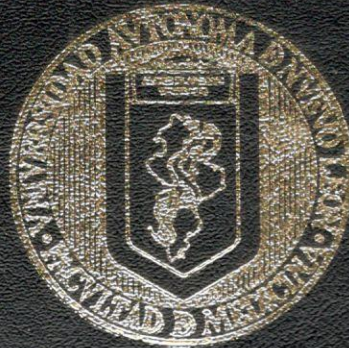


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



"RELACION ENTRE SINTOMAS AUTORREPORTADOS
DE BURNOUT Y EMPATIA MEDICA EN ESTUDIANTES
DE MEDICINA DE QUINTO AÑO"

POR

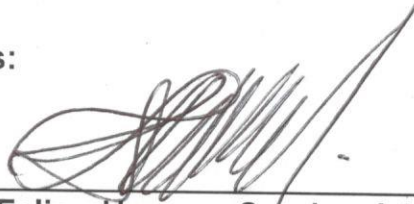
DRA. MARIANA CEDEÑO LOPEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

DICIEMBRE 2018

**“RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS AUTORREPORTADOS DE BURNOUT Y
EMPATÍA MÉDICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUINTO AÑO”**

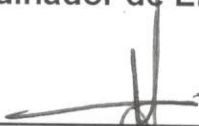
Aprobación de la tesis:



Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés
Director de la tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS AUTORREPORTADOS DE BURNOUT Y EMPATÍA
MÉDICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUINTO AÑO”**

Por

Dra. Mariana Cedeño López

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

DICIEMBRE, 2018

**“RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS AUTORREPORTADOS DE BURNOUT Y
EMPATÍA MÉDICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUINTO AÑO”**

Aprobación de la tesis:

Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés
Director de la tesis

Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza

Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación

Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A

Mi madre, Mayra y a mi padre, José de Jesús.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	2
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS	7
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS	8
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS	9
Capítulo VI	
6. RESULTADOS	14

Capítulo VII

7. DISCUSIÓN32

Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN 37

Capítulo IX

10.BIBLIOGRAFÍA 38

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO 39

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Empatía baja y Agotamiento Emocional Bajo	14
2. Empatía baja y Agotamiento Emocional Medio.....	14
3. Empatía baja y Agotamiento Emocional Alto.....	15
4.. Empatía baja y Despersonalización Baja.....	15
5.. Empatía baja y Despersonalización Media	15
6.. Empatía Baja y Despersonalización Alta	16
7.. Empatía baja y Realización Personal Baja	16
8.. Empatía baja y Realización Personal Media.....	16
9.. Empatía baja y Realización Personal Alta.....	17
10.. Empatía Media y Agotamiento Emocional Bajo.....	17

11.. Empatía Media y Agotamiento Emocional Medio.....	17
12. Empatía Media y Agotamiento Emocional Alto.....	18
13.. Empatía Media y Agotamiento Emocional Alto.....	18
14.. Empatía media y Despersonalización Media.....	18
15. Empatía media y Despersonalización Alta	19
16.. Empatía Media y Realización Personal Baja.....	19
17. Empatía Media y Realización Personal Media.....	19
18. Empatía Media y Realización Personal Alta	20
19. Empatía Alta y Agotamiento Emocional Bajo.....	20
20. Empatía Alta y Agotamiento Emocional Medio	20
21. Empatía Alta y Agotamiento Emocional Alto.....	21
22. Empatía Alta y Despersonalización Baja.....	21
23. Empatía Alta y Despersonalización Media.....	21
24. Empatía Alta y Despersonalización Alta.....	21

25. Empatía Alta y Realización Personal Baja.....	22
26. Empatía Alta y Realización Personal Media.....	22
27. Empatía Alta y Realización Personal Alta.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS

No se utilizaron abreviaturas.

RESUMEN

El objetivo del estudio es ver la correlación entre síntomas autorreportados de burnout y niveles de empatía en estudiantes de medicina, con el propósito de observar si hay alguna relación entre estos parámetros, ya que no está clara la relación entre la empatía y el síndrome de burnout, pero se observa los prestadores de salud con sintomatología de burnout tienden a bajar su rendimiento y a tener una menor satisfacción laboral. Se realizó un estudio transversal y descriptivo en la que se aplicó la Escala de Empatía Médica y el Inventario de Burnout de Maslach a los estudiantes de quinto año que cursaban la materia de Psiquiatría. Nuestra hipótesis de trabajo fue que estudiantes de medicina con puntajes medios o altos en el Inventario de Burnout de Maslach, el resultado del cuestionario de Empatía Médica de Jefferson se verá disminuido. De 437 estudiantes se pudieron captar 366 comprendiendo el 83% de la población. La escala de empatía médica de Jefferson y el Inventario de Burnout de Maslach son escalas de tipo Lickert. La escala de Jefferson resulta en una puntuación que se cataloga en empatía baja, media o alta y el Inventario de Burnout de Maslach mide tres dominios, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal y a cada uno se le asigna la categoría de alto, medio o bajo según una puntuación ya establecida. Se realizó la prueba de chi cuadrada y se encontró que los alumnos con empatía baja tienden a tener una menor satisfacción laboral, así mismo un mayor agotamiento emocional. Por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo.

INTRODUCCIÓN

En la práctica y el ejercer de médico clínico siempre ha sido importante la calidad del trato con el paciente. Como estudiantes de medicina, desde los primeros años de acercamiento al paciente se nos invita a tratar de comprender lo que el paciente está sintiendo de manera física, así como de manera emocional. Esto con el objetivo de tener una idea más clara de la manera más adecuada de abordarlo y formar una buena alianza que permita un tratamiento más sencillo.

En los inicios de la práctica clínica, es usual ver a los médicos más jóvenes como los más preocupados acerca del predicamento del paciente. Sin embargo, a medida que vamos observando a los médicos con más tiempo de experiencia, es usual que el trato se vuelva menos personal, a veces rayando en lo frío. Las razones para que se de este cambio pueden ser muy variadas, sin embargo, en años recientes se ha visto la influencia que el desgaste emocional puede tener en los profesionales de la salud y cómo este repercute en la calidad de la atención que brindan los mismos.

El síndrome de burnout es una entidad que podría causar tales cambios de actitud en las personas con largas jornadas laborales sometidas a un estrés constante. Uno de los síntomas de esta condición es una falta de interés por las cuestiones laborales que poco a poco se va permeando hacia un desinterés en el propio paciente.

La empatía es una característica inherente del ser humano de la cual hacemos uso a diario. Me parece importante valorar por qué parecería que esta habilidad que nos hace mejores clínicos va mermando con el tiempo, a diferencia de otras competencias clínicas, las cuales se van afinando a medida que pasan los años. Si es así, es imperativo establecer una línea de base, para observar que tan abiertos estamos a comprender al paciente de manera integral al principio de nuestra práctica clínica y que factores influyen en el desarrollo de actitudes que van en detrimento de nuestro crecimiento como profesionales para posteriormente poder encontrar soluciones a los mismos.

El síndrome de burnout es una condición que comprende cansancio emocional relacionado con cuestiones laborales, un cinismo o actitud distante en el trabajo y una eficacia profesional reducida. Los pacientes con burnout reportan una satisfacción laboral disminuida, molestias físicas, fatiga, trastornos de sueño y un rendimiento cognitivo mermado. El síntoma más característico de la sensación de depleción de energía debido al trabajo.

La empatía clínica es un elemento esencial de la calidad en el tratamiento y se asocia con una buena adherencia al mismo. Sin embargo, en la medicina el ser empático es difícil ya que los médicos lidian con situaciones emocionales complicadas, como el sufrimiento y la muerte. Estas situaciones pueden llevar al médico a sentirse emocionalmente exhausto por fatiga de compasión. Varios estudios han demostrado que la empatía declina en los médicos desde que realizan sus estudios de pregrado. Es importante recalcar que hay dos perspectivas para apreciar la empatía: la cognitiva y la emocional.

Se han dado tres hipótesis acerca de cómo se relaciona la empatía con el síndrome de Burnout:

- La primera hipótesis sostiene que la actitud de despersonalización característica del burnout favorece la deshumanización de las interacciones sociales con el paciente y que a su vez conducen a una disminución en la empatía hacia el sujeto de atención.
- La segunda hipótesis que se presenta habla de que un alto nivel de empatía puede causar “fatiga por compasión” que favorece la aparición del burnout. La fatiga por compasión es un estrés que se relaciona con el contacto con una persona que sufre. Una consecuencia inapropiada de la empatía pudiera ser que el médico se someta a los sentimientos del paciente, experimentándolos de una manera excesiva e intensa.
- También se sugiere que la empatía pueda proteger al médico del burnout, ya que la empatía se ha asociado a altos niveles de satisfacción laboral y al poder encontrar más importancia y trascendencia en la práctica profesional.

Se dice que el burnout se desarrolla cuando las demandas laborales son altas y las condiciones de trabajo son limitadas, lo que causa que el empleado no pueda recuperarse adecuadamente de la inversión de energía que deposita en el trabajo. Este fenómeno tiene alcances más amplios en el área de la salud, ya que conduce a negligencias médicas y tratamientos subóptimos para los usuarios de servicios de salud.

En la carrera de medicina la exposición a la carga afectiva de los pacientes no es exclusiva de los médicos titulados, sino que se comienza a experimentar en los últimos años de la carrera profesional. Esto involucra que los estudiantes de medicina al tiempo que afinan sus habilidades clínicas también se expongan a las situaciones de vida complicadas de sus pacientes y que estas dejen huella en ellos. Sin dejar de lado que en la formación del médico hay distintos hitos que involucran cambios en responsabilidad y jerarquía, lo cual añade otro tipo de factores estresantes que pudieran influir en la vulnerabilidad de este grupo.

El tipo de estrés al cual los médicos están expuestos puede causar una sensación de fatiga, despersonalización y un sentimiento de logros reducidos que integran en síndrome de burnout.

En la literatura revisada no se ha encontrado suficiente evidencia para afirmar que la empatía es un factor protector o de riesgo para el síndrome de burnout, sin embargo, se ha visto una relación entre estos dos factores. La prevalencia del burnout en médicos realizando su residencia en países en desarrollo es de hasta el 80% cuando se toma en cuenta mínimo un dominio de los tres que lo componen. Se ha visto que el ser mujer, experimentar mayor estrés, trabajar más de 80 horas a la semana y tener más de ocho guardias por mes incrementa las probabilidades de burnout. Esto es importante, ya que las consecuencias del burnout van desde efectos negativos con rendimiento laboral disminuido hasta el suicidio.

Si acaso la empatía médica fuera un factor de riesgo para el burnout, se sugiere que los médicos practiquen una empatía clínica sin ser demasiado compasivos o

ignorar los sentimientos del paciente. La empatía clínica es la capacidad de entender las experiencias internas del paciente sin sobreinvolucrarse.

Muchos estudios han documentado el síndrome de burnout en los residentes, ya que durante esta etapa de vida se tiene horas excesivas de trabajo, sobrecarga laboral, conflictos en casa y trabajo y muchas veces poco apoyo laboral. Sin embargo, se ha demostrado que una disminución significativa de la empatía ocurre al tiempo en que los estudiantes de medicina comienzan con rotaciones clínicas.

Para medir los parámetros de empatía y los componentes del síndrome de burnout se han utilizado el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Empatía Médica de Jefferson.

El Inventario de Burnout de Maslach es un cuestionario que valora las tres áreas características del burnout en tres subescalas:

- Agotamiento Emocional (9 ítems): esta subescala valora los sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.
- Despersonalización (5 ítems): se refiere a una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los pacientes.
- Realización Personal (8 ítems): describe sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo que uno hace para los demás.

Estas subescalas son independientes la una de la otra. En las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización un puntaje alto nos indica una sensación más intensa de síntomas de burnout, mientras que en la subescala de Realización Personal vemos que puntuaciones bajas corresponden a sentimientos más compatibles con el síndrome de burnout.

Actualmente, este inventario es el *gold standard* para la medición de síntomas de burnout, siendo utilizado en alrededor del 90% de las investigaciones que buscan medir la sintomatología de esta entidad.

La Escala de Empatía Médica de Jefferson fue desarrollada en la Universidad de Jefferson y define la empatía por tres factores: toma de perspectiva, atención con

compasión y habilidad para ponerse en los zapatos del paciente. Tiene un alfa superior a 0.80 y ha sido traducida a múltiples idiomas. En el 2005 la Dra. Adelina Alcorta y colaboradores validaron la versión-S de esta escala en una población de estudiantes de medicina mexicanos en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Debido a los antecedentes de un declive en la empatía de los médicos durante su entrenamiento clínico de pregrado, así como los reportes de burnout en esta misma población, es importante saber si nuestra población de alumnos se enfrenta a estos problemas. El saber si la empatía está relacionada con el síndrome de burnout en los estudiantes de medicina con exposición clínica nos ayudaría a ver más claramente las necesidades de los alumnos, así mismo nos dará las herramientas para ofrecer a nuestros pacientes un mejor servicio.

HIPOTESIS

DE TRABAJO:

En estudiantes de medicina con puntajes medios o altos en el Inventario de Burnout de Maslach, el resultado del cuestionario de Empatía Médica de Jefferson se verá disminuido.

NULA:

En estudiantes de medicina con puntajes medios o altos en el Inventario de Burnout de Maslach, el resultado del cuestionario de Empatía Médica de Jefferson se verá disminuido.

OBJETIVOS

Objetivo General:

1. Determinar si existe una correlación entre los resultados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson y los resultados del Inventario de Burnout de Maslach.

Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de los síntomas autorreportados de burnout en los estudiantes de medicina de quinto año.

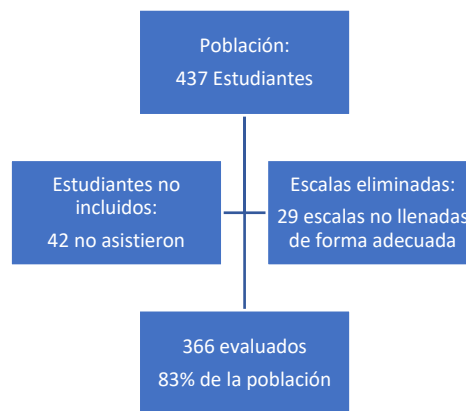
2. Determinar resultados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson entre los estudiantes de quinto año de medicina.

Material y Métodos:

La aplicación de estas encuestas se hará a todos los estudiantes de medicina de quinto año que se inscriban o tomen la asignatura de Psiquiatría en los semestres de Agosto-Diciembre del 2016.

Se recabó una lista de los alumnos matriculados y se encontró una población total de 437 estudiantes.

Se utilizaron dos cuestionarios: el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión S. Se citó a los 437 alumnos matriculados en el curso de Psiquiatría, sin embargo 42 de ellos no asistieron y no fue posible contactarlos para aplicar las escalas. De los 395 que asistieron a contestar la encuesta, 29 alumnos no llenaron la totalidad de los reactivos de la Escala de Empatía Médica de Jefferson o el Inventario de Burnout de Maslach de manera correcta, por lo cual estos alumnos no pudieron ser incluidos en el estudio.



Gráfica 1. Población incluida en el estudio.

A continuación, se anexa el formato de escalas utilizado en esta investigación

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLASH

Género: Femenino Masculino

Semestre anterior: Medicina Interna Cirugía General

Edad: _____

Instrucciones: Indique el grado de acuerdo o desacuerdo en cada uno de los siguientes enunciados marcado con una X el número apropiado que se encuentra al lado de cada enunciado. Utilice la siguiente escala del 0 al 6 (mayor número en la escala indica mayor acuerdo).

ENUNCIADO	ESCALA						
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento quemado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me preocupa que ocurre a algunos de mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6
17. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
18. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado.	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpa por algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON

Género: Femenino Masculino

Semestre anterior: Medicina Interna Cirugía General

Edad: _____

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones marcando con una X el número apropiado que se encuentra al lado de cada oración. Utilice la siguiente escala del 1 al 7 (mayor número en la escala indica mayor acuerdo).

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando y comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista o historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8. La atención a las expectativas personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.	1	2	3	4	5	6	7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes y sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto al leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7

20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Los estudiantes fueron informados acerca del propósito del estudio, así mismo se les informó que no habría ninguna compensación económica o de otra índole para su participación y que el que decidieran contestar estas escalas o no hacerlo no tenía repercusiones en sus evaluaciones académicas.

A los alumnos que aceptaron participar en el estudio se les extendió una copia de cada cuestionario, el cual llenaron para entregarlo a la co-investigadora, quien capturó los reactivos y sus respuestas en una base de datos para posteriormente calcular los puntajes de la Escala de Empatía de Jefferson y la Escala de Burnout de Maslach. Posteriormente se realizó otra base de datos solamente con los resultados de dichas escalas y subescalas para iniciar el análisis estadístico.

El diseño metodológico es transversal, observacional, prospectivo y descriptivo.

El tipo de estudio es una encuesta descriptiva.

Criterios de inclusión

1. Estudiantes de medicina cursando la materia de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
2. Estudiantes que deseen participar en le protocolo de investigación por medio del llenado completo de las encuestas y escalas aplicadas.

Criterios de exclusión

1. Estudiantes que no deseen participar en la aplicación de las escalas.
2. Estudiantes de quinto año que no se encuentren matriculados en la asignatura de Psiquiatría.

Criterios de eliminación

1. Estudiantes que no llenen debidamente o no completen el llenado de los instrumentos de medicino solicitados.

2. Estudiantes que se den de baja del sistema de la Facultad de Medicina durante su rotación de Psiquiatría.

Captura y Procesamiento

Los resultados de la Escala de Jefferson y el Inventario de Maslach e vaciarán dentro de una base de datos SSPS por la co-investigadora.

RESULTADOS

Se realizó una comparación de puntajes acerca de las dos escalas aplicadas por medio de estadística descriptiva.

Se realizaron tablas de frecuencia y posteriormente tablas de permutación para cruzar las variables del resultado de la Escala de Empatía de Jefferson con los resultados de las tres subescalas que componen el Inventario de Burnout de Maslach para poder correlacionar estas variables. Posteriormente se verificaron los valores de Chi cuadrada y P para observar si estos son significativos y poder extraer conclusiones de la información recabada.

A continuación, se presentan dichas tablas:

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	1,767 ^a	1	0.184	
Corrección de continuidad ^b	1.307	1	0.253	
Razón de verosimilitud	1.757	1	0.185	
Prueba exacta de Fisher				0.197
Asociación lineal por lineal	1.762	1	0.184	
N de casos válidos	366			

Tabla 1. Empatía baja y Agotamiento Emocional Bajo.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	1,379 ^a	1	0.240	
Corrección de continuidad ^b	0.950	1	0.330	
Razón de verosimilitud	1.325	1	0.250	
Prueba exacta de Fisher				0.239
Asociación lineal por lineal	1.375	1	0.241	
N de casos válidos	366			

Tabla 2. Empatía baja y Agotamiento Emocional Medio.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	,115 ^a	1	0.735	
Corrección de continuidad ^b	0.005	1	0.945	
Razón de verosimilitud	0.111	1	0.739	
Prueba exacta de Fisher				0.787
Asociación lineal por lineal	0.114	1	0.735	
N de casos válidos	366			

Tabla 3. Empatía baja y Agotamiento Emocional Alto.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	3,075 ^a	1	0.079	
Corrección de continuidad ^b	2.460	1	0.117	
Razón de verosimilitud	3.128	1	0.077	
Prueba exacta de Fisher				0.096
Asociación lineal por lineal	3.067	1	0.080	
N de casos válidos	366			

Tabla 4. Empatía baja y Despersonalización Baja.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	,546 ^a	1	0.460	
Corrección de continuidad ^b	0.292	1	0.589	
Razón de verosimilitud	0.532	1	0.466	
Prueba exacta de Fisher				0.551
Asociación lineal por lineal	0.545	1	0.461	
N de casos válidos	366			

Tabla 5. Empatía baja y Despersonalización Media

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	1,836 ^a	1	0.175	
Corrección de continuidad ^b	1.254	1	0.263	
Razón de verosimilitud	1.677	1	0.195	
Prueba exacta de Fisher				0.236
Asociación lineal por lineal	1.831	1	0.176	
N de casos válidos	366			

Tabla 6. Empatía Baja y Despersonalización Alta

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	4,954 ^a	1	0.026	
Corrección de continuidad ^b	4.137	1	0.042	
Razón de verosimilitud	5.445	1	0.020	
Prueba exacta de Fisher				0.034
Asociación lineal por lineal	4.940	1	0.026	
N de casos válidos	366			

Tabla 7. Empatía baja y Realización Personal Baja

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	,335 ^a	1	0.563	
Corrección de continuidad ^b	0.155	1	0.694	
Razón de verosimilitud	0.336	1	0.562	
Prueba exacta de Fisher				0.584
Asociación lineal por lineal	0.334	1	0.563	
N de casos válidos	366			

Tabla 8. Empatía baja y Realización Personal Media.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	5,939 ^a	1	0.015	
Corrección de continuidad ^b	4.621	1	0.032	
Razón de verosimilitud	4.809	1	0.028	
Prueba exacta de Fisher				0.038
Asociación lineal por lineal	5.923	1	0.015	
N de casos válidos	366			

Tabla 9. Empatía baja y Realización Personal Alta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	2,690 ^a	1	0.101	
Corrección de continuidad ^b	2.326	1	0.127	
Razón de verosimilitud	2.710	1	0.100	
Prueba exacta de Fisher				0.109
Asociación lineal por lineal	2.682	1	0.101	
N de casos válidos	366			

Tabla 10. Empatía Media y Agotamiento Emocional Bajo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	1,670 ^a	1	0.196	
Corrección de continuidad ^b	1.367	1	0.242	
Razón de verosimilitud	1.701	1	0.192	
Prueba exacta de Fisher				0.219
Asociación lineal por lineal	1.666	1	0.197	
N de casos válidos	366			

Tabla 11. Empatía Media y Agotamiento Emocional Medio.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	,396 ^a	1	0.529	
Corrección de continuidad ^b	0.214	1	0.643	
Razón de verosimilitud	0.405	1	0.525	
Prueba exacta de Fisher				0.619
Asociación lineal por lineal	0.395	1	0.530	
N de casos válidos	366			

Tabla 12. Empatía Media y Agotamiento Emocional Alto.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	9,377 ^a	1	0.002	
Corrección de continuidad ^b	8.690	1	0.003	
Razón de verosimilitud	9.435	1	0.002	
Prueba exacta de Fisher				0.003
Asociación lineal por lineal	9.352	1	0.002	
N de casos válidos	366			

Tabla 13. Empatía Media y Agotamiento Emocional Alto.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	3,437 ^a	1	0.064	
Corrección de continuidad ^b	2.997	1	0.083	
Razón de verosimilitud	3.532	1	0.060	
Prueba exacta de Fisher				0.067
Asociación lineal por lineal	3.428	1	0.064	
N de casos válidos	366			

Tabla 14. Empatía media y Despersonalización Media.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	2,888 ^a	1	0.089	
Corrección de continuidad ^b	2.415	1	0.120	
Razón de verosimilitud	3.034	1	0.082	
Prueba exacta de Fisher				0.110
Asociación lineal por lineal	2.880	1	0.090	
N de casos válidos	366			

Tabla 15. Empatía media y Despersonalización Alta.

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	4,341 ^a	1	0.037	
Corrección de continuidad ^b	3.862	1	0.049	
Razón de verosimilitud	4.284	1	0.038	
Prueba exacta de Fisher				0.044
Asociación lineal por lineal	4.329	1	0.037	
N de casos válidos	366			

Tabla 16. Empatía Media y Realización Personal Baja.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	1,876 ^a	1	0.171	
Corrección de continuidad ^b	1.576	1	0.209	
Razón de verosimilitud	1.877	1	0.171	
Prueba exacta de Fisher				0.208
Asociación lineal por lineal	1.871	1	0.171	
N de casos válidos	366			

Tabla 17. Empatía Media y Realización Personal Media.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	,992 ^a	1	0.319	
Corrección de continuidad ^b	0.670	1	0.413	
Razón de verosimilitud	1.034	1	0.309	
Prueba exacta de Fisher				0.377
Asociación lineal por lineal	0.989	1	0.320	
N de casos válidos	366			

Tabla 18. Empatía Media y Realización Personal Alta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	7,624 ^a	1	0.006	
Corrección de continuidad ^b	6.929	1	0.008	
Razón de verosimilitud	7.819	1	0.005	
Prueba exacta de Fisher				0.007
Asociación lineal por lineal	7.604	1	0.006	
N de casos válidos	366			

Tabla 19. Empatía Alta y Agotamiento Emocional Bajo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	5,125 ^a	1	0.024	
Corrección de continuidad ^b	4.518	1	0.034	
Razón de verosimilitud	5.428	1	0.020	
Prueba exacta de Fisher				0.027
Asociación lineal por lineal	5.111	1	0.024	
N de casos válidos	366			

Tabla 20. Empatía Alta y Agotamiento Emocional Medio.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	,885 ^a	1	0.347	
Corrección de continuidad ^b	0.568	1	0.451	
Razón de verosimilitud	0.935	1	0.333	
Prueba exacta de Fisher				0.455
Asociación lineal por lineal	0.882	1	0.348	
N de casos válidos	366			

Tabla 21. Empatía Alta y Agotamiento Emocional Alto.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	21,633 ^a	1	0.000	
Corrección de continuidad ^b	20.456	1	0.000	
Razón de verosimilitud	22.246	1	0.000	
Prueba exacta de Fisher				<0.0001
Asociación lineal por lineal	21.574	1	0.000	
N de casos válidos	366			

Tabla 22. Empatía Alta y Despersonalización Baja.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	6,719 ^a	1	0.010	
Corrección de continuidad ^b	6.024	1	0.014	
Razón de verosimilitud	7.186	1	0.007	
Prueba exacta de Fisher				0.009
Asociación lineal por lineal	6.701	1	0.010	
N de casos válidos	366			

Tabla 23. Empatía Alta y Despersonalización Media.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	8,098 ^a	1	0.004	
Corrección de continuidad ^b	7.197	1	0.007	
Razón de verosimilitud	9.489	1	0.002	
Prueba exacta de Fisher				0.003
Asociación lineal por lineal	8.076	1	0.004	
N de casos válidos	366			

Tabla 24. Empatía Alta y Despersonalización Alta.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	15,056 ^a	1	0.000	
Corrección de continuidad ^b	14.043	1	0.000	
Razón de verosimilitud	14.613	1	0.000	
Prueba exacta de Fisher				<0.0001
Asociación lineal por lineal	15.015	1	0.000	
N de casos válidos	366			

Tabla 25. Empatía Alta y Realización Personal Baja.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	p	p corregida
Chi-cuadrado de Pearson	3,755 ^a	1	0.053	
Corrección de continuidad ^b	3.274	1	0.070	
Razón de verosimilitud	3.764	1	0.052	
Prueba exacta de Fisher				0.055
Asociación lineal por lineal	3.745	1	0.053	
N de casos válidos	366			

Tabla 26. Empatía Alta y Realización Personal Media.

	Pruebas de chi-cuadrado			p corregida
	Valor	df	p	
Chi-cuadrado de Pearson	7,876 ^a	1	0.005	
Corrección de continuidad ^b	6.798	1	0.009	
Razón de verosimilitud	10.330	1	0.001	
Prueba exacta de Fisher				0.003
Asociación lineal por lineal	7.855	1	0.005	
N de casos válidos	366			

Tabla 27. Empatía Alta y Realización Personal Alta.

Se obtuvieron los siguientes datos:

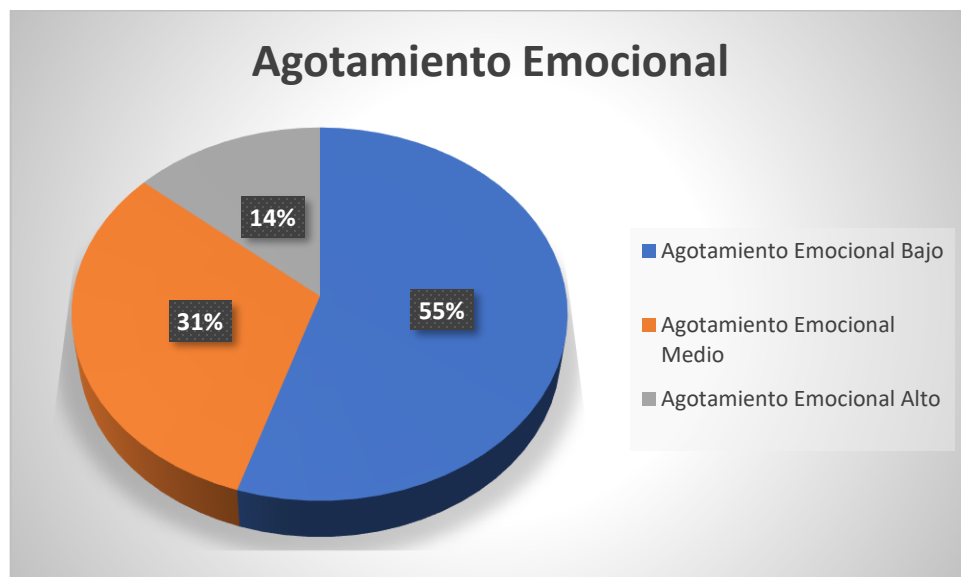
Se obtuvo una n de 366 estudiantes, con una media de edad de 22.49 años, mediana y moda de 22 años, con una desviación estándar de 2.067 asimetría de 3.852, error estándar de asimetría de 0.128, curtosis de 25.654, mínimo de 20 y máximo de 42.

La mayoría de la muestra fue de género masculino, con una frecuencia de 191 estudiantes que comprendieron el 52.2% de la muestra, mientras que las estudiantes de género femenino fueron 175, componiendo el 47.8% de la muestra. (Gráfica 1)

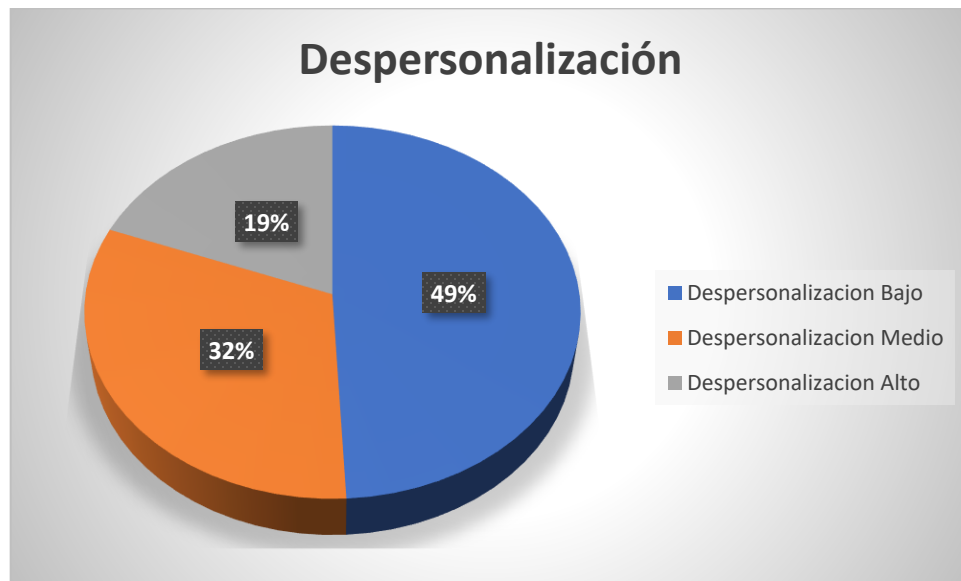
De estos alumnos, 240 cursaron el semestre de Medicina Interna antes de la aplicación de la Escala Empatía Médica de Jefferson y el Inventario de Burnout de Maslach, mientras que 126 alumnos cursaron la materia de Cirugía General antes de la aplicación, integrando el 65.6% y el 34.4% de la muestra, respectivamente.

Con los resultados de la escala de Burnout de Maslach se recabó la siguiente información:

En la subescala de Agotamiento Emocional, vemos que 201 alumnos tuvieron un puntaje bajo, mientras que 115 tuvieron un puntaje moderado. 50 de los alumnos encuestados tuvieron un puntaje alto. Esto integra el 54.9%, 31.4% y 13.7% en ese orden.



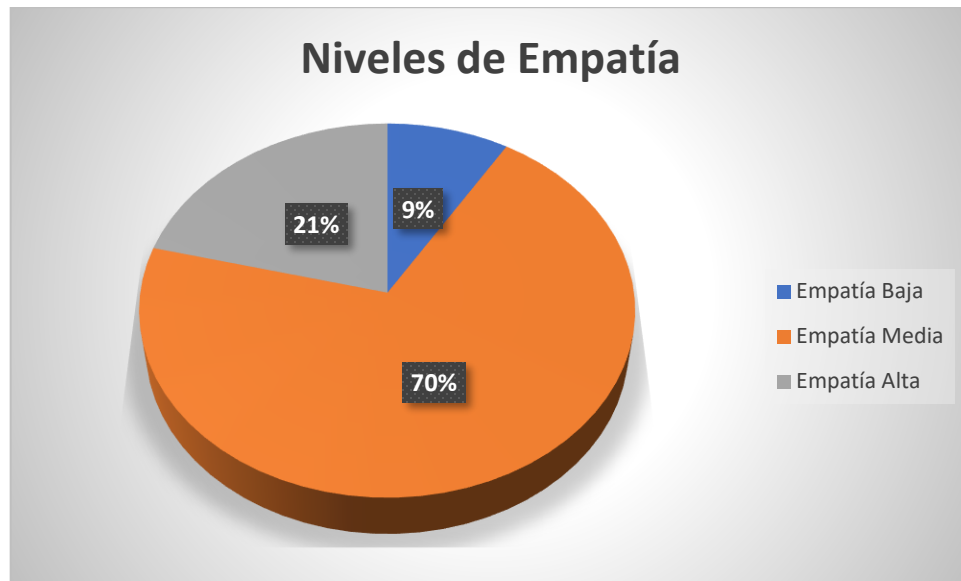
En la subescala de Despersonalización, observamos que 180 de los alumnos, que componen el 49.2% de la población encuestada, tuvieron un puntaje bajo, mientras que 116 alumnos, que equivalen al 31.7% de la población encuestada, tuvieron un puntaje medio. 70 alumnos obtuvieron un puntaje alto en esta subescala, lo cual representa un 19.1% de los encuestados.



En los resultados de la subescala de Realización Personal se observó que 135 alumnos, siendo este el 36.9% de los encuestados, obtuvieron un puntaje bajo, mientras que 188 alumnos tuvieron un puntaje medio y 43 alumnos tuvieron un puntaje alto. Estos son el 51.4% y el 11.7% respectivamente.

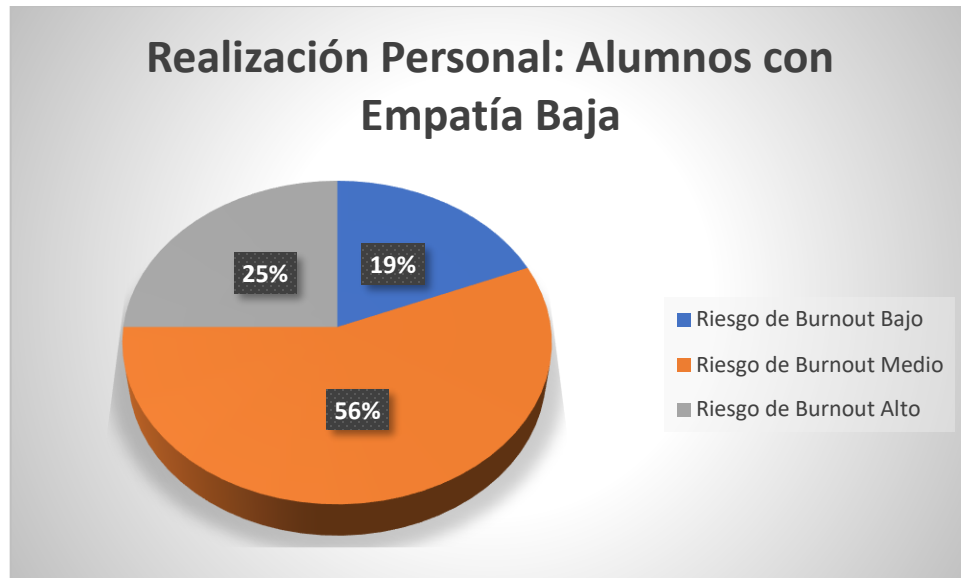


En la escala de Empatía, vemos que 32 de los alumnos tuvieron una puntuación baja, siendo el 8.7% de los alumnos encuestados. 257 alumnos tuvieron una puntuación media en la escala, integrando el 70.2% de la población. El 21% restante, es decir, los otros 77 alumnos tuvieron una puntuación alta.



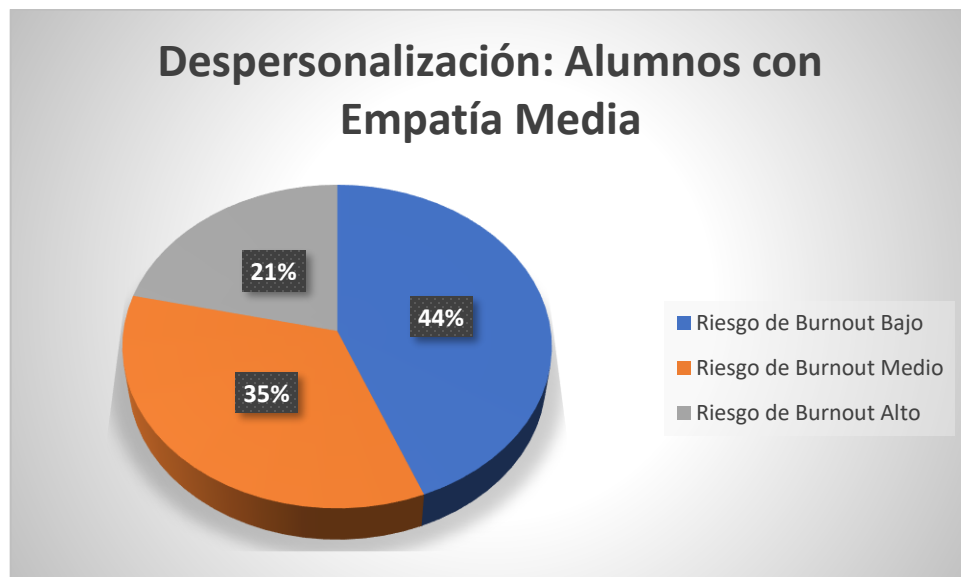
Al realizarse en análisis estadístico se elaboraron tablas de frecuencia y permutaciones en donde se utilizó la Xi cuadrada de Pearson para comparar las proporciones de los resultados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson y el Inventario de Burnout de Maslach.

Se encontraron diferencias en la proporción de alumnos con empatía baja que tuvieron riesgo bajo para burnout por puntaje en la subescala de Realización Personal ($\chi^2(1) = 7.327, p < 0.05$), los alumnos con empatía baja tuvieron menos riesgo bajo de burnout (19%) que los alumnos con empatía media y alta (51%).

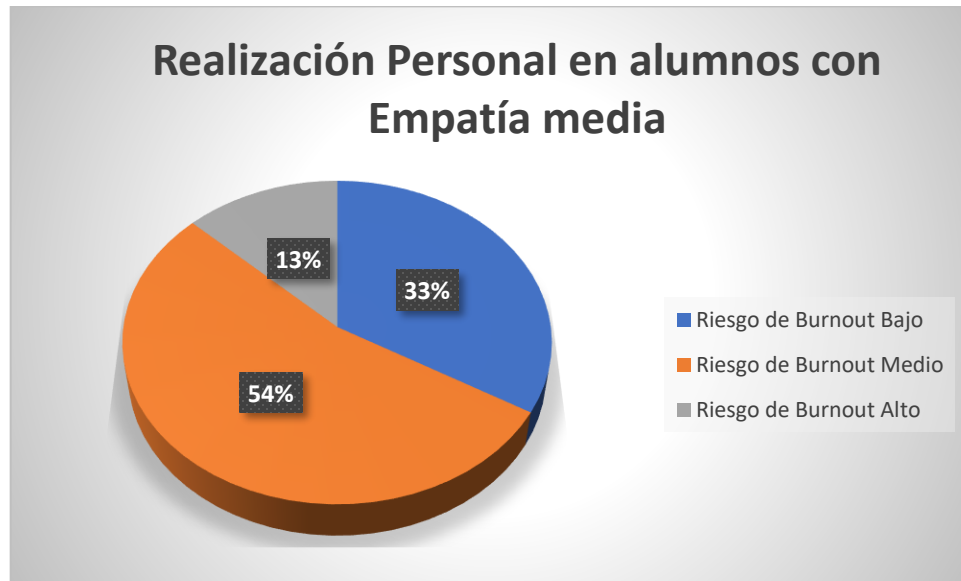


Así mismo, se encontraron diferencias en la proporción de alumnos con Empatía Baja que tuvieron riesgo alto por puntaje en subescala de Realización Personal ($\chi^2(1) = 5.939, p < 0.05$), los alumnos con empatía baja presentaron un mayor puntaje de burnout por la subescala de realización personal (56%) que los alumnos con empatía media y alta (16%).

También se encontraron diferencias en la proporción de alumnos con Empatía Media y puntaje de Despersonalización bajo ($\chi^2(1) = 9.377, p < 0.05$), los alumnos con empatía media presentaron una menor incidencia de riesgo de burnout bajo (44%) que los alumnos con empatía baja y alta (49%)

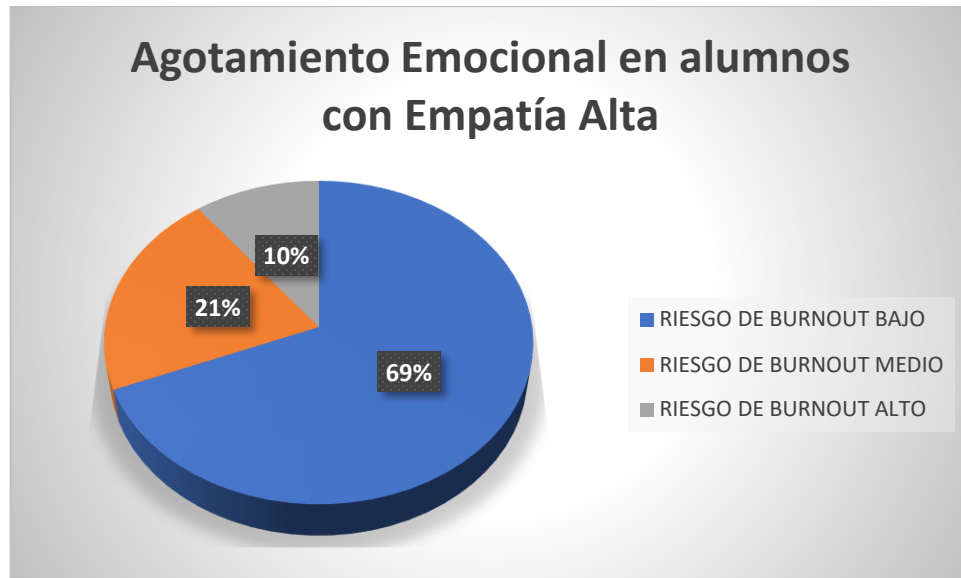


Se observaron diferencias en las proporciones de alumnos con niveles medios de empatía y puntaje de realización personal bajo ($\chi^2(1) = 4.341, p < 0.05$), el 33% de los alumnos con empatía media presentaron un puntaje bajo para burnout en la escala de realización personal y para los alumnos con empatía alta y baja fue de 51%.



Subescala de Agotamiento Emocional y Nivel de empatía

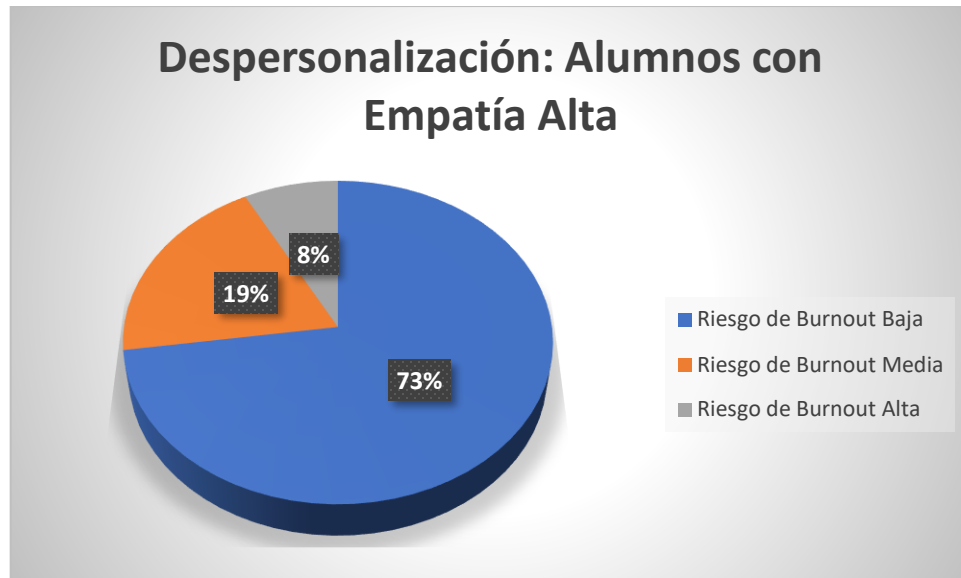
Se observaron diferencias en las proporciones de alumnos con niveles altos de empatía y puntaje de Agotamiento Emocional Bajo ($\chi^2(1) = 7.624, p < 0.05$), ya que los síntomas de burnout estuvieron presentes en una proporción baja en esta subescala en el 69% de los alumnos con niveles altos de empatía, mientras que en alumnos con niveles medios o bajos de empatía el porcentaje con riesgo bajo fue de 55%



También se encontraron diferentes proporciones de alumnos con niveles altos de empatía y un puntaje medio de Agotamiento Emocional, ($X^2(1) = 5.125, p < 0.05$), ya que el 21% de los alumnos de este grupo puntuaron en un nivel medio en Agotamiento Emocional, a comparación del 32% que se observa cuando se consideran a todos los alumnos.

Subescala de Despersonalización y Nivel de Empatía

Se encontraron diferencias en la proporción de alumnos con empatía alta que presentaron puntajes bajos en la subescala de Despersonalización ($X^2(1) = 21.633, p < 0.05$), ya que los alumnos con empatía alta y puntajes bajos fueron el 73%, comparado con el 49% si consideramos a toda la población encuestada.



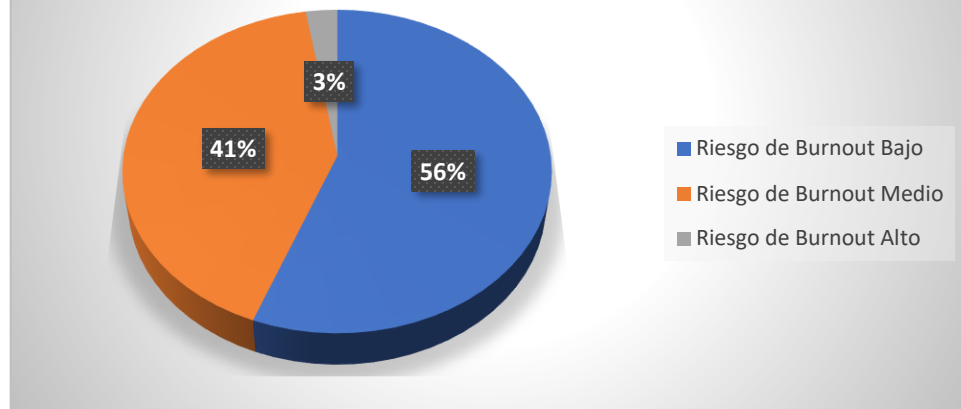
La diferencia en las proporciones también se observó si consideramos a la población con empatía alta y un puntaje medio en la subescala de Despersonalización ($\chi^2 (1) = 6.719, p < 0.05$), dado que el 19% de los alumnos con nivel de Empatía Alta tienen una subescala de Despersonalización media, a comparación del 32% de los casos si se considera a toda la población.

Así mismo vemos que la proporción de alumnos con empatía alta y subescala de Despersonalización con puntaje alto también es distinta ($\chi^2 (1) = 8.099, p < 0.05$), ya que solo el 8% de los alumnos con empatía alta tienen un puntaje alto en esta subescala de Maslach, comparado con el 19% de sintomatología de despersonalización si se considera a la población en general.

Subescala de Realización Personal y Empatía

La proporción de alumnos con Empatía Alta y Subescala de Realización Personal con puntaje bajo fue diferente ($\chi^2 (1) = 15.056, p < 0.05$), ya que el 56% de los estudiantes con estas características presentaron baja sintomatología de Burnout si se considera esta subescala, comparado con el 51% de todos los encuestados.

Realización Personal: Alumnos con Empatía Alta



Así mismo, observamos una diferencia en la proporción de alumnos con niveles altos de empatía médica y una subescala de Realización Personal con puntaje alto en cuanto a sintomatología de burnout ($\chi^2 (1) = 7.876$ $p < 0.05$). En la población con Empatía Alta, solo el 3% de la muestra obtuvo un puntaje alto en la subescala de síntomas de Burnout respecto a Realización Personal, mientras que, si se observa a toda la población esta proporción se duplica al 16%.

DISCUSIÓN

Es importante recordar que existen dos perspectivas para el constructo de la empatía. Rosalyn Dymond (1949) definía la empatía como una habilidad cognitiva que nos permite asumir el rol de otra persona, mientras que según Blackman, Smith, Brokman y Stern (1958), la empatía se define como la habilidad para ponerse en los zapatos de otra persona y regresar fácilmente a los de uno mismo. Esto contrasta con las definiciones más emocionales como la de Halpern, que describe la empatía como una forma de razonamiento emocional que se arriesga al error que dicho razonamiento involucra. Hoffman (1981) iba más allá e incluso lo definía como una respuesta afectiva vicaria hacia la situación de otra persona.

La manifestación de los procesos cognitivos es una habilidad más avanzada, que requiere esfuerzo el individuo, involucra integración de percepciones sociales, análisis de información y una generación de respuestas apropiadas basadas en el entendimiento del otro. En cambio, la experimentación de las emociones es natural y más primitiva, en donde la persona responde a otra a manera de contagio. A pesar de estas diferencias, muchos investigadores le asignan igual importancia al afecto y a la cognición en el estudio de la empatía, ya que uno no puede ser sin el otro.

Creo que en esta investigación esta diferencia es importante, ya que es muy diferente que el estudiante de medicina se deje contagiar por el afecto del paciente y lo experimente de manera intensa, a una situación en la cual el alumno puede entender el padecimiento del paciente pero regresar al estado emocional propio sin sentirse abrumado. Habría que diferenciar bien entre lástima, simpatía y empatía. Pareciera ser que si el clínico se deja llevar por el lado emocional, existe un punto de rebosamiento en el cual la habilidad para el trato de los pacientes se ve disminuida, ya que el sentirse abrumado por sentimientos puede ser muy ansiógeno. Un poco de ansiedad puede ser de ayuda para mejorar el desempeño, pero mucha ansiedad puede interferir con la objetividad clínica y efectividad profesional. Cuando hablamos de una empatía que no llega a niveles

altos de ansiedad, vemos que entre más empática sea una relación médico-paciente, generalmente hay mejores resultados.

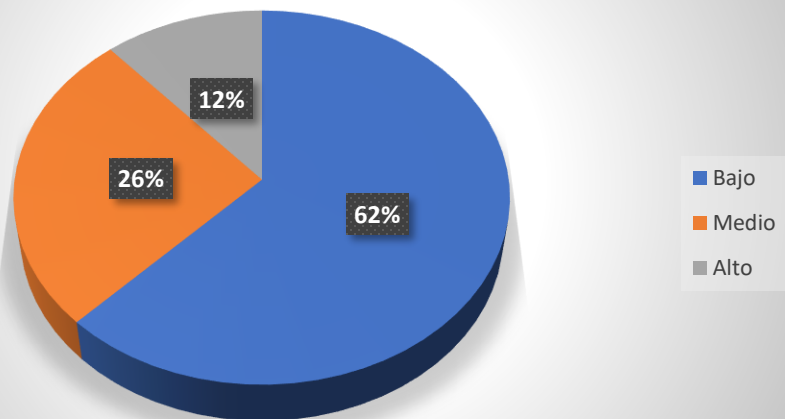
Se ha observado que las personas con profesiones que involucran asistencia tienen una mayor necesidad de aprobación y mayores expectativas acerca de si mismos. Esta habilidad para ayudar a otros es utilizada para ganar aprobación y esto hace que reciban una gran satisfacción de los resultados de su trabajo. El trabajo es el medio por el cual mejoran su autoconcepto y en consecuencia no desarrollan tantas actividades aparte del trabajo. Esto los hace vulnerables a comprometerse de manera excesiva con el trabajo y en consecuencia desarrollar fatiga, lo cual los hace menos efectivos en la esfera laboral. Generalmente esta frustración hace que aumenten sus horarios laborales, lo cual completa el ciclo vicioso y se desarrolla el síndrome de burnout.

Antes de desarrollar esta sintomatología, estos individuos son vistos como altamente competentes, sin embargo a medida que el rendimiento laboral baja y en consecuencia aumentan las horas de trabajo, las relaciones interpersonales familiares se deterioran y se vuelven más distantes, privando a la persona de su red de apoyo más importante fuera de la cuestión laboral. Comienzan a surgir los problemas familiares y el individuo busca refugio con una carga de trabajo aún más extenuante, resultado en situaciones de estrés físico y emocional altos.

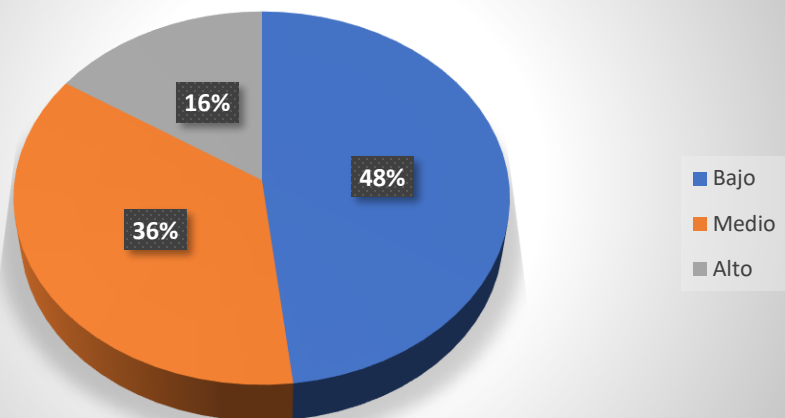
Se han observado que las mujeres tienden a experimentar más cansancio emocional que los hombres sin embargo los hombres son más propensos a los síntomas de despersonalización.

En nuestro estudio observamos que las mujeres tuvieron una mayor frecuencia de puntajes bajos en la subescala de Agotamiento Emocional que los hombres, que tuvieron un 48% de puntaje bajo en esta subescala, contrastando con el 62% de las mujeres.

Agotamiento Emocional en Mujeres

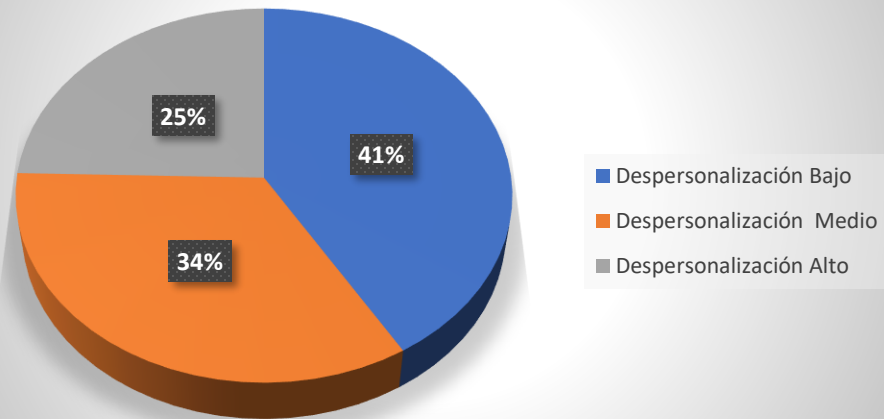


Agotamiento Emocional en Hombres

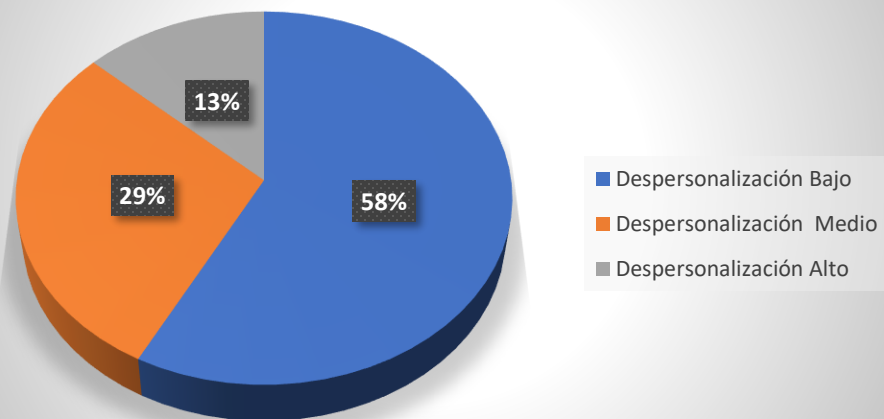


Sin embargo, si se confirmó que la proporción de varones que tienen un alto puntaje en la subescala de Despersonalización es más alta (25%) que la proporción de mujeres con este resultado (13%).

Despersonalización en Hombres



Despersonalización en Mujeres



Maslach comenta que el grado más alto de burnout es encontrado en las personas que han completado la universidad pero no han realizado un posgrado. Ellos muestran más despersonalización y una sensación de menor realización personal, así mismos tienden a tener un agotamiento emocional más marcado. Así mismo esta investigadora encontró una asociación entre el agotamiento emocional, el cual va aumentando a mayor entrenamiento de posgrado, aunque

en todas las otras dimensiones este grupo sea el que puntúa más bajo para Burnout. Esto es relevante, ya que los alumnos encuestados se encuentran en la segunda mitad de su carrera universitaria pero no han iniciado su entrenamiento de posgrado.

En esta investigación, al cruzar las tablas de resultado de la escala de Empatía y las Subescalas de Maslach, tuvimos resultados interesantes:

Encontramos que los alumnos con menor empatía tenían un riesgo más alto de Burnout por puntaje en la escala de Realización Personal, ya que los alumnos con poca empatía tenían una mayor proporción de puntajes más elevados insatisfacción laboral.

Así mismo, los alumnos con empatía media tuvieron una menor incidencia de riesgo de burnout bajo por la escala de despersonalización que los alumnos con empatía alta y baja.

La diferencia en proporciones en los pacientes con empatía media y realización personal con riesgo bajo para burnout hace pensar que una empatía en rangos moderados puede ser un factor protector para el burnout.

En la subescala de agotamiento emocional correlacionada con el nivel de empatía vemos que los alumnos con niveles altos de empatía tienen una proporción menor de agotamiento emocional que sus contrapartes.

En la subescala de realización personal vemos resultados más claros, en donde una empatía alta estaba ligada a menores síntomas de burnout.

CONCLUSION

Al correlacionar los datos de las dos escalas, nos damos cuenta que hay una relación entre el nivel de empatía y los dominios del Inventario de Burnout de Maslach.

Parece ser que una menor empatía está ligada a una realización personal disminuida en lo laboral, lo cual hace vulnerable al individuo a desarrollar una sintomatología de burnout más significativa.

Así mismo, nos dimos cuenta que los alumnos con una empatía media tenían puntajes más bajos en la escala de despersonalización. Este fenómeno, que si bien no apoya que la empatía alta proteja o vulnere, pudiera ser explicado porque la escala aplicada no discrimina entre empatía emocional o cognitiva, ya que la empatía emocional puede favorecer que si el clínico se encuentra abrumado por emociones, elija desconectarse emocionalmente del paciente.

Si observamos los resultados de agotamiento emocional, vemos que en este dominio pareciera ser que la empatía alta protege de sentirse abrumado por la situación emocional de los pacientes, situación que fue marcada en nuestros resultados.

Así mismo, observamos que la relación de Brazeau encontró en el 2005 acerca de la realización personal y la empatía se conserva, ya que a mayor empatía, existe una menor frecuencia de una baja realización personal en lo laboral.

Por estas razones, parece ser que podemos aceptar la hipótesis de trabajo:

En estudiantes de medicina con puntajes medios o altos en el Inventario de Burnout de Maslach, el resultado del cuestionario de Empatía Médica de Jefferson se verá disminuido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental* 2005; 28 (5)
2. Drybye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, ET AL. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical students. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 334-341. Doi: 10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008
3. Dymond, R. Personality and empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 343-350.
4. Epstein, Ronald. *Attending: Medicine, Mindfulness, and Humanity* (p. 125). Scribner. Edición de Kindle.
5. Gleichgerrcht, E &Decety J. (2013). Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, gender and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout and Emotional Distress in Physicians. *Plos One* 8(4), e61526. [Http://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526](http://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526)
6. Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Cham: Springer International.
7. Melchers, M, Plieger, T. Meerman R. & Reuter M. (2015). Differentiating Burnout From Depression: Personality Matters! *Frontiers in Psychiatry*. 6, 113. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00113>
8. Mustafa, O. (2015). Health behaviors and personality in burnout: a third dimension. *Medical Education Online*, 20, 10.3402/meo.v20.28187. <http://doi.org/10.3402/meo.v20.28187>
9. Pagnin, D. & de Queiroz, V. (2015). Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students. *SpringerPlus* 4, 676. <http://doi.org/10.1186/s40064-015-1477-6>
10. Van Dam A. (2016). Subgroup Analysis in Burnout. Relations between fatigue, anxiety and depression. *Frontiers in Psychology* 7, 90 <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00090>
11. Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A. & Sultan, S. (2012). Burnout and empathy in primary care: the hypotheses. *The British Journal of General Practice.*, 62(600), 346-347. <http://doi.org/10.3399/bjgp12X652193>
12. Maslach, Christina. *Burnout: The Cost of Caring* (pp. 102-103). Malor Books. Edición de Kindle.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Mariana Cedeño López nació el 26 de marzo de 1988 en Monterrey, Nuevo León. Cursó la Licenciatura en Médico Cirujano y Partero en la Universidad de Monterrey, con área de concentración profesional en Geriatria. El 16 de noviembre del 2018 presentó el examen de certificación del Consejo Mexicano de Psiquiatria y actualmente es candidata al grado de especialización en Psiquiatria, perfilándose para obtener dicho título en febrero del 2019.