

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



**DESHUMANIZACIÓN EN LA RELACION PROFESIONAL DE LA
SALUD-PACIENTE EN LOS FUNCIONARIOS DE LA CLÍNICA NORTE S.A
DE LA CIUDAD DE CÚCUTA**

Jhonathan Camilo Chacón Solano

Adrián Fernando Zambrano Camarón

Cúcuta, Colombia

2019

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



**DESHUMANIZACIÓN EN LA RELACION PROFESIONAL DE LA
SALUD-PACIENTE EN LOS FUNCIONARIOS DE LA CLINICA NORTE S.A
DE LA CIUDAD DE CÚCUTA**

Elaborado por:

Jhonathan Camilo Chacón Solano

Adrián Fernando Zambrano Camarón

Ps. Esp. Eliana María Ibáñez Casadiegos

Directora de Trabajo de Grado

Cúcuta, Colombia

2019

Tabla de contenido

Titulo	6
Introducción	6
Formulación del Problema.	8
Descripción del Problema.	8
Planteamiento del Problema.....	10
Justificación.....	12
Objetivos	14
General	14
Específico	14
Delimitaciones y Limitaciones	15
Estado del Arte	16
Investigaciones Internacionales.....	16
Investigaciones Nacionales	18
Investigaciones Regionales	21
Marco Teórico	23
Capítulo I. Psicología de la Salud	23
Capítulo II. El Cuidado Des-humano de la Salud	31
El Cuidado.....	31
Humanización.....	32
Deshumanización de la Salud	36
Deshumanización en la Formación y en el Ejercicio del Profesional de la Salud.....	38

Capítulo III. Relación Profesional de la Salud-Paciente.....	40
Comunicación Profesional de la Salud-Paciente.....	43
Habilidades de Comunicación.....	47
Capítulo IV. Empatía.....	49
Origen de la Empatía.....	49
Educación Empática.....	51
Marco Legal.....	53
Constitución Política de Colombia de 1991.....	53
Ley 100 de 1993.....	54
Código Deontológico del Psicólogo.....	55
Talento Humano-Resolución.....	56
Metodología.....	57
Tipo de Investigación.....	58
Tipo de Estudio.....	58
Población.....	58
Muestra.....	58
Instrumentos.....	59
Escala de Empatía Medica de Jefferson.....	59
Variables.....	60
Técnicas: Grupo Focal.....	60
Entrevista semiestructurada.....	61
Categorías.....	63
Análisis de Resultados.....	65
Resultados de la Escala de Empatía Medica de Jefferson.....	65
Médicos Residentes.....	65

Jefe de Enfermería.....	69
Auxiliares de Enfermería.	73
Análisis General (Médicos Residentes, Jefe de Enfermería, Auxiliares de Enfermería)	77
Análisis Cualitativo de Categorías	81
Discusión.....	113
Empatía.....	113
Cuidado emocional.....	115
Comunicación.....	116
Satisfacción	119
Conclusiones	121
Recomendaciones.....	123
Referencias Bibliográficas.	124

Título

Deshumanización en la Relación Profesional de la Salud-Paciente en los Funcionarios de la Clínica Norte S.A de la Ciudad de Cúcuta

Introducción

En la actualidad la atención que se brinda a la población en las diferentes instituciones de salud se ha transformado. Dicha evolución ha dado como resultado que los servicios que se prestan sean considerados como un pilar fundamental en la relación directa del profesional de la salud con su paciente, siendo esta la primera en causar impacto en la persona. En los últimos años este proceso, se ha prestado para que los sistemas de salud trabajen en la calidad de atención en los usuarios puesto que la relación de los involucrados en la salud se ha deteriorado desconociendo sus factores. Dicho lo anterior, la presente investigación pretende explorar los factores de la deshumanización en la relación profesional de salud- paciente de los funcionarios de las Clínicas de la ciudad de San José de Cúcuta mediante un estudio de abordaje mixto para el mejoramiento de la salud y bienestar del paciente.

Objetivo que se llevara a cabo por medio del enfoque de investigación mixta tipo fenomenológico, mediante un instrumento llamado “Escala de empatía medica de Jefferson, la cual cuenta con su respectiva validación y está diseñada para medir la empatía en médicos y otros profesionales de la salud practicantes, estudiantes de medicina y otros estudiantes de profesionales de la salud.

Con la utilización de este instrumento se pretende determinar el nivel de empatía de los profesionales de salud frente a sus pacientes, la escala cuenta con 20 ítems los cuales evalúan tres factores, toma de perspectiva, cuidado compasivo y ponerse en los zapatos

del paciente. Por otra parte, se implementará tanto a profesionales de la salud como a pacientes una entrevista semiestructurada mediante la cual se indagará sobre los posibles factores que provocan la deshumanización en el área de la salud, las categorías con las que cuenta dicho instrumento, son la comunicación, el cuidado emocional y la satisfacción, las cuales están dirigidas a ambas partes con el objetivo de describir la relación de estos y el estado de la misma. Finalmente, mediante la implementación del grupo focal se pretende discutir sobre las diferentes problemáticas que han dado cabida a comportamientos deshumanizados en la salud con el fin de optimizar la información de los instrumentos anteriormente.

Con este trabajo de investigación se pretende aportar conocimientos que permitan enriquecer el bienestar tanto del profesional de salud como de la persona que requiere de su servicio, se espera que esta investigación sea un insumo importante para la atención de la salud en la Clínica Norte S.A, teniendo en cuenta que los resultados serán de gran apoyo para la toma de decisiones que intervengan con relación al trato del personal del profesional hacia los pacientes que asisten a dicha institución, además de ser un estudio compatible y que puede ser aplicado en otras instituciones de salud para mejorar continuamente la prestación del servicio.

Formulación del Problema.

¿Cuáles factores de la deshumanización se presentan en la relación profesional de la salud-paciente en los funcionarios de la Clínica Norte S.A de la ciudad de Cúcuta?

Descripción del Problema.

En el ámbito de la salud, al hablar de la deshumanización “nos referimos a la atención despersonalizada y centrada en ser eficiente pero no integral” (Instituto de Bioética Universidad Finis Terrae, 2016) es decir, la atención medica se ha inclinado a un enfoque individualista acerca de las dimensiones en el desarrollo del ser humano, centrándose en la salud física y dejando de lado lo emocional, social y psicológico. La problemática de la deshumanización en el sector de salud se ha venido agravando como consecuencia del sistema de salud en Colombia y la normativa que lo rige, donde las condiciones de atención médica en instituciones públicas no son las adecuadas haciendo referencia a los comunes hacinamientos que se presentan, Ponce en 2016 expone que esta situación constante ha sido motivo de reclamos por parte de los usuarios que demandan un mejor trato, y de protesta gremial por parte del personal de salud que reclama mejores condiciones de trabajo, con la falta de implementos médicos y las condiciones de estructura física de las instituciones, estas deficiencias conllevan a que los profesionales de este campo se dispongan de forma inadecuada frente a sus actividades laborales, ocasionando una pérdida en la perspectiva en cuanto a la imagen del paciente, asociándolo como un elemento más de su trabajo y no como lo que es, un ser humano.

El presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Integral, Jaime Arias en 2014 afirma que hoy en Colombia se hacen 115.000 consultas diarias y 20.000 de

urgencias, esta demanda ocasiona consecuencias como la degradación de las relaciones personales, especialmente en grandes ciudades, falta de vocación de los médicos, tecnificación de la medicina y problemas de valorización del enfermo, las cuales influyen en la deshumanización. Por otro lado, en el 2013 la Superintendencia de Salud reportó 261.395 peticiones, quejas y reclamos por parte de usuarios del sistema de salud por vulneración a sus derechos (Caracol Radio, 2014). A partir de estas cifras se evidencia que la deshumanización en Colombia cada vez es más preponderante en los sectores más vulnerables, ocasionando las inconformidades por parte de los usuarios del sistema de salud.

Según el DANE en 2017, el 69,2% de las personas que manifestaron estar afiliadas a seguridad social en salud opinaron que la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas es buena. Por su parte las personas que tienen una opinión negativa de la calidad del servicio de salud alcanzó el 17,6% (mala 14,2% y muy mala 3,4%). Con base a esta información, se puede interpretar una posible inhibición en el momento de expresar sus inconformidades, ya sea por la incapacidad que ha demostrado el sistema de salud en el momento de dar solución a las dificultades o por el simple hecho de que los usuarios se encuentran habituados a un régimen de salud con falencias.

Otro factor que genera inconformidad y dificultades al momento de ofrecer una adecuada atención, es la calidad a nivel estructural de la institución médica, puesto que el personal de salud se encuentra en muchos casos con espacios que no son los recomendados para desarrollar su profesión con eficiencia. A nivel nacional de las 947 instituciones públicas que hay en el país, un (26,3%) equivalente a 250 instituciones fueron clasificadas en riesgo medio y alto, de presentar una crisis económica; el (20,8%) equivalente a 197 instituciones se encuentran en riesgo bajo y el (52,7%) que representan 500 establecimientos de salud no presentan ningún tipo de riesgo de sufrir alguna crisis relacionado al factor económico. Sánchez en 2016. Este fenómeno se evidencia principalmente en las instituciones que no son beneficiadas por parte del

estado económicamente, con la información anterior se concluye, que de las 947 instituciones médicas del país, 447 se encuentran en algún tipo de riesgo económico, lo que aumenta considerablemente los factores de riesgo para desarrollar la deshumanización médica.

Planteamiento del Problema.

Las causas de la deshumanización son múltiples, factores como el desgaste laboral, el económico, el tiempo y el afán de cumplir con un número establecido de pacientes como meta organizacional, han ocasionado que el profesional de la salud convierta su trabajo en un ejercicio mecánico dando antesala a la pérdida en la perspectiva frente al paciente e ignorando por completo que la ejecución de este, repercute significativamente en el ser humano.

En la sociedad de hoy en día, la profesión médica requiere de un esfuerzo mayor por parte de sus funcionarios, por lo cual es una de las ocupaciones laborales en las que se presenta el desgaste laboral o *burnout*; este síndrome “se da específicamente en aquellas actividades laborales que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo, en concreto personal sanitario, docentes, fuerzas de orden público, etc.” Soriano, Bernal, & Mulet, 2002. Estas profesiones al estar en constante contacto con diferentes tipos de personalidades y humores producen en el personal una normalización de las diferentes situaciones que se le presenten, además de efectos negativos como pérdida de autoestima, depresión y malestares físicos tales como dolores de cabeza , molestias gastrointestinales, entre otros, los cuales pueden ir acompañados con pérdida de peso, dificultad respiratoria e insomnio (De La Fuente, 1997), dichas molestias pueden repercutir de forma negativa en su ejercicio profesional, detonando de forma consciente e inconsciente la presencia de conductas deshumanas.

Actualmente, la actividad hospitalaria se viene expresando en forma de parámetros como número de consultas, número de estancias, número de urgencias, etc. Cortez, 2010, estos parámetros son fáciles de obtener, sin embargo, los verdaderos datos que afectan a los profesionales de la salud como lo son los rasgos diferenciales de los pacientes, el nivel de esfuerzo o desgaste mental que emplean los profesionales de la salud en cada una de sus consultas han pasado de manera desapercibida, puesto que la prioridad del sistema de salud se ha vuelto lo económico, es decir, la oferta y demanda, dejando de lado a los usuarios y empleados que cada vez más generan un aumento en la indiferencia hacia las demás personas, no solo en el ámbito social y laboral, esta problemática llega a abarcar las relaciones interpersonales y el núcleo familiar.

Al tener dicha perspectiva los profesionales de la salud pueden llegar a crear una barrera emocional con la que sus pacientes no pueden cargar, sumado a esto el ego profesional que en ocasiones obstaculiza la atención integral causa consecuencias en la persona. Como lo plantea Rozo citado por Castillo Parra, y otros en 2019 el tipo de molestias a nivel físico y mental que causa la deshumanización en el ámbito laboral puede llegar a ser estrés, ansiedad, depresión, desesperanza entre otras. Sin mencionar la clara inconformidad al momento de no contar con las dimensiones que abarcan el desarrollo del ser humano, desconfiando así del profesional de la salud, el sistema de salud y la institución hospitalaria.

Por esto, se establece que mediante la exploración de los factores que influyen en el proceso de la deshumanización, se llevara a cabo la sensibilización de gran parte de la comunidad perteneciente al campo de la salud y estudiantes en formación, dando paso a la implementación de estrategias que faciliten el ejercicio del profesional. Dado que ambientes como el hospitalario, universitario y/o centros de formación, integran gran parte del problema de dicho proceso y por consiguiente de la relación del profesional con su paciente.

Justificación

En el transcurrir de los años, las personas se han cuestionado, las razones por las cuales la atención de la salud se ha transformado de forma negativa, frases como “*no se tiene presente el bienestar de los usuarios*” e infinidad de términos han usado para definir estas conductas, Por tanto, se ha considerado que el ejercicio de dicho profesional y el trato hacia sus pacientes ha pasado de ser humano a deshumanizado, seguido a esto, la RAE, 2015 basada en diferentes perspectivas, define la deshumanización como “*la acción de privar de caracteres humanos*”; considerada desde la literatura y descrita como la privación de aquellas cualidades y/o valores que distinguen a una persona como ser humano tales como “*inteligencia, amor, felicidad, valores, creencias morales, el lenguaje, la vergüenza, lo cual ha conducido a establecer la comparación de otras personas con objetos o animales y a considerarlos como incapaces de sentir algo más que dolor.*”

Con base en esta definición, surge el interés de precisar en qué factores son los que están provocando la presencia de la deshumanización en el área de la salud. Puesto que se considera, que han causado que se produzca una pérdida en la perspectiva del profesional hacia su paciente, normalizando conductas no humanas en el ejercicio actual de esta área. Dichas conductas se han usado de forma indiscriminada consciente e inconscientemente para justificar la falta de tacto a la hora de prestar adecuadamente su servicio, y se ha olvidado que el ser humano aparte de pensar, siente, que así como existe un dolor físico por consiguiente está el sufrimiento psicológico, el cual repercute significativamente en que el malestar disminuya o aumente.

Por tanto, es pertinente lograr que el profesional de la salud en su ejercicio tenga presente habilidades como la empatía, la cual según Goleman, 2013, es considerada como la capacidad de experimentar y comprender las emociones que otra persona está sintiendo, seguido a esto poder entender por qué los demás se sienten como se sienten,

esto constituye el fundamento básico de la capacidad para establecer relaciones sociales exitosas, relaciones que se constituyen con base a las competencias del saber, las cuales son las que forman al profesional y lo hacen apto para la buena ejecución de su labor, debido a que estas van de la mano para lograr que el profesional sea competente en lo que corresponde a su conocimiento, el cómo lo ejecuta y como interactúa con aquellos que se benefician de este, desarrollar dicha habilidad y competencias se considera necesario para desligar conductas inapropiadas de la práctica profesional, puesto que al poseerlas, se le da a entender al paciente que el profesional guarda interés por su situación y que este le brindara un adecuado servicio y que velara por su mejoría.

De allí, se espera que los resultados que emerjan de este estudio, contribuyan a optimizar dicha relación desde el contexto de la formación y el ejercicio del profesional frente a su paciente. A partir de allí lo que se pretende alcanzar fundamentalmente es concientizar al gremio de profesionales en este campo, estudiantes en formación y usuarios, informando cuales factores son los que están originando dichas conductas, las cuales están entorpeciendo la relación entre los prestadores del servicio y sus pacientes, relación que indiscutiblemente repercute en el bienestar de ambas partes. El informar a los involucrados lograra por un lado que el profesional opte por ejecutar su ejercicio de una forma menos mecánica y más humana, teniendo en cuenta la importancia que esta trae consigo, puesto que este fenómeno a lo largo del tiempo ha perdurado y ha sido escaso por no decir que nulo el interés que se le ha brindado al sufrimiento psicológico, en ese mismo sentido, se espera que el paciente tenga un cambio positivo de su perspectiva frente al profesional percibiendo a esté como lo que realmente es, una persona apta que le atiende con el único objetivo de buscar el bienestar completo de si, logrando como resultado mayor confianza a la hora de manifestar el malestar que en su momento le aqueja y a su vez, la asimilación de un posible diagnóstico.

Finalmente, se considera pertinente el abordaje de la presente investigación, puesto que parece que dicha relación, la cual nace para generar salud, esta ella misma enferma. Si se quisiera hacer un diagnóstico de esta enfermedad posiblemente encontraríamos que

el ser, no está siendo humano y que hay una falta de reconocimiento generalizado de la sacralidad de todo ser humano para todo ser humano (RODRÍGUEZ GUERRO.A, 2010).

Objetivos

General

Explorar los factores de la deshumanización en la relación profesional de salud-paciente de los funcionarios de la Clínica Norte de la ciudad de San José de Cúcuta mediante un estudio de abordaje mixto para el mejoramiento de la salud y bienestar del paciente.

Específico

Determinar los factores de empatía en los profesionales de la salud por medio de la aplicación de la EMEJ (Escala Médica de Empatía de Jefferson) de los funcionarios de la Clínica Norte de la ciudad de San José de Cúcuta

Describir la relación profesional de la salud – paciente de los funcionarios de la Clínica Norte de la ciudad de San José de Cúcuta

Analizar la satisfacción laboral de los profesionales de la salud de los funcionarios de la Clínica Norte de la ciudad de San José de Cúcuta

Proponer estrategias psicoeducativas direccionadas al mejoramiento de la salud y el bienestar del paciente.

Delimitaciones y Limitaciones

Profesionales de la salud y pacientes de las clínicas de la ciudad de san José de Cúcuta-Colombia. En los cuales se pretende explorar los factores que han desencadenado la deshumanización en la relación con su paciente y como estos a través del tiempo han influido en el sector salud para que este, esté perdiendo el interés de velar por la calidad de vida del paciente. Con base a dicha exploración, proponer estrategias para el mejoramiento en la atención en el campo de la salud, más específicamente en lo que concierne la relación profesional de la salud – paciente, dando como resultado una concientización sobre la misma y el grado de importancia que esta guarda, puesto que este fenómeno a lo largo del tiempo ha perdurado y es escaso por no decir que nulo el interés que se le ha brindado al sufrimiento psicológico que este puede llegar a presentar a la hora de requerir la prestación del servicio de dicho profesional.

Seguido a esto, se busca dar a conocer a la comunidad en general de los profesionales, estudiantes en formación para este campo y pacientes, cómo se está presentando en la actualidad la relación entre estos.

De allí se espera que los lineamientos y propuestas que emerjan en las conclusiones y proyecciones futuras de este estudio contribuyan a la optimización de dicha relación en el contexto de la formación y ejercicio profesional, en pro de un servicio humano.

Limitaciones:

Acceso a la población para el esperado desarrollo de la investigación.

La disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales.

La falta de cooperación para la obtención de la información requerida.

La falta de estudios previos de investigación sobre el tema.

Estado del Arte

Las investigaciones mencionadas en el siguiente apartado sirven como referente para la presente investigación en cuanto soporte teórico, método y análisis de resultados. Puesto que es de suma importancia la revisión del tema a desarrollar desde perspectivas similares para mayor entendimiento.

Investigaciones Internacionales.

Esta investigación la cual lleva el título de Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, fue llevada a cabo en el año 2016, en la ciudad de Lima-Perú, por los autores Rosa Guerrero-Ramírez, Mónica Elisa Meneses-La Riva, María De La Cruz-Ruiz. Plantea como objetivo determinar el Cuidado Humanizado que brinda el profesional de Enfermería según la Teoría de Jean Watson, del Hospital Daniel Alcides Carrión, para ello se abordó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, el cual se realizó en de octubre - diciembre de 2015, en una población total de 49 enfermeras de los servicios de Medicina. El instrumento aplicado fue un cuestionario, a través de la escala en la medición del cuidado humano transpersonal. Se concluyó que el cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos.

En la ciudad de Yucatán, México se realizó una investigación titulada Prevalencia del síndrome de desgaste laboral en médicos residentes de un hospital de Mérida. Fue realizada por Balcázar-Rincón LE, Montejo-Fraga LF, Ramírez-Alcántara, YL, 2015. Guarda como objetivo general determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (SDP) en médicos residentes del hospital regional de especialidades. Para

ello, se optó por un estudio descriptivo y transversal con una muestra no probabilística por conveniencia, este se realizó entre junio y octubre de 2006; incluyó a 72 médicos residentes de diversas especialidades del hospital regional- no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro social en la ciudad de Mérida, Yucatán, México. La muestra se integró con médicos de ambos géneros que tuvieran por lo menos seis meses de labor asistencial sistemática (contacto directo y frecuente con el paciente y sus familiares).

Se obtuvo como resultado, que el 100% de los médicos residentes presentó algún grado de desgaste profesional, también se encontraron niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización; el tipo de especialidad no influyó en la presencia del síndrome. Con base a los resultados llegaron a la conclusión que son evidentes los niveles altos del SDP entre los médicos residentes estudiados y que es recomendable realizar más investigaciones al respecto para identificar los factores asociados a la presencia del síndrome.

En la investigación titulada Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina, el cual fue desarrollado por Giovanni de Jesús Parra Ramírez Rubén Marcelo Cámara Vallejos en Yucatán, Mérida, México, 2016, indica que la empatía médica es una cualidad que permite al profesional comprender mejor al paciente e involucra principalmente la dimensión cognitiva y se adquiere en los procesos de formación. Por tanto, centro su objetivo en analizar el nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. Para ello optaron por aplicar la escala de empatía médica de Jefferson a 180 estudiantes de medicina, la cual está diseñada para obtener un puntaje ubicado entre 20 y 140. Con base en esto y empleando una desviación estándar de 12.98, obtenida de un estudio piloto, se creó una escala ponderada para establecer el nivel de dicha empatía.

Especificando que las variables dependientes se extraen del puntaje de la escala de empatía médica de Jefferson y nivel de empatía médica y las variables independientes se derivan del grado escolar, edad, sexo, lugar de procedencia, escuela de procedencia, religión y especialidad que aspira a estudiar, se emplearon pruebas estadísticas tales como, Tau-b de Kendall, correlación de Spearman, Chi cuadrado, U de Mann Whitney, ANOVA y t de Student. A modo conclusión se determinó que los estudiantes obtuvieron un nivel sobresaliente de empatía médica, el nivel menor se obtuvo en los de mayor grado escolar y edad, las mujeres son más empáticas que los hombres, a mayor grado escolar menor habilidad para la toma de perspectiva, atención compasiva y «situarse en el lugar del otro»; a mayor edad menor habilidad para «situarse en el lugar del otro»; las mujeres presentaron mayor habilidad para la toma de perspectiva y atención compasiva.

Investigaciones Nacionales

La presente investigación titulada Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa, realizada por Sergio Hernández Vela y Diana Zulima Urrego Mendoza en el año 2014 en Bogotá-Colombia es tomada como antecedente para llevar a cabo el presente estudio, en esta se muestra la importancia de habilidades como la empatía en la relación médico-paciente, manifiesta que dicha habilidad es esencial para constituir una buena práctica clínica, puesto que valora la capacidad de ponerse en el lugar del otro y, por lo tanto, permite comprender la situación de adversidad del paciente y actuar acorde con las circunstancias. Como objetivo central buscaron caracterizar el nivel de empatía de los médicos con experiencia en medicina alternativa en las áreas de homeopatía, medicina tradicional china y acupuntura, terapia neural y osteopatía.

Se realizó un estudio descriptivo correlacional a 159 médicos en el periodo de julio a enero de 2013, mediante el diligenciamiento de una encuesta estructurada con la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE) adaptada para la población. Posteriormente se

categorizaron y correlacionaron los puntajes de empatía obtenidos con las variables sociodemográficas, expresando los resultados en frecuencias y promedios con sus respectivos intervalos de confianza. Con base a los resultados obtenidos, a modo conclusión se llegó que los niveles de empatía en los médicos con formación en medicina alternativa son similares a los registrados en médicos especializados en psiquiatría, medicina familiar, medicina interna y pediatría, quienes registran los mejores estándares empáticos para la relación médico-paciente.

La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado, es una investigación desarrollada por Martha Liliana Correa Zambrano, enfermera. Especialista en epidemiología, en el año 2015 en la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Resalto que la tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, ha hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano. Por esto, uso un artículo de reflexión sobre temas relacionados con la humanización de los servicios de salud, realizó una exhortación sobre la responsabilidad que todos los actores del sistema de salud tienen frente al paciente y su familia, así como su participación en la práctica de salud por medio del cuidado. Como resultado señalo algunos aspectos desde la ética y la integralidad que contribuyen a humanizar los servicios de salud involucrando a los profesionales, gestores de salud y usuarios. Concluyendo que desde la perspectiva de los usuarios existen dificultades en la atención brindada por los profesionales de salud, especialmente en su integridad y que esta situación puede presentarse como consecuencia del sistema de salud, donde la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisible.

En la ciudad de Bogotá se realizó un estudio denominado, Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes, fue realizado por Nelson E. Herrera Medina¹, María E. Gutierrez-Malaver, Magnolia Ballesteros-Cabrera, Romina Izzedin-Bouquet, Ángela P. Gómez-Sotelo y Lilian M. Sánchez-Martínez en el año

2010, tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales de la relación médico paciente en una población de médicos y pacientes. La muestra estuvo compuesta por 34 participantes, 17 médicos generales (10 hombres y 7 mujeres) y 17 pacientes (9 hombres y 8 mujeres) que asistían o trabajaban bajo el plan obligatorio de salud-POS. Se trató de un estudio cualitativo, que utilizó como instrumentos de obtención de la información, la red de asociaciones y la entrevista en profundidad. Los resultados muestran que la representación social de los médicos se centra en brindar un servicio profesional y humano, en constante peligro por las barreras que impone el paciente y la falta de capacidad del sistema de salud. Por su parte, los pacientes centran su representación social en la capacidad de los profesionales de la salud de brindar un servicio profesional y humano que les permita mejorar su calidad de vida. Finalmente se concluyó que las representaciones sociales de los médicos y los pacientes son similares en cuanto a lo que desean dar y recibir de la relación médico paciente y opuestas en cuanto a quién perciben como responsable de no poder cumplir con dichos objetivos.

La presente investigación, denominada ¿que favorece la no humanización en nuestro sistema de salud? , fue realizada por Martha Cecilia Bueno, María Claudia Girón, Claudia Milena Mesa y Dina Esther Moscote en dos laboratorios de la región sur occidente Colombiano, centro su objetivo en Identificar las causas que llevan a la no humanización del sector a nivel de laboratorio clínico, en el periodo de enero de 2015. Para alcanzar dicho objetivo se optó por el método cualitativo, la población fue conformada por dos laboratorios de la región sur occidente Colombiano, la cual incluía personal y pacientes de estos. Seguido a eso, se realizó una medición enfocada en identificar si existía o no deshumanización en la atención. Para lograr dicha medición se diseñó una ficha técnica cuya finalidad era tabular la información recolectada en el trabajo de campo proveniente de las encuestas de satisfacción, la medición de los tiempos de atención, reporte de eventos adversos y reporte de quejas de los usuarios.

Al hacer un análisis de la situación de cada uno de los laboratorios se logró concluir que en el laboratorio la situación parecería un servicio humanizado puesto que los

parámetros en tiempo de atención fueron muy aceptables, teniendo en cuenta que en promedio un paciente es atendido en 15 minutos y el porcentaje de los pacientes satisfechos es casi del 100%, No obstante se presentaron quejas por parte de los usuarios quienes expresan que a pesar de ser el mejor laboratorio las personas que los atendieron tienen una actitud displicente. En contraparte en el laboratorio se concluyó que está muy lejos de cumplir con unos tiempos oportunos de atención, puesto que esta con un promedio de 24 minutos, el cual es muy alto tratándose de usuarios que deben asistir la mayoría en ayunas.

Investigaciones Regionales

En la investigación titulada síndrome de burnout en la práctica fonoaudiológica realizado por Miguel A. Vargas G y Brayan A. Quintero G, entre 2015- 2016, investigó El Síndrome de Burnout (SB) y la posible aparición de sus dimensiones tales como el Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D) y sensación de falta de Realización Personal (RP) en cuidadores y educadores que laboran en instituciones educativas, que atienden personas en situación de discapacidad y su posible relación en la implementación de los planes de atención indirecta diseñados desde los servicios de fonoaudiología. Como método investigativo se optó por un estudio descriptivo de corte transversal y se tomó una muestra integrada por 12 sujetos cuidadores y educadores de tres instituciones educativas de la ciudad de Cúcuta en Norte de Santander Colombia, se usó el cuestionario Maslach Burnout Inventory M.B.I. Se hizo evidente la presencia de Síndrome de Burnout en niveles medio y alto, especialmente en la dimensión de agotamiento emocional relacionado con las variables sociodemográficas de sexo femenino, que es el género más susceptible a padecer este síndrome.

En consecuencia a esta puntuación se llegó a la conclusión, que el éxito de la puesta en marcha de los planes de atención indirecta diseñados por el equipo de fonoaudiólogos que apoyan los servicios de las instituciones vinculadas a este estudio, depende del trabajo colaborativo entre terapeutas y cuidadores, motivo por el cual su éxito está

ligado a la disposición y buenas condiciones de salud que este personal tenga durante el proceso de atención.

El presente estudio guarda como título, percepción de la calidad del servicio de urgencias ofertado por la ese hospital universitario “Erasmus Meoz” de la ciudad de San José de Cúcuta, Norte de Santander desarrollado por Nancy Angarita Toro, Víctor Hugo Carrillo Becerra, Angélica María Chaparro Quintero y Deiner Peñaranda Arévalo, tuvo como objeto determinar la percepción de los usuarios respecto a la calidad en el servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL ERASMO MEOZ, de la Ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. Este se realizó mediante un estudio de tipo cuantitativo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 96 usuarios que recibieron atención en el servicio de urgencias durante el mes de Noviembre de 2014. El instrumento utilizado para recolectar la información fue un cuestionario con la escala Liker, el estudio permitió determinar que el nivel de percepción de los usuarios, frente a la calidad de cuidado que brinda el personal de urgencias, se encuentra en mediana importancia con tendencia a baja importancia. El resultado es similar a otros estudios realizados en diferentes servicios de urgencias. A través de los resultados obtenidos se concluyó, que el conocer la percepción de la calidad del cuidado permite evaluar los servicios de salud, satisfacer las necesidades de los pacientes y estimular la calidad del cuidado que brinda el personal de urgencias.

De acuerdo a las investigaciones mencionadas anteriormente se toma como relevancia para la presente investigación, el contexto donde se desarrollaron, los métodos cualitativos y cuantitativos empleados, así como el direccionamiento objetivo del análisis de datos los cuales se acoplan adecuadamente al presente proyecto investigativo.

Marco Teórico

El marco teórico que fundamenta esta investigación proporcionara al lector una idea más clara acerca de este tema. Se encontraran los conceptos muy básicos complementarios y específicos en relación a cada capítulo profundizado.

Capítulo I. Psicología de la Salud

Para abordar de forma correcta los siguientes párrafos es necesario establecer la definición de psicología, la cual “es la ciencia encargada del estudio de la conducta y los procesos mentales, por medio de la descripción y explicación de los aspectos de pensamiento, sentimientos y percepciones de las acciones humanas” (Carvajal, 2011) Posteriormente se procede a establecer el siguiente concepto fundamental que es la definición de salud establecido por la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946 citado en Psicología Y Mente, 2016).

La Psicología nació vinculada a la Fisiología y a los laboratorios experimentales. Sin embargo, desde muy temprano, incluso antes de su "nacimiento científico", la Psicología estuvo vinculada al mundo de la salud fundamentalmente a través de su colaboración con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales (Rodriguez Marin , 2008). Esta relación de la enfermedad mental con la psicología se origina desde el ámbito laboral que anteriormente le pertenecía a la psicología clínica. Los objetos de estudio han sido siempre los individuos con trastornos cognitivos, emocionales o comportamentales con o sin base biológica.

El surgimiento oficial de la psicología de la salud se produce en 1978 mediante la creación de la división 38 de la sociedad Norteamericana de Psicología y la aparición del primer libro referente al tema en 1979 (Stone, Cohen y Adler, 1979 citado en Rodríguez Marín, 2008). Tres años después se crea la revista *Health Psychology* que en 1993, pasaría a ser la revista oficial de la División de Psicología de la Salud, publicada por la propia APA. En 1983 se realiza la primera conferencia norteamericana sobre la formación y entrenamiento de psicólogos de la salud, como consecuencia de la cual aparecen por primera vez un conjunto de directrices para la formación de especialistas en psicología de la salud, además se desarrollan programas de formación de postgrado en este campo. Cabe destacar que estos eventos se realizaron en Norte América y debido a su liderazgo en esta rama, demás países han implementado muchas de estas actividades a lo largo de los años (Rodríguez Marín, 2008).

La psicología de la salud fue definida como una parte de la Psicología Clínica, que surge a partir del interés en el ámbito médico, como si el trabajo en el campo de la salud fuera reductible a un espacio tan limitado como la mera asistencia y cura de enfermedades (Contreras, Londoño, Vinaccia, & Quicen, 2006) es decir, el enfoque de esa época se centraba en las afecciones físicas, omitiendo lo relacionado con el ambiente y desarrollo del sujeto. Ante la definición anterior la APA en 2016 rescata que además del aspecto asistencial, esta rama de la psicología contribuye en la comprensión de la salud y de la enfermedad pues integra la información biomédica y el actual conocimiento psicológico a través de la educación, y de la investigación básica y aplicada (Palacios Espinosa & Perez Acosta, 2017). En relación con lo anterior la psicología de la salud surge como respuesta al creciente interés de los psicólogos en los temas relacionados con el comportamiento de las personas frente a la salud física; justamente por los escasos aportes de la psicología a este tipo de temas.

La psicología de la salud según Matarazzo quien fue su primer presidente en la Asociación Americana de Psicólogos en 1978 la define como “El agregado de las

contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas”, estableciendo la importancia general que desarrolla esta rama de la psicología al recopilar datos del ambiente y lo fisiológico del individuo.

Así mismo Morales en 1997 propone una definición más actual y ve la psicología de la salud como “la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud” (Como se cita en Piña & Rivera, 2006), destacando un factor importante y es la identificación de los procesos psicológicos en la determinación y la prevención de la enfermedad.

Oblitas en 2006 establece los objetivos de la Psicología de la Salud.

Promoción de la salud. Se direcciona a promover hábitos de vida saludables entendiendo a su vez a la salud como no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo, definición que es impuesta por la OMS, en este sentido se destacan las acciones que fortalecen los hábitos saludables en los individuos para que se sientan satisfechos en su diario vivir.

Prevención de enfermedades. Es decir la modificación de hábitos no saludables de las patologías como por ejemplo el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, entre otras.

Evaluar y tratar enfermedades específicas. En este aspecto se observa la implementación de las diversas técnicas conductuales desarrolladas a través del tiempo y

de múltiples investigaciones donde el objetivo principal es hallar la estrategia más efectiva dependiendo de la patología a intervenir.

Evaluar y mejorar el sistema sanitario. La psicología de la salud es fundamental en este objetivo ya que al evaluar el sistema sanitario surgen todas las propuestas encaminadas al mejoramiento de las estrategias de prevención a la enfermedad y la disminución al contagio y propagación de las mismas.

De los objetivos anteriormente mencionados destacan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, las cuales “son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfruten de una vida saludable”(UDENAR, 2015)El propósito de dichos programas es ofrecer servicios integrales que potencien la salud y promuevan estilos de vida adecuados en los individuos y sus familias.

La Organización Mundial de la Salud establece tres niveles de prevención:

Prevención primaria. La cual tiene como objetivo el disminuir la probabilidad de que ocurran las enfermedades y afecciones; desde el punto de vista epidemiológico(Del Prado, 2016)es decir trata de reducir su incidencia. Dentro de las actividades de este primer nivel de prevención encontramos la protección de la salud, que actúa directamente en el ambiente eliminando los factores de riesgo mediante el saneamiento para proteger el organismo frente a enfermedades y posibles accidentes. También se evidencia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que actúan directamente sobre los individuos educando en salud y promoviendo hábitos de vida saludables para evitar el posible desarrollo o contagio de enfermedades.

Prevención secundaria. El objetivo de la prevención secundaria es que el diagnóstico y tratamiento precoz mejoren el pronóstico y control de las enfermedades, está encaminada en la detección de la enfermedad a la mayor brevedad posible para establecer medidas que impidan o retrasen su progreso en el sujeto (Del Prado, 2016).

Prevención terciaria. Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidadas intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes (Del Prado, 2016), su objetivo es hacer más lento el curso de la enfermedad y guiar al sujeto a la integración nuevamente de su vida personal, familiar y laboral.

La promoción de la salud permite tener un mayor control de la salud propia mediante intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud, la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 1946 citado en Psicología Y Mente, 2016).

La promoción consta de 3 componentes esenciales.

Buena gobernanza sanitaria. Parte fundamental de la promoción de la salud es la organización política y la necesidad de establecer la salud como un eje central (OMS, 1946 citado en Psicología Y Mente, 2016), es decir que las repercusiones sanitarias que se evidencien sean temas de prioridad para evitar que se propaguen las enfermedades.

Educación sanitaria. Consiste en facilitar a las personas conocimientos, aptitudes e información con las que puedan elegir opciones saludables con respecto a su alimentación y los servicios de salud necesarios (OMS, 1946citado en Psicología Y Mente, 2016).

Ciudades saludables. Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria (OMS, 1946citado en Psicología Y Mente, 2016).

El ámbito de psicología de la salud une los conocimientos de psicología y todo lo relacionado con el bienestar para lograr una perspectiva más amplia del individuo, esta rama de la psicología abarca un concepto cada vez más popular y es que la vitalidad del ser humano se encuentra en constante cambio, no solo a nivel fisiológico, sino también en factores ambientales y psicosociales, tomando relevancia los síntomas psicológicos que en un pasado eran ignorados por los profesionales de la salud ya que afirmaban que no tenían influencia alguna en el bienestar del individuo.

Los campos de aplicación de esta rama de la psicología se desarrollan en instituciones de salud, como lo son las clínicas, hospitales, centros de salud, escuelas, instituciones gubernamentales encargadas de la regulación del sistema de salud (ministerio y secretaria de salud), empresas y todo tipo de organizaciones (Palacios Espinosa & Pérez Acosta, 2017). El profesional de la psicología de la salud participa en discusiones e investigación en campos como la promoción y prevención, educación para el bienestar, comportamiento de riesgo y protección, estilos de vida, factores psicológicos implicados en el desarrollo de la enfermedad, creencias y actitudes frente a la enfermedad y a la salud, estrés y afrontamiento, soporte social, rehabilitación e intervenciones que

promuevan factores de protección. Apuntado siempre al alcance de los objetivos de la psicología de la salud: aumento de salud y bienestar de las personas, prevención o modificación de las enfermedades, acrecentamiento del bienestar y la calidad de vida de las personas y las comunidades(Colpsic, 2010).

La Asociación Americana de Psicología por su parte también propone objetivos más cercanos a las necesidades individuales de los sujetos en el 2016 (Palacios Espinosa & Pérez Acosta, 2017):

Adquisición de habilidades para el diseño y la aplicación de programas dirigidos a desarrollar u optimizar hábitos o estilos de vida saludables

Comprensión de los mecanismos por los que métodos y técnicas cognitivos y conductuales contribuyen en el afrontamiento y control del estrés

Comprensión de las dificultades que tienen los pacientes cuando deciden buscar tratamiento médico

Reconocimiento del estado en el que se encuentran los pacientes hospitalizados y de los factores que interfieren tanto en la adherencia al tratamiento como en la relación médico paciente

Comprensión de las diferencias de las intervenciones médicas y psicológicas para el dolor, así como del efecto de su combinación en la eficacia del tratamiento

Reconocimiento del impacto que tienen sobre pacientes y familiares las enfermedades en fase terminal o que generan incapacidad

Comprensión de los mecanismos a través de los cuales las técnicas y principios psicológicos son eficaces para que los pacientes afronten y contribuyan en el control de la enfermedad crónica.

Estos objetivos obedecen a la personalización en la que se pretende transformar la atención en salud, donde el individuo no solo es asistido por su afección médica, si no por el contrario su bienestar comprende lo físico, mental y social en el contexto que se desarrolla.

La psicología de la salud a lo largo de los años ha generado grandes avances en el bienestar de los individuos, esta rama en particular de la psicología comprende todas las dimensiones básicas para que una persona se desarrolle sanamente en cualquier ámbito, al mencionar salud no solo se refiere a la parte médica, puesto que este concepto está presente en todos los lugares donde se genere interacción y desarrollo ya sea a nivel individual o grupal.

Capítulo II. El Cuidado Des-humano de la Salud

El Cuidado

El acto de cuidar a lo largo de su recorrido histórico, ha pasado de lo mítico a lo racional, de un pensamiento dualista a un pensamiento empírico; en todas las épocas ha existido una común definición la cual deja en claro que “cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento y también, ayudar a morir”(Quero Garcia & Molina Fernandez, 2010).

Por lo anterior, existe una derivación del término cuidado que significa en latín cogitare-cogitatus, por su propia naturaleza, dicho termino posee diferentes significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí, tales como pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucramiento y afectividad; La predisposición de cuidar ocurre solo cuando la existencia de una persona es importante para el otro, lo cual dispone a que este opte por participar en la vida de este, nunca ocurre como acto enteramente consciente, intencional o controlable, pero siempre como resultado de una autocomprensión y acción transformadora. Cuidado es inherente a la vida, ningún tipo de vida puede subsistir sin cuidado. (Martins, Stein Backes, Da Silva Cardozo, Lorenzini Erdmann, & Albuquerque, 2008).

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica (Bermejo Higuera, 2012)El cuidado se describe como un constituyente de presencia ininterrumpida, en cada momento y siempre, en la existencia humana. Es la energía que continuamente hace surgir el ser humano (Martins, Stein Backes, Da Silva Cardozo, Lorenzini Erdmann, & Albuquerque, 2008). También implica la comprensión del ser en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad.

Orientarse por el cuidado es romper con la lógica de formación excesivamente basada en la hegemonía biomédica, en el autoritarismo de las relaciones, en el poder construido a partir de un saber que silencia otros y cosifica los sujetos.

Por lo tanto, el humano que participa como ser de esas prácticas de salud por medio del cuidado, sea donador o receptor, actúa también en la reconstrucción de sí mismo y del otro. Del concepto que cada profesional de salud tenga de que y quien es el hombre, depende la manera como se conduzca al brindar la atención (Poblete Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007).

Humanización

El acto de humanizar es definido por (Bermejo Higuera, 2012) como un asunto ético que parte de los valores los cuales conducen nuestra conducta dando énfasis al actuar en el área de la salud. Cuando los valores son base para diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, se habla de humanización.

La humanización de la salud conlleva según (Martins, Stein Backes, Da Silva Cardozo, Lorenzini Erdmann, & Albuquerque, 2008) a una confrontación entre dos culturas distintas. Por una parte, aquella cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados tecnológicos y organizacionales y, por otra, la que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos.

Por lo anterior, es trascendental tener en cuenta la formación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención integral de los usuarios, centrando su ejercicio en el contexto de la ética y los valores, propiciando

herramientas que beneficien sus necesidades de forma integral (físico, emocional, intelectual y social)(Bermejo Higuera, 2012).

El concepto de humanización ha ocupado lugar de destaque en las actuales prácticas de reconstrucción de la salud, en el sentido de mayor integridad, efectividad y acceso (Martins, Stein Backes, Da Silva Cardozo, Lorenzini Erdmann, & Albuquerque, 2008). Debido a esto, dicho concepto recuperó su esencia en cuanto atención de los servicios de salud se refiere; puesto que ahora que se habla de medición de los procesos de calidad institucional, este es un criterio fundamental. Por ello es fundamental mencionarlo de manera precisa en los principios filosóficos que orientan el quehacer institucional (Moreno Fergusson, 2013).

La humanización de la salud apunta en su objetivo central, orientar la actuación del profesional hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad como tal, ofreciendo una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual (Montealegre Gomez, 2014). Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano(Bermejo Higuera, Carabias Maza, Villaceros Durban, & Moreno Lorite, 2011). Siendo más enfáticos, es el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, logrando que estese sienta valorado con todos sus derechos, lo cual conlleva a dejar a un lado las cifras y la percepción de la salud como un negocio.

Es así, como el profesional de la salud es el facilitador de las relaciones de vínculos y responsable por el compartir de las tecnologías de conocimientos acopladas al acogimiento de las necesidades intersubjetivas, efectuando así la humanización (Martins, Stein Backes, Da Silva Cardozo, Lorenzini Erdmann, & Albuquerque, 2008).

También es fundamental que los profesionales de esta área orienten su conocimiento al servicio de los demás, situando en primer lugar la sensibilidad, enmarcada en la ética en el acto del cuidado, resaltando la dignidad humana y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los pacientes, familias y otros profesionales involucrados en el sistema.

La atención en salud implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades, dando paso a la intervención del plan de cuidado de los profesionales de la salud, promoviendo la vida, previniendo la enfermedad e interviniendo en el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

No obstante, la complejidad de la atención en salud, radica en su naturaleza humana, en la comunicación y en la interacción de cada uno de los actores que interactúan en ella, lo cual hace que en el momento de brindar el cuidado se constituya un contexto en donde se desarrolla el acercamiento con el otro. (Poblete Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman (Observatorio de calidad de la atención en salud). Es por esto que el estado, en su necesidad de intervenir este aspecto, exige a las instituciones políticas de calidad que logren articular la atención en salud y el control del costo y así impactar en el cuidado y humanización del servicio.

Por otra parte, el código de Deontología que aplica a los médicos y el código de ética para enfermeros y enfermeras del Concejo Internacional de Enfermería (CIE), estipula y compromete a los profesionales a guiar las intervenciones de cuidado bajo objetivos de responsabilidad y desempeño de sus funciones, tales como proteger, mantener y restaurar la salud de las personas, su autonomía, sus funciones vitales físicas y psíquicas, teniendo en cuenta su individualidad, el grado de independencia y la capacidad de autocuidarse (Montealegre Gomez, 2014). Compromiso que debe instar a los profesionales a defender su actuación como dadores de cuidado bajo la consigna de contribuir a la dignidad de la persona.

No obstante, en algunos casos las especializaciones en el ejercicio de las diferentes profesiones en salud, han degenerado en parcelación y se tergiversó el concepto de “derecho a la salud” hacia la concepción de una simple “venta de servicio”, lo que hace dudar que el enfermo no se transforme en objeto; dando a entender a veces que efectivamente funciona como un instrumento y que el profesional tiende a instrumentalizar al enfermo al que enfrenta; Es aquí, donde se hace necesaria la educación para inducir al cambio; Puesto que, su deshumanización es contra natural (Gervas, 2010).

Es innegable que la aplicación apropiada de los avances científicos ha contribuido a una mejor calidad de vida, así como a mejorar los indicadores de salud de las poblaciones. No obstante, el uso incorrecto probablemente puede llevar a creer que solo con ello es suficiente para alcanzar una vida satisfactoria y duradera, más allá de los principios éticos y morales que deben primar en el ejercicio profesional, favoreciendo la despersonalización y deshumanización en la relación profesional de la salud y su paciente.

Deshumanización de la Salud

El fundador de la fenomenología trascendental, Edmund Husserl define la deshumanización de las ciencias contemporáneas como una secuela de la perturbación espiritual producida por la Primera Guerra Mundial; sin embargo, desde tiempo atrás algunos pensadores planteaban que la deshumanización de la sociedad tuvo su máxima expresión en los millones de vidas perdidas durante dicho conflicto y fue en medio de aquel “sinsentido existencialista” cuando los pensadores entre guerras vieron la necesidad de una rehumanización (Cañas Fernández, 2010). A lo largo de los años se ha entendido la deshumanización desde diferentes perspectivas, consolidándose en la definición de la Real Academia Española (RAE, 2015) como ‘acción y efecto de deshumanizar’, y definiendo esta última palabra como la acción de ‘privar de caracteres humanos’; en la literatura ha sido considerada y descrita como la privación de aquellas cualidades que distinguen a una persona como ser humano tales como inteligencia, amor, felicidad, valores, creencias morales, el lenguaje, la vergüenza, lo cual ha conducido a establecer la comparación de otras personas con objetos o animales y a considerarlos como incapaces de sentir algo más que dolor.

La deshumanización no es más que la pérdida de la capacidad axiológica, tan propiamente humana, cuando estamos rodeados de tanto poderío científico y tecnológico (Tealdi, 2008); y teniendo en cuenta el concepto de la dignidad como fundamento de la biopolítica, puede entenderse que la deshumanización dada en los procesos de desarrollo y la relación del hombre con la técnica ha provocado la pérdida de identidad, independencia y la integridad del ser humano con respecto a los otros. Vidal 1991 citado por Schmidt en 2007, ha expresado que por varias razones se le ha denominado la “muerte del hombre”, teniendo como telón de fondo la deshumanización originada por la técnica, y constatando la desaparición del ser humano en las ciencias llamadas positiva.

Son denominados como grupos sociales deshumanizados aquellos que se perciben como incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias o de actuar según los valores y las normas sociales y morales. La teoría expuesta por Haslam, citado por Rodriguez Perez, 2007 plantea que otra forma de deshumanizar es por medio de la privación de las características que se suponen parte de la naturaleza humana como la alegría, la sociabilidad, la curiosidad, la calidez, la apertura a lo nuevo, la individualidad y la profundidad, las cuales al ser sustraídas proyectan una imagen de frialdad, rigidez y superficialidad del ser.

Si bien es cierto que inicialmente el humanismo en el ámbito médico durante el período renacentista fue considerado como aquel que cultivaba aquellas ciencias que enriquecen el espíritu como las artes, la literatura y la pintura; con el transcurrir de los años, se entendió que la deshumanización es consecuencia de un modelo racional científicista que fue tergiversado y alejado de la sensibilidad humana (Oseguera Rodriguez, 2006).

Por otro lado con los avances de la ciencia se ha logrado obtener tratamiento para muchos malestares físicos, estos han dado prioridad a las alteraciones orgánicas y a su resolución. Aunque dichos avances son indiscutiblemente importantes, no deben restar importancia a la relación profesional de la salud-paciente, puesto que las dos partes, son de vital importancia para alcanzar lo prometido en pro de la salubridad y la dignidad del paciente, entendiéndose como complemento de los nuevos avances de la ciencia y no, una parte más importante que la otra (Rodriguez Guerra, 2006). De no entenderse así, esto conlleva a la continuidad de la deshumanización de la salud debido a múltiples factores tales como la cosificación del paciente, lo cual se refiere al olvido de sus rasgos personales, sentimientos y valores, la falta de reconocimiento de la dignidad intrínseca y de la igualdad entre todas las personas, la debilidad en el tratamiento integral y global que abarque todas las dimensiones del ser humano, la falta de participación del paciente en la toma de decisiones relacionada con la inadecuada relación de poder, la

desconfianza en el conocimiento del profesional y las falsas expectativas basadas en experiencias pasadas (Santos A.2003 citado por Morantes, 2016).

Deshumanización en la Formación y en el Ejercicio del Profesional de la Salud.

Desde la academia el estudiante y futuro profesional se encuentra un nivel de exigencia académica que implica un profundo cambio en sus patrones conductuales y por ende en su estilo de vida, que se exagera aún más al empezar la práctica profesional, en la que debe cumplir compromisos asistenciales y de estudio.(Arango Agudelo, y otros, 2010)El Síndrome de Burnout es considerado como un factor predisponente a la deshumanización; como una sensación de agotamiento, decepción, pérdida de interés y eficacia por la actividad académica y por ende en su ejercicio profesional; lo anterior ha sido evidenciado en diferentes estudios, los cuales se han llevado a cabo especialmente en estudiantes de medicina de pregrado y posgrados. Del mismo modo se ha identificado que esta población es especialmente susceptible a presentar síntomas psiquiátricos y que se ven afectados por el entorno en que se desarrollan durante sus estudios, y que en el futuro se asociarán a consecuencias negativas en el ámbito laboral y personal, las cuales inciden directamente en el trato dado a sus pacientes. (Pereira Lima & Loureiro, 2015).

Por otro lado, un estudio realizado en la Universidad de Harvard con estudiantes de tercer año de medicina, donde se les indico hacer un ensayo sobre el curriculum oculto (lo que se aprende explícitamente y lo que se aprende con vivencias); y se encontró que un 30 % presento problemas respecto a la deshumanización (Gaufberg, Batalden, Sands, & Bell, 2010). Por consiguiente, los docentes deben promover e inculcar como base en sus estudiantes, los principios de la ética profesional en relación con los pacientes y sus familiares, a su vez que desarrollen los esfuerzos necesarios para garantizar la adecuada adquisición de conocimientos y habilidades que garanticen la atención integral que se espera (Salas Mainegra & Salas Perea, 2012).

Ciertamente, estas circunstancias influyen en el desgaste “ético” del profesional de la salud; entre ellas, conductas inapropiadas de tutores y docentes, mensajes de currículum “oculto”, objetividad “científica” y valores del modelo biomédico, representación social e imagen del especialista, cambios en los valores de la profesión, sobrecarga emocional derivada del contacto con el sufrimiento, limitaciones del área, pacientes en situaciones difíciles o con personalidad disfuncional, contradicciones inherentes al rol de entrada al sistema sanitario, consumismo sanitario y expectativas irreales de los pacientes (Loayssa Lara, Ruiz Moral, & Garcia Campayo, 2009).

En relación con las implicaciones, por casi medio siglo se ha encontrado que las expresiones de actitudes cínicas en los estudiantes y profesionales del área de la salud, aumentan a medida que avanzan en su carrera, lo cual no tiene justificación alguna. Esto lo sustenta un estudio realizado en la Universidad de Northeast en Ohio, Estados Unidos en el 2006 ,donde se encontró que los comentarios despectivos no eran sobre situaciones relacionadas con su propio entrenamiento (como las largas horas de estudio, la fatiga o la falta de vida social), sino sobre los pacientes que los mismos profesionales no consideraban “buenos”, y que la mayoría de estos comentarios los iniciaban los residentes y/o especialistas (Loayssa Lara, Ruiz Moral, & Garcia Campayo, 2009).

Capítulo III. Relación Profesional de la Salud-Paciente.

El concepto de profesional de la salud abarca todas las profesiones relacionadas con los cuidados, en estas se encuentran diversas ocupaciones médicas que están reglamentadas por los códigos de la salud. Dichos profesionales trabajan interdisciplinariamente para favorecer los cuidados y tratar a los pacientes así como para mantener o mejorar su bienestar físico y mental.

Actualmente la relación profesional de la salud-paciente se ha vuelto poco a poco compleja debido a los avances tecnológicos, diferentes especializaciones en la rama de la salud y sus respectivas subespecializaciones, costos crecientes y cambios en los códigos de la salud beneficiando el contrato organizacional. Lo anterior conlleva a que se genere en beneficio de la profesión de la salud capacidades diagnósticas y de tratamiento cada vez más eficientes y eficaces a la necesidad del paciente. Sin embargo, dicha relación ha llegado a ser disfuncional, lo cual ha ocasionado indisposición por parte de los pacientes acerca del ejercicio del profesional a cargo de su bienestar, percibiéndolos como técnicos e indiferentes que priorizan sus intereses personales o institucionales, además se crea un escenario donde las desconfianzas son recíprocas con expectativas ilimitadas, por su parte los competentes en el área de la salud se sienten a su vez incomprendidos y frustrados por los nuevos parámetros de su lugar de trabajo. El profesional sometido a estresores relacionados con la sobrecarga emocional ante los sentimientos de pacientes y familiares tiene mayor probabilidad de generar una indiferencia acerca del bienestar mental y emocional del paciente.

El concepto de dicha relación lo propone Gonzales Mendez, 2006 al expresar que consiste en una relación de carácter profesional entre personas con la posibilidad empática de ubicarse en el lugar de quien reclama ayuda en materia de salud, sentir como él o ella y disponerse de ayudarles en la solución de sus problemas. Así mismo el autor recalca que los dos actores involucrados poseen personalidades, niveles culturales

y estados emocionales diferentes y que el éxito de dicha relación depende de la capacidad del médico para manejar la situación de obediencia del paciente mediante el respeto, la atención y el trato afectuoso que a su vez genera un ambiente empático donde la consulta médica pueda desarrollarse de una manera efectiva y satisfactoria para ambas partes (Gonzales Menéndez, 2006). Es poco probable que esta relación pueda estar presente en el profesional de salud si no se establece con el paciente una relación (temporal, psicológica, de contacto, profunda, solidaria y profesional) que aporte a la intimidad y la confianza necesaria para que se cree el vínculo profesional necesario para llevar a cabo la función de la persona competente en el área de la salud (Borroto & Aneiros, 2001 citado en Sanchez Arrastia & Contreras Olive, 2014).

Las relaciones interpersonales que se establecen entre los profesionales de la salud y sus pacientes presuponen que el profesional debe inexorablemente ponerse en el lugar de la otra persona; sentir como él/ella; y por último, disponerse a asumir como propios los éxitos y dificultades de sus pacientes. (Gonzales Menéndez, 2006). El médico no solo debe perfeccionar constantemente sus habilidades médicas, también debe respetar al paciente y su derecho a la intimidad y buen trato. El valor de la profesión de salud consiste en su honradez y su disposición a entregarse completamente al servicio de los hombres y la sociedad, de esta forma el médico puede a plenitud, velar por la salud del enfermo y usar métodos acertados de tratamiento, pues será la garantía de una mejor empatía entre los dos (López, 2000 citado en Garcia Alcolea, 2009).

Así mismo de acuerdo a lo anteriormente expuesto Rodriguez Silva, 2006 plantea tres tipos de relación profesional de la salud –paciente:

Relación activo-pasiva o modelo paternalista tradicional. El termino paternalismo es definido por la RAE como la tendencia de aplicar formas de autoridad y protección propias del padre en la familia a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc.

En la práctica médica tradicional presupone la dinámica del proceso se centra en el capacitado en salud, quien por demás posee los conocimientos, los medios y la fuerza legal para hacer lo que sea necesario (Cañete Villafranca, Guilhem, & Brito Perez , 2013). En dicho modelo el profesional de la salud actúa como una figura de autoridad del paciente determinando y poniendo en práctica aquello que sea lo mejor para él. Es el profesional quien decide el siguiente paso del proceso médico, dejando la autonomía del paciente en criterio propio, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el médico crea conveniente.

El paternalismo médico se centra especialmente en la autonomía del paciente y su bienestar además de la capacidad de elección y la salud (Cañete Villafranca, 2013), El modelo tradicional paternalista no es totalmente compatible con las profesiones de salud actualmente, por lo que es deber de los profesionales del sistema de salud, los usuarios y la sociedad profundizar el diálogo que conduzca a una atención sanitaria de calidad.(Cruz Hernandez, Hernandez Garcia, Abraham Garcia, Dueñas Gobel, & Salvato Dueñas , 2012).

Relación Cooperación guiada. En contraste con el modelo paternalista, el paciente toma su rol como una persona autónoma donde decide con la ayuda de la información suministrada por el profesional de la salud sobre su tratamiento o procedimiento a seguir, siendo el competente en salud una figura de tipo consultor, sin dejar de lado la prioridad que el paciente demanda, es decir, el objetivo de esta cooperación guiada es ayudar a determinar lo más adecuado para la salud y lo que se puede realizar en el acto clínico (Ezekiel, 1999 citado por Rodriguez Silva 2006). Para ello el médico trabaja con el paciente sobre aspiración, reconstrucción de objetos, responsabilidades y carácter, de esta manera el médico suministra la información adecuada sobre los procedimientos a los que el paciente se pueda someter.

Relación de Participación Mutua: se centra en el modelo de toma de decisiones compartidas donde la relación médico-paciente es un proceso interactivo que busca la mejora de la condición de salud así como sus consecuencias y beneficios (Ramos Pozon, 2014), a diferencia de la relación de cooperación guiada, la inclusión de los familiares o círculo social es de vital importancia para una percepción del servicio de salud de calidad, siendo en muchos casos la familia una de las principales afectadas por la afección que presente el paciente, por lo que en muchos casos se observa un enfoque sistémico que ayude a analizar y valorar el contexto socio-familiar y los valores individuales.

Este tipo de relación tiene aspectos positivos en cuestiones médicas y éticas ya que genera repercusiones en la mejoría terapéutica y la participación del paciente y su núcleo socio-familiar, además de respetar los principios éticos, considerando al paciente como persona y no solo como enfermo (Ramos Pozón, 2014).

La importancia de una relación profesional con el paciente radica en la complejidad a la que se enfrenta cada profesional a la hora de interactuar con un paciente, el poder determinar tanto el diagnóstico como el tratamiento adecuado no solo se logra con los conocimientos acerca del área de especialidad, también se lleva a cabo mediante el desarrollo de habilidades básicas en las profesiones asistenciales tales como la inteligencia emocional, la empatía y la comunicación. Estas capacidades se refuerzan en el profesional al momento de ponerlas en práctica dando dominio y seguridad en el proceso de la entrevista médica.

Comunicación Profesional de la Salud-Paciente.

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social; es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo (Fajardo Ortiz, Tixtha Lopez, & Papaqui Hernandez, 2012).

En los inicios de las profesiones de salud se designaron competencias “básicas” de un médico las cuales incluían tres elementos, tales como conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de problemas médicos. La habilidad de comunicarse de forma clara con el paciente no fue tomada en cuenta puesto que se consideraba como una capacidad innata, propia del profesional y por lo tanto no se requería enseñanza (Moore, Gomez, & Kurtz, 2012), sin embargo mucho ha cambiado y actualmente la comunicación es considerada como una de las competencias básicas en la educación médica, tanto así que en Universidades de América del Norte ya se creó una cátedra para enseñar dicha habilidad, considerándose esencial de todo profesional en salud, definiéndola como comunicación efectiva; para llegar a ser efectiva el médico debe centrarse en habilidades específicas y no solo en una vaga noción de tener una comunicación general, es decir la importancia de la comunicación efectiva radica en factores puntuales, en este caso habilidades comunicacionales y buen trato.

En ese mismo sentido, la comunicación es especialmente importante a la hora de tratar procesos médicos largos en los que están implicados diversos especialistas, dado que una mala comunicación deteriora la toma compartida y responsable de decisiones que a su vez genera angustia e inseguridad (Nelson, Gay, Berman, Powell, & Salazar Schicchi, 2011). Escuchar implica un proceso activo donde actúan los sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar es un proceso más complejo que hablar, pues requiere esfuerzo y concentración a comparación de un proceso netamente fisiológico que es oír. La escucha activa es una herramienta que se usa comúnmente en las profesiones de la salud, esta consiste en entender la totalidad del mensaje, es decir

prestar atención no solo a la información verbal, la información no verbal contiene en muchos casos detalles importantes de la información que se recopila (Hsu, , Phillips, Sherman, Hawkes, & Cherkin, 2008). Cada paciente tiene una forma distinta de entender e interpretar los mensajes, sin embargo el profesional en salud debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad, siendo la comunicación una necesidad y al mismo tiempo una herramienta para el paciente y su familia en cuestiones de información acerca de la enfermedad que padece y cómo afrontarla. (Fajardo Ortiz, Tixtha Lopez, & Papaqui Hernandez, 2012).

Hernandez Torres y colaboradores en 2006 proponen cuatro modelos de comunicación médico paciente:

Modelo de las tres funciones del médico. El cual se sujeta a las principales tareas de todo profesional en salud que son recolección de información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar en la conducta del paciente para un mejor bienestar.

Modelo clínico centrado en el paciente. Implica considerar a cada paciente como una persona única, además el médico debe tener apertura hacia los sentimientos del enfermo a pesar de que algunas emociones sean negativas o conflictivas, la importancia de la escucha en este modelo requiere de una habilidad que permita captar las expresiones verbales y no verbales del paciente creando un ambiente de confianza y compromiso en el trato de persona a persona. La experiencia del paciente es una situación subjetiva desde el punto de vista del modelo, por eso busca comprender el significado de la enfermedad exigiéndole al médico la comprensión a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente.

Modelo de autoconocimiento del médico. Inicia del supuesto de que el personal en la profesión de salud identifique sus propios sentimientos lo cual a su vez puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, el autoconocimiento no se refiere a conocerse la persona misma, debe servir como medio para llegar a conocer la experiencia del paciente. La escucha activa juega un papel importante en este modelo, la cual comprende entender no solo el significado de las palabras que refiere el paciente, además se debe entender su lenguaje no verbal, sus expresiones para mantener la comunicación en los planos verbal y no verbal sin dejar de lado la perspectiva emocional lo que permite comprender el verdadero significado en la enfermedad en el paciente.

Modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente. desarrollado desde el enfoque de la terapia familiar y su teoría general de sistemas, con sus principios fundamentales como a) la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y enfermedad; b) deja de ser válida la pareja de médico-paciente para formar un triángulo terapéutico conformado por el médico, paciente y familia y c) en su gran mayoría los desórdenes de salud son resultados de una interacción compleja de factores y que el paciente puede afectarse en diferentes dimensiones y no solo en la biomédica.

Como puede evidenciarse, en todos los modelos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes y así mismo refuerza que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades muy valoradas por el paciente (Hernandez Torres, Fernandez Ortega, Irigoyen Coria, & Hernandez Hernandez, 2006).

Una de las ventajas de la comunicación centrada en el paciente es su capacidad para que la persona enferma encuentre puntos comunes con su médico sobre la experiencia de su enfermedad, el nivel de molestias y preocupaciones (Stewart J, 2000 citado por Hernández, 2006). Esta relación de confianza y compromiso en muchas ocasiones se traduce como una mayor recuperación del estado de salud del paciente no solo en su estado físico pues sus molestias y preocupaciones tienden a disminuir al sentir la comprensión del profesional en salud y de su círculo familiar. De esta forma es incierto determinar qué modelo es más efectivo pues como lo plantea Ruiz en 2003 citado por Cofreces, Ofman, & Stefani, 2014 cada modelo otorga un lugar de importancia a las habilidades comunicacionales del médico para adoptar un tipo de relación acorde a las necesidades del paciente teniendo en cuenta sus aspectos psicológicos y sociales. Se destaca la escucha activa para el desarrollo de una comunicación más eficaz así como la participación activa del paciente que favorece la comprensión de la información y confianza en el tratamiento médico. (Balint, 1961; Mira y Rodríguez Marín, 2001 citado por Cofreces, Ofman, & Stefani, 2014).

Habilidades de Comunicación

Canovaca Vega, 2010 planteo el concepto de habilidades de comunicación en las profesiones de salud como aquellas conductas e instrumentos técnicos utilizados por el personal en el momento de la entrevista para la ejecución de tareas. Así mismo Moore y Gómez del Río en 2007 citado por Cofreces y colaboradores en 2014 afirman que el éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de comunicación médico-paciente. Con la ayuda de la comunicación efectiva se aumenta la precisión diagnóstica, la eficiencia de la adherencia al tratamiento para construcción de apoyo al paciente.

Hernández Torres en 2006 recopila las habilidades fundamentales que todo profesional en salud debe desarrollar y a su vez las divide en 3 categorías:

Habilidades de comunicación básica. En las que se encuentran capacidades que se desarrollan durante la formación académica tales como abrir y cerrar la entrevista de forma adecuada, Iniciar con preguntas abiertas que permitan al profesional recabar la información necesaria, habilidad para verificar la información obtenida, la capacidad de llevar un hilo conductor durante la entrevista y responder a las emociones y aspectos no verbales relacionados con la práctica médica.

Habilidades de comunicación intermedia. Las cuales se desarrollan en muchas ocasiones a través de la práctica del ejercicio profesional, donde se presentan situaciones complicadas para el profesional en salud como el manejo de una situación violenta o una forma de negociación para cambios en conductas indeseables.

Habilidades de comunicación avanzada. Estas capacidades son propias del profesional que lleva una cantidad considerable de tiempo en el campo de la salud, por lo cual muchas de las situaciones como dar malas noticias al paciente o a la familia, dilemas éticos o la confrontación de diagnósticos problemáticos se han presentado en múltiples ocasiones y por ende el profesional interviene de la mejor manera posible.

Torio y García en 1997 citado por Cofreces & colaboradores en 2014 sostiene que la importancia de las habilidades comunicacionales radica en la relación con aspectos tan variados como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de la competencia profesional que generan una perspectiva diferente sobre el personal de salud, favoreciendo la adherencia al tratamiento en muchos casos.

Capítulo IV. Empatía

Origen de la Empatía

La conceptualización teórica de la empatía se dificulta por la ambigüedad en su definición, sin embargo Mejía de Díaz, 2012 plantea que es una acción y capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar de manera vicaria los sentimientos, pensamientos y experiencias del otro, sin que estos hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita. La empatía está en la base de todos estos aspectos, y es la que nos permite actitudes altruistas, compasivas, simpáticas y una adecuada cognición social (Ruggieri, 2013).

La empatía es un pilar esencial para experimentar las emociones y la interacción social, ya que expresa la respuesta afectiva de los estados mentales directamente percibidos por otra persona (Baston, 2009), lo que permite entender la perspectiva de otro individuo al comprender sus estados emocionales y comunicar aspectos afectivos que generan una satisfacción en las intenciones y sentimientos propios de la persona.

La empatía al ser un concepto ambiguo se la han atribuido términos que comúnmente se suelen confundir pero su definición no es la misma y es de suma importancia diferenciar, tales conceptos son contagio emocional, mimetización, simpatía, compasión e interés empático.

Contagio emocional. Harrison en 2006 citado por Ruggieri en 2013 demostró el contagio pupilar involuntario en personas que eran expuestas a ver fotos de caras tristes con varios tamaños de pupilas, se comprobó que las pupilas de los participantes se ponían más pequeñas al observar imágenes con pequeño tamaño pupilar que pupilas de

mayor tamaño es decir la estructura subcortical del núcleo de Edinger Westphal el cual es el encargado del control pupilar se activa sin tener conciencia de la situación. Este contagio pupilar es un gran ejemplo del contagio emocional ya que este proceso consiste en tomar las emociones de otras personas de forma involuntaria sin conciencia de empatía o reconocimiento emocional.

Mimetización. Sonnyb en 2002 citado por Ruggieri en 2013 realizó un estudio de los músculos faciales en personas que observaban el rostro de otro individuo mientras expresaba emociones de alegría y tristeza, se detectó la contracción de los músculos relacionados con dicha expresión en el observador. Con esto se concluyó que mimetizar es un fenómeno automático que facilita compartir y entender las emociones del otro. Desde un punto de vista empático, la mimetización se refiere a una tendencia automática a sincronizar expresiones afectivas, vocalizaciones, posturas o movimientos de otra persona, a diferencia del proceso empático el contagio emocional y la mimetización son actos que generalmente el individuo desarrolla de forma inconsciente, formando parte del proceso de la cognición social tomando como referencia la relevancia social del estímulo.

Simpatía, compasión e interés empático. Es importante poder discernir entre estos conceptos pues está claro que en todos se generan cambios afectivos en el observador en respuesta a la percepción o imaginación del estado afectivo de la persona. De Vignemont y Singer en 2002 citado por Ruggieri en 2013 propusieron un ejemplo claro acerca de la simpatía y compasión, planteando una situación donde un observador ve que sienten celos de él, el observador no se sentirá celoso, sino que va a simpatizar o compadecerse de la persona celosa, es decir no va a sentir lo mismo, sentirá lo adecuado. Teniendo en cuenta este ejemplo, la empatía se distingue de los anteriores conceptos ya que denota las emociones del observador que reflejan los sentimientos compartidos, mientras que la simpatía, la compasión y el interés empático denotan las emociones observadas que están orientadas al otro, es decir sentir de cierta forma por la persona y

no sentirse igual que la otra persona. (Ruggieri, 2013). La empatía guarda relación con el compartir sentimientos y emociones del otro con el compromiso de una conducta altruista. Así, se considera la simpatía como el sentimiento por otro individuo, asociado al deseo de verlo mejor o más feliz; la compasión como un estado emocional caracterizado por sentimientos de bienestar a otros; y el interés empático como el estado motivacional enfocado en el deseo de ayudar a otros, encaminado al altruismo.

Como idea final se puede considerar que la mimetización y el contagio emocional preceden a la empatía y que la compasión y la simpatía son consecuencia de ella, concibiendo estos términos como partes fundamentales de una adecuada cognición social (Ruggieri, 2013).

La empatía en el campo de la salud propiamente se refiere a lo planteado por Torrealba citado por Mejía de Díaz en 2012 el cual es el acto de cuidar o brindar atención en salud con la capacidad de empatizar e interiorizar sus vivencias, sentimiento o emociones y apropiárselas. Esta capacidad empática en la relación profesional de la salud paciente hace posible el trabajo en equipo y la humanización en el trato.

Educación Empática

En el siglo XXI una de las competencias fundamentales en el aprendizaje y ejercicio de las ciencias de la salud es la empatía, la cual desde las profesiones asistenciales es definida como la capacidad de entender las emociones de los pacientes y/o sus familiares. No obstante dicho término no solo consta de contenido emocional sino que presenta 3 componentes básicos como lo son la cognición, comprensión y comunicación. Diferentes estudios asocian la actitud empática con una mayor competencia en el ejercicio profesional, a su vez con una buena comunicación y por ende una sana relación entre el profesional de la salud y el paciente (Pedace, 2018).

Al presentarse altos niveles de empatía es de esperarse que los pacientes expresen sus síntomas con mayor comodidad, por lo que no sólo se obtiene una mejor anamnesis y mayor claridad diagnóstica, sino también una activa participación en la consulta de ambas partes y resultados con más precisión, En ese mismo sentido los altos niveles de empatía ofrecen una mayor satisfacción tanto en el profesional de la salud como del paciente, lo que da como resultado menor estrés y la presencia de síndromes de desgaste profesional como lo es el Burnout (Pedace, 2018).

Centrados en el campo de la educación la capacidad de identificar, comprender y regular las emociones es fundamental por parte de los docente, debido a que tales habilidades influyen en los procesos de aprendizaje de quienes se están formando, ya sea en la salud física, mental y emocional de estos, y son determinantes para que se forjen relaciones interpersonales positivas entre ambas partes, al darse dicha relación, posibilita una elevación en su rendimiento académico y en consecuencia mayor satisfacción a la hora de ejecutar su profesión (Cabello, Ruiz, & Fernandez, 2010), puesto que, cuando el que enseña inspira confianza, posibilita que los estudiantes asuman con una actitud empática la relación con su docente, y en consecuencia con la disciplina que este imparte, en la cual el estudiante se está formando (Casassus, 2006citado por Martinez del Rosario, 2016).

Uno de los conceptos claves en cuanto a lo que se refiere la formación del profesional de la salud, es el de Inteligencia Emocional, mediante la cual es vital para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la salud, la empatía Asimismo, juega un papel importante cuando un profesional tiene que hacer saber una mala noticia, puesto que esto requiere la posibilidad de amortiguar respuestas emocionales con mayor intensidad.

Para ser emocionalmente inteligente según (Hernández Vargas & Dickinson-Bannack, 2014) se debe contar con la capacidad de comprender, aceptar y expresar sus emociones de manera natural; Asimismo empatizar con las emociones del otro, llevándolas a un proceso de evaluación y reconocimiento para así entenderlas; regular las propias emociones, ayuda a no perder la serenidad y, finalmente, emplear la emoción como facilitador del rendimiento. De hecho diferentes estudios señalan la relación entre la inteligencia emocional y alguna medida concreta de rendimiento académico en estudiantes de ciencias de la salud; mostrándose la IE como un adecuado predictor del rendimiento académico (Valadez, Borges, Ruvalcaba, Villegas, & Lorenzo, 2013). Lo que da entender que la inteligencia emocional es la capacidad para adaptarse emocionalmente a una situación de la mejor manera y la empatía es uno de sus componentes fundamentales.

Teniendo en cuenta este último concepto, en un reciente artículo publicado en el Canadian Medical Association Journal (CMAJ) (Buckman, Tulskey, & Rodin, 2011), argumentan que la conducta empática como cualquier otra puede ser enseñada y aprendida. Es indispensable integrar el desarrollo de habilidades emocionales y de autoconocimiento en la formación de grado y posgrado con el fin de conjugar una instrucción académica desde el saber, el hacer y el sentir. Desenvolverse profesionalmente en consonancia mejora la salud con compasión, contacto y comunicación, y no exclusivamente con sofisticadas herramientas tecnológicas, contribuye a desmentir la falacia que ha permanecido durante largo tiempo arraigada en la conciencia sanitaria de que la salud y la enfermedad son meros hechos biológicos sin carga emocional.

Marco Legal.

Constitución Política de Colombia de 1991.

La Constitución de 1991, promovió espacios para la participación ciudadana y estableció un modelo democrático participativo, basado en el reconocimiento legal de los derechos fundamentales de todos los colombianos.

La carta constitucional de 1991, al igual que las demás constituciones democráticas, está dividida en dos partes: La primera correspondiente a la sección introductoria o dogmática, la cual resume la ideología predominante y enumera las libertades y derechos subjetivos reconocidos al individuo. La segunda parte de la constitución, denominada orgánica o normativa, describe la estructura del estado y el poder público, con sus órganos y competencias.

Para la presente investigación se enfatizara en el Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental los cuales son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Ley 100 de 1993.

El sistema de seguridad social integral, en el capítulo I del artículo I menciona que el sistema tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la

comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico en salud u otros servicios complementarios amparados en esta ley o que se incorporen normativamente en un futuro.

En la presente ley se establecen los principios de prestación de servicios del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia son: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación.

El objetivo principal del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia son: Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema, así mismo se garantiza la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la ley proporcionando al ciudadano mayores precauciones. Por último, se vela por el cumplimiento de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones.

Código Deontológico del Psicólogo.

El cual está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la Psicología en cualquiera de sus modalidades. El Colegio Oficial de Psicólogos lo hace suyo y de acuerdo con sus normas juzgará el ejercicio de la profesión de los colegiados.

Así mismo se divide en siete capítulos abarcando desde los principios generales, competencia del profesional y su relación con otros profesionales, el proceso de la intervención, la investigación y docencia, la obtención y uso de la información, de la publicidad, los honorarios y remuneración y las garantías procesales.

En la presente investigación toma relevancia los primeros dos capítulos que se describen a continuación:

Principios Generales. Refiriéndose a los valores éticos que todo profesional en psicología debe respetar para desempeñar un rol ejemplar en el campo laboral, dichos valores abarcan desde el respeto por la persona a quien se le presta el servicio, la confidencialidad, la rigurosa barrera de la ética profesional en casos de fraude o donde se ve implicado los intereses personales sobre el bienestar del paciente.

Competencia profesional y relación con otros profesionales. Los deberes y derechos de la profesión de Psicólogo se constituyen a partir de un principio de independencia y autonomía profesional, cualquiera que sea la posición jerárquica que en una determinada organización ocupe respecto a otros profesionales y autoridades superiores. Dicha independencia se fundamenta en la capacitación y cualificación de las tareas que desempeña sin desestimar los enfoques y teorías que hacen parte de la psicología, como tampoco usar métodos que no son lo suficientemente calificados, Velar por el trabajo interdisciplinario cuando el caso lo requiera delimitando las funciones del psicólogo y la de los demás profesionales.

Talento Humano-Resolución.

Ley 1164 de 2007 el Congreso de Colombia dictó las disposiciones en materia del Talento Humano en salud. La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones

relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

El talento humano en salud es todo el personal que interviene en la promoción educación información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio. El talento humano se regirá por los siguientes principios generales: equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concentración, unidad y efectividad.

Esta ley se justifica con base en la ausencia de integración intersectorial para el desarrollo de políticas y desarrollo de recurso humano en salud. La carencia de un organismo rector, por lo que no hay planeación, ni control en la formación de los trabajadores de la salud. Por la incoherencia entre la formación del recurso humano y las necesidades de nuestra población. Para incentivar la investigación y educación continua y con la necesidad de corregir la posición dominante de las EPS e IPS sobre la autonomía profesional médica.

Tienen como objetivos el articular los actores que intervienen en la: formación, vigilancia y control del ejercicio, el desempeño y la ética de los recursos humanos del área de la salud y garantizar calidad en la formación en salud y escenarios de prácticas, acorde con los cambios académicos y científicos. Donde se crean nuevos organismos como: El Consejo Nacional de Recursos Humanos Salud, el Observatorio de Recursos Humanos en Salud y los Colegios Profesionales.

Metodología

Tipo de Investigación

La investigación del tipo mixta es definida por Ruiz Medina 2013 como un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en una misma investigación para responder a un planteamiento, se enfatiza la utilización de ambos métodos en este tipo de investigación ya que permite la triangulación para la comprensión e interpretación, lo más amplia posible del fenómeno del estudio. La presente investigación plantea una preponderancia del tipo cualitativa puesto que la interpretación la de información recolectada se acopla a los objetivos propuestos durante la elaboración del planteamiento.

Tipo de Estudio

Investigación de tipo fenomenológica cuyo propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Población

250 Profesionales de la salud en las dependencias de médicos residentes, jefes de enfermería y auxiliar de enfermería que laboran en la Clínica Norte S.A de la ciudad de Cúcuta

Muestra

Muestreo por conveniencia es decir se abarcaran los casos a los que el acceso sea de facilidad para el investigador (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Esto permite que el momento de recolectar la información se lleve a cabo con facilidad, evitando posibles dificultades de disponibilidad durante el proceso.

Instrumentos.

Escala de Empatía Médica de Jefferson

La escala de empatía de Jefferson es una escala validada de 20 ítems que está diseñada para medir la empatía en médicos y otros profesionales de la salud practicantes, estudiantes de medicina y otros estudiantes de profesionales de la salud.(Hojat, 2016).

Ficha Técnica

Nombre: Escala de empatía médica de Jefferson. Versión HP

Fecha de publicación: 2016

Autores: Facultad de Medicina Sidney Kimmel, Centro de Investigación en Educación Médica y Salud, Universidad de Filadelfia, Universidad Tomas Jefferson.

Instrumentos:

- Cuestionario en su versión original (ingles)
- Cuestionario traducido al español.

Población a quien va dirigida: Estudiantes y profesionales del área de la salud.

Puntaciones:	Para puntuar la escala: los elementos 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19 están en orden inverso los elementos puntuados (es decir, Totalmente de acuerdo = 1 ... Totalmente en desacuerdo = 7), mientras que el otro los artículos se califican directamente en sus pesos de Likert (es decir, fuertemente En desacuerdo = 1 ... Muy de acuerdo = 7)
Objetivo de la prueba:	Determinar el nivel de empatía en los estudiantes y profesionales del área de la salud.
Alcance:	Identificar datos con relación a la empatía en los profesionales del área de la salud. Establecer la ausencia o presencia del sentido empático hacia el paciente. Determinar la toma de decisiones en el momento del trabajo en el profesional

Variables

Variable	Definición
Toma de perspectiva	Se ha descrito como el ingrediente cognitivo principal de la empatía y como el trampolín en el compromiso empático.(Hojat, 2016)
Cuidado compasivo	Se puede considerar como una construcción que implica el entendimiento por las emociones y experiencias del paciente.(Hojat, 2016)
Ponerse en los zapatos del paciente.	Guarda relación al cómo piensa el paciente en el momento de afrontar las situaciones adversas que experimenta en una institución médica.(Hojat, 2016)

Técnicas: Grupo Focal

En el presente trabajo investigativo se opta por realizar un grupo focal el cual hace referencia al conjunto de personas seleccionadas y convocadas por un investigador con el propósito de discutir y comentar desde un punto de vista individual, el tema propuesto, (Powell et al, 1996 citado por Méndez 2013). Algunos autores como Morgan en 2013 lo consideran como un tipo de entrevista grupal por su procedimiento similar, sin embargo el grupo focal se centra en el análisis de la interacción de los participantes y sus reacciones al tema propuesto. (Méndez, 2013)

El procedimiento del grupo focal se centra en la interacción de los participantes, y no con el investigador por lo que se distinguen importantes elementos a destacar:

- Preguntas guías
- Materiales que estimulen la conversación
- Selección de personas que formaran parte del grupo

El moderador deberá estar atento a las diferencias en las opiniones, los debates, las dinámicas que surjan o el tipo de actividad en que se envuelva el grupo, ya sea para formar consenso, desarrollar una explicación, interpretar mensajes promocionales o sopesar prioridades que compiten. (Méndez, 2013).

Lo anterior con el objetivo de conocer los diferentes puntos de vista de los participantes en el tema a tratar, así como sus experiencias personales y laborales sobre las situaciones a las que se enfrentan en su diario vivir.

Entrevista semiestructurada

Es una técnica de la investigación cualitativa para la recolección de datos la cual es definida como la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre la temática (Díaz-Bravo, 2013). La entrevista tiene diversas ventajas en los estudios

descriptivos y en las fases iniciales de exploración, debido a que el éxito de la entrevista también depende de las habilidades del entrevistador, se convierte en una herramienta versátil y fundamental en toda investigación.

**DIRIGIDA AL
PROFESIONAL DE LA
SALUD**

Cuidado emocional	Comunicación	Satisfacción
Para usted: ¿Qué es la relación profesional de la salud-paciente?	¿De qué manera le da entender al paciente que está interesado en su estado de salud?	¿Cómo son los espacios para el descanso de los profesionales?
¿Qué opina del trato que se dan entre profesionales de la salud?	Basado en su experiencia: ¿La formación académica y el ejercicio profesional necesita un entrenamiento en habilidades como escucha, comunicación verbal y no verbal, resiliencia, compasión, empatía, trabajo en equipo? ¿Por qué?	Con que herramientas y espacio cuenta usted para el desarrollo de la consulta con su paciente?
¿Su estado emocional es de interés para los profesionales de la institución?	¿Cómo cree usted que afecta la comunicación en el estado emocional de la persona?	¿Cuenta con la indumentaria adecuada para llevar a cabo su labor?
¿Por qué es importante que el profesional realice seguimiento psicológico?		De qué manera influye el tiempo dedicado en consulta en la relación del profesional con el paciente y de este con su enfermedad?
En su rol como profesional ¿se ha sentido vulnerable como persona? ¿Porque?		Describa cómo se siente con la carga laboral que le exige su profesión?

<p>¿La institución realiza seguimiento psicológico durante y después de la enfermedad al paciente?</p>	<p>¿De qué manera es recibido el trabajo interdisciplinario con los demás profesionales de la salud?</p>
<p>¿Cuáles son sus intereses a la hora de prestar la atención a los pacientes?</p>	<p>¿Qué situaciones lo han hecho considerar en dejar de ejercer su carrera profesional?</p>
<p>¿Por qué cree que ocurre la deshumanización en la relación profesional de la salud-paciente?</p>	<p>¿Para usted que es la deshumanización en el ámbito de la salud?</p>

Entrevista semiestructurada dirigida al paciente

Para usted: ¿Qué es la relación profesional de la salud-paciente?

¿Con que herramientas y espacio cuenta usted para el desarrollo de la consulta con su paciente?

De qué manera influye el tiempo dedicado en consulta en la relación del profesional con el paciente y de este con su enfermedad?

¿De qué forma el profesional que le atiende le proporciona la información sobre su estado de salud?

¿Qué tipo de inconvenientes se han presentado cuando un profesional lo remite a otro para que usted reciba una atención integral?

¿El profesional se muestra interesado por su estado emocional? ¿De qué manera?

¿De qué manera la institución atiende su estado psicológico antes y después de la enfermedad?

En la atención que le prestan ¿Describa como se ha sentido en el servicio que le prestan?

¿En que considera usted que la atención en salud necesita un cambio?

¿Para usted que es la deshumanización de la salud?

Categorías

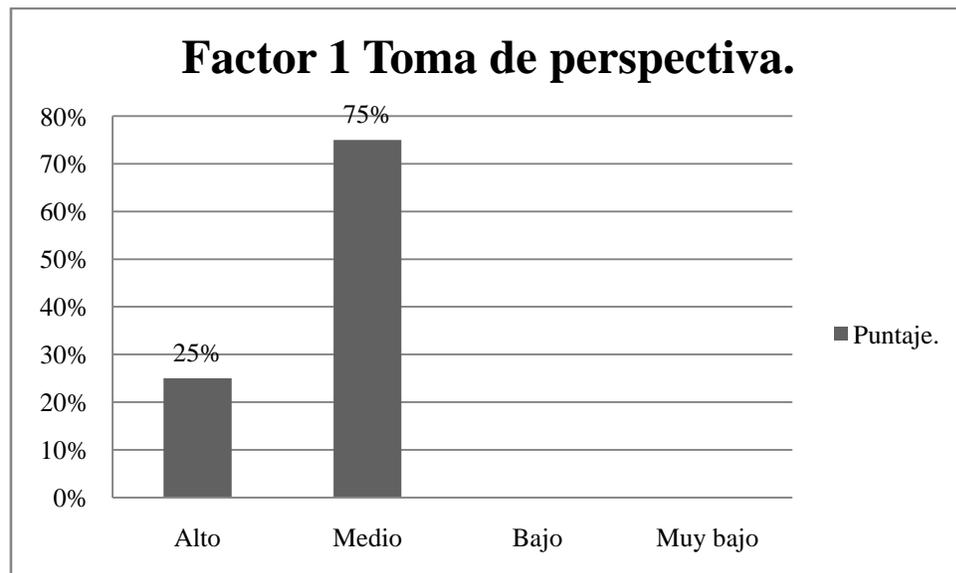
Categorías	Definición
Comunicación.	Según (Raffino, 2019) La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Dicha acción es necesaria, puesto que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que le rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás.
Satisfacción.	La satisfacción según en autores (Velandia, Ardon , & Jara Navarro, 2007) como es la resultante de un proceso inicial concretamente en el sujeto y culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista o no, debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no.
Cuidado emocional	El cuidado emocional lo define (Arevalo Naranjo, 2018) como “un proceso integral que busca un balance entre las distintas dimensiones de nuestra vida” las cuales están interrelacionadas. Para lograr dicho equilibrio, el ser humano debe estar en conexión consigo mismo, auto observarse y reflexionar sobre la forma en que la actividad laboral que ejerce afecta o no su bienestar y el del otro, para así tomar acciones adecuadas.

Análisis de Resultados

A continuación se presentan los resultados de la aplicación de la Escala de empatía medica de Jefferson para la evaluación de empatía en los funcionarios y colaboradores de la Clínica Norte S.A; en esta investigación se implementó un cuestionario el cual está conformado por 20 reactivos y a su vez dividido en 3 factores principales tales como: la toma de perspectiva, cuidado con compasión y ponerse en los zapatos del paciente, con el objeto de establecer el nivel de empatía presente en los profesionales de la salud. Se realizó la debida aplicación del instrumento a tres diferentes grupos de profesionales en las áreas de médico general, jefe de enfermería y auxiliar de enfermería que hacen parte de la Clínica Norte S.A.

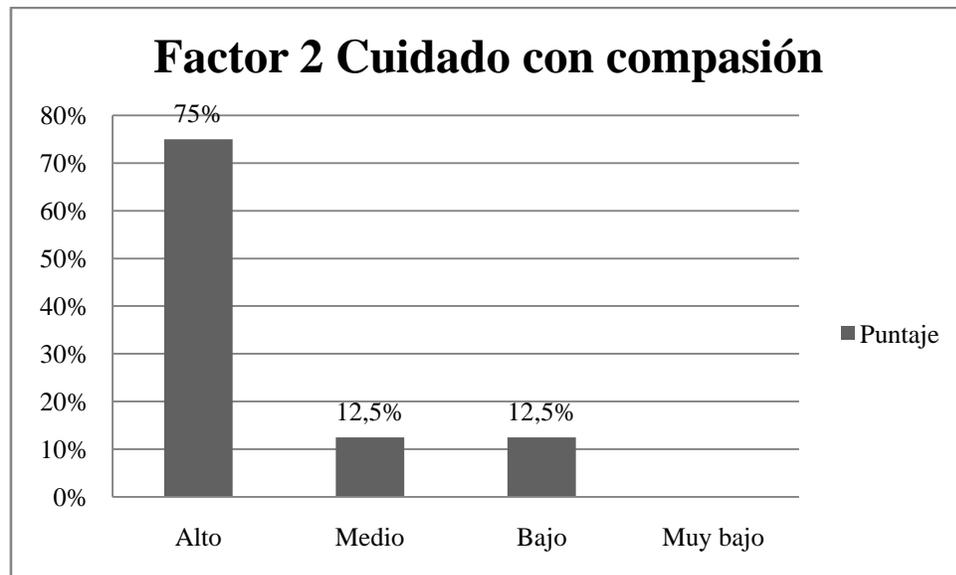
Resultados de la Escala de Empatía Medica de Jefferson.

Médicos Residentes



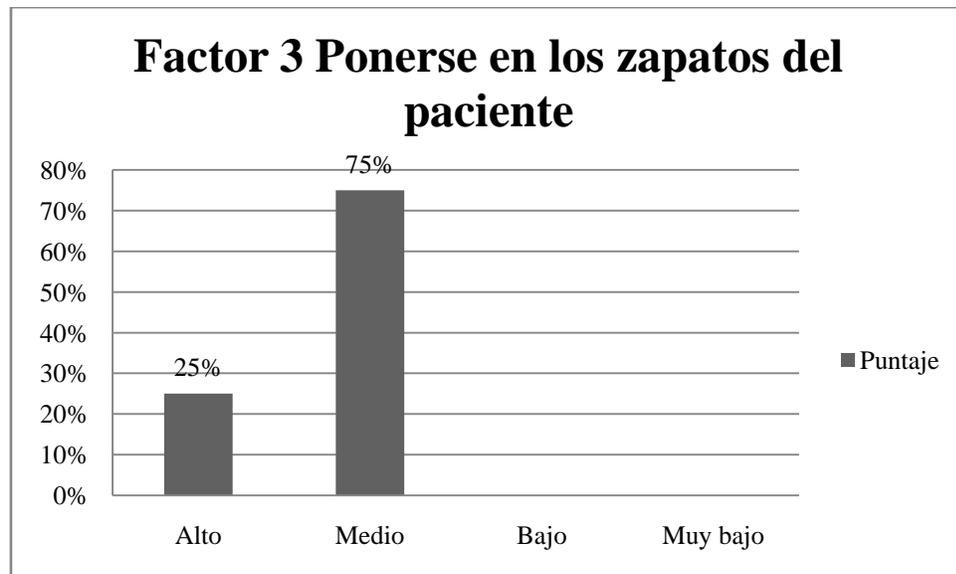
En el factor 1 toma de perspectiva el cual guarda relación con la capacidad que posee el profesional de salud de encontrar las diversas estrategias para comprender el punto de

vista del paciente se observa que el 75% de los participantes correspondientes a 6 de los 8 médicos residentes indican un nivel medio, es decir poseen habilidades tales como escucha activa, comunicación asertiva e interés por lo que le está sucediendo al paciente pero poseen ciertas dificultades al momento de establecer comprensión por las afecciones y sentimientos del paciente. Por otro lado el 25% correspondiente a 2 de los 8 médicos residentes registran un nivel alto por lo cual se logra entender que dichos profesionales poseen las capacidades comprender e interesarse por la situación actual de paciente lo que genera una empatía adecuada para el profesional.

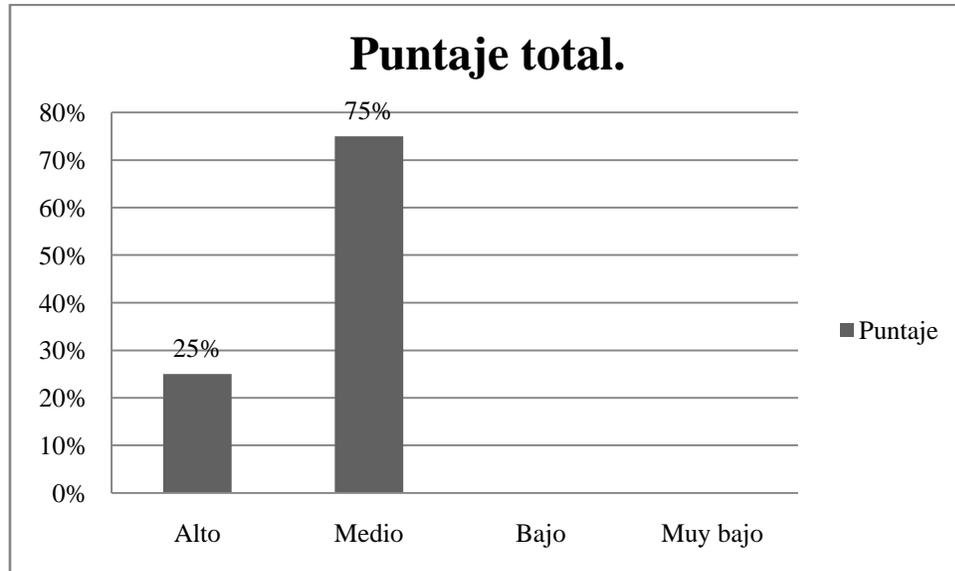


El factor 2 cuidado con compasión hace referencia a la capacidad del profesional de salud de mantener el interés y comprensión acerca de la situación o condición de salud del paciente. Se observó que el 75% de los participantes correspondiente a 6 de los 8 médicos residentes registran un nivel alto, es decir que los profesionales poseen la habilidad por mantener el interés y a su vez atender al paciente de forma amable y respetuosa interesándose por su bienestar físico y mental. El 12.5% correspondiente a 1 de los 8 médicos residentes registra un nivel medio lo que indica valores como amabilidad y respeto en el momento de la atención del paciente, pero con dificultades

para mantener el interés y preocupación en la condición actual de paciente. Por último el otro 12,5% de los participantes correspondientes a 1 de los 8 médicos residentes obtuvo un nivel bajo reflejando dificultades en cuanto atención y preocupación por la condición de salud física y mental del paciente.

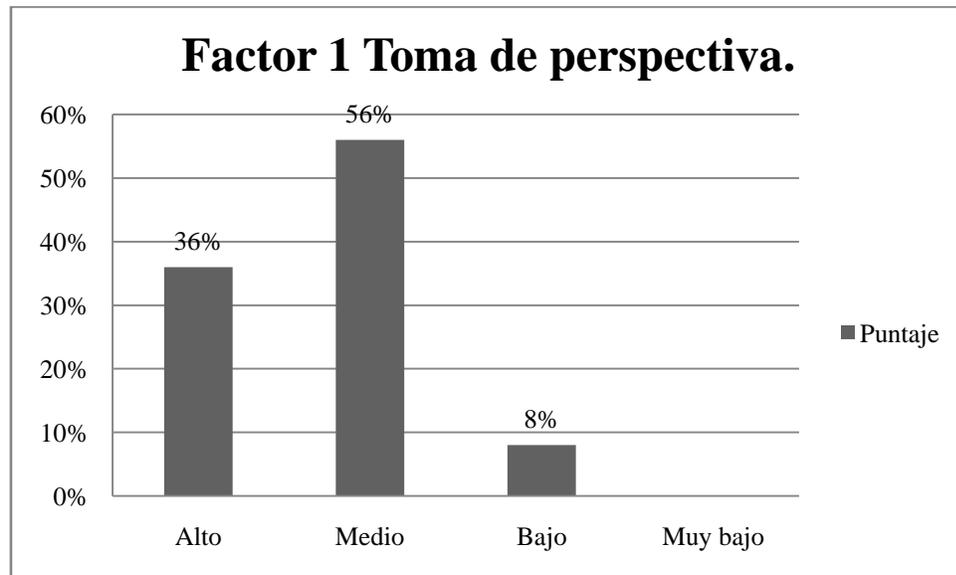


El factor 3 ponerse en los zapatos del paciente hace referencia a la capacidad de los profesionales en salud de entender las dificultades externas que pueda tener el paciente como: problemas familiares, económicos o de pareja que interfieren en el proceso de atención, tratamiento y recuperación. Se observó que el 75% de los participantes correspondiente a 6 de los 8 médicos residentes registro un nivel medio, es decir los profesionales están enterados de las dificultades externas del paciente pero no lo toman como un factor relevante en la atención médica. El 25% correspondiente a 2 de los 6 médicos residentes obtuvo un puntaje alto lo cual indica que dichos profesionales son capaces de comprender las dificultades del paciente y a su vez plantear estrategias para una adecuada atención, tratamiento y recuperación hospitalaria.

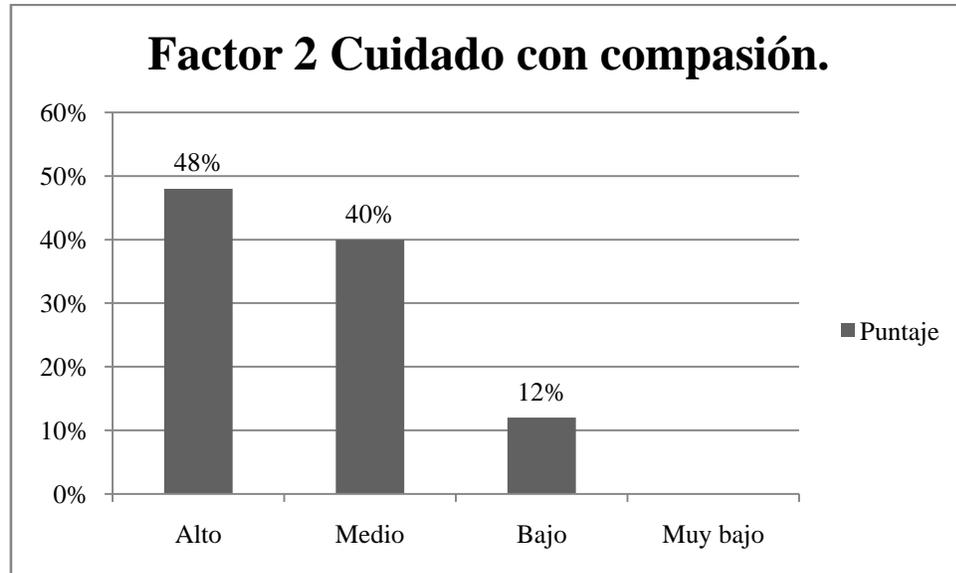


En la gráfica de puntaje total de la Escala de Empatía Médica de Jefferson cuyo objetivo es establecer el nivel de empatía presente en los profesionales de la salud. Se observó que el 75% de los participantes correspondientes a 6 de los 8 médicos residentes obtuvieron un puntaje medio, es decir son profesionales con habilidades de escucha activa, comunicación asertiva y buena imagen profesional por parte de los pacientes. Así mismo el 25% correspondientes a 2 de los 8 médicos residentes puntuaron en un nivel alto, evidenciando profesionales con capacidades empáticas al momento de atender a los pacientes, reflejando interés y preocupación por el bienestar integral, estableciendo un control del estado de ánimo.

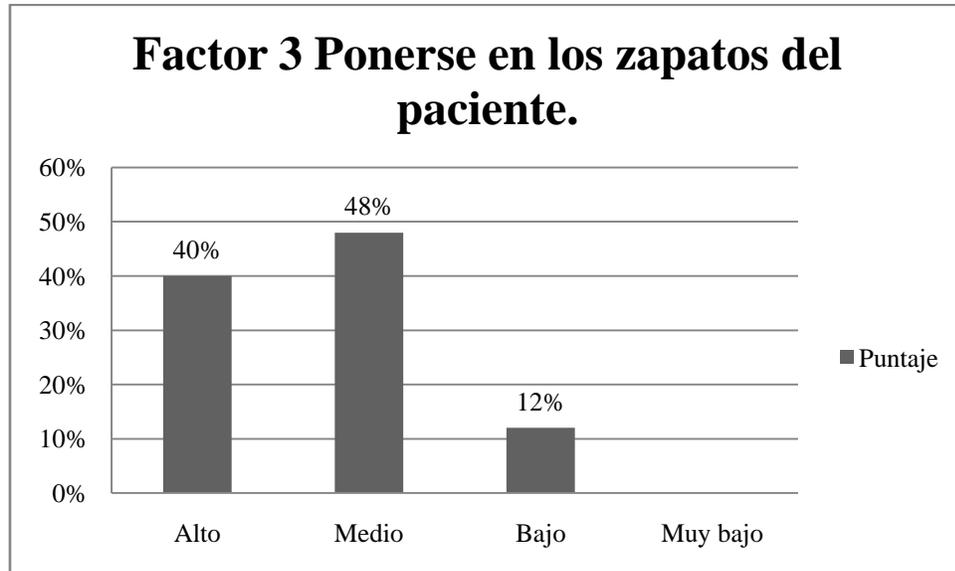
Jefe de Enfermería.



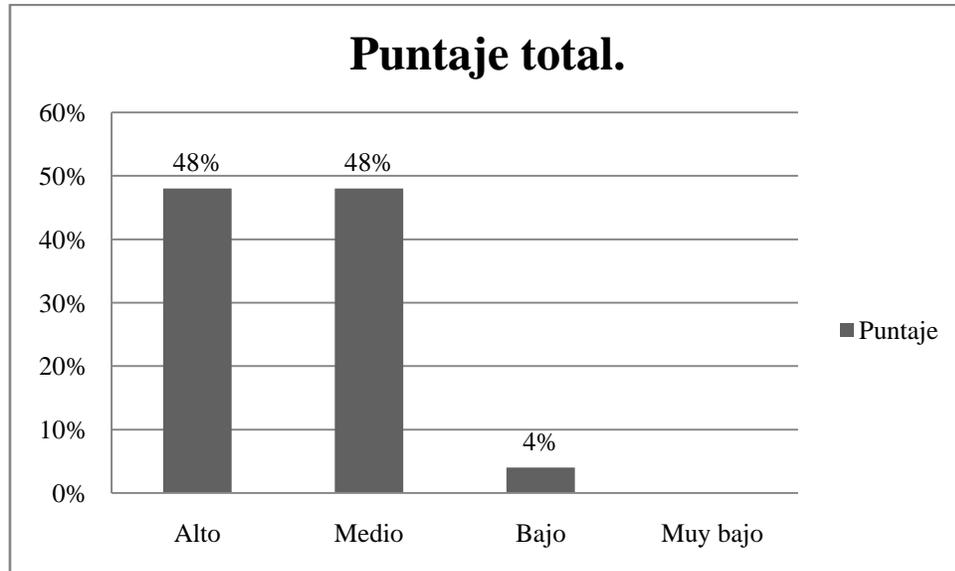
En el factor 1 toma de perspectiva el cual guarda relación con la capacidad que posee el profesional de salud de encontrar las diversas estrategias para comprender el punto de vista del paciente, se observó que el 56% de los participantes correspondientes a 14 de los 25 profesionales del área de jefe de enfermería obtuvieron un puntaje medio, es decir poseen habilidades tales como escucha activa, comunicación asertiva e interés por lo que le está sucediendo al paciente pero presentan ciertas dificultades al momento de establecer comprensión por las afecciones y sentimientos del paciente. El 36% correspondiente a 9 de los 25 participantes del área de jefe de enfermería registraron un puntaje alto por lo cual se logra entender que dichos profesionales poseen las capacidades comprender e interesarse por la situación actual de paciente lo que genera una empatía adecuada para el profesional. Por último el 8% correspondiente a 2 de los 25 participantes del área de jefe de enfermería obtuvieron un puntaje bajo evidenciando las dificultades en cuanto a comprensión de la visión del paciente en la consulta, así como fallas en la comunicación y escucha activa del profesional.



El factor 2 cuidado con compasión hace referencia a la capacidad del profesional de salud de mantener el interés y comprensión acerca de la situación o condición de salud del paciente. Se observó que el 48% de los participantes correspondiente a 12 de los 25 profesionales del área de jefe de enfermería obtuvieron un puntaje alto, es decir que los profesionales poseen la habilidad por mantener el interés y a su vez atender al paciente de forma amable y respetuosa interesándose por su bienestar físico y mental. El 40% correspondiente a 10 de los 25 participantes del área de jefe de enfermería registraron un nivel medio lo que indica valores como amabilidad y respeto en el momento de la atención del paciente, pero con dificultades para mantener el interés y preocupación en la condición actual de paciente. Por último, el 12% correspondiente a 2 de los 25 participantes del área de jefe de enfermería obtuvieron un puntaje bajo reflejando dificultades en cuanto atención y preocupación por la condición de salud física y mental del paciente.

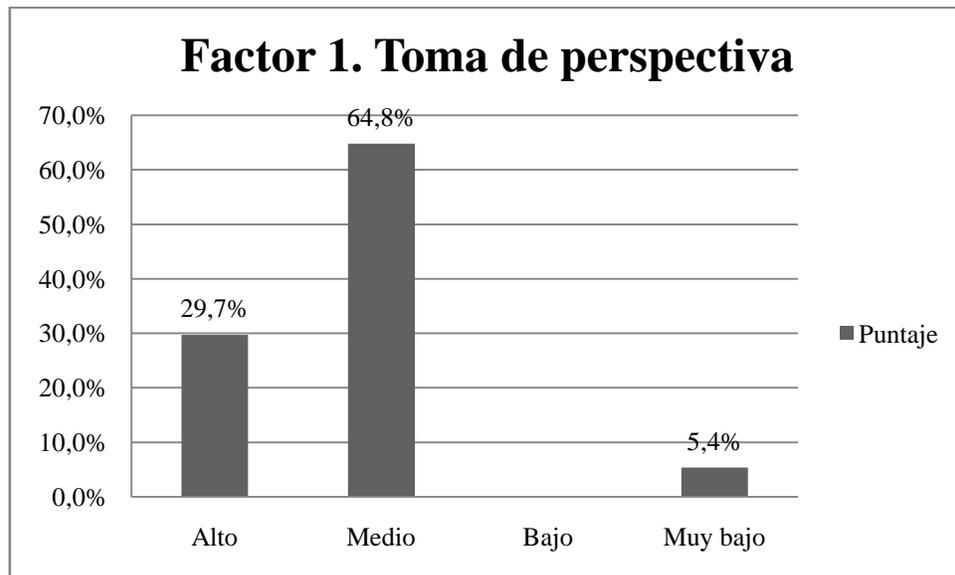


El factor 3 ponerse en los zapatos del paciente hace referencia a la capacidad de los profesionales en salud de entender las dificultades externas que pueda tener el paciente como: problemas familiares, económicos o de pareja que interfieren en el proceso de atención, tratamiento y recuperación. Se observó que el 48% de los participantes correspondientes a 12 de los 25 profesionales del área de jefe de enfermería obtuvieron un puntaje medio, es decir los profesionales están enterados de las dificultades externas del paciente pero no lo toman como un factor relevante en la atención médica. El 40% correspondiente a 10 de los 25 participantes del área de enfermería registraron un nivel alto lo cual indica que dichos profesionales son capaces de comprender las dificultades del paciente y a su vez plantear estrategias para una adecuada atención, tratamiento y recuperación hospitalaria. Por último el 12% correspondiente a 3 de los 25 participantes del área de jefe de enfermería obtuvieron una puntuación baja con lo cual se evidencia profesionales con poco interés en las dificultades externas del paciente al momento de la atención, enfatizando en el proceso de tratamiento sin tener en cuenta factores relevantes que puedan entorpecer el proceso.



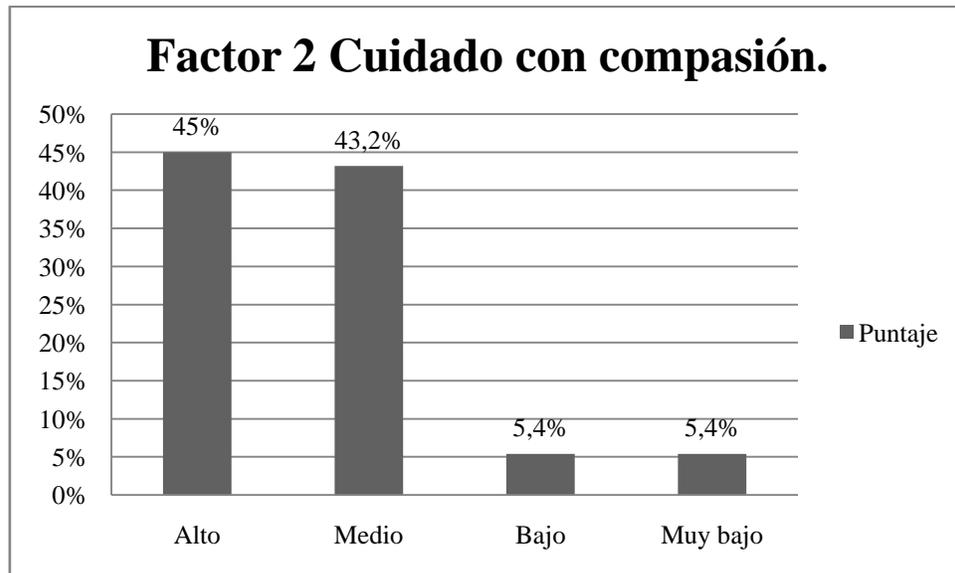
En la gráfica de puntaje total de la Escala de Empatía Médica de Jefferson cuyo objetivo es establecer el nivel de empatía presente en los profesionales de la salud. Se observó que un 48% de los participantes correspondiente a 12 de los 25 profesionales del área de jefe de enfermería obtuvieron un puntaje medio, es decir son profesionales con habilidades de escucha activa, comunicación asertiva y buena imagen profesional por parte de los pacientes. Así mismo el 48% correspondiente a 12 de los 25 participantes del área de jefe de enfermería puntuaron en un nivel alto, evidenciando profesionales con capacidades empáticas al momento de atender a los pacientes, reflejando interés y preocupación por el bienestar integral, estableciendo un control del estado de ánimo. Por último el 4% correspondiente a 1 de los 25 participantes del área de jefe de enfermería registro un puntaje bajo evidenciando profesionales con dificultades empáticas, con fallas en la comunicación y escucha, así mismo con falencias al momento de comprender y sentir compasión por la situación de salud actual del paciente.

Auxiliares de Enfermería.



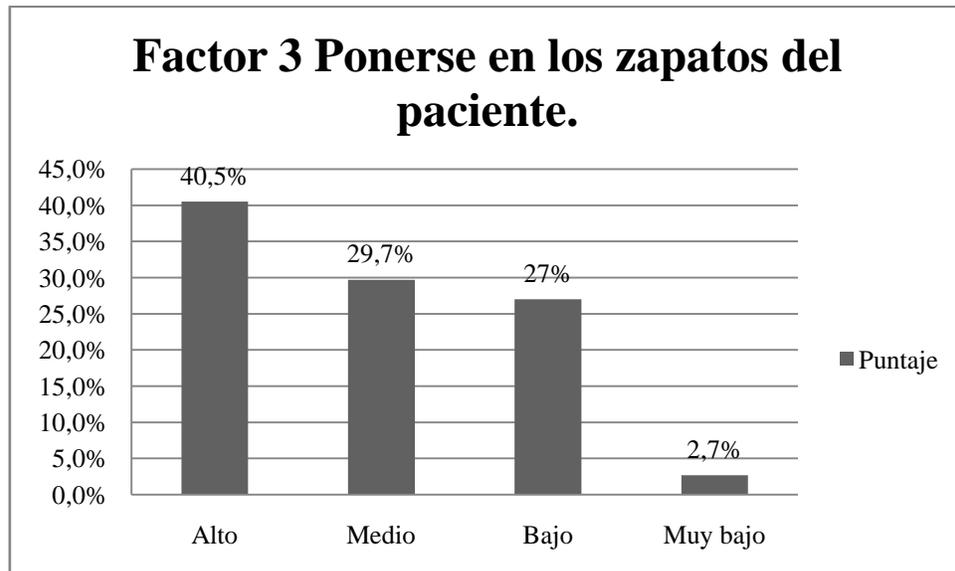
En el factor 1 toma de perspectiva el cual guarda relación con la capacidad que posee el profesional de salud de encontrar las diversas estrategias para comprender el punto de vista del paciente, se observó que el 64,8% de los participantes correspondientes a 24 de los 37 profesionales del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje medio, es decir poseen habilidades tales como escucha activa, comunicación asertiva e interés por lo que le está sucediendo al paciente pero presentan ciertas dificultades al momento de establecer comprensión por las afecciones y sentimientos del paciente. El 29,7% correspondiente a 11 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería registraron un puntaje alto por lo cual se logra entender que dichos profesionales poseen las capacidades comprender e interesarse por la situación actual de paciente lo que genera una empatía adecuada para el profesional. Por último el 5,4% correspondiente a 2 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje de muy bajo, con lo cual se asocia al poco entendimiento para la aplicación de la prueba lo que

genera un instrumento invalido y la falta de cooperación por participar de la investigación realizada.



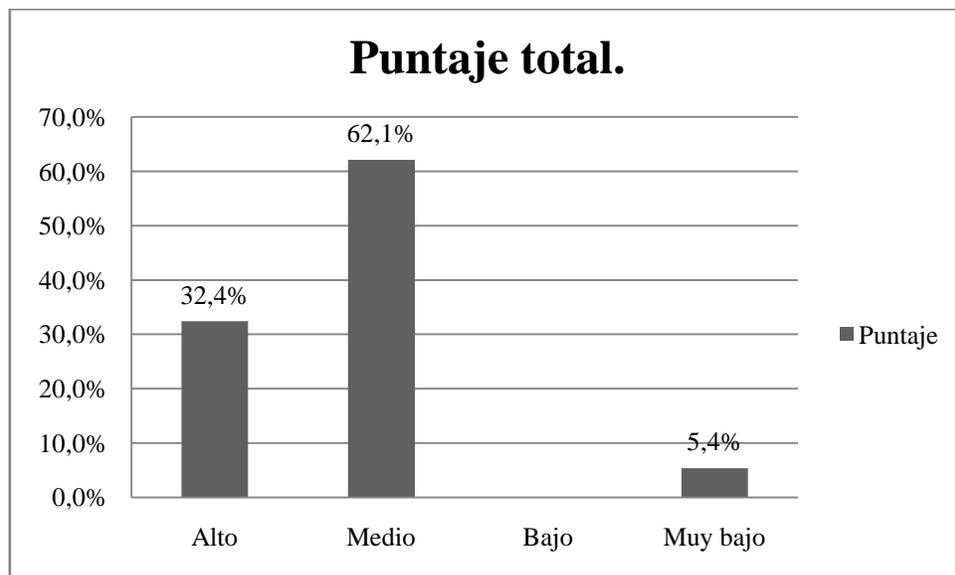
El factor 2 cuidado con compasión hace referencia a la capacidad del profesional de salud de mantener el interés y comprensión acerca de la situación o condición de salud del paciente. Se observa que el 45% correspondiente a 17 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje alto, es decir que los profesionales poseen la habilidad por mantener el interés y a su vez atender al paciente de forma amable y respetuosa interesándose por su bienestar físico y mental. El 43,2% correspondiente a 16 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería registraron un puntaje medio, lo que indica valores como amabilidad y respeto en el momento de la atención del paciente, pero con dificultades para mantener el interés y preocupación en la condición actual de paciente. El 5,4% correspondiente a 2 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje bajo reflejando dificultades en cuanto atención y preocupación por la condición de salud física y mental del paciente. Por último el 5,4% correspondiente a 2 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería registraron un puntaje de muy bajo, con lo cual se asocia al poco

entendimiento para la aplicación de la prueba lo que genera un instrumento invalido y la falta de cooperación por participar de la investigación realizada.



El factor 3 ponerse en los zapatos del paciente hace referencia a la capacidad de los profesionales en salud de entender las dificultades externas que pueda tener el paciente como: problemas familiares, económicos o de pareja que interfieren en el proceso de atención, tratamiento y recuperación. El 40,5% de los participantes correspondiente a 15 de los 37 profesionales del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje alto, lo cual indica que dichos profesionales son capaces de comprender las dificultades del paciente y a su vez plantear estrategias para una adecuada atención, tratamiento y recuperación hospitalaria. El 29,7% correspondiente a 11 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería registraron un puntaje medio, es decir los profesionales están enterados de las dificultades externas del paciente pero no lo toman como un factor relevante en la atención médica. El 27% correspondiente a 10 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje bajo con lo cual se evidencia profesionales con poco interés en las dificultades externas del paciente al momento de la atención, enfatizando en el proceso de tratamiento sin tener en cuenta factores relevantes

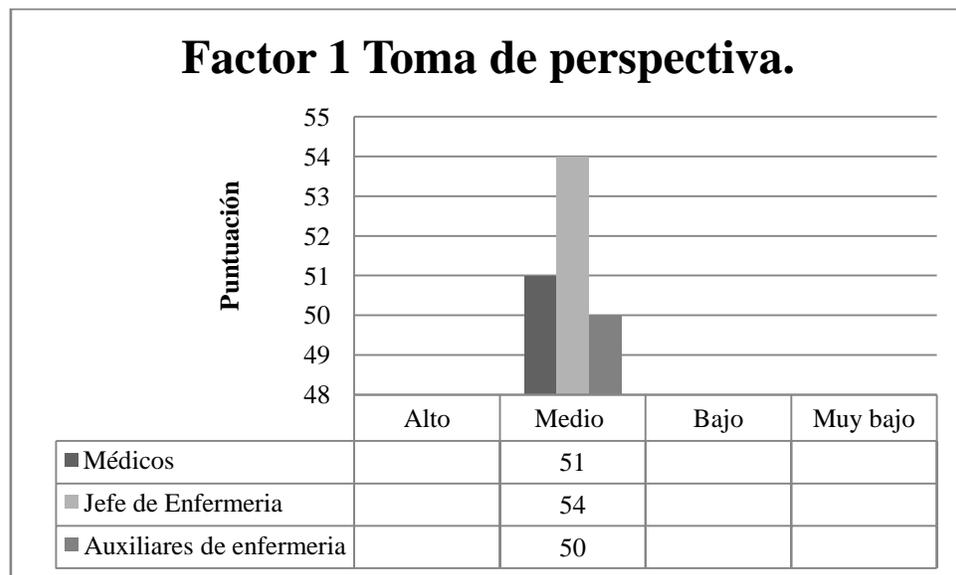
que puedan entorpecer el proceso. Por último el 2,7% correspondiente a 1 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería obtuvo un puntaje de muy bajo lo cual se asocia al poco entendimiento para la aplicación de la prueba lo que genera un instrumento invalido y la falta de cooperación por participar de la investigación realizada.



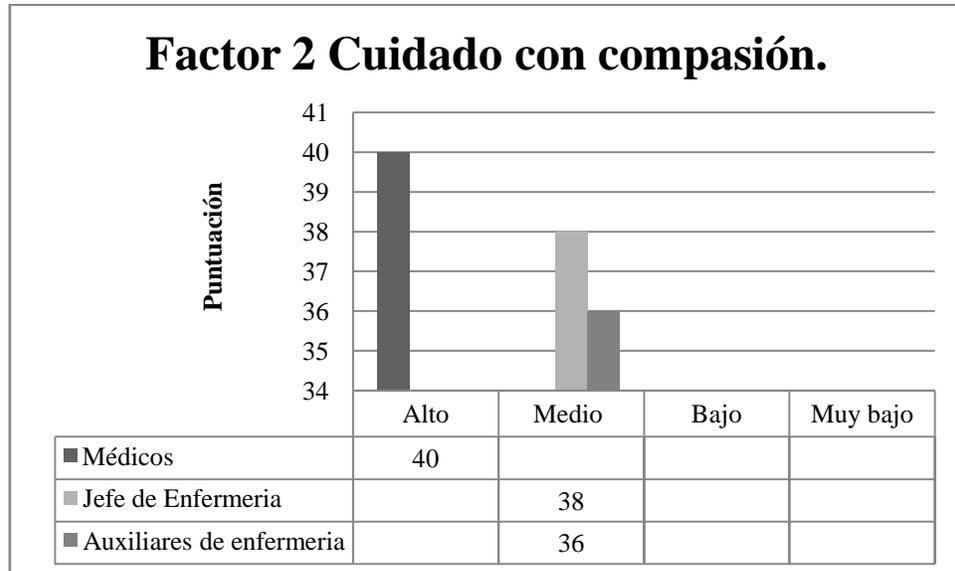
En la gráfica de puntaje total de la Escala de Empatía Médica de Jefferson cuyo objetivo es establecer el nivel de empatía presente en los profesionales de la salud. 62,1% correspondiente a 23 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje medio es decir son profesionales con habilidades de escucha activa, comunicación asertiva y buena imagen profesional por parte de los pacientes. El 32,4% correspondiente a 12 de los 37 participantes del área de auxiliar de enfermería registraron un puntaje alto, evidenciando profesionales con capacidades empáticas al momento de atender a los pacientes, reflejando interés y preocupación por el bienestar integral, estableciendo un control del estado de ánimo. Por último el 5,4% correspondiente a 2 de los participantes del área de auxiliar de enfermería obtuvieron un puntaje de muy bajo lo cual se asocia al poco entendimiento para la aplicación de la

prueba lo que genera un instrumento invalido y la falta de cooperación por participar de la investigación realizada.

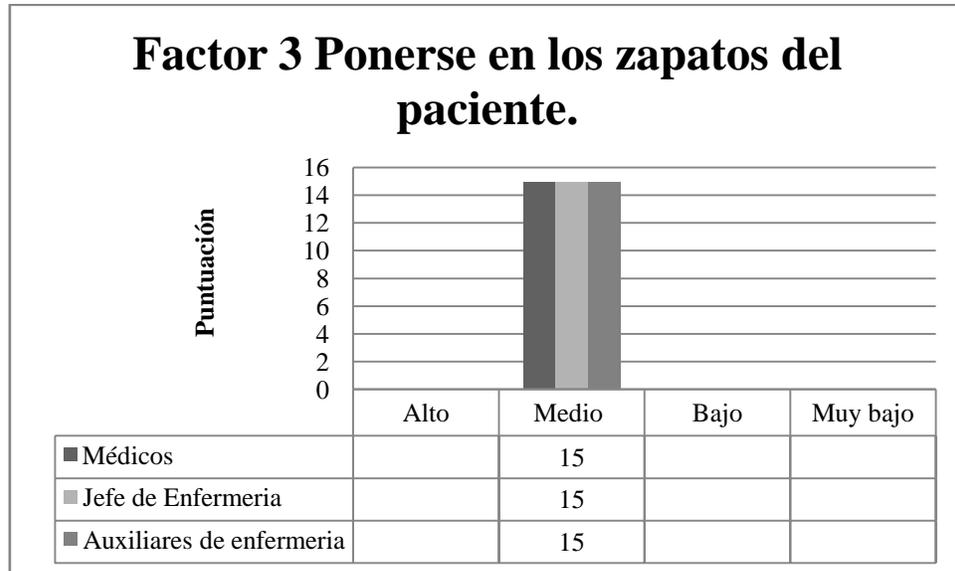
Análisis General (Médicos Residentes, Jefe de Enfermería, Auxiliares de Enfermería)



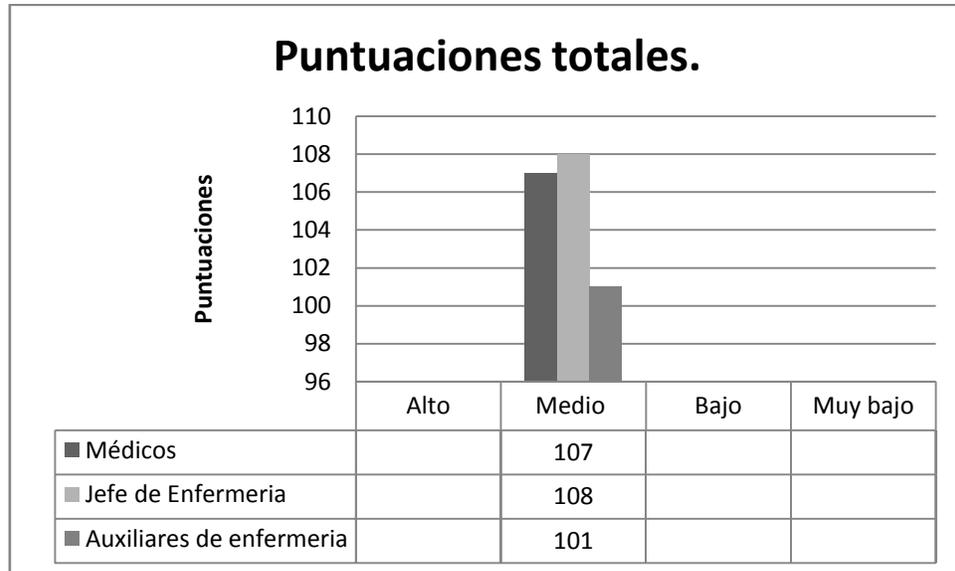
En la gráfica anterior se puede evidenciar que la media del puntaje de los grupos de profesionales a quienes se les implementó la escala de empatía médica de Jefferson en relación al factor 1 el cual evalúa la capacidad que posee el profesional de salud de encontrar las diversas estrategias para comprender el punto de vista del paciente. Se obtuvieron puntajes de 51, 54, 50 el cual corresponde a un nivel medio donde se puede evidenciar profesionales con habilidades tales como escucha activa, comunicación asertiva e interés por lo que le está sucediendo al paciente pero presentan ciertas dificultades al momento de establecer comprensión por las afecciones y sentimientos del paciente.



En la gráfica se puede observar la puntuación media de los grupos de profesionales participantes a los que se le implementó la escala de empatía médica de Jefferson en relación al factor 2 el cual hace referencia a la capacidad del profesional de salud de mantener el interés y comprensión acerca de la situación o condición de salud del paciente, se observó que las áreas de jefe de enfermería y auxiliar de enfermería registraron una puntuación de nivel medio, lo que indica valores como amabilidad y respeto en el momento de la atención del paciente, pero con dificultades para mantener el interés y preocupación en la condición actual de paciente. Por otro lado el área de médicos generales obtuvo una puntuación alta es decir que los profesionales poseen la habilidad por mantener el interés y a su vez atender al paciente de forma amable y respetuosa interesándose por su bienestar físico y mental.



Según la anterior grafica en el factor 3 ponerse en los zapatos del paciente el cual hace referencia a la capacidad de los profesionales en salud de entender las dificultades externas que pueda tener el paciente como: problemas familiares, económicos o de pareja que interfieren en el proceso de atención, tratamiento y recuperación. Se observa que las tres áreas participantes en la investigación obtuvieron un puntaje de medio, es decir los profesionales están enterados de las dificultades externas del paciente pero no lo toman como un factor relevante en la atención médica.



En el gráfico anterior se logra observar que el puntaje total de la Escala de Empatía Médica de Jefferson cuyo objetivo es establecer el nivel de empatía presente en los profesionales de la salud, En los grupos participantes de la presente investigación se obtuvo una puntuación media es decir son profesionales con habilidades de escucha activa, comunicación asertiva y buena imagen profesional por parte de los pacientes. Sin embargo con dificultades al momento de comprender e interiorizar los sentimientos de la persona a quien presta el servicio.

Análisis Cualitativo de Categorías

DIRIGIDO A PROFESIONAL DE LA SALUD				
Categoría	Definición	Preguntas	Unidad de análisis	Análisis
Cuidado emocional	El cuidado emocional lo define (Arévalo Naranjo, 2018) como “un proceso integral que busca un balance entre las distintas dimensiones de nuestra vida” las cuales están interrelacionadas. Para lograr dicho equilibrio, el ser humano debe estar en conexión consigo mismo, auto observarse y reflexionar sobre la forma en que la actividad laboral que ejerce afecta o no su bienestar y el del otro, para así tomar acciones adecuadas.	Para usted: ¿Qué es la relación profesional de la salud-paciente?	“es donde se trabaja en los objetivos planteados para el beneficio de los usuarios”.	El profesional tiene claridad de lo que abarca dicha relación y quienes se benefician o se perjudican de esta.
		¿Qué opina del trato que se dan entre profesionales de la salud?	“Tenemos un trato formal, donde está presente el colegaje, a veces este, no se da siempre puesto que cada ser humano es un mundo diferente”.	Está presente el rol de cada uno en su área y la importancia de mantener vínculos entre todos para un mejor desarrollo laboral y personal, no obstante, se da entender en que las diferencias del ser humano dan hincapié para que el trato entre si pueda variar en algún momento.
		¿Su estado emocional es de interés para los profesionales de la institución?	“Si, aquí de hecho hay una especie de encuesta mensual, con el objetivo de averiguar por parte de talento humano, que tan satisfechos estamos con y en la institución en todos los aspectos,	La institución muestra interés sobre el estado emocional del colaborador, lo que da entender que está en búsqueda constante de un equilibrio de la persona en pro de su

	como remuneración, sano desarrollo. cumplimiento de objetivos y todo lo demás”.
¿Por qué es importante que el profesional realice seguimiento psicológico?	“Es muy importante, porque si emocionalmente no goza de buena estabilidad pues, no goza de buena salud”.
En su rol como profesional ¿se ha sentido vulnerable como persona? ¿Porque?	“A veces siente uno que se vulnera un poco sobretodo la profesión”. El profesional percibe una afectación directa a su profesión por las diferentes condiciones que ofrece el sistema perjudicando su ejercicio y su rol en el campo.
¿Cuáles son sus intereses a la hora de prestar la atención a los pacientes?	“que el paciente logre su objetivo, por el cual vino, que si es un dolor obviamente aliviarle el dolor, o si es un trauma diagnosticarle y darle el tratamiento adecuado”. Aunque en este caso el profesional de la salud es especialista en el dolor físico y en el cómo aliviarlo, es necesario que desde su área de salud proporcione herramientas que generen bienestar integral en la persona dando igual interés al

				sufrimiento psicológico.
	¿Por qué cree que ocurre la deshumanización en la relación profesional de la salud-paciente?	“vivimos en un mundo que no es equitativo al 100%, entonces eso va desde, los sueldos en cada una de las clínicas, porque no pagan lo mismo, entonces no es equitativo, eso genera cierta consecuencia entre profesionales, uno ve que los colegas de uno tienen que trabajar en 2 o 3 lugares para poder lograr sus objetivos, entonces no hay equidad”.	Aunque la presencia de la deshumanización no tiene justificación alguna, existen diferentes condiciones de inequidad que dan hincapié para que esta se presente, afectando la satisfacción y por ende el quehacer y el ser del profesional, dando como consecuencia una afectación en el bienestar del usuario al ser atendido por este.	
Comunicación	Según (Raffino, 2019) La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Dicha acción es necesaria, puesto que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que le rodea y mucho menos	Basado en su experiencia: ¿La formación académica y el ejercicio profesional necesita un entrenamiento en habilidades como escucha, comunicación verbal y no verbal, resiliencia, compasión, empatía, trabajo en equipo? ¿Por qué?	“la universidad no enseña cual es el lenguaje asertivo, eso nos toca adquirirlo con la experiencia laboral, es a través de la experiencia donde se va usted formando como para llevar las cosas más equitativas, pero si considero que ese tipo de habilidades se implementen desde la	Es altamente importarte que desde la misma formación del profesional, se de significado y entrenamiento a las diferentes habilidades que complementen una asertiva comunicación, puesto que esta, está afectando y generando directamente una inadecuada relación en

	compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás.		academia, son muy necesarias”.	los involucrados de este campo.
Satisfacción	La satisfacción según en autores (Velandia, Ardon , & Jara Navarro, 2007)es la resultante de un proceso inicial concretamente en el sujeto y culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista o no, debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no.	¿Cómo son los espacios para el descanso de los profesionales?	“Tenemos un área de cafetería a la cual podemos ir o salimos del consultorio y dialogamos con nuestros compañeros”.	La misma persona en este caso busca su lugar u ocasión en el campo laboral para encontrar esa satisfacción y disfrute, lo cual da entender que se encuentra cómodo dentro de lo que cabe en campo laboral.
		Con que herramientas y espacios cuenta usted para el desarrollo de la consulta con su	“contamos con lo necesario para el desarrollo de nuestra labor”.	El profesional desde el desarrollo de sus labores encuentra que lo proporcionado en

paciente?	cuanto a herramientas, satisface su buen ejercicio.
¿Cuenta con la indumentaria adecuada para llevar a cabo su labor?	Si, hoy en día uno necesita un computador, todo el equipo de órganos, contamos con todas las herramientas necesarias para desarrollar nuestra labor. La indumentaria para el desarrollo de su saber y por ende su quehacer, es apropiada, lo cual resulta satisfactorio para este.
Describa cómo se siente con la carga laboral que le exige su profesión?	“el ser humano es de costumbre, con el tiempo uno se va acostumbrando al ritmo de trabajo, y al volumen de pacientes dependiendo de la institución, entonces ya uno como va equilibrando las cargas”. El profesional es flexible y suele adaptarse a lo exigido por su profesión, generando costumbres en lo que debe hacer, sin embargo, se espera que la misma costumbre no provoque el ser mecánico a la hora de ejecutar dichas cargas y no pierda su objetivo central en el trato hacia sí mismo y hacia el otro.
¿De qué manera es recibido el trabajo interdisciplinario con los demás profesionales de la salud?	“Por lo general siempre recibimos la colaboración de los otros profesionales. El buen trato en los equipos de trabajo y la buena aceptación del uno para con el otro genera como resultado

que la persona se sienta a gusto con lo que realiza.

¿Qué situaciones lo han hecho considerar en dejar de ejercer su carrera profesional?

“A veces sí, le da tristeza a uno porque pues, si usted mira la inversión, el tiempo y todo eso, todavía en Colombia los profesionales no son bien remunerados, en referencia o en comparación con otros países quedamos mal”.

Existe indudablemente una afectación a nivel emocional cuando el ser humano no encuentra conformidad o de cierta manera que está siendo bien recibido o remunerado su trabajo, lo que en consecuencia trae consigo un deterioro en él y por ende en el servicio que ofrece.

¿Para usted que es la deshumanización en el ámbito de la salud?

“dejar de hacer algo aunque sea mínimo que puede ir en pro de alguien”.

Se encuentra claridad en el profesional en cuanto al concepto de conductas no humanas en el servicio de la salud y en el origen de este comportamiento.

DIRIGIDA A PACIENTE

Categorías	Definición	Preguntas	Unidad de análisis	Análisis
Cuidado emocional	El cuidado emocional lo define (Arévalo Naranjo, 2018) como “un proceso integral que busca un balance entre las distintas dimensiones de nuestra vida” las cuales están interrelacionadas. Para lograr dicho equilibrio, el ser humano debe estar en conexión consigo mismo, auto observarse y reflexionar sobre la forma en que la actividad laboral que ejerce afecta o no su bienestar y el del otro, para así tomar acciones adecuadas.	Para usted: ¿Qué es la relación profesional de la salud-paciente? ¿El profesional se muestra interesado por su estado emocional? ¿De qué manera?	“ser profesional en lo que se está haciendo, es importante una buena relación para que uno pueda aliviar la enfermedad y que se la ayuden a uno a curar”. “Si, el médico me pregunta que como sigo, las doctoras también, me gusta que no todo lo resuelven con medicamentos”.	El paciente es consciente que sin una adecuada relación difícilmente se podría llegar a la cura de la enfermedad. El trato humano es significativo y gratificante tanto para el que lo ofrece como para el que lo recibe, beneficiando el bienestar de ambas partes.

		¿Para usted que es la deshumanización de la salud?	“ser alejado del otro, como que no le importa a uno la otra persona, yo creo que es eso”.	Existe claridad en la definición del concepto de deshumanización y de lo perjudicial que llega ser para la persona.
Comunicación	Según (Raffino, 2019) La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Dicha acción es necesaria, puesto que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que le rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás.	¿De qué forma el profesional que le atiende le proporciona la información sobre su estado de salud?	“ellos me preguntan que me paso, la atención es muy buena, ellos me dicen que de donde puede ser la enfermedad mía y cómo puedo aliviarla, me explican todo bien”.	La importancia de una comunicación asertiva en la relación del profesional-paciente facilita que este comprenda y asimile tanto la enfermedad como su tratamiento, lo que probablemente genera tranquilidad y equilibrio emocional en la persona.
Satisfacción	La satisfacción según en autores (Velandia, Ardon , & Jara Navarro, 2007)es la resultante de un proceso inicial concretamente en el sujeto y culmina en el mismo, y en tal sentido	De qué manera influye el tiempo dedicado en consulta en la relación del profesional con el paciente y de este con su enfermedad?	“yo pienso que debería ser un tiempo más, que lo atiendan a uno inmediatamente, mirar que le sucedió a uno, que es lo que uno tiene, que no lo hagan a uno esperar tanto”.	Resulta evidente que el tiempo dedicado al paciente influye de forma significativa en satisfacción de la persona como cliente y paciente a la hora de recibir el servicio y la

es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista o no, debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no.

atención para su enfermedad y por ende poder aliviarla.

¿Qué tipo de inconvenientes se han presentado cuando un profesional lo remite a otro para que usted reciba una atención integral?

“hasta el momento ninguno, todos me han atendido bien, espero todo sea así siempre, solo que demoran un poco en atenderme, pues tampoco es mucho, solo que uno enfermo quiere que lo atiendan de una vez que uno llega”.

El trato y el recibimiento interdisciplinar adecuado favorecen el bienestar del paciente y la percepción de este hacia el profesional que le atiende.

En la atención que le prestan ¿Describe como se ha sentido en el servicio que le prestan?

“me siento bien aquí, están pendientes de mi salud”

El satisfacer las necesidades del paciente, da como resultado el favorecimiento del estado de salud del

mismo.

¿En que considera usted que la atención en salud necesita un cambio?

“En el tiempo de espera”.
Indiscutiblemente el tiempo es un factor determinante para la satisfacción del usuario y la atención de su enfermedad.

DIRIGIDO A PACIENTE ACOMPAÑANTE

Categorías	Definición	Preguntas	Unidad de análisis	Análisis
Cuidado emocional	El cuidado emocional lo define (Arévalo Naranjo, 2018) como “un proceso integral que busca un balance entre las distintas dimensiones de nuestra vida” las cuales están interrelacionadas. Para lograr dicho equilibrio, el ser humano debe estar en conexión consigo mismo, auto observarse y reflexionar sobre la forma en que la actividad laboral que ejerce afecta o no su bienestar y el del otro, para así tomar acciones adecuadas.	Para usted: ¿Qué es la relación profesional de la salud-paciente?	“Una obra, una parte del trabajo, la relación aquí es excelente”.	La persona entiende de cierta forma el cuidado de la salud, como la relación profesional de la salud-paciente, como parte de un trabajo, más no como parte del saber ser del ser humano, el cuidar del otro.

	¿El profesional se muestra interesado por su estado emocional? ¿De qué manera?	“él se ve interesado, porque no todo lo resuelve con algo intravenoso, él se da la pasadita y pregunta que como se ha sentido, como ha estado, si ya se ha sentido mejor”.	Se resalta la importancia por parte del paciente acompañante, en cuanto a la buena atención por del profesional, a la hora de evaluar el interés por parte de este en pro de mejorar la calidad de vida del usuario.	
	¿De qué manera la institución atiende su estado psicológico antes y después de la enfermedad?	“aquí el doctor siempre viene y pregunta como a estado y como se siente, eso para mí es importante”.	Una vez más se enmarca la importancia que tiene el buen trato y la atención al estado emocional de la persona para alcanzar su sano bienestar y el goce del mismo.	
	¿Para usted que es la deshumanización de la salud?	“descuidar al otro, como que no les interesa el otro cómo se siente”.	Se entiende que la persona tiene una concepción precisa de lo que es deshumanización y así mismo de lo que esta conlleva, siendo precisos, a la despersonalización.	
Comunicación	Según (Raffino, 2019) La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al	¿De qué forma el profesional que atiende le proporciona la información sobre su estado de salud?	“la enfermera me ha dado toda la información sobre la enfermedad, a la doctora se le ve el anhelo para	Mediante la proporción adecuada de información sobre la enfermedad que le aqueja al paciente, el

	<p>resultado de comunicarse. Dicha acción es necesaria, puesto que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que le rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás.</p>	<p>que él se recupere”.</p>	<p>profesional logra que la persona interprete que el profesional está al tanto de su bienestar y que le interesa el mismo.</p>	
Satisfacción	<p>La satisfacción según autores (Velandia, Ardon , & Jara Navarro, 2007)es la resultante de un proceso inicial concretamente en el sujeto y culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista o no, debe haber al menos una intención en otro de realizar una</p>	<p>De qué manera influye el tiempo dedicado en consulta en la relación del profesional con el paciente y de este con su enfermedad?</p>	<p>“ha servido para que le suban el ánimo, excelente”.</p>	<p>Factores como el tiempo según lo referido por la persona, determinan o de cierta manera influyen en el estado de ánimo y en la misma conformidad del paciente hacia su situación actual.</p>

acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no.

¿Qué tipo de inconvenientes se han presentado cuando un profesional lo remite a otro para que usted reciba una atención integral?

“ninguno y ojala no se presenten, porque eso debe ser incómodo”.

La satisfacción del usuario centra todo en la comodidad basada en cómo le ofrecen el servicio y como es recibido por quienes lo ofrecen, de no ser así probablemente este estropearía el adecuado proceso y la percepción que tenga el paciente sobre el mismo.

En la atención que le prestan ¿Describe como se ha sentido en el servicio que le prestan?

“excelente, comenzando desde la entrada hasta acá, a diferencia de otros lados muy buena, y sobretodo porque él está por el sisben, aveces a uno no lo atienden bien en otros lados, yo veo que aquí es igualdad para todos”.

Es aquí donde se resalta la importancia de que toda persona vinculada al sistema de salud que tenga contacto directo con otro ser humano tenga claridad de lo importante que es el proceso de humanización y lo significativo que llega ser para fomentar una mejor atención y relación con todos los

involucrados.

¿En que considera usted que la atención en salud necesita un cambio?

“El que paga es al que mejor atienden en ocasiones”.

La satisfacción del usuario depende de la atención equitativa que se le ofrece a este.

DIRIGIDA A PROFESIONAL DE LA SALUD

Categoría	Definición	Preguntas	Unidad de análisis	Análisis
Cuidado emocional	El cuidado emocional lo define (Arévalo Naranjo, 2018) como “un proceso integral que busca un balance entre las distintas dimensiones de nuestra vida” las cuales están interrelacionadas. Para lograr dicho equilibrio, el ser humano debe estar en conexión consigo mismo, auto observarse y reflexionar sobre la forma en que la actividad laboral que ejerce afecta o no su bienestar y el del otro, para así tomar acciones	Para usted: ¿Qué es la relación profesional de la salud-paciente?	“Es aquella interacción que tiene el profesional de la salud con el usuario, con el paciente familiar”.	La concepción de lo que es relación se da por entendida en cuanto a los involucrados en el campo de la salud.

adecuadas.

¿Qué opina del trato que se dan entre profesionales de la salud?

“Es bastante difícil, se debe mejorar mucho en la comunicación, se debe mejorar mucho en las habilidades de cada uno de los profesionales, estamos en una cultura donde nos forman mucho académicamente, donde nos dan mucho conocimiento pero nos dan pocas habilidades sociales, nos dan pocas habilidades en cuanto a inteligencia emocional, en cuanto a comunicación, entonces hay que mejorar mucho en ese tema”.

Los mismos profesionales de la salud son conscientes que la academia refuerza a este para que se desarrolle como un experto en su saber saber y su saber hacer, más no ha centrado sus intereses en el saber ser, el mismo profesional es consciente de lo necesarias que son estas habilidades para el buen desarrollo de su labor, la relación con el que necesita de sus saberes y por ende de la importancia de estas para fomentar bienestar en las partes involucradas.

¿Su estado emocional es de interés para los profesionales de la institución?

“Es un tema que le interesa poco a la institución, lo que se ha visto es que es muy poco el interés que se le da al colaborador o al trabajador en cuanto a la

La salud emocional consciente o inconscientemente se ha dejado de lado, se le ha restado importancia, aun sabiendo de lo significativa que es esta

	parte emocional”.	para que el ser humano se desarrolle de la mejor manera en cualquiera de sus áreas.
¿Por qué es importante que el profesional realice seguimiento psicológico?	“realmente es muy importante que todos los trabajadores tengan un contacto con ese profesional, que tengan una valoración, sería bastante significativo porque vamos a encontrar muchísimas cosas en una persona, no solamente en lo personal sino en todos los ámbitos que influyen en la parte laboral y en la productividad laboral”.	La atención psicológica resulta significativa en el ser humano para alcanzar el buen desarrollo de este en cualquier área, puesto que, dicha atención representara que la persona, en este caso el profesional resuelva las diferentes problemáticas que le aquejan para así poder afrontar las diferentes situaciones que se le presenten en su día a día.
En su rol como profesional ¿se ha sentido vulnerable como persona? ¿Porque?	“Si, en muchas ocasiones, claro que sí, estamos en una sociedad bastante hostil y agresiva, entonces afecta bastante, es también la cultura en la que estamos, las condiciones a nivel nacional, las	Las inadecuadas condiciones laborales han provocado que el profesional de una forma u otra se afecte a nivel personal, siendo más precisos psicológicamente, mediante lo cual dispone al profesional a

	<p>condiciones laborales, el mismo sistema de forma general, entonces afecto mucho, a veces uno se siente atacado por esas situaciones entonces en cierta manera tiende afectarlo a uno como persona, entonces uno dice como que uy esto duele, esto incomoda”.</p>	<p>no dar el 100% a la persona que requiere de su servicio debido a las diferentes afectaciones que la misma profesión ha causado en él.</p>
<p>¿Cuáles son sus intereses a la hora de prestar la atención a los pacientes?</p>	<p>“muchos, lo primero es que él encuentre un bienestar, un bienestar subjetivo, que empiece a identificar la situación que él está viviendo como un situación que puede vencer, como una situación que no es para siempre, sino que es momentánea, que aprenda a ver las oportunidades en esas situaciones difíciles”.</p>	<p>El profesional reconoce que una de las prioridades en consulta debe ser preparar al paciente para afrontar su situación y que de una u otra forma viva y disfrute el proceso para así poder superarla, la toma de consciencia del paciente hacia su enfermedad es vital para que este pueda alcanzar su mejoría.</p>
<p>¿Por qué cree que ocurre la deshumanización en la relación profesional de la salud-paciente?</p>	<p>“ a veces escogemos una carrera porque fue lo que me toco y no porque es mi vocación mi deseo de servir, mi</p>	<p>Diferentes factores según los profesionales son los causante para que se presente la deshumanización, una</p>

			<p>deseo de ayudar, de los principios, de los valores, de cómo me enseñaron a dar, estamos pendientes de lo material y no del ser humano, de las emociones y no del otro, otra de las situaciones son las condiciones laborales que el sistema nos está ofreciendo, donde no nos sentimos bien remunerados, donde no nos sentimos bien en el ambiente laboral, entonces eso afecta en como yo doy el servicio, las dificultades personales, familiares en ese momento, hay muchas cosas que afectan a la hora de dar un servicio humanizado”.</p>	<p>vez más se hace énfasis en las condiciones laborales y la remuneración, no obstante, la falta de vocación frente a su carrera puede llegar a ser otro factor determinante para que esta se presente y por ende se afecte la atención en salud que presta el profesional a su paciente.</p>
Comunicación	Según (Raffino, 2019) La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al	Basado en su experiencia: ¿La formación académica y el ejercicio profesional necesita un	Yo creo que en todas, estamos con profesionales con mucho conocimiento, en cuanto al hacer, pero en	Las habilidades sociales son vitales para el desarrollo o el fortalecimiento del saber ser, profesionales

resultado de entrenamiento en el ser nos falta mucho, como los de la salud que comunicarse. Dicha habilidades como están directamente acción es necesaria, escucha, comunicación influyendo en el puesto que, si esta no verbal y no verbal, bienestar de sus existiese, nadie sería resiliencia, compasión, pacientes deben tenerlas capaz de conocer a empatía, trabajo en inmersas en su fondo el mundo que le equipo? ¿Por qué? empezamos hacer otras profesión, puesto que, la rodea y mucho menos cosas, empezamos a persona espera que le compartir las escuchar para responder que reciba un profesional experiencias propias de y no para entender al que está interesado en cada ser humano con los otro, entonces desde ahí su mejoría y por ende se demás. no somos empáticos, ni lo transmita, así es como se considera importante entendemos la que desde la academia necesidad del otro, yo al estudiante se le diría que en todas”. proporcionen herramientas para saber atender al otro.

¿Cómo cree usted que afecta la comunicación en el estado emocional de la persona?

“ afecta mucho en cuanto hacerme entender, como para sentirme emocionalmente, en cuanto para dar el mejor servicio, las quejas que nos dan es porque nosotros como prestadores del servicio no nos comunicamos, y ese un factor primordial

Existen falencias en la comunicación en el estado de la relación del profesional para con su paciente, la cual es de vital importancia para fortalecer la misma y así se sobre lleve el estado actual de la enfermedad, el proceso a seguir y su posible mejoría.

			para atender al ser humano”.	
Satisfacción	La satisfacción según en autores (Velandia, Ardon , & Jara Navarro, 2007)es la resultante de un proceso inicial concretamente en el sujeto y culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista o no, debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no.	¿Cómo son los espacios para el descanso de los profesionales?	“No contamos en si con sitios de descanso”	El profesional no cuenta o desconoce de sus espacios de descanso en la misma institución en la cual se desenvuelve o posiblemente la entidad no considera importante el descanso del especialista o no cuenta con las condiciones necesarias para proporcionar dichos espacios.
		Con que herramientas y espacio cuenta usted para el desarrollo de la consulta con su paciente?	“en la parte de atender pacientes para el área emocional, no se cuenta con esos espacios, es que estamos en una sociedad donde no le	Es necesario que las instituciones proporcionen los debidos espacios para que el profesional pueda prestar de forma

<p>damos la importancia a ese aspecto”.</p>	<p>adecuada su servicio, como también es vital que el sistema de salud involucre con la misma importancia la atención al estado psicológico de la persona tal como se realiza con el físico, puesto que, tanto el dolor como el sufrimiento son determinantes para el bienestar del ser humano.</p>
---	---

<p>De qué manera influye el tiempo dedicado en consulta en la relación del profesional con el paciente y de este con su enfermedad?</p>	<p>“debe ser un tiempo necesario para conocer y entender al paciente, el paciente no debe contar con un tiempo limitado, es necesario mucho tiempo pero el sistema no deja que se le dedique mucho tiempo a los pacientes”.</p>	<p>El tiempo siendo un factor determinante e influyente en la prestación del servicio hacia el paciente, resulta estar limitado para que la relación y la satisfacción tanto del profesional como del paciente se vean afectados.</p>
---	---	---

<p>Describe cómo se siente con la carga laboral que le exige su profesión?</p>	<p>“la carga laboral es muy emocional, entonces no es tanto la carga laboral, uno sale desgastado emocionalmente, uno</p>	<p>El profesional es consciente de la afectación que trae consigo el cuidado emocional en su</p>
--	---	--

	dice juemadre, salí sin energía, pero no hice muchas cosas, siento uno que le están absorbiendo la energía”.	profesión, en su desarrollo como profesional y como persona.
¿De qué manera es recibido el trabajo interdisciplinario con los demás profesionales de la salud?	“siempre hay aceptación por parte de todos los profesionales”.	La relación entre profesionales resulta estar relativamente en su justa medida para que estos se sientan a gusto con sus colegas.
¿Qué situaciones lo han hecho considerar en dejar de ejercer su carrera profesional?	“En la parte administrativa si, el sistema es muy injusto y rígido, entonces es como no poderle dar un poco más al usuario, al paciente, pero cuando tocamos el alma del ser humano nunca he pensado en dejar la profesión”.	El profesional por su vocación se mantiene aún en el ejercicio de este campo, pero las condiciones administrativas lo han hecho dudar de su continuidad en el campo.
¿Para usted que es la deshumanización en el ámbito de la salud?	“Es difícil hablar de eso cuando tocamos es seres humanos, pero deshumanización es no ver al otro ser humano, sino verlo como un objeto, como un negocio, verlo como	Para el profesional de la salud resulta contradictorio hablar de deshumanización en la atención, siendo este quien recibe y valora al paciente y es el encargado directo de

algo para aprovecharse, como un ingreso, es no ver a un ser humano”. facilitar por medio de su ejercicio bienestar en el ser humano, sin embargo, las condiciones para el desarrollo de su labor, han provocado la cosificación del paciente tomándolo como un ingreso o netamente un cliente que facturara a la organización.

DIRIGIDA A PROFESIONAL DE LA SALUD

Categoría	Definición	Preguntas	Unidad de análisis	Análisis
Cuidado emocional	El cuidado emocional lo define (Arevalo Naranjo, 2018) como “un proceso integral que busca un balance entre las distintas dimensiones de nuestra vida” las cuales están interrelacionadas. Para lograr dicho equilibrio, el ser humano debe estar en conexión consigo mismo, auto observarse y reflexionar sobre la forma en que la	Para usted: ¿Qué es la relación profesional de la salud-paciente?	“Es un proceso mediante el cual nosotros podemos brindar un servicio a una persona que lo está necesitando en este caso el cliente de nosotros es un paciente que está pasando por el proceso de una enfermedad y necesita que nosotros lo ayudemos en todos los ámbitos que lo requiera”.	La concepción de relación y su amplio alcance está constituido en el profesional, el cual enfatiza en su importancia y su objetivo al llevarla a cabo.

actividad laboral que ejerce afecta o no su bienestar y el del otro, para así tomar acciones adecuadas.

<p>¿Qué opina del trato que se dan entre profesionales de la salud?</p>	<p>“he visto que se presentan percances pero considero que es más por la cantidad de pacientes que manejan”.</p>	<p>La presencia de diferentes percances en la relación entre profesionales da entender que se originan a partir de su carga laboral.</p>
<p>¿Su estado emocional es de interés para los profesionales de la institución?</p>	<p>“Si, respecto a talento humano siempre nos colaboran y se han visto los cambios”</p>	<p>El apoyo y el interés que presta la institución hacia el estado emocional del personal es importante para que este pueda afrontar y sobrellevar las situaciones y cargas que se le presenten en su vida laboral y personal.</p>
<p>¿Por qué es importante que el profesional realice seguimiento psicológico?</p>	<p>“Porque nosotros vivimos emocionalmente muy cargados la verdad”.</p>	<p>El profesional reconoce que las cargas emocionales generan malestares en su vida, donde se hace necesario atenderlas para generar salubridad en la persona.</p>

<p>En su rol como profesional ¿se ha sentido vulnerable como persona? ¿Porque?</p>	<p>“en dos ocasiones en las que si me paso, y fue con dos especialistas, por uno está haciendo su trabajo y uno está procurando que sea lo mejor posible, he preguntado a talento humano que si la humanización es para todos o para algunos, porque no es posible que aunque ellos obviamente tengan más conocimiento que uno, el respeto debe ser el mismo porque las personas somos iguales independientemente del rol que se tenga, uno no puede humillar o tratar mal a otra persona”.</p>	<p>El profesional se siente atacado y vulnerado en la relación y el trato con sus colegas, lo cual está afectando significativamente su estado emocional generando inconformidades las cuales lo indisponen y por ende estropean el ejercicio de este frente a su paciente, por tanto, la relación profesional, no debe desconocer que quienes están involucrados son humanos, los cuales deben ser tratados como tal.</p>
<p>¿Cuáles son sus intereses a la hora de prestar la atención a los pacientes?</p>	<p>“Atender al paciente de la mejor manera aliviándole todo el dolor”.</p>	<p>Se persigue un fin coherente frente a su profesión y a su debido ejercicio frente a lo que le interesa verdaderamente al paciente, que es aliviarse, no obstante no</p>

debe desconocer que el paciente en ocasiones no solo busca aliviar su dolor físico.

¿Por qué cree que ocurre la deshumanización en la relación profesional de la salud-paciente?

“cuando algún personal está acostumbrado a llevar poca carga laboral, y luego tiene un poco más de trabajo se estresa y empieza a dejar de lado todo el proceso de humanización, se vuelve más mecánico, entonces se les olvida que existe alguien que depende del tiempo y del servicio de ellos”.

La presencia de la deshumanización se da cuando el profesional no tiene claridad de que su labor se origina desde la vocación de servir al otro, mas no de cumplir netamente una tarea en específico restando humanidad y propiciando tecnicidad.

Comunicación

Según (Raffino, 2019) La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Dicha acción es necesaria, puesto que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que le

Basado en su experiencia: ¿La formación académica y el ejercicio profesional necesita un entrenamiento en habilidades como escucha, comunicación verbal y no verbal, resiliencia, compasión, empatía, trabajo en equipo? ¿Por qué?

“Trabajo en equipo y la comunicación, dado que en las prácticas no hacen un buen acompañamiento y no se vive en sí, a uno le enseñan hacer en la práctica de la universidad a ser muy mecánico”.

El no brindar desde la academia herramientas para afrontar la vida laboral de forma adecuada, llega ser notorio cuando se enfrenta y se evidencia que la ausencia de estas llegan afectar no solo al profesional, sino a quienes solicitan su servicio.

rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás.

¿Cómo cree usted que afecta la comunicación en el estado emocional de la persona?

Bastante, por malas interpretaciones, porque a veces tratamos de explicarle al paciente las cosas y ellos mal interpretan lo que se les está diciendo, entonces es allí donde se predisponen o se vuelven agresivos ante lo que uno les está diciendo y no entienden o no quieren ya tomar el mensaje, se encapsulan, porque al comunicarnos mal, empiezan a ver como esos roces, existe deficiencia en la asertividad a la hora de comunicarnos”.

La asertividad en la comunicación es un factor determinante que está estropeando el ejercicio laboral del profesional de la salud y la relación que este tiene con sus pacientes.

Satisfacción

La satisfacción según en autores (Velandia, Ardon, & Jara Navarro, 2007)es la resultante de un proceso inicial

¿Cómo son los espacios para el descanso de los profesionales?

“En el comedor, para actividades de compartir, cafetería no tenemos”.

La satisfacción y la comodidad del profesional frente a sus labores incluyen los espacios para

concretamente en el sujeto y culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista o no, debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no.

relacionarse con el otro y a su vez el sentirse a gusto donde realiza sus funciones, por tanto, es imprescindible que las instituciones muestren al interés sobre estos, más allá de ser trabajadores.

Con que herramientas y espacio cuenta usted para el desarrollo de la consulta con su paciente?

“los insumos que necesitamos”.

El profesional se siente a gusto, puesto que, cuenta con las herramientas necesarias para el desarrollo de su ejercicio.

De qué manera influye el tiempo dedicado en consulta en la relación del profesional con el paciente y de este con su enfermedad?

“a veces uno quiere estar un poco más con ese paciente para entregarle más de nuestro servicio porque uno ve la necesidad, pero por la misma

El tiempo dedicado al paciente desde el punto del profesional debería depender de la necesidad de este, mas no limitado, para que este atienda las

	cantidad de actividades y pacientes que uno tiene el tiempo terminando siendo muy limitado”.	necesidades de la persona de la mejor manera.
Describe cómo se siente con la carga laboral que le exige su profesión?	“todo está bien distribuido, en ocasiones se torna un poco pesada por la cantidad de pacientes, entonces no estamos tan pendientes del paciente como queremos, se pueden atender pero no con la misma calidad que uno quisiera”.	La carga laboral afecta directamente a los pacientes, en cuanto a la calidad de atención que este recibe por parte del profesional.
¿De qué manera es recibido el trabajo interdisciplinario con los demás profesionales de la salud?	“No se puede generalizar, porque algunos profesionales no toman de muy buena manera, como otros, dicen que no tienen tiempo, así que es muy relativo”.	La recepción interdisciplinaria y la relación de los profesionales no debe verse afectada por el estado de ánimo de estos, pues que, el mayor perjudicado en el mayor de los casos es el paciente, el cual tiene la mayor necesidad de un adecuado servicio por parte de un profesional apto para recibirlo de la manera más humana

posible.

¿Qué situaciones lo han hecho considerar en dejar de ejercer su carrera profesional?

“El tiempo con mis hijos, porque aunque los turnos son equitativos, siempre mis hijos están durmiendo o están estudiando, entonces a veces trato de cambiar los turnos pero no se puede, a veces me siento es a llorar”.

Los limitantes que ofrece la profesión a nivel personal afectan directamente el estado emocional del profesional, el cual necesariamente debe ser atendido para que este pueda buscar alternativas para poder sobrellevar las distintas situaciones futuras que se le presenten.

¿Para usted que es la deshumanización en el ámbito de la salud?

“Dejar a un lado las etiquetas que nos ponen las eps, porque a nosotros se nos está olvidando que lo que estamos atendiendo es una persona, ponernos en el lugar de la persona, debemos tratar de entender a las personas, y de pronto caer en cuenta que si soy yo el atendido a mí no me gustaría que nos digan que no se le puede hacer el proceso porque

La atención en salud ha dado paso a la deshumanización por la falta en entrenamiento en habilidades tales como la empatía, compasión y asertividad en cuanto a comunicación con el otro, las cuales han dado paso a la despersonalización con el paciente y en la relación entre profesionales, así mismo, el sistema

no cumple con los criterios y resulta que es porque la empresa no lo va pagar o en su defecto porque yo tengo cierta cantidad de pacientes solo me dedico a pasar catéteres y yo no sé si a ese señor si le está sirviendo eso o no, yo no sé si eso era lo que necesitaba o no, entonces nos estamos dejando invadir por el volumen de pacientes y por la producción monetaria que las empresas reciben y meten y meten pacientes sin ver que la relación de nosotros con el paciente se está perdiendo, porque el volumen prima ante la calidad del servicio hacia el paciente, a veces se basan solo en lo que x convenio o afiliación cubra y no en lo que realmente la desconoce que quienes están involucrados en el servicio de salud son humanos y que no necesariamente para llegar a ser atendidos deben contar con un seguro u afiliación en específico.

persona necesita.
No podemos seguir con
etiquetas incómodas
para el paciente como
llamarlo por el número
de habitación o por el
nombre de la
enfermedad que padece
en el momento”

Discusión

A continuación se expone los hallazgos encontrados durante análisis de las estrategias implementadas en la presente investigación.

Empatía

La empatía es la acción y capacidad de comprender, ser consciente, sensible o experimentar de manera vicaria los sentimientos, pensamientos y experiencias del otro según Mejía de Díaz en (2012). Por tanto, se considera un pilar esencial en la interacción social y la expresión del afecto en los estados mentales directamente percibidos por otra persona (Bastón, 2009). Mediante la aplicación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, se logró evidenciar que la empatía es una habilidad innata en los seres humanos y que su grado de desarrollo va ligado a los valores tradicionales tales como el respeto, responsabilidad, amabilidad, solidaridad y compasión.

En la presente investigación no se encontraron diferencias significativas de empatía en cuanto a variables sociodemográficas como sexo o edad de los participantes, contrario a lo hallado en el estudio realizado por Parra Ramírez y Vallejos en 2016, donde a modo de conclusión determinaron que las mujeres son más empáticas que los hombres destacándose en factores como toma de perspectiva y atención compasiva, demostrando mayor entendimiento de las emociones, comprensión de las situaciones externas generando confianza en el momento de realizar su labor, por otro lado también plantearon que a mayor edad menor habilidad para ponerse en los zapatos del paciente, lo que conlleva a otra correlación del estudio de Balcázar y colaboradores en 2015 quienes hallaron que el desgaste laboral en los profesionales de la salud está relacionado con el alto nivel de agotamiento emocional y despersonalización, es decir, la intensidad

horaria no solo afecta su bienestar físico, sino también lo cognitivo y la salud emocional se ve influenciada en esta.

En ese mismo sentido, la empatía en el campo de la salud se refiere al acto de brindar atención con la capacidad de empatizar e interiorizar vivencias, sentimientos o emociones y de igual forma apropiárselas. Los profesionales en salud de la Clínica Norte S.A están relacionados con los sentimientos y vivencias de las personas a quienes les ofrecen el servicio, esto lo demuestra la puntuación del factor 3 el cual evalúa el ponerse en los zapatos del paciente, sin embargo, para muchos de los participantes el comprender y entender dichos sentimientos no es de relevancia al momento de ofrecer la atención en salud, dejando de lado las dificultades y el sentimiento de compasión hacia los pacientes.

Por otra parte, la menor puntuación se obtuvo en el grupo de jefes de enfermería registrando una calificación baja en los 3 factores, lo que se traduce a un puntaje general bajo en la escala, evidenciando profesionales con dificultades empáticas, en la comprensión de la visión del paciente y preocupación por la condición de salud integral del mismo, como también fallas en la comunicación, escucha activa e interés por las dificultades externas de este, atribuyendo la mayor importancia del tratamiento a la minimización del dolor sin tener en cuenta factores relevantes que puedan entorpecer el mismo, como lo es la ausencia de compasión, la cual influye positiva o negativamente en el sufrimiento que esta le causa al malestar del ser humano y el éxito de su cura. Dichos resultados guardan relación con la investigación de Guerrero Ramírez y colaboradores en 2016 sobre el cuidado humanizado en personal de enfermería; en el que concluyeron que el cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos, puesto que dicho personal se encuentra constantemente en contacto con los pacientes lo que genera una habituación a las

situaciones y problemáticas expuestas por las personas a quienes se les ofrece el servicio.

Cuidado emocional

El término cuidado según diferentes autores como (Martins, SteinBackes, Da Silva Cardozo, Lorenzini Erdmann, & Albuquerque, 2008) posee diferentes significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí, tales como pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucramiento y afectividad; la predisposición de cuidar ocurre solo cuando la existencia de una persona es importante para el otro, lo cual dispone a que este opte por participar en la vida de este, este acto no es consciente, intencional o controlable, pero sí como resultado de una auto comprensión y acción transformadora.

Centrado en la teoría y lo encontrado en el análisis de la información por parte de los involucrados con referente al cuidado emocional, se hallaron diferentes factores que de cierta manera están afectando tanto al profesional como al paciente en su salud mental, puesto que, aunque esta debe basarse enteramente en la reciprocidad y a su vez en proporcionar una calidad única y auténtica, implicando la comprensión por el ser humano en su proceso íntegro. Los profesionales aun contando con una concepción sumamente clara, y sabiendo lo que conlleva cuidar al otro y los beneficios que trae consigo este proceso para la persona, presentan limitaciones frente al acto de cuidar, las cuales hacen que este se sienta descuidado por parte de la institución y del sistema de salud en general, tanto, que así como se está cosificando al paciente, así mismo se está sintiendo el profesional, debido a que las mismas condiciones que le ofrece el sistema para la ejecución de sus funciones lo han restringido para que este pueda entregar más de sí a quien en su momento lo necesita.

Por otra parte, los profesionales entre sí, no son conscientes que el cuidado no solamente debe ofrecerse hacia el paciente o al usuario, sino que es de vital importancia que este se ofrezca entre ellos como equipo y compañeros de trabajo, los cuales más allá de cumplir tareas laborales, pretenden sentirse satisfechos consigo mismos y con los demás, el fortalecimiento de las relaciones y el trato que entre ellos se ofrecen, según lo manifestado por los mismos profesionales, carece de asertividad, empatía y comprensión por el otro, llegando a denigrar en ocasiones el ejercicio que el compañero realiza restándole la importancia e interés que este merece; por lo anterior, este factor actualmente está siendo determinante afectando directamente el bienestar de estos desde su campo laboral a su vida personal, puesto que, con base en lo hallado, el ego profesional, el sentir que se tiene más conocimiento que el otro o las mismas condiciones laborales han influido negativamente en el ambiente laboral de los involucrados, lo cual de acuerdo a la teoría resulta contradictorio, dado que, el humano que participa como ser de esas prácticas de salud por medio del cuidado, sea donador o receptor, debe actuar también en la reconstrucción de sí mismo y del otro.(Poblete Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007).

Comunicación

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social; es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otros, generando un patrón cíclico y continuo (Fajardo Ortiz, Tixtha Lopez, & Papaqui Hernandez, 2012).

Dicho factor, es imprescindible en lo que es la relación del profesional frente a su paciente y sus colegas, según lo analizado, este se encuentra con diferentes falencias en cuanto a su asertividad, compasividad y la empatía con el otro, lo cual está afectando notoriamente el afrontamiento de las situaciones que se presentan en el campo de la

salud a la hora de sobrellevar de la forma mas sana la relacion entre los involucrados,dicho textualmente por el mismo profesional, “estamos formados desde la academia en competencias del saber y hacer, mas no en el saber ser, es necesaria una formación tanto para el que se esta formando como para el que esta actualmente ejerciendo”, con base a lo anterior, dicho factor y lo que representa, esta provocando un deterioro en lo que concierne el rol de este frente a sus compañeros y los usuarios, lo cual ha incidido para que se presenten conductas no humanas causando que el que atiende se sienta vulnerable frente al desarrollo de su ejercicio y a que el receptor de dicha atencion se afecte directa o indirectamente por parte de quien la ejecuta.

En ese mismo sentido, dejando claro que la asertividad hoy por hoy en la comunicación no es la mas adecuada en la relacion entre profesionales; la emision y recepcion del mensaje hacia el paciente tampoco lo es,ocurren desaciertos en cuanto a la proporcion de informacion al usuario por parte del profesional de la salud, lo cual esta generando malas interpretaciones y por ende inconformidades frente a la atencion de la salud y la percepcion que tiene la persona del común frente a dichas profesiones,las cuales de una u otra forma ha propiciado el mismo profesional, el cual al parecer ha dejado un lado conceptos mencionados por autores como (Fajardo Ortiz, Tixtha Lopez, & Papaqui Hernandez, 2012), donde se enfatiza que cada paciente tiene una forma distinta de entender e interpretar los mensajes, sin embargo el profesional en salud debe establecer una relación de ayuda para que la información que se quiere transmitir sea entendida en su totalidad, siendo la comunicación una necesidad y al mismo tiempo una herramienta para el paciente y su familia en cuestiones de conocimiento acerca de la enfermedad que padece y del cómo afrontarla, por tanto, el no ser asertivos y empáticos invita a que el mismo paciente sea apático frente a su proceso, lo cual no debe ser así, puesto que, el éxito de este, debe tener como base fundamental un vínculo apropiado con el profesional que a la persona.

En ese orden de ideas, la habilidad de comunicarse de forma clara con el paciente, definida por (Moore, Gomez, & Kurtz, 2012), debe ser considerada como una capacidad innata, propia del profesional y que por lo tanto, no debería requerir de enseñanza, sin embargo las fallas del sistema y la relación del profesional de la salud, frente a sus colegas y pacientes, reclama que se le entrene a quien se está formando y a los ya formados en dicha habilidad, puesto que, esta debe estar inmersa en sus competencias básicas, dado que, en todo tipo de relación es importante que el profesional centre su ejercicio en habilidades específicas y no solo en una vaga noción de tener una comunicación general, es decir, debe ser radical en factores puntuales, en este caso la comunicación y el buen trato.

En ese mismo sentido, un eje principal para que se de una adecuada comunicación, es la escucha activa, la cual refieren autores como (Hsu, Phillips, Sherman, Hawkes, & Cherkin, 2008) es una herramienta la cual se usa comúnmente en las profesiones de la salud y que esta consiste en entender la totalidad del mensaje, es decir prestar atención no solo a la información verbal y no verbal que manifiesta el paciente, sino a su totalidad, dicha concepción de la escucha y la implementación de la misma, se ve actualmente deteriorada, y va en contradicción con lo expuesto anteriormente, puesto que la puesta en práctica de esta habilidad según lo manifestado por los profesionales se está usando para responder, mas no para entender y comprender la situación del paciente y beneficiar el bienestar psicológico del mismo, por tanto, la relación de la salud encuentra su falla y deterioro en el cómo se entiende y se comprende la problemática del otro, percepción que día a día se está alimentando de forma negativa, generando un mal concepto del profesional de la salud frente a la sociedad con base a la atención que este presta.

Satisfacción

La satisfacción en autores como (Velandia, Ardon , & Jara Navarro, 2007) es la resultante de un proceso inicial concretamente en el sujeto y culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista o no, debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no.

Tal como lo sustenta la teoría, la satisfacción resulta importante en el momento que el ser humano se plantea un objetivo en pro de un resultado favorable para él y para el otro en todas sus áreas de desarrollo, dicho concepto, en términos generales según el análisis de la información proporcionada por parte de los profesionales encuentra comodidad de este frente a los diferentes quehaceres que le demanda su profesión, donde él considera que era de esperarse que la ejecución de su saber fuese de la forma actual como se está dando en cuanto a volumen de pacientes y considera que esta apto para poderlas sobre llevar, mas sin embargo, en medio de su ejercicio existen limitantes que obstruyen la ejecución de este como el tiempo, el cual refiere que es demasiado corto y que al paciente se le debe atender y ofrecer la atención con base en la condición física y/o psicológica en la que se encuentre el mismo, y no siguiendo parámetros sistematizados que de una u otra forma muestran insensibilidad con quien solicita el servicio, así mismo, el no contar con los debidos espacios para poder entregar más de sí, y para que tanto él, como el usuario se sientan a gusto en el vínculo profesional.

Cabe mencionar, que el profesional encuentra también satisfacción en la indumentaria y herramientas que le son proporcionadas para el desarrollo de su ejercicio, sin embargo, las inconformidades por parte de este ya mencionadas las cuales están centradas actualmente en los espacios a la hora de ejecutar su saber en la atención personalizada a sus pacientes, son consideradas por parte de los profesionales como no acordes para la

prestación de dicho servicio, así mismo, sumado a esto encuentran inequidad en la remuneración de su profesión lo cual según lo manifestado por estos, produce tristeza considerando que el sistema es injusto para con ellos, manifestando también que la profesión se ha vuelto costumbre en estas condiciones, lo cual preocupa, dado que, el profesional al acostumbrarse probablemente puede llegar a tecnificar su labor y por ende ofrecer un trato mecánico terminando consciente o inconscientemente presentando la deshumanización.

Ya mencionados los factores y categorías analizados por medio de las estrategias utilizadas, como lo son la escala de empatía médica de Jefferson, entrevista semiestructurada y grupo focal se evidenció que la deshumanización no se presenta directamente en la relación del profesional para con su paciente, puesto que en el usuario se identificó un grado de satisfacción, comunicación y cuidado emocional esperado en la recepción del servicio, contrario a esto, en la relación de profesional a profesional se encontraron que factores como la comunicación presentan afectaciones en lo que concierne asertividad, escucha activa, el ego profesional, tiempo limitado, instalaciones y la remuneración, por otra parte el cuidado emocional a cargo de la institución para con el profesional refleja un bajo interés el cual puede llegar afectar a este en la satisfacción como persona, dado que estos actualmente se sienten vulnerados tanto como profesionales, como personas en su ejercicio, dicho lo anterior se deduce que estos son los causantes para que se estén presentando comportamientos no adecuados dando hincapié a la presencia de la deshumanización en el campo de la salud.

Conclusiones

A partir del trabajo realizado en la Clínica Norte S.A, se establecen las siguientes conclusiones.

Durante la aplicación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) se logró concluir que los participantes se encuentran con las habilidades necesarias para establecer una relación empática con el usuario, implementado habilidades como la escucha activa, la comunicación asertiva, Sin embargo con dificultades al momento de comprender e interiorizar los sentimientos de la persona a quien presta el servicio. Así mismo se evidencian tres principales factores para una adecuada relación profesional-paciente tales como; Toma de perspectiva, Cuidado con compasión y Ponerse en los zapatos del paciente, los cuales evalúan diferentes capacidades que el profesional perfecciona a través de la experiencia y le ayudan a realizar su labor con mayor eficacia. La continua evaluación de la empatía en el personal de salud es de vital importancia puesto que se contribuye a capacitar de manera oportuna en las falencias que se presenten a nivel de comunicación, escucha, comprensión y valores éticos que fortalezcan una relación empática, generando una satisfacción en el usuario, como en el profesional.

Con respecto a la relación profesional de salud-paciente se establece que esta debe ser una interacción donde ambas partes crean un vínculo basado en el saber ser y en la necesidad de la persona, sin embargo, actualmente esta se encuentra fundamentada en el saber y el hacer de una profesión para el alivio de una condición física y/o psicológica, teniendo como prioridad estas dos competencias y restando la importancia que amerita al saber ser del profesional para así proporcionar bienestar tanto al paciente como al compañero de trabajo, dado que existen fallas directas en cuanto habilidades sociales en la relación entre profesionales donde actualmente se presenta la deshumanización y posiblemente estas puedan presentarse en la relación de estos con sus pacientes.

Se logró evidenciar que la satisfacción del paciente frente a la recepción del servicio es la esperada, dado que este resalta que quien le atiende muestra preocupación frente a su estado físico e interés por el éxito de su proceso, no obstante, en el profesional se encontraron diferentes inconformidades frente a los espacios donde ejecuta sus labores, así mismo, este manifiesta sentirse vulnerado en su cargo en la inequidad salarial que le ofrece el mismo sistema y el tiempo limitado que se le otorga para la prestación de su servicio; de ese mismo modo, refiere sentirse afectado en su estado emocional cuando un colega o compañero de trabajo menosprecia su labor.

En términos generales se logró establecer que los factores directamente involucrados en la deshumanización en el campo de la salud en la Clínica Norte S.A se encuentran relacionados con las condiciones laborales, el tiempo limitado a la hora prestar el servicio al usuario, carencia en habilidades sociales tales como la comunicación y la escucha activa, dado que el profesional se ha centrado en escuchar para responder y no para comprender tanto la situación del paciente, como el mensaje de su colega.

Recomendaciones

Es oportuno que se haga un abordaje investigativo en la relación de profesional a profesional centrado en la comunicación y el trabajo en equipo, puesto que actualmente estas dos variables son detonantes para la presencia de la deshumanización en dicha relación, lo que puede llegar a afectar al paciente.

En términos generales se considera necesario que el profesional y quien se está formando en el área de la salud realice un entrenamiento en habilidades sociales para que tenga claridad de la importancia que esta trae para su adecuado desarrollo desde el área profesional y personal. Es oportuno concientizar al personal asistencial sobre los beneficios que trae la comunicación por medio de encuentros psicoeducativos direccionados en habilidades sociales generando impacto y pautas sobre el buen trato.

Es importante que las instituciones y/o entidades de salud presten el servicio de atención psicológica a los profesionales que laboren en estas, puesto que por medio de este proceso se garantizara una mejora en el estado emocional del profesional y por ende se evitarían conductas deshumanas frente a sus compañeros de trabajo y pacientes.

Es necesario que la academia forme profesionales de la salud con habilidades básicas que se fundamenten en el sano desarrollo de este como persona en todas sus áreas.

Se recomienda que esta investigación se realice en instituciones públicas, teniendo en cuenta las diferencias que estas presentan en comparación a las privadas en cuanto a volumen de pacientes, intensidad horaria e instalaciones de las mismas.

Referencias Bibliográficas.

Arango Agudelo, S., Castaño Castrillon, J., Henao Restrepo, C., Jiminez Aguilar, D., Lopez Henao, A., & Páez Cala, M. (2010). *Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la facultad de medicina de la Universidad de Manizales (Colombia)*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819503002.pdf>

Bermejo Higuera, J. (2012). *Humanización en salud. Ejes de la acreditación*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=19>

Bermejo Higuera, J., Carabias Maza, R., Villacieros Durban, M., & Moreno Lorite, C. (2011). *Humanización de la atención sanitaria, importancia y significado en una muestra de población de la comunidad de Madrid*. Madrid.

Canovaca Vega, A. (2010). *Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

Cañas Fernández, J. (2010). *De la humanización a la Rehumanización (reto de volver a ser persona)*. Pensam Cult.

Cañete Villafranca, R., Guilhem, D., & Brito Pérez, K. (2013). *Paternalismo Médico*. Revista Médica Electrónica.

Caracol Radio. (26 de 09 de 2014). Obtenido de http://caracol.com.co/radio/2014/09/26/nacional/1411747200_434778.html

Carvajal, A. (2011). *La psicología como ciencia*. Obtenido de http://www.educa.madrid.org/web/ies.laserna.fuenlabrada/filosofia/psicologia/psicologia_ciencia.pdf

Cofreces, P., Ofman, S., & Stefani, D. (2014). *La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010*. Buenos Aires: Rev Comunicación y salud.

Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S., & Quicen. (2006). *Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia*. Investigación y Educación en enfermería.

Cortez, A. E. (2010). *La economía de la salud en el hospital*. Bogotá.

Cruz Hernández, J., HernándezGarcía, P., Abraham García, E., Dueñas Gobel, N., & Salvato Dueñas, A. (2012). *Importancia del Método Clínico*. . Revista cubana de Salud Publica.

DANE. (2017). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. Colombia.

De La Fuente, L. (1997). *Burnout y satisfacción laboral, indicadores de salud laboral en el ámbito*. Clínica y salud

Del Prado, J. (2016). *Business School*. Obtenido de <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/prevencion-primaria-secundaria-y-terciaria/>

DÍAZ, M. A. (2012). *CONDUCTA EMPÁTICA EN LOS ESTUDIANTES*. Merida, venezuela.

García Alcolea, R. (2009). *La nueva dimensión de la relación médico-paciente*. Rev Psicopatol.

Gaufberg, E., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. (2010). *The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections*. Acad Med.

Gervas, J. (2010). *Acta sanitaria*. El Mirador.

Goleman, D. (2013). *FOCUS*.

Gonzales Menéndez, R. (2006). *Relación equipo de salud-paciente-familiar*. La habana: Revista Cubana de Salud Publica.

Hernández Sampieri, R. F. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.

Hernández Torres, I., Fernández Ortega, M., Irigoyen Coria, A., & Hernández Hernández, M. (2006). *Importancia de la relación médico paciente en la medicina familiar*. Mediagraphic artemisa.

Hojat, M. (2016). *Empatía en la educación de profesionales de la salud y la atención al paciente*. Nueva York: Springer International.

Hsu, C., Phillips, W., Sherman, K., Hawkes, R., & Cherkin, D. (2008). *La curación en la atención primaria una visión compartida por pacientes, médicos, enfermeras y personal clínico*.

Instituto de Bioética Universidad Finis Terrae. (12 de 08 de 2016). Obtenido de <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/la-deshumanizacion-de-la-salud>

Leonel, A. A., Fajardo Ortiz, G., Tixtha López, E., & Papaqui Hernández, J. (2012). *La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México*. México: mediagraphi.

Loayssa Laraa, J., Ruiz Moralb, R., & García Campayoc, J. (2009). *¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados) con sus pacientes?* Aten Prim.

Lopez de Méndez, A. (2013). *La entrevista y los grupos focales*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico, Centro de investigaciones educativas.

Martins, J., Stein Backes, D., Da Silva Cardozo, R., Lorenzini Erdmann, A., & De Albuquerque, G. (2008). *Resinificando la humanización desde el cuidado en el curso del vivir humano*. Rev Enfermería.

Montealegre Gómez, D. (2014). *Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor*.

Moore, P., Gomez, G., & Kurtz, S. (2012). *Comunicación médico paciente: una de las competencias básicas pero diferentes*. Elsevier.

Morantes, J. C. (2016). *La deshumanización en medicina. Desde la formación del ejercicio profesional*. Colombia.

Moreno Fergusson, M. (2013). *Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de la enfermería*.

Nelson, J., Gay, E., Berman, A., Powell, C., & Salazar-Schicchi, J. y. (2011). *Patients Rate Physician Communication about Lung Cáncer*.

Oblitas, L. (2006). *Panorama de la psicología de la salud*. Obtenido de www.Psicologiacientifica.com

OMS. (22 de Julio de 1946). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Oseguera Rodríguez, J. (s.f.). *Humanismo en la Educación Médica*. Obtenido de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/1794/1767>

Palacios Espinosa, X., & Pérez Acosta, A. (2017). *Evolución del concepto de la psicología de la salud y su diferenciación en otros campos de acción profesional*. Colombia: Escuela de medicina y ciencias de la salud.

Peña, L. B. (2010). *Proyecto de indagación*. Obtenido de https://www.javeriana.edu.co/prin/sites/default/files/La_revision_bibliografica_mayo_2010.pdf

Pereira Lima, K., & Loureiro, S. (2015). *Burnout, Anxiety, depression, and social skills in medical residents*. Psychol Health Med.

Piña, J., & Rivera, B. (2006). *Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué*.

Poblete-Troncoso, M., & Valenzuela-Suazo, S. (2007). *Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*.

Ponce, T. I. (2016). *Hacinamiento en los servicios de emergencia*. Lima.

Quero-García, M., & Molina Fernández, N. (2010). *Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional*. Enfermería Docente.

Raffino, M. E. (23 de enero de 2019). *Comunicación: concepto, elementos y características*. Obtenido de <https://concepto.de/que-es-la-comunicacion/#ixzz5leGm94b9>

Ramos Pozón, S. (2014). *La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: Cuestiones médicas y éticas*. Barcelona: Dilemata.

REA. (2015). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=D5OWhL1>

Rochidl. (2009). *Ayuda para el profesional de la Ayuda*. España: Desclee de Bruwer.

Rodríguez Guerra, A. (2006). *Modelos de la relación médico paciente: reflejo de la deshumanización de la salud*.

RodríguezMarín, J. (2008). *Psicología de la salud y psicología clínica*. Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad "Miguel Hernández" de Elche (Alicante).

RodríguezPérez, A. (2007). *Nosotros somos humanos, los otros no. El estudio de la deshumanización y la infrahumanización*. Obtenido de <http://www.ridpsiclo.ull.es/index.php/ridpsiclo/article/view/66/56>

Rodríguez Silva, H. (2006). *Relación médico paciente*. Rev Cub.

Rueda Pérez, G. (s.f.). *Encolombia*. Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-46/medicinaladeshumanizacion/>

Ruiz Medina, M. (2013). *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular*. México: EditMex.

Salas Mainegra, A., & Salas Perea, R. (s.f.). *La bioética en la educación médica superior cubana actual*. Obtenido de Educ Med Súper: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n3/ems09312.pdf>

Sánchez Arrastia, D., & Contreras Olive, Y. (2014). *La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica*. La habana: Revista Cubana Militar.

Sánchez, S. (15 de 06 de 2016). *La Opinión*. Obtenido de <https://www.laopinion.com.co/economia/siete-hospitales-de-la-region-tienen-problemas-financieros-113657#OP>

Schmidt, L. (2007). *La dignidad como fundamento de la biopolítica*. Rev LatinoamBioet.

SORIANO, J. S., BERNAL, J. S., & MULET, E. M. (2002). *Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona*. Barcelona.

Tealdi, J. (2008). *Justicia y derechos humanos- sistema de derechos humanos*.

UDENAR. (2015). *Universidad De Nariño*. Obtenido de <http://www.udenar.edu.co/project/promocion-y-prevencion/>

Yagosesky, R. (14 de abril de 2014). *paliativosvisibles.blogspot.com*. Obtenido de <http://paliativosvisibles.blogspot.com/2014/04/la-empatia-un-aliado-para-la-enfermeria.html>