

Diplomado de salud y humanización: el valor de la reflexión y el aprendizaje presencial

JAVIERA MARTÍNEZ-GUTIÉRREZ¹, PIETRO MAGLIOZZI^{2,a},
PATRICIO TORRES², MAURICIO SOTO², ROSA WALKER^{1,2}

Health and humanization Diploma: the value of reflection and face to face learning

Background: In a rapidly changing culture like ours, with emphasis on productivity, there is a strong need to find the meaning of health care work using learning instances that privilege reflection and face to face contact with others. The Diploma in Health and Humanization (DSH), was developed as an interdisciplinary space for training on issues related to humanization. **Aim:** To analyze the experience of DSH aiming to identify the elements that students considered key factors for the success of the program. **Material and Methods:** We conducted a focus group with DSH graduates, identifying factors associated with satisfaction. Transcripts were coded and analyzed by two independent reviewers. **Results:** DSH graduates valued a safe space, personal interaction, dialogue and respect as learning tools of the DSH. They also appreciate the opportunity to have emotional interactions among students and between them and the teacher as well as the opportunity to share personal stories and their own search for meaning. **Discussion:** DSH is a learning experience in which their graduates value the ability to think about their vocation and the affective interaction with peers and teachers. We hope to contribute to the development of face to face courses in the area of humanization. Face to face methodology is an excellent teaching technique for contents related to the meaning of work, and more specifically, to a group of learners that require affective communication and a personal connection of their work with their own values and beliefs.

(Rev Med Chile 2015; 143: 337-344)

Key words: Learning; Models, educational; Students, medical.

La educación en salud ha estado enfocada en el aprendizaje técnico, en el que se privilegia el conocimiento por sobre el aprendizaje de las relaciones con otros profesionales. La oferta de cursos virtuales con este enfoque ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Casi simultáneamente, ha surgido con fuerza el concepto de "humanización de la salud", en la que se considera a la persona como un ser integral, merecedor de cuidado técnico y también en áreas más subjetivas como son las áreas social, espiritual y relacional^{1,2}.

Para poder aplicar estos conceptos al cuidado de nuestros pacientes, el profesional en salud debe ser capaz de reflexionar sobre sus propios procesos, reconociendo la importancia del trabajo del equipo de salud y protegiendo el sentido último de su trabajo. Esta parece ser una necesidad evidente en la formación de los profesionales de la salud actualmente³.

Este concepto pudiera fortalecerse a través de experiencias de formación que provean espacios de reflexión, incorporando nuevos métodos de

¹Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
²Programa de Estudios Médicos Humanísticos. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
^aPhD en Teología pastoral Sanitaria.

Recibido el 22 de abril de 2014, aceptado el 13 de enero de 2015.

Sin financiamiento externo. Sin conflicto de interés.

Correspondencia a:
Javiera Martínez-Gutiérrez MD, MPH
Av. Vicuña Mackenna 4686, Macul, Santiago.
Teléfonos: (56-2) 23548535 - (56-2) 23548688
jmarting@med.puc.cl

enseñanza propios de la educación participativa de adultos⁴⁻⁷ y permitiendo el encuentro interprofesional (aprender de otros, con otros, y sobre los otros)^{8,9}.

En la región, Brasil ha sido uno de los precursores en esta área, implementando en el año 2003, una “Política de Humanización y Formación de los profesionales de la Salud” con experiencias que incluyen cambios curriculares en los cursos de pregrado de las escuelas de medicina y revisiones de mejores metodologías para enseñar este tipo de competencias¹⁰.

El Diplomado en Salud y Humanización (DSH) de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) surgió en 2006, con el objetivo de llevar la inquietud de la humanización al ámbito académico. Esto coincidió con la aprobación a nivel de Ministerio de Salud de un decreto para la formación de Unidades de Acompañamiento Espiritual (UAE) en hospitales y centros de salud¹¹, por lo que parecía importante potenciar el desarrollo psicológico y espiritual de los equipos de salud.

Descripción del DSH

Su propósito general es el de proveer espacios de reflexión con tres estrategias generales; presentar una propuesta antropológica cristiana, utilizar la metodología de enseñanza interprofesional (IPE por sus siglas en inglés) y posicionar la centralidad de la persona en el modelo de cuidado de la salud.

Respecto a la enseñanza interprofesional (IPE), se ha descrito que si los profesionales “aprenden de los otros, a partir de y con los otros”, trabajarán mejor juntos, aunque existan barreras organizacionales y actitudinales que superar^{8,9}. En la práctica clínica esto se ve reflejado en mejores *outcomes* para los pacientes¹². Basada en la antropología cristiana, la centralidad de la persona se afirma en su condición de ser trascendente, lo que le otorga una dignidad que no suele considerarse en el enfoque actual del cuidado de la salud¹³.

El DSH cuenta con cuatro módulos presenciales de aprendizaje a cargo de expertos de distintas áreas de la salud y el acompañamiento espiritual. Estos son Salud y humanización¹⁴, Educación participativa en el área de la salud^{5,15}, La persona frente a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte: perspectiva antropológica¹⁶ y Habilidades de acompañamiento en la enfermedad, la muerte y el duelo¹⁷.

El número total de graduados, entre 2006 y

2012, fue de 148 alumnos. La Tabla 1 muestra las características demográficas relevantes de nuestros egresados.

Los objetivos de este estudio son:

1. Reconocer los factores que motivaron a los alumnos a cursar el DSH de la PUC.
2. Identificar los factores del DSH (módulos, profesores, metodología) que los participantes destacan como relevantes, en la satisfacción de su experiencia de aprendizaje.
3. Reflexionar en torno a los elementos a considerar por parte de los docentes, respecto de la implementación de metodologías para la enseñanza de humanización de la salud, del acompañamiento espiritual o ambos.

Material y Métodos

Población en estudio

Egresados del DSH de la Pontificia Universidad Católica de Chile en 2012.

Diseño del estudio

Se realizó un grupo focal con los egresados del diplomado 2012. Asistió 87% del total de los egresados (13/15). Utilizando una guía de preguntas semi-estructurada (Anexo 1), creada en base a la literatura, se ahondó en factores predictores, de procesos y productos relacionados con la satisfacción de los egresados con el DSH^{18,19}.

Se solicitó consentimiento informado verbal de los participantes, asegurando la confidencialidad y voluntariedad de las respuestas.

Este estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Número de Proyecto: 12-384.

Tabla 1. Características demográficas de egresados del DHS 2006-2012 (n: 148)

Sexo	Femenino:	68%
	Masculino:	32%
Edad (años)	̄ 35 (22-70)	
Profesión	Médicos	28%
	Enfermeras	23%
	Otro	49%
Área de desarrollo	Ambulatorio	64%
	Hospitalario	36%

Plan de análisis

La transcripción del grupo focal fue codificada por dos de los autores de manera independiente para asegurar validez del análisis usando el *software* Atlas. Ti 6.2. Las diferencias en los códigos y temas relevantes fueron resueltas por consenso.

El enfoque utilizado para el análisis fue el de "Análisis Cualitativo de Contenido Deductivo"²⁰. Este busca hacer una descripción rigurosa del contenido manifiesto (evidente) y latente (interpretable) de un texto utilizando un marco conceptual ya existente. Para lograr esta descripción, el texto es dividido en unidades de análisis acotadas (códigos) que se agrupan consecutivamente en sub-categorías y categorías que a su vez se agrupan en conceptos más globales denominados "temas" relevantes o centrales.

El marco teórico utilizado en esta ocasión fue el llamado 3P postulado por Biggs^{18,19}. Este marco conceptual identifica factores precursores, de procesos y de producto de la educación interprofesional como metodología de aprendizaje. De la misma manera, identificamos factores relacionados con la satisfacción y el éxito del DSH y los situamos en nuestro marco teórico en las categorías de factores precursores, de contexto y de producto a manera de ordenar los factores re-

levantes que hacen que el DSH sea una experiencia de aprendizaje interpersonal.

Resultados

Identificamos factores relevantes que influyeron en el deseo de asistir a este diplomado presencial e interprofesional, y a la satisfacción con los procesos y contenidos adquiridos durante el diplomado. Agrupamos los factores relevantes en tres temas principales: Precusores, Procesos y Productos/Proyecciones, según el modelo de las 3P^{18,19}. La Tabla 2 resume los factores relevantes encontrados en cada una de estas categorías.

1.0 Precusores

Precusores son aquellos factores previos al ingreso del diplomado que podrían determinar que los participantes decidieran participar en él. Encontramos factores precursores de: Contexto, propios de los participantes y propios de los profesores.

1.1 Contexto

Si bien la mayor parte de nuestros participantes mencionó conocer los medios habituales de difusión del DSH, (página *web*, trípticos, papeles con

Tabla 2. Factores mencionados como relevantes en la satisfacción del DSH según marco conceptual de las 3P

1.0 Factores Predisponentes	2.0 Factores de Proceso	3.0 Factores de Producto
0.1 Contexto <ul style="list-style-type: none"> • Personaje clave • Requerimiento académico 	2.1 Educación Interprofesional (IPE) <ul style="list-style-type: none"> • Interacción emocional • Relaciones personales e inter-generacionales • Ambiente seguro • Metodología participativa 	3.1 Actitudes <ul style="list-style-type: none"> • Autoconocimiento • Crecimiento • Empatía • Autoeficacia
0.2 Características de los participantes <ul style="list-style-type: none"> • Motivación personal 	2.2 Barreras para el aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> • Espacio físicos inadecuados • Contenido denso 	3.2 Habilidades <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo colaborativo • Relación médico-paciente • Formación de redes de apoyo
0.3 Características del profesor <ul style="list-style-type: none"> • Profesor motivador • Profesor experto 		3.3 Conocimientos <ul style="list-style-type: none"> • Importancia secundaria
		3.4 Proyecciones <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar lo aprendido en la práctica clínica • Humanización de la gestión

información, etc.), la mayoría refirió el contacto personal con alguien relacionado con el DSH como uno de los factores decisivos para postular al DSH.

“En mi caso yo soy XXXX (extranjera), el Padre XX (profesor), él iba a dar allá clases de humanización de la salud, ética a él yo conocí, cuando vine acá fue una mano amiga y él me recomendó el curso cuando estuve en primero (...)” Participante P13-Cod.1.1.1.1

Otro punto contextual mencionado como relevante fue la necesidad de algunos participantes de continuar sus estudios como requerimiento académico para su currículum profesional.

“Nosotros, como tenemos que hacer ciertos cursos transversales y a mí me parece interesante hacer este diplomado, una herramienta para atender a los pacientes es súper bienvenida” Participante P8-Cod.1.1.3

1.2 Características de los participantes

La “motivación personal” es un factor relevante a la hora de asistir al DSH. Los participantes explicaron esto como una predilección personal por los temas humanistas e inquietud por adquirir herramientas de acompañamiento, permitiendo desarrollar una mayor cercanía con sus pacientes.

(...) “para mí (asistir al diplomado) ha sido un enriquecimiento terriblemente grande porque me ha hecho reforzar mi vocación” Participante P5-Cod.1.3.1

1.3 Características del profesor

Los participantes mencionaron dos características relevantes de sus profesores: capacidad de motivar y excelencia académica.

(...) esa presentación fue muy entretenida porque él (profesor) después nos contaba que su intención era acercarnos o hablar acerca de estos dolores que puede tener una persona por la vida Participante P10-Cod.1.2.1

2.0 Procesos

Una vez iniciado el diplomado, identificamos factores que los participantes consideran importantes para su aprendizaje y satisfacción.

2.1 IPE

Los participantes valoraron la interacción emocional entre compañeros y con sus profesores

y la oportunidad de descubrir a otras personas en su quehacer profesional y en su intimidad personal. Esta metodología lleva a los profesionales a eliminar barreras o prejuicios que pudieran tener con respecto a otras carreras y a aprender a respetar las vivencias de otros.

(...) nosotros veníamos con una concepción del profesional y haber sido parte del diplomado y haberse dado cuenta que hay otros profesionales que son muy diferentes y que tienen el sistema de la organización y del concepto que hay otro delante de ti para nosotros fue un impacto (...) Participante P9 Cod. 2.1.5.1

Contar con un ambiente seguro en el que hay espacio para participar y disentir, creado por profesores interesados en la opinión de sus alumnos y compañeros respetuosos de las opiniones de los demás, así como una metodología de aprendizaje participativa, fueron descritos como relevantes.

“Lo que encontré entretenido de ese módulo fue los temas que habían por grupo para exponer, eso fue bien interesante por ejemplo, a nosotros nos tocó el tema del aborto, entonces teníamos que discutir de ese tema y después exponer” Participante P9 Cod 2.1.3

2.2 Barreras para el aprendizaje

Los participantes percibieron algunos obstáculos para su aprendizaje. Espacios físicos que privilegien las cátedras y monólogos de los profesores fueron mencionados como barreras. Clases con contenido denso y expositivo también fueron percibidas como barreras.

3.0 Productos/Proyecciones

Dividimos los factores percibidos como productos del DSH en actitudes y habilidades colaborativas logradas además de la adquisición de conocimiento teórico.

3.1 Actitudes

Las actitudes más relevantes mencionadas dicen relación con factores ligados con el autoconocimiento y la autoaceptación. Todos los participantes mencionaron que el conocer a otros profesionales les permitió mirarse a sí mismos, como manera de lograr un crecimiento personal no necesariamente buscado pero sí muy apreciado.

“Yo vine a revalidar que la humanización es súper importante, pero también encontré que en el diplomado, lo agregado, que era el autoconoci-

miento que mejor que a través de la interacción con el otro eso me pareció extremadamente humano el desenvolverse y interactuar con el otro y el compartir diversos” Participante P2 Cod. 3.1.1.1

Otros aspectos mencionados como cruciales, fueron el desarrollo de actitudes como la empatía y la autoeficacia.

Entre las actitudes que destacan como producto indirecto de esta metodología de aprendizaje, los participantes hablaron de buscar el sentido profundo de la vida y de confiar en ser parte de un todo mayor y más amplio que ellos mismos.

3.2 Habilidades

Dentro de las habilidades descritas se encontró sobre todo la capacidad de conocer y valorar al paciente/acompañado y lograr un trabajo colaborativo entre pacientes y con otros profesionales.

“Y eso es una cosa importante también, porque al conocernos nosotros podemos conocer a nuestro pacientes, a nuestro entorno, que ayudarlos de una forma más positiva (...) la parte espiritual, la parte psicológica, la parte kinesiológica, entonces uno también tiene que invitar a conocer a los demás” Participante P4 Cod. 3.1.3.1

En la práctica, estas habilidades se reflejan en la capacidad de los participantes de sentirse capaces de enseñar lo aprendido, al mismo tiempo convocar a otros al trabajo de acompañamiento espiritual y formar redes de apoyo con personas de distintos ambientes y profesiones.

3.3 Conocimientos

Los participantes hacen referencia a las clases teóricas como interesantes y que la bibliografía propuesta les resultó relevante, permitiéndoles desarrollar una estructura teórica relativa al acompañamiento del paciente, siendo esto más organizado e identificando los procesos asociados a la enfermedad.

3.4 Proyecciones

Los participantes plantean desarrollar experiencias de acompañamiento espiritual, organizado y estructurado, en un futuro cercano.

Otros desean cambiar el foco con el que han estado mirando su trabajo profesional actual, dándole un cariz más humanizado, valorando la propuesta del otro y basado más en aspectos preventivos que curativos.

“(...) yo pienso, no creo que sea tan iluso pensar

que se puede gestionar la forma de humanizar, quiero pensar que se puede hacer y dejar una pequeña huella en eso y seguir creciendo en ese ámbito” Participante P2 Cod. 3.2.2.2.

Discusión

El desafío para los formadores es conjugar lo experiencial y lo técnico. La experiencia vivida en el contexto del aprendizaje del DHS, les permite a los alumnos desarrollar habilidades de autoconocimiento y de trabajo en equipo, aspectos esenciales en la humanización de la salud. En conjunto, ambas áreas debieran facilitar una práctica reflexiva. El desafío para los formadores es conjugar estos dos ejes: centrado en las vivencias y autoconocimiento de alumnos, que le permita adquirir habilidades de trabajo en equipo y reconocimiento de virtudes y debilidades, incorporando la adquisición de conocimiento técnico actualizado y relevante a los requerimientos actuales de una formación en humanización de la salud.

Otros de los factores señalados como fundamentales en el proceso del aprendizaje son las interacciones emocionales entre los alumnos, y con el profesor. Kolb, en su modelo de aprendizaje experiencial²²⁻²⁴, describe estas interacciones como fundamentales, ya que permiten que los participantes profundicen en el sentido de su trabajo al compartir contenidos psicológicos y espirituales con otros.

Kolb propone que existirían cuatro tipos de “aprendices” diferentes, y es preciso considerarlos a todos en los métodos y objetivos de nuestros cursos/talleres. Se plantea que existe un primer grupo -los imaginativos- que requieren ver la conexión del contenido con sus propios valores y motivaciones. Un segundo grupo -los asimiladores de conocimientos-, que trabajan con teorías. Un tercer grupo, los del sentido común, busca la aplicación práctica. Un cuarto grupo -el de los planificadores- proyecta lo aprendido al futuro, al propio trabajo. Los cuatro grupos juntos, completan el ciclo de aprendizaje. Es probable que el modelo de enseñanza habitual en los espacios académicos formales y cada vez más los espacios de aprendizaje virtual han seguido siendo fuertemente “asimiladores”. El DSH podría ser un espacio de fortalecimiento de la vocación, dirigido al primer grupo, personas que buscan revitalizar el sentido

de su trabajo. Este grupo sería una “reserva imaginativa y valórica” a nivel institucional, recurso que consideramos importante cuidar.

Conclusión

A través de este estudio, nos propusimos reconstruir una experiencia de aprendizaje y comprender la compleja red de relaciones entre factores que promueven o inhiben el éxito de una experiencia de este tipo.

Como una consideración global, podemos plantear que el aprendizaje presencial puede ser más necesario y relevante para ciertos contenidos (más cercanos a las habilidades más subjetivas y a la reflexión filosófica) y para cierto grupo de aprendices, para quienes son más significativos los aspectos afectivos y valóricos. Este grupo no se puede descuidar en un programa formativo.

En el caso del DSH, el abordaje del sentido del sufrimiento como tema generador de preguntas, abordado desde la antropología cristiana, se constituyó en un rico espacio de reflexión y maduración personal en torno al sentido del trabajo aportando en el ámbito de la humanización de la salud.

Este estudio pretende aportar recomendaciones para la práctica pedagógica y la formación de los profesionales, que permita una “investigación y transmisión del sentido de nuestro quehacer”²⁴. También se espera aportar en la metodología en los cursos de formación de docentes, factor esencial de la humanización en el ámbito de la salud.

Futuras investigaciones debieran avanzar en explorar mediante metodologías cuantitativas factores relevantes para la formación de profesionales en humanización y la medición y evaluación sistemática de estas competencias en el ámbito clínico.

Anexo 1. Evaluación Diplomado Humanización y Salud 2012 Grupo Focal #1

I. PRECURSORES

Nos interesa partir preguntándoles acerca de sus motivaciones para entrar al diplomado:

1. ¿Cómo se enteraron del diplomado? (Internet, recomendación, tríptico...)
2. ¿Cuáles fueron los factores que hicieron que quisieran tomar el diplomado?
 - a. ¿Qué factores del contexto influyeron? (Explorar: Tenían el tiempo, tenían financiamiento, fue sugerido por sus jefes, es un requerimiento obligatorio... etc.)
 - b. ¿Qué factores de la institución/profesores influyeron? (Prestigio, conocían la metodología de enseñanza o a los profesores?... etc.)
 - c. ¿Qué factores personales influyeron? (Sentían necesidad de formarse, de colaborar con otras profesiones, expectativas y motivación personales... etc.)

II. PROCESOS

Ahora nos gustaría hablar del diplomado en sí:

3. ¿Qué aspectos rescatarían del diplomado en general? (Los profesores, la metodología, los compañeros, los horarios, el contenido... etc.)
4. ¿Qué aspectos habría que mejorar o cambiar para fortalecer el diplomado? (Los profesores, la metodología, los compañeros, los horarios, el contenido... etc.)
5. Y de cada curso: (Nombrar fortalezas y oportunidades para mejorar)
 - a. Salud y Humanización: Técnicas de Diagnóstico y terapia Personalizadas
P. Pietro Magliozzi
 - b. Técnicas Participativas para la Educación en el Área de la Salud
Rosa Walker

- c. La Persona Humana frente a la Experiencia del dolor, la Vejez y la Muerte
Mauricio Soto
 - d. Habilidades de Acompañamiento en la Enfermedad, la Muerte y el Duelo
Patricio Torres
6. Con respecto a la Educación Interprofesional (Explicar: La Educación Interprofesional es la experiencia de aprender de los otros, acerca de los otros y con los otros):
- a. ¿Qué cosas rescatan de esta manera de aprender?
 - b. ¿Qué cosas se les hicieron difíciles de esta manera de aprender?
 - c. ¿De qué manera la educación interprofesional ha cambiado la manera de entender el aprendizaje o su vida laboral?
(Cosas que hoy practican de forma diferente gracias al Diplomado: conductas nuevas, o conceptos que incorporaron, fortalecimiento de la vocación, cambios laborales... etc.)

III. PRODUCTO

Por último, nos gustaría saber un poco sobre lo aprendido y cómo ven sus proyecciones y las del programa a futuro:

- 7. ¿Cuáles son los principales conocimientos, actitudes o habilidades que aprendieron en el diplomado?
- 8. ¿De qué manera creen que haber hecho el diplomado influirá en su desarrollo profesional?
 - a. ¿Qué proyectos tiene pensados a futuro?
 - b. ¿Qué cambios/oportunidades laborales han pensado?
 - c. ¿Qué otras oportunidades de formación aparecen?
- 9. ¿Cuáles son las proyecciones que debiera tener el diploma?
(Creen que debiera ser parte de un currículum formal, creen que debiera ser un grado... etc.)
 - a. ¿Cómo lograr que las proyecciones se cumplan?
- 10. ¿Hay alguna otra cosa que les gustaría añadir?

LES AGRADECEMOS MUCHÍSIMO SU PARTICIPACIÓN

Referencias

1. Casate JC, Corrêa AK. The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46 (1): 219-26.
2. Bermejo JC, Martínez A. *Humanizar el liderazgo*. Bilbao. Desclée de Brouwer 2012.
3. Pololi LH, Dennis K, Winn GM, Mitchell J. A needs assessment of medical school faculty: caring for the caretakers. *J Contin Educ Health Prof* 2003; 23 (1): 21-9.
4. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide N° 44. *Med Teacher* 2009; 31: 685-95.
5. Vella J. *Learning to listen, learning to teach. The power of dialogue in educating adults*. San Francisco, Jossey Bass 2002.
6. Torralba F. *Pedagogía del sentido*. Madrid. PPC. 1998.
7. Franken C. *Verdad y ficción en la filosofía, teología, historia y literatura*. Santiago, Chile. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile 2000.
8. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide N° 9. *Med Teach* 2007; 29 (8): 735-51.
9. Baar H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care. *J Interprofessional Care* 2006; 20 (1): 75-8.
10. Barbosa GC, Meneguim SL, Silvana AM, Moreno V. National Policy of Humanization and education of health care professionals: integrative review. *Rev Bras Enferm* 2013; 66 (1): 123-7.
11. República de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Asesoría Jurídica SPJ/JAS/ARG, Reglamento sobre

- asistencia religiosa en recintos hospitalarios, decreto N° 94 de 17/08/2007.
12. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; Issue 3. Art. N° CD002213.
 13. Belda RM. *Gestión con corazón. El corazón de la gestión*. Santander. Sal Terrae 2007.
 14. Magliozzi P. *De la salud biológica a la salud biográfica. Humanización y salud*. Santiago de Chile: Ed. PUC. 2006.
 15. Walker R. Educación en salud y humanización. *Ars Médica* 12 (12) 2006.
 16. Rodríguez A. *La persona humana desde su concepción, frente al dolor, la vejez y la muerte. Humanización en salud*. Ecuador. Ed. Universidad técnica particular de Loja 2009.
 17. Diploma en Salud y Humanización. Disponible en <http://humanizar.uc.cl/> (consultado el 18 de junio de 2014).
 18. Biggs J. (2003). *Teaching for quality learning at university* (2nd ed.). Berkshire, UK: Open. University Press.
 19. Freeth D, Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *J Interprofessional Care* 2004; 18 (1): 43-56.
 20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2014; 24 (2): 105-12.
 21. Cusak T, O'Donohue G. The introduction of an inter-professional education module: students' perceptions. *Qual Prim Care* 2012; 20: 231-8.
 22. Kolb DA. *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall 1984.
 23. Brooks-Harris J, Stock-Ward S. *Workshops, Designing and Facilitating Experiential Learning*. Sage Pub 1999. ISBN: 9780761910206.
 24. Torralba F. *Pedagogía del sentido*. Madrid: PPC. 1997.