



**Universidad del  
Rosario**



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

**Etnografía educativa: análisis de la enseñanza de la empatía clínica en estudiantes de  
último año de medicina en un hospital universitario de Colombia**

**Autoras:**

Dra. Diana Nathalia Romero Cabezas

Dra. Carmen Amada Redondo Pérez

Dra. Denys Guerrero Martínez

**Directora:**

Dra. Karin Natalia Perdomo Núñez

**Título por el que opta**

**Magíster en educación para profesionales de la salud**

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina**

**Maestría en educación para profesionales de la salud**

**Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana**

**Bogotá - Colombia**

**2024**

## Resumen

**Introducción:** Algunos estudios sugieren que la integración de habilidades socioemocionales en la educación médica, como la empatía clínica, son necesarias desde el pregrado con el objetivo de fomentar la humanización del paciente y disminuir los niveles de burnout. En Colombia este tema no cuenta con estudios específicos relacionados con la enseñanza en empatía.

**Objetivo:** Indagar cómo se enseña la empatía clínica a estudiantes de último año de medicina en un escenario de prácticas clínicas en Colombia.

**Métodos:** El estudio tuvo un enfoque cualitativo interpretativo, con un diseño etnográfico educativo dentro del paradigma constructivista y basado en la teoría social – cognitiva de Bandura; para la recolección de datos se usó la observación de rondas médicas en urgencias, consulta externa y hospitalización, con 30 horas recopiladas en hojas de observación y notas reflexivas; entrevistas semiestructuradas, en las que participaron 8 docentes y grupos focales, en los que participaron 17 estudiantes de internado de Medicina en un Hospital en Colombia.

**Resultados:** En cuanto a la percepción sobre la importancia de la empatía clínica, todos los participantes estuvieron de acuerdo que es una habilidad que impacta en la atención del paciente, y en la satisfacción profesional. El aprendizaje vicario destacó por ser la forma en que docentes y estudiantes manifestaron que aprendieron conductas empáticas. Por último, la erosión de la empatía y la permanencia de la empatía se vieron afectadas de manera multifactorial.

**Conclusiones:** Se propone un programa de entrenamiento para docentes en habilidades socioemocionales, incluyendo empatía clínica y comunicación asertiva, mediante talleres de mindfulness, cursos de comunicación enfocados en la escucha activa y retroalimentación; así mismo realizar talleres en escenarios de simulación con técnicas de juego de roles y debriefing

para entrenar en habilidades blandas. Promover la exposición temprana a experiencias clínicas, como la participación en brigadas de salud en comunidades vulnerables.

**Palabras clave:** enseñanza de empatía clínica, etnografía educativa, habilidades blandas.

## Abstract

**Introduction:** Some studies suggest that the integration of socio-emotional skills in medical education, such as clinical empathy, is necessary from the undergraduate level with the aim of promoting the humanization of the patient and reducing burnout levels.

**Objective:** To investigate how clinical empathy is taught to final year medical students in a clinical practice setting in Colombia.

**Methods:** The study had an interpretive qualitative approach, with an educational ethnographic design within the constructivist paradigm; To collect data, observation of medical rounds in the emergency room, outpatient clinic and hospitalization was used, with 30 hours compiled in observation sheets and reflective notes; semi-structured interviews, in which 8 teachers participated; and focus groups, in which 17 students participated.

**Results:** Regarding the perception of the importance of clinical empathy, all participants agreed that it is a skill that impacts patient care and professional satisfaction. Vicarious learning stood out for being the way in which teachers and students stated that they learned empathetic behaviors. Finally, the erosion of empathy and the permanence of empathy were affected in a multifactorial manner.

**Conclusions:** A training program is proposed for teachers in socio-emotional skills, including clinical empathy and assertive communication, through mindfulness workshops, communication courses focused on active listening and feedback; Likewise, conduct workshops in simulation scenarios with role-playing and debriefing techniques to train in soft skills. Promote early exposure to clinical experiences, such as participation in health brigades in vulnerable communities.

**Key words:** teaching clinical empathy, educational ethnography, soft skills.

## Introducción

*“Ser comprendido es una necesidad básica humana que puede satisfacerse cuando se establece una conexión empática”*. (Hojat *et al.*, 2023)

En los últimos años, la empatía clínica en la educación médica ha tomado relevancia, así como sus efectos positivos en la atención al paciente. Con enfoques curriculares más holísticos que abordan habilidades blandas, planteadas por Thoma (2023) y Waters (2023), y reconocidas por altos estándares de calidad como CAN MEDS 2025, que comprenden aspectos como la empatía clínica, la comunicación, la toma de decisiones éticas y la sensibilidad cultural.

Autores como Gómez *et al.* (2007), Frank *et al.* (2010) y Gilma *et al.*, (2021) consideran que estos elementos son esenciales para brindar una atención médica global y centrada en el paciente, y se asocian en la mejora de habilidades como: comunicación empática, trabajo colaborativo, satisfacción del paciente, mejoría en los resultados clínicos y altos niveles de adherencia a los tratamientos; por otra parte, Hojat *et al.* (2023), Moreto *et al.* (2014) y Maza *et al.* (2023) añaden a la lista de beneficios mejores efectos en el personal médico, al tener mejor tolerancia ante situaciones de estrés y satisfacción en el ejercicio de la profesión.

El concepto de empatía clínica, que es el eje de esta investigación, es definido por Hojat *et al.*, (2023) como la “capacidad que tiene el profesional de la salud para comprender las emociones y perspectivas del paciente, comunicarse efectivamente y responder de manera compasiva a sus necesidades emocionales y sociales”. Esta definición trasciende el entendimiento clínico de la condición médica e incluye la conexión emocional que se establece entre el paciente y el médico, ayudando a la comunicación asertiva y a una atención centrada en el paciente de gran relevancia para el desarrollo del presente estudio.

El desarrollo de la empatía clínica, según la neurociencia, involucra interacciones neuronales complejas, incluyendo las neuronas espejo que permiten a las personas experimentar y comprender las emociones de otros (Decety, 2010; Decety *et al.*, 2016; Gallese, 2003). En la educación médica, factores como la interacción con pacientes reales y la observación de docentes como modelos fomentan la empatía en los estudiantes (Hojat *et al.*, 2023; Assing, 2022).

Dentro de estas actividades es importante resaltar el proceso de aprendizaje observacional, o vicario, descrito en Bandura (2001) en su teoría social-cognitiva y en cual se basó esta investigación; en la cual las personas adquieren nuevos conocimientos al observar el comportamiento de otros como docentes, compañeros o profesionales de la salud con rasgos empáticos y que tienen un impacto significativo en el desarrollo de esta habilidad, este proceso implica la observación de los resultados de las acciones de otros y la incorporación de esas experiencias en su propio repertorio de comportamientos (Hojat, 2023; Assing 2022)

Otro aspecto para resaltar es el denominado “modelado”, Bandura (2001) sostiene que las personas son influenciadas por los modelos a seguir. Los modelos pueden ser personas reales (docentes, compañeros, profesionales de la salud), personajes ficticios o incluso normas culturales. Los estudiantes tienden a imitar sus comportamientos que perciben como efectivos o gratificantes y que llevan al éxito o cumplimiento de metas. Este modelado de profesionales experimentados también podría guiar a los estudiantes en la adquisición de habilidades empáticas (Neumann *et al.*, 2011) y que, acompañado de una retroalimentación constructiva por parte de los docentes, es una estrategia eficaz en la capacidad de los estudiantes para mantener niveles altos de empatía. Asimismo, un entorno de apoyo y respeto hacia los estudiantes también fomenta la empatía y evita su erosión (Lamothe, 2018, Thomas *et al.*, 2007; Hojat, 2023; Assing 2022), junto con estrategias como el autocuidado y *mindfulness*, que también son cruciales para

mantener altos niveles de empatía en el tiempo. (Lamothe, 2018; Thomas *et al.*, 2007; Pedersen, 2018; Krasner, 2009; Harz, 2023).

Los programas educativos que incluyen entrenamiento en habilidades comunicativas, *role-playing* y reflexión sobre experiencias clínicas fomentan la empatía (Shapiro *et al.*, 2009; Neumann *et al.*, 2011). Factores sociales como la cultura organizacional y las relaciones en los centros de salud también juegan un papel clave en la formación de la empatía, permitiendo a los estudiantes volverse médicos empáticos mediante una cultura colectivista e interacción social (Samarasekera, 2023; Assing, 2022; Zhou, 2021; Krishnasamy, 2019).

Se realizó una búsqueda en bases de datos científicas (Pubmed, Ovid, Google Scholar y Ebscot host) tanto en inglés como en español, utilizando palabras clave como "empatía clínica" y "educación médica + herramientas didácticas", abarcando los últimos 5 años. Se encontraron aproximadamente 780 artículos, de los cuales se seleccionaron 95. Se incluyeron también estudios más antiguos pero relevantes de autores como Hojat y Bandura.

Para el caso de Colombia, se identificaron 27 artículos sobre empatía clínica en profesionales de la salud, con solo 6 enfocados específicamente en medicina, basados principalmente en la medición cuantitativa de los niveles de empatía y sus percepciones. En este aspecto se identifica una falta de investigación sobre la educación en empatía clínica en Colombia, lo que justifica la necesidad de explorar cómo se enseña la empatía clínica a nivel local. Por tal razón se encontró un vacío en nuestro medio que nos llevó al planteamiento de nuestro problema y eje de nuestra investigación.

La educación en empatía clínica es un tema de estudio actual y en constante evolución que se basa en la idea de que la empatía es una habilidad que se puede enseñar y desarrollar (Hojat *et al.*, 2023; Assing 2022). Dada la importancia de la empatía clínica para la educación médica y el ejercicio de la práctica clínica, se plantea la pregunta de este estudio: **¿Cómo se enseña empatía clínica a los estudiantes de medicina según la percepción de docentes de pregrado y estudiantes de último año de la carrera de medicina en un hospital universitario de Colombia?**

Para responder a esta pregunta, el objetivo principal será indagar cómo se está enseñando la empatía clínica a los estudiantes de último año de medicina en un escenario de prácticas clínicas. Para cumplir el objetivo principal, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Caracterizar la percepción de los estudiantes y docentes de pregrado de medicina sobre la importancia del aprendizaje en habilidades socioemocionales como la empatía clínica.
2. Identificar las posibles herramientas didácticas que se están aplicando para la enseñanza de la empatía en educación médica.
3. Detectar las probables barreras o desafíos en la enseñanza de la empatía clínica y en su aplicación en la práctica clínica.

## **Métodos**

### **Diseño del Estudio**

La investigación fue de tipo cualitativa interpretativa y se guió por un paradigma constructivista de tipo etnografía educativa. De acuerdo con Creswell (2015), los diseños etnográficos permiten “describir, analizar e interpretar los patrones de comportamiento, creencias y lenguaje compartidos”. Se escogió este diseño por su naturaleza flexible, que permitía a los participantes adaptarse a las investigadoras y les concedía a estas la inmersión en la vida cotidiana en un escenario de prácticas, herramientas para una mejor revisión de lo observado y la posibilidad de un análisis con reestructuración a lo largo de la investigación (Cleland, 2022). Adicionalmente, de acuerdo con Bannister (2018), la etnografía enfocada en la educación de los profesionales de la salud es útil en investigaciones donde el propósito es describir cómo los médicos adquieren habilidades blandas, como en el caso de esta investigación.

### **Participantes**

La población se constituyó por los estudiantes del último año de medicina correspondiente a la práctica de internado y docentes de un hospital universitario de Colombia; los docentes participantes tenían en común: asignación de temas académicos, participación en el proceso de evaluación y conocimiento de los currículos de las diferentes rotaciones del año de internado. En total participaron 17 estudiantes de internado y 8 docentes. Tipo de muestreo intencional no probabilístico, constituido por un grupo de expertos (docentes) y otro de estudiantes (Ortega-Bastidas, 2020).

## Recolección de Datos

Se realizó trabajo de campo con recolección de datos durante 2 meses mediante observación directa no participante, la investigadora encargada de la observación labora en la institución donde se realizó la investigación y se realizó la observación de rondas médicas en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, por un periodo de 30 horas (momento al que se llegó a la saturación de datos). Se realizaron notas descriptivas de las conductas observadas durante el proceso de atención, se tuvieron en cuenta los días donde sucedieron acontecimientos relevantes (ver anexo 4), y se evitaron los sesgos mediante ejercicios de flexibilidad simultánea, descritos en notas reflexivas (Creswell *et al.*, 2015; Kitto *et al.*, 2008; Rashid *et al.*, 2019)

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuras a docentes que se grabaron por medio de plataforma Zoom, estas realizada por una investigadora que se encontraba en otra ciudad y no conocía a los participantes, así mismo los grupos focales se realizaron de manera presencial a los estudiantes, por otra investigadora que labora en otra institución y no conocía la población, en ambos casos se grabaron las respuestas. Se realizaron preguntas abiertas previamente elaboradas (Patton *et al.*, 2002), para intercambio de información acerca de los componentes, el proceso de enseñanza/aprendizaje y los desafíos en la enseñanza de la empatía clínica; se introdujeron interrogantes adicionales para dar respuesta a la pregunta de investigación (Hernández Sampieri, 2018). Para la validación se realizó prueba piloto a un docente y un grupo focal de 2 estudiantes para posterior ajuste de guiones finales (Ortega-Bastidas, 2020) (ver anexos 2 y 3). La calidad en la recolección de datos se aseguró por la flexibilidad de las investigadoras, la preparación previa de las preguntas y la triangulación de los datos (Creswell *et al.*, 2015; Kitto *et al.*, 2008; Rashid *et al.*, 2019; Patton, *et al.*, 2002).

## **Análisis De Datos**

El proceso de análisis de datos inició con el desarrollo de las categorías y las subcategorías deductivas, las cuales quedaron divididas inicialmente en 3 categorías y 11 subcategorías. Después se realizó el proceso de transcripción de datos de las entrevistas y los grupos focales a través de la aplicación Amberscript. Luego siguió la fase de codificación y la organización de la información por orden cronológico, en este punto se descartaron 2 subcategorías por no tener datos suficientes o relevantes para analizar. Por último, se realizó el proceso de triangulación y reflexibilidad de los datos de forma manual en tablas de Excel (Creswell, 2015), a la luz de los conceptos teóricos descritos en estudios previos, con el objetivo de evitar interpretaciones personales que pudieran producir sesgos de interpretación en la investigación (Rashid et al., 2019).

## **Calidad De La Investigación**

El rigor de la investigación se aseguró mediante la reflexibilidad y la triangulación; garantizando los principios de confiabilidad, credibilidad, transferencia y confirmación (Kitto *et al.*, 2008; Rashid *et al.*, 2019). Se escribieron notas reflexivas durante el trabajo de campo, para evitar influir sobre la coherencia e interpretación en el análisis de datos. Mediante la triangulación de datos obtenidos por las investigadoras, se comprobó la similitud de los hallazgos, evitando los sesgos por creencias y conceptos personales. Las conclusiones fueron emitidas después del análisis de la totalidad de los datos, garantizando la confiabilidad de la investigación (Kitto, 2018; Cleland, 2022).

Para lograr una interpretación precisa de las experiencias y puntos de vista de los

participantes, se realizaron 30 horas de observación directa no participativa y la elección de un muestreo intencional por saturación de datos. Se evitaron las relaciones jerárquicas o de amistad en entrevistas y grupos focales, previniendo la distorsión en la información y deficiencias en la honestidad y autenticidad de los datos, lo cual asegura la validez o credibilidad del estudio (Ortega-Bastidas *et al.*, 2020; Kitto *et al.*, 2008).

En el estudio se recolectaron los datos por métodos diversos y se validaron con reportes de la literatura existente para garantizar la aplicación de los resultados en otros contextos, garantizando la generalización y transferibilidad de los resultados arrojados por la investigación (Cleland *et al.*, 2022).

### **Consideraciones Éticas**

Se consideraron las disposiciones del artículo 15 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se informó a los sujetos sobre la investigación y se explicó el consentimiento informado. Se garantizó su seguridad y confidencialidad, permitiéndoles retirarse en cualquier momento. Se identificaron y abordaron riesgos específicos, manteniendo la objetividad y privacidad mediante un sistema de codificación y almacenamiento seguro de datos. Los participantes, estudiantes de último año de medicina y docentes, firmaron un consentimiento informado para participar voluntariamente (ver Anexo 1). Se respetaron principios éticos según la Declaración de Helsinki y la Asociación Médica Mundial. La divulgación de los resultados se realizó con fines exclusivamente académicos a docentes y estudiantes de la Especialización y Maestría en Educación para Profesionales de la Salud de la Universidad del Rosario y la Pontificia Universidad Javeriana.

## Resultados

Se realizaron 30 horas de observación en campo y notas reflexivas adicionales. Se realizaron 3 grupos focales de 4 estudiantes cada uno y un grupo de 5 estudiantes, en total participaron 17 de los 20 estudiantes. En el caso de las entrevistas semiestructuradas, se entrevistaron a 8 de los 10 docentes, por saturación de datos.

Aunque inicialmente se realizó una categorización deductiva en 3 grandes grupos, divididos en 11 subcategorías; en la fase de clasificación de los datos se suprimieron 2 subcategorías por ausencia de datos relacionados; finalmente, se realizó el análisis de la información con 9 subcategorías y triangulación manual de los datos (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Descripción de categorías – subcategorías y definiciones*

Categorías	Subcategorías
<p><b>1. Componentes de la empatía clínica:</b> Complejo de varios componentes interrelacionados, entre ellos la comunicación asertiva y efectiva, sensibilidad cultural, comprensión cognitiva, autoeficacia y afecto emocional, que intervienen en el proceso de desarrollo de la empatía clínica (Hojat <i>et al.</i>, 2015).</p>	<p><b>1.1 Comunicación asertiva y efectiva:</b> La capacidad de los profesionales de la salud para transmitir información de manera clara, respetuosa, directa y honesta, asociado a una escucha activa y una comprensión hacia los sentimientos y preocupaciones del paciente; estableciendo límites apropiados en la interacción con los pacientes y otros profesionales de la salud (Street <i>et al.</i>, 2009).</p> <p><b>1.2 Contexto sociocultural:</b> Es el entorno o ambiente, así como los factores culturales y sociales tanto de estudiantes y pacientes que permiten el aprendizaje y desarrollo de la capacidad para entender y responder a las necesidades emocionales de los pacientes (Light <i>et al.</i>, 2009).</p> <p><b>1.3 Autoeficacia:</b> Es la capacidad y confianza que tiene una persona en sus propias habilidades para enfrentar y superar los desafíos que se le presentan. Esto involucra una autorreflexión de las experiencias pasadas, capacidad de aprender de los errores, establecer metas e identificar recursos y adaptar su enfoque de aprendizaje según sus necesidades y preferencias (Bandura, 2018).</p>

---

<p><b>2. Proceso de enseñanza/aprendizaje de la empatía clínica:</b> Procesos educativos destinados para desarrollar en los estudiantes la habilidad de empatía clínica; este proceso consta de la planeación de objetivos específicos, activación de conocimientos teóricos, modelación, práctica guiada y retroalimentación (Hojat <i>et al.</i>, 2015; Kaufman, 2018).</p>	<p><b>2.1 Aprendizaje vicario:</b> Es un proceso en el cual los individuos aprenden observando y emulando el comportamiento de modelos que exhiben ciertas conductas, actitudes o habilidades específicas. Requiere de observación, abstracción y autorreflexión sobre la consecuencia de las acciones el cual es facilitado por las experiencias sociales (Bandura, 2004).</p> <p><b>2.2 Herramientas didácticas:</b> Son los recursos, materiales o dispositivos utilizados por los educadores para facilitar la enseñanza y mejorar el aprendizaje de los estudiantes (Assing <i>et al.</i>, 2022; Zhou <i>et al.</i>, 2021).</p> <p><b>2.3 Experiencias clínicas:</b> Se refieren a las oportunidades que tienen los estudiantes de medicina para interactuar con pacientes reales y participar en entornos clínicos durante su formación médica (Pohontsch <i>et al.</i>, 2018; Samarasekera <i>et al.</i>, 2023).</p> <p><b>2.4 Retroalimentación:</b> Proceso mediante el cual los individuos reciben información sobre el resultado de sus acciones y comportamientos, lo que les permite ajustar y mejorar su desempeño en futuras situaciones (López-León, 2023).</p>
<p><b>3. Desafíos de la enseñanza de empatía clínica:</b> Son los obstáculos y dificultades que enfrentan los educadores y profesionales de la salud al intentar enseñar y promover la empatía entre los estudiantes de medicina. Así mismo las herramientas y estrategias que se utilizan para que estos niveles permanezcan en el tiempo. (Hojat <i>et al.</i>, 2023; Samarasekera <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p><b>3.1 Erosión de la empatía clínica:</b> Fenómeno observado en el cual los niveles de empatía disminuyen a lo largo del tiempo durante la formación médica y la práctica clínica (Hojat <i>et al.</i>, 2023).</p> <p><b>3.2 Permanencia de la empatía clínica:</b> Es capacidad de los profesionales médicos para mantener niveles consistentes de empatía a lo largo de su carrera y más allá en su carrera profesional, por medio de estrategias y herramientas (Hojat <i>et al.</i>, 2023).</p>

---

## Componentes De La Empatía Clínica

### *Comunicación Asertiva Y Efectiva*

Dentro del proceso de comunicación los estudiantes expusieron cómo la tolerancia, el respeto frente a las opiniones y sus vivencias les permitieron mejorar este proceso. Así mismo, se evidenció que se esforzaban por establecer relaciones de confianza desde el inicio de la

interacción con los pacientes, lo que les permitió sentirse cómodos para compartir sus preocupaciones y, de esta manera, explicar al paciente y sus familias su estado de salud y aspectos de la enfermedad.

Los docentes por su parte hicieron énfasis en la importancia del saber escuchar como primer paso para una comunicación asertiva, también destacaron el uso adecuado del lenguaje claro y sencillo para el entendimiento de su atención al paciente. En general se resaltó la importancia de dirigirse al paciente y sus familiares por su nombre, lo que permitía iniciar de una manera efectiva el proceso de comunicación; de igual manera, se expuso un ejemplo de cómo un adecuado proceso de comunicación puede ayudar a manejar situaciones desafiantes manteniendo el respeto al paciente y su familia.

Durante la observación se encontró una marcada diferenciación en el uso del lenguaje técnico para dialogar entre los profesionales de la salud y el uso de lenguaje no médico para la comunicación con los pacientes y sus familiares. Lo cual facilitó la comunicación y fue una herramienta de acercamiento a los pacientes y sus familiares, que denota una actitud empática en los grupos analizados. También se observaron situaciones en las cuales estos canales de comunicación bidireccional no se presentan y ocasionan insatisfacción en los pacientes y sus familiares, como en un momento en el que los estudiantes no respondieron a las inquietudes, ni les brindaron explicaciones a los familiares, lo que al final ocasionó molestias en los cuidadores y evidenció un acontecimiento de poca empatía.

Estos ejemplos de la vida real justifican que el entrenamiento en habilidades comunicativas puede mejorar las relaciones interpersonales, para la atención integral de los pacientes (ver Tabla 2).

**Tabla 2***Voces in vivo - Comunicación asertiva y efectiva*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>"Pero yo debo entender que yo no puedo hacer esos juicios o puedo prejuizar... no todos tenemos ni vivimos las mismas realidades". E8</i>
<i>"Yo siempre les intento preguntar que cómo está, que cómo han estado, que cómo se sienten, les brindo esa confianza apenas con el saludo para que el paciente se pueda abrir con uno". E14</i>
<i>"El saber saludar, el saber escuchar, el saber abordar la situación, pues comprende uno que es la satisfacción de brindar una buena atención". E10</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>"Una primera actitud empática que vi en muchos de mis profesores, era llamar al paciente por su nombre, reconocerlo. Entonces, en muchos profesores lo vi y es algo que yo trato en mi práctica clínica. El paciente se siente importante, y es respeto es dignidad". D3</i>
<i>"... Pues es fundamental e indispensable tratar de usar el lenguaje más elemental posible, pero sin alejarse de la realidad que tiene el diagnóstico y de los pronósticos. Inclusive cuando hay que dar noticias fatales. Hay que hacerlo con discreción, con ternura, con acompañamiento". D5</i>
<i>"... Teniendo en cuenta que la otra persona que tienen enfrente es un ser humano que necesita no solamente que le hagan un diagnóstico o que le inicien un tratamiento, sino que muchas veces lo que necesitan es ser escuchados y que a través de escucharlos pueden inclusive llegar a la raíz de problemas que pueden estar somatizando desde su parte psicológica y de esta manera mejorar su salud integral". D7</i>
<i>"... Lo hago antes de empezar la ronda con aquellos pacientes que sé que tienen algunos diagnósticos que pueden generar victimización... Por ejemplo, esta niña vamos a considerar que fue, víctima de violencia o abuso sexual. No vamos a volver a preguntar esto, a revictimizar a la niña. Entonces eso yo lo hago antes de entrar. Entonces es una estrategia para que ellos comprendan que esa persona no se siente bien con ese tema de estarle preguntando cosas así". D6.</i>
<i>"... Tienen una capacidad de conocimiento y de entendimiento diferentes y eso probablemente nos ha obligado a la necesidad de ser más explicativos, tratar de ser más amables al momento de entregar la información con respecto al estado de enfermedad o de salud de las personas. eso es humanización y calidad". D5</i>

**Contexto Sociocultural**

En el aspecto de sensibilidad cultural y social, los docentes enfatizaron en la importancia del abordaje integral del paciente, desde su entorno social hasta las experiencias difíciles que pudieran haber afrontado; así mismo recalcaron que la exposición a estas experiencias les

permite a los estudiantes comprender mejor sobre los diferentes contextos que viven las familias y así entender sus necesidades emocionales.

Para los estudiantes, el ser conscientes de las vivencias de los pacientes y sus familiares en el mundo real les permitió conocer sus desafíos y comprender el contexto sociocultural en el cual se desenvuelven. En cuanto a lo personal, expresaron que su núcleo familiar primario ha sido la fuente de inspiración para la replicación y modelamiento de figuras empáticas, como sus padres o sus abuelos (ver Tabla 3).

Durante la observación se pudo vivenciar una situación en la cual los estudiantes son expuestos a una familia yukpa (etnia indígena que vive entre Colombia y Venezuela en condiciones de vulnerabilidad), quienes usan un dialecto diferente y que por desplazamiento llegaron al hospital. Se evidenció cómo las actitudes empáticas por parte de los estudiantes, que se mostraron conmovidos y se valieron de señas y dibujos a la hora de comunicarse para hacerse entender, permitiendo el acercamiento y la integración a una atención más humanizada.

### **Tabla 3**

#### *Voces in vivo - Contexto sociocultural*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>"Donde yo estudié, la mayoría de los pacientes eran del campo no tenían donde dormir, ni comer los familiares, con ellos aprendimos a buscar una alternativa para resolver la situación". E4</i>
<i>"La referencia máxima que yo tengo de empatía es mi papá. Mi papá es una persona que se ha enfocado mucho por trabajar el tejido social y el bienestar de las personas". E9</i>
<i>"En mi caso, particularmente desde mi casa, mi mamá es una persona muy servicial, entonces siempre he tenido presente que si no sirvo para servir. no, no voy a hacer nada en este mundo literalmente". E8</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>"Yo siempre les insisto en que pediatría es completo, que vemos completa la parte social que abordamos al paciente pediátrico desde todo su entorno... Entonces ellos se van dando cuenta según la población que manejamos que no muchos niños la tienen fácil y les ha tocado vivir muchas situaciones sociales y familiares difíciles... Y pues así la experiencia de ver a mis estudiantes en estas situaciones los vuelve más sensibles". D4</i>

## ***Autoeficacia***

Los estudiantes reflexionaron sobre cómo el desarrollo de la empatía clínica les permitía ser mejores personas y profesionales, tener sentimientos de satisfacción y agradecimiento con su labor profesional. Para los docentes, la experiencia les ha mostrado que este proceso lleva tiempo y está influenciado por múltiples factores como la personalidad, el autoaprendizaje de experiencias previas lo que lleva a madurar las percepciones y analizar aún más el propio actuar (ver Tabla 4).

Esto se confirmó con las observaciones realizadas, en donde la autoeficacia fue un factor presente en el desempeño y bienestar de los profesionales de la salud en formación. Que permitió a los estudiantes mantener una actitud proactiva hacia el aprendizaje y una comunicación empática con sus docentes, pacientes y familiares.

### **Tabla 4**

#### *Voces in vivo - Autoeficacia*

<b>Voces <i>in vivo</i> de los estudiantes</b>
<i>“Nos brinda tranquilidad, a nosotros de saber qué las cosas se están haciendo como se deben hacer, que se están haciendo lo mejor que se pueda”. E7</i>
<i>“Creo que la empatía, me ayuda a ser mejor persona, a sentirme mejor y como profesional...pues cuando son médicos empáticos atraen”. E4</i>
<i>“Al ser yo empático con el paciente, realmente lo que me ocasiona a mí es una satisfacción, que estoy haciendo algo que yo quisiera que hicieran conmigo y con mi familia”. E11</i>
<b>Voces <i>in vivo</i> de los docentes</b>
<i>“Yo pienso que eso fue como autoaprendizaje, o sea, como autodidacta, Realmente yo nunca tuve como una persona que me dijera, mira, cuando se presenta esta situación la debes abordar de tal manera. Obviamente si veía como lo hacían mis docentes...nunca fue como que en un salón de clase o como que un docente me dijera cómo abordarlo, Fue cuando me tocó a mí que lo hice”. D3</i>

## **Proceso De Enseñanza – Aprendizaje De La Empatía Clínica**

### ***Aprendizaje Vicario***

De acuerdo con Manzueta (2022), este es un proceso que inicia con la observación de un modelo por un espacio de tiempo, realizando procesos de análisis y autorreflexión, para luego poner en práctica o imitar lo aprendido, permitiendo la modificación de las conductas aprendidas, influenciadas por el entorno social y motivadas por los sentimientos positivos de autoeficacia.

Se observó en los estudiantes y docentes tres conceptos fundamentales: el *role modeling*, la intersubjetividad y la exposición a modelos negativos. En el primero aspecto, los docentes y estudiantes recalcaron la importancia del *role modeling*, en una ronda médica se observó cómo D7 le preguntó a la madre, mirándola a la cara y dándole palmada en la espalda, ¿cómo se ha sentido?, ¿cómo pasó la noche el paciente?, si había presentado dolor y si había tolerado vía oral, conducta que fue similar a la realizada posteriormente por los estudiantes E5 y E7 en la entrega de turno en una ronda posterior.

En relación con la intersubjetividad, o capacidad para entender el contexto social y las necesidades emocionales de los pacientes, en las rondas médicas se observaron varias inconformidades en los familiares de los pacientes debido a retrasos en la asignación de camas, en reportes de laboratorio e interconsultas que podrían generar prolongación en tiempo de hospitalización; estos conflictos fueron resueltos por el equipo interdisciplinario a través de comunicación asertiva y efectiva.

Los estudiantes y docentes también opinaron sobre el impacto de exposición a modelos negativo, su influencia nociva en las relaciones médico paciente y en la convivencia en las comunidades de aprendizaje, y cómo puede impactar en la formación de una identidad profesional como médico empático (ver Tabla 5).

**Tabla 5***Voces in vivo - Aprendizaje vicario*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>“Me acuerdo de varios doctores que trataron muy bien a los pacientes, que eran muy amables, los trataban como si fuera un amigo más, eran como muy amorosos con ellos, entonces mirábamos el ejemplo de ellos, los miraba uno como buenos ejemplos, entonces yo pensaba quiero ser como él”. E14</i>
<i>“Me llamaba mucho la atención los docentes que estaban pendientes con las medicaciones de muchos pacientes que no cuentan con los recursos y resolvían la situación por medios propios o por muestras de visitantes médicos, pero estaba como que pendiente de la fórmula de ellos y de brindarles ayuda”. E17</i>
<i>“Hay docentes que ni siquiera eran empáticos con nosotros que éramos sus estudiantes. Yo pensaba cómo es posible, es un repelente a la hora de hablarle a un paciente y se ponen rabiosos y si un paciente les hace una pregunta”. E16</i>
<i>“...Hay docentes que ni siquiera ven un paciente, nosotros se los comentamos y de pronto dice “bueno entonces siga igual” deben ser más empático con los pacientes, estos tienen ganas de que un médico vaya, lo vea, que le diga cómo está, cómo le ha ido, qué le falta, que no le falta, cómo va su proceso”. E15</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>“Un profesor de cardiología, nos hablaba de las enfermedades lo que tenía que enseñarnos. Pero él nunca se enojaba. Nunca levantaba la voz. Nunca regañaba. Nos trataba como hijos. Eso me pareció. Bárbaro. Me pareció fantástico. Nunca, nunca, nunca había tenido un profesor de esas características. Sí, y me pareció lo mejor”. D5</i>
<i>“Bueno, yo pienso que no hay mejor forma de enseñar que el ejemplo, o sea, no creo que haya otra forma. Así que en la medida en que esas situaciones se presenten en presencia de ellos, no es como aislarlos, sino involucrarlos, Y en la medida que van a surgir preguntas de esos papás, tratar de resolverlas de la mejor manera y que ellos lo presencien para luego poder imitar la conducta observada”. D3</i>
<i>“Si tus estudiantes observan, por ejemplo, que tú conversas con una mamá que te está diciendo que no tiene para el almuerzo porque su economía no se lo permite y te ven que tú te pones en la gestión de mirar, como ella puede por lo menos lograr una comida al día. Eso va a impactar más a que si uno les da el sermón de que deben hacer las cosas”. D8</i>
<i>“Si un estudiante dentro de su práctica clínica lo que evidencia es un profesor indiferente, grosero; empieza a que esa normalizar esa actitud y luego la repite como un patrón de conducta asumiendo que si sus profesores manejan así la situación, entonces eso está bien”. D6</i>

***Herramientas didácticas***

Los estudiantes y docentes apoyaron el uso de metodologías participativas y de práctica reflexiva para la adquisición de la empatía clínica, pero estas fueron experiencias aisladas y

ocasionales. Durante las observaciones realizadas en el trabajo de campo no se evidenciaron herramientas específicas que apoyen esta categoría.

Así mismo algunos docentes (D3 y D4) propusieron algunas estrategias que podrían realizarse en contextos diferentes a una ronda médica, relacionadas con herramientas didácticas para la enseñanza de la empatía clínica (ver Tabla 6).

## Tabla 6

### *Voces in vivo - Herramientas didácticas*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>“Una película si creo que fue el niño el del pijama de rayas..., él encontró, digamos, un soporte o un polo a tierra de una persona que, pues todos los días sabía escuchar, sabía hablarle y sabía tratar cada una de las emociones”. E10</i>
<i>“En Ética médica aprendimos muchas cosas sobre la empatía. Hablábamos sobre, fundamentalmente sobre los valores, sobre el respeto hacia el paciente, la amabilidad, o sea, todos estos factores que envuelven el aprendizaje la empatía, reflexionando con casos simulados”. E10</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>“Cuando les pase a ellos, cuando sean ellos los que estén frente a eso... yo les digo yo soy la mamá y tú eres el médico. ¿Cómo me explicarías que mi hijo tiene bronquiolitis? O sea, ponerlos a practicar en escenarios que pueden presentarse. Entonces el ejemplo y eso de practicar cómo enfrentarían esas situaciones”. D3</i>
<i>“Teníamos jornadas académicas en el auditorio donde se hacían una presentación de casos intentando solucionar los problemas de la mayoría de las pacientes que estuvieran hospitalizados, tratando de resolver las situaciones que tenían para poder comprender mejor las situaciones que ellos padecían”. D4</i>
<i>“La inteligencia artificial les va a servir a ellos para buscar, a preguntarle cómo es la mejor manera de explicarle, a alguien que no es médico, que tiene bronquiolitis, que busquen herramientas. No creo que debamos luchar en contra de la tecnología, sino usarla a nuestro favor”. D3</i>
<i>“Digamos que antes de llegar a la parte clínica los estudiantes tuvieran un taller de simulación para, que pudieran este revisar todas esas, emociones, enfrentarse a diagnósticos, a procedimientos, este etcétera que pues tiene el paciente y podernos colocar en sus zapatos”. D4</i>

### **Experiencias clínicas**

Durante una ronda médica se observó que el D3 le explicó a un familiar de forma clara y sin usar lenguaje técnico acerca de su evolución, del reporte de los laboratorios y conductas a

seguir; al finalizar, le preguntó al familiar si tenía alguna pregunta duda o inquietud para ser resuelta. Esta conducta se repitió también con los pacientes que continuaron hospitalizados.

Inmediatamente el E7 realizó la misma pregunta a los familiares con quienes trataba y se aseguró si todo lo explicado había quedado claro, para imitar una conducta empática aprendida en el sitio de práctica

Se encontró que los estudiantes reconocían cómo el contacto con pacientes era capaz de generar la capacidad de autorreflexión para comprender mejor y poder canalizar las emociones de los pacientes durante la atención médica. Los docentes resaltaron la importancia de un modelo experto durante la práctica clínica en escenarios reales, como pilar fundamental para lograr experiencias empáticas con efectos positivos sobre la salud del paciente y la calidad de vida del profesional en salud (ver Tabla 7).

Tanto en la observación directa como en los espacios de preguntas a estudiantes y docentes, se evidenció que las experiencias clínicas con pacientes de la vida real brindaban a los estudiantes la oportunidad de desarrollar empatía clínica. Según Hojat (2002), estas experiencias ponen a los estudiantes en un contexto en el que se enfrentan a las preocupaciones y el sufrimiento de los pacientes, lo que permite desarrollar habilidades como: comunicación asertiva, práctica reflexiva y autoeficacia, necesarias para establecer una relación médico-paciente eficiente.

**Tabla 7***Voces in vivo - Experiencias clínicas*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>“Pienso, que cuando uno viene muy seguido al hospital, por no decir que casi todos los días uno aprende a tener esa empatía, comprender casos, comprender situaciones, entender y colocarse de pronto en la situación de ellos”. E15</i>
<i>“Cuando empecé las prácticas en la universidad, conociendo los padecimientos de los pacientes, cómo los trataban nuestros profesores, que los escuchaban, los entendían, los comprendían y pues les brindaban soluciones también, en ese instante aprendí empatía clínica”. E6</i>
<i>“Cómo que nos prepare más para las realidades que uno ve cuando ya se empiezan a ver a pacientes, cuando empezamos a ver los pacientes, los tratamos sin ninguna preparación. Es decir, a nosotros no nos dicen como que miren, se pueden encontrar casos así y de pronto pueden actuar de cierta manera, pueden hacer esto o lo otro”. E16</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>“Yo pienso que es desde el principio, desde que el estudiante, por ejemplo, inicia las prácticas clínicas, que puede ser desde 6.º semestre que empieza a ir al hospital. Es poder tener una inducción donde no solamente se hable de cuáles son los servicios que hay en este hospital. Sino que se hable de cómo se debe tratar con respeto al paciente. Yo entiendo que esto no va a asegurar que lo vaya a hacer por siempre, pero asegura que de pronto, desde el principio se marque una pauta de cómo deberían ser las cosas”. D6</i>
<i>“Entonces yo creo que arrancar desde que ellos empiezan a ir al hospital es clave y el acompañamiento, o sea que ellos puedan ver como nosotros lo hacemos, cómo le hacemos las preguntas a la mamá, Qué respondemos cuando ellas nos hacen una pregunta. Entonces, empezar temprano desde la universidad”. D3</i>
<i>“Pues somos de la generación en que de pronto ni siquiera se hablaba de humanización. Y pues tuvimos profesores que de pronto nunca nos enseñaron. Nunca tuvieron la delicadeza de decirnos hay que atenderlos como si fueran tus propios padres o como si fueras tú. Jamás. Aparentemente sabías, pero nada de como comunicarse. Ni tampoco lo hicieron de la mejor manera. Entonces. ¿Qué heredamos nosotros de esa enseñanza? Pues muchas cosas negativas, creo”. D5</i>

**Retroalimentación**

La retroalimentación se considera fundamental para una educación de calidad, ayudando a mejorar el desempeño de los estudiantes. Al respecto, en ocasiones durante la observación se vio cómo los docentes no brindaron retroalimentación empática a los estudiantes luego de acontecimientos como no dirigirse al paciente por su nombre o no responder inquietudes por parte de familiares. Casos así podrían contribuir a normalizar este tipo de conductas disruptivas en la relación médico paciente de los alumnos.

A pesar de la importancia de esta estrategia educativa para la adquisición de habilidades empáticas, es de anotar que ningún estudiante recordó ningún pasaje compatible con un *feedback* efectivo durante su carrera de pregrado. Por otra parte, el D6 reflexionó sobre la importancia de retroalimentación positiva que favorezca un proceso de autorreflexión en los estudiantes, para modificación de conductas poco empáticas y el E14 narró de manera implícita un proceso de retroalimentación (ver Tabla 8).

### **Tabla 8**

#### *Voces in vivo - Retroalimentación*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>“Pues los profesores nos decían que hay que ser muy decente con ellos, explicarles muy bien, porque algunas veces como que hay médicos que le dicen: tiene tal cosa, pero nunca se toman el tiempo de explicarles”. E14</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>“... Cuando yo veo una conducta en un estudiante que está en proceso de aprendizaje, que está lejos de la empatía, puedo llamarlo aparte y decir mi hijo, acabamos de ver esta situación, ¿usted cómo puede evaluar esto? Mira que de pronto ante esta manera, como le dijiste, esta información a la madre se sintió muy mal. O ante esta burla que usted hizo, o lo que sea, se le haga la retroalimentación y diga cómo podemos mejorarlo la próxima vez vas a tener oportunidad de hablar con esta mamá. Esperamos que lo haga”. D6</i>

### **Desafíos de la enseñanza de la empatía clínica**

#### *Erosión de la empatía clínica*

Este proceso multifactorial afecta directamente la relación médico–paciente. Dentro de las barreras para la enseñanza, tanto por los estudiantes como los docentes, se encontraron el síndrome de *burnout*, la prevalencia de calificación cuantitativa, la sobrecarga académica y las limitaciones del sistema de salud.

Durante la observación se presentaron conductas en donde la erosión de la empatía fue evidente y se reflejó en las actitudes presentadas por los docentes y sus estudiantes. Por ejemplo, se inició una ronda médica sin saludar al familiar, el interno se dirigió al paciente con el número

y no por su nombre, sin hacer contacto visual y no recibió retroalimentación empática por parte del docente.

Adicionalmente, los estudiantes y los docentes compartieron sus opiniones sobre la erosión de la empatía (ver Tabla 9).

**Tabla 9**

*Voces in vivo – Erosión de la empatía*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>“Uno se va volviendo de pronto un poco más robot en cuanto pasa el tiempo. Ya pues decimos las frases que tenemos instauradas en la mente que tenemos como mecanizadas”. E1</i>
<i>“Pero pienso que a veces esa falta de tiempo con respecto al sistema de salud. Que nos debería de abrir un poquito más de tiempo”. E10</i>
<i>“También la falta de recursos muchas veces en un hospital hace que uno se frustre porque no puede, como brindar toda la atención”. E13</i>
<i>“mucho trabajo, muchas horas que de pronto quizás realiza uno como estudiante, como médico, el cansancio, por ejemplo. Aquí estamos con 18 horas encima”. E15</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>“Y después cuando uno es profesional, por el tiempo que le dan a uno para contestar, hacer una consulta, nosotros estamos limitados”. D8</i>
<i>“Entonces yo pienso que la carga académica y que me dice de la nota solo esperan la nota, influye mucho en que ellos se vuelven como unos robots, tienen el tiempo determinado para hacer tal cosa, entonces no le dedican más tiempo a ese paciente que le tocó, porque eso sería para ellos pérdida de tiempo”. D2</i>
<i>“La mayor mirada hay que darla al docente no es infrecuente ver tantos docentes con la indiferencia de los años, de la costumbre, tan apartados que ellos creen que esa es la conducta”. D6</i>

***Permanencia de la empatía clínica***

Con relación a la permanencia de la empatía, que permite preservar y mejorar la calidad en la atención en salud de los pacientes. En el caso de los estudiantes, tanto con la observación como en los foros se evidenció que tener contacto directo con pacientes les ayudó a desarrollar conductas empáticas.

Por otra parte, los docentes plantearon estrategias para abordar la permanencia de la empatía, como la participación en brigadas de salud, la mirada a los aspectos de la salud mental

de los estudiantes, la reflexión de sus metas y la capacitación a los docentes en estrategias que les permitan mejorar sus habilidades de comunicación y enseñanza de empatía. De todas estas propuestas no se evidenció ninguna durante la observación de las actividades diarias (ver Tabla 10).

## Tabla 10

### *Voces in vivo – Permanencia de la empatía*

<b>Voces in vivo de los estudiantes</b>
<i>“Siento que soy un poco más empático. Claro que sí. Digamos que ese roce, esa interacción cada día con los pacientes, nos ha tocado esa parte más sensible”. E10</i>
<i>“... Después de uno ver lo que pasa, mucha gente, la dificultad que tienen muchas personas, siento que eso lo hace a uno más persona de lo que uno era cuando entró”. E13</i>
<b>Voces in vivo de los docentes</b>
<i>“... Es recordarles el inicio, o sea, recordar el por qué estás aquí, por qué quería llegar a este momento. Por qué decidió ser médico”. D1</i>
<i>“Yo pensaría que en esos casos en los que queremos volver a sensibilizarlos, sería, incluirlos en actividades sociales, Incluirlos en realizar o ir a brigadas de salud, jornadas en los lugares menos favorecidos para que ellos pues se sensibilicen”. D4</i>
<i>“Bueno, es importante abordar la salud mental de los estudiantes. Tener en cuenta que, si un estudiante no tiene una salud mental adecuada, o digamos que, contenida y abordada de forma adecuada, pues también sería difícil que ofrezca el 100 % de su empatía”. D6</i>
<i>“Dentro de las universidades, los docentes deberíamos recibir también, educación y estrategias, No solamente el estudiante, sino nosotros como docentes también deberíamos recibir algún tipo de enseñanza, diplomado, cursos, talleres no sé, algo que nos brinde a nosotros las herramientas para nosotros poder transmitir a través de diferentes estrategias, que no sea solamente una asignatura que haga parte de una malla académica, sino que sea de todos los semestres y que sea un compromiso de cada docente”. D8</i>

## Discusión

La empatía clínica es un proceso complejo que implica varios aspectos esenciales para su práctica y aporta múltiples beneficios en la relación médico-paciente. Un pilar fundamental es la comunicación asertiva y efectiva, estrechamente vinculada a la comprensión de las emociones y perspectivas del paciente (Hojat *et al.*, 2015). Los hallazgos indican que la tolerancia, el respeto por diferentes opiniones, las vivencias de los pacientes y sus familias, el establecimiento de relaciones de confianza, la escucha activa y el reconocimiento del paciente por su nombre son factores significativos para establecer relaciones empáticas. Estos aspectos, alineados con estudios previos (Street *et al.*, 2009; Maza *et al.*, 2023; Gonella *et al.*, 2022), enriquecen la formación de los estudiantes y el abordaje integral del paciente por los profesionales de la salud.

Los estudios de Lim *et al.* (2013), Hojat *et al.* (2023), Zhou *et al.* (2021) y Pohontsch *et al.* (2018) destacan que la comunicación asertiva y efectiva reduce el estrés y la ansiedad tanto en pacientes como en el personal médico, mejorando la experiencia en la atención médica. Estas habilidades también ayudan a los profesionales a manejar situaciones desafiantes. Además, se subraya la importancia de diferenciar entre el lenguaje técnico y el común para comunicarse claramente con los pacientes y sus familias, facilitando su comprensión del saber médico (Rodríguez *et al.*, 2021; Samarasekera *et al.*, 2023). En otras palabras, tanto en la observación como en los espacios de entrevista y grupo focal, se evidenció que el entrenamiento en habilidades comunicativas puede mejorar las relaciones interpersonales y fomentar una atención integral a los pacientes.

El contexto sociocultural, que incluye factores culturales y sociales, es crucial para el desarrollo de habilidades empáticas tanto en pacientes como en estudiantes (Light *et al.*, 2019; Gleichgerricht *et al.*, 2013; Pedersen *et al.*, 2018). Los resultados demuestran la importancia de

un enfoque integral del paciente, que implique la interacción directa y la consideración de su entorno social y experiencias difíciles. Estas experiencias permiten a los estudiantes ser conscientes de las vivencias de los pacientes y comprender mejor sus contextos socioculturales. Además, el núcleo familiar de los estudiantes puede servir como un pilar de aprendizaje de empatía por las experiencias que narraron algunos estudiantes.

En cuanto a la autoeficacia, entendida como un proceso de autorreflexión y motivación en el desarrollo de la empatía, las narrativas analizadas indican que esta les ayuda a los estudiantes a ser mejores personas y médicos, y les permite expresar gratitud en sus actividades. Aunque influida por la personalidad, destacan que el autoaprendizaje y las experiencias previas son cruciales para el bienestar y desempeño de los profesionales de la salud. Estos hallazgos coinciden con la literatura existente (Bandura *et al.*, 2018; Rodríguez *et al.*, 2020; Paloniemi *et al.*, 2021).

En el aprendizaje vicario, observar a un modelo activa un grupo de neuronas espejo en los grupos sensoriales y motores, permitiendo al aprendiz sentir emociones similares e imitar conductas empáticas del tutor (García, 2011; Gallese, 2003). Un aspecto crucial de este aprendizaje es la intersubjetividad, la capacidad de entender los sentimientos, pensamientos y padecimientos de los pacientes, esencial para desarrollar una relación empática. El entorno social y la convivencia prolongada con docentes y compañeros inspiradores permiten al estudiante adquirir habilidades, estrategias, creencias y actitudes, modificando su conducta en el proceso de aprendizaje. Por lo tanto, se necesitan modelos a seguir con un amplio entrenamiento en empatía clínica para que los aprendices desarrollen una identidad profesional con altos niveles de autorreflexión y autoeficacia (Bandura *et al.*, 2004; Horsburgh *et al.*, 2018; Assing *et al.*, 2022).

Las experiencias clínicas permiten a los estudiantes desarrollar empatía hacia los pacientes, fomentando habilidades de comunicación asertiva, reflexión y autoeficacia para establecer una relación médico-paciente efectiva. El modelado de roles es eficaz en la práctica clínica para el desarrollo de habilidades blandas como la empatía clínica (Hojat *et al.*, 2023). Por otra parte, la literatura describe programas de pregrado con experiencias clínicas tempranas desde los primeros semestres para integrar la formación teórica y práctica y favorecer la adquisición de empatía clínica (Assing *et al.*, 2022; Pohontsch *et al.*, 2018).

La retroalimentación efectiva es necesaria para mejorar la relación entre estudiantes y docentes, así como entre médicos y pacientes. Esta fomenta sentimientos de autoeficacia en los estudiantes y una mejor identidad como médicos empáticos (González, 2021). Es necesario establecer una comunicación abierta para que el profesor pueda guiar el aprendizaje, ya que los estudiantes pierden interés en el *feedback* cuando no hay una buena relación empática con los profesores (López-León, 2023). La retroalimentación debe fomentar la autoevaluación, la autorreflexión, el cambio conductual y el crecimiento profesional, de lo contrario será percibida como vaga y creará una brecha entre las expectativas del docente y la percepción del estudiante, dificultando la enseñanza de la empatía clínica (Ramani, 2019).

La literatura describe diversas herramientas didácticas, como discusiones grupales sobre experiencias vividas, uso de películas y trabajo con pacientes reales o simulados, que aumentan la autoconciencia y la reflexión (Zhou *et al.*, 2021). También se utilizan grabaciones de encuentros con pacientes, exposición a modelos positivos, juegos de rol, representaciones teatrales, navegadores de pacientes y escritura reflexiva para mejorar habilidades narrativas. (Schweller *et al.*, 2018; Assing *et al.*, 2022). Aunque en el contexto de rondas médicas no se evidenciaron alguna de estas estrategias de enseñanza de empatía clínica, los docentes

expresaron que en otro tipo de entornos, reales y simulados, es importante entrenar en aspectos afectivos, éticos y morales para gestionar emociones, al igual que en la práctica real.

La erosión de la empatía, descrita por Zhou *et al.* (2021), Hojat *et al.* (2023), Samarasekera *et al.* (2023) y Pedersen *et al.* (2018), se manifiesta de manera progresiva y multifactorial, impactando tanto el proceso de enseñanza como la atención integral del paciente. Este fenómeno se evidenció con observaciones y experiencias contadas por los estudiantes en situaciones como: carga académica elevada, evaluaciones basadas en criterios cuantitativos, las limitaciones del sistema de salud (como el tiempo reducido en las consultas y la escasez de recursos) y la prevalencia del síndrome de *burnout*, este último fue mencionado por estudiantes y docentes. Se observaron comportamientos poco empáticos, como iniciar la interacción médica sin saludos, referirse al paciente de manera impersonal por un número y evitar el contacto visual, acompañado de una falta de retroalimentación por parte de los docentes, lo que resulta en una disminución en la calidad de la relación médico-paciente.

La preservación y mejora de la calidad en la atención médica se relaciona directamente con la permanencia de la empatía, según Vidal *et al.* (2015). Esto se logra mediante la implementación de estrategias y herramientas que reduzcan el agotamiento empático, como sugiere Krasner *et al.* (2009). Los docentes sugirieron intervenciones como la participación en jornadas de salud dirigidas a poblaciones vulnerables y el abordaje de la salud mental de los estudiantes, utilizando técnicas para gestionar el estrés emocional. Además, los mismos docentes reconocieron la importancia de capacitarse en estrategias que fomenten la transmisión de conocimientos empáticos, lo que está en línea con los hallazgos de la literatura existente.

## Conclusiones

A partir de los resultados, es posible concluir que:

- a) El proceso de comunicación asertiva y efectiva es un componente primordial para establecer una comunicación empática con el paciente; así mismo, diferenciar entre el uso de lenguaje técnico y no técnico como estrategia permite el desarrollo de esta habilidad.
- b) La enseñanza de la empatía clínica se realiza como un proceso inconsciente en la mayoría de los momentos, se hace necesario el transformarlo en un proceso consciente para una enseñanza eficaz y significativa.
- c) El principal proceso de enseñanza identificado tanto por docentes como estudiantes es el aprendizaje vicario, como pilar de ejemplo e imitación para la reproducción de las conductas empáticas. Para los docentes la figura de modelado fundamental fueron sus profesores y para los estudiantes su modelo a seguir fueron sus padres.
- d) Durante la investigación no se identificaron herramientas didácticas, ni estrategias de aprendizaje específicas para la enseñanza de la empatía clínica en el contexto de los métodos de recolección de datos, por estudiantes ni docentes.
- e) Aspectos como las experiencias clínicas fueron identificadas como uno de los principales escenarios en la adquisición de habilidades socioemocionales. La retroalimentación se presentó en pocos casos de una manera transitoria y no estructurada.
- f) El fenómeno de erosión de la empatía también se evidencia, con incidencia de factores similares a los descritos en la literatura. En relación con la permanencia de la empatía, los docentes propusieron algunas actividades para garantizar el mantenimiento de esta en el tiempo.

## Recomendaciones

Se sugiere diseñar e implementar un programa de entrenamiento a los docentes para la adquisición de habilidades socioemocionales que incluya empatía clínica. Otras estrategias sugeridas son: talleres de mindfulness; cursos de comunicación enfocados a la escucha activa, retroalimentación constructiva, lenguaje corporal positivo y oratoria. Esto garantiza que el cuerpo docente, como principal modelo a seguir durante la formación médica, sea el eslabón que permita la integración de habilidades socioemocionales en los estudiantes en un escenario de prácticas.

Debido al contexto en el que se realizó la observación, es entendible que los docentes no puedan aplicar las estrategias que mencionaron en las entrevistas. Sin embargo, se propone que en otros espacios académicos en el hospital se puedan organizar talleres en escenarios de simulación, con técnicas de *role playing* y *debriefing*, que permitan el entrenamiento en habilidades blandas para la gestión de emociones, el abordaje de conductas empáticas a los estudiantes.

Promover la exposición temprana a experiencias clínicas, así como la participación en brigadas de salud en comunidades vulnerables y actividades socioculturales, que incentiven la práctica reflexiva para que los estudiantes adopten conductas empáticas.

Se debe continuar la investigación para la creación de herramientas que fomenten la enseñanza de la empatía clínica en las rondas médicas y en los lugares de trabajo.

Para reflexionar: La empatía clínica se puede enseñar, pero no basta solo con palabras. El docente es un modelo a seguir y sus acciones importan para que lo conceptual cobre sentido en la práctica.

### **Limitaciones y Conflicto de interés**

Para la realización del presente estudio no se encontraron limitaciones, ni existe un conflicto de intereses por parte de las investigadoras.

## Referencias

- Álvarez Álvarez, C. (2008). La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gazeta de Antropología*, 24(1).
- Asociación Médica Mundial (21 de marzo de 2017). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*. Asociación Médica Mundial. Recuperado el 28 de octubre de 2023 de:  
<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Assing Hvidt, E., Ulsø, A., Thorngreen, C. V., Søndergaard, J. y Andersen, C. M. (2022). Empathy as a learning objective in medical education: using phenomenology of learning theory to explore medical students' learning processes. *BMC Medical Education*, 22(1), 1-12. 628 <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03696>.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review Of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education y Behavior*. 31(2):143-164.
- Bandura, A. (2018). Toward a Psychology of Human Agency: Pathways and Reflections. *Perspectives Psychological Science*, 13(2):130-136.
- Bannister, S.L., Dolson, M.S., Lingard, L. *et al.* (2018) Not just trust: Factors influencing learners' attempts to perform technical skills on real patients. *Medical Education*, 52, 605–619
- CanMEDS 2015 Physician Competency Framework (Frank, 2015). The goal of the CanMEDS 2025 <https://www.royalcollege.ca/ca/en/canmeds/canmeds-25.html>

- Casas Luque, L. F. (2020). Diseño de una estrategia didáctica de enseñanza integral de la alteridad, la empatía y el valor de la compasión para profesionales de la salud. Disponible en: [https://ciencia.lasalle.edu.co/doct\\_educacion\\_sociedad/41](https://ciencia.lasalle.edu.co/doct_educacion_sociedad/41)
- Cleland, J. y Durning, S. J. (Eds.). (2022). *Researching medical education*. John Wiley & Sons.
- Colina Vargas, Y. A., Vélez Gaviria, M., Zapata Correa, T. A., Botero Posada, L. F., Gómez Gallego, R. y Marín Pineda, D. M. (2021). Quejas interpuestas en el Tribunal de Ética Médica de Antioquia contra los médicos ¿por qué los sancionan? *Iatreia*.
- Creswell, J. (2015). *Educational Research Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. Pearson.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., y Steinert, Y. (2018). Medicine as a community of practice: implications for medical education. *Academic Medicine*, 93(2), 185-191.
- Decety, J. (2010). The neurodevelopment of empathy in humans. *Developmental Neuroscience*, 32(4), 257-267.
- Decety, J. y Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Reviews Of Cognitive And Behavioral Neuroscience*, 3(2), 71-100.
- Dohrenwend, M.A. (2018). Defining empathy to better teach, measure, and understand its impact. *Academic Medicine*, 93(12):1754–6.
- Dupuy, L. P., y Salazar-Blanco, O. F. (2017). Concepciones sobre empatía: desarrollo de un instrumento para la evaluación formativa a partir de una experiencia docente con residentes de pediatría de la Universidad de Antioquia. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 20(5), 227-233.
- Fernandes, M., y Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de enfermería*, 24(1-2), 71-75

- Frank, JR, Snell, LS, Cate, OT, Holmboe, ES, Carraccio, C., Swing, SR, ... y Harris, KA (2010). La educación médica basada en competencias: de la teoría a la práctica. *Profesor de Medicina*, 32(8), 638-645.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36(4), 171-180
- Gamarra Hernández, G., Guzmán Mora, F., Jiménez Almanza, H., Ruiz Parra., Silva Herrera, M. (2020). Sentencias proferidas por el Tribunal Nacional de Ética Médica entre 2015-2019
- Gilligan, C., Outram, S., y Levett-Jones, T. (2017). Recommendations from recent medical, nursing and pharmacy graduates to improve interprofessional education in undergraduate programs: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 17(1), 209.
- Gilma, C., Ariza MSc, K., Santamaría MEd, A., y Moreno MSc, S. (2021). Educación médica basada en competencias: revisión de enfoque. *Universitas Medica*, 62(2).
- Gleichgerrcht, E., y Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PloS one*, 8(4), e61526.
- Gómez Restrepo, C., Escobar, AG, De la Hoz, F., Londoño, A. y Tamayo, ME (2007). Formación integral en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(2), 22-30.
- Gonnella, J.S., Callahan, C.A., Veloski, J.J., DeSantis, J. y Hojat, M. (2022). *Fifty years of findings from the Jefferson Longitudinal Study of Medical Education*. Springer.
- González Triviño, P., Aponte, C., Góngora, S., Leal, J., Carrillo, D., Díaz-Martínez, L. A., y Restrepo Escobar, J. A. (2021). Comunidades de práctica en educación médica: relación con la enseñanza clínica. *Educación Médica*, 22(Supplement 6), 509–513.

- Harz, D., Begin, A.S., Alansari, R., Esparza, R., Zimmermann, C., Evans, B.D. *et al.* (2023). The art of empathy: Teaching empathy through art. *Clinical Teacher*.  
<https://doi.org/10.1111/tct.13643>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2018). Metodología de la investigación (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hojat, M., De Santis, J., Speicher, M., Braga, L. y Calabrese, L. (2020). Does empathy decline in the Clinical phase of medical education? A nationwide, multi-institutional, cross-sectional study of students at DO-granting medical schools. *Academic Medicine*, 95, 911–8.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Vergare, M. y Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*; 159,1563-69.
- Hojat, M. y Gonnella, J.S. (2011). Eleven years of data on the Jefferson Empathy Scale, medical student version (JSE-S): indirect norm data and tentative cut scores. *Principles and Medical Practice*, 20(5), 461-468.
- Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. Springer International Publishing.
- Hojat, M., Maio, V., Pohl, C.A. y Gonnella, J.S. (2023). Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discover Health Systems*, 2(8).
- Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K. *et al.* (2011). The devil is in the third year: a longitudinal study of empathy erosion in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182 -1191.

- Iacoboni, M. (2009). Imitation, empathy, and mirror neurons. *Annual review of psychology*, 60, 653-670.
- Karniol, R., Grosz, E., Schorr, I. y Schorr, T. (2015). Teaching empathy through guided imagery in medical education. *Journal of Biomedical Education*.
- Kaufman, D. M. (2018). Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. En: *Understanding medical education: evidence, theory, and practice* (37-69). Wiley Blackwell.
- Kitto, S. C., Chesters, J. y Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical journal of Australia*, 188(4), 243-246.
- Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J. y Quill, T.E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293.
- Krishnasamy, C., Ong, S. Y., Loo, M. E. y Thistlethwaite, J. (2019). How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Medical teacher*, 41(11), 1220–1231.
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., y Sultan, S. (2018). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice*, 19(1), 97.
- Larios Rosanía, J., Lobo-García, K., Fontalvo-Manga, M., Bilbao-Ramírez, J., Erazo-Coronado, A. M., Díaz-Narváez, V. y Bolaños-Barrios, J. (2018). Niveles de orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 34(2), 374-382.

Light, A., Gupta, T., Burrows, A., Nandakumar, M., Daniel, A. y Karthikeyan, S. (2019).

Learning empathy: the medical student perspective. *The clinical teacher*, 16(1), 76-77

Lim, B. T., Moriarty, H., Huthwaite, M., Gray, L., Pullon, S. y Gallagher, P. (2013). How well

do medical students rate and communicate clinical empathy? *Medical teacher*, 35(2), e946-e951.

Loayssa Lara, J. R., Ruiz Moral, R., García Campayo, J. (2009). ¿Por qué algunos médicos se

vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención primaria*, 41(11), 646–649.

Maza de la Torre, G., Motta Ramírez, G. A., Motta Ramírez, G. y Jarquín Hernández, P. M.

(2023). La empatía, la comunicación efectiva y el asertividad en la práctica médica actual. *Revista de sanidad militar*, 77(1). Disponible en:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0301696X2023000100001yscript=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0301696X2023000100001yscript=sci_arttext)

Moreto, G., González Blasco, P. y Craice de Benedetto, M.A. (2014). Reflexiones sobre la

enseñanza de la empatía y la educación médica. *Atención Familiar*, 21(3), 94-97.

Moreto, G., González Blasco, P. y 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

Navarro Rodríguez, M. (2000). Asertividad y Teoría de decisiones: El rol del orientador escolar.

Durango, México. <http://www.alejandria.com/00/colaboraciones.htm>

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., et al. (2011). Empathy decline and its reasons: a

systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009.

- Noreña, A. L., Alcaraz Moreno, N., Rojas, J.G, Rebolledo Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Nyumba, T., Wilson, K., Derrick, C. J. y Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and evolution*, 9(1), 20-32.
- Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*, 45(6), 293-299.
- Páez Cala, M. L. y Castaño Castrillón, J. J. (2020). Inteligencia emocional y empatía en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia). *Arch Med (Manizales)*, 20(2), 295-310.
- Patton, M. Q. (2015). The sociological roots of utilization-focused evaluation. *The American Sociologist*, 46(4), 457-462.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. London: Sage.
- Pavlicich, V. (2023). Agotamiento y resiliencia: los extremos del espectro del bienestar. *Emergencias Pediátricas*, 2(3): 139-141.
- Pedersen, R. (2018). Empirical research on empathy in medicine: a critical review. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1576-1586.
- Pohontsch, N. J., Stark, A., Ehrhardt, M., Kötter, T. y Scherer, M. (2018). Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *Psychology*, 52(1), 1-26.
- Rashid, M., Hodgson, C. S. y Luig, T. (2019). Ten tips for conducting focused ethnography in medical education research. *Medical Education Online*, 24(1).

Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (4 de octubre de 1993).

Restrepo, E. (2018). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Rodríguez R. y Cantero, M. (2020). Albert Bandura: Impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. *Padres y Maestros*, 384(1) 72-76.

Rodríguez Suárez, N., Prieto Martínez, P. (2021). El papel del lenguaje en la humanización de la salud. *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 105-120.

Romo, M. G. A., Montes, J. F. C. (2018). Gamificar el aula como estrategia para fomentar habilidades socioemocionales. *Directorio*, 8(31), 41.

Royero, F. P. (2009). El horizonte pedagógico sociocrítico en los procesos de formación. *Educación y Humanismo*, 11(17), 12-21.

Samarasekera, D. D., Lee, S. S., Yeo, J. H., Yeo, S. P. y Ponnampereuma, G. (2023). Empathy in health professions education: What works, gaps and areas for improvement. *Medical Education*, 57(1), 86-101.

Shapiro, J., Morrison, E.H. y Boker, J.R. (2009). Teaching empathy to first-year medical students: valuation of a literature and medicine elective course. *Health Education*, 22(2), 1-6.

Thoma, B., Karwowska, A., Samson, L., Labine, N., Waters, H., Giuliani, M. *et al.* (2023). Emerging concepts in the CanMEDS physician competency framework. *Canadian Medical Education Journal*, 14(1).

- Thomas, M.R., Dyrbye, L.N., Huntington, J.L. *et al.* (2007) How are distress and well-being related to empathy in medical students? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183.
- Vidal Madera Anaya, M., Tirado Amador, L. R. y González Martínez, F. (2015). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 185-192.
- Waters, H. M., Oswald, A., Constantin, E., Thoma, B. y Dagnone, J. D. (2023). Physician humanism in CanMEDS 2025. *Canadian Medical Education Journal*, 14(1), 13.
- Winter, R., Leanage, N., Roberts, N., Norman, R. I. y Howick, J. (2022). Experiences of empathy training in healthcare: a systematic review of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*.
- Zhou, Y. C., Tan, S. R., Tan, C. G. H., Ng, M. S. P., Lim, K. H., Tan, L. H. E. *et al.* (2021). A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC medical education*, 21(1), 1-15.

## Anexo 1. Consentimiento Informado

<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>
<p><b>Nombre de la Investigación:</b> Etnografía Educativa: Análisis de la Enseñanza de la Empatía Clínica para Estudiantes de Último Año de Medicina en un Hospital Universitario de Colombia.</p>
<p><b>Investigadores Responsables:</b> Denys Guerrero, Carmen Redondo y Diana Romero</p>
<p>Estimado participante,</p> <p>Le invitamos a participar en esta investigación en el marco de la educación médica como trabajo de grado de la Maestría en Educación para profesionales de la Salud de la Universidad del Rosario en convenio con la Pontificia Universidad Javeriana.</p> <p>El principal objetivo es analizar la enseñanza de la empatía clínica en el contexto educativo de estudiantes de último año de medicina en una Universidad de Colombia. Antes de que tome una decisión sobre su participación, le proporcionaremos información relevante sobre la investigación y sus derechos como participante.</p> <p>El propósito de esta investigación es comprender cómo se enseña la empatía clínica para estudiantes de medicina de último año y explorar sus consecuencias en la relación médico-paciente. Se utilizará una metodología cualitativa interpretativa con un diseño etnográfico educativo.</p> <p>Para llevar a cabo este estudio, los investigadores realizarán observación directa en lugares de práctica de docentes y estudiantes. También se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Durante el proceso de recolección de datos se registrarán notas de campo.</p> <p>Su participación en este estudio es completamente <b>voluntaria</b>. Tiene el derecho de negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias negativas en el desarrollo de su práctica clínica.</p> <p>Este estudio no tiene beneficios directos para usted. En este sentido, producto de su participación no se generan incentivos económicos ni de ningún otro tipo. Cabe destacar también que su participación en este estudio tampoco tendrá algún costo para usted, siendo la Investigadora Responsable quien se acerca al lugar donde usted estime conveniente para la realización de la encuesta y/o entrevistas.</p> <p>En tal sentido creemos que la investigación produce más bien beneficios indirectos en sus participantes puesto que les permitirá reflexionar y quizás comprender de forma holística aspectos importantes de la enseñanza de la empatía clínica y su impacto en la formación médica.</p>
<p><b>Los datos recopilados se mantendrán confidenciales y serán usados exclusivamente con fines académicos.</b> Su nombre o cualquier información que pueda identificarle NO se incluirá en los informes de investigación. Se utilizarán códigos por parte de las investigadoras para mantener la reserva del sumario. Los datos serán guardados de forma segura en una base de datos en la que solo tendrán acceso las investigadoras.</p> <p>En cualquier momento de la investigación, puede ponerse en contacto con Denys Guerrero al teléfono 3014619453 para preguntar sobre cualquier información adicional relacionada al estudio que le genere inquietud. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído, comprendido y aceptado participar en la investigación según lo descrito anteriormente.</p>
<p>Firma del Participante: _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre del Participante: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Participará como (marque con una x): Estudiante <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/></p> <p>Firma del Investigador Principal: _____ Fecha: _____</p>
<p>Su participación en este estudio es muy apreciada y contribuirá significativamente a nuestra investigación y le agradecemos por ser partícipe de este.</p>

## Anexo 2. Guión Grupo Focal - Estudiantes

Fecha:	Hora inicio:	Hora Finalización:	Plataforma:	Entrevistador:
<b>Grupo focal n.º</b>	<b>Participantes:</b>			
<b>1. Fase inicial</b>	<p>- Saludo y Presentación del Entrevistador.  - Presentación de los estudiantes.  - Introducción del entrevistador y explicación del propósito de la investigación.  - Informar sobre la naturaleza confidencial de la actividad.  - Presentación de un video introductorio para sensibilización sobre el concepto empatía clínica. <a href="https://youtu.be/aJGW4OxKHUg?si=qk_19KtwLPfSJWO9">https://youtu.be/aJGW4OxKHUg?si=qk_19KtwLPfSJWO9</a>  - Dar a conocer el concepto de “Empatía Clínica” que se utilizará en la investigación:</p> <p>“Capacidad que tiene el profesional de la salud para comprender las emociones y perspectivas del paciente, comunicarse efectivamente y responder de manera compasiva a sus necesidades emocionales y sociales”. (Hojat <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>Pregunta:</p> <p>1. ¿Consideras que te están educando en empatía clínica?</p>			
<b>2. Fase de Desarrollo</b>	<p>Se realizaron las preguntas abiertas previamente estructuradas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificación de cada interno antes de responder cada pregunta</li> <li>Moderar entre una intervención y otra</li> <li>Motivar ampliar sus respuestas con preguntas más concretas favoreciendo procesos de autorreflexión y pensamiento crítico</li> </ol> <p>Preguntas:</p> <p>2. ¿Qué beneficios tiene para ustedes ser un médico empático?  Adicionales: ¿Por qué creen que le puede ir mejor a sus pacientes? ¿En qué forma creen que podría hacerlos una mejor persona?</p> <p>3. ¿Ustedes consideran que son empáticos, me pueden contar alguna de sus experiencias?  Adicional: ¿Cómo creen que su profesión los ha vuelto más empáticos?</p> <p>4. ¿Cómo creen que sus docentes les enseñaron empatía durante su carrera de pregrado?  Adicionales: ¿Hay algún docente en especial que les enseñó a ser empático y de qué forma lo hizo?</p> <p>5. ¿Cómo aprendieron ustedes a ser empáticos? ¿De quién aprendiste más?</p> <p>6. ¿Cuáles consideran son las principales dificultades para aprender y mantener la empatía?  Adicionales: ¿Cuáles consideras que son los principales motivos por los cuales se ha deshumanizado la medicina en la actualidad? ¿Cómo consideras que es la mejor estrategia para que los médicos puedan ser empáticos después de muchos años de profesión?</p>			
<b>3. Fase de cierre</b>	<p>Preguntar sobre comentarios adicionales:</p> <p>7. Para finalizar, ¿tiene alguna sugerencia para que podamos mejorar la enseñanza de empatía clínica en los programas de medicina?</p> <p>Expresar agradecimiento por la participación y las aportaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informar sobre cualquier seguimiento futuro o información adicional.</li> </ul>			

### Anexo 3. Guión para Entrevista Semiestructura a Docentes

Fecha:	Hora inicio:	Hora Finalización:	Plataforma:	Entrevistador:
Entrevista n.º	Participante:			
<b>1. Fase inicial</b>	<p>- Saludo y Presentación del Entrevistador.  - Presentación del entrevistado.  - Introducción del entrevistador y explicación del propósito de la investigación.  - Informar sobre la naturaleza confidencial de la actividad.  - Presentación de un video introductorio para sensibilización sobre el concepto empatía clínica. <a href="https://youtu.be/aJGW4OxKHUg?si=qk_19KtwLPfSJWO9">https://youtu.be/aJGW4OxKHUg?si=qk_19KtwLPfSJWO9</a>  - Dar a conocer el concepto de “Empatía Clínica” que se utilizará en la investigación:</p> <p>“Capacidad que tiene el profesional de la salud para comprender las emociones y perspectivas del paciente, comunicarse efectivamente y responder de manera compasiva a sus necesidades emocionales y sociales”. (Hojat <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>Pregunta:</p> <p>1. ¿Considera que los estudiantes durante su formación profesional están siendo educados en empatía clínica? ¿Por qué?</p>			
<b>2. Fase de Desarrollo</b>	<p>Se realizaron las preguntas abiertas previamente estructuradas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderar las intervenciones con respeto y tolerancia.</li> <li>- Motivar a ampliar las respuestas con preguntas más concretas favoreciendo procesos de autorreflexión y pensamiento crítico.</li> </ul> <p>Preguntas:</p> <p>2. ¿Usted es consciente que está enseñando habilidades de empatía clínica a sus estudiantes, por qué?</p> <p>3. ¿Cuál considera que es nuestro rol como docentes para que los estudiantes puedan desarrollar empatía clínica? ¿Cómo podemos lograrlo?</p> <p>4. ¿Cómo cree que podríamos como docentes fortalecer la formación en empatía clínica en nuestros estudiantes?</p> <p>5. ¿Cuál es su opinión sobre cómo estamos educando en empatía clínica actualmente? ¿Utiliza alguna estrategia?</p> <p>6. ¿Durante su formación profesional tuvo algún referente que le inspirara o del cual aprendiera empatía clínica?</p> <p>7. ¿Qué hacía esta persona para inspirarle, para enseñarle, como lo hacía?</p> <p>8. ¿Cómo podríamos lograr que los estudiantes vuelvan a aumentar sus niveles de empatía?</p> <p>9. ¿Qué estrategias utiliza o propone para lograr esto?</p> <p>10. ¿Usted considera que hay alguna barrera como docentes para educar en empatía clínica a nuestros estudiantes?</p>			
<b>3. Fase de cierre</b>	<p>Preguntar sobre comentarios adicionales:</p> <p>11. Para finalizar, ¿tiene alguna sugerencia para que podamos mejorar la enseñanza de empatía clínica en los programas de medicina?</p> <p>Expresar agradecimiento por la participación y las aportaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informar sobre cualquier seguimiento futuro o información adicional.</li> </ul>			

## Anexo 4. Hojas De Observación Consolidado - Acontecimientos Destacables

**Fecha de inicio:** 1 de marzo 2024 **Fecha de Finalización** 30 de abril 2024

**Tiempo total de observación:** 30 horas

**Escenarios:** Rondas Médicas hospitalización piso Pediatría, urgencias pediátricas y consulta externa pediátrica.

**Estudiantes Observados:** 19 estudiantes

**Docentes Observados:** 6 docentes

**Tipo de observación:** No participante

Notas descriptivas	Notas reflexivas	Subcategoría
7:00 a.m. Observo a los internos que se encuentran organizando las historias clínicas y reportando laboratorios, se reparten los pacientes para agilizar el proceso y para realizar la presentación en ronda.	Durante la observación se evidenció que los estudiantes se apropian de los pacientes poniendo en práctica la autoeficacia, realizando un trabajo colaborativo dinámico autoorganizado y comprometido, como explica Bandura (2001), preparados para los desafíos que se presentan durante su práctica clínica.	CEC-AE
7:40 a.m. Inicia ronda médica, E7 presenta cada uno los pacientes por el nombre, días de estancia, diagnóstico, medicación que están recibiendo y evolución. Lo hace con lenguaje médico, durante la presentación, pero al explicar al familiar lo hace con un lenguaje no técnico para su entendimiento. A E7 explica diagnósticos a los familiares, siendo reforzado por el docente, se le aclaran las inquietudes que tenga, como ¿cuánto tiempo durará hospitalizado?, ¿por qué enfermó?, y si lo que tiene repite. Al explicar de forma clara genera tranquilidad.	El estudiante durante la ronda medica humaniza al paciente al llamarlo por su nombre con tono suave, lo mira a los ojos, con buena entonación utiliza un lenguaje respetuoso, propio de la comunicación asertiva. Para Navarro (2000) la comunicación asertiva es la habilidad blanda fundamental de los profesionales de la salud y base de la empatía. Durante esta observación encontramos una marcada diferenciación en el uso del lenguaje técnico para dialogar entre los profesionales de la salud y el uso de lenguaje no médico para la comunicación con los pacientes y sus familiares. Lo cual facilita la comunicación y es una herramienta de acercamiento a los pacientes y sus familiares lo cual denota una actitud empática en los grupos analizados.	CEC- CAE
D3 siempre pregunta a cada familiar si lo explicado en ronda está claro y entendido. E7 realiza la misma pregunta a los familiares, si todo lo explicado quedo claro, asegurándose que todo fue entendido.	Se percibe como se pone en práctica el aprendizaje por observación, descrito en Bandura (2001), donde el estudiante toma como modelo al docente, copiando no solo el conocimiento si no también actitud empática, que luego pone en práctica con los familiares.  La autoeficacia es un factor determinante en el desempeño y bienestar de los profesionales de la salud en formación. Permitiendo potenciarla para llevar a una mejora significativa en la calidad de atención médica, al fomentar una actitud proactiva hacia el aprendizaje y en	PEAEC-AV

	<p>donde el desarrollo de esta seguridad les permite desarrollar sus actividades médicas, logrando una comunicación empática con sus docentes, pacientes y familiares</p> <p>Las experiencias clínicas o contacto con pacientes son fundamentales para el aprendizaje y puesta en práctica de conductas empáticas, permite el entrenamiento en habilidades blandas como la comunicación asertiva, mejorando la capacidad para la gestión de emociones de los pacientes favoreciendo la transformación en un médico empático (Assing et al., 2022)</p>	
<p>Durante la ronda medica hay una familia yukpa (etnia indígena que vive entre Colombia y Venezuela), quienes por desplazamiento llegan al hospital. Los menores presentan estado de desnutrición moderada a severa y sus madres en precarias condiciones, alto riesgo psicosocial y hablan poco español. Los internos se muestran conmovidos, utilizan señas y dibujos a la hora de comunicarse para hacerse entender. Les preguntan si les aceptan comida y alimento, ellos aceptan. Además, les consiguen juguetes al terminar la ronda.</p>	<p>Durante esta observación se percibió la práctica de las habilidades socioemocionales descritas por Romo (2018): en las habilidades socioemocionales confluyen: conocimiento, habilidades y actitud con la que enfrentamos emociones ajenas y propias.</p> <p>Las actitudes empáticas por parte de los estudiantes, que se muestran conmovidos, utilizando señas y dibujos a la hora de comunicarse para hacerse entender permitiendo el acercamiento y la integración a una atención más humanizada y de esta manera conociendo las condiciones socioculturales a las cuales pueden estar expuestos.</p> <p>Los internos mostraron empatía clínica, mostrando compasión y solidaridad al reconocer las necesidades del paciente. Cuidar bien del paciente es conocer la enfermedad y la persona que la padece, como lo explica Moreto (2018).</p>	<p>CEC - CAE CEC- CSC</p>
<p>7:00 a.m. Inicia la ronda médica en urgencias. Se percibe a todo el grupo de internos tensos, se escucha decir que tienen por sobre carga de compromisos; ya que los residentes les ordenan hacer todos los ingresos no les queda tiempo para organizar todas las historias.</p>	<p>En esta observación se percibe sobrecarga laboral, emocional y estrés de los internos preocupados por cumplir los compromisos asignados, ocasionando deterioro que la empatía como lo describe Loayssa (2009): “la actitud impersonal compromete la empatía”</p>	<p>DEE-EM</p>
<p>E9 inicia ronda sin saludar al familiar, el interno se dirige al paciente con el número y no por su nombre, sin hacer contacto visual y no recibe retroalimentación empática por parte del docente.</p>	<p>En esta situación los canales de comunicación bidireccional no se presentan y ocasionan insatisfacción en los pacientes y sus familiares, en momentos en los cuales los estudiantes no responden a las inquietudes ni les explican a los familiares, ocasionando molestias en los cuidadores y siendo poco empáticos.</p> <p>Docente labora bajo presión propia del servicio de urgencias, el cual es un servicio agotador donde se está en constante angustia, terminando con fatiga mental. Como lo menciona Pavlicich (2023), este sería un factor que predispone a la erosión de la empatía, además deshumanizar a los pacientes se percibe como un comportamiento poco profesional.</p>	<p>DEE-EM</p>

	<p>La retroalimentación eficaz es fundamental en el proceso de atención médica favoreciendo la formación de una identidad como médico empático favoreciendo los procesos de autorreflexión y sentimientos positivos de autoeficacia (González, 2021)</p> <p>En este tipo de conductas fue evidente la erosión de la empatía, reflejada en las actitudes presentadas por los docentes y sus estudiantes, deteriorando de esta manera la relación médico-paciente</p>	
<p>En una ronda médica se observó como D7 le pregunta a la madre, mirándola a la cara y dándole palmada en la espalda, “cómo se ha sentido, cómo pasó la noche el paciente, si ha presentado dolor y si ha tolerado vía oral,” conducta que fue similar a la realizada posteriormente por los estudiantes E5 y E7 en la entrega de turno 24 horas más tarde.</p>	<p>El rol modeling constituye una estrategia eficaz para el proceso de enseñanza aprendizaje de empatía, neurobiológicamente se ha descrito la activación de un grupo especial denominado neuronas en espejo que se activan durante el proceso observacional permitiendo el aprendizaje por imitación para la modificación de conductas empáticas, lo cual se pudo observar en este comportamiento. (Gallese, 2003)</p>	<p>CEC – CAE PEAEC - AV</p>
<p>En varias rondas en diferentes momentos se observó varias inconformidades en los familiares de los pacientes debido a retrasos en la asignación de camas, en reportes de laboratorio e interconsultas que podrían generar prolongación en tiempo de hospitalización; estos conflictos fueron resueltos por el equipo interdisciplinario mediante el diálogo y una comunicación eficaz.</p>	<p>El equipo interdisciplinario es capaz de comprender las emociones y necesidades de los pacientes, facilitando la resolución de los conflictos propios de la atención médica, este proceso es facilitado por el fenómeno de intersubjetividad. Así la adecuada comunicación eficaz y asertiva se evidencio en estos momentos. (Horsburgh et al., 2018)</p>	<p>CEC – CAE</p>