

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2183>

COMPONENTE HUMANO EN ESTUDIANTES DE UN PROGRAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD EN LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA, PEREIRA, 2021

Angélica María Blanco Vanegas*
María del Pilar Gómez González**
Luisa Fernanda Taborda Martínez***
Valentina Vásquez Giraldo****
Carlos Steven Vallejo Galvis*****
Juan Pablo Arias Velásquez*****

Autor correspondiente: ablanco2@areandina.edu.co

Resumen

La deshumanización es la reducción de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, llevando al profesional a actuar sin ser capaz de experimentar empatía. La educación en ciencias de la salud enfrenta la dificultad que representa el desarrollar mecanismos que permitan implementar un componente humano óptimo desde la formación profesional. El propósito de no implicarse emocionalmente es, quizá, un mecanismo de defensa que aparta del sufrimiento ajeno. Esta actitud impersonal compromete la empatía, desgasta el ideal y promulga la necesidad de una educación afectiva para conservar la empatía durante los años de formación. **Objetivo:** identificar el componente humano en estudiantes de un programa de ciencias de la salud en la Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, 2021. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, muestra de 146 estudiantes seleccionados en forma no probabilística. La captura

* ablanco2@areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

** mgomez3@areandina.edu.co Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

*** Ltaborda@estudiantes.areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

**** vvasquez12@estudiantes.areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

***** cvallejo10@estudiantes.areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

***** jarias5@areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

y procesamiento de la información básica según las variables de estudio se realizó a través del programa STATA 15. **Resultados:** el puntaje de medición de empatía global obtenido en la investigación fue de 97 lo que indica un nivel sobresaliente (88-113). **Conclusiones:** es importante generar estrategias que impacten desde la academia, que promuevan la empatía y el factor humanístico.

Palabras clave: Deshumanización, educación, empatía, ética, humanización en salud.

HUMAN COMPONENT IN STUDENTS OF A HEALTH SCIENCES PROGRAM AT FUNDACION UNIVERSITARIA DEL DAD ÁREA ANDINA, PEREIRA, 2021

Abstract

Dehumanization is the reduction of the qualities that distinguish people as human beings, leading the professional to act without being able to experience empathy; Education in health sciences faces the difficulty of developing mechanisms that allow the implementation of an optimal human component from professional training. The purpose of not getting emotionally involved is, perhaps, a defense mechanism that removes the suffering of others. This impersonal attitude compromises empathy wears down the ideal, and promulgates the need for an affective education to maintain empathy during the formative years. Aim: Identify the human component in students of a health sciences program at AREANDINA University, Pereira, 2021. Method: Quantitative, descriptive, cross-sectional study, sample of 146 students selected in a non-probabilistic way. The capture and processing of basic information according to the study variables was carried out through the STATA 15 4 program. Results: The global empathy measurement score obtained in the research was 97, which indicates an outstanding level (88-113) Conclusions: It is important to generate strategies that impact from the academy, promoting empathy and humanistic.

Keywords: dehumanization, education, empathy, ethics, humanization in health.

COMPONENTE HUMANO EM ESTUDANTES DE UM PROGRAMA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NA FUNDAÇÃO UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA, PEREIRA, 2021

Abstrato

A desumanização é a redução das qualidades que distinguem as pessoas como seres humanos, levando o profissional a agir sem poder experimentar a empatia; a educação em ciências da saúde enfrenta a dificuldade de desenvolver mecanismos que permitam a implementação de um componente humano ideal a partir da formação profissional. O propósito de não se envolver emocionalmente é, talvez, um mecanismo de defesa que remove o sofrimento de outros. Esta atitude pessoal compromete a empatia, desgasta o ideal e promulga a necessidade de uma educação afetiva para manter a empatia durante os anos de formação. Objetivo: Identificar o componente humano nos estudantes de um programa de ciências da saúde da Universidade AREANDINA, Pereira, 2021. Método: Estudo quantitativo, descritivo, transversal, amostra de 146 alunos selecionados de forma não-probabilística. A captura e processamento de informações básicas de acordo com as variáveis de estudo foi realizada através do programa STATA 15.4. Resultados: A pontuação global de medição de empatia obtida na pesquisa foi 97, o que indica um nível excepcional (88-113) Conclusões: É importante gerar estratégias que tenham impacto da academia, promovendo empatia e humanismo.

Palavras-chave: desumanização, educação, empatia, ética, humanização na saúde.

Introducción

El término deshumanización se entiende como una consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad humana, esto con el desarrollo de los años se ha visto reflejado en un mecanismo del ejercicio que llega a ser estrictamente científico, alejándose de las recomendaciones que se remontan a los tiempos de Hipócrates que establece que se debe “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”. En ese sentido, la deshumanización es la reducción de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, llevando al profesional a actuar sin ser capaz de experimentar empatía; por su parte, la empatía, del griego *empathia*, significa saber apreciar los sentimientos de otros. En 1918 esta se incorpora al ámbito médico como un elemento presente en la relación médico-paciente que facilita el diagnóstico y la terapéutica (1), (2). La humanización es un aspecto que la Organización Mundial de la Salud considera esencial, tanto en la atención en salud como en el quehacer de cada uno de los que participan en ella: prestadores, reguladores, clientes y usuarios. La deshumanización de la salud es la falta de reconocimiento de lo humano, del ser humano como valor fundamental, es la cosificación del ser que acude al profesional o al servicio de salud, la cual va más allá de la falta de cariño o ternura en una atención, o de una fórmula para el saludo o una silla cómoda. Es cuando las personas dejan de ser asumidas como seres humanos, cuando no los vemos como iguales a nosotros, cuando vulneramos su autonomía, cuando vamos en contra del imperativo cate-

górico, el complejo, multidimensional y maravilloso ser humano es simplificado, se vuelve cifras, patologías, es maltratado y considerado parte de una masa de usuarios (3), (4).

En relación con la sobrecarga laboral a nivel mundial, la OMS ha calculado que 57 países (más del 40 % de la población mundial) no cuentan con suficientes trabajadores de la salud para proporcionar el nivel mínimo de atención requerido. En América Latina, 15 países están por debajo, y aunque este grupo de naciones representan el 19,5 % de la población de la región, cuentan con solo 11,5 % de los médicos y 3,1 % de las enfermeras (5). En Colombia el Observatorio de calidad de la atención en salud (OCAS) llevó a cabo un estudio entre 2016 y 2019 que entregó información a los gobernantes, responsables de las instituciones de salud y a los ciudadanos sobre lo que sucede con la atención que se presta en hospitales públicos y clínicas privadas. Las cifras en el municipio de Pereira denotan un 96,87 % de satisfacción global de usuarios de IPS, lo cual cumple con la Resolución 256 de 2016, que establece una meta mayor o igual al 80 % de los encuestados; sin embargo, el tiempo promedio de espera estimado para atención del usuario clasificado con triage II en los servicios de urgencias es de 60,64 minutos; lo anterior hace evidente que, si bien la atención es satisfactoria, el tiempo de espera es el doble de lo ideal. Si bien, las cifras demuestran que el país se encuentra sobre las metas de calidad, se debe tener en cuenta que actualmente no hay una evaluación precisa sobre el dominio de humanización, los dominios estudiados se basan en tiempos de espera y efecti-

vidad de la atención (6). Por lo anterior, se decide desarrollar esta investigación encaminada con el fin de identificar cuál es el componente humano en estudiantes de un programa de ciencias de la salud en la Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, 2021.

Materiales y método

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, desde enero del 2020 hasta mayo del 2021, con una muestra de 146 estudiantes matriculados en el programa de Terapia Respiratoria durante el periodo 2021-1, seleccionado de forma no probabilística. El rango de edad se mantuvo entre los 18 y 21 años, y el 73,29 % de la población participante fue de sexo femenino. La información se recolectó por medio de la aplicación de la escala de Jefferson Scale of Empathy, Health Professions Student Version (JSE HPS-Version): para la administración de los estudiantes en todas las profesionales de la salud. Los resultados generales se expresan en frecuencias absolutas y relativas. Para explorar la asociación entre las variables sociodemográficas y las preguntas consideradas en este estudio se utilizó la prueba de χ^2 ; la captura y procesamiento de la información básica según las variables de estudio se realizó a través del programa STATA 15. Se firmó la carta de consentimiento y se garantizó la confidencialidad y privacidad de los datos personales y de los datos sensibles en los términos de la normatividad vigente (12).

formación de instrumentos de medición relacionados con la humanización en salud, selección del instrumento avalado para su aplicación. Fase II: se estudió la aplicabilidad del instrumento y se hizo el formulario de recolección de la información por Google Drive; además, se anexó el consentimiento informado y se aplicó una prueba piloto a 20 estudiantes del programa académico, quienes consideran que los ítems son claros y entendibles para personas de su misma edad. Fase III: se procedió a la recolección de la información y al posterior análisis de la información mediante el programa STATA 15, luego se evaluaron los resultados según las tres variables de los objetivos específicos planteados para dar respuesta a la pregunta de la investigación.

Resultados

La población de estudio correspondió a 146 estudiantes, de los cuales 73,29 % fueron mujeres, 50 % de la población incluida estaba en el grupo etario de 18-21 años, seguido por 36,3 % del grupo de 22-25 años. Con respecto a su nivel académico, participaron todos los semestres académicos, 67,12 % está representado entre primero y quinto semestre (tabla 1).

En la población estudiada se encontraban tres rangos de edad, entre 18-21 años ($n=73$) (50 %); entre 22-25 años ($n=53$) (36,30 %), y >26 años ($n=20$) (13,70 %); de la cual 73,29 % de los encuestados fueron mujeres ($n=107$), y 26,71 % fueron hombres ($n=39$). Por último, se caracterizó el semestre al que pertenecen para posteriormente analizar si existe correlación entre el grado de escolaridad y el nivel de empatía. El puntaje en la es-

La recolección de la información se realizó mediante tres fases. Fase I: se elaboró la matriz de referencia para buscar in-

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y académica

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	107	73.29
Masculino	39	26.71
Grupo de edad		
18-21	73	50.00
22-25	53	36.30
>26 años	20	13.70
Semestre		
Primero	18	12.33
Segundo	10	6.85
Tercero	20	13.70
Cuarto	20	13.70
Quinto	30	20.55
Sexto	17	11.64
Séptimo	15	10.27
Octavo	16	10.96

Fuente: elaboración propia.

cala de empatía global arrojó una mediana de 97 (RIC= 17), equivalente a un ME sobresaliente (tabla 2). Se calculó la mediana y el rango intercuartílico para cada una de las dimensiones contempla-

das para comprender la empatía en los estudiantes del área de la salud, como se observa en la tabla 2.

Para determinar qué medidas por la estructura factorial de tres dimensiones (toma de perspectiva, cuidado con compasión y situarse en los zapatos del paciente) influyeron en las tres variables significativas aquí encontradas (sexo, grupo de edad y semestre), se realizaron los análisis presentados en la tabla 3; también se analizó el resultado de la relación de variables de Spearman de manera individualizada en cada estructura factorial en relación con el grado escolar, en ellas se pudo determinar que solo existe una relación directa entre el grado escolar y el nivel de empatía en cuanto a la estructura factorial de toma de perspectiva (Spearman's Rho= 0.1047); mientras que en las dos estructuras factoriales restantes, se pudo demostrar que no existe una correlación entre el grado escolar y el nivel de empatía ("Cuidado con compasión" Spearman's Rho= -0.0177) ("Ponerse en los zapatos del paciente" Spearman's Rho= -0.017); así mismo, al analizar el puntaje de empatía global en relación con el grado de escolaridad, se pudo observar que no hay una relación en la que se pueda es-

Tabla 2. Dimensión

	Toma de perspectiva	Cuidado con compasión	Ponerse en los zapatos del paciente	Empatía Global
Mediana	62	27.5	9	97
Rango Intercuartílico	8	15	4	17
Mínimo	17	14	2	43
Máximo	70	56	14	137

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Relación de variables evaluadas

	Empatía Global		Toma de perspectiva		Cuidado con compasión		Ponerse en los zapatos del paciente	
	ME (RIC)	p	ME (RIC)	p	ME (RIC)	p	ME (RIC)	p
Sexo								
Femenino	95 (18)	p= 0,8456*	62 (8)	p= 0,7733 *	28 (15)	p= 0,9523*	9 (5)	p= 0,7102
Masculino	97 (15)		63 (10)		27 (15)		10 (4)	
Grupo de edad								
18-21	95 (16)	p= 0,4889**	61 (12)	p= 0,5226	26 (16)	p= 0,7192	9 (7)	p= 0,8858
22-25	97.5 (18)		62 (7)		29.5 (14)		9 (7.5)	
>26 años	98 (13)		62.5 (5)		26 (10)		9 (6)	
Semestre								
Primero	93.5 (12)	Spearman's Rho= 0,0505*** p= 0,5459	60 (10)	Spearman's Rho= 0,1047*** p= 0,2085	9 (4)	Spearman's Rho= -0,0177*** p= 0,8319	27 (16)	Spearman's Rho= -0,017*** p= 0,8354
Segundo	95 (8)		63.5 (5)		7.5 (6)		22 (12)	
Tercero	95 (18)		60.5 (9.5)		9 (4.5)		29.5 (9)	
Cuarto	99 (10)		62 (8.5)		10.5 (3)		29 (16.5)	
Quinto	97 (18)		62.5 (7)		10 (3)		28 (18)	
Sexto	101 (9)		64 (8)		9 (5)		28 (8)	
Séptimo	95 (22)		61 (10)		8 (6)		20 (26)	
Octavo	92.5 (21.5)		62.5 (11)		8.5 (4.5)		29.5 (14)	

* U de Mann Whitney
 ** Prueba de Kruskal Wallis
 *** Correlación de Spearman
 Nivel de significancia 0,05

Fuente: elaboración propia.

tablecer que entre más alto sea el grado de escolaridad el nivel de empatía será mayor o menor.

Se presentan los resultados de la relación entre las variables sociodemográficas y académicas con la variable de estudio. Para determinar la relación de sexo con la empatía global y cada una de sus dimensiones, se utilizó la prueba de la U de Mann Whitney con un nivel de significancia de 0,05, y se demostró que no existen diferencias entre hombres y mujeres en la empatía global ni en cada una de sus dimensiones. Para determinar la correlación del nivel académico y la empatía se usó la prueba de Spearman y se evidenció que no hay diferencias en el grado de empatía según el semestre académico.

Discusión

La empatía es un valor fundamental tanto en profesionales de la salud como en aquellos que están en proceso de formación, reconociendo en esta característica la posibilidad de brindar una atención más humanizada, centrada

en el paciente, en sus necesidades, con el reconocimiento de las emociones y la posibilidad de gestión de estas para que se genere un vínculo entre paciente-profesional (15).

Entre la población de estudiantes participantes en este estudio se encontró un grado de empatía sobresaliente, sin presentar diferencias según el sexo, el grupo de edad y ninguna correlación con el nivel académico. Estos difieren con los antecedentes de poblaciones similares, en las cuales se resalta una baja empatía en el proceso de atención atribuido principalmente a la falta de desarrollo y profundización en competencias humanísticas y un mayor énfasis en los conocimientos técnico-científicos (15).

Los hallazgos en esta población pueden explicarse por algunos elementos evidenciados en otros estudios en los que se plantea la relación del grado de empatía con el sentido de pertenencia frente a su profesión, y la integración con el énfasis en el modelo pedagógico hacia el humanismo, la ética y las buenas prácticas de la profesión, es decir,

se plantea la influencia de la cultura, el contexto y políticas de la institución de educación (Factores relacionados con la empatía en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena) elementos que son fundamentales en la formación del personal de la salud (15). Respecto al sexo, a pesar de lo esperado por el marco sociocultural y los estereotipos asociados con el género, en este grupo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas frente a la empatía y sus dimensiones, similar a lo hallado en estudios realizados en Perú.

A partir de estos hallazgos, se deben continuar los procesos de formación integral para profundizar en los elementos técnico-científicos y además se complementen con el humanismo en un eje articulador y determinante para la calidad de los procesos de atención (15)(16). El puntaje de medición de empatía global obtenido en la investigación fue de 97 lo que indica un nivel sobresaliente (88-113), al realizar una comparación con los puntajes obtenidos en estudios realizados en otros países como EE. UU. donde la media de empatía global fue de 114,3; en el Caribe Centroamericano: 104,60-108,9; Japón: 104,3; Australia: 109, 7; Reino Unido: 112 (17). Los puntajes obtenidos se consideran bajos en relación con países como EE. UU., Australia y Japón; sin embargo, se mantienen en la media con los países estudiados en Latinoamérica donde se resalta la necesidad de implementar políticas y mecanismos que permitan fortalecer el componente humano hasta alcanzar un puntaje alto para obtener un sistema de salud integral donde la ciencia y la ética vayan de la mano. Lo anterior denota las diferencias poblacionales entre los paí-

ses desarrollados y aquellos en vía de desarrollo donde se evidencia que la variable sobrecarga laboral influye en estos resultados, dado que en estos últimos países el sistema de salud se encuentra en deterioro o en crisis como es el caso específico de Colombia (18).

Por otro lado, mediante la evaluación de la variable género, el punto de corte (Baja competencia empática para hombres en valores ≤ 95 y en mujeres ≤ 100) para la relación se determina que la población femenina se clasifica en competencia empática baja, a diferencia del estudio realizado por Días Valentín en el que evidencia mayor habilidad empática en mujeres que en hombres. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la población femenina representa el 73,4 % de la población estudiada y la masculina solo el 26,71 %, factores que pueden ser determinantes para el análisis estadístico de las medianas (17) (19).

Si bien, diversos estudios han demostrado que a mayor edad o escolaridad menor el resulta nivel de empatía (14) debido a que la empatía cambia y la dimensión afectiva es la más alterada durante los años de graduación (6). Observamos una población en la cual no hay una correlación directa entre los factores, sin embargo, se destaca que tampoco se observa un crecimiento paulatino conforme se avanza en el grado de la escolaridad sobre el nivel de empatía, ratificando el llamado a la urgencia de generar los mecanismos para una educación que en el p \acute{e} nsum otorgue la misma importancia al componente humano, la dimensión afectiva y el conocimiento científico para formar profesionales íntegros (18) (19).

Graziela Moretoa, en *Reflexiones sobre la deshumanización* propone que la academia y los estudiosos de la educación médica se esfuercen por encontrar respuestas al desafío de mejorar la educación de las emociones del estudiante y su consecuente desarrollo afectivo, y sugiere que entre la variedad de posibilidades educativas se incluya la música, las narrativas, la literatura, la ópera y, de modo especial, la educación con el cine como propuestas de educación integral. Tal situación entra en concordancia con lo evaluado en la presente investigación en la que a pesar de no encontrarse disminución de la empatía, a pesar del avance en cada semestre académico, la inmersión de los estudiantes en las responsabilidades que asumen limitan su comportamiento empático al entrar en contacto con sus pacientes. (6)(20).

Según el análisis que entrega en su aporte investigativo Schaufeli, citado por Carlotto en el que propone que los profesionales en formación también son susceptibles a padecer síntomas psiquiátricos y se ven afectados por el entorno en que se desarrollan durante sus estudios de pregrado y posgrado, lo cual en el futuro se asociarán a consecuencias negativas en los planos laboral y personal, que tendrán incidencia directa en el trato dado a sus pacientes. Lo que concuerda con la postura de los investigadores quienes sugieren que en los estudiantes también se encontraron factores que se relacionan con esta sintomatología, influenciados por el estilo de vida, la actividad física y mental, el sexo, el estado civil, el tener hijos, la relación con la familia, entre otros (7) (20).

Conclusión

Cuando nos referimos a la humanización, hablamos de un compromiso ético personal en el que se participa y se educa a los profesionales que ya ejercen su labor, donde encontramos el respeto, la consideración, y se genera una preocupación por el bien de los otros. En la actualidad se ha elevado la deshumanización en la relación médico-paciente, tal vez debido a que en los primeros años de formación los estudiantes sienten la motivación por terminar su carrera y se encuentran demasiado sensibles con el trato al paciente. Esto tiende a disminuir en sus procesos de formación y dejan de manejar esa empatía frente al sufrimiento del paciente seguramente por sus obligaciones académicas.

A medida que pasa el tiempo y el estudiante ya está por terminar su proceso formativo, se genera un distanciamiento de esa sensibilidad y empatía con el paciente, ya sea por el hecho de no comprometerse emocional y psicológicamente, o por no haber desarrollado en conjunto la parte teórica con la práctica, y por lo tanto, dejan de ver al paciente como un ser humano y lo convierten en un campo de entrenamiento. Al reconocer que existe una estrecha relación entre la teoría y la práctica mediante la evidencia de testimonios y actividades prácticas, se concluye que es importante generar estrategias que realmente impacten desde la academia con el fin de evitar que se pierda ese factor empático y humanístico tan necesario e indispensable en el profesional de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Zambrano MLC. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*. 2016;7(1):1227–31.
2. Mundial B. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. Banco Mundial e IFC. 2019;1–130.
3. Romero-Hurtado LC, Colina-de-Andrade DM. Transformando la universidad en Colombia: hacia la construcción de nuevos escenarios. 2016;12:126–34.
4. Ruiz Torres, M. Z., Morales Giraldo, L. J., Canizales Caicedo, M. T., & Amariles Aguirre, L. F. (2018). Aprendiendo sobre la humanización de la salud.
5. De I, Espectador E, Dec BB. Salud en Bogotá. 2015;1–2.
6. Moreto, G., Blasco, P. G., & Piñero, A. (2018). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*, 19(3), 172-177.
7. Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229..
8. Avarro-Vargas, J. R. (2018). Humanización en la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(3), 291–292..
9. Bermejo, J. C., & Villaceros Durban, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (8), 01-16..
10. Rodríguez, L. A. J., Suárez, R. G., & Márquez, M. (2019). Deshumanización en la atención de la salud ¿ son las TIC´s el problema o la solución?. *Mundo Fesc*, 9(17), 76-84..
11. Domínguez-González, A. D., Velasco-Jiménez, M. T., Meneses-Ruiz, D. M., Guzmán Valdivia-Gómez, G., & Castro-Martínez, M. G. (2017). Síndrome de burnout en aspirantes a la carrera de medicina. *Investigación en educación médica*, 6(24), 242-247..
12. Hojat, M. (2016). Empathy in health professions education and patient care.. faltan datos si es de libro o revista
13. Valentín, M. J. D. (2019). Empatía en estudiantes de enfermería. Validez y fiabilidad de la versión española de la escala de empatía jse-hps (Doctoral dissertation, Universidad de Castilla-La Mancha)..
14. J Parra Ramírez, G. D. J., & Cámara Vallejos, R. M. (2017). Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 6(24), 221-227.
15. Madera-Anaya, M., Tirado-Amador, L., & González-Martínez, F. (2016). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena. *Enfermería Clínica*, 26(5), 282-289.
16. Marques, L. M. N. S. D. R., Fonseca, S. C., Milioni, V. C., & Corbiceiro, W. C. H. (2021). ¿ Cuáles son los valores esenciales para la formación médica?. *Revista Bioética*, 28, 693-703..
17. Rozengway Vijil, H., García Reyes, A. M., & Vallecillo Amador, L. I. (2016). Niveles de empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología de Honduras. *Revista Científica Ciencia Médica*, 19(2), 14-19..
18. Aparicio, D. E., Ramos, A. E., Mendoza, J., Utsman-Abarca, R., Calzadilla-Núñez, A., & Díaz-Narváez, V. P. (2019). Levels of empathy, empathy decline and differences between genders in medical students of Cartagena (Colombia). *Educación Médica*, 20, 136-143..

19. Rueda Castro, L., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Benites Estupiñan, E. M., López Dávila, L. M., Farías, G., Torres, F. A., Quiroz Malca, E., & Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (8), 01-15..

20. Andina, C. (2017). *Estrategia Andina para la Gestión del Riesgo de Desastres*. Lima, Perú.