

Percepciones e implicaciones del cuidado compasivo en una institución hospitalaria especializada de Medellín

Elena Suárez Cadavid¹

Julia Restrepo Arango²

Mariantonia Lemos Hoyos³

Paola Sánchez Zapata⁴

Cómo citar este artículo / To reference this article

/ Para citar este artículo: Suárez-Cadavid, E., Restrepo-Arango, J., Lemos-Hoyos, M. y Sánchez-Zapata, P. (2024). Percepciones e implicaciones del cuidado compasivo en una institución hospitalaria especializada de Medellín. *Revista Criterios*, 31(2), 110-127. <https://doi.org/10.31948/rc.v31i2.3689>

Fecha de recepción: 30 de octubre de 2023

Fecha de revisión: 18 de marzo de 2024

Fecha de aprobación: 30 de abril de 2024



Resumen

El cuidado compasivo ha sido asociado como un factor protector contra el burnout. Este cuidado implica identificar la necesidad del paciente y dar respuesta a este síndrome, de acuerdo con los recursos disponibles. Para ello, es necesario tener en cuenta la perspectiva del paciente e identificar sus emociones, la comprensión del contexto y el establecimiento de un límite frente a la situación. En este estudio, se planteó evaluar y comprender cómo es entendido el trato compasivo por pacientes y por profesionales de la salud, así como las implicaciones que tiene en una institución hospitalaria especializada en Medellín. Por lo tanto, se utilizó un enfoque mixto con cuestionarios cuantitativos y entrevistas semiestructuradas. La muestra corresponde a profesionales de la salud y pacientes. Se evaluaron niveles y percepciones de burnout, empatía y compasión. El estudio señaló niveles elevados de cansancio emocional y despersonalización en el 28,8 % y el 31,8 %; además de baja adopción de perspectivas en el 30,3 % y baja comprensión empática en el 39,4 %. Adicionalmente, se necesitan recursos personales y organizacionales para brindar un trato compasivo que sea sostenible en el tiempo. La personalización en la atención, la comunicación bidireccional,



Artículo resultado de la investigación titulada: *Caracterización multidimensional de los adultos mayores de 60 años de la ciudad de San Juan de Pasto*, desarrollada desde el 1 de febrero de 2023 hasta el 31 de enero de 2024, en el departamento de Antioquia, Colombia. El artículo corresponde a la primera fase del proyecto que va hasta el 30 de junio de 2023

¹ Psicóloga, Universidad EAFIT. Correo electrónico: elenasuarezcadavid@gmail.com  

² Psicóloga, Universidad EAFIT; ingeniera de Diseño de Producto, Universidad EAFIT. Coordinadora metodológica, Universidad EAFIT. Correo electrónico: jurest25@eafit.edu.co  

³ Doctora en Psicología, Universidad de Los Andes; magíster en Psicología, Universidad San Buenaventura; psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana. Profesora titular Universidad EAFIT. Correo electrónico: mlemosh@eafit.edu.co  

⁴ Doctora en Ciencias de la Salud, Universidad CES; especialista en Epidemiología, Universidad CES. Subdirectora Científica, Clínica Cardio Vid. Correo electrónico: paola.sanchez.zapata@gmail.com 

Elena Suárez Cadavid
Julia Restrepo Arango
Mariantonia Lemos Hoyos
Paola Sánchez Zapata

el seguimiento al tratamiento y la identificación de necesidades son resaltados como aspectos clave de la atención compasiva. El trato compasivo es valorado positivamente por los pacientes; además, se lo puede adaptar fácilmente en la atención médica; sin embargo, es necesario abordar el agotamiento emocional y promover la empatía cognitiva para asegurar la calidad de atención y el bienestar de los profesionales de la salud.

Palabras clave: empatía; compasión; burnout; calidad de vida; satisfacción del paciente

Perceptions and implications of compassionate care in a specialized hospital institution in Medellin

Abstract

Compassionate care has been implicated as a protective factor against burnout; it involves identifying the patient's needs and responding to them according to the resources available. To do this, it is necessary to consider the patient's perspective and identify his or her emotions, understand the context and establish a limit to the situation. The objective of this study was to evaluate and understand how compassionate treatment is understood by patients and health professionals, as well as the implications it has in a specialized hospital institution in Medellin. Therefore, a mixed approach with quantitative questionnaires and semi-structured interviews was used. The sample corresponds to health professionals and patients. Levels and perceptions of burnout, empathy and compassion were evaluated. The study found high levels of emotional exhaustion and depersonalization in 28.8% and 31.8%; low perspective taking in 30.3%, and low empathic understanding in 39.4%. Personal and organizational resources are needed to provide compassionate care that is sustainable over time. Personalization of care, two-way communication, treatment follow-up, and identification of needs are highlighted as key aspects of compassionate care. Compassionate care is positively valued by patients and can be easily adapted in medical care; however, addressing emotional exhaustion and promoting cognitive empathy are needed to ensure quality of care and the well-being of health care professionals.

Keywords: empathy; compassion; burnout; quality of life; patient satisfaction



Percepções e implicações do cuidado compassivo em uma instituição hospitalar especializada em Medellín

Resumo

O atendimento compassivo tem sido apontado como um fator de proteção contra o esgotamento; ele envolve a identificação das necessidades do paciente e a resposta a elas de acordo com os recursos disponíveis. Para isso, é necessário considerar a perspectiva do paciente e identificar suas emoções, entender o contexto e estabelecer um limite para a situação. O objetivo deste estudo foi avaliar e compreender como o tratamento compassivo é entendido pelos pacientes e profissionais de saúde, bem como as implicações que ele tem em uma instituição hospitalar especializada em Medellín. Portanto, foi utilizada uma abordagem mista com questionários quantitativos e entrevistas semiestruturadas. A amostra corresponde a profissionais de saúde e pacientes. Foram avaliados os níveis e as percepções de esgotamento, empatia e compaixão. O estudo constatou altos níveis de exaustão emocional e despersonalização em 28,8% e 31,8%, baixa tomada de perspectiva em 30,3% e baixa compreensão empática em 39,4%. São necessários recursos pessoais e organizacionais para oferecer um atendimento compassivo que seja sustentável ao longo do tempo. A personalização do atendimento, a comunicação bidirecional, o acompanhamento do tratamento e a identificação das necessidades são destacados como aspectos fundamentais do atendimento compassivo. O atendimento compassivo é valorizado positivamente pelos pacientes e pode ser facilmente adaptado ao atendimento médico; entretanto, é imprescindível abordar a exaustão emocional e promover a empatia cognitiva para garantir a qualidade do atendimento e o bem-estar dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: empatia; compaixão; esgotamento; qualidade de vida; satisfação do paciente

Introducción

Los profesionales de la salud tienen la labor de velar por el bienestar de sus pacientes, se exponen constantemente a situaciones de alta implicación emocional y son víctimas de elevados niveles de presión laboral (Conversano et al., 2020). Además, la interacción con un paciente, sumada al resto de labores propias del cargo suponen el enfrentamiento a una situación que demanda no solo tiempo, sino habilidades técnicas y prácticas, regulación emocional y comunicación asertiva, entre otras (Wacker y Dziobek, 2018; Kamal et al., 2020).

«Aunque la presión laboral existe en diversas ocupaciones, se ha demostrado que su cronicidad [...] es más prevalente en profesiones

con bajos niveles de control personal, pobres redes de apoyo y altas expectativas» (Kroll et al., 2016, como se citó en Suárez et al., 2022, p. 60). En el caso de los profesionales de la salud, la falta de herramientas para afrontar las exigencias del entorno incrementa el riesgo de cansancio emocional, el distanciamiento hacia las personas con las que trabaja y la sensación de incompetencia, es decir, el burnout (Maslach y Jackson, 1981).

El burnout es una respuesta prolongada ante los estresores emocionales e interpersonales de la vida laboral; se compone de tres dimensiones: agotamiento (sensación de cansancio emocional), despersonalización (distanciamiento hacia las personas con las que se trabaja) y reducción de la autorrealización



(sensación de incompetencia) (Kroll et al., 2016). En el estudio del burnout se ha encontrado una relación multidireccional con la empatía y la compasión en la interacción con el paciente (Yuguero et al., 2018). También, se han planteado tres hipótesis que explicarían esta relación: la primera, el agotamiento reduce la capacidad de ser empático; la segunda, ser empático conduce al desarrollo de agotamiento, que ha sido denominado fatiga por compasión, y la tercera, la empatía puede proteger contra el agotamiento al aumentar la satisfacción laboral (Reynolds et al., 2021).

La empatía es definida como el reconocimiento cognitivo y afectivo del estado anímico y la situación actual de una persona por parte de otra (López et al., 2008), en términos prácticos, cierra la brecha que existe entre las experiencias de uno mismo y de los demás (Reynolds et al., 2021). Se conceptualiza a partir de sus dimensiones afectivas (refiriéndose a la capacidad de sentir lo que el otro siente, y el grado de afectación personal generado a partir de las situaciones adversas de los demás) y cognitivas (refiriéndose a la capacidad de comprender las emociones y tener una perspectiva) (Hernández Ayala, 2020; Dulay et al., 2018).

Se ha encontrado que el burnout llega a afectar entre el 10 % y el 70 % de los profesionales de la salud (Arian et al, 2023; Fucuta-de-Morales y Ruths, 2023; Ge et al., 2023; Rotenstein et al., 2018). En el contexto colombiano, en una investigación realizada con médicos, residentes y estudiantes de medicina, se encontró una prevalencia de cansancio emocional del 41,9 %, 21 % de despersonalización, y 19,5 % de baja realización personal. Además, únicamente el 21,2 % de los evaluados tuvo niveles óptimos de adopción de perspectivas, y 38 %, de comprensión empática, ambas dimensiones de la empatía cognitiva (Suárez et al., 2022).

Por otra parte, la compasión es una virtud en la relación médico-paciente, que empieza cuando se identifica el sufrimiento del doliente, se acompaña de una respuesta interna y emocional ante él, e implica, seguidamente, una expresión que denota la consciencia del padecer del paciente, materializándose en palabras y acciones que buscan beneficiar al otro. A diferencia de la empatía, la compasión

busca motivar al individuo a 'sentir con el otro' y a disminuir su sufrimiento (Cameron, 2015; Dávalos et al., 2020; López et al., 2018). Con respecto a esta relación, el estudio realizado en Colombia señaló que el burnout se asocia negativamente con la percepción de equilibrio entre la vida social, laboral y personal, la compasión hacia otros y la edad del individuo; en cambio, la compasión y autocompasión favorecen la realización personal y los sentimientos de competencia. Con respecto a la empatía, en este mismo estudio, se encontró una relación negativa entre burnout y la comprensión emocional, componente cognitivo de la empatía (Suárez et al., 2022).

Además, una investigación cualitativa realizada con residentes entre los 20 y 35 años de edad expuso que altos niveles de empatía y compasión pueden aumentar el burnout debido a fatiga por compasión, o incluso por la percepción de alta carga laboral, cuando las demandas emocionales del entorno exceden su capacidad de afrontamiento (Picard et al., 2016). «De forma similar, otros estudios han evidenciado que el proceso de imaginarse a sí mismo en la situación del otro genera mayores niveles de afecto negativo que imaginarse los efectos emocionales de la situación desde la perspectiva del paciente» (Suárez et al., 2022, p. 69). Es decir, teóricamente, altos niveles de empatía o compasión en ausencia de estrategias o herramientas para el afrontamiento pueden resultar en burnout, lo que a su vez implicaría cansancio emocional, despersonalización, menor calidad en la atención y, por consiguiente, una disminución en la eficacia terapéutica que podría conllevar menores niveles de realización personal.

Pese a estos planteamientos, no hay consenso respecto a la relación causal entre los niveles de implicación en la problemática de los pacientes, medidos a través de la empatía y la compasión, y su asociación con el burnout, ya sea como consecuencia o precipitante. Sin embargo, dadas las demandas del entorno, el campo de la salud puede ser un estresor significativo para los profesionales. (Altmann & Roth, 2021; Pavlova et al., 2022).

Ser compasivo durante el trato al paciente, es decir, practicar el cuidado compasivo, implica identificar la necesidad y responder a ella de acuerdo con los recursos disponibles. Para que



la identificación y la acción no supongan una carga extra para el profesional, es necesario adoptar la perspectiva del paciente, comprender su contexto, identificar sus emociones y establecer límites frente a la situación.

El cuidado compasivo se ha asociado con una mayor satisfacción en la atención, una mayor adherencia al tratamiento, un mejor autocuidado posterior al alta, una recuperación más exitosa, una disminución del dolor en los pacientes e incluso un incremento en su calidad de vida (Cameron et al., 2015; Dávalos et al., 2020; Malenfant et al., 2022). Además, se ha observado que también conlleva beneficios para los profesionales, como ahorro de tiempo y costos, sensación de satisfacción y eficacia, y realización personal (Dalvandi, 2019).

Por estas razones, la atención compasiva en salud se vuelve una necesidad y un componente crucial que contribuye al incremento de la calidad de vida tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio, favoreciendo simultáneamente la sostenibilidad del sistema de salud en general.

La relevancia que ha adquirido la compasión ha llevado a que algunas instituciones de salud se orienten hacia el trato compasivo dentro de sus estrategias de humanización. Esto implica adoptar una postura empática, centrarse en las necesidades del paciente y proporcionar un trato consecuente con ellas. No obstante, el trato humanizado podría ser consecuencia de altos niveles de empatía afectiva en ausencia de empatía cognitiva. Dadas las consecuencias descritas para los profesionales, es importante comprender cómo es percibido el trato compasivo por los pacientes y profesionales de la salud, así como las implicaciones de brindarlo. Se debe garantizar tanto la calidad de la atención como el bienestar de los profesionales para que este enfoque humanizado sea sostenible en el tiempo.

Por lo anterior, este estudio tuvo como objetivo evaluar los niveles de burnout, empatía y compasión en profesionales de la salud y comprender la relación entre estos factores en una institución hospitalaria de alta complejidad en la ciudad de Medellín.

Metodología

Diseño

Método mixto con múltiples estrategias para la recolección de datos, con el fin de obtener información robusta e integrada, explorando las perspectivas de los diferentes actores involucrados en el sistema de salud.

Contexto

La institución hospitalaria es un centro especializado de cuarto nivel en las áreas cardiovascular, torácica, pulmonar y neurovascular. Tiene aproximadamente 800 empleados vinculados laboralmente, entre los cuales 150 son médicos. La mayor parte de los pacientes y familiares son de estratos socioeconómicos bajos, con niveles educativos menores y corresponde a población adulta o adulta mayor. La institución cuenta con una cultura de atención humanizada en la que el cuidado del paciente y la compasión son la prioridad durante la estancia hospitalaria, así como sus altos estándares de calidad.

Participantes

La población objetivo fueron los empleados de una institución hospitalaria y sus pacientes, incluyendo tanto a los pacientes como a sus familiares que estaban en el servicio de hospitalización en el momento del estudio. Se utilizó una muestra a conveniencia con aquellos empleados y pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Materiales

Se recogió información cuantitativa y cualitativa sobre conductas y creencias acerca de la compasión en el ámbito de la salud y su posible relación con el burnout, así como percepciones del trato recibido en la institución. Para ello, se administró un protocolo compuesto por varios cuestionarios al personal administrativo y asistencial de la institución, y se realizaron entrevistas semiestructuradas tanto a pacientes como a profesionales.

Cuestionarios

Maslach Burnout Inventory –MBI–. Este instrumento consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones, donde 0 es 'nunca' y 6 es 'diariamente', en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo (Maslach y Jackson, 1981). Este cuestionario tiene tres dimensiones: agotamiento emocional (AE) con nueve ítems, que refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; despersonalización (DP) con cinco ítems, que describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes; realización personal (RP) con ocho ítems, que expresa sentimientos de competencia y éxito. En contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión, los valores bajos son indicativos del síndrome de burnout.

La escala posee una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0.76) y, al comparar la estructura factorial de la escala adaptada con la versión original, se identificó que las tres dimensiones coinciden.

Test empatía cognitiva y afectiva –TECA–. Cuestionario para evaluar empatía, está compuesto por 33 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), y presenta una estructura de cuatro factores: adopción de perspectivas, referente a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona; comprensión emocional, la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de las otras personas; estrés empático, la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona, y alegría empática, la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona (López-Pérez et al., 2008). La escala posee una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0.89). La estructura factorial de la escala presenta dos factores, cada uno con dos dimensiones: empatía cognitiva, que contiene las escalas adopción de perspectivas (AP) y comprensión emocional (CE); y empatía afectiva, que abarca estrés empático (EE) y alegría empática (AE).

Escala de compasión de Santa Clara –SCBCS–. Esta escala de compasión es un instrumento breve, creado originalmente en inglés (Hwang et al., 2008) y cuya validación en español la realizó Caycho-Rodríguez et al. (2020), con una confiabilidad alta (α de Cronbach = 0.9). La escala consiste en 5 preguntas tipo Likert, donde 1 indica 'muy en desacuerdo', y 7, 'muy de acuerdo'. La escala se califica directamente: a mayor puntaje, mayor nivel de compasión, con un puntaje mínimo de 7 y máximo de 35.

Cuestionario de salud SF12. Este cuestionario evalúa, por medio de 12 ítems, el grado de bienestar, calidad de vida y capacidad funcional, relacionados con la salud percibida de las personas mayores de 14 años. Consta de 8 dimensiones y 2 componentes: el físico y el mental. Está redactado para responder la forma en la que se ha sentido durante las últimas 4 semanas. Las respuestas se registran mediante una escala Likert de 5 puntos que va desde siempre (1) hasta nunca (5) (Ware et al., 1996). En el contexto colombiano, investigaciones previas han concluido que es un instrumento válido y confiable (α de Cronbach = > 0.7) para todas las subescalas (Ramírez-Vélez et al., 2010).

Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas son instrumentos que se basan en una guía de preguntas o categorías, donde el entrevistador tiene la potestad de introducir preguntas adicionales para precisar elementos y obtener más información. Este tipo de entrevistas aportan flexibilidad y profundidad cuando un fenómeno es difícil de observar (Hernández et al., 2014).

En el estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas a dos grupos diferentes. En el primer grupo, se entrevistó a los profesionales de la salud de la institución, con el fin de recolectar información acerca del ambiente laboral, qué indicadores de logro percibe cada participante, cuáles son los principales estresores y recursos que encuentran en su día a día, cómo es la relación con los pacientes, qué sucede en los eventos adversos con estos y, adicionalmente, cómo

impacta y es impactada su salud y su trabajo por elementos externos al ambiente laboral como la vida familiar, personal y social. En el segundo grupo, se entrevistó a los pacientes.

Con estas entrevistas se buscó recolectar información acerca de su experiencia en cada una de las fases de la hospitalización y de la atención descritas por el paciente. También, se indagó por la información general del paciente, cómo era la adherencia al tratamiento, la relación con el personal de salud y su experiencia general en la hospitalización.

Procedimiento

Los participantes fueron llamados a participar mediante invitación directa en los servicios de hospitalización durante los meses de marzo a junio de 2023. Adicionalmente, se distribuyó un infográfico en los grupos de WhatsApp de los grupos primarios y a través del correo institucional, incluyendo un código QR para aquellos que desearan participar. En cuanto al reclutamiento de pacientes, se preguntó en los puestos de enfermería por aquellos que no desearan ser molestados y se invitó a participar a los que no tenían esta restricción, para responder a una breve entrevista. Posteriormente, se procedió a analizar los datos recolectados. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética en investigación de la clínica.

Análisis

Los datos del cuestionario fueron descargados de Microsoft Forms en un archivo de Excel para su exportación y posterior análisis en SPSS versión 29. Se obtuvieron estadísticos descriptivos, generando tablas de frecuencia que permitieron observar las frecuencias y prevalencias de cada dimensión.

Respecto a los análisis cualitativos, en las entrevistas, cada participante fue identificado según su rol, edad y sexo. Los análisis partieron de las categorías descriptivas de cada dimensión del cuidado compasivo y sus barreras, a saber: información externa al ambiente laboral, ambiente laboral, trato con el paciente y

compasión, indicadores de logro, estresores, recursos y eventos adversos durante el cuidado del paciente, que, según lo hallado en cada grupo, derivaron categorías analíticas.

Asimismo, se utilizó un análisis relacional de contenido con mapeo cognitivo para evaluar la información cualitativa. Este incluyó: (1) tipo de análisis: selección del tipo de análisis relacional de contenido; (2) nivel de análisis, elección de oraciones como elemento de análisis principal; (3) codificación, generación de códigos iniciales y adaptación de códigos nuevos a medida que surgía la necesidad de acuerdo con el contenido; (4) construcción de redes, identificación de relaciones y asociación entre los códigos a partir de la coexistencia de estos en las citas; (5) sintetizar la información de las redes, escribir la síntesis del análisis de redes. Este proceso fue llevado a cabo en el software Atlas.ti versión 8. Finalmente, se integraron los datos y se evaluó la concordancia entre lo encontrado en el cuestionario y los resultados de las entrevistas semiestructuradas de cada grupo.

Resultados

Caracterización de la muestra

Los participantes de este estudio fueron médicos, representado por el 22,7 %, y auxiliares de enfermería, correspondiente al 28,8 %. El 80,3 % desempeñaba un rol asistencial; el 81,8 % de los evaluados fueron mujeres. La media de edad fue de 38.02 años y la media de años de experiencia fue de 13.25. Las características sociodemográficas se describen en la Tabla 1.

Tabla 1*Características sociodemográficas cuestionario*

Característica		M (D.E)	N (%)
Sexo	Hombre	-	12 (18,2)
	Mujer	-	54 (81,8)
Ocupación	Investigación	-	4 (6,1)
	Administrativo	-	4 (6,1)
	Médico	-	15 (22,7)
	Enfermero	-	17 (25,8)
	Auxiliar enfermería	-	19 (28,8)
	Otros	-	7 (10,6)
Tipo participante	Asistencial	-	53 (80,3)
	No asistencial	-	13 (19,7)
Edad		38.02 (10.16)	-
Experiencia		13.25 (8.67)	-

Nota. M: media; D.E.: desviación estándar; N: frecuencia absoluta.

Las entrevistas fueron realizadas a diez profesionales y a nueve pacientes de la institución. La descripción de las características sociodemográficas de los participantes se encuentra en la Tabla 2.

Tabla 2*Características sociodemográficas de los participantes entrevistados*

Código	Participante	Cargo	Edad	Sexo
1	Profesional salud	Enfermera auxiliar	-	Mujer
2	Profesional salud	Admisiones	-	Mujer
3	Profesional salud	Psicóloga	-	Mujer
4	Profesional salud	Subespecialista	-	Hombre
5	Profesional salud	Guarda de seguridad	-	Hombre
6	Profesional salud	Enfermera jefe	-	Mujer
7	Profesional salud	Médica administrativa	-	Mujer
8	Profesional salud	Subespecialista	-	Hombre
9	Profesional salud	Especialista	-	Mujer
10	Profesional salud	Atención al usuario	-	Mujer
11	Paciente	-	79 años	Mujer
12	Paciente	-	37 años	Hombre
13	Paciente	-	33 años	Hombre

Código	Participante	Cargo	Edad	Sexo
14	Paciente	-	43 años	Hombre
15	Paciente	-	42 años	Mujer
16	Paciente	-	60 años	Hombre
17	Paciente	-	74 años	Hombre
18	Paciente	-	39 años	Mujer
19	Paciente	-	63 años	Mujer

Resultados cuantitativos: niveles de burnout, empatía y compasión

Con respecto al burnout, el 28,8 % de los participantes presentó niveles clínicamente significativos de cansancio emocional; el 31,8%, alto en despersonalización, y el 15,2 %, bajo en realización personal. Frente a la empatía, los profesionales se ubicaron, en su mayoría, dentro del perfil óptimo en las dimensiones de empatía afectiva (dimensiones EE y AE); sin embargo, el 30 % del personal presentó bajos niveles de empatía cognitiva (dimensiones AP y CE). Finalmente, la media de los niveles de compasión fue alta (29,47), teniendo en cuenta que el puntaje máximo posible en la escala es 35 (ver Tabla 3).

Tabla 3

Factores de burnout, empatía y compasión

		Bajo N (%)	Medio/Óptimo N (%)	Alto N (%)	M (D.E)	Total N (%)	Perdidos N (%)
MBI-burnout	Cansancio emocional	41 (62,1 %)	12 (18,2 %)	7 (10,6 %)		60 (91 %)	6 (9,1 %)
	Despersonalización	39 (59,1 %)	14 (21,2 %)	7 (10,6 %)		60 (91 %)	6 (9,1 %)
	Realización personal	10 (15,2 %)	11 (16,7 %)	39 (59,1 %)		60 (91 %)	6 (9,1 %)
TECA-empatía	Adopción de perspectivas	20 (30,3)	25 (37,9)	21 (31,8)		66 (100 %)	
	Comprensión emocional	26 (39,4)	9 (13,6)	31 (47)		66 (100 %)	
	Estrés empático	1 (1,5)	52 (78,8)	13 (19,7)		66 (100 %)	
	Alegría empática	2 (3)	33 (50)	31 (47)		66 (100 %)	
SCBCS-compasión	Puntaje total				29.5 (6.5)		

Nota. M: media; D.E.: desviación estándar; N: frecuencia absoluta.

Resultados cualitativos: facilitadores del cuidado compasivo

Se identificaron algunos códigos más relevantes durante el desarrollo de las entrevistas del análisis cualitativo, los cuales se presentan a continuación.

Recursos para un trato compasivo

Para los profesionales, dar un trato compasivo implica destinar más tiempo al paciente y a su familia, lo cual requiere mayor inversión de recursos:

Yo salgo tarde por dos cosas. O porque tengo mucho trabajo a distancia y dejo el sistema para lo último, o porque considero que mis pacientes necesitan mucho acompañamiento de enfermería, y yo me siento a hablar con ellos un día. Y obviamente, yo pienso que tengo que perder un tiempo, yo no estoy perdiendo el tiempo, yo le estoy dedicando el tiempo a alguien que no tenga un familiar ahí al lado [...]. Entonces, es algo que yo considero que es un cuidado oportuno y es como global. (Participante 6, comunicación personal)

[Para una atención de calidad hay que] tener tiempo de escuchar al paciente, escuchar todas sus quejas, tanto desde la parte física como emocional, y que también abordar a esa familia y a ese cuidador, porque muchas veces se nos olvida el cuidador]. (Participante 9, comunicación personal)

Además, se resalta que la atención de calidad, el cuidado compasivo y la satisfacción con la atención son posibles gracias a la suficiencia de los recursos ambientales (instrumentos, tiempo, colegas, trabajo en equipo, respaldo del entorno de trabajo) y personales (información, desarrollo cognitivo, regulación emocional y habilidades de comunicación interpersonal).

[Para una atención de calidad se necesita], yo pienso que tener tiempo suficiente para hablar con el paciente, tiempo suficiente para examinarlo, que haya las herramientas clínicas adecuadas, también para complementar la evaluación clínica y que también se tenga como la posibilidad de hacer un seguimiento a largo plazo del paciente, (...) un trabajo en equipo, y con la integración de eso con lo

que el paciente tenga afuera, que ya va a depender mucho de la IPS. (Participante 4, comunicación personal)

La ausencia de recursos fue resaltada como una barrera para un trato compasivo, entre ellos, los participantes resaltaron los siguientes aspectos: el tiempo, las habilidades personales y emocionales. Además, para ellos, la carencia de equilibrio entre la vida personal y laboral genera agotamiento y repercute directamente en las condiciones del profesional. Del mismo modo, la percepción de no tener un respaldo de colegas o de la organización y de un desequilibrio en la carga laboral fueron nombradas como barreras comunes frente al trato compasivo.

Comprender al paciente (entorno, reacciones y necesidades) permite un cuidado más compasivo

Por un lado, la comprensión del paciente desde el enfoque biopsicosocial (comprensión del entorno y determinantes de la salud) facilita mayor entendimiento y, por consiguiente, un trato que responda a las necesidades, es decir, un trato compasivo. Esto es facilitado por aspectos relacionados con la empatía cognitiva, lo que implica adoptar la perspectiva del paciente, comprender sus reacciones emocionales y su entorno, sin involucrarse emocionalmente con la situación.

Para nosotros, es importante desde medicina interna, si yo no tengo en cuenta con todo el contexto y lo que está viviendo el paciente y lo que le hace sentir la enfermedad al paciente es muy probable que no se vaya a adherir al tratamiento. (Participante 9, comunicación personal)

Por otro lado, si el profesional ha vivido una situación similar a la del paciente, es más sencillo para este adoptar su perspectiva y proporcionar un trato compasivo.

Autocuidado como parte del cuidado a los pacientes

Actualmente, prevalece una actitud de sobrecompromiso y sobreinvolucramiento por parte de algunos profesionales, lo que aumenta el cansancio físico y emocional, y limita la capacidad de respuesta frente al paciente y su familia, agotando los recursos



del profesional. En contraste, las conductas de autocuidado, como mantener pasatiempos, buscar apoyo social, establecer tiempos de descanso, mantener el equilibrio entre la vida laboral y personal, y establecer límites, facilitan el trato compasivo.

Primero, sanarse. Si esa persona no está bien, si uno no está bien, es muy difícil ayudar al otro. Entonces, promover incluso dentro de la institución hábitos saludables, ejercicio, meditación, tiempo fuera como de los espacios de trabajo, por ejemplo, en los RCM son las charlas que hay, temas como de salud o de bienestar o de meditación. Eso nos puede hacer un poquito mejor persona y, cuando uno es mejor persona, puede dar más. (Participante 7, comunicación personal)

Gestión de situaciones demandantes y emociones

Por un lado, la percepción de que un paciente es demandante aumenta la carga de estrés, genera más agotamiento y tensiona. Tomar de forma personal las solicitudes o cuestionamientos de los pacientes y sus familiares, así como sus reacciones emocionales contribuyen a esta carga y agotamiento emocional. Por otro lado, la percepción de control o que se cuenta con los recursos para manejar las situaciones y responder a las necesidades de los pacientes disminuyen la carga.

[El trato compasivo tiene un efecto en el paciente] porque a veces uno en urgencias, sobre todo porque la gente llega que quiere que todo sea ya, o que mi papá está mal, que quiero que lo atiendan rápido. Entonces, cuando uno empieza como desde el principio así, ellos llegan como armados, digámoslo de esa forma, y uno como dice no, volvamos a atender, mire que lo estamos ayudando, tiene que calmarse. Entonces, cuando uno empieza así, la persona se desarma, la persona entiende que uno es lo que quiere es ayudarlo, entonces, yo creo que eso es importante. (Participante 1, comunicación personal)

Rol de servicio

El rol de servicio es resaltado como una característica del profesional que brinda un trato compasivo, pues percibir las demandas del paciente como válidas y parte de la labor

del profesional disminuye la percepción de carga y agotamiento, al tiempo que facilita el manejo de los usuarios del servicio y permite adoptar una posición colaborativa y resolutiva ante los pacientes y sus familiares. De esta forma, la escucha, la receptividad, la sensibilidad y la actitud de servicio se resaltan como características de un profesional de la salud que da una atención de calidad y un trato compasivo.

Lo otro también es como la actitud de servicio. El profesional de enfermería debe tener sí o sí actitud de servicio. Yo no puedo dar un servicio a mala gana. Okey. A mí no me puede dar rabia que me digan tráigame un vasito de agua, tráigame una servilleta, límpíenme aquí, por favor, porque ese es mi servicio, yo estoy ahí para servir. (Participante 6, comunicación personal)

Reconocimiento

El reconocimiento percibido por parte de pacientes, colegas y la organización contribuye a una percepción menor de la carga laboral. Con respecto a este reconocimiento, se percibe en menor nivel por parte del personal de enfermería.

Y eso que enfermería es de las mejores profesiones porque a uno lo llena [...]. Pero también pensamos que es una de las peores profesiones en cuanto a reconocimiento, ¿cierto? Que el paciente se contenta, se alivia, la familia está contenta, se van para la casa y solamente agradece al personal médico que los atendió, pero uno por el día que estaba 24/7, todo el tiempo con ellos. (Participante 6, comunicación personal)

Comunicación bidireccional

Así mismo, la comunicación bidireccional y percibir un trato entre iguales hacen parte de aquello que facilita la comodidad del paciente con el entorno de hospitalización, la identificación de otras necesidades y la solución oportuna de problemas relacionados con el entorno hospitalario. Además, la colaboración y la disposición a la ayuda con los trámites administrativos posteriores a la hospitalización 'motivan', facilitan la adherencia al tratamiento y proporcionan percepción de seguridad. Los pacientes entrevistados comprendían los procedimientos

realizados, el porqué de estos y los cuidados necesarios posteriores al alta hospitalaria.

Esta cirugía que veníamos planeando. Debido a los riesgos, pero debido a los riesgos y debido a que ella ya no aguanta el dolor en la pierna ni pa tocarla, entonces, ellos hablaron con ella, que, si ella está dispuesta a que la sometieran a una cirugía, ahora nos habló de los riesgos y nos dejó la hoja, que pensáramos. Yo le dije a ella, usted está consciente, en sus cinco sentidos, y usted es la del dolor, usted es la que tiene que decidir. Nos explicaron todo porque como dicen, nosotros como médicos tenemos que explicarle al paciente y a la familia qué es lo que se va a hacer, cómo se va a hacer, nos hizo el dibujo. Nos explicaron muchas cosas, pero ellos no se esperaban que le fuera a pasar lo que pasó, que no respondió el corazón, la tuvieron que conectar al aparato ECMO, casi se muere, pero ahí la sacaron adelante y aquí vamos. (Participante 15, comunicación personal)

Percepción de efectos del cuidado compasivo

Satisfacción con la atención. Los pacientes resaltan el aprecio por la amabilidad y la calidez, el apoyo emocional brindado, la disposición ante la necesidad, la rapidez en la atención, la claridad en la comunicación, enfatizando el momento del diagnóstico, el procedimiento y el trato individualizado, que se refiere a ser tratado por su nombre y concebido como un ser humano en su totalidad.

Acá es muy buena la atención, todos son muy amables. Una de las cosas que me ha parecido chévere es que todo el tiempo me tratan por el nombre y eso me parece muy importante. Tienen muy buena atención y las instalaciones son muy bonitas. (Participante 13, comunicación personal)

Adherencia al tratamiento. La totalidad de los pacientes entrevistados logró describir superficialmente el diagnóstico o procedimientos, lo que evidencia la adecuada comprensión y la comunicación efectiva con el profesional. No obstante, no todos tenían conocimiento de las recomendaciones o modificaciones en sus hábitos. El conocimiento

y la claridad que facilitan la adherencia al tratamiento son resultado de la comunicación bidireccional paciente-profesional.

Sí, todo muy claro, muy claro. Entendí muy claramente todo lo que era el sistema desde el principio hasta donde yo debo llegar con lo del trasplante. Y eso es uno de los motivos porque estoy acá, porque si yo quizás no hubiera entendido lo que ellos me hubieran dicho, estaría yo tranquilo en la calle, relajado, sin preocuparme por la droga. Pero entonces, como ellos me lo explicaron bien, estoy acá por ese motivo de que necesito la droga, pues es 100 porciento ya por el resto de mi vida, pero es por el bienestar mío. (Participante 14, comunicación personal)

Análisis integral de resultados cuantitativos y cualitativos

Los resultados permiten evidenciar un agotamiento emocional y una sobrecarga laboral por parte de los profesionales de la salud, al tiempo se desarrollan comportamientos compasivos. Incluso, en casos de agotamiento, los profesionales mantienen un trato compasivo con el paciente, probablemente debido a la cultura organizacional que prioriza el trato humanizado. No obstante, en esta población se empiezan a evidenciar tanto problemas de salud física como mental. Entre otras, fueron reportados altos niveles de burnout, acompañados de bajos niveles de empatía cognitiva, lo que impide establecer el límite frente a lo que le sucede al paciente y a su familia e incrementa el agotamiento emocional.

En este sentido, los pacientes reportan altos niveles de cuidado compasivo y satisfacción con la atención. Los profesionales por su parte presentan altos niveles de compasión, incluso cuando se presenta agotamiento, y subrayan el énfasis organizacional sobre el cuidado humanizado, sobresale la compasión aun cuando se lleva a cabo en detrimento del profesional, es decir, cuando no se establece un límite frente a los eventos adversos durante el cuidado.



Discusión

En este estudio, se planteó como objetivo evaluar y comprender la manera como es entendido el trato compasivo por pacientes y profesionales en salud y las implicaciones que tiene brindarlo en una institución hospitalaria especializada en Medellín. Lo anterior se debe a la premisa médica que adopta a la compasión como un principio ético durante la atención y por medio del que se reportan beneficios como la mejora en los resultados clínicos y el aumento en la satisfacción de los pacientes (Strauss et al., 2016).

Al respecto, fueron encontrados altos niveles de burnout, acompañados de bajos niveles de empatía cognitiva y, pese a ello, altos niveles de compasión. Particularmente, fueron identificados altos niveles de agotamiento emocional y sobrecarga laboral, que respalda que el trato humanizado en estos profesionales es consecuencia de una alta empatía afectiva en ausencia de empatía cognitiva, generando un factor de riesgo para los profesionales y para la sostenibilidad de la cultura de humanización.

Si bien, el agotamiento emocional puede ocurrir en cualquier entorno, existen unidades altamente exigentes cuyas características pueden considerarse de mayor riesgo, como es el caso de la institución evaluada, donde los profesionales están expuestos tanto a la alta complejidad como a la atención de pacientes con enfermedades incapacitantes y potencialmente mortales, situaciones que aumentan la presión sobre el personal de la salud (Arimon-Pagès et al., 2023). Sin embargo, el hallazgo de altos niveles de compasión en ausencia de recursos contradice los resultados encontrados por Davidson y Williams (2009), quienes señalan que trabajar en condiciones en las que hay personal insuficiente, escasez de tiempo y cuando la carga laboral es superior a la capacidad del profesional, el cuidado compasivo se ve afectado.

En consonancia, se visibilizó la actitud de priorizar el cuidado del paciente por encima del bienestar del profesional, que incluye tanto invertir más recursos para investigar sobre la patología del paciente y posibles tratamientos como el tiempo de explicación e interacción con los usuarios. No obstante, es claro para los entrevistados el desgaste generado por las

exigencias de la interacción entre el personal de la salud y el paciente. Aunque aún no hay un consenso en la relación entre los niveles de empatía, compasión y burnout, entre mayores sean las exigencias percibidas del entorno y menores los recursos percibidos, mayor será el agotamiento (Egan et al., 2019). Este fenómeno ha sido denominado como 'el costo del cuidado' que se produce en ausencia de mecanismos necesarios para identificar y gestionar las emociones relacionadas con el entorno (Arimon-Pagès et al., 2023).

Otra barrera para la compasión y la adopción de perspectivas encontrada en este y en otros estudios fue la descripción de pacientes o familias como demandantes, difíciles o agresivos (Phelivan y Güner, 2020). Esta situación puede presentarse, además, como un factor de riesgo para el desarrollo de burnout. Adicionalmente, y en congruencia con lo encontrado, en un estudio realizado por Lamothe et al. (2014), se reportó que el burnout fue menor en médicos con altos niveles de adopción de perspectivas cuando la preocupación empática también era baja; es decir, la preocupación empática solo fue negativa para los médicos cuando se presentaba en ausencia de adopción de perspectivas, pues esto dificulta la regulación emocional.

Por otro lado, la totalidad de los pacientes entrevistados resaltaron su satisfacción con el trato recibido y la atención brindada durante su estancia en la institución. Los comportamientos que enuncian los profesionales como parte de su actuar cotidiano y los resaltados por los pacientes, tales como no subestimar el nivel de dolor del paciente, percibirlo como un ser humano y ser consciente del nivel de afectación en las demás esferas de su vida, hacen parte de lo que ha sido conceptualizado dentro del trato compasivo (Phelivan y Güner, 2020). Al respecto, Dewar et al. (2011) encontró que la comunicación constante con el paciente y su familia e involucrarlos en las decisiones que se toman respecto a su salud es importante para los resultados en el cuidado y la experiencia en general.

Este componente del cuidado compasivo ha sido enfatizado como uno de los más importantes para que los pacientes sean participantes activos del cuidado en salud. Del mismo modo, la postura empática adoptada por el profesional ha sido identificada como un aspecto que facilita la confianza y la apertura



del paciente, mejorando la comunicación (Reynolds et al., 2021) y contribuyendo a un mejor entendimiento del paciente, acompañado de la búsqueda de soluciones (Yue, 2022).

Por lo tanto, es pertinente formar al personal de la salud, con el objetivo de incrementar los niveles de empatía cognitiva, tanto con el propósito de prevenir el cansancio emocional y el burnout como de incrementar la adopción de perspectivas y la comprensión emocional del paciente, promoviendo un actuar acorde con la necesidad planteada, la capacidad del profesional y su ambiente. Además, teniendo en cuenta que han sido reportadas diferencias en los niveles de burnout según el cargo desempeñado e incluso el nivel de formación (Almadani et al., 2023; Ferreira et al., 2020; Kartsonaki et al., 2023), es pertinente continuar la investigación sobre intervenir de forma diferencial y según la necesidad de cada cargo dentro de la institución hospitalaria.

Anteriormente, se reportó que el alto riesgo de burnout, junto con el deseo de los profesionales de recibir formación, sustenta la necesidad de implementar planes de formación y medidas institucionales de prevención y apoyo (Arimon-Pagès et al., 2023), pues de este modo es posible el mantenimiento de niveles óptimos de compasión, aprovechando los beneficios y disminuyendo los riesgos asociados al cuidado. Brindar atención basada en la compasión ha mostrado múltiples beneficios en los pacientes, así como una mayor satisfacción con la atención médica, una reducción de la ansiedad, una mayor tolerancia al dolor y una mejor respuesta al estrés (Baguley et al., 2020; Sinclair et al., 2020; Sinclair et al., 2021; Smith et al., 2017), pero también puede llevar a menores niveles de burnout si se logra promover no solo la compasión por otros, sino también la autocompasión (Román-Calderón et al., 2022).

Asimismo, resaltar el reconocimiento y apoyo de la organización hacia sus profesionales, maximizar sus recursos emocionales y cognitivos y proveer recursos y procesos que permitan disminuir la percepción de carga pueden optimizar los recursos necesarios para enfrentar las demandas de un trato compasivo ahora presente y necesario en el entorno clínico. El aumento del apoyo, tanto de la organización como de los demás profesionales de la salud, es fundamental para disminuir el burnout y

augmentar la satisfacción del personal de salud (Moscu et al., 2023; Soares et al., 2023).

Dado que la participación en el estudio fue opcional, es posible que quienes hayan respondido los cuestionarios y la encuesta sean profesionales con menores niveles de agotamiento o mayores niveles de compasión, lo cual puede sesgar los resultados. Adicionalmente, es un estudio con una muestra relativamente pequeña, lo cual puede profundizar el efecto del sesgo. Finalmente, la población de trabajo tiene baja disponibilidad horaria y altos niveles de rotación sea en términos de horarios (profesionales de la salud) o de estadía en la institución (pacientes y familiares).

Conclusiones

En términos generales, los pacientes identifican y valoran el trato compasivo recibido por los profesionales de la salud y lo nombran como un facilitador de la adaptación a la estancia hospitalaria. Además, la comunicación bidireccional facilita la comprensión del diagnóstico y la adherencia al tratamiento, y hace parte del trato compasivo descrito por los participantes del estudio.

Por otro lado, los profesionales de la salud proveen un trato compasivo que es resultado de altos niveles de empatía afectiva en ausencia de niveles óptimos de empatía cognitiva, lo que incrementa el riesgo de agotamiento laboral y específicamente emocional, presentando un riesgo tanto para el profesional como para la sostenibilidad del sistema de salud en general.

Conflicto de interés

El estudio se desarrolló en el marco de un programa del Ministerio de Ciencias de Colombia llamado Jóvenes Investigadores 2022, durante el cual se establece el convenio entre la Universidad EAFIT y la Clínica CardioVID.

Responsabilidades éticas

Previo a su inicio, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad EAFIT y por el Comité de Ética de la Clínica CardioVID, como consta en el Acta número 200 del 6 de octubre de 2022.

Referencias

- Almadani, A. H., Alenezi, S., Algazlan, M. S., Alrabiah, E. S., Alharbi, R. A., Alkhamis, A. S., Temsah, M.-H. (2023). Prevalence and Predictive Factors of Compassion Fatigue among Healthcare Workers in Saudi Arabia: Implications for Well-Being and Support. *Healthcare, 11*, 2136. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152136>
- Altmann, T., & Roth, M. (2021). The risk of empathy: longitudinal associations between empathy and burnout. *Psychology & Health, 36*(12), 1446–1460. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1838521>
- Arian, M., Jamshidbeigi, A., Kamali, A., Dalir, Z., & Ali-Abadi, T. (2023). The prevalence of burnout syndrome in nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Teaching and Learning in Nursing, 18*(4), 512–520. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2023.04.015>
- Arimon-Pagès, E., Fernández-Ortega, P., Torres-Puig-Gros, J., Canela-Soler, J. (2023). Compassion fatigue and anxiety in critical care emergency nurses: In between efficiency and humanity. *Enfermería Intensiva, 34*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.02.001>
- Baguley, S. I., Dev, V., Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2020). How do health professionals maintain compassion over time? Insights from a study of compassion in health. *Frontiers in Psychology, 11*, 564554. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.564554>
- Cameron, R. A., Mazer, B. L., DeLuca, J. M., Mohile, S. G., & Epstein, R. M. (2015). In search of compassion: A new taxonomy of compassionate physician behaviours. *Health Expectations, 18*(5), 1672–1685. <https://doi.org/10.1111/hex.12160>
- Caycho-Rodríguez, T., Barboza-Palomino, M., Ventura-León, J., Carbajal-León, C., Noé-Grijalva, M., Gallegos, M., Reyes-Bossio, M. y Vivanco-Vidal, A. (2020). Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud. *Ansiedad y Estrés, 26*(2), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.001>
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>
- Dalvandi, A., Vaisi-Raygani, A., Nourozi, K., Ebadi, A., & Rahgozar, M. (2019). The Importance and Extent of Providing Compassionate Nursing Care from The Viewpoint of Patients Hospitalized in Educational Hospitals in Kermanshah - Iran 2017. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 7*(6), 1047–1052. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.204>
- Dávalos, V., Vargas, A. M., Bonilla, P., León-Larios, F., Lomas-Campos, M. D., Vaca, S. L., & De Diego-Cordero, R. (2020). Compassionate Engagement and Action in the Education for Health Care Professions: A Cross-Sectional Study at an Ecuadorian University. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(15), 54–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155425>
- Davison, N., & Williams, K. (2009). Compassion in nursing. 1: Defining, identifying and measuring this essential quality. *Nursing Times, 105*(36), 16–18.
- Dewar, B., Pullin, S., & Tocheris, R. (2011). Valuing compassion through definition and measurement. *Nursing Management, 17*(9), 32–37. <https://doi.org/10.7748/nm2011.02.17.9.32.c8301>
- Dulay, M. C. B., Domingo, J. E. A., Domingo, K. F. R., Domondon, H. O. F., Dumangon, L. G., Duran, R. A., & Sevilla, G. L. (2018). An exploratory study of factors influencing student nurses' empathy. *Journal of Health Education Research 6*(2), 2–7. <https://doi.org/10.4172/2380-5439.1000259>



Egan, H., Keyte, R., McGowan, K., Peters, L., Lemon, N., Parsons, S., Meadows, S., Fardy, T., Singh, P., & Mantzios, M. (2019). 'You Before Me': A Qualitative Study of Health Care Professionals' and Students' Understanding and Experiences of Compassion in the Workplace, Self-compassion, Self-care and Health Behaviours. *Health Professions Education*, 5(3), 225-236. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.07.002>

Ferreira, S., Afonso, P., & Ramos, M. D. R. (2020). Empathy and burnout: a multicentre comparative study between residents and specialists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(1), 216-222. <https://doi.org/10.1111/jep.13147>

Fucuta-de-Moraes, M. L., & Ruths, J. C. (2023). Prevalence of symptoms of burnout syndrome in primary health care professionals. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 21(1). <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-813>

Ge, M., Hu, F., Jia, Y., Tang, W., Zhang, W., & Chen, H. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 5836-5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>

Hernández Ayala, W. T. (2020). *Revisión bibliográfica sobre la medición de la empatía en Colombia y Estados Unidos de América en el período comprendido entre 2010 y 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Antonio Nariño]. Repositorio UAN. <https://repositorio.uan.edu.co/items/8666fb5a-2076-4e9e-b02f-d6275c9c1c79>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Hwang, J. Y., Plante, T., & Lackey, K. (2008). The Development of the Santa Clara Brief Compassion Scale: An Abbreviation of Sprecher and Fehr's Compassionate Love Scale. *Pastoral Psychol*, 56, 421-428. <https://doi.org/10.1007/s11089-008-0117-2>

Kamal, A., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., Kavalieratos, D., & Sinclair, C. T. (2020). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(5), 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020>

Kartsonaki, M. G., Georgopoulos, D., Kondili, E., Nieri, A. S., Alevizaki, A., Nyktari, V., & Papaioannou, A. (2023). Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout in health professionals. *Nursing in critical care*, 28(2), 225-235. <https://doi.org/10.1111/nicc.12769>

Kroll, H., Macaulay, T., & Jesse, M. (2016). A Preliminary Survey Examining Predictors of Burnout in Pain Medicine Physicians in the United States. *Pain Physician*, 19(5), 689-696. <https://doi.org/10.36076/ppj/2019.19.e689>

Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., y Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding Burnout in general practice. *BMC Family Practice*, 15. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15>

López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates, and Relationship with Psychological Well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331. <https://doi.org/10.1007/S12671-017-0777-Z>

López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & Abad, F. J. (2008). *TECA. Test de empatía cognitiva y afectiva*. Tea Ediciones, S.A

Malenfant, S., Jaggi, P., Hayden, K. A., & Sinclair, S. (2022). Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC palliative care*, 21(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00942-3>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout inventory*. University of California, Consulting Psychologists Press.



- Moscu, C. A., Marina, V., Anghela, A. D., Anghela, M., Dragomir, L., & Ciubară, A. (2023). The impact of work-related problems on burnout syndrome and job satisfaction levels among emergency department staff. *Behavioral Sciences, 13*(7), 575. <https://doi.org/10.3390/bs13070575>
- Pavlova, A., Wang, C. X. Y., Boggiss, A. L., O'Callaghan, A., & Consedine, N. S. (2022). Predictors of Physician Compassion, Empathy, and Related Constructs: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine, 37*(4), 900–911. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07055-2>
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2020). Compassionate care: Benefits, barriers and recommendations. *Journal of Psychiatric Nursing, 11*(2), 148–153. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.88557>
- Picard, J., Catu-Pinault, A., Boujut, E., Botella, M., Jaury, P., & Zenasni, F. (2016). Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychology, Health & Medicine, 21*(3), 354–361. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1054407>
- Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A., & Jerez-Valderrama, A. M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública, 12*, 807–819. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf>
- Reynolds, M., McCombie, A., Jeffery, M., Mulder, R., & Frizelle, F. (2021). Impact of burnout on empathy. *The New Zealand medical journal, 134*(1530), 12–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33651773/>
- Román-Calderón, J. P., Krikorian, A., Ruiz, E., Romero, A. M., & Lemos, M. (2024). Compassion and Self-Compassion: Counterfactors of Burnout in Medical Students and Physicians. *Psychological Reports, 127*(3), 1032-1049. <https://doi.org/10.1177/00332941221132995>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., &. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA, 320*(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Sinclair, S., Hack, T. F., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2020). Healthcare providers perspectives on compassion training: A grounded theory study. *BMC Medical Education, 20*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02164-8>
- Sinclair, S., Kondejewski, J., Jaggi, P., Dennett, L., Roze Des Ordon, A., & Hack, T. (2021). What is the state of compassion education? A systematic review of compassion training in health care. *Academic Medicine, 96*(7), 1057–1070. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004114>
- Smith, S., Gentleman, M., Conway, L., & Sloan, S. (2017). Valuing feedback: An evaluation of a National Health Service programme to support compassionate care practice through hearing and responding to feedback. *Journal of Research in Nursing, 22*(1–2), 112–127. <https://doi.org/10.1177/1744987116685913>
- Soares, J. P., Lopes, R. H., de Souza Mendonça, P. B., Silva, C. R. D. V., Rodrigues, C. C. F. M., & de Castro, J. L. (2023). Use of the Maslach Burnout inventory among public health care professionals: scoping review. *JMIR Mental Health, 10*(1), e44195. <https://doi.org/10.2196/44195>
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review, 47*, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Suárez, E., Lemos, M., Ruiz, E., P. y Krikorian, A. (2022). Relación entre empatía, compasión y burnout en estudiantes de medicina, residentes y profesionales médicos de Medellín. *Revista Logos Ciencia & Tecnología, 14*(3), 59-72. <https://doi.org/10.22335/rlct.v14i3.1644>

Wacker, R., & Dziobek, I. (2018). Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(1), 141–150. <https://doi.org/10.1037/ocp0000058>

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care, 34*(3), 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

Yue, Z., Qin, Y., Li, Y., Wang, J., Nicholas, S., Maitland, E., & Liu, C. (2022). Empathy and Burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment. *BMC Public Health, 22*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13405-4>

Yuguero, O., Melnick, E. R., Marsal, J. R., Esquerda, J., & Soler-González, J. (2018). Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ Open, 8*, e020949. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020949>

Contribución

Todas las autoras participaron en la elaboración del manuscrito, lo leyeron y aprobaron.