico buscando alivio (30).

5.6. ACTITUDES MÉDICAS HUMANISTAS

Es indispensable establecer una definición universal del humanismo médico, pero sobre todo definir lo que son las actitudes médicas humanistas, para ello resulta adecuado tener en cuenta el concepto de la fundación Arnold P. Gold, que propone al humanismo como una relación respetuosa y compasiva entre personal de salud y sus pacientes, que refleja una serie de actitudes y comportamientos que son sensibles a los valores, antecedentes culturales y étnicos del prójimo. Con lo anterior ellos proponen que el personal de salud humanista debe demostrar los siguientes atributos o actitudes ("I.E., C.A.R.E.S.") (20):

- Integridad: Congruencia entre los valores expresados y el comportamiento.
- Excelencia: Experticia clínica.
- Colaboración y Compasión: La conciencia y el reconocimiento del sufrimiento de otro y el deseo de aliviarlo.
- Altruismo: La capacidad de anteponer las necesidades e intereses de otro frente a las propias.
- Respeto y Resiliencia: El respeto por la autonomía y los valores de otra persona.
- Empatía: La capacidad de ponerse en la situación de otro.
- Servicio: Compartir el talento, el tiempo y los recursos con aquellos que lo necesitan; dando más de lo requerido.

A pesar de que en la literatura se usan mucho estos atributos planteados por la Fundación Arnold P. Gold, no resulta difícil razonar que hay algunos vacíos. Rogers y Coutts (3) plantean unas categorías que no solo contienen los atributos antes establecidos, sino que también proponen otras actitudes interesantes que debería tener un médico:

- Respetar los puntos de vista del paciente y considerar cada una de sus opiniones en la toma de decisiones respecto a su salud.
- Asistir el bienestar psicológico del paciente.
- Recordar que el paciente es único e individual.
- Tratar al paciente en su contexto familiar y ambiente social y físico.
- Poseer buenas cualidades de comunicación y de escucha.
- Proporcionar confidencialidad y confianza.
- Demostrar calidez y compasión.
- Ser empático.

La realidad es que el ejercicio médico es un ejercicio humanista, que se basa en el establecimiento de una relación de confianza mutua entre el médico y su paciente, y que cada una de sus dimensiones como ser biopsicosociales deben ser abordadas y atendidas. Por esto, el humanismo dentro del ámbito médico se fundamenta en principios y normas que residen en el campo de la bioética. A partir de entonces comienzan a surgir distintos enfoques de la atención en medicina, como lo es el establecimiento de una verdadera relación médico-paciente. Nuestro contexto en salud exige ir más allá de la relación entre un médico y su paciente, exige enfocar los esfuerzos hacia la interacción del médico con la colectividad de las instituciones de salud, con los gobiernos y con los usuarios de los servicios, así como con las instituciones formadoras de médicos (30).

5.7. EMPATÍA MÉDICA

La empatía médica es la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos del paciente y la capacidad para comunicarle este entendimiento (27). De igual manera, la empatía ha sido descrita como un concepto que involucra tanto dominios cognitivos como emocionales (24,73). El dominio cognitivo de la empatía involucra entonces la habilidad de comprender las experiencias internas y sentimientos de otra persona, y la capacidad de ver el mundo exterior desde la perspectiva de la otra persona (25). Por otro lado, el dominio emocional tiene que ver con la capacidad de introducirse o unirse a las experiencias y sentimientos de otra persona (25).

Compasión y empatía son dos conceptos distintos que a menudo son tratados como similares, sin embargo, en situaciones relacionadas con la atención de pacientes en salud resulta importante saber distinguirlas (74). Ambos conceptos tienen en común el hecho de que comparten algo; mientras que los médicos compasivos comparten sus emociones con los pacientes, los médicos empáticos comparten su entendimiento de la situación con los pacientes (22).

A pesar del papel mediador que desempeña la empatía en la mejora de los pronósticos clínicos (22), existen pocos estudios sobre este componente del humanismo médico en la literatura. Una razón para esta escasez es la ausencia de una medida operativa de empatía que sea específica para la relación médico-paciente (25).

5.8. DESHUMANIZACIÓN DEL EJERCICIO MÉDICO

Según la RAE (75), “deshumanizar” es privar de caracteres humanos. Por tanto, la deshumanización médica es un proceso evidente de la medicina actual, hace referencia al trato que tiene el médico sobre su paciente viéndolo únicamente como un objeto, sin considerar sus rasgos personales únicos, prescindiendo de sus sentimientos, juicios y valores. El personal de salud lleva al paciente a un segundo plano ignorando sus dimensiones personales. Hace referencia también a la indiferencia y a la ausencia de calidez en la interacción humana. Todos estos elementos constituyen la negación de la humanidad del paciente enfermo por parte del médico (37).

6. HIPÓTESIS

- El nivel de empatía médica entre los internos será menor que el promedio respecto al punto de corte.
- El nivel de empatía médica en los internos no tendrá diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

El trabajo corresponde a una investigación cuantitativa con un enfoque descriptivo. Además, es una investigación de corte transversal, debido a que el propósito no era evaluar el fenómeno siguiendo a la muestra en continuidad con el tiempo, sino que, por el contrario, se buscaba establecer con una sola medición, en un momento y lugar determinado el nivel de empatía presente en los internos de la USCO.

7.2. LUGAR

El estudio se realizó en la Facultad de Ciencias de la Salud de la USCO en la ciudad de Neiva, que oferta tanto programas de pregrado, medicina y enfermería, como de posgrado, y en el HUHMP de Neiva, IPS de cuarto nivel que cuenta con 10 servicios, cada uno atendidos por un selecto equipo de especialistas, médicos, personal de enfermería, auxiliares, trabajadores sociales, residentes de especialidades clínicas e internos, y que por su naturaleza universitaria, es sitio de práctica para estudiantes de medicina y enfermería.

7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Estudiantes del pregrado de medicina de la USCO de XI y XII semestre, es decir, estudiantes que estén realizando el internado rotatorio durante el primer semestre del año 2023.

Muestra: Se determinó a través de un muestreo no aleatorio, en específico, a través de un muestreo por criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Todos los estudiantes del pregrado de medicina de la USCO que estén cursando XI y XII semestre a la fecha de la recolección de los datos.
- Que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes del pregrado de medicina que estén cursando los semestres XI y XII de universidades distintas a la USCO.

7.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se solicitó aprobación de la realización del estudio por parte del comité de bioética del HUHMP. Una vez ajustadas las precisiones hechas por el comité, se solicitó a la secretaria del programa de medicina de la universidad el listado con los números de contacto de los internos que estuvieran haciendo su internado rotatorio en el HUHMP durante el periodo correspondiente con el primer semestre del año 2023. Posteriormente se hizo contacto vía telefónica con cada uno y a través de ese medio se les explicó los aspectos fundamentales del proyecto, incluyendo el objetivo, la metodología y la necesaria aceptación de un consentimiento informado. Aquellos que aceptaron participar del proyecto se les indagó por su disponibilidad de tiempo en el hospital para que en esa franja horaria que cada participante decidiera, los investigadores pudiéramos acercarnos a ellos. Al momento del acercamiento a los participantes, por medio de la técnica de entrevista se les explicó el objetivo del proyecto y su justificación, posteriormente se hizo entrega de un paquete que contenía tres elementos; el instrumento (EEMJ), la encuesta sociodemográfica y el formato de consentimiento informado y desistimiento, para su correcto diligenciamiento.

7.5. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se aplicó la EEMJ (Ver Anexo 1), en su versión “S”, traducida al español. Está compuesta de 20 ítems, cada uno con una respuesta tipo Likert de 7 niveles (1: muy en desacuerdo, 7: muy de acuerdo), que en conjunto conforman una escala de 20 a 140 puntos. El instrumento está destinado a medir tres componentes de la empatía: la toma de perspectiva, la atención compasiva y la habilidad de “ponerse en los zapatos del paciente”. El uso de esta escala fue aprobado por los autores (Ver Anexo 2). En el trabajo original de los autores de la escala (76) se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para toda la muestra del estudio, que fue de 0,80, con un rango desde un mínimo de 0,75 a un máximo de 0,84 con una mediana de 0,80. Estos coeficientes de confiabilidad están en el rango de la mayoría de los estudios sobre la EEMJ realizados por otros investigadores. De acuerdo con los autores, aunque estadísticamente significativas, las correlaciones entre las puntuaciones de la escala genérica y las variables conceptualmente relevantes, como la compasión, la calidez, el deber, la fe en las personas, la confianza, la tolerancia, el crecimiento personal y la comunicación, no fueron de gran magnitud. Sin embargo, el hecho de que todos estos criterios conceptualmente relevantes arrojaran correlaciones positivas y estadísticamente significativas respalda la validez convergente de la escala. Por el contrario, la falta de relaciones

significativas entre las puntuaciones de la escala y los atributos personales que parecían conceptualmente irrelevantes para la empatía (por ejemplo, autoprotección y neutralidad clínica) apoya la validez “discriminante” de la escala. La empatía y la compasión autoinformadas arrojaron las correlaciones más altas con las puntuaciones de EEMJ, con correlaciones que oscilaron entre 0,31 y 0,56. Estas correlaciones brindan evidencia que respalda la validez relacionada con el criterio del instrumento.

7.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos de las encuestas de las 24 variables para cada participante se procesaron en una matriz diseñada en Excel donde se fueron añadiendo nuevos datos identificando a cada participante no con su nombre sino con un código que corresponde al número de encuesta realizada (1,2,3...). Este sistema fue adecuado porque el número de participantes lo permitió. Los datos obtenidos fueron transferidos a tablas que permitieron su observación y tratamiento en forma sistemática. A este documento de Excel sólo tuvieron acceso los investigadores. En Excel también se hizo la suma aritmética de las variables que componen la EEMJ para obtener el puntaje (mínimo 20, máximo 140) correspondiente para cada participante y teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos por los autores del instrumento poder dar resultados en términos de “puntaje más bajo respecto al promedio” o “puntaje más alto respecto al promedio”.

7.7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información recolectada fue almacenada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel y analizada en el software estadístico IBM SPSS Statistics 21. Este programa, fue empleada para el análisis descriptivo de los datos, se tuvo en cuenta esta herramienta, ya que permite el manejo de grandes volúmenes de datos, además de que el software puede contener y ejecutar estimaciones en base a datos recolectados. Al ser un estudio de enfoque cuantitativo, fue necesario el uso de la estadística descriptiva y las medidas de tendencia central (moda y mediana), ya que, mediante estas, se podrán organizar los datos de forma numérica para su respectivo análisis, de esta forma se logrará con la mediana, dividir los datos por la mitad, la moda se usará para hallar el dato con mayor frecuencia en la distribución. Estas se complementaron con porcentajes que ayudaron a completar las distribuciones de frecuencias, usando porcentajes válidos y porcentajes acumulados. A los datos tomados como resultado de la recolección de información se les aplicaron pruebas estadísticas como la prueba Chi-cuadrado, la cual nos permitirá comparar los resultados de la distribución observada de los datos con una distribución

esperada de los datos. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias y diagramas de barras con sus respectivos estadígrafos.

7.8. FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información es directa debido a que se obtendrá directamente de los participantes a través del método de entrevista.

7.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación presentó riesgos mínimos por manejo de información según las Normas de Buena Práctica Clínica (Resolución, N. 8430, 1993). No surgió ningún riesgo potencial para los participantes del estudio. No formaron parte de la investigación situaciones embarazosas ni de riesgo físico para los participantes. No generó un riesgo para la salud física ni mental. Con el objetivo de garantizar la confidencialidad de los datos, se asignaron números para identificar a los participantes en el proyecto y los protocolos de evaluación fueron guardados por el equipo de trabajo, además, se firmó un acuerdo de confidencialidad por parte de los investigadores (ver Anexo 8). Una vez recolectada la información, se incluyeron los datos en una base de datos de Excel y fueron ubicados en una carpeta compartida virtual que se creará en Google Drive a la cual sólo tendrán acceso los investigadores del proyecto. En ningún momento se incluyeron en la base de datos la información personal de los participantes que pudiera ayudar a la identificación de este (ej. nombre, apellidos, teléfono, dirección, número de documento de identidad, etc.), serán únicamente identificados por un número. Para mayor seguridad, el acceso a todos los datos se limitó al personal del estudio autorizado para tal fin. A los participantes del presente estudio se les presentó, explicó y se les pidió que firmaran un consentimiento informado (ver Anexo 4) en el cual: 1) se describió el propósito del estudio y los procedimientos a utilizar, 2) se dejó claro que la persona puede negarse a participar en el estudio o retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, 3) Se estableció que la investigación no representa ningún riesgo físico para la persona, 4) La información personal es confidencial y únicamente investigadores del estudio serán las personas que puedan tener acceso a ella. Una vez obtenidos los resultados del estudio, se le darán a conocer los resultados del estudio a los participantes de éste. A la comunidad científica se le dará a conocer los resultados en congresos regionales, nacionales e internacionales.

Conflicto de interés: Ningún participante del proyecto tiene conflictos de interés en la realización de este.

8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados a los internos de la muestra recolectada. Inicialmente se presentan los resultados de las variables sociodemográficas del estudio y luego los resultados relacionados con la aplicación de la EEMJ.

8.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INTERNOS

Se recopilaron los datos sociodemográficos de los internos encuestados, entre los cuales se preguntó la edad, el género, la procedencia, y la residencia.

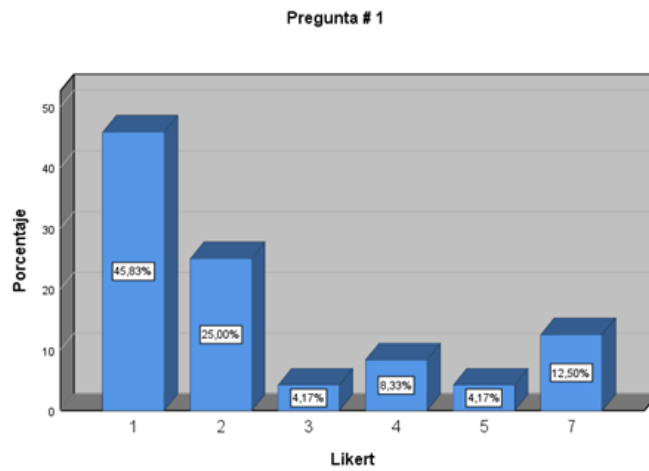
De los 59 internos de la USCO que se encontraban realizando el internado en el HUHMP en el periodo descrito, únicamente 24 de ellos aceptaron participar en el estudio. Los resultados de la encuesta sociodemográfica arrojaron que, de los 24 participantes 14 fueron mujeres y 10 fueron hombres, de los cuales 19 eran procedentes del departamento del Huila, 2 del Tolima, 2 del Putumayo y 1 de Cundinamarca. 17 de los participantes se encontraban en un rango de edad entre 20-25 años y 7 se encontraban en un rango de edad entre los 26-30 años y el 100% de los participantes se encontraban viviendo en el casco urbano.

8.2. EEMJ

Los resultados de las respuestas de cada una de las veinte preguntas tipo Likert que contiene la EEMJ se detallan por separado para poder apreciar la distribución por pregunta.

En la gráfica 1 se aprecian los resultados de la pregunta uno (1) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 2, una moda de 1 y una desviación estándar (DE) de 2.064.

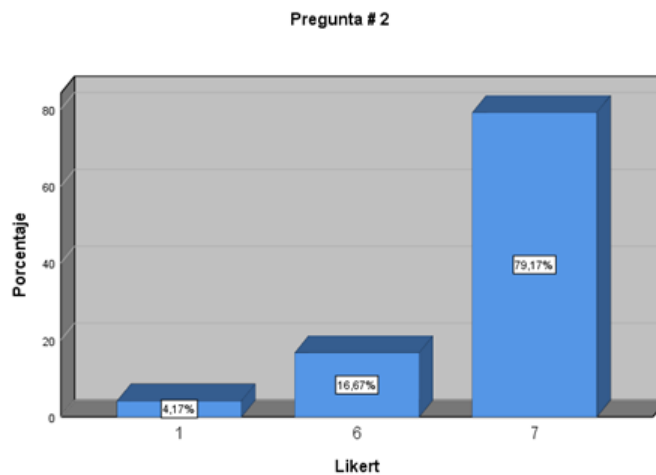
Gráfica 1. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 1



Fuente: Propia

En la gráfica 2 se aprecian los resultados de la pregunta dos (2) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 7, una moda de 7 y un DE de 1.248.

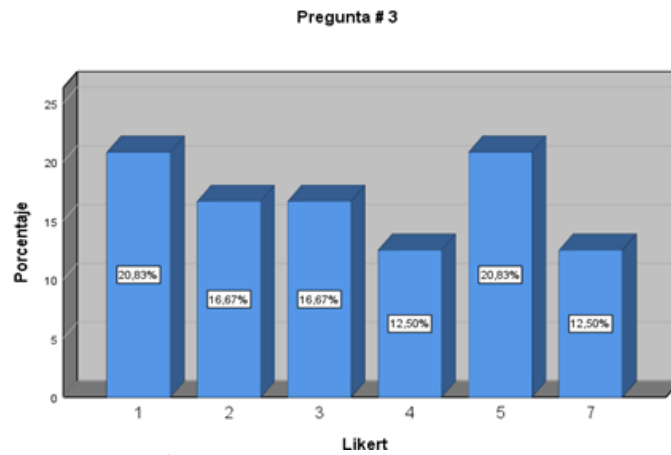
Gráfica 2. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 2



Fuente: Propia

En la gráfica 3 se aprecian los resultados de la pregunta tres (3) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 3.00, una moda de 1 y una DE de 1.978.

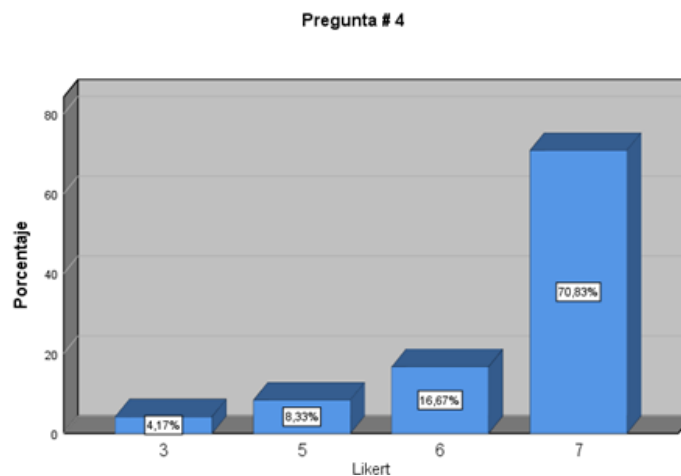
Gráfica 3. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 3



Fuente: Propia

En la gráfica 4 se aprecian los resultados de la pregunta cuatro (4) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 7.00, una moda de 7 y una DE 0.978.

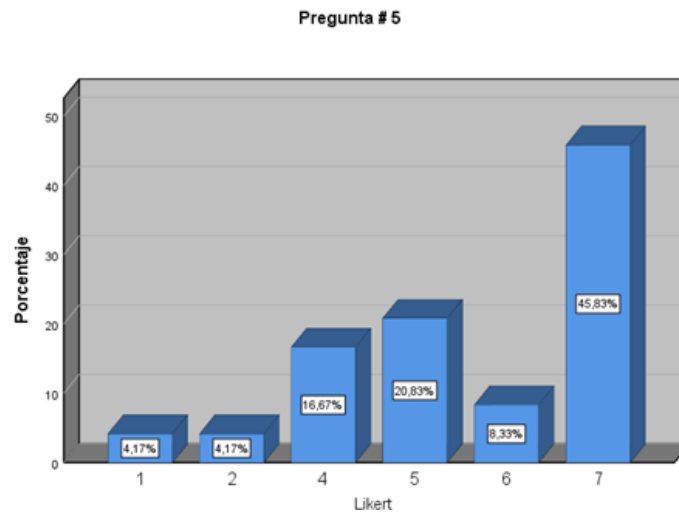
Gráfica 4. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 4



Fuente: Propia

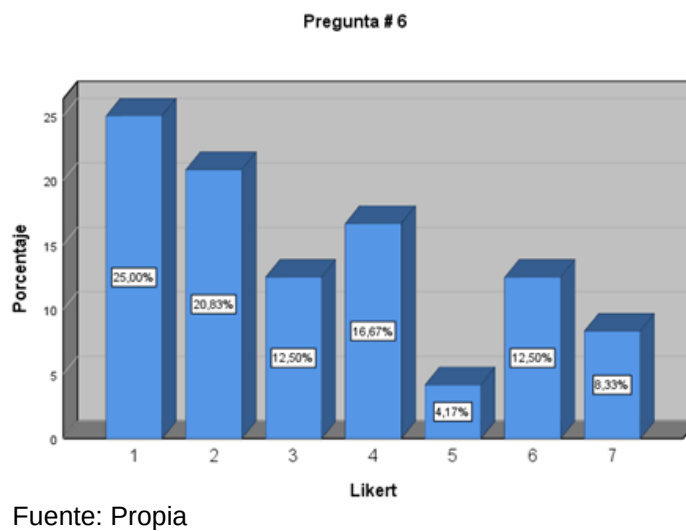
En la gráfica 5 se aprecian los resultados de la pregunta cinco (5) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 6.00, moda de 7 y DE de 1.719.

Gráfica 5. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 5



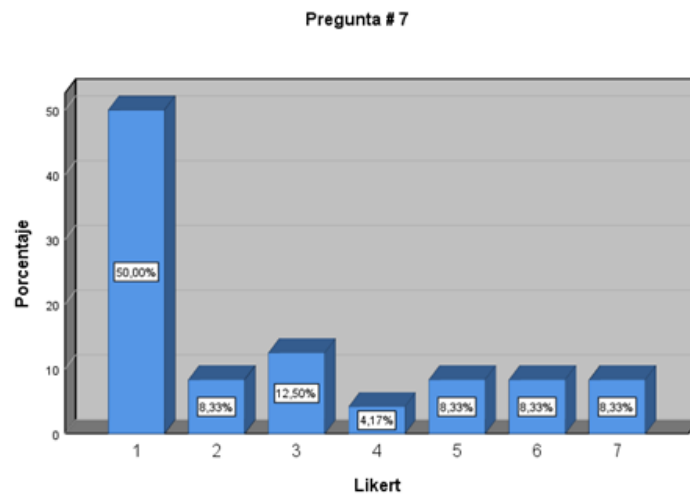
En la gráfica 6 se aprecian los resultados de la pregunta seis (6) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana 3.00, moda de 1 y DE de 2.027.

Gráfica 6. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 6



En la gráfica 7 se aprecian los resultados de la pregunta siete (7) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 1.50, moda de 1 y DE de 2.156.

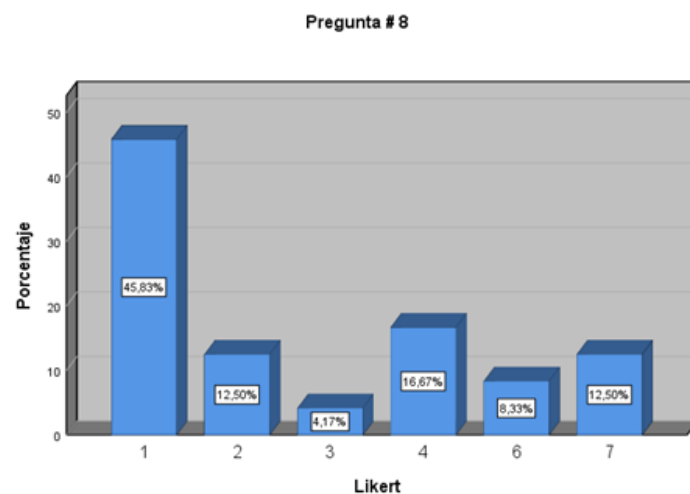
Gráfica 7. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 7



Fuente: Propia

En la gráfica 8 se aprecian los resultados de la pregunta ocho (8) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 2.00, moda de 1 y DE de 2.252

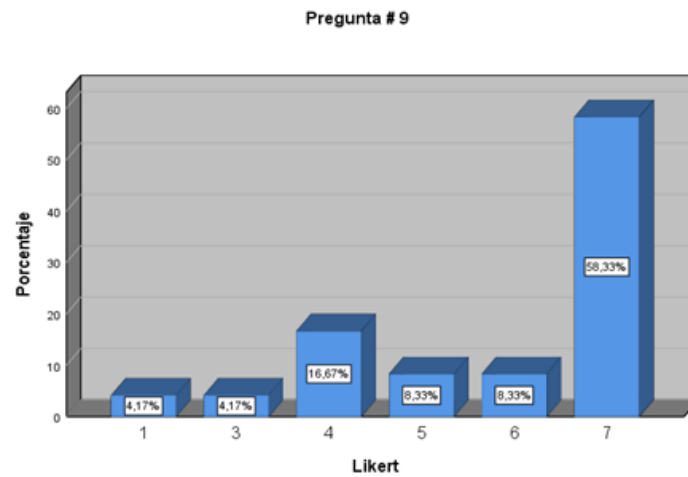
Gráfica 8. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 8



Fuente: Propia

En la gráfica 9 se aprecian los resultados de la pregunta nueve (9) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 7.00, moda de 7 y DE de 1.685.

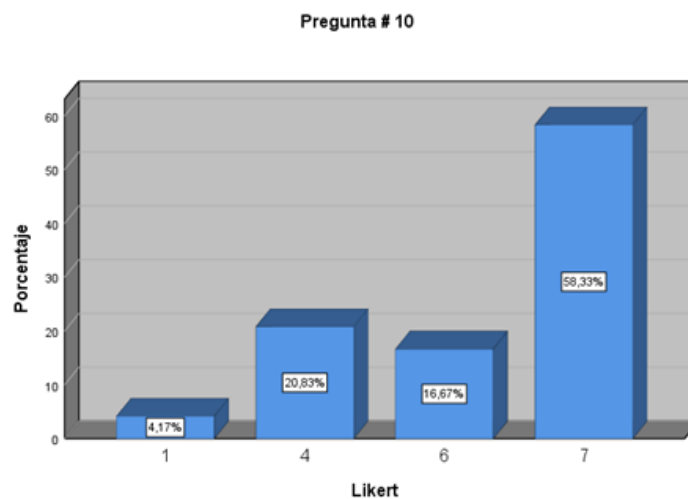
Gráfica 9. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 9



Fuente: Propia

En la gráfica 10 se aprecian los resultados de la pregunta diez (10) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 7.00, moda de 7 y DE de 1.601.

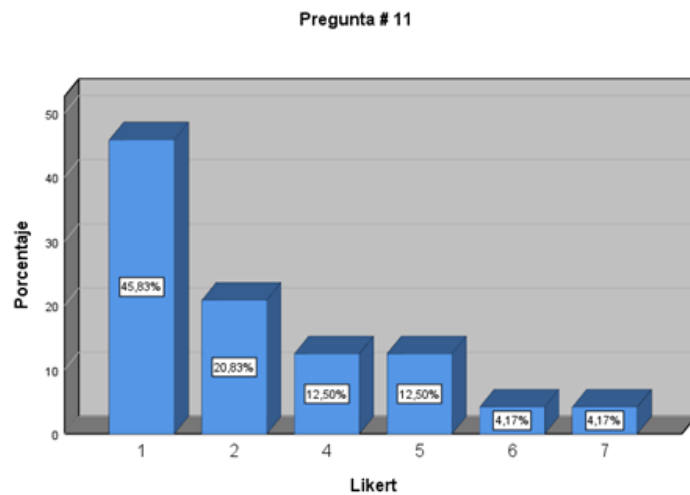
Gráfica 10. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 10



Fuente: Propia

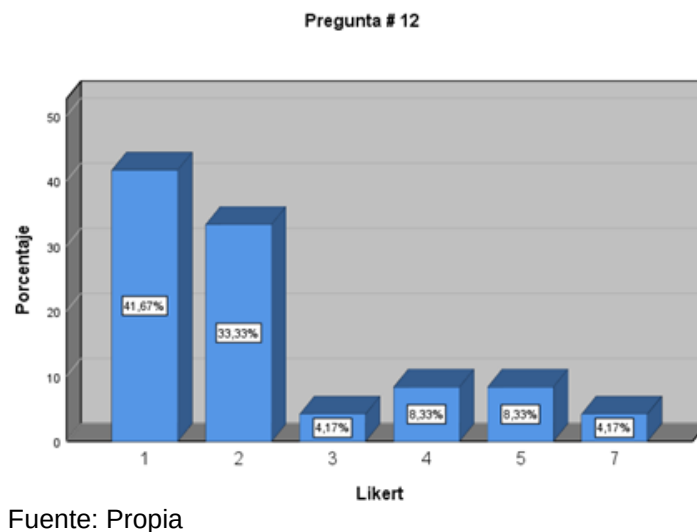
En la gráfica 11 se aprecian los resultados de la pregunta once (11) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 2.00, moda de 1 y DE de 1.911.

Gráfica 11. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 11



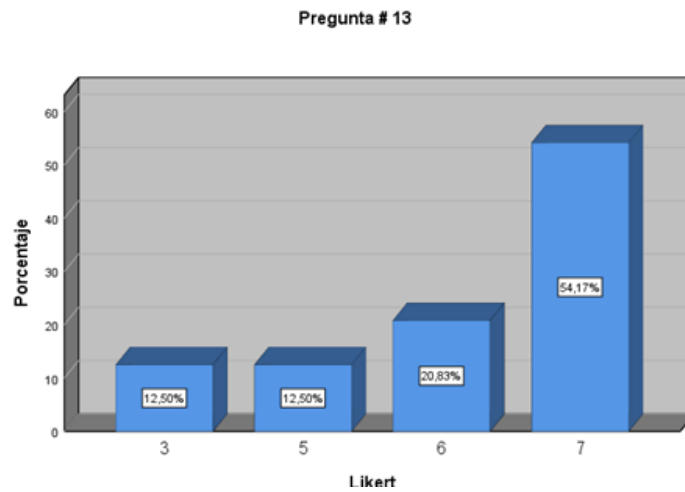
En la gráfica 12 se aprecian los resultados de la pregunta doce (12) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 2.00, moda de 1 y DE de 1.622.

Gráfica 12. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 12



En la gráfica 13 se aprecian los resultados de la pregunta trece (13) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 7.00, moda de 7 y DE de 1.367.

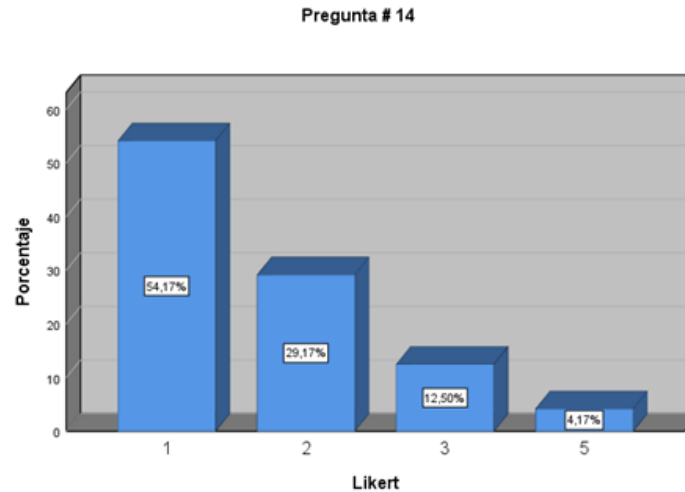
Gráfica 13. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 13



Fuente: Propia

En la gráfica 14 se aprecian los resultados de la pregunta catorce (14) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 1.00, moda de 1 y DE estándar de 0.999.

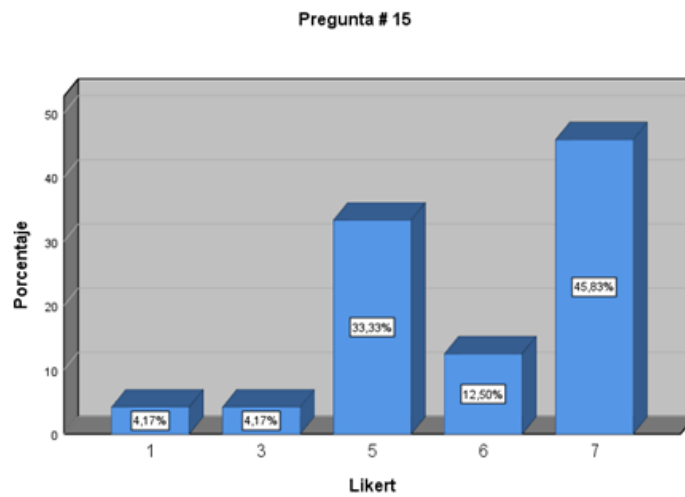
Gráfica 14. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 14



Fuente: Propia

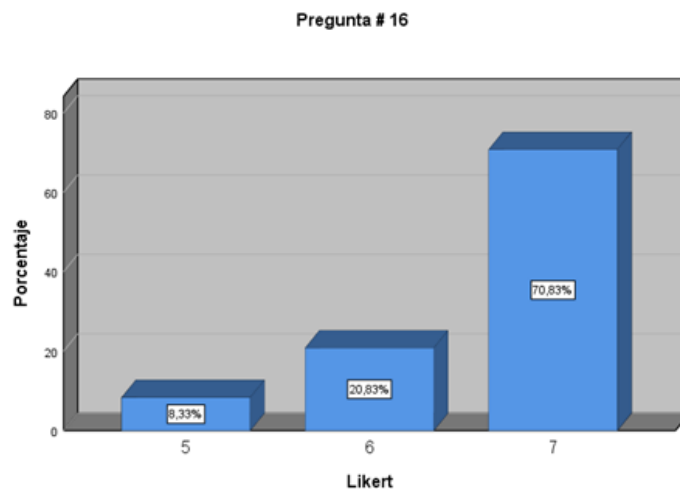
En la gráfica 15 se aprecian los resultados de la pregunta quince (15) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 6.00, moda de 7 y DE de 1.503

Gráfica 15. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 15



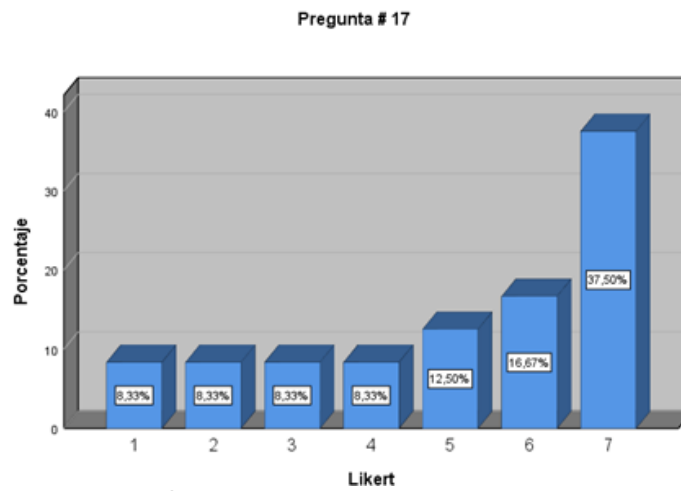
En la gráfica 16 se aprecian los resultados de la pregunta dieciséis (16) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 7.00, moda de 7 y DE de 0.647.

Gráfica 16. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 16



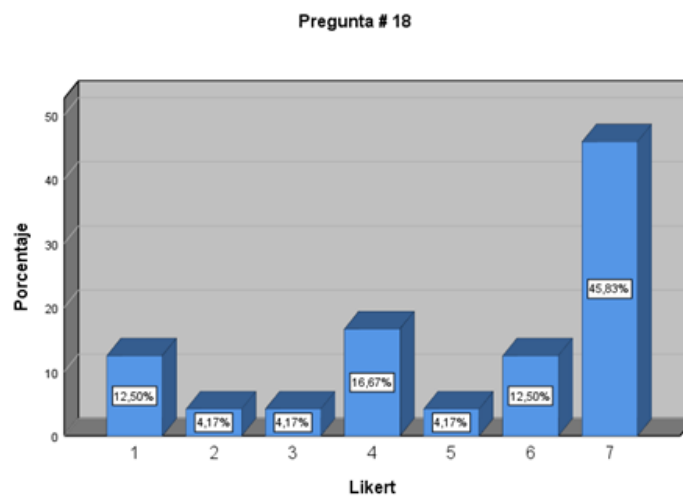
En la gráfica 17 se aprecian los resultados de la pregunta diecisiete (17) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 6.00, moda de 7 y DE de 2.083.

Gráfica 17. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 17



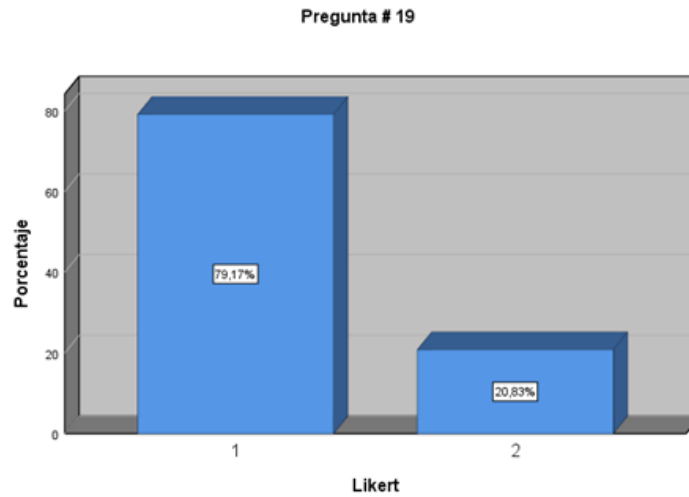
En la gráfica 18 se aprecian los resultados de la pregunta dieciocho (18) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 6.00, moda de 7 y DE de 2.200.

Gráfica 18. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 18



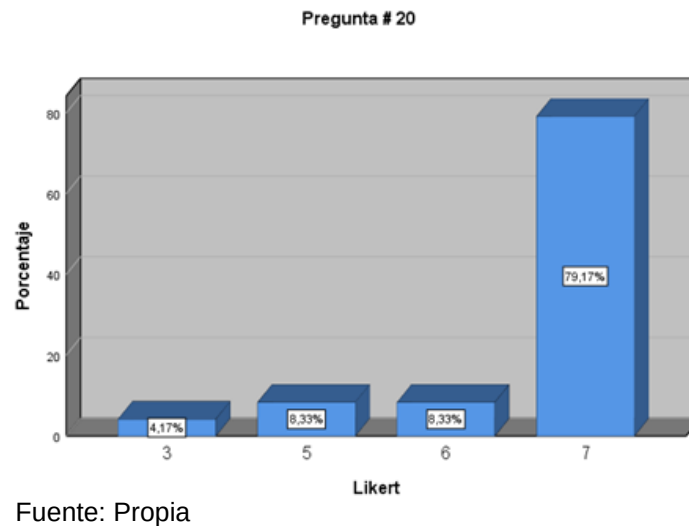
En la gráfica 19 se aprecian los resultados de la pregunta diecinueve (19) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 1.00, moda de 1 y DE de 0.415.

Gráfica 19. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 19



En la gráfica 20 se aprecian los resultados de la pregunta veinte (20) de la EEMJ. Para esta pregunta, se obtuvo una mediana de 7.00 moda de 7 y DE de 0.974.

Gráfica 20. Distribución de respuestas de escala de Likert en la pregunta 20



9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como podemos observar en la Tabla 1 el puntaje promedio del total de los participantes fue de 87.71, el puntaje promedio de los hombres fue de 89.8 y el puntaje promedio de las mujeres de 86.2; teniendo en cuenta los puntos de corte que establecen los autores de la EEMJ (77), donde se considera un puntaje obtenido bajo para los hombres <96 y un puntaje obtenido bajo para las mujeres <102. Nos indicaría que los resultados obtenidos en general fueron bajos.

Tabla 1. Puntaje obtenido en la escala según sexo

Sexo	Puntaje promedio	DE	Mínimo	Máximo
Femenino	86,2	9,99	69	105
Masculino	89,8	7,07	80	98
Total muestra	87,71	8,90	69	105

Fuente: Propia

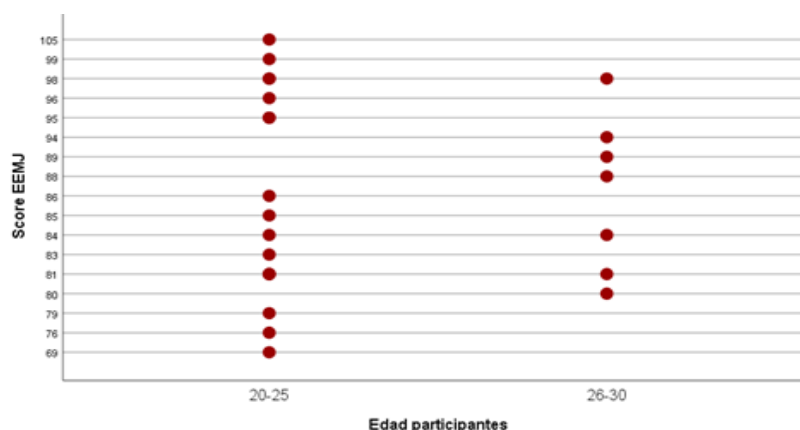
El análisis comparativo entre el puntaje total de empatía y el género nos muestra internos de pregrado de medicina de género femenino con menores puntajes en promedio (86,2) y una DE de 9,99, frente a una media de 89,8 y DE de 7,07 para la población masculina (Gráfica 21). Así también la comparación de los puntajes entre grupos de edad evidencia que se obtuvieron mayores resultados en el grupo de edad entre 20-25 años (Gráfica 22).

Gráfica 21. Promedios y rangos de puntaje según género



Fuente: Propia

Gráfica 22. Dispersión simple de Score EEMJ por Edad participantes



Fuente: Propia

Además, como se puede apreciar en la tabla 2 la significación asintótica para la correlación entre el sexo y el puntaje obtenido fue de 0.314, que es mayor a 0.05 (Probabilidad de error del 5%), podemos afirmar que no existen diferencias entre los puntajes obtenidos en la EEMJ entre sexos.

Tabla 2. Pruebas de chi cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,171 ^a	16	,314
Razón de verosimilitud	24,284	16	,083
Asociación lineal por lineal	,946	1	,331
N de casos válidos	24		

a. 34 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,42.

Fuente: Propia

Respecto al análisis bivariado, se correlacionó la variable sexo con el puntaje obtenido en la EEMJ, mediante la prueba T de Student para muestras independientes. Como criterio para elegir esta prueba, se consideró correlacionar una variable categórica, como el sexo, con una de razón, como el puntaje de la escala. Con esta prueba se pudo concluir que el valor de p fue de 0.314 (IC -3,6:10,8), que es superior a 0.05, es decir, se acepta la hipótesis nula planteada de independencia entre la variable "sexo" y el puntaje de la escala. Entonces se puede afirmar que el sexo no genera influencia estadísticamente

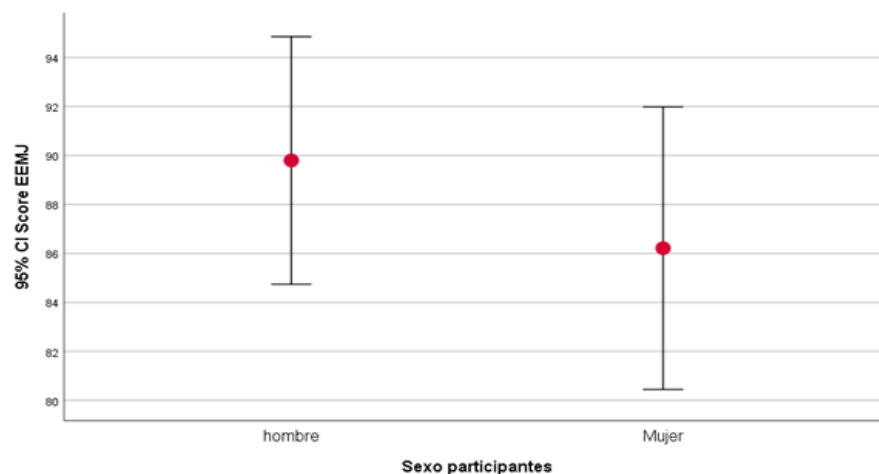
significativa en los niveles de empatía médica en este estudio (Tabla 3). Lo anterior se puede ver más claramente en la Gráfica 3 que nos muestra un solapamiento entre los puntajes obtenidos por ambos sexos.

Tabla 3. Prueba T de Student, correlación entre sexo y puntaje de la EEMJ

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
Score EEMJ	Se asumen varianzas iguales	,694	,414	,972	22	,342	3,586	3,691	-4,068	11,240
	No se asumen varianzas iguales			1,030	22,00	,314	3,586	3,483	-3,637	10,808

Fuente: Propia

Gráfica 23. Representación gráfica prueba T de Student



Fuente: Propia

Los resultados de este estudio muestran que un gran porcentaje de los médicos internos de pregrado de la Universidad Surcolombiana, que prestan sus servicios al Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, presentan bajos niveles de empatía con un promedio total de 87.71, siendo concordante con la hipótesis planteada en este estudio.

En Colombia los niveles de empatía medidos en estudiantes de medicina con la EEMJ versión s, nos muestran un panorama diferente. Por ejemplo, el realizado en las Universidades Libre y San Martín de Barranquilla (29), dio como resultado unos niveles de empatía por encima del valor central de la escala 20-140, muy similares a los resultados obtenidos en la Universidad del Norte en Barranquilla (30) con un hallazgo en común y es que los niveles de empatía tendían a disminuir según aumentaba el semestre cursado en los estudiantes de medicina. Por ende cabe resaltar que el puntaje medio obtenido en la EEMJ en los estudiantes de quinto año de medicina en la Universidad Libre fue de 101.35 muy similar al de la Universidad San Martín de Barranquilla con un puntaje medio obtenido en el quinto año de medicina de 102.22, lo que evidencia que a medida que pasan los semestres los estudiantes de medicina van perdiendo la capacidad de “ponerse en los zapatos de otros”, tal vez debido a la presión que existe por solo cumplir los requisitos de la nota necesaria para aprobar y no fortalecer su humanidad. También otros estudios como el realizado en la Universidad de Boyacá, muestran un panorama similar al evidenciar resultados muy similares obtenidos en este estudio, donde el puntaje medio obtenido en la EEMJ versión s fue de 87 puntos. Teniendo esto como base, podemos evidenciar que los niveles de empatía en los médicos que están formando las universidades de Colombia son deficientes, teniendo en cuenta que estos niveles fueron medidos con un instrumento de alta confiabilidad como lo es la EEMJ, por ende, se espera que este estudio ayude a tomar conciencia de la importancia de incluir dentro del plan de estudios de las universidades de Colombia, áreas de calidad humana, que fortalezcan los valores del médico.

10. CONCLUSIONES

- Los resultados de la EEMJ, aplicada a los médicos internos de la USCO que se encuentran rotando por el HUHMP nos muestran que los niveles de empatía en general fueron bajos con un promedio de 87.7, por lo que se puede concluir que la capacidad de los médicos internos la USCO para “ponerse en los zapatos” es baja, evidenciando también las carencias en educación humana que tiene la Universidad Surcolombiana.
- Respecto a las variables sociodemográficas; de los 24 participantes se obtuvo que 19 de ellos viven en el departamento del Huila, 2 en el departamento del Tolima, 2 en el departamento de Putumayo y 1 en el departamento de Cundinamarca. De los 24 participantes, hubo mayor participación de las mujeres con un total de 14 participantes, mientras solo hubo 10 hombres que participaron en el estudio
- No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de empatía entre géneros. Por lo tanto, podemos decir que el género no influyó sobre los resultados obtenidos en la escala en este estudio sobre los niveles de empatía de los internos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnold P. Gold Foundation. What Is Humanism in Health Care? [Internet]. Arnold P. Gold Foundation. Keeping Healthcare Human. [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.gold-foundation.org/about-us/faqs/>
2. ROBERTS J, NORMAN G. Reliability and learning from the objective structured clinical examination. *Med Educ* [Internet]. 1990 [cited 2022 Mar 21];24(3):219–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2355864/>
3. Rogers JC, Coutts L. Do students' attitudes during preclinical years predict their humanism as clerkship students? *Acad Med* [Internet]. 2000 [cited 2022 Feb 18];75(10 Suppl). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11031180/>
4. Hauck FR, Zyzanski SJ, Alemagno SA, Medalie JH. Patient perceptions of humanism in physicians: effects on positive health behaviors. *Fam Med* [Internet]. 1990 [cited 2022 Mar 21];22(6):447–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2262106/>
5. de Valck C, Bensing J, Bruynooghe R. Medical students' attitudes towards breaking bad news: an empirical test of the World Health Organization model. *Psychooncology* [Internet]. 2001 [cited 2022 Jan 28];10(5):398–409. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11536418/>
6. Crow SM, O'Donoghue D, Vannatta JB, Thompson BM. Meeting the family: promoting humanism in gross anatomy. *Teach Learn Med* [Internet]. 2012 Jan [cited 2022 Jan 28];24(1):49–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22250936/>
7. Shapiro J, Lie D. A comparison of medical students' written expressions of emotion and coping and standardized patients' ratings of student professionalism and communication skills. *Med Teach* [Internet]. 2004 Dec [cited 2022 Jan 29];26(8):733–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15763880/>
8. Gerrity MS, Devellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Med Care* [Internet]. 1990 [cited 2022 Mar 25];28(8):724–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2385142/>
9. Malcolm W, Jane R. CORRELATES OF INTUITIVE THINKING'. *Psychological Reports*. 1963;12.
10. Bennett D, McCarthy M, O'Flynn S, Kelly M. In the eye of the beholder: student perspectives on professional roles in practice. *Med Educ* [Internet]. 2013 Apr [cited 2022 Jan 29];47(4):397–407. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23488759/>
11. Coulter ID, Wilkes M, Der-Martirosian C. Altruism revisited: a comparison of medical, law and business students' altruistic attitudes. *Medical Education* [Internet]. 2007 Apr 1 [cited 2022 Jan 29];41(4):341–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2929.2007.02716.x>

12. Cohn FG, Shapiro J, Lie DA, Boker J, Stephens F, Leung LA. Interpreting values conflicts experienced by obstetrics-gynecology clerkship students using reflective writing. *Acad Med* [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 28];84(5):587–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19704191/>
13. Kind T, Everett VR, Ottolini M. Learning to connect: students' reflections on doctor-patient interactions. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2009 May [cited 2022 Jan 29];75(2):149–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19013048/>
14. Kasman DL, Fryer-Edwards K, Braddock CH. Educating for professionalism: trainees' emotional experiences on IM and pediatrics inpatient wards. *Acad Med* [Internet]. 2003 Jul 1 [cited 2022 Jan 28];78(7):730–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12857696/>
15. Chen DCR, Pahilan ME, Orlander JD. Comparing a Self-Administered Measure of Empathy with Observed Behavior Among Medical Students. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 28];25(3):200–2. Available from: <http://www.aamc.org/meded/msop/start.htm>.
16. Lee WN, Langiulli M, Mumtaz A, Peterson SJ. A comparison of humanistic qualities among medical students, residents, and faculty physicians in internal medicine. *Heart Dis* [Internet]. 2003 Nov [cited 2022 Jan 29];5(6):380–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14633320/>
17. Buck Era, Holden Mark, Szauter Karen. A Methodological Review of the Assessment of Humanism in Medical Students. *Academic Medicine*. 2015;90(11):14–20.
18. Freedman J, Lehmann H, Ogborn J. Web-based Peer Evaluation by Medical Students. *Academic Medicine*. 2000;75(5):539.
19. Helfer RE. Peer evaluation: its potential usefulness in medical education. *Br J Med Educ* [Internet]. 1972 [cited 2022 Mar 21];6(3):224–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4562070/>
20. Small PA, Stevens CB, Duerson MC. Issues in medical education: basic problems and potential solutions. *Acad Med* [Internet]. 1993 [cited 2022 Mar 21];68(10 Suppl):S89–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8216643/>
21. Henderson J v. Comprehensive, technology-based clinical education: the “virtual practicum.” *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 1998 [cited 2022 Mar 25];28(1):41–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9617648/>
22. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine*. 1991;6(5):420–3.
23. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology* [Internet]. 1983 [cited 2022 Apr 13];44(1):113–26. Available from: /record/1983-22418-001

24. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Sep;159(9):1563–9.
25. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data: Educational and Psychological Measurement [Internet]. 2016 Jul 2 [cited 2022 Apr 12];61(2):349–65. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00131640121971158>
26. Geisinger KF. Cross-Cultural Normative Assessment: Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment* [Internet]. 1994 [cited 2022 Apr 13];6(4):304–12. Available from: /record/1995-15744-001
27. Alcorta A, González J, Tavitas S, Rodriguez F. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*. 2005;28(5):59.
28. Reyes-Reyes A, Calzadilla-Núñez A, Torres-Martínez P, Díaz-Calzadilla P, Pastén-Hidalgo W, Bracho-Milic F, et al. Psychometry: Cutting-Off Points and Standardization of the Jefferson Empathy Scale Adapted for Students of Kinesiology: <https://doi.org/10.1177/21582440211056628> [Internet]. 2021 Nov 23 [cited 2022 Apr 13];11(4). Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/21582440211056628>
29. Bilbao J, Enrique J, Díaz V, Crespo E. Orientación empática en estudiantes de medicina de las Universidades Libre y San Martín, Barranquilla, Colombia. *Rev Fac Med*. 2015;63(4):659.
30. Alonso LM, Elvira S, Erazo AM. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2013;29(1):25–6.
31. García IM, García AE, Elizabeth A, Volumen G, Número •, Julio •. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad de Boyacá. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá* [Internet]. 2014 Dec 17 [cited 2022 Apr 13];1(2):177–92. Available from: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/121>
32. Shrank WH, Reed VA, Jernstedt GC. Fostering Professionalism in Medical Education A Call for Improved Assessment and Meaningful Incentives. *J GEN INTERN MED*. 2004;19:887–92.
33. Villota E. Intereses en conflicto frente a la práctica médica actual. Profesión médica en la encrucijada. En: Tribunal Nacional de Ética Médica. Memorias del encuentro nacional de tribunales de ética médica [Internet]. Bogotá; 2014 [cited 2022 Mar 24]. Available from: www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
34. Delgado H. *El Médico, la Medicina y el Alma*. Tercera. Lima: Fondo Editorial. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1992.

35. Nizama M. Humanismo Médico. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna [Internet]. 2002 [cited 2022 Mar 25];15(1). Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/humanis_medico.htm#Indi
36. Jaspers K. Origen y meta de la historia. Primera edición. Vela F, editor. Universidad Iberoamericana de León; 1980.
37. Elío Calvo Daniel. LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA. Cuadernos. 2016;57(3):84–5.
38. Michael L Millenson. When “patient centred” is no longer enough: the challenge of collaborative health: an essay by Michael L Millenson. BMJ. 2017;7(358):1.
39. Ceriani Cernadas José M. La pérdida de la ética y el humanismo en la profesión médica ¿es una utopía recuperarlos? Arch Argent Pediatr. 2017;115(6):522.
40. Flórez SR. El Ejercicio Humanista de la Medicina en un Sistema de Salud Comercializado. Salud UIS. 2006;38(2):153.
41. Ávila M, JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. laetria. 2017;30(2):3.
42. Arango Agudelo S, Castaño JJ, Henao CJ, Jimenez DP, López AF. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia), 2009. Archivos de Medicina Universidad de Manizales. 2010;10(2):110–26.
43. Carlotto MS, Gonçalves CS, Brazil ÁM. Predictores del Síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. Diversitas. 2005;1(2).
44. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? Atención Primaria [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 26];41(11):646. Available from: [/pmc/articles/PMC7022126/](https://pmc/articles/PMC7022126/)
45. Castro Jerez J, Jimenez Mattos M. LA CÁTEDRA DE HUMANIDADES UNA RESPUESTA A LOS SERVICIOS DE SALUD DESHUMANIZADOS. 2014.
46. Frankel J. Exploring Ferenczi’s Concept of Identification with the Aggressor: Its Role in Trauma, Everyday Life, and the Therapeutic Relationship. The International Journal of Relational Perspectives [Internet]. 2002 [cited 2022 Mar 26];12(1):101–39. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10481881209348657>
47. Gutierrez A, Liset K, López D, Esther Leydi, Monteagudo I, Enrique L. Percepción de los estudiantes de la carrera de Medicina sobre su formación profesional. Edumecentro [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 20];12(3):197–8. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-7428-8121>
48. Gaufer EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2022 Mar 26];85(11):1709–16. Available from: <https://europepmc.org/article/med/20881818>

49. Patiño JF. Pensar la medicina. Editorial Universidad Nacional de Colombia, editor. Bogotá D.C; 2014.
50. Castro AO. ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN DE PERTINENCIA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA COLOMBIANA. [Bogotá DC]; 2016.
51. Prieto AC. EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN COLOMBIA [Internet]. Federación Médica Colombiana. 2020 [cited 2022 Feb 19]. Available from: <https://www.federacionmedicacolombiana.com/2020/07/13/el-ejercicio-de-la-profesion-medica-en-colombia/>
52. Guzmán F, Arias CA. Deber general de cuidado. Rev Colomb Cir. 2012;27(26):264.
53. Lee WK, Harris CCD, Mortensen KA, Long LM, Sugimoto-Matsuda J. Enhancing student perspectives of humanism in medicine: Reflections from the Kalaupapa service learning project. BMC Medical Education [Internet]. 2016 May 9 [cited 2022 Feb 11];16(1):1–9. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0664-7>
54. Freeman Joshua, Dobbie Alison. Promoting Medical Humanism: Design and Evaluation of an Online Curriculum. Family Medicine. 2008;40(09):617.
55. Vargas Pelaez AF, Ramirez SI, Valdes Sanchez C, Abusharar SP, Romeu JC, Carmichael C, et al. Implementing a medical student interpreter training program as a strategy to developing humanism. [cited 2022 Feb 11]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1254-7>
56. Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Edición traducida. Asunción M, editor. DESCLEE DE BROUWER; 1992.
57. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española. Paciente [Internet]. 23.^a ed. 2014 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <https://dle.rae.es/paciente>
58. Bedoya Hernández MH, Victoria M, Correa B. El acto médico como ética de la relación. Iatreia. 2009;22(1):48–9.
59. Ferrater J. Diccionario de filosofía. 1st ed. Vol. 1. Editorial Ariel; 1994. 46–54 p.
60. Guzmán F, Franco E, Cristina Morales M, Mendoza Vega J. El acto médico. Implicaciones éticas y legales. Acta Médica Colombiana [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 25];34(2). Available from: <http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1710/705>
61. Castro S. Responsabilidad médica y acto médico. REV OBSTET GINECOL [Internet]. 2011 [cited 2022 Mar 25];6(3):240–4. Available from: www.revistaobgin.cl
62. Perez Amely, Vidaillet Elena Cristina, Pereira Jorge Carnot. La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(6).

63. Cortés GG. Ciencias humanistas en medicina. Cirujano General [Internet]. 2012 [cited 2022 Feb 18];34(2). Available from: www.medigraphic.org.mx
64. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 18];39:832–42. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
65. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(4):556–9.
66. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española. Humanismo [Internet]. 23.^a ed. 2014 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <https://dle.rae.es/humanismo?m=form>
67. Oseguera Rodríguez Jorge Francisco. El humanismo en la educación médica. Revista educación. 2006;30(1).
68. Sánchez Gonzalez Miguel Ángel. El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. Educación Médica. 2017;18(3).
69. Stern DT, Cohen JJ, Bruder A, Packer B, Sole A. Teaching Humanism. Perspectives in Biology and Medicine [Internet]. 2008 [cited 2022 Jan 23];51(4):495–507. Available from: <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0059https://muse.jhu.edu/article/252675>
70. Cohen Jordan J. Linking Professionalism to Humanism: What It Means, Why It Matters. Professionalism. 2007;82(11):1029.
71. Dodds TA. Richard Cabot: Medical Reformer during the Progressive Era (1890-1920).
72. Moyer CA, Arnold L, Quaintance J, Braddock C, Iii AS, Wilson D, et al. What Factors Create a Humanistic Doctor? A Nationwide Survey of Fourth-Year Medical Students. Academic Medicine. 2010;85(11):1800–1.
73. Svenaeus F. The phenomenology of empathy: a Steinian emotional account. Phenomenology and the Cognitive Sciences 2015 15:2 [Internet]. 2015 Jan 9 [cited 2022 Apr 12];15(2):227–45. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11097-014-9411-x>
74. Wispé L. The Distinction Between Sympathy and Empathy. To Call Forth a Concept, A Word Is Needed. Journal of Personality and Social Psychology [Internet]. 1986 Feb [cited 2022 Apr 12];50(2):314–21. Available from: [/record/1986-14536-001](https://record/1986-14536-001)
75. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española. Deshumanizar [Internet]. 23.^a ed. 2014 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <https://dle.rae.es/deshumanizar?m=form>
76. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., & Veloski, J. (2001). THE JEFFERSON SCALE OF PHYSICIAN EMPATHY: DEVELOPMENT AND PRELIMINARY PSYCHOMETRIC DATA.

77. Hojat, M. (2016). User Guide Jefferson Scale of Empathy (pp. 25–26).

ANEXOS

Anexo A. Escala de Empatía Médica de Jefferson

Escala Jefferson de Actitudes de Empatía del Médico (S-Versión R)

Nombre: _____ Matricula: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número en la escala indica un mayor acuerdo):

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1. _____						El entendimiento del médico de los sentimientos del paciente y sus familiares es un factor que no influye en el tratamiento médico o quirúrgico.
2. _____						Los pacientes se sienten mejor cuando sus médicos comprenden sus sentimientos.
3. _____						Es difícil para un médico ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.
4. _____						Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.
5. _____						El sentido del humor del médico contribuye a un mejor resultado clínico.
6. _____						Porque la gente es diferente, es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente.
7. _____						Poner atención a las emociones del paciente no es importante al tomar su historia.
8. _____						Atender con cuidado las experiencias personales del paciente no influye en los resultados del tratamiento.
9. _____						El médico debería tratar de ponerse en los zapatos del paciente cuando le provee de cuidado.
10. _____						El paciente valora al médico que entiende sus sentimientos lo cual es terapéutico por sí mismo.
11. _____						La enfermedad del paciente puede ser curada solamente por el tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, los lazos emocionales del médico con su paciente no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.
12. _____						Preguntar al paciente que es lo que está pasando en su vida personal no es útil en el entendimiento de sus quejas físicas.
13. _____						Los médicos deberían de tratar de entender que está pasando en la mente de los pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.
14. _____						Yo creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de la enfermedad médica.
15. _____						La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito como médico puede estar limitado.
16. _____						El entendimiento del médico del estado emocional de los pacientes tanto como el de sus familias, es un importante componente de la relación médico-paciente.
17. _____						El médico debería tratar de pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.
18. _____						El médico no debería permitir que influyan en él las fuertes ligas personales entre sus pacientes y los miembros de la familia.
19. _____						No disfruto de leer literatura no médica o de arte.
20. _____						Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.

© Thomas Jefferson University. All rights reserved

© -CEMIEHC TUMC/
CEMAS-BUJUANL

Anexo B. Aprobación uso de escala



FELIPE CHARRY DÍAZ <u20182172064@usco.edu.co>

From Colombia

Jefferson Scale of Empathy <empathy@jefferson.edu>
Para: FELIPE CHARRY DÍAZ <u20182172064@usco.edu.co>
Cc: "adalcorta@hotmail.com" <adalcorta@hotmail.com>

22 de agosto de 2022, 15:39

Dear Filipe,

The S-version of the JSE scale was translated into Spanish (Mexican) by Dr. Alcora-Gonzalez from National University of Nuevo Leon School of Medicine. Both English and translated versions of the scale are attached. You may contact the authors for information about their studies (email address is in the Cc line) or if you have questions about the translations. Please note that we cannot endorse the accuracy of any translation. We suggest that you compare the translated version with the original English version to judge if the translation is accurate. You are welcome to improve the accuracy of the translation if deemed necessary.

You have our permission to print 70 copies of the attached translated scale for your not-for-profit research given that the following conditions are met:

1. We ask that you send us copy of the translated version you use in your project.
2. You may use the translated version only for the one research study you describe to us. Any new use of the scale must be communicated to us for granting permission.
3. This copyright information must be printed on all copies you use in your project:

© Thomas Jefferson University, 2001 All rights reserved

Jefferson, as the sole copyright holder, maintains the copyright for granting or declining permission for any additional use of any and all versions of the JSE.

4. If any other researcher wants to use the translated scale; again, permission to use any translation of the JSE may be given only by us. Please have them contact us. Do not share the files with anyone who is not part of this project.
5. TJU is the sole copyright holder of the JSE and its translated versions, thus reproducing the JSE in print, publications, or posting it on the web in its entirety is strictly forbidden without the permission of TJU. However, publishing up to 3 items is permissible for illustrative purposes.

We strongly suggest the back-translation procedure if you modify or translate the scale to assure the accuracy of translation. Also attached is the User's Guide. In addition to instructions for administering the JSE, the User Guide gives a detailed account of the creation of the JSE, its evolution and validity studies, etc., written by Dr. Hojat. It also contains an extensive bibliography.

Please keep us informed of your progress and good luck with your research! Please let me know if you have any questions.

Anexo C. Instrumento para la recolección de datos sociodemográficos



MEDICIÓN DEL NIVEL DE EMPATÍA EN INTERNOS DE LA USCO QUE ROTAN POR EL HUHP		
Fecha de aplicación:	Encuestador:	Cuestionario No.
Saludo cordial. Nuestro trabajo académico consiste en determinar los niveles de empatía presentes en los internos de la Universidad Surcolombiana en el Hospital Universitario de Neiva, para ese fin se aplicará un formulario específico que permita cuantificar dicho elemento. En esta encuesta pretendemos recolectar únicamente los datos sociodemográficos de los internos que hayan aceptado participar de manera voluntaria en el proyecto previa aceptación de un consentimiento informado. Sus respuestas son muy importantes, y lo que usted responda será empleado únicamente con fines académicos, siempre respetando la confidencialidad de sus datos personales, que se manejarán con total anonimato. Para diligenciar la encuesta correctamente únicamente marque con una "X" el cuadro que corresponda a respuesta que desee contestar.		

ENCUESTA

Pregunta 1. ¿Entre que rango de edad se encuentra?

01. Entre 20-25 años	☐
02. Entre 26-30 años	☐
03. Entre 31-35 años	☐
04. Entre 36-40 años	☐
05. Más de 40 años	☐

Pregunta 2. ¿Cuál es su sexo?

01. Femenino	☐
02. Masculino	☐

Pregunta 3. ¿En qué departamento nació? Escriba su respuesta con letra clara y legible

Pregunta 4. ¿El lugar de su residencia actual se ubica en?

01. Área rural	☐
02. Casco urbano	☐

Anexo D. Formato consentimiento informado y desistimiento

Título del proyecto de investigación: Medición del nivel de empatía en internos de la USCO que rotan por el HUHMP

Nombre del investigador principal: Alix Yaneth Perdomo Romero

Servicio donde se desarrolla el estudio:

Nombre del participante:

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Objetivo del estudio: Determinar el nivel de empatía médica que tienen los internos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la USCO con sus pacientes durante la interacción médico-paciente.

Justificación del estudio: El humanismo refleja actitudes y comportamientos al interior de los miembros de un equipo que son sensibles a los valores y a los antecedentes étnicos, sociales y culturales de los demás. Las investigaciones revelan que cuando los médicos brindan una atención humanista, es más probable que los pacientes se adhieran mejor tanto a los consejos como al tratamiento brindado por el médico. De acuerdo con esto, es imperativo que los estudiantes de medicina reciban como parte de su currículo en su formación de pregrado una educación en miras a la preservación de la empatía y el humanismo, para preparar a unos futuros médicos con conciencia social, económica y cultural. El humanismo entre los estudiantes de pregrado de los programas de medicina alrededor del mundo, pero en especial aquellos angloparlantes, presenta una gran tendencia a la disminución, teniendo en cuenta que la información sobre la evaluación del humanismo en la literatura escrita en español y en nuestro medio es escasa, por ello se requiere en un primer momento poder evaluar esas actitudes humanistas de los estudiantes.

Con todo lo anterior resulta sencillo pensar que como futuros médicos profesionales y cómo actuales miembros de una sociedad es indispensable acomodar el ejercicio médico para que cumpla con los estatutos impuestos por la ley sabiendo que está dentro de sus lineamientos incluye, aunque sin muchas florituras, la aplicación del humanismo al ejercicio médico. Sin embargo, es imprescindible actuar en conformidad a lo que plantea la ética universal que no depende de nada más que de la misma condición humana. Alcanzar el nivel de moral posconvencional que plantea Kohlberg donde los principios morales individuales se apoyan en valores colectivos, distinguiendo lo legal de lo moral debe establecerse y enseñarse como paradigma del comportamiento humano y debe, además, ser un objetivo para los profesionales de la salud.

De acuerdo con todo lo anteriormente planteado en este apartado, el presente trabajo pretende evaluar a los internos de la USCO, con el propósito de determinar si muestran actitudes humanistas durante su práctica médica al momento de enfrentarse con los pacientes.

Beneficios del estudio: Los participantes serán conscientes si poseen una característica tan importante del humanismo como lo es la empatía y la importante que esta es a la hora de entablar una relación médico-paciente, por lo tanto, el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), tendrá una aproximación sobre la clase de valores que poseen los profesionales que se están formando y hacen parte de la institución. Por otro lado, al poder comparar los resultados de las encuestas la universidad sabrá si se está haciendo bien el trabajo de formación en el área humanística o por si el contrario tiene que reforzar dicha área de formación profesional.

Procedimientos del estudio: Inicialmente se pondrá en contacto con cada uno de los internos pertenecientes a la facultad de salud de la universidad Surcolombiana, para preguntarles si quieren participar en el estudio. Una vez hayan aceptado hacer parte del estudio, se buscará a cada uno de los participantes en el área por la cual se encuentren rotando y se les entregará el consentimiento informado y posteriormente se les hará entrega de una copia física de la Jefferson Scale of Empathy, para que la diligencien.

Riesgos asociados al estudio: Según lo establecido en el artículo 11 de la resolución 8340 de 1993 el riesgo para este tipo de estudio en donde se realiza una investigación documental es clasificado como: Investigación con riesgo mínimo.

Aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con Felipe Charry Díaz al teléfono 3227582997. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevistó. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto, deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y apellidos del Participante

Firma del participante

C.C N°

Fecha:

Nombre y apellido del testigo Nombre y apellido del testigo

Firma del testigo

Firma del testigo

C.C N°

C.C N°

Dirección:

Dirección:

Fecha:

Fecha:

Esta parte debe ser completada por el investigador o su responsable.

He explicado a la persona _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha:

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (dd/mm/aaaa), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos

de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

Firma de la participante que desiste continuar en el proyecto de investigación

C.C

Fecha:

Firma del testigo

C.C.

Fecha:

Firma del investigador

Fecha:

Anexo E. Cronograma de actividades

#	Actividad	2022												2023					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
1	Definir tareas y cronograma de actividades																		
2	Revisión bibliográfica																		
3	Planteamiento del problema																		
4	Pregunta problema																		
5	Justificación																		
6	Objetivo general y específicos																		
7	Metodología																		
8	Envío a arbitraje por comité de bioética																		
9	Elaboración de base de datos																		
10	Recolección y tabulación de los datos																		
11	Análisis estadístico de los datos																		
12	Elaboración del trabajo escrito																		
13	Revisión y ajustes																		
14	Publicación de resultados finales																		

Anexo F. Presupuesto

Nombre	Formación	Función	Dedicación (Horas/ Semana)	Recursos
Felipe Charry Díaz	Bachiller	Investigador principal	4	367.500
Edgar Eduardo Oviedo Guzmán	Bachiller	Coinvestigador	4	367.500
Dolly Castro Betancourth	Enfermera, Especialista en Epidemiología, Magíster en Salud Pública	Asesor metodológico	1	1.960.000
Alix Yaneth Perdomo Romero	Enfermera, Magíster en educación	Asesor Temático	1	1.960.000

EQUIPOS							
Descripción	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso Usco	Recurso Facultad	Recurso o Contrapartida	Entidad Financidora
Computador portátil	Para la escritura del proyecto y análisis estadístico	2	2.000.000	0	0	0	Estudiantes
Impresora	Para la impresión de las escalas que se vayan a aplicar	1	350.000	0	0	0	Estudiantes

MATERIALES, INSUMOS Y SERVICIOS TÉCNICOS							
Nombr e	Justificación	C an t.	Valor Unita rio	Recur so Usco	Rekurs o Faculta d	Recurso Contrap artida	Entid ad Finan ciador a
Servici o de internet	Para búsqueda de información e integración de información recolectada a la base de datos online	-	50.00 0	0	0	0	Estudi antes
Hoja blanca tamaño carta	Para la aplicación del instrumento	10 0	5.000	0	0	0	Estudi antes
Bolígraf os	Para la aplicación del instrumento	5	6.000	0	0	0	Estudi antes

Anexo G. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	SUBVARIABLES	CATEGORÍA			NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
EMPATÍA	La habilidad para entender las experiencias y los sentimientos del paciente y la capacidad para comunicarle este entendimiento.	TOMA DE PERSPECTIVA	Es la capacidad del personal de salud para diferenciarse de los pacientes, evitando el contagio emocional	Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma	1 (totalmente en desacuerdo), 2, 3, 4, 5, 6, 7 (totalmente de acuerdo)	Cuantitativa discreta de razón	Rangos, medidas de tendencia central y de dispersión
				Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo			
				Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos			
				Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado			

				emocional y el de sus familias			
				Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado			
				Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico			
				Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente			
				Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal			
				La empatía es una habilidad terapéutica			

				sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado			
				Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico			
		ATENCIÓN COMPASIVA	Es la capacidad de sentir compasión hacia el paciente	La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento	1 (totalmente en desacuerdo), 2, 3, 4, 5, 6, 7 (totalmente de acuerdo)	Cuantitativa discreta de razón	
				Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico			
				Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas			

				Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto No disfruto leer literatura no médica o arte Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre			
--	--	--	--	---	--	--	--

				mis pacientes con sus familias				
		HABILIDAD DE “PONERSE EN LOS ZAPATOS DEL PACIENTE”	Es la capacidad de observar activamente a un sujeto para así penetrar en su pensamiento y poder comprender su situación.	Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes		1 (totalmente en desacuerdo), 2, 3, 4, 5, 6, 7 (totalmente de acuerdo)	Cuantitativa discreta de razón	
				La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente				
SOCIODEMOGRÁFICAS	Son las características sociales de una población que la hace variar.	EDAD	Número en años de vida al momento de la entrevista			Cuantitativa discreta de razón	Medidas de tendencia central y de dispersión	
		SEXO	Fenotipo de Características sexuales	MASCULINO		Cualitativa nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				FEMENINO				

			secundarias			
		PROCE DENCIA	Lugar geográfico donde nació		Cualitativa nominal	Frecuencia absoluta y relativa
		RESIDENCIA	Lugar de residencia actual	ÁREA RURAL	Cualitativa nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				CASCO URBANO		

Anexo H. Acuerdo de confidencialidad

Yo, Alix Yaneth Perdomo Romero, identificado con cédula de ciudadanía número 3002643363 expedida en la ciudad de Neiva como investigador principal del proyecto “MEDICIÓN DEL NIVEL DE EMPATÍA EN INTERNOS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA QUE ROTAN POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO”, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad de todo tipo de información que sea revisada sobre las personas que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de la información obtenida.
4. Obtener de los instrumentos solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van a analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de todo documento del que se haga uso en el estudio.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por medio del presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 17 días, del mes de octubre del año 2022.

ALIX YANETH PERDOMO ROMERO

FIRMA

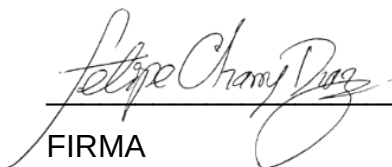
C.C. 3002643363

Teléfono: 36184002

Email: alixyaneth.perdomo@usco.edu.co

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

FELIPE CHARRY DÍAZ



FIRMA

C.C. 1192800190

Teléfono: 3227582997

Email: felipecharrydiaz@hotmail.com

EDGAR EDUARDO OVIEDO GUZMÁN



C.C. 1075292729

Teléfono: 3209720974

Email: u20181167295@usco.edu.co