

Tesis original - Efecto de una intervención formativa piloto en la compasión hacia los demás, la empatía y el bienestar psicológico, dirigida a profesionales de la salud

ORIGINAL THESIS - EFFECT OF A PILOT FORMATIVE INTERVENTION IN COMPASSION TOWARDS OTHERS, EMPATHY AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, DIRECTED AT HEALTH PROFESSIONALS

Camino Calvo Valera

Doctora en Ciencias de la Salud Pública en la Universidad Internacional Iberoamericana.

Marta Sala Calvo

Graduada en Humanidades por la Universidad Pompeu Fabra.

Filip Toma

Doctor en Hematología en la Universidad Eberhard Karls Tübingen.

RESUMEN

Fundamento: La compasión ha emergido como un componente clave para humanizar la medicina, y prevenir el *burnout* de los profesionales de la salud. Este estudio examinó el efecto en la compasión hacia los demás, la empatía y el bienestar psicológico, de una intervención formativa en línea y breve, dirigida a estos profesionales, con el objetivo de mejorar la compasión y el bienestar y mantener o disminuir la empatía o identificación excesiva con el sufrimiento del paciente. **Método:** Se realizó un estudio cuasiexperimental longitudinal con 60 estudiantes y profesionales de la salud. El grupo experimental ($n = 30$) completó una formación piloto en línea de seis semanas, basada en videos breves (3-4 minutos) sobre acompañamiento compasivo, mientras que el grupo control ($n = 30$) no recibió intervención. Las variables se evaluaron mediante escalas validadas y diferenciadas. Se empleó la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones entre grupos y la prueba de Wilcoxon para

los cambios intragrupo. **Resultados:** Tras la intervención, el grupo experimental mostró un aumento significativo en la compasión hacia los demás y en el bienestar psicológico, manteniendo niveles estables de empatía, respaldando las hipótesis planteadas. El grupo control también mostró un aumento en la compasión hacia los demás, sin otros cambios significativos. **Conclusión:** Diferenciar de manera precisa la compasión de la empatía es esencial para diseñar intervenciones educativas que promuevan la humanización de la práctica médica y el bienestar de los profesionales. Este estudio contribuye al desarrollo de estrategias pedagógicas basadas en la compasión en la educación sanitaria.

Palabras clave: Compasión, Empatía, Bienestar Psicológico, Desgaste por Empatía, Agotamiento Psicológico, Educación Médica.

ABSTRACT

Introduction: Compassion has emerged as a key component in humanizing medicine and preventing burnout among healthcare professionals. This study examined the effect of a brief online training intervention aimed at these professionals on compassion toward others, empathy, and psychological well-being, with the goal of improving compassion and well-being and maintaining or decreasing empathy or excessive identification with patient suffering.

Method: A longitudinal quasi-experimental study was conducted with 60 health care students and professionals. The experimental group ($n = 30$) completed a six-week online pilot training program based on short videos (3-4 minutes) on compassionate accompaniment, while the control group ($n = 30$) received no intervention. The variables were assessed using validated and differentiated scales. The Mann-Whitney U test was used for comparisons between groups and the Wilcoxon test for intragroup changes. **Results:** After the intervention, the experimental group showed a significant increase in compassion towards others and psychological well-being, while maintaining stable levels of empathy, which supported the hypotheses. The control group also showed an increase in compassion toward others, with no other significant changes. **Conclusion:** Accurately differentiating compassion from empathy is essential for designing educational interventions that promote the humanization of medical practice and the well-being of professionals. This study contributes to the development of compassion-based teaching strategies in health education.

Keywords: Compassion, Empathy, Psychological Well-Being, Compassion Fatigue, Burnout, Psychological, Medical Education.

INTRODUCCIÓN

La Medicina Centrada en la Persona reconoce que una de las funciones esenciales de los profesionales de la salud es brindar un acompañamiento humano, competente y ético a los pacientes a lo largo de su proceso vital¹⁻⁴. Para el cumplimiento adecuado de esta función, resulta indis-

pensable una formación sólida en desarrollo personal. El presente estudio tuvo como objetivo analizar el efecto de una intervención formativa en acompañamiento compasivo (FAC) a los pacientes orientada a fomentar la compasión hacia los demás, dotar de herramientas para la gestión adecuada de la empatía y promover el bienestar psicológico de los profesionales de la salud, con el propósito de prevenir la fatiga empática y el burnout. A pesar de su relevancia teórica y práctica, la distinción conceptual entre compasión y empatía continúa siendo insuficientemente comprendida en el ámbito clínico y en la formación médica. El aporte diferencial de esta investigación radica en la clarificación y la enseñanza de dicha distinción. La literatura científica establece una distinción fundamental entre ambos constructos:

- Empatía^{5,6}: Se refiere a la capacidad de resonar emocionalmente con el sufrimiento ajeno. Puede llevar a sentimientos y conductas positivas, como la compasión, o negativas como la angustia y la aversión (respuesta centrada en uno mismo).
- Compasión⁷: Implica una respuesta prosocial orientada al alivio del sufrimiento del otro, con una motivación altruista y de acercamiento.

Esta diferencia se ve respaldada por la neurociencia. Estudios neurocientíficos (Preckel, Kanske y Singer⁷, 2018; Ashar et al.⁸, 2017) confirman que estos constructos activan circuitos cerebrales distintos. Mientras que la angustia empática involucra regiones relacionadas con la resonancia emocional (ínsula anterior, corteza cingulada media anterior), la compasión activa áreas vinculadas con la recompensa, la filiación y la motivación prosocial (estriado ventral, núcleo accumbens, corteza orbitofrontal medial). En la misma línea, diversos autores han subrayado la necesidad de cultivar la compasión hacia los demás en la formación médica⁹⁻¹³. Decety¹³ (2020) afirma que la calidad de la relación médico-paciente se basa más en una actitud compasiva que en la empatía emocional, ya que esta última, si no se regula, puede conducir al agotamiento profesional. Crawford¹⁴ (2021) destaca que la compasión implica acción y propósito prosocial, llevando la empatía un paso más allá, por lo que debería integrarse de forma explícita en la enseñanza médica. Hodges¹⁵ (2021) también hace una llamada a reorientar la práctica sanitaria hacia una atención efectiva y sostenible, plenamente anclada en la compasión.

A pesar del consenso sobre los beneficios de la compasión, una revisión de la literatura internacional sobre las intervenciones educativas dirigidas a estudiantes de medicina^{16,17} revela una brecha crítica:

1. Foco en la Empatía: La mayoría de las intervenciones educativas universitarias dirigidas a promover la sensibilidad interpersonal se centran principalmente en la empatía, sin distinguirla adecuadamente de la compasión.
2. Limitaciones de Evaluación: Muchas de estas intervenciones emplean herramientas de evaluación que, en su globalidad, no diferencian entre ambos constructos, como el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) o el Jefferson Scale of Empathy (JSE). Además, se ha observado una carencia de instrumentos psicométricos específicos para medir la compasión hacia los demás.

3. Limitaciones Metodológicas: Se suman limitaciones metodológicas como programas breves, optativos, no transversales y sin evaluación de los resultados a largo plazo.

En este contexto, resulta prioritario promover una educación médica que fomente la comprensión profunda de la compasión y la empatía, y que fortalezca la capacidad de los futuros profesionales para brindar un acompañamiento más humano, resiliente y sostenible. Así, pues, asumiendo que la formación es básica para la mejora de competencias transversales que humanizan el sistema de salud, el objeto del estudio de investigación fue evaluar el efecto de una intervención formativa breve y online en acompañamiento compasivo sobre estas variables, proponiendo las siguientes hipótesis: Tras una formación breve en acompañamiento compasivo: a) La compasión hacia los demás se incrementa. b) La empatía disminuye o se mantiene. c) El bienestar psicológico se incrementa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación cuantitativo cuasiexperimental longitudinal, con grupo experimental y grupo control ambos con preprueba y posprueba. El grupo experimental participó en una formación piloto, en línea, de seis semanas de duración basada en videos breves (de 3 a 4 minutos) sobre acompañamiento compasivo. El formato de la FAC se adecuaba a las necesidades de la sociedad actual, resultando una formación rápida, breve, sencilla, fresca, autónoma, de fácil accesibilidad y con conceptos y contenidos extremadamente sintetizados, intentando salvar la barrera de la falta de tiempo, y utilizando como plataforma de difusión una red social: Instagram. La duración total del pilotaje fue de 3 meses.

Población

La muestra completa estaba compuesta por 60 profesionales de la salud, que participaron en la FAC de forma voluntaria tras la publicación en Instagram. Eran 51 mujeres y 9 hombres, un 42% mayores de 51 años, un 23% entre 41 y 50, y un 10 % menores de 27. Un 18% eran estudiantes del área de la salud, mientras que el 82% eran profesionales graduados y en activo. El 77% procedían de España, el 10% de Argentina, 8% de México, y el resto de Ecuador, Venezuela y Armenia. Un 23% eran profesionales de la psicología, un 22% de enfermería, un 22 % eran profesionales técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, farmacia, un 10% profesionales médicos, un 15% otros profesionales de ámbitos de la salud como odontología, nutrición, actividad física y deporte, y trabajo social. El resto eran estudiantes, terapeutas o voluntariado. Los participantes se dividieron en dos grupos, experimental (G1, n = 30) y control (G2, preprueba n = 30, posprueba G2, n = 17).

Instrumentos

- Formulario de inscripción en el que se recogían los datos sociodemográficos, relativos al género, país de origen, edad, estado civil, si hijos, creencias religiosas, si

estudiante, tipo de estudios, si vinculación a institución sanitaria y si habían realizado formación previa en desarrollo personal.

- Escala de compasión hacia los demás, creada por Amutio et al.¹⁸ (2018), que se compone de 16 ítems, y evalúa 4 dimensiones: Amabilidad, Humanidad Común, Mindfulness o Atención Plena, y No Juzgar/Perdón. (Escala de Likert de 5 opciones).
- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), adaptación de Pérez-Albéniz et al.¹⁹ de la escala creada por Davis (1980). Se compone de 28 ítems, y evalúa 4 dimensiones independientes: Fantasía, Toma de perspectiva, Preocupación empática y Distrés, Malestar personal o Angustia. (Escala de Likert de 5 opciones).
- Escala de Bienestar psicológico, adaptación de Díaz et al.²⁰ de la escala creada por Ryff (1989). Se compone de 29 ítems, y evalúa 6 dimensiones independientes: Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida. (Escala de Likert de 6 opciones).
- Cuestionario de satisfacción de la formación, de elaboración propia.

Procedimiento

Una vez definido el diseño del estudio, se procedió a la creación de los contenidos de la FAC. Se grabaron 30 vídeos de una duración entre 3 y 4 minutos, con sus correspondientes diapositivas que completaban la información educativa, resultando un total de 2 horas de formación. Se escogió el formato de formación pre-grabada para preservar la validez interna del estudio, evitándose la posible influencia de las reflexiones de los participantes que puede ocurrir en un formato presencial. La plataforma de distribución del curso fue Instagram, bajo el perfil *tesis_doc_fac*. Se publicaron como posts todos los documentos y los enlaces a la batería de pruebas autoadministradas para los dos grupos. Seguidamente, de lunes a viernes, durante 6 semanas, se fueron

Tabla 1. FAC. Contenidos del Módulo 1: Autoconocimiento.

Módulo 1	Duración: 30 minutos	6 publicaciones de vídeos y diapositivas
Módulo/ nº video	Título	Contenidos
1/1	Autoconocimiento	Fortalezas personales
1/2	Estilos de personalidad	Estilos de personalidad, Marston
1/3	Valores	Teoría de los valores humanos, Schwartz
1/4	Creencias	Definición y ejemplos de creencias
1/5	Liderazgo	Ejercicio sobre objetivos de vida
1/6	Ventana de Johari	Modelo de J. Luft & H. Ingham

publicando los contenidos y, para garantizar el acceso y el seguimiento del curso del grupo experimental, se enviaron los enlaces de videos y manuales publicados, por correo electrónico, el fin de semana posterior a la publicación. Al finalizar la formación, seis semanas después, se publicaron los enlaces de las pospruebas y se procedió al análisis de los datos. Del grupo control sólo se consiguieron las pospruebas de 17 participantes.

Los contenidos se organizaron en cuatro módulos temáticos (Autoconocimiento, Acompañamiento Compasivo, Comunicación Efectiva y Autocuidado), cuyo resumen se presenta a continuación (Tablas 1-4).

Tabla 2. FAC. Contenidos del Módulo 2: Acompañamiento compasivo.

Módulo 2	Duración: 30 minutos	8 publicaciones de vídeos y diapositivas
Módulo/ nº video	Título	Contenidos
2/7	Emociones	Modelo circular bidimensional de Plutchik
2/8	Pensamientos	Distorsiones cognitivas
2/9	Compasión	Elementos de la compasión, Strauss Yo compasivo, Gilbert
2/10	Empatía	Componentes funcionales de la empatía, Decety
2/11	Empatía/Compasión	Fatiga empática o por compasión. Síndrome de <i>burnout</i>
2/12	Pérdidas y duelo	Clasificación de pérdidas Kübler-Ross, Worden, Neymeyer, Payàs
2/13	Recursos y duelo complicado	Listado de recursos Duelo patológico
2/14	Acompañamiento	Necesidades del doliente. Acompañar en duelo

RESULTADOS

Los resultados finales fueron consistentes con las hipótesis planteadas. Tras la intervención, se observó un aumento significativo en la compasión hacia los demás y el bienestar psicológico del grupo experimental, mientras que la empatía se mantuvo sin cambios. Para realizar la estadística inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de la W de Wilcoxon o Wilcoxon signed-rank test. La comparación entre grupos se realizó por medio de la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 3. F.A.C. Contenidos del Módulo 3: Comunicación. Efectiva.

Módulo 3	Duración: 30 minutos	8 publicaciones de vídeos y diapositivas
Módulo/ nº video	Título	Contenidos
3/15	Comunicación	Comunicación efectiva: Objetivos, necesidades y obstáculos
3/16	Escuchar	Escucha activa
3/17	Counselling	Preguntas abiertas Objetivos SMART
3/18	Comunicación noviolenta	Observación, sentimiento, necesidad y petición. Rosenberg
3/19	Conflictos	Cultura de la paz
3/20	Resolución/ Gestión conflictos	“La Caja” Modelo de Arvinger Institute
3/21	Comunicar malas noticias	Herramientas de comunicación
3/22	Filosofía tolteca	Los 4 acuerdos, Ruiz

Tabla 4. F.A.C. Contenidos del Módulo 4: Autocuidado.

Módulo 4	Duración: 30 minutos	8 publicaciones de vídeos y diapositivas
Módulo/ nº video	Título	Contenidos
4/23	Felicidad	Definición de Felicidad. Cinco grandes arrepentimientos, Ware
4/24	Mindfulness	Definición de mindfulness o atención plena
4/25	Rueda de la salud/ bienestar	Ítems que influyen en la salud y el bienestar
4/26	Autocuidado	Cuidado físico, psíquico y social. Estilo de vida
4/27	Alimentación	Plato saludable. Hábitos saludables.
4/28	Autocompasión	Autocompasión y <i>backdraft</i> , Neff
4/29	Salutogénesis	Paradigma salutogénico, Antonovsky
4/30	Agradecimiento	Vida y muerte digna

Comparación Grupo 1/Grupo 2

Prepruebas: Se realizó una comparación de las medias y distribuciones de las tres escalas de inicio (Escala Compasión, Empatía y Bienestar psicológico), del grupo expe-

perimental (G1) y control (G2), resultando un nivel de significancia superior a 0.05 en las tres (Fig. 1), permitiendo considerar los dos grupos homogéneos al inicio, a pesar de la heterogeneidad sociodemográfica de la población.

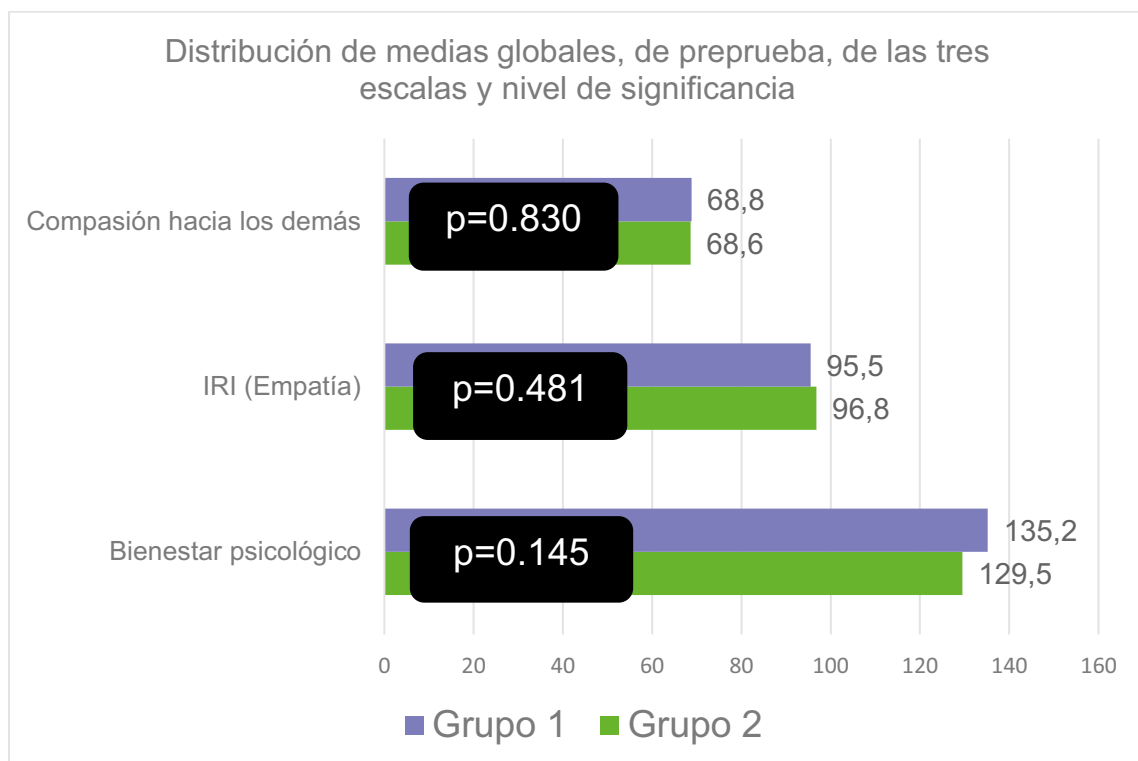


Figura 1. Distribución y nivel de significancia de las prepruebas de las tres escalas. Comparación G1 (n = 30) y G2 (n = 30).

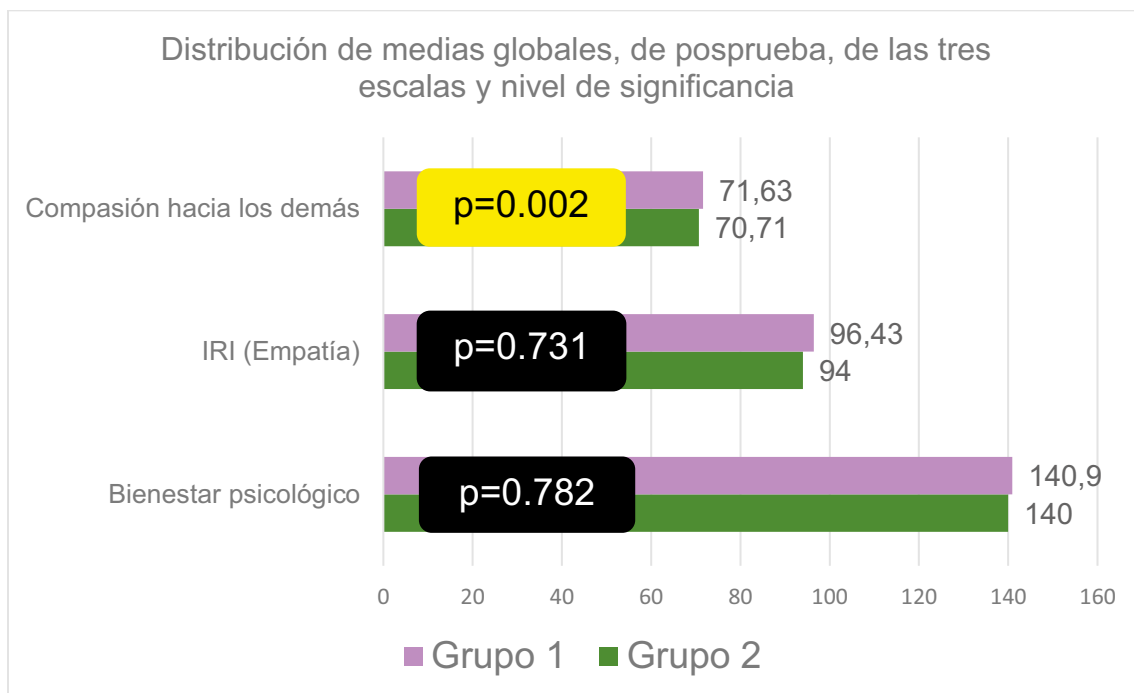


Figura 2. Distribución y nivel de significancia de las pospruebas de las tres escalas. Comparación G1 (n = 30) y G2 (n = 17).

Pospruebas: Tras la intervención educativa, se realizó de nuevo la comparación de las medias de los resultados globales de las escalas, entre los dos grupos, obteniéndose una diferencia significativa entre los dos grupos, tras la intervención, en la escala de la compasión hacia los demás. En la escala de la empatía y del bienestar psicológico no se evidenciaron cambios entre los dos grupos. (Fig. 2).

Comparación Grupo 1 (preprueba)/Grupo 1(posprueba)

- Escala de la Compasión hacia los demás: La puntuación de la compasión hacia los demás aumentó de forma sig-

nificativa en el grupo experimental, tras la intervención. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación es de 80 puntos, en el Grupo 1 la media de la preprueba fue de 68,8 (n = 30) y la posprueba de 71,63 (n = 30). La prueba de rangos con signo de Wilcoxon mostró una p = 0.013 (Fig. 3).

- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, Empatía): La puntuación de la empatía, en global, se mantuvo. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación es de 140 puntos, en el Grupo 1 la media de la preprueba fue de 95,5 (n = 30) y la posprueba de 96,43 (n = 30). La prueba

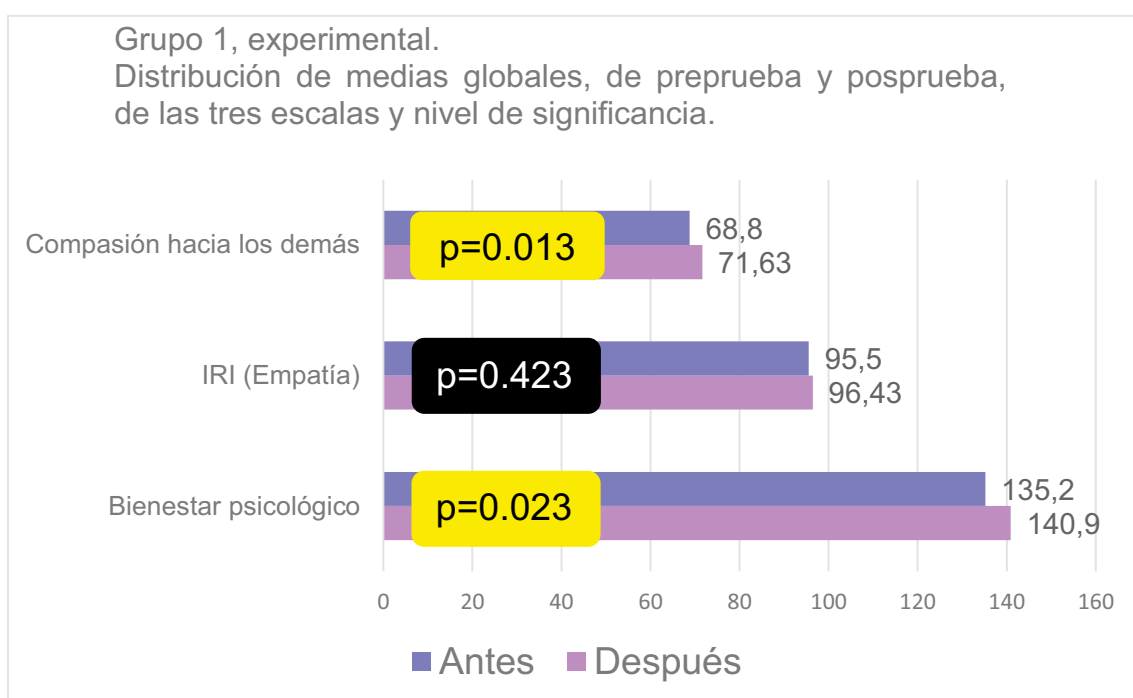


Figura 3. Grupo 1. Distribución de medias globales de preprueba y posprueba y nivel de significancia comparando Antes y Después.

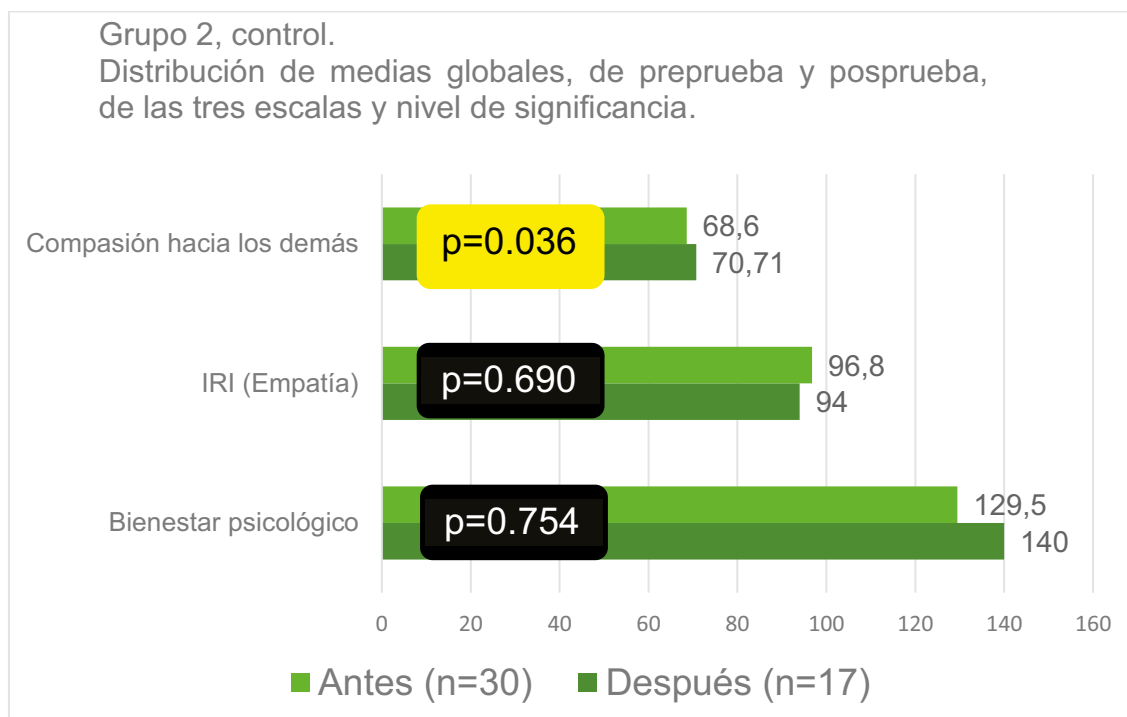


Figura 4. Grupo 2. Distribución de medias globales de preprueba y posprueba y nivel de significancia comparando Antes y Después.

de rangos con signo de Wilcoxon mostró una $p = 0.423$ (Fig. 3).

- Escala de Bienestar Psicológico: La puntuación del bienestar psicológico aumentó de forma significativa en el grupo experimental, tras la intervención. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación es de 174 puntos, en el Grupo 1 la media de la preprueba fue de 135,20 ($n = 30$) y la posprueba de 140,90 ($n = 30$). La prueba de rangos con signo de Wilcoxon mostró una $p = 0.023$ (Fig. 3).

Comparación Grupo 2 (preprueba)/Grupo 2 (posprueba)

- Escala de la Compasión hacia los demás: La compasión hacia los demás también aumentó de forma significativa en el grupo control. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación es de 80 puntos, la media de la preprueba de la escala de la compasión hacia los demás fue de 68,60 ($n = 30$) y la posprueba de 70,71 ($n = 17$), resultando una $p = 0.036$ (Fig. 4).
- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, Empatía): La puntuación de la empatía se mantuvo, como sucedió en el Grupo 1. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación es de 140 puntos, la media de la preprueba fue de 96,8 ($n = 30$) y la posprueba de 94,00 ($n = 17$). Resultó una $p = 0.690$ (Fig. 4).
- Escala de Bienestar Psicológico: La puntuación del bienestar psicológico se mantuvo. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación es de 174 puntos, la media de la preprueba fue de 129,50 ($n = 30$) y la posprueba de 140,00 ($n = 17$). Resultó una $p = 0.754$ (Fig. 4).

Calificación del curso

Ante la pregunta del cuestionario de satisfacción, entregado al finalizar la intervención: "¿Cómo calificaría, en general, el curso?" éste fue calificado como Excelente por un 96.7% de los participantes. Ante el enunciado del cuestionario de satisfacción: ¿Recomendaría este curso a otras personas?" un 100% de los participantes respondieron que recomendarían este curso a otras personas.

DISCUSIÓN

El estudio pretendía hacer una contribución a la enseñanza humanística dirigida a estudiantes y profesionales de la salud, tanto validando el efecto positivo que podía tener en su compasión hacia los demás y su propio bienestar psicológico, como orientando sobre los contenidos que pueden guiar hacia estas enseñanzas. Los contenidos compartidos trataron sobre autoconocimiento (Estilos de personalidad, valores, creencias, liderazgo), acompañamiento (Compasión, empatía, duelo, gestión emocional), comunicación efectiva (Escucha, *counselling*, comunicación no violenta, resolución de conflictos) y autocuidado (Mindfulness, hábitos saludables, autocompasión, salutogénesis). La innovación central de esta investigación radica en diferenciar la compasión de la empatía y en el favorecer el autocuidado de los participantes. A pesar de que la intervención fue breve (dos horas en total, repartidas en seis semanas), se obtuvieron resultados significativos que respaldaron las hipótesis planteadas: Una formación breve en acompañamiento compasivo puede incrementar de forma significativa la compasión hacia los demás y el bienestar psicológico del profesional de la salud, y puede mantener la empatía.

Existe evidencia científica sustancial que cuestiona la conveniencia de buscar el aumento de la empatía en profesionales de la salud para mejorar su relación con el paciente, ya que la empatía puede no resultar saludable para la salud mental de los profesionales⁵⁻⁸. La empatía comprende dimensiones emocionales opuestas: angustia personal y preocupación empática (compasión), las cuales no deberían evaluarse conjuntamente en la investigación científica, es decir, los resultados globales de las escalas validadas de empatía actuales deben interpretarse con cautela. Como ejemplo, véanse los siguientes ítems que pertenecen a la escala IRI utilizada en este estudio: Ítem 10: *A veces me siento indefenso cuando estoy en medio de una situación muy emotiva*; Ítem 17: *Me asusta estar en una situación emocional tensa*; Ítem 24: *Tiendo a perder el control en las emergencias*; Ítem 27: *Cuando veo a alguien en una emergencia que necesita ayuda, pierdo el control*. Si el resultado deseado hubiera sido aumentar la puntuación de la empatía y se hubiera aumentado a expensas de estas afirmaciones que evalúan la angustia personal ante situaciones emocionales, dicho aumento no sería beneficioso ni para el paciente ni para el profesional de la salud que le pudiera acompañar, sino que favorecería el *burnout*.

Los resultados del análisis del estudio despertaron otras inquietudes clave en relación con la implementación de la formación humanística. Teniendo en cuenta la extrema brevedad de la exposición de los contenidos (vídeos de entre 3 y 4 minutos, con un total de 2 horas de formación repartidas en 6 semanas), si una intervención formativa tan concisa puede aumentar significativamente la compasión hacia los demás en el grupo experimental ($p = 0.013$) ¿no será que es fácil influir en este constructo? Esta observación se alinea con la perspectiva de Rosenberg²¹, creador del modelo de Comunicación No Violenta, quien postula que el ser humano es compasivo por naturaleza, pero sucede que muchas veces se le olvida serlo, por el ritmo de vida acelerado que llevamos. Si una formación tan breve puede recordar a la persona su naturaleza compasiva, una formación continuada y transversal, en la universidad y los centros de salud, basada en la compasión podría tener un gran impacto en cuanto a la humanización de la medicina y la mejora del bienestar de los profesionales. De esta reflexión, surge otra pregunta relacionada con el grupo control: ¿Por qué aumenta la compasión hacia los demás en el grupo control ($p = 0.036$), un grupo que no recibió la intervención formativa? Es fundamental destacar que, en este grupo, por el contrario, no hubo cambios significativos en el bienestar psicológico ($p = 0.754$). Por lo tanto, se puede interpretar que solo por participar en un estudio con un título sugerente (enfocado en la compasión, la empatía y el bienestar) ya se despierta la conciencia compasiva, lo cual subraya la base inherente de este rasgo.

El estudio presenta limitaciones significativas, incluyendo la heterogeneidad y el tamaño reducido de la muestra, la ausencia de respaldo organizacional y la brevedad de la intervención que requirió una síntesis exhaustiva de las dinámicas propuestas. A pesar de estas limitaciones, que impiden establecer una evidencia concluyente sobre la eficacia de la intervención, los hallazgos son prometedores. Estos resultados subrayan la importancia de integrar un enfoque humanístico en la formación médica universitaria, promoviendo la reflexión y el desarrollo de competencias humanísticas entre

los estudiantes, con el fin de salvaguardar tanto su bienestar como la dignidad de sus futuros pacientes.

Esta investigación defiende firmemente un cambio de paradigma: la compasión, y no la empatía, debe ser el foco de las intervenciones y la formación médica en cuanto a competencias transversales. La compasión, entendida como una respuesta activa y benevolente al sufrimiento, ofrece beneficios superiores tanto para el paciente como para el profesional, fomentando la resiliencia y el cuidado sostenible. Por lo tanto, este estudio invita a la comunidad científica a reevaluar sus conceptos y herramientas, y a priorizar la compasión como pilar fundamental de la práctica médica. El desarrollo de estrategias pedagógicas basadas en la compasión es crucial para la humanización de la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra, 2016 [citado 22 Noviembre 2022]. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud [sede Web]. Montevideo, 2020 [citado 22 Noviembre 2022]. 8º Congreso Internacional, 6ª Jornada Latinoamericana y 2º Encuentro Uruguayo de Medicina Centrada en la Persona. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/8deg-congreso-internacional-6a-jornada-latinoamericana-2deg-encuentro-uruguayo-medicina>
3. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2016 [citado 22 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254600>
4. Ramírez I. Medicina centrada en la persona y método clínico centrado en el paciente. ¿Qué son? Rev. Mex. Medicina Familiar. 2018 Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/326785930>
5. Muñoz A, Chaves L. La empatía: ¿Un concepto unívoco? Katharsis 2013; 16: 123-143. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527454>
6. Singer T, Klimecki O. Empathy and Compassion. Current Biology. 2014; 24(8): R875-R878. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
7. Preckel K, Kanske P, Singer T. On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, Current Opinion in Behavioral Sciences. 2018; 19:1-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352154617300700>
8. Ashar Y, Andrews-Hanna J, Dimidjian S, Apuesta T. Atención empática y angustia: marcadores cerebrales predictivos y sistemas cerebrales disociables. Neuron 2017; 94(6): 1263-1273. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.05.014>

9. Bedregal P, Lermenda V, Brito-Pons G. La compasión, clave en la renovación de la salud. *Ars Medica*. 2020; 45(1): 74-79. Disponible en: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i1.1581>
10. Shapiro J, Youm J, Kheriaty A, Pham T, Chen Y, Clayma R. The human kindness curriculum: An innovative pre-clinical initiative to highlight kindness and empathy in medicine. *Educ Health* 2019; 32(2):53-61. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337424830_The_human_kindness_curriculum_An_innovative_pre-clinical_initiative_to_highlight_kindness_and_empathy_in_medicine
11. Menezes P, Guraya S, Guraya S. A Systematic Review of Educational Interventions and Their Impact on Empathy and Compassion of Undergraduate Medical Students. *Front. Med*. 2021; 8:758377. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.758377>
12. Zhou Y, Tan S, Tan C, Ng M, Lim K, Tan L, Ong Y, Cheong C, Chin A, Chiam M, Chia E, Lim C, Wijaya L, Chowdhury A, Kwek J, Fong W, Somasundaram N, Ong E, Mason S, Krishna L. A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 2021; 21(1):292. Disponible en: doi: 10.1186/s12909-021-02697-6.
13. Decety J. Empathy in Medicine: What it is, and how much we really need it. *The American Journal of Medicine*. 2020. 133:561-566. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
14. Crawford D. Compassion and Empathy in Basic Medical Science Teaching: A Suggested Model. *Cureus* 2021; 13(12):e20205. Disponible en: doi:10.7759/cureus.20205
15. Associated Medical Services. Ontario. 2020. Resources. Disponible en: <https://www.ams-inc.on.ca/resource/without-compassion-there-is-no-healthcare/>
16. Calvo-Valera C. Compasión, Empatía y Bienestar psicológico. Intervención formativa y efecto, en estudiantes y profesionales de la salud. [Tesis doctoral]. México: Universidad Internacional Iberoamericana; 2025.
17. Calvo-Valera C, Orozco-González N. Humanizar la medicina en la Universidad: Revisión sistemática de intervenciones humanísticas educativas, y recomendaciones didácticas. *NPunto* 2025; 82(8): 117-123. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista-pdf/npunto-volumen-viii-numero-82-enero-2025>
18. Amutio A, Pizarro J, Basabe N, Telletxea S, Harizmendi M. Propiedades psicométricas de la Escala de Compasión hacia los Demás. *PSYCAP* [Internet] 2018 [citado 15 Julio 2022]; 4: 24-37. Disponible en: http://psycap.cl/wp-content/uploads/2018/05/Monogra%CC%81fico-RLPP-Mayo-2018_Versio%CC%81n-Final.pdf
19. Pérez-Albeniz A, Paúl J, Torres E, Montes M, Etxebarria J. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema* [Internet] 2003 [citado 6 Noviembre 2022; 15(2): 267-272. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28079202_Adaptacion_de_Interpersonal_Reactivity_Index_IRI_al_espanol
20. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, van Dierendonck D. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* 2006; 18(3):572-577. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>
21. Rosenberg M. Comunicación NoViolenta. Un lenguaje de vida. 3ª ed. Barcelona: Ed. Acanto S.A.; 2016.