



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Psicología

“Correlación entre burnout y empatía en residentes”

TESIS

Que para obtener el título de licenciada en psicología presenta

Daniela Hidalgo García

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisor: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Sinodales: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Alejandra Valencia Cruz

Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Esta tesis fue producto de un proyecto de investigación financiado por PAPIIT con número de registro IN303618

Ciudad de México

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

“Más que un conjunto de conocimientos, la ciencia es una forma de pensar”

(Carl Sagan)

Tuve la fortuna de contar con un gran apoyo en la realización de este proyecto de investigación, de antemano pido una disculpa si no menciono a todas las personas que estuvieron en todo el proceso. Antes que a cualquier persona, me gustaría agradecer al Dr. Edgar Landa que ha sido mi “padre académico”, la persona que me ha llevado por el amplio camino del conocimiento, no solo representa a alguien a quien admiro mucho, si no también es un gran amigo el cual me ha apoyado, me ha visto crecer profesional y personalmente. Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, quien a pesar de tener una carga laboral fuerte, siempre estuvo dispuesto a ayudarme. A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, quien sin saberlo tuvo una fuerte influencia en mi persona en la licenciatura, ya que fue la primera profesora que me dio una clase relacionada con medicina conductual, donde mi camino tuvo luz para orientarme al área de conocimiento que hoy en día me apasiona, así como por siempre apoyarme en cada uno de mis procesos de titulación y resolver cada una de mis dudas. A la Dra. Alejandra Valencia por tener la paciencia para explicarme cada una de mis dudas relacionadas con la parte estadística, porque a pesar de la hora que fuera, siempre respondía mis dudas, siempre estuvo pendiente y muy dispuesta a apoyarme, en verdad le agradezco mucho. A la Dra. Aimé por cada consejo que me dió, cada vez que platicábamos me daba aliento para seguir adelante en todo mi proceso y por facilitarme cada una de las cosas que necesité durante el proceso.

Agradezco también a mi familia especialmente a mi madre Amelia García, porque no fue un proceso sencillo, puedo decir que soy una persona antes y después de la tesis, ella estuvo presente, me apoyó de diversas formas, en verdad agradezco lo que soy, gracias mamá, gracias a tu apoyo y tu paciencia, sé que no he sido una hija fácil, sin embargo siempre estuviste ahí para mí, te amo con todo mi corazón. A mí abuelita Tita porque siempre que llegaba a casa había un plato de comida y siempre me escuchaba, siempre me dio los mejores consejos y me enseñó el valor de la paciencia. A mis hermanos, Pablo, Manuel,

Gabriela y Sergio, ya que a pesar de no comprender lo que pasaba por mi mente y no sabían qué sucedía conmigo, estuvieron siempre presentes, apoyándome cada uno a su manera. A mis primas Danna y Paula, por apoyarme en cada uno de mis procesos así como hacer un poco más amena y divertida mi vida, me recordaron que es volver a ser adolescente, gracias pequeñas. A mi primo Miguel por estar presente escuchándome cuando peor me sentía, gracias por siempre preguntar cómo me sentía y acompañarme cuando lo necesité. A Juan Carlos, porque me apoyó en momentos muy difíciles, cuando llegué a pensar que ya no podía, él estuvo ahí, significas demasiado para mí, gracias por cada consejo, cada risa y por enseñarme que a pesar de no ser mi padre biológico, has estado ahí, gracias por nunca juzgarme. A mi padre Sergio Hidalgo quién está en el cielo, donde cada día de mi vida te pienso, cada vez que tengo un evento valioso en mi vida estás presente y por sentirme amada desde donde te encuentres, por sentirme protegida cada vez que he estado expuesta, te tengo presente y siempre en mi corazón y mi mente, te amo papá. A mi cachorro Bronx, porque aunque él no lo sepa, siempre me dió su amor en cada momento y con su mirada calma mi alma.

A la Dra. Flor Avila por ser una mujer ejemplar a la que admiro y tengo en alta estima, por siempre impulsarme, porque desde que inicié la carrera ella me apoyó en la forma en la que pudo, siempre ha estado presente y de muchas formas me enseñó el valor de la perseverancia ante las dificultades, quien me enseñó que nada es imposible, la quiero mucho.

A mis amigas del proyecto, amigas de profesión y de vida Andre, Xia, Almita G, Almita Licon y Viri quienes vivieron conmigo un proceso complicado, que no importaba la situación siempre nos apoyamos y siempre estuvimos ahí en momentos complicados, hubieron lagrimas, risas y sobre todo amistad verdadera, gracias las amo. A Nadia Vieyra quien es una mujer admirable, quien me apoyó en un proceso complicado, que tiene un corazón enorme y es una gran profesionalista, que está comprometida con ayudar verdaderamente a las personas, gracias por tanto apoyo. A mis compañeras del hospital, quienes siempre estuvieron ahí, les agradezco todo su apoyo. A mi hermana de vida Marla Pamela, quién siempre ha estado en los peores y los mejores momentos, ella que me conoce

perfectamente, que me apoyó con paciencia y con constancia, ella me ha enseñado el valor de la amistad. A mis amigas de prepa que amo y que siempre hemos estado unidas, que agradezco a la vida por ponerme en su camino. A mi amiga y hermana Arantza, quién a pesar de no vernos mucho, siempre has estado presente, cada vez que te necesité, por no ser la amiga que te dice lo que quieres escuchar, sino más bien, la amiga que siempre te dice lo que ella cree, sin filtros y con mucho amor, te amo amiga.

Por último me gustaría agradecer a una persona sumamente valiosa en mi vida, Enrique Velázquez, quien no solo ha sido un gran ser humano, me has enseñado lo verdaderamente valioso de las cosas, el valor del conocimiento, el valor del arte, el valor de muchas cosas, la pirámide en sí, eres con quien comparto muchas cosas, donde generamos conocimiento, donde podemos hablar sobre cualquier tema en la vida, quien le dio luz a mi vida y quien ha estado presente (literal y simbólicamente) gracias.

Índice

Resumen	4
Abstract	4
Capítulo 1. Transición epidemiológica y Psicología de la Salud	6
Capítulo 2. Burnout y empatía en residentes	14
Objetivo	22
Método	28
- Participantes y diseño	28
- Medición	31
- Procedimiento	33
- Análisis estadísticos	35
Resultados	36
Discusión	42
Referencias	48
Anexos	60

Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar los niveles y asociación de burnout y empatía en médicos residentes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Se realizó un estudio no experimental, transversal, correlacional, en donde participaron 155 residentes de diferentes especialidades del hospital. Se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste ocupacional (EMEDO) y la Escala Médica de Jefferson versión S para medir empatía. Como principales resultados se obtuvieron: correlaciones negativas, estadísticamente significativa con una fuerza de asociación débil, entre el burnout y la empatía, así como entre la despersonalización con las tres subescalas de empatía. Además, una correlación negativa, estadísticamente significativa con una fuerza de asociación moderada, entre agotamiento emocional e insatisfacción al logro y la habilidad de ponerse en los zapatos del paciente. A partir de los datos de este estudio se puede concluir que existe una correlación negativa, de débil a moderada estadísticamente significativa entre el burnout y la empatía, en médicos residentes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” no obstante, se necesitan más datos e investigaciones en el área para corroborar la información previamente descrita.

Palabras clave: Burnout, Residentes médicos, Empatía, Salud Mental y Atención secundaria de la salud.

Abstract

The objective of the present study was to evaluate the levels and association of burnout and empathy in medical residents of the General Hospital “Dr. Manuel Gea González”. A non-experimental, cross-sectional, correlational study was conducted, in which 155 residents of different hospital specialties participated. The Mexican Occupational Wear Scale (EMEDO) and the Jefferson Medical Scale version S were used to measure empathy. The main results were obtained: negative correlations, statistically significant with a weak association force, between burnout and empathy, as well as between depersonalization with the three subscales of empathy. In addition, a negative, statistically significant correlation with a moderate strength of association, between emotional exhaustion and dissatisfaction with achievement and the ability to put yourself in the patient's shoes. From the data of this study it can be concluded that there is a negative, moderate to moderately significant correlation between burnout and empathy, in resident doctors of the General Hospital "Dr. Manuel Gea González” however, more data and research in the area are needed to corroborate the previously described information.

Key words: Burnout, Resident doctors, Empathy, Mental Health and Secondary Healthcare.

Capítulo 1

Transición epidemiológica y Psicología de la Salud

La definición de salud, que actualmente se conoce fue declarada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946 y no fue hasta el año de 1948 que entró en vigor (International Conference on Primary Health Care, 1978). Considerando la urgente necesidad de proteger y promover la salud, se llevó a cabo una reunión en la Ciudad de Alma-Ata en el año de 1978, donde se enunció la siguiente declaración:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (International Conference on Primary Health Care, 1978, p.2).

Existen algunas explicaciones del cómo se llegó a la definición anterior, por lo que se describirá brevemente un par de modelos teóricos (teoría de la transición epidemiológica y modelo biomédico) que tuvieron un papel central en el desarrollo de la concepción de salud actual Omran (1971) desarrolla una teoría explicativa y predictiva de transición epidemiológica, explicando que se centra principalmente en el cambio complejo de los patrones de salud-enfermedad y en la interacción de estos patrones, así como sus consecuencias demográficas, económicas y sociológicas. Existen cinco proposiciones al respecto de la transición epidemiológica, a continuación, se explicarán brevemente las mismas:

- *Primera propuesta:* la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población. En un inicio existieron altos índices de mortalidad por presencia de epidemias, desnutrición crónica, enfermedades endémicas y por el poco control de la fertilidad, generando una tasa baja de crecimiento de la población mundial, tiempo después, se generó un aumento en la esperanza de vida, una disminución

progresiva en la tasa de mortalidad, patrones de mortalidad más estables y previsibles y un incremento de la población a nivel mundial.

- *Segunda propuesta:* describe la teoría de los patrones de mortalidad. Donde la principal causa de muerte se debía a enfermedades infecciosas y eso se ha modificado siendo la principal causa de muerte las enfermedades crónico-degenerativas. Se distinguen tres etapas que ocurren al mismo tiempo:
 1. *La edad de la peste y la hambruna:* donde la mortalidad es alta y fluctuante, lo que impide el crecimiento sostenido de la población. En esta etapa, la expectativa de vida promedio al nacer es baja y variable, oscilando entre 20 y 40 años.
 2. *La edad de las pandemias en retroceso:* la tasa de mortalidad por infecciones decae progresivamente debido a la disminución de epidemias, las cuales deberían ser menos frecuentes o tender a desaparecer. La expectativa de vida promedio al nacer aumenta constantemente de aproximadamente 30 a aproximadamente 50 años. El crecimiento de la población se mantiene y comienza a describir una curva exponencial.
 3. *La edad de las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre:* cuando la mortalidad continúa disminuyendo y finalmente se aproxima a la estabilidad a un nivel relativamente bajo. La expectativa de vida promedio al nacer aumenta gradualmente hasta que excede los 50 años. Es durante esta etapa que la fertilidad se convierte en un factor crucial en el crecimiento de la población.
- *Tercera propuesta:* Hubo un incremento en la disminución de las pandemias, así como los avances en la nutrición, medidas de saneamiento temprano y medidas modernas de salud pública, lo cual favoreció al decremento significativo de la

mortalidad, principalmente se vio reflejado en niños entre 1 y 4 años y mujeres jóvenes en edades reproductivas.

- *Cuarta propuesta:* Los cambios poblacionales en los patrones salud y enfermedad a largo plazo están relacionados con factores demográficos, económicos y sociales. Las mejoras socioeconómicas y el establecimiento de programas modernos de salud pública han favorecido a la disminución de la mortalidad y las enfermedades infecciosas, pero a su vez han contribuido al incremento de las enfermedades crónicas.
- *Quinta propuesta:* Con base en las diferencias en el patrón, ritmo y consecuencias del cambio poblacional, Omran (1971) diferencia tres modelos básicos de la transición epidemiológica, los cuales varían dependiendo del tiempo y lugar.
 - 1) *Modelo clásico:* describe que un crecimiento poblacional exponencial será proporcional al desarrollo económico sostenido. Es importante mencionar que en la fase tardía de este modelo (en la segunda y tercera década del siglo XX), las enfermedades degenerativas desplazaron a las enfermedades infecciosas como las principales causas de mortalidad y morbilidad. En esas sociedades el descenso de la mortalidad fue gradual y ocurrió en respuesta a mejoras sociales, económicas y ambientales que constituyeron un complejo proceso de modernización.
 - 2) *Modelo de la transición epidemiológica acelerada:* El cual describe la transición acelerada de la mortalidad que se produjo más notablemente en Japón. En donde se presentó el patrón previamente descrito de manera acelerada, se logró alcanzar una disminución notable en el nivel de mortalidad infantil y de mujeres en un tiempo muy corto y se realizó el cambio en la transición de enfermedades degenerativas sustituyendo a las infecciosas.
 - 3) *Modelo contemporáneo:* Describe la transición relativamente reciente en los países en vías de desarrollo, en donde de manera lenta se ha disminuido la

muerte materna e infantil y también de manera paulatina se han yuxtapuesto enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, siendo estas últimas, las que mayor prevalencia muestran.

Omran (1971) argumenta que la transición epidemiológica se da a la par de transiciones demográficas y económicas, por lo que Armelagos, Brown y Turner (2005) desarrollan una teoría para explicar la relación que existe entre la transición epidemiológica y los procesos económicos desde una perspectiva evolutiva, explicando que el desarrollo económico trae como consecuencia mayor desigualdad entre jerarquías sociales, generando desigualdades en relación a los servicios de salud de calidad.

Anteriormente el hombre fungía un papel de cazador-recolector para la supervivencia, los cazadores-recolectores sirvieron como base para explicar el cambio en las actividades que realizaba el hombre; donde anteriormente el hombre para el consumo de alimentos tenía que salir en busca del mismo, cazando en grupo y recolectando frutos pequeños, la inanición, los traumas e infecciones eran las principales causas de morbilidad y mortalidad, la expectativa de vida no solía superar los 20 años (Armelagos et al., 2005).

Cómo consecuencia de lo anterior, se da un cambio en la forma de producción y esto trajo cómo resultado que en el Neolítico las principales actividades económicas eran la producción primaria de alimentos como: la ganadería, pesca y agricultura, lo cual fomentó el cambio de una vida nómada a una sedentaria, donde el sedentarismo, tuvo como resultado el aumento de la población, la domesticación de animales y cultivos, provocando una alteración y propiciando el desarrollo de enfermedades infecciosas, provocada por los desechos humanos y la contaminación del agua así como enfermedades infecciosas, transmitidas accidentalmente por animales (zoonosis), también hubo un aumento de enfermedades virales como: sarampión, paperas, varicela y viruela (Armelagos et al., 2005; Grau y Hernández, 2005).

Lo anterior fueron las principales causas de muerte durante muchos siglos, hasta principios del siglo XX; es en este contexto que, en el siglo XVIII se logra instaurar el modelo biomédico que concibe a la salud como ausencia de enfermedad, ajustándose al predominio de enfermedades infecciosas (Armelagos et al., 2005 y Engel, 1977).

El modelo dio preponderancia a los aspectos biológicos para entender el proceso de salud-enfermedad, explicando porqué para los investigadores del área de la salud fueron tan importantes los aspectos biológicos durante la etapa de enfermedades infecciosas (Armélagos et al., 2005). Para Armélagos et al. (2005), los factores socioeconómicos son los principales responsables del cambio epidemiológico, ayudados por los avances médicos y de salud pública. En este sentido se argumenta que los factores socioeconómicos influían en los procesos de enfermedad, explicando que la riqueza en el mundo ha generado desigualdades enormes, donde la mayor cantidad de bienes se ha centrado en una cantidad reducida de personas. Esto indica que las personas con mejores ingresos tienden a ser más saludables, porque cuentan con recursos para acceder a servicios de salud de alta calidad (Armélagos et al., 2005).

Otra característica importante de la descripción de la transición epidemiológica descrita por Armélagos et al. (2005) está marcada principalmente por la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas las cuales se caracterizan por ser alteraciones de larga duración y por lo general de progresión lenta, algunos ejemplos de ellas son enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias, diabetes, las cuales tuvieron como consecuencia el aumento en la longevidad.

Durante el siglo XX, las enfermedades infecciosas tuvieron un peso importante, donde este era la principal causa de muerte. En el siglo XVIII, se logra instaurar el modelo biomédico que concibe a la salud como ausencia de enfermedad, ajustándose al predominio de las enfermedades infecciosas, por lo que el diagnóstico de la enfermedad se restringe en la presencia de anomalías bioquímicas (Grau y Hernández, 2005)

A pesar de las virtudes del modelo biomédico, de acuerdo con Engel (1977) este modelo presentaba al menos dos limitaciones: la primera era el reduccionismo, visión filosófica la cual dice que los fenómenos complejos se derivan en última instancia de un único principio primario, así como el dualismo mente-cuerpo, doctrina que separa lo mental de lo somático, en este sentido el principio primario reduccionista es el fisicalismo, donde se asumía que tratar a la enfermedad como algo meramente químico y físico era suficiente para explicar el fenómeno biológico. La segunda limitación era el exclusionismo, donde se creía que todo

lo que no podía ser explicado dentro del contexto biológico debía ser eliminado del ámbito médico y de la categoría de enfermedad; por tanto, los exclusionistas consideraban a las enfermedades mentales como un mito y que habría que eliminar a la psiquiatría de la medicina. Durante muchos años el modelo biomédico fue rector en la generación y explicación de conocimiento en el área de la salud, sin embargo, con la transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a crónico degenerativas, se convirtió en un modelo limitado, ante las nuevas necesidades de salud. Aunado a las críticas anteriores, Engel (1977) hace una crítica más al modelo biomédico, describiendo que ya no es suficiente para atender las necesidades del paciente, ya que presenta insuficiencias en los resultados, entre ellos: poca adhesión al tratamiento, conductas de riesgo y adicción a sustancias tóxicas y propone la adopción de un nuevo modelo al que denomina biopsicosocial, explicando que el contexto psicológico y social es necesario para comprender y enfrentar la enfermedad.

El modelo biopsicosocial incluye al paciente y a la enfermedad, donde el papel del médico ya no es solo enfocarse en procesos biológicos, si no más bien es considerar la sensación de malestar que lleva al paciente a buscar ayuda, así mismo, el modelo permite explicar por qué algunas personas experimentan como enfermedad las condiciones que otras personas consideran problemas de vida. La crítica de Engel al modelo biomédico causó mucho revuelo y retractores, sin embargo, por el peso de los argumentos poco a poco se fue tomando al modelo biopsicosocial como una parte integral del conocimiento actual en salud.

Es en este contexto de amplios cambios conceptuales que la psicología adquiere una fuerza muy importante en el área de la salud y es así como se inauguró la División 38 de la Sociedad Americana de Psicología (por sus siglas en inglés, APA, Psicología de la Salud) y en 1980 Joseph Matarazzo, siendo el primer presidente de la División 38, expuso la siguiente definición de Psicología de la Salud:

La psicología de la salud es el área encargada de contribuciones educativas, científicas y contribuciones profesionales de la disciplina de la psicología para la promoción, mantenimiento de la salud, prevención, tratamiento de enfermedades e

identificación de correlaciones etiológicas y diagnósticas de salud, enfermedad y disfunción (Matarazzo, 1980, p.815).

En este sentido, el objetivo principal de estudio de psicología de la salud es identificar funcionamientos psicológicos que inciden en la historia natural de la enfermedad (Sánchez-Sosa, 1998).

Como menciona Oblitas (2008) la psicología de la salud podría ser definida como:

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar (Oblitas, 2008; p. 10).

Por lo tanto, los objetivos de la psicología de la salud consisten en promover estilos de vida saludables, prevenir enfermedades (modificando hábitos insanos asociados a enfermedades como el tabaquismo), evaluar e intervenir enfermedades específicas para mejorar el sistema sanitario; por lo tanto la psicología se ha encargado de un campo que estudie la relación que existe entre las cogniciones, emociones y conductas de los seres humanos con el fin de mejorar su calidad de vida, a su vez a buscado crear herramientas que ayuden a personas que tengan enfermedades crónico-degenerativas (Oblitas, 2008; Sánchez-Sosa, 2002).

Uno de los retos de la psicología de la salud ha sido trabajar de manera interdisciplinaria con la finalidad de abordar diferentes padecimientos que se exacerban por factores psicológicos, permitiendo que los psicólogos trabajen en hospitales, interviniendo en la prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes problemas de salud, tales como: cáncer, enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares; tratamiento o manejo conductual del dolor crónico, control de la diabetes, enuresis, migraña, la disfunción sexual, la hipertensión esencial, en la preparación preoperatoria, así como en la recuperación posterior a la misma, abuso de alcohol, obesidad, manejo del estrés, entre muchos otros.

(Cassin et al., 2013; Matarazzo, 1980; Oblitas, 2006, Oblitas, 2008; Tovote et al., 2014; Stefanaki et al., 2015).

Se ha demostrado que los psicólogos de la salud han ayudado notablemente en distintos padecimientos; así mismo han demostrado que tienen un papel importante en la atención del personal de salud, disminuyendo diversas sintomatologías psicológicas a partir del desarrollo de habilidades y técnicas, así su campo de acción no solo se limita a pacientes, sino que también se trabaja con prestadores del servicio de la salud (Oblitas, 2006; Oblitas, 2008).

Actualmente una de las poblaciones que es vulnerable a padecer altos niveles de sintomatologías psicológicas son los estudiantes y residentes de medicina y enfermería; ya que están expuestos a un ambiente laboral con muchas presiones, lo cual es uno de los factores que los lleva a eso es sentirse emocional y psicológicamente sin apoyo y esto se asocia con bajo rendimiento académico, disminución de la empatía, agotamiento e ideación suicida (McLuckie et al., 2018; Okwaraji & Aguwa, 2014).

Mucho del personal de salud, presenta lo que se ha denominado como síndrome de burnout, donde Maslach y Jackson (1981), lo definen como un síndrome que se desarrolla como respuesta al estrés laboral crónico y se caracteriza principalmente por falta de realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización; este síndrome, se presenta en personas que tienen a su cuidado otros individuos, por lo cual, es muy común que se desarrolle en el personal de salud, lo cual repercute en su desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes y los lleva a lo que se ha descrito como “quemarse en el trabajo” (Carrillo-Esper, Gómez, y Espinoza de los Monteros, 2012; Gil Monte y Peiró, 1999).

Se ha encontrado en la literatura algunas de las consecuencias que se desarrollan al presentar síndrome de burnout, el cuál puede repercutir de manera negativa en la funcionalidad de la persona que lo padece, ya que hay un porcentaje mayor de presentar sintomatología depresiva (Lebares et al., 2018). Carrillo-Esper et al. (2012), describen algunas de las consecuencias que se desarrollan al presentar síntomas de burnout, así como

se ha reportado que los médicos no aplican las habilidades necesarias para atender a sus pacientes, por lo cual se les puede considerar distantes y poco empáticos.

Recientemente algunos estudios han identificado el papel de la empatía como variable importante para la prevención y/o disminución del desarrollo de la sintomatología de burnout (Yugero et al., 2017); sin embargo, lo anterior no puede ser definitivo, ya que aunque existen estudios que lo respaldan (Cánovas et al., 2017 y Lee, Loh, Sng, Tung & Yeo, 2018), también existen estudios que mencionan los efectos contrarios, el llamado desgaste por empatía, este es un síndrome que se asocia con el “coste de cuidar” de otros que padecen sufrimiento emocional; por lo tanto, no se sabe si la empatía es una variable protectora o de riesgo al desarrollar burnout.

Debido a lo anterior, Dadas las circunstancias descritas, esta investigación se orientó a trabajar con profesionales de la salud, específicamente con médicos residentes, ya que son una población altamente vulnerable a padecer trastornos psicológicos, biológicos y sociales, por lo cual, en el siguiente capítulo, se describirá un estudio enfocado a la identificación de las variables de burnout y empatía.

Capítulo 2

Burnout y empatía en residentes

Con base en la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión, se define el burnout como un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de agotamiento o agotamiento de la energía; 2) mayor distancia mental del trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y 3) eficacia profesional reducida. El agotamiento se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida (“WHO | Burn-out an “occupational phenomenon”, s/f)

Maslach y Jackson (1981) definen el burnout como un síndrome que se desarrolla como respuesta al estrés laboral crónico y se caracteriza principalmente por falta de realización

personal en el trabajo (PA, por sus siglas en inglés), agotamiento emocional (EE, por sus siglas en inglés) y despersonalización (DP, por sus siglas en inglés); este síndrome, se presenta en personas que tienen a su cuidado otros individuos, por lo cual, es muy común que se desarrolle en el personal de salud, lo cual repercute en su desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes y los lleva a lo que se ha descrito como “quemarse en el trabajo” (Carrillo-Esper et al., 2012; Gil Monte y Peiró, 1999).

Cuando se habla de falta de realización personal, se entiende como la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo, esto afecta a su desempeño laboral, así como a la relación con las personas que atiende. El agotamiento emocional, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, la persona siente desgaste y fatiga, los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, sus recursos están al límite. Por otro lado, la despersonalización es manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas con las que se relaciona (pacientes y compañeros) (Gil-Monte, 2003; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

De acuerdo con la literatura el desarrollo del burnout, afecta varias áreas de la vida del que lo padece, el desarrollo del síndrome es progresivo, se acompaña de signos y síntomas tanto físicos como emocionales, en manifestaciones leves del síndrome, se puede ver reflejado en: dificultad para levantarse por las mañanas (Salvagioni et al., 2017). Posteriormente se agregan manifestaciones cardiovasculares, fatiga, cefalea, problemas gastrointestinales, insomnio, alteraciones dermatológicas (Kitaoka-Higashiguchi et al., 2009; Salvagioni et al., 2017), así como perspectivas negativas del trabajo y de los compañeros, aislamiento, suspicacia y, al presentarse de forma severa, puede facilitar el consumo de alcohol, drogas psicotrópicas o narcóticos y aparecer alteraciones de alimentación, mal humor, cinismo, irritabilidad, ansiedad, actitudes agresivas y defensivas y generar ausentismo, retardos y falta de rendimiento laboral (Maslach y Jackson, 1997). En relación con lo anterior, se pueden describir algunas categorías que describen algunas de las consecuencias que se han desarrollado en diferentes áreas; **Psicosociales**: trastornos del estado de ánimo con mayor frecuencia depresión, ideación e intento de suicidio, insomnio, problemas en relaciones

interpersonales (Dyrbye & Shanafelt, 2016), **Físicas:** enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, hipertensión, triglicéridos altos, glucosa alterada, trastornos musculoesqueléticos, dolores de cabeza, dolor de cuello y hombros, presencia de estrés, problemas a nivel del sistema endocrino, nervioso, circulatorio, entre otros (Patel, Bachu, Adikey, Malik & Shah, 2018; Salvagioni et al., 2017; West, Dyrbye, Erwin & Shanafelt, 2016) y **Organizacionales/Laborales:** deterioro en las relaciones laborales, percepción pobre del rol profesional, negligencia profesional, ausentismo laboral, desmotivación e inconformismo, así como reducción de la satisfacción del paciente, se ha reportado que los médicos no aplican las habilidades necesarias para atender a sus pacientes, por lo cual se les puede considerar distantes y poco empáticos (West et al., 2016).

El que un médico sea poco empático con su paciente, puede ser un problema importante, Hojat (2006), define la empatía en el contexto de la atención sanitaria, como un atributo predominantemente cognitivo, así como emocional, que involucra la habilidad de entender las experiencias, las inquietudes y las perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar dicho entendimiento. Para la definición anterior es importante mencionar tres elementos que caracterizan a la empatía: cognición, entendimiento y comunicación. Por lo mismo, la empatía ha sido reconocida como uno de los componentes principales de la atención sanitaria debido a su importancia en la relación entre médico y paciente (Hojat, Spandorfer, Louis y Gonnella, 2011).

De acuerdo con algunos autores, los factores identificados como etiológicos para el desarrollo del burnout pueden ser internos, es decir que están relacionados con la personalidad y externos, relacionados con factores ambientales. **Factores internos / rasgos de personalidad:** altas expectativas de uno mismo, perfeccionismo, una fuerte necesidad de reconocimiento, complacer a las demás personas, olvidándose de uno mismo, sentirse irremplazable, no querer o no poder delegar funciones, ver el trabajo como la única actividad significativa (Aguirre y Quijano, 2015 y Betancur et al., 2012); **Factores externos:** altas demandas en el trabajo, problemas de liderazgo, presión de tiempo, un ambiente de trabajo poco favorable, poca libertad para tomar decisiones, pocas oportunidades para participar, problemas de jerarquía, mala organización, falta de recursos

(personal, instrumental), falta de claridad de roles, poco apoyo social (Betancur et al., 2012 y Kaschka, Korczak & Broich, 2011).

La literatura de investigación a nivel internacional reporta algunos artículos sobre la correlación de la empatía y el burnout en profesionales de la salud, es así que, Yuguero et al. (2017) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los niveles de empatía y burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras), del área de urgencias en España. Realizaron un estudio observacional transversal en donde fueron evaluados 100 profesionales de la salud, para ello se utilizó la escala de empatía médica de Jefferson (JSPE, por sus siglas en inglés), y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI, por sus siglas en inglés). Encontraron que la empatía está asociada de manera negativa con el burnout, es decir, mantener niveles altos de empatía, podría ayudar a reducir niveles de burnout de los profesionales del área de urgencias, en los tres componentes del MBI. Los autores concluyeron que las habilidades empáticas son esenciales, para una mejor calidad en los servicios. Por otro lado, una de las limitaciones de dicho estudio es que fue un estudio observacional transversal, es decir, que solo fue una sola medición en el tiempo, por lo cuál no es posible concluir algo, ya que no sabemos como, ni cuando comenzó el burnout en dicha población.

Por otro lado, Wilkinson, Whittington, Perry, & Eames (2017) llevaron a cabo una revisión sistemática, donde se investigaban las variables empatía y burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras), ya que mencionaban que no había mucha literatura con respecto a la relación que existía entre las dos variables, fueron 10 artículos los que se incluyeron en la revisión. Todos los estudios utilizados fueron de corte transversal, en los resultados que se obtuvieron se pudo observar que ocho de los 10 estudios, respondían a la hipótesis número uno, la cual consistía en que la empatía y el burnout tenían una correlación negativa en cada una de sus subescalas, en los diversos estudios encontrados, fueron utilizadas distintas escalas que median empatía, sin embargo, la escala que fue utilizada en todos los estudios fue Maslach Burnout Inventory (MBI). Así mismo, cinco de los 10 artículos investigaron a médicos y enfermeras y otros cinco solo a médicos de los

cuáles solo uno incluyó a médicos residentes de diferentes especialidades, así cómo, médicos de atención primaria.

El artículo que contemplaba a médicos residentes se describe a continuación, Walocha, Tomaszewski, Wilczek-Ruzyczka, & Walocha (2013) hicieron un estudio con el objetivo de medir la relación que existía entre la empatía y el burnout en residentes de diferentes especialidades y médicos de atención primaria, con un diseño de corte transversal, correlacional, donde participaron 71 médicos residentes, los cuales trabajaban en hospitales, clínicas ambulatorias o departamentos universitarios en Cracovia. Se utilizaron diversas mediciones, entre ellas un formulario con datos sociodemográficos, el Maslach Burnout Inventory (MBI), Mehrabian and Epstein Emotional Empathy Scale (EES) - Escala de empatía emocional y la Prueba de percepción temática (TAT). Al hacer los análisis, se obtuvo una correlación negativa estadísticamente significativa entre la falta de realización personal y el nivel de empatía, esto quiere decir que a mayor empatía menor falta de realización personal o viceversa. De igual forma, se hizo una correlación entre empatía y burnout y se obtuvieron asociaciones negativas estadísticamente significativas con dos de las subescalas del MBI: desgaste emocional y despersonalización, así como en general en atención primaria, se mostró una correlación negativa estadísticamente significativa en las tres subescalas del MBI. Las principales limitaciones de este estudio fue que el grupo estudiado es relativamente pequeño, así como al ser un estudio de corte transversal carece de un seguimiento a largo plazo que permita estudiar los factores que podrían influir en los niveles de empatía y burnout. (véase Tabla 1).

Existe más literatura con evidencia empírica que reporta que la empatía y el burnout tiene una correlación significativa, por ejemplo, Lee et al. (2018) hicieron un estudio que tuvo como objetivos medir la variable empatía y burnout en residentes de Singapur, así como comparar los hallazgos obtenidos con literatura de Estados Unidos, fue un estudio de corte transversal, correlacional. Participaron 446 residentes de tres hospitales generales, cinco Centros Nacionales de Especialidad y nueve clínicas comunitarias en Singapur. Se aplicaron los siguientes instrumentos: escala Médica de Jefferson versión HP (JSE-HP) para empatía y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory versión HSS (MBI-HSS) para

medir burnout. Los resultados que se obtuvieron de este estudio fueron que los residentes con puntuaciones más altas de empatía se asociaron con un menos agotamiento emocional, por lo que se concluyó que, a mayores niveles de empatía, menores niveles de burnout, posterior a eso se hizo la comparación con la literatura de Estados Unidos. La principal limitación del presente estudio fue que se llevó a cabo en una sola institución restringiendo la generalización de los resultados. Otra limitación fue que algunos residentes no respondieron el instrumento lo cual disminuyó la muestra. De igual forma, el estudio fue de corte transversal, por lo que no se sabe si los resultados salieron así por el periodo en el que fueron aplicadas las encuestas (véase Tabla 1).

Park et al. (2016) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar los niveles de empatía y burnout en Corea, con un diseño de corte transversal, correlacional en el cual participaron 317 residentes de diferentes especialidades médicas. Se utilizó la escala de Jefferson versión HP edición coreana (JSE-HP-K) para medir empatía y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir burnout. Los participantes se clasificaron en dos grupos, **grupo POS**: áreas de especialidades primarias, algunos ejemplos de estas especialidades son: medicina interna, medicina familiar, ginecología y obstetricia, entre otras y **grupo TOS**: áreas médicas que requieren procedimientos experimentales básicos o aplicados, algunos ejemplos de estas especialidades son: anestesiología, patología, radiología, entre otras. Se hicieron correlaciones entre escalas para observar si la empatía y el burnout se relacionaban de alguna manera y se obtuvo una correlación negativa entre la escala de empatía (JSE-HP-K) con las tres subescalas del MBI Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal. También se hicieron correlaciones para medir la capacidad empática con burnout según la especialidad y se observó un patrón similar, es decir del grupo POS y del grupo TOS. Esto quiere decir que a mayor empatía menor agotamiento emocional, menor despersonalización y mayor realización personal. Otra de las correlaciones que se hicieron fue entre la empatía y burnout dependiendo de los años de formación de los residentes, sin embargo, los resultados no arrojaron una diferencia significativa entre sub escalas. A pesar de que fue un estudio donde se contemplaron variables que otros estudios no habían tomado en cuenta, tuvo ciertas limitaciones, entre ellas que fue un estudio de corte transversal, otra limitación está en que al ser residentes de

diversas instituciones y de diferentes especialidades, es posible que la carga psicológica y de trabajo varíen entre institución y especialidad, otra limitación podría sería que el presente estudio utilizó el JSE-HP-K, que se modificó del JSE-HP original, dónde se utilizaron 18 reactivos en lugar de 20; esto debe tenerse en cuenta al interpretar comparaciones con otros estudios (ver Tabla 1).

Por otro lado, de acuerdo con la investigación actual, existen estudios que hablan sobre la prevalencia del burnout a nivel nacional como el estudio de Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, y Placencia-Reyes (2014), el cual tuvo como objetivo hacer una revisión sistemática donde se incluyeron 64 artículos con un metaanálisis donde se incluyeron 14 de los 64, con base en ciertos criterios. Con esta revisión se confirmó que los estudios en población mexicana no pueden ser comparados entre sí, ya que los criterios que utilizan no son homogéneos, esto puede ser por los problemas de medición que tiene el constructo de burnout. Así mismo se mencionan algunas limitaciones, entre ellas que solo se consideró una sola escala para medir burnout.

Con la información hasta ahora obtenida parece ser que la investigación internacional arroja resultados con asociaciones negativas entre el burnout y la empatía en personal de salud (Lee et al, 2018; Park et al., 2016; Walocha et al., 2013). De igual forma, la literatura actual, parece indicar que existe la misma asociación negativa entre la empatía y el burnout en médicos residentes, sin embargo, al momento de realizar esta investigación, solamente dos artículos han estudiado de manera específica la relación de ambas variables en esta población (Lee et al., 2018; Park et al., 2016). Lo anterior resulta preocupante, debido a que en el ámbito científico es necesario generar datos replicables a partir de diversas investigaciones en el área (Kesmodel, 2018) para poder comparar dichas variables en residentes, por lo tanto, es necesario, tener mayor evidencia de los datos presentados. Como se podrá ver, aún existe dicho hueco en la investigación internacional.

Aunado a lo anterior, la residencia médica se caracteriza por jornadas largas de trabajo que van de 56 a 78 horas a la semana (Prieto-Miranda, Jiménez-Bernardino, Cázares-Ramírez, Vera-Haro y Esparza-Pérez, 2015), excesiva carga laboral, fatiga, privación de sueño, falta de atención, falta de reconocimiento, maltrato emocional (humillaciones

públicas), instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, trabas burocráticas, baja remuneración (Haoka et al., 2010; Prieto-Miranda, Rodríguez-Gallardo, Jiménez-Bernardino y Guerrero-Quintero, 2013; Richardson-López, 2006). Las condiciones previamente descritas ponen de manifiesto la posible vulnerabilidad en la que los residentes médicos se encuentran expuestos, lo cual los podría hacer propensos a desarrollar diversos problemas emocionales, entre ellos el burnout y podría afectar el trato empático que clínicamente brindan a sus pacientes, por tal razón se vuelve imperante, realizar investigación en dicha población.

Por último, las condiciones propias del sistema de salud de México, por ejemplo: el constante incremento de demanda por los pacientes, la saturación en los servicios, la complejidad de los casos y la alta expectativa que se tiene del personal médico (Castañón-González, Barrientos-Fortes y Polanco-González, 2016) vuelven especialmente vulnerables a los residentes médicos en nuestro contexto nacional, y dichas condiciones podrían estar impactando en el trato empático que los médicos residentes tienen con sus pacientes en nuestro contexto. Desafortunadamente, no existe una sola investigación nacional que haya evaluado dicha condición en médicos residentes, por lo cual se vuelve imperativo generar dicha evidencia.

Tomando en cuenta lo anterior, es que se vuelve factible realizar la siguiente pregunta: ¿cuál es la asociación entre la empatía y el burnout en médicos residentes en un hospital en México? Es así que el objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre burnout y empatía en médicos residentes que trabajan en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Objetivos Específicos

- Evaluar los niveles de burnout en médicos residentes del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- Evaluar los niveles de empatía en médicos residentes del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Hipótesis

H_i: Existe una relación entre el burnout y la empatía en médicos residentes del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

H_o: No existe una relación entre el burnout y la empatía en médicos residentes del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Tabla 1. Antecedentes de estudios a nivel internacional sobre burnout y empatía en profesionales de la salud.

Autor(es)	Objetivo	Diseño	Población	Medición	Resultados	Limitaciones
Walocha et al. (2013)	Medir la correlación que existía entre la empatía y el burnout en residentes de diferentes especialidades y médicos de atención primaria	Transversal, correlacional	<p>La población fue dividida en tres grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médicos de atención primaria (29 participantes - 40.8%) 2. Especialidades No Quirúrgicas (23 participantes - 32.4%) 3. Especialidades Quirúrgicas (19 participantes - 26.8%). <p>71 médicos: - 25 mujeres (35.2%) - 46 hombres (64.8%)</p> <p>Edad entre 25 a 68 años.</p>	<p>Burnout: MBI *no reportan alfa</p> <p>Empatía: - Escala de empatía emocional (EES) *no reportan alfa</p> <p>- Prueba de percepción temática (TAT) *no reportan alfa</p>	<p>Correlación entre MBI y EES: fue negativa y estadísticamente significativa en la subescala de falta de realización personal (PA), $r = -0.23$, $p < 0.05$.</p> <p>Correlación entre MBI y TAT: Fue negativa y estadísticamente significativa en las subescalas Desgaste Emocional (EE) y Despersonalización (DP): EE: $rs = -0.30$, $p < 0.05$ DP: $rs = -0.39$, $p < 0.01$</p> <p>Así como una correlación negativa entre las tres subescalas</p>	<p>En primer lugar, el grupo estudiado es relativamente pequeño.</p> <p>En segundo lugar, al ser un estudio de corte transversal carece de un seguimiento a largo plazo que permita estudiar los factores que podrían influir en los niveles de empatía y burnout.</p> <p>En tercer lugar, no reportan las alfas de los instrumentos utilizados.</p>

					del MBI (EE, DP y PA) con los tres grupos (médicos de atención primaria, especialidades no quirúrgicas y especialidades quirúrgicas) $r_s = -0.32$, $p < 0.01$	
Lee, Loh, Sng, Tung, & Yeo (2018)	Medir la variable empatía y burnout en residentes de Singapur, posterior a eso, comparar los hallazgos obtenidos con literatura de Estados Unidos	Transversal, correlacional	446 residentes n por Especialidad: - Medica 333 - Quirúrgica 113 La participación fue voluntaria y la información de los residentes fue anónima con un identificador codificado.	Burnout: Maslach Burnout Inventory versión HSS (MBI-HSS); $\alpha = 0,848$. Empatía: Escala Médica de Jefferson versión	Los residentes con mayor puntuación de empatía se asociaron con menor Agotamiento Emocional (EE, $r = 0,187$, $r^2 = 0,035$, $p < 0,001$.) y menor Despersonalización (DP, $r = 0,321$, $r^2 = 0,103$, $p < 0,001$), así como con mayor Realización Personal (PA, $r = 0,477$, $r^2 = 0,200$, $p < 0,001$).	La principal limitación del presente estudio fue que se llevó a cabo en una sola institución restringiendo la generalización de los resultados. El que algunos residentes no hayan respondido, afectó a la disminución de la muestra. El estudio fue de corte transversal, por lo que no se sabe si los resultados salieron así

				HP (JSPE-HP); $\alpha=0.870$		por el periodo en el que fueron aplicadas las encuestas.
				La confiabilidad de ambas escalas fue buena.		
Park et al. (2016)	Evaluar capacidad empática y burnout en residentes de Corea, para hacer correlaciones entre variables.	Transversal, correlacional	317 residentes de diferentes especialidades. Participaron residentes de primer a cuarto año de cuatro hospitales universitarios, ubicados en cuatro ciudades diferentes: 1. Gangdong Kyung Hee University Hospital en Seoul. 2. Keimyung University College of Medicine en	Burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI) *no reportan alfa Empatía: Escala Médica de Jefferson versión HP edición coreana (JSE-HP-K) *no reportan alfa	Correlación entre capacidad empática y burnout: Agotamiento Emocional (EE) y Despersonalización (DP) (EE, $r=-0.277$, $p<0.001$; DP, $r=-0.447$, $p<0.001$) y una correlación positiva con la subescala Realización Personal (PA) ($r=-0.500$, $p<0.001$) de la escala de MBI.	Estudio de corte transversal Al ser residentes de diversas instituciones y de diferentes especialidades, es posible que la carga psicológica y de trabajo varíen entre institución y especialidad. El presente estudio utilizó el JSE-HP-K, que se modificó del

<p>Daegu.</p> <p>3. Jeju National University College of Medicine en Jeju.</p> <p>4. Chonbuk National University College of Medicine en Jeonju.</p>	<p>Correlación entre capacidad empática y burnout según especialidad:</p>	<p>JSE-HP original, dónde se utilizaron 18 reactivos en lugar de 20; esto debe tenerse en cuenta al interpretar comparaciones con otros estudios.</p>
<p>Estos participantes fueron de 27 áreas de entrenamiento de especialidades diferentes.</p>	<p>El grupo POS tuvo puntuaciones en JSE-HP-K más altas que el grupo TOS ($t= 2.259, p= 0.025$); sin embargo, no se observaron diferencias en las 3 subescalas del MBI entre los grupos:</p>	<p>Una limitación importante de este estudio es que en los análisis descriptivos mencionan que la capacidad empática y la realización personal</p>
	<p>EE, $t= 0.152, P= 0.879$ DP, $t= 0.861, P= 0.390$ PA, $t= -0.750, P= 0.454$</p>	<p>tuvieron una correlación positiva, sin embargo, en la tabla, se muestra una correlación negativa.</p>
	<p>Correlación entre capacidad empática y burnout según los años de formación:</p>	
	<p>En general, no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de</p>	

JSE-HP-K ($F=0.583$, $P=0.626$) o puntuaciones de MBI (EE, $F=1.270$, $P=0.285$; DP, $F=0.646$, $P=0.586$; PA, $F=0.330$, $P=0.804$) de acuerdo a los años de entrenamiento.

Nota: MBI= "Maslach Burnout Inventory", JSPE= "Jefferson Scale of Physician Empathy", "MBI-EE= Maslach Burnout Inventory, subescala de Agotamiento Emocional", MBI-DP= Maslach Burnout Inventory, subescala de Despersonalización, "MBI-PA= Maslach Burnout Inventory, subescala de Falta de Realización Personal

Método

Diseño.

De acuerdo con el objetivo de dicha investigación, se empleó un diseño no experimental, correlacional transversal, se decidió utilizar este diseño, ya que dado el objetivo no se pretendía manipular alguna variable, por el contrario, únicamente identificar asociaciones entre las mismas (Hernández, Fernández y Bapstista, 2010).

Participantes

Los participantes se seleccionaron de manera no probabilística por conveniencia. Participaron 155 médicos residentes, de diferentes áreas de especialidad (Imagenología, Patología, Cirugía General, Ortopedia, Urgencias, Ginecología, Anestesiología, Oftalmología, Terapia Intensiva, Ortopedia, Citología, Medicina Interna, Infectología, Endoscopia, Urología, Pediatría, Psiquiatría, Cuidados Paliativos y Clínica de Obesidad) del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Las principales características de la población fueron un 52% mujeres, el 76% con estado civil de solteros, 61% con pareja, el 45% procedentes del interior de la república, el 34% vivía con su familia, el 90% no tiene hijos, el 34% eran residentes de primer año, el 50% tiene guardia A-B-C-D y el 58%, lleva trabajando de 1 a 5 años en este hospital (ver Tabla 2).

A continuación, se describen los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Que fueran médicos residentes.
- Que no se encontraran en otro protocolo de investigación.
- Que formaran parte del hospital en donde se realiza la investigación

Criterios de exclusión

- Que no dieran su consentimiento a participar en el estudio.
- Que estuvieran en tratamiento psiquiátrico.

- Que participaran en otro estudio o protocolo que pudiera sesgar los hallazgos.

Criterios de eliminación

- No se incluyeron en los análisis los datos de las personas que no respondieron por lo menos un 80% de la evaluación.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes.

Variables	M (DE*)
Edad	29.42 (DE= 2.98)
	N (%)
Sexo	
Hombres	74 (47.7%)
Mujeres	80 (51.6%)
Estado Civil	
Casado	24 (15.7%)
Soltero	116 (75.8%)
Divorciado	2 (1.3%)
Unión libre	11 (7.2%)
Pareja	
Sí	94 (60.6%)
No	61 (39.4%)
Lugar de Procedencia	
CDMX	39 (25.2%)
Estado de México	9 (5.8%)
Interior de la República	70 (45.2%)
Extranjero	37 (23.9%)
¿Con quién vives?	
Familia	51 (33.8%)
Pareja	17 (11.3%)
Amigos	16 (10.6%)

Compañeros	23 (15.2%)
Solo	44 (29.1%)
Número de Hijos	
No	137 (88.4%)
1	11 (7.1%)
2	2 (1.3%)
4 o más	1 (.6%)
Enfermedad	
Sí	12 (7.8%)
No	142 (92.2%)
Año de residencia	
1	52 (34.4%)
2	41 (27.2%)
3	31 (20.5%)
4	15 (9.9%)
5	7 (4.6%)
6	4 (2.6%)
Turno	
Matutino	44 (35.2%)
Mixto (Matutino y Vespertino)	78 (62.4%)
Tipo de guardia	
No aplica	19 (12.3%)
A-B-C	32 (20.6%)
A-B-C-D	78 (50.3%)
Otra	26 (16.8%)
Tiempo laborando o estudiado en este hospital	
Menos de un año	46 (30.3%)
1-5 años	88 (57.9%)
5 a 10 años	9 (5.9%)
10 a 15 años	5 (3.3%)
Más de 15 años	2 (1.3%)

Nota: *DE=Desviación estándar

Medición

VARIABLES:

- Burnout
- Empatía

Burnout

- **Definición conceptual:** Es definido cómo un síndrome que se desarrolla como respuesta al estrés laboral crónico y se caracteriza principalmente por falta de realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización; este síndrome, se presenta en personas que tienen a su cuidado otros individuos, por lo cual, es muy común que se desarrolle en el personal de salud, lo cual repercute en su desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes y los lleva a lo que se ha descrito como “quemarse en el trabajo” (Maslach y Jackson, 1981).
- **Definición operacional:** Los niveles de burnout fueron medidos por la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) de Uribe (2007), los cuales fueron obtenidos a partir de la sumatoria de los puntajes finales de cada factor de la subescala de burnout y éstas a su vez se consiguen a partir de la transformación de la desviación estándar individual respecto a la media poblacional.

Empatía

- **Definición conceptual:** Definida cómo un atributo predominantemente cognitivo, así cómo emocional, que involucra la habilidad de entender las experiencias, las inquietudes y las perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar dicho entendimiento (Hojat, 2006).
- **Definición operacional:** Se utilizó la *Escala de Empatía Médica de Jefferson (EMMJ)*, Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara & Hojat (2005). Está conformado por 20 reactivos tipo Likert, la conformaron tres subescalas: toma de perspectiva, cuidado con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del otro”.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico de 26 reactivos, adaptado de los reactivos de información sociodemográfica de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (Uribe, 2007). Se trató de un instrumento creado de manera *ex profesa* en la cual se recabó la información sociodemográfica. Los datos que la literatura reportaba como valiosos para dicha correlación.

De igual forma, se utilizó la escala EMEDO para medir la variable de burnout (Uribe, 2007) se trata de una escala que mide el burnout de acuerdo a la definición establecida por Maslach y Jackson (1981) y está adaptada a la población mexicana. La escala está compuesta por 30 reactivos con respuestas tipo Likert de seis valores que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Está conformada por tres subescalas, las cuales son: agotamiento emocional con nueve reactivos ($\alpha = .78$), despersonalización con nueve reactivos ($\alpha = .77$) e insatisfacción de logro con doce reactivos ($\alpha = .86$), el alfa total fue de $\alpha = .89$. Dado lo anterior, como la escala utilizada estaba validada en población mexicana, más no en personal de salud de población mexicana, se realizó un análisis de confiabilidad con la muestra ($n = 155$) para ver la sensibilidad que se tenía, se obtuvieron los siguientes resultados: agotamiento emocional ($\alpha = .85$), despersonalización ($\alpha = .66$) e insatisfacción de logro ($\alpha = .89$). Para sacar la calificación del nivel de burnout se utilizó el puntaje leiter que Uribe (2010) utiliza en su manual, dónde los describe en diferentes categorías: sano, normal, en peligro y “quemado”, así mismo se obtuvieron los puntajes z para cada subescala del instrumento, las cuales se distribuyeron en las siguientes categorías: muy bajo, bajo, abajo término medio, arriba término medio, alto y muy alto. Cabe mencionar que en la literatura normalmente se ha utilizado la escala de Maslach (Ferreira, Afonso, & Ramos, 2019; Lee et al., 2018; Park et al., 2016 & Wilkinson, Whittington, Perry, & Eames, 2017), sin embargo, la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (Uribe, 2007) fue utilizada porque ya estaba validada en población mexicana y mostró puntajes adecuados para dicha población.

Para medir la variable de empatía, se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (Hojat et al., 2001) adaptada y validada para médicos estudiantes de Monterrey por Alcorta-Garza et al. (2005), esta escala mide niveles de empatía en personal de salud, está conformada por 20 reactivos tipo Likert con siete opciones de respuesta, de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7), sin embargo hubo un error a la hora escribir las opciones de respuesta, las cuales en vez de ser una escala de siete opciones de respuesta, quedó de cinco, por lo que con la escala se pueden alcanzar valores entre 20 (los menos empáticos) y 100 (los de mayor empatía). La conformaron tres sub-escalas: toma de perspectiva, cuidado con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del otro”; la escala en general mostró una consistencia interna de $\alpha=.74$. Por otro lado, se hicieron análisis psicométricos de la escala, obteniendo una consistencia interna total de $\alpha=.76$, de igual forma se sacaron análisis psicométricos por sub-escala, que fueron iguales a toma de perspectiva ($\alpha=.742$), atención con compasión ($\alpha=.577$) y habilidad para “ponerse en los zapatos del otro” ($\alpha=.582$). Además, en el análisis que se realizó para las propiedades dentro de esta población se eliminaron varios reactivos, esto será retomado más adelante en las limitaciones del estudio, por otro lado, como la escala no tiene puntos de corte, se tomó el criterio para calificar sacando cuartiles de manera general, así como por sub-escala (Magnusson, 1987).

Procedimiento

Esta investigación formó parte de un proyecto más grande, el cuál estuvo financiado por la UNAM con número de registro IN303618, la recolección de los datos se llevó a cabo del mes de octubre del 2018 a enero del 2019.

Una vez emitida la aprobación del protocolo por parte del Comité de Investigación y Ética del Hospital General Dr. Manuel Gea González (*número de registro 27-51-2018*), un grupo de seis psicólogos, dos de maestría y cuatro de licenciatura, conformaron la primera parte del proyecto, dónde fueron capacitados en todo lo referente al proyecto, referente a la búsqueda de artículos basados en la evidencia, en metodología de la investigación, así como en manejo de grupos, para las posteriores pláticas que se daría al personal de salud

todo esto se llevó a cabo por los estudiantes de maestría, en el periodo de enero del 2017 a diciembre de dicho año.

Posterior a eso se contactó a los directivos del hospital para hacer la explicación del protocolo de investigación, a su vez, se tuvo contacto directo con los jefes de servicio, así como con los adscritos dependiendo de la especialidad, para que dieran la autorización a proceder con la invitación a la participación a la investigación. Ya que estos instrumentos formaron parte de una batería, se llevó a cabo una aplicación piloto de toda la batería a 6 participantes del área de psicología de urgencias, para realizar posibles correcciones en la presentación y/o contenido de los instrumentos. Se hizo un registro del tiempo aproximado en el que los participantes respondían los instrumentos y la duración osciló de 50 a 55 minutos. Se les pidió a los participantes que indicaran si había alguna palabra o frase que se les dificultara, si existía algún error de redacción o algún otro comentario. Después de las correcciones hechas con base en el piloteo se procedió a la aplicación final de los instrumentos.

Posterior a eso, se hicieron trípticos con toda la información de la investigación, para hacer la invitación a participar al personal de salud, los cuales se les entregaba junto con toda la explicación verbal de lo que consistiría la investigación, si decidían participar en la investigación, se agendaba una fecha tentativa para repartir los instrumentos, ya que existe alta rotación y los horarios del personal es muy variado.

Mediante la firma de un consentimiento informado, se le solicitó a los participantes permiso para participar voluntariamente en el estudio contestando los cuestionarios, explicándoles en qué consistía, los objetivos de la investigación y se resolvían dudas si es que hubieran existido en ese momento, se resaltó a los participantes que eran libres de abandonar la investigación en el momento que lo desearan sin que esto trajera consecuencias negativas para ellos.

La recolección de los datos fue realizada por psicólogos entrenados en la aplicación de instrumentos y los cuales participaron en dicha investigación. El entrenamiento consistió en

la presentación del protocolo, explicación de cada una de las variables que contenía el proyecto, se hicieron revisiones de bases de datos para entender las variables a nivel conceptual y los resultados que se han obtenido en investigaciones a nivel empírico.

La aplicación de la batería se llevó a cabo en el personal y estudiantes de medicina, y enfermería de diferentes especialidades. Se programaron sesiones de aplicación de aproximadamente una hora en horarios acordados previamente con el personal y estudiantes, los horarios fueron muy variados, la aplicación podía ser en la mañana (de 7:00 a 11:00) en la tarde (12:00 a 16:00), en la noche (18:00 a 20:00) y en la madrugada (00:00 a 6:00), no había un horario en específico para la aplicación de los mismos. Se entregó la batería a los participantes y estos a su vez los respondían y se regresaba en un lapso de una hora.

Como precaución metodológica se les indicaba a los participantes que las respuestas que proporcionarían serían absolutamente anónimas y que se utilizarían exclusivamente para fines de investigación, por lo que no afectaría su relación laboral, interpersonal o social dentro del hospital. Antes de comenzar a completar los instrumentos se les daba un consentimiento informado, donde venían especificados para que se utilizarían los datos que proporcionarían. Se controlaron variables extrañas entre ellas, mantener niveles mínimos de ruido e interrupciones.

Escenario

Las aplicaciones se llevaron a cabo en diferentes áreas del hospital, dependiendo de la especialidad médica, es decir, algunos médicos adscritos, apartaban un momento específico del día para que sus residentes hicieran la evaluación y se realizó en su área de descanso, hubieron otros adscritos que agendaban dependiendo de los participantes que hubieran aceptado participar, y ellos acudían directamente al cubículo de psicología de urgencias del hospital, también se hizo la entrega de los instrumentos en el área de trabajo y se regresaba

por ellos en un lapso de una hora o el tiempo en que los participantes decidieran adecuado. La iluminación y la ventilación fue adecuada en cualquiera de los tres escenarios.

Análisis estadísticos

Como primer paso, para saber la distribución de la muestra, se hicieron análisis de simetría y curtosis, para empatía se obtuvo una asimetría de $-.154$ y una curtosis de $-.496$ y para burnout se obtuvo una asimetría de $.306$ y una curtosis de $.012$, así como una prueba de Kolmogórov-Smirnov para identificar si existía una distribución normal en las variables, se obtuvieron lo siguiente, para burnout $KS = .04$, $p = .200$ y para empatía $KS = .06$, $p = .093$, los resultados obtenidos indicaron que existía normalidad en los datos, se decidió utilizar estadística paramétrica en los análisis posteriores. De igual forma, se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión. Dada la distribución normal de los datos, se tomó la decisión de utilizar el Coeficiente de correlación Pearson para identificar la dirección y fuerza de asociación entre las variables. Se consideró el dato de estadísticamente significativo, si $p \leq .05$, Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico de IBM SPSS en su versión 20.

Resultados

A partir de los análisis obtenidos, se puede notar que el 24% de los residentes evaluados ($n=40$) obtuvieron un desgaste ocupacional bajo “sano”; el 18% ($n=26$) obtuvieron un desgaste ocupacional regular “normal”; el 37% ($n=57$) puntuaron con un desgaste ocupacional alto “en peligro”; y el 21% ($n=32$) obtuvieron un desgaste ocupacional muy alto “quemado”. Lo cuál quiere decir que el 58% de los residentes se encuentran en peligro y quemado, donde más de la mitad de la muestra se encuentra en estos niveles (véase Figura 1).

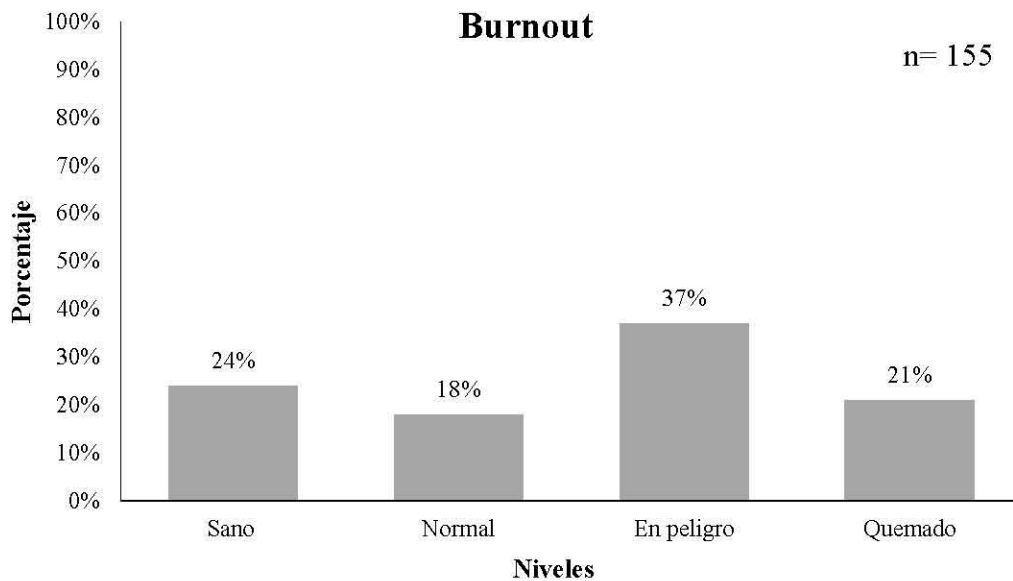


Figura 1. Porcentaje de burnout con los residentes evaluados

Ahora bien, con respecto únicamente a la subescala de agotamiento emocional, se sacaron frecuencias con base en el puntaje Z bajo la curva, como lo menciona en su manual Uribe (2010), se puede notar que 2 residentes (1%) obtuvieron un valor “muy bajo”; 30 residentes (20%) obtuvieron un valor “bajo”; 48 residentes (31%) obtuvo un valor “abajo de término medio”; 53 (34%) puntuaron por “arriba de término medio” y 22 (14%) puntuaron “alto”. Donde puede notarse que el 48% de los residentes puntuaron de arriba de término medio y alto, lo cuál quiere decir que aproximadamente la mitad de esta muestra se encuentra en un estado general de cansancio y se encuentra agotado con una gran necesidad de descansar (véase Figura 2).

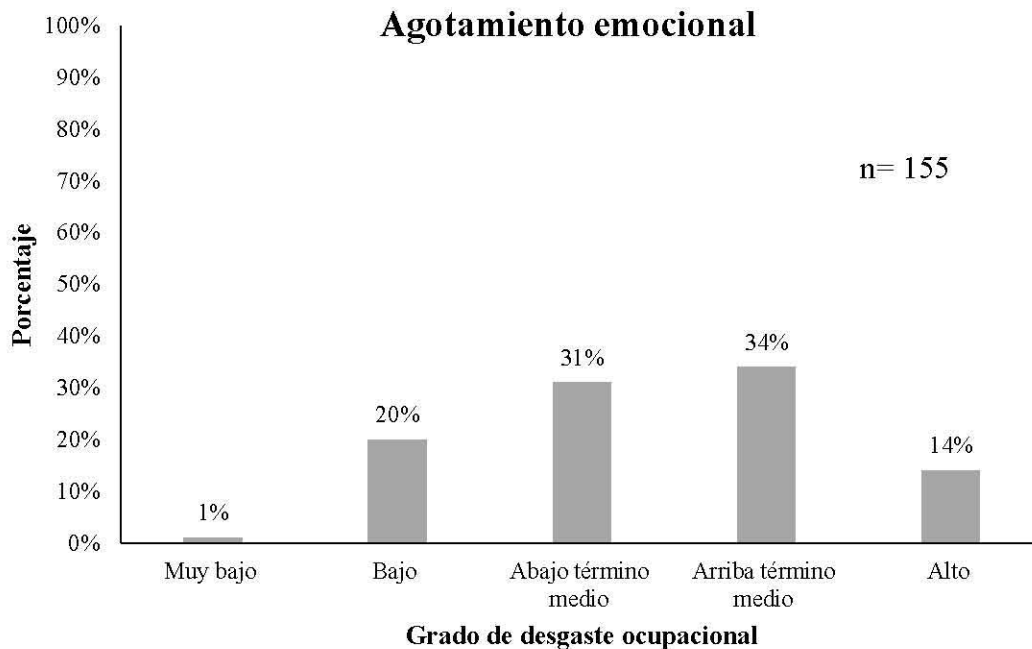


Figura 2. Frecuencias del grado de desgaste ocupacional, en la subescala de agotamiento emocional, obtenidos con puntajes Z.

Con relación a la subescala despersonalización se obtuvieron las siguientes frecuencias: 1 (1%) puntuó “bajo”, 22 (14%) puntuaron “bajo”; 61 (39%) puntuaron “abajo término medio”; 53 (34%) “arriba término medio”; 15 (10%) puntuaron “alto” y 3 (2%) puntuaron “muy alto”. Donde puede verse que el 46% de los residentes presentan actitudes frías, irritables y con actitudes negativas hacia los pacientes, incluso puede culpar con cierto cinismo al paciente justificando el maltrato (véase Figura 3).

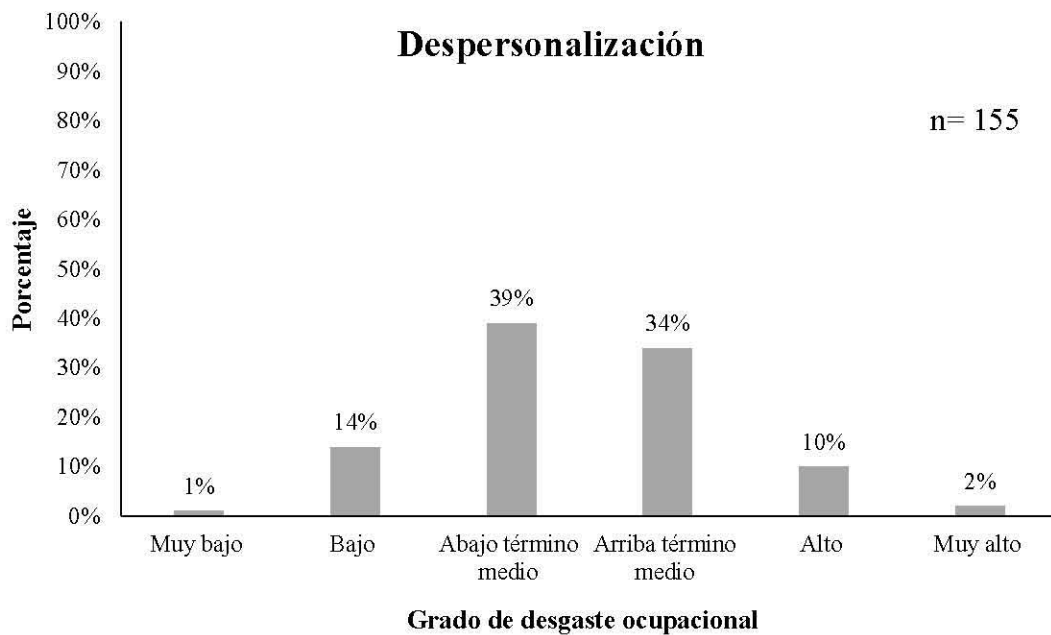


Figura 3. Frecuencias del grado de desgaste ocupacional, en la subescala de despersonalización, obtenidos con puntajes Z.

Finalmente, con relación a la subescala de insatisfacción de logro, se obtuvieron las siguientes frecuencias 27 (18%) obtuvieron un valor “bajo”; 59 (38%) puntuaron “abajo término medio”; 45 (29%) puntuaron “arriba término medio”; 19 (12%) puntuaron “alto” y 5 (3%) puntuaron “muy alto”. Lo cuál quiere decir que el 44% de los residentes sienten que su trabajo es monótono, considera que se desempeñaría mejor en otro empleo, donde se le dificulta laborar porque necesitan más motivación, donde incluso esa situación provoca problemas con sus compañeros (véase Figura 4).



Figura 4. Frecuencias del grado de desgaste ocupacional, en la subescala de insatisfacción de logro, obtenidos con puntajes Z.

Ahora bien, con respecto a la variable de empatía, se puede notar que el 98% (n=152) de participantes puntuaron por arriba del cuartil dos, lo cual significa que son más empáticos, que los que puntuaron por debajo del cuartil con un 2% (n=3) (véase figura 5).

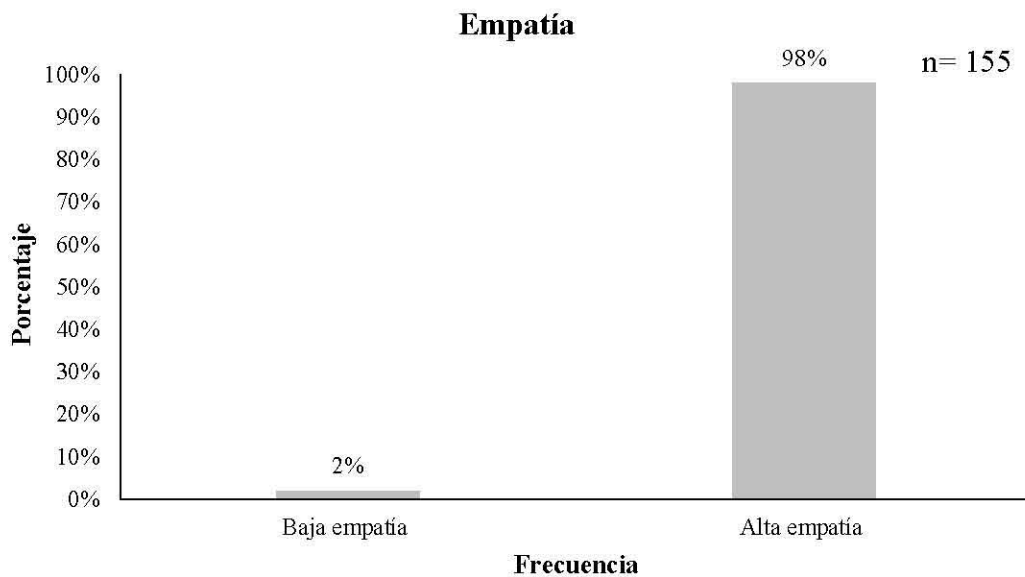


Figura 5. Frecuencia de residentes que puntuaron por arriba o por debajo del cuartil dos.

Con respecto a las subescalas que conforman la empatía, se puede notar que para la subescala toma de perspectiva, el 92% (n=143) tiene la capacidad de ver el punto de vista del paciente (véase figura 6).

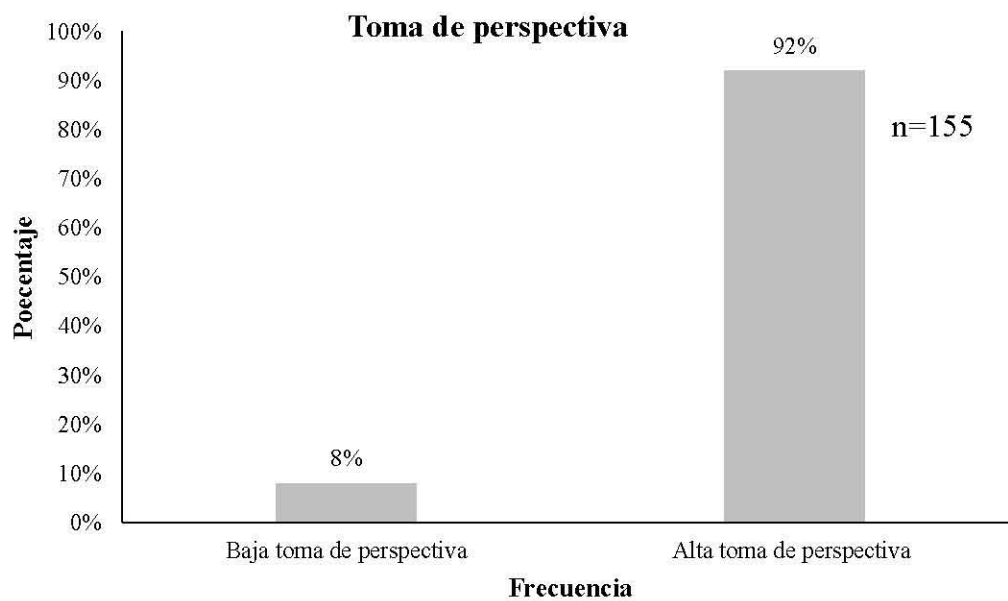


Figura 6. Frecuencia de residentes que puntuaron por arriba o por debajo del cuartil dos en la sub-escala toma de perspectiva.

Con respecto a la subescala atención con compasión, se puede notar que el 93% (n=144) tiene la habilidad de entender a nivel emocional al paciente (véase figura 7).

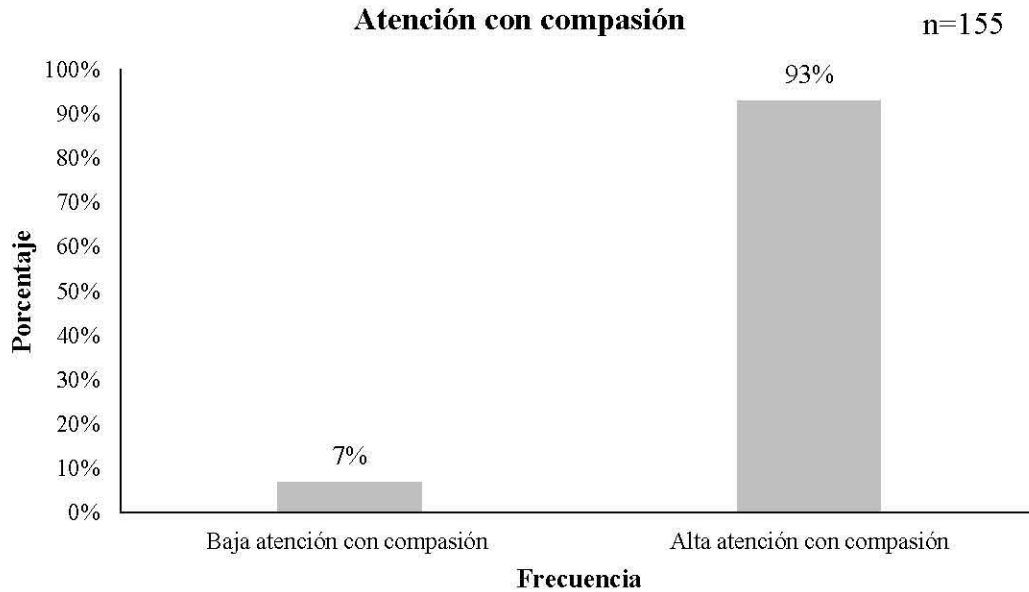


Figura 7. Frecuencia de residentes que puntuaron por arriba o por debajo del cuartil dos en la sub-escala atención con compasión.

Con relación a la subescala habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”, se obtuvo que el 86% (n=134), refiere a la forma en la que el médico es capaz de entender por la situación que está pasando el paciente y pensar en la manera en la que el piensa (véase figura 8).

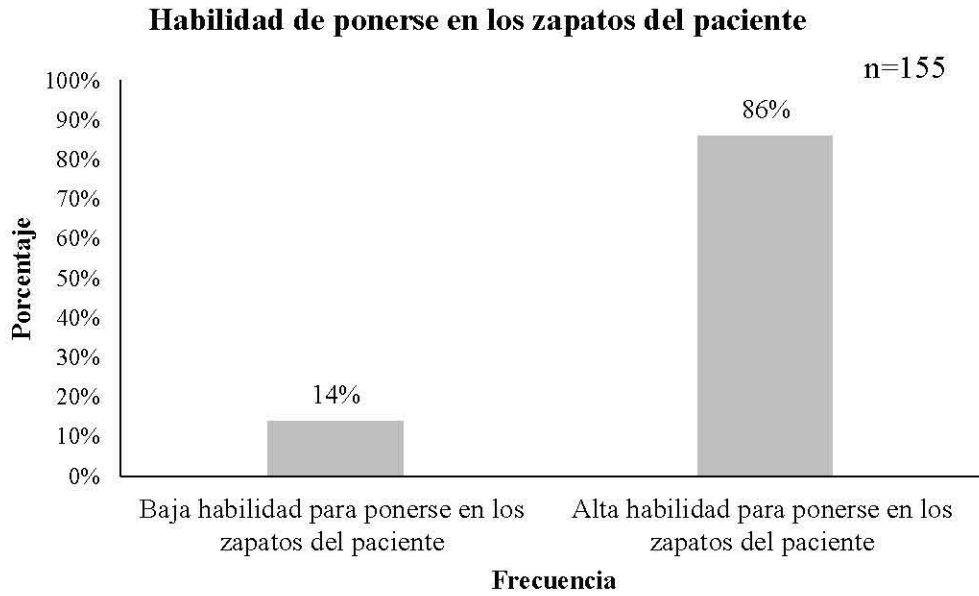


Figura 8. Frecuencia de residentes que puntuaron por arriba o por debajo del cuartil dos sub-escala habilidad para ponerse en los zapatos del paciente.

Con respecto a las correlaciones entre el total de empatía y burnout, se obtuvo una asociación negativa, con una fuerza de asociación débil y estadísticamente significativa ($r = -.262$; $p \leq .002$), así como las correlaciones entre subescalas de los instrumentos (véase tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones entre sub-escalas del EMEDO y el cuestionario de empatía médica de Jefferson.

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Insatisfacción de logro	Burnout general
Toma de perspectiva	.013	-.319**	-.051	
Atención con compasión	-.118	-.246**	-.183*	
Habilidad de ponerse en los zapatos del paciente	-.188*	-.430**	-.168*	
Empatía general				-.262**

Nota: **. $p < 0,01$; *. $p < 0,05$.

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre burnout y empatía en médicos residentes que trabajan en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Con base en los resultados obtenidos, se puede decir que el dato es congruente con la literatura internacional, ya que en este estudio al igual que en la literatura internacional, se obtuvieron asociaciones negativas, débiles y estadísticamente significativas, donde a menores niveles de empatía, mayores niveles de burnout y viceversa (Lee et al., 2018; Park et al., 2016; Walocha et al., 2013). Se ha reportado que la capacidad de los estudiantes de medicina para ser empáticos disminuye en la medida en la que el plan de estudios avanza, lo cual se puede deber a las diversas responsabilidades que cargan, así como, a la alta demanda de conocimiento que deben adquirir (Benbassat & Baumal, 2004). Los datos anteriores no solo se han visto en profesionales de medicina, si no, también en otros profesionales de la salud, como en el personal de enfermería, donde al igual que en los profesionales de medicina, se muestran asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre la variable de empatía y burnout (A Hunt, Denieffe & Gooney, 2017; Ferri, Guerra, Marcheselli, Cunico

y Di Lorenzo, 2015; Lee, Song, Cho, Lee & Daly, 2003; Taleghani, Ashouri & Saburi, 2017). Este dato resulta congruente, ya que como describen en su estudio Nunes, Williams, Sa y Stevenson (2011), se veía una disminución de la empatía en los profesionales de enfermería a lo largo de los años de educación, al igual que en los médicos, una alta carga de trabajo podría explicar este dato.

Con relación a las subescalas de los instrumentos de burnout y empatía, se obtuvo una relación negativa y estadísticamente significativa entre el agotamiento emocional y la habilidad de ponerse en los zapatos del paciente, lo cuál es congruente con la literatura internacional, ya que pareciera ser que a mayor pérdida de energía y fatiga emocional, puede que disminuya la habilidad de entender la situación por la que está pasando el paciente (Hojat et al., 2002; Uribe, 2010), lo cual a su vez puede afectar la interacción médico-paciente, un ejemplo de esto es cuando se lleva a cabo la recolección de los datos para la historia clínica un médico que no entiende el padecimiento desde la perspectiva del paciente, puede no comprender el contexto de la enfermedad del mismo y se podría ver afectada la satisfacción del paciente (Ahmed, Miller, Burrows, Bertha & Rosen, 2017); por el contrario el que exista una mayor capacidad de comprender por lo que el paciente está pasando puede ser un predictor de que habrán mejores resultados clínicos (Hojat et al., 2011; Rakel et al. 2009; Zachariae et al., 2003).

También se encontraron asociaciones negativas entre la despersonalización con la toma de perspectiva, con la atención con compasión y con la habilidad de ponerse en los zapatos del paciente, esto podría ser una posible explicación, ya que a mayor irritabilidad, así como actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia los pacientes (Hojat et al., 2002), podría presentarse insatisfacción de los pacientes hacia los médicos, las cuales se han reportado algunas consecuencias, entre ellas, que los pacientes pueden tener una pobre comprensión y recuerdo de la información dada por el médico, así como un periodo de recuperación mayor y más complicaciones durante el tratamiento (Fallowfield, 2001). Finalmente con la subescala de insatisfacción de logro se encontró una asociación negativa y estadísticamente significativa con las subescalas atención con compasión y habilidad de ponerse en los zapatos del paciente, esto podría explicarse, ya que si el médico tiene

respuestas negativas hacia su trabajo y pierde habilidad para realizar su trabajo de manera adecuada, la atención con compasión hacia los pacientes, así como la habilidad de entender por lo que el paciente está pasando podría verse disminuida (Hojat, 2002), pudiendo afectar la relación que exista entre médico-paciente y la percepción positiva que el médico podría tener con respecto a su trabajo (Zachariae et al., 2003).

A partir de los datos de este estudio se pudo observar que casi el 60% de los residentes evaluados se presentaba en peligro o con presencia de burnout, a nivel internacional existe investigación en donde se reportan porcentajes similares de la presentación de este problemas (Grumbach, 2019; Shanafelt et al., 2009; Shanafelt et al., 2012; West, Shanafelt & Kolars, 2011), esto podría explicarse ya que el sistema de salud en el que los médicos residentes se encuentran, independientemente de la localización geográfica, puede tener características en común, lo cual podría generar la inquietud de si el burnout es un problema individual o de sistema y cuál sería la mejor forma de abordarlo con base en dicha explicación (Azevedo, Tonini, Marques da Silva & Mancio, 2012; Giedion, Villar y Ávila, 2010; Govender, Mutunzi & Okonta, 2012; Panagioti et al., 2017). Otro factor de riesgo podría ser la carga de trabajo que un residente tiene, trabajan casi todo el día, siguen siendo estudiantes, hay cuestiones burocráticas donde se les exige mayor productividad, perciben un desequilibrio entre la carrera y su familia, es decir, un entorno familiar con poca estabilidad (Campbell, Sonnad, Eckhauser, Campbell & Greenfield, 2001; Combating Physician Burnout: Tactics and Strategies for Easing Burnout, s/f; Vaillant, Sobowale & McArthur, 1972).

Con respecto a la variable empatía llama la atención que los residentes reporten tener altos niveles de empatía (98%), este dato podría explicarse por la deseabilidad social (que el evaluado responda como cree que debería comportarse) que existe en el personal de medicina, más que por las habilidades con las que realmente cuentan. A pesar de que se les pidió que fueran honestos y que los resultados no iban a traer repercusiones en su práctica clínica, el uso de instrumentos de auto reporte podría haber fomentado que se presentara la deseabilidad social en este estudio (Salgado, 2005), por lo cuál podrían verse sesgadas las respuestas en el instrumento de empatía; a pesar de que no existe evidencia en profesionales

de la salud con relación a la deseabilidad social, hay investigación en otras poblaciones que hablan de este fenómeno cuando se aplican instrumentos de auto reporte (Domínguez, Aguilera, Acosta & Ruiz, 2012; Pérez, Labiano & Brusasca, 2010). Por otro lado, es valioso el hecho de una alta autopercepción de empatía en los médicos, en su estudio Walsh, O'Neill, Hannigan & Harmon (2019) reportan que existen correlaciones positivas entre la empatía y la satisfacción del paciente, por lo cuál podría ser valioso, medir la autopercepción de empatía en médicos y compararla en el mismo momento con la percepción que tienen los pacientes hacia la atención empática del médico, de manera clínica la autora de este estudio podría anticipar que existiría discrepancia entre los porcentajes de ambas poblaciones.

A pesar de los cuidados que se tuvieron en este estudio, se pueden identificar algunas limitaciones en el mismo, una de ellas es que fue un estudio correlacional y transversal, debido a esto no explica causalidad entre las variables, (Bottaro, 2014) por lo cual, con los datos de este estudio solo se puede decir que existe la asociación sin la identificación de la dirección causal entre las variables. De igual manera, el que se haya recurrido a una evaluación transversal, implica la limitación de que solo se describen la relación entre las variables en un momento particular, por lo cual no se sabe la evolución de dichas variables a lo largo del tiempo, por lo tanto, no podemos saber si los médicos al momento de contestar las escalas se encontraban en algún periodo crítico que pudiera influir en los resultados obtenidos (Hernández et al., 2010).

Otra limitación a considerar es el sesgo de deseabilidad social cuando el residente contesta instrumentos de auto reporte. La literatura internacional ha mencionado que la deseabilidad social, se presenta como la tendencia de la persona para responder de tal manera en la cual se disminuye el reporte de actitudes, comportamientos o atributos que podrían ser considerados indeseables y que pueden influir en la sobrevaloración o infravaloración de las variables evaluadas (Ellingson, Smith y Sackett, 2001, Latkin, Edwards, Davey-Rothwell, & Tobin, 2017; Pahulus, 1984).

Una última consideración en las limitaciones de este estudio, tiene que ver con el instrumento de empatía que se utilizó (Alcorta-Garza et al., 2005), a nivel internacional se han descritos dos versiones del instrumento de empatía de Jefferson, una para estudiantes y otra para personal de salud. En este estudio se usó la versión de empatía en estudiantes (única versión validada en población mexicana), sin embargo, parece haber sido una decisión errónea ya que las propiedades psicométricas obtenidas en las subcategorías de la escala Jefferson, no fueron tan favorables. Lo anterior se podría explicar ya que los médicos residentes enfrentan una gran cantidad de actividades y responsabilidades que generalmente un estudiante no lleva a cabo. También se cometió un error a la hora de aplicar el instrumento a los residentes de este estudio, ya que la versión original del instrumento, cuenta con siete opciones de respuesta tipo Likert y en nuestra aplicación se dejaron únicamente cinco opciones de respuesta, lo cual impactó en la calificación del instrumento. Por lo anteriormente mencionado, los datos de empatía obtenidos en este estudio deben de tomarse con precaución. Con respecto a la variable de burnout, es importante mencionar que el instrumento EMEDO no está validado en personal de salud, por lo cual, y aunque las propiedades psicométricas obtenidas en esta población parecieron favorables, valdría la pena realizar una investigación más a fondo encaminada a evaluar dichas propiedades en un mayor número de personal en el área de la salud.

Así como se mencionaron algunas limitaciones del estudio, es pertinente mencionar algunas virtudes, entre ellas que, hasta el conocimiento de la autora de este escrito, este es el primer estudio en México en indagar la asociación entre burnout y empatía en residentes médicos, así como es el único estudio que muestra los análisis de las correlaciones entre cada una de las subescalas de los instrumentos utilizados.

A pesar de las limitaciones descritas previamente, los resultados obtenidos, parecen confirmar la tendencia mundial de la asociación entre empatía y burnout. Además, la frecuencia de burnout obtenida en este estudio, fue muy similar a la que se ha reportado en otros nacionales e internacionales, por lo cual constituyen una aportación más, encaminada a puntualizar el problema del desgaste ocupacional que se presenta en esta población. Es deseo de la autora de este escrito, que estos datos constituyan un avance en el

entendimiento del problema en México y sirvan como base de la posterior creación de intervenciones *ad hoc* enfocadas en la mejoría del problema en esta población.

Finalmente, a partir de los datos de este estudio se puede concluir que parece ser que existe una correlación negativa, débil y estadísticamente significativa entre el burnout y la empatía, en médicos residentes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” no obstante, se necesitan más datos e investigaciones en el área para corroborar la información previamente descrita.

Referencias

- Ahmed, S., Miller, J., Burrows, J. F., Bertha, B. K., & Rosen, P. (2017). Evaluation of patient satisfaction in pediatric dermatology. *Pediatric Dermatology*, 34(6), 668–672. <https://doi.org/10.1111/pde.13294>
- A Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). *Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature*. *Journal of Research in Nursing*, 22(1-2), 7–22. doi:10.1177/1744987116678902
- Aguirre, R. A. M., y Quijano B. A. M. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.rep.2015.05.017>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine* (1982), 61(4), 755–765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodríguez-Lara, F., y Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, 28(5).
- Azevedo, G., L., Tonini, G., C., Marques da Silva, R., Dias., L., F., Mancio, F., E. (2012). Estrés y Burnout entre residentes multiprofesionales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1064–1071. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600008>
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2004). What Is Empathy, and How Can It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Academic Medicine*, 79(9), 832–839. Recuperado de insights.ovid.com

- Betancur, B. A., Guzmán, A. C., Lema, C. C., Pérez, B. C., Pizarro, G. M. C, Salazar, I S, ... Vasquez, T. E. M. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 3 (2), 184-192.
- Bottaro, F., J. (2014). Diseño de los estudios de investigación. Debilidades y fortalezas. *Hematología*, 18 (1), 74-83.
- Campbell, D. A., Sonnad, S. S., Eckhauser, F. E., Campbell, K. K., & Greenfield, L. J. (2001). Burnout among American surgeons. *Surgery*, 130(4), 696–702; discussion 702-705. <https://doi.org/10.1067/msy.2001.116676>
- Cánovas, L., Carrascosa, A. J., García, M., Fernández, M., Calvo, A., Monsalve, V., & Soriano, J. F. (2017). Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life: A Prospective Study in Spanish Pain Clinics. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx160>
- Carrillo-Esper, R., Gómez, H, K., Espinoza de los Monteros, E, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*, 28(6), 579-584.
- Cassin, S. E., Sockalingam, S., Wnuk, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R., & Parikh, S. V. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Bariatric Surgery Patients: Preliminary Evidence for Feasibility, Acceptability, and Effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4), 529–543. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.10.002>
- Castañón-González, J., Barrientos-Fortes, T., y Polanco-González, C. (2016). Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(3), 376.
- Combating Physician Burnout: Tactics and Strategies for Easing Burnout. (s/f). Recuperado el 16 de agosto de 2019, de Medscape website: <https://www.medscape.com/courses/business/100012>

- Chambless, D. & Hollon, S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-8.
- Domínguez E., A., Aguilera M., S., Acosta, T. T., Navarro C., G., & Ruiz P., Z. (2012). La discapacidad social revalorada: Más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de investigación psicológica*, 2(3), 808–824. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-48322012000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*, 50(1), 132–149. <https://doi.org/10.1111/medu.12927>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136.
- Ellingston, J., Smith, B., & Sackett, P. (2001). Investigating the Influence of Social Desirability on Personality Factor Structure. *The Journal of applied psychology*, 86, 122–133. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.1.122>
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84(8), 1011–1015. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2001.1724>
- Ferreira, S., Afonso, P., & Ramos, M. do R. (2019). Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1111/jep.13147>

- Ferri P., Guerra E., Marcheselli L., Cunico L., Di Lorenzo R. (2015). Empathy and exhaustion: an analytical cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed*, 2015, 2:104-15.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19–33.
- Gil Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15(2).
- Giedion, U., Villar, M. y Ávila, A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado. Madrid (España), *FUNDACIÓN MAPFRE*.
- Govender, I., Mutunzi, E., & Okonta, H. I. (2012). Stress among medical doctors working in public hospitals of the Ngaka Modiri Molema district (Mafikeng health region), North West province, South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 18, 42–46. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v18i2.337>
- Grau, J., y Hernández, E. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. México: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- Grumbach, K., Knox, M., Huang, B., Hammer, H., Kivlahan, C., & Willard-Grace, R. (2019). A Longitudinal Study of Trends in Burnout During Primary Care Transformation. *The Annals of Family Medicine*, 17(Suppl 1), S9–S16. <https://doi.org/10.1370/afm.2406>
- Haoka, T., Sasahara, S., Tomotsune, Y., Yoshino, S., Maeno, T., & Matsuzaki, I. (2010). The effect of stress-related factors on mental health status among resident doctors in Japan. *Medical Education*, 44(8), 826–834. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03725.x
- Hernández, S., Fernández, C., y Batista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México DF, México: Mcgraw-Hill

- Hojat, M. (2006). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(3), 359–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569.
- Hojat, M., Mangione, S., J. Nasca, T., Cohen, M., S. Gonnella, J., Erdmann, J., ... Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement - EDUC PSYCHOL MEAS*, 61, 349–365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D.Z., & Gonnella, J.S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: Conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academia de Medicina*, 86, 989-95.
- International Conference on Primary Health Care. (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chronicle*, 32(11), 428–430.
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (Second edition). [www.InTestCom.org]
- Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., Camacho-Ávila, A., y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 159–176.

- Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(46), 781–787. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>
- Kesmodel, S., U. (2018). Cross-sectional studies-what are they good for?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(4), 388-393. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.13331>
- Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., Miura, K., Sakurai, M., Ishizaki, M., Kido, T., ... Nakagawa, H. (2009). Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *Journal of Occupational Health*, 51(2), 123–131.
- Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A., & Tobin, K. E. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors*, 73, 133–136. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.005>
- Lebares, C. C., Guvva, E. V., Ascher, N. L., O’Sullivan, P. S., Harris, H. W., & Epel, E. S. (2018). Burnout and Stress Among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience. *Journal of the American College of Surgeons*, 226(1), 80–90. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.010>
- Lee, P. T., Loh, J., Sng, G., Tung, J., & Yeo, K. K. (2018). Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. *Singapore Medical Journal*, 59(1), 50–54. <https://doi.org/10.11622/smedj.2017096>
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 534–545. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02837.x

Magnusson, D. (1987). Teoría de los Tests. Psicometría Diferencial - Psicología Aplicada. Orientación vocacional. *Editorial Trillas*, México. 318.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807–817.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1997). Evaluating stress. Third edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 191-216.

Maslach, C., Schaufeli, B., y Leiter, P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

McLuckie, A., Matheson, K. M., Landers, A. L., Landine, J., Novick, J., Barrett, T., & Dimitropoulos, G. (2018). The Relationship Between Psychological Distress and Perception of Emotional Support in Medical Students and Residents and Implications for Educational Institutions. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 42(1), 41–47. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0800-7>

Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*, 2, 12–17. <https://doi.org/10.5116/ijme.4d47.ddb0>

Oblitas, L. A. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida (2a. ed.). México: Thomson.

Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud, 36. *Revista de Psicología*, 26(2).

Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*, 16(1).

Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.

Okwaraji, F., & Aguwa, E. (2014). Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African Health Sciences*, 14(1), 237–245. <https://doi.org/10.4314/ahs.v14i1.37>

Paulhus D., L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46:598. DOI: 10.1037/0022-3514.46.3.598

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., ... Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195–205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>

Patel, R., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>

Park, C., Lee, Y. J., Hong, M., Jung, C.-H., Sym, Y., Kwack, Y.-S., ... Bahn, G. H. (2016). A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *Journal of Korean Medical Science*, 31(4), 590–597. <https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.4.590>

- Pérez, M. J., Labiano, M., & Brusasca, C. (2010). Escala de Deseabilidad Social: Análisis psicométrico en muestra argentina. *Revista Evaluar*, 10(1). <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v10.n1.458>
- Prieto-Miranda, S., Rodríguez-Gallardo, G., Jiménez-Bernardino, C., y Guerrero-Quintero, L. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 574.
- Prieto-Miranda, S., Jiménez-Bernardino, C., Cázares-Ramírez, G., Vera-Haro, M., Esparza-Pérez, R. (2015). Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*, 3, 669-679.
- Rakel, D. P., Hoefft, T. J., Barrett, B. P., Chewing, B. A., Craig, B. M., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Medicine*, 41(7), 494–501.
- Richardson-López, C., V. (2006). Y a nuestros residentes ¿quién los cuida?. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(3), 155-157. Recuperado en 25 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000300001&lng=es&tlng=es.
- Ripp, J., Babyatsky, M., Fallar, R., Bazari, H., Bellini, L., Kapadia, C., ... Korenstein, D. (2011). The Incidence and Predictors of Job Burnout in First-Year Internal Medicine Residents: A Five-Institution Study. *Academic Medicine*, 86(10), 1304–1310. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822c1236>
- Salgado, J. (2005). Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 26 (92), 115-128.

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & de Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, *12*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud*. Universidad Nacional Autónoma de México, 33-44.

Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS). School of Psychology, National University of Mexico, Mexico, 1-12.

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). MBI-General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter (Eds.), Maslach Burnout Inventory manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, *172*(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of Surgery*, *250*(3), 463–471. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd>

Stefanaki, C., Bacopoulou, F., Livadas, S., Kandaraki, A., Karachalios, A., Chrousos, G. P., & Diamanti-Kandarakis, E. (2015). Impact of a mindfulness stress management program on stress, anxiety, depression and quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a

randomized controlled trial. *Stress*, 18(1), 57–66.
<https://doi.org/10.3109/10253890.2014.974030>

Taleghani F., Ashouri E & Saburi (2017). Empathy, burnout, demographic variables and their relationships in oncology nurses. *Iranian J Nursing Midwifery Res*;22:41-5
10.4103/ijnmr.IJNMR_66_16

Tovote, K. A., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T. M., Emmelkamp, P. M. G., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2014). Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Treating Depressive Symptoms in Patients With Diabetes: Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427–2434.
<https://doi.org/10.2337/dc13-2918>

Uribe P. J. F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(1), 7-21.

Uribe, P. J. F. (2010). EDO Escala de desgaste ocupacional (Burnout). México, DF. *Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.*

Vaillant, G. E., Sobowale, N. C., & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *The New England Journal of Medicine*, 287(8), 372–375.
<https://doi.org/10.1056/NEJM197208242870802>

Walocha, E., Tomaszewski, K. A., Wilczek-Ruzyczka, E., & Walocha, J. (2013). Empathy and burnout among physicians of different specialities. *Folia Medica Cracoviensia*, 53(2), 35–42.

- Walsh, S., O'Neill, A., Hannigan, A., & Harmon, D. (2019). Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Irish Journal of Medical Science*. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-01999-5>
- West, C. P., Shanafelt, T. D., & Kolars, J. C. (2011). Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*, *306*(9), 952–960. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1247>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *388*(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, *6*, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- WHO | Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. (s/f). Recuperado el 25 de junio de 2019, de WHO website: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J., & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine*, *96*(37). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008030>
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & H von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, *88*(5), 658–665. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600798>

Anexos

1. Consentimiento informado

“Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le hace una cordial invitación a todo el personal de salud del hospital a participar en el estudio titulado: Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Al firmar este documento se acepta la participación voluntaria en la evaluación. De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; Así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. El objetivo de la presente investigación es evaluar si el burnout se asocia con algunas características psicológicas y de la organización, esto en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, ya que se ha identificado que el personal de salud es una población vulnerable a presentar burnout debido a ciertas condiciones organizacionales propias del rol profesional así como a condiciones individuales. La información obtenida en esta investigación permitirá desarrollar intervenciones específicas para tratar dicho problema.
- II. Mi participación consiste en responder un cuestionario auto-aplicables; mismo que será aplicado una vez al mes, durante tres meses consecutivos, dando un total de cuatro evaluaciones, cada una con una duración aproximada de 40 minutos; las preguntas contenidas en dichos cuestionarios se relacionan con mi desempeño en el hospital, mi relación con mis compañeros; así como algunos datos personales como estado civil, número de hijos, tratamiento médico y problemas familiares, información que sólo será empleada para fines estadísticos. La información que brinde es totalmente anónima y confidencial; los cuestionarios no serán identificados y los resultados obtenidos sólo serán mostrados de manera general, por tanto mi privacidad será respetada en todo momento.
- III. Asimismo, se me ha explicado que puedo asistir de manera voluntaria a una entrevista grupal que se llevará a cabo en un día dentro del periodo de los tres meses que comprende la evaluación, el cual se acordará con el jefe de mi servicio. En esta entrevista se preguntará sobre el ambiente laboral y las tareas usuales dentro de mi servicio; dicha participación será anónima y confidencial y la información que se obtenga sólo será usada para fines de investigación.
- IV. Posteriormente se nos invitará a participar, de manera opcional y voluntaria, en la intervención psicológica y organizacional resultante de la información recolectada durante las evaluaciones.
- V. Los cuestionarios han sido elaborados por profesionistas en el área y no suelen causar malestar emocional. En caso de que así sucediera, las personas que realizan la evaluación son psicólogos capacitados que pueden brindarme ayuda en caso de que presente algún malestar emocional durante la evaluación.
- VI. Los hallazgos obtenidos en este estudio permitirán identificar los factores individuales y de la organización que podrían estar relacionados con la salud emocional del personal y de los estudiantes médicos y de enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- VII. Puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación.
- VIII. Puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi relación laboral y/o educativa con la institución; toda vez que los resultados son confidenciales.
- IX. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantenga la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad y que no se publique mi nombre o revele mi identidad.
- X. Este estudio cuenta con financiamiento externo, por lo que ninguno de los participantes deberá absorber algún gasto derivado de la investigación.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ acepto participar en el estudio titulado: Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Nombre y firma del participante _____

Nombre, y firma del testigo 1 _____

Relación que guarda con el participante: _____

Nombre, y firma del testigo 2 _____

Relación que guarda con el participante: _____

Nombre y firma del Investigador Principal:

Dr. Edgar Landa Ramírez. _____

Nombre y firma de quienes aplican el consentimiento informado:

Dr. Juan José Sánchez Sosa. Investigador Asociado Principal.

Lic. Eduardo Abraham Vidal Velazco. Investigador Asociado

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el presidente del Comité de Investigación, Dr. Pablo Maravilla Campillo al (01 55) 4000-3000 Ext 3217, o con el presidente del Comité de Ética en Investigación, Dr. Samuel Weingerz Mehl al (01 55) 4000-000 Ext-3240.

3° versión 20/08/2018

2. Hoja de datos sociodemográficos

Folio	Servicio	Día de cumpleaños	Primeras letras de nombre completo



Las siguientes preguntas tienen la finalidad de conocer aspectos personales, académicos y laborales. Le pedimos conteste de manera honesta, no existen respuestas buenas ni malas. Los datos que nos proporcione serán confidenciales.



Datos generales

A continuación, responda las siguientes preguntas en los espacios y líneas disponibles

A partir de la página 3, las preguntas se responden en la hoja de respuestas.

1. Edad: _____ Sexo: H__ M__

2. Puesto: jefe de servicio: _____ Adscrito: _____ Residente: _____ /año: _____
Interno médico de pregrado: _____ Servicio social: _____
Otro (especificar): _____

3. Servicio o área del hospital donde te encuentras laborando actualmente (ej. Medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, etc.): _____

4. Tipo de guardia: A-B _____ A-B-C _____ A-B-C-D _____
Otra (especificar): _____ No aplica: _____

5. Turno: Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____
Días festivos y fines de semana: _____ Otro (especificar) _____

6. Lugar de procedencia (Estado de la República o País) _____

7. Universidad de procedencia: _____

8. ¿Cuánto tiempo llevas laborando o estudiando en este hospital?: __ años __ meses

9. Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____
Unión libre _____

10. ¿Tienes pareja? Sí _____ No _____

11. ¿Cuánto tiempo tienes con ella? _____ años _____ meses

12. ¿Tienes hijos? Sí _____ No _____ ¿Cuántos? _____

13. ¿Con quién vives? (especifica)

14. ¿Actualmente cuentas con algún empleo ajeno al hospital? Sí _____ No _____

15. ¿Cuál? _____

16. ¿Cuánto tiempo llevas de práctica clínica en hospital (incluyendo la que realizaste en tu formación académica)? _____ años _____ meses

17. ¿Padeces alguna enfermedad o has tenido algún accidente/enfermedad que afecte tu funcionalidad? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

18. ¿Fumas tabaco? Sí _____ No _____ ¿Cuántos cigarros fumas al día? _____

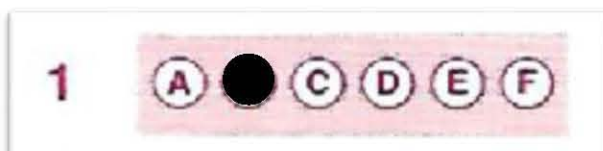
19. ¿Con que frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?

Nunca _____ Una vez al año _____ Dos o tres veces al año _____

Una vez al mes _____ Una vez a la semana _____ Todos los días _____

INSTRUCCIONES GENERALES

Para contestar utiliza las **hojas de respuestas** anexas, rellenando totalmente el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor tu forma de pensar, sentir y actuar.



Este cuestionario contiene varias secciones en las cuales se le indicará cómo responder a los enunciados en cada una de ellas. Lea con atención estas indicaciones y asegúrese de que el número del enunciado corresponda con el de la hoja de respuestas.

¡Muchas gracias por su participación!

3. Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

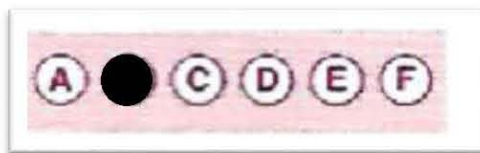
A continuación, se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder en una escala *con seis opciones de respuesta, que indican qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las afirmaciones.*

Ejemplo:

1. Considero que es importante asistir a fiestas.

Totalmente en desacuerdo (TD)

(TA) totalmente de acuerdo



1. Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por la mañana para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente me estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.

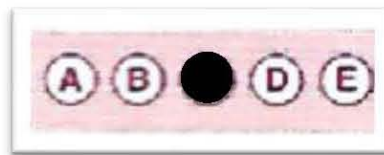
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicaciones con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrente en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo en realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan o por cumplir un requisito académico.

4. Escala Médica de Jefferson

Continúe respondiendo en la escala de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, no obstante, note que las opciones de respuesta se reducen a cinco.

Totalmente en desacuerdo (TD)

(TA) totalmente de acuerdo



1. El entender cómo se sienten mis pacientes y sus familiares es un factor sin relevancia en el tratamiento médico.
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos.
3. Me resulta complicado ver las cosas desde el punto de vista de mis pacientes.
4. Considero que el “lenguaje no verbal” de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.
5. Tengo un buen sentido del humor y creo que este contribuye a un mejor resultado clínico de mi paciente.
6. Debido a que las personas son diferentes, para mí es casi imposible ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
7. Intento no poner atención a las emociones de mis pacientes durante entrevistas e historias clínicas.
8. La atención a la experiencia emocional de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.
9. Trato de “ponerme en los zapatos” de mi paciente cuando lo estoy atendiendo.
10. Comprender los sentimientos de mis pacientes es terapéutico en sí mismo.

11. Las enfermedades de mis pacientes se pueden curar únicamente con tratamiento médico, por lo tanto, cualquier esfuerzo por crear un vínculo afectivo carece de importancia.
12. Considero que preguntar a mis pacientes acerca de lo que pasa en sus vidas es un factor irrelevante para entender sus síntomas físicos.
13. Trato de entender que está pasando por la mente de mis pacientes prestando atención a su lenguaje no verbal.
14. Considero que las emociones son irrelevantes en el tratamiento de las enfermedades médicas.
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico estaría limitado.
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.
17. Intento pensar como mis pacientes para brindar una mejor atención.
18. No me permito ser afectado por las relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y sus familiares.
19. No disfruto leer literatura no médica o involucrarme en actividades artísticas/culturales.
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.