

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA EMPATÍA EN
INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE VITARTE
DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

Autor

JONATHAN LUIS ÑAHUI MELGAR

Asesor de Tesis

DR. ENRIQUE GÁLVEZ GUTIÉRREZ

Director de Tesis

Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas Ph. D., MCR, MD

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTO

. A mis padres por su apoyo incondicional. A mi asesor de tesis, Enrique Gálvez Gutiérrez, por su predisposición para con mi trabajo. Además, a toda las personas que han formado parte de mi vida profesional, a quienes agradezco su apoyo y consejos, Para todos ellos mi más sincero agradecimiento.

DEDICATORIA

A Dios, que supo guiarme por el buen camino,
Asimismo, a mi padres, que hicieron que yo pueda lograr todas mis metas, por
motivarme a tomar el camino correcto y hacer que yo me mantenga en el a
pesar de todos los altibajos.

ÍNDICE

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Línea de investigación y lugar de ejecución	11
1.2 Planteamiento del problema	11
1.3 Formulación de problema	14
1.4 Justificación:	14
1.5 Objetivos	15
1.6 Hipótesis:.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Bases teóricas.....	18
2.2 Definición de términos	24
2.3 Antecedentes:	24
CAPITULO III: METODOLOGÍA	33
3.1 Tipo de estudio:.....	34
3.2 Operacionalización de variables:	34
3.3 Población, muestra y unidad de análisis:	34
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión:	34
3.5 Procedimiento para la recolección de los datos	34
3.6 Instrumentos a utilizar y métodos para el Control de la Calidad de Datos:	35
3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación.....	36
3.8 Análisis de Resultados	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
4.1 Resultados	39
5.2 Discusión	49
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
5.1 Conclusiones.....	53
5.2 Recomendaciones	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Empatía y Síndrome de burnout en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	39
Tabla 2. Asociación entre Empatía y La edad en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	40
Tabla 3. Asociación entre Empatía y el sexo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	41
Tabla 4. Asociación entre Empatía y tener o no pareja en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	42
Tabla 5. Asociación entre Empatía y horas de estudio a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	43
Tabla 6. Asociación entre Empatía y horas de trabajo a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	44
Tabla 7. Asociación entre Empatía y horas de guardia a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	45
Tabla 8. Asociación entre Empatía y vivir solo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	46
Tabla 9. Asociación entre Empatía y carrera profesional en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	47
Tabla 10. Factores asociados a empatía en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Empatía y Síndrome de burnout en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	39
Figura 2. Asociación entre Empatía y edad en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	40
Figura 3. Asociación entre Empatía y el sexo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016.....	41
Figura 4. Asociación entre Empatía y tener o no pareja en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	42
Figura 5. Asociación entre Empatía y horas de estudio a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	43
Figura 6. Asociación entre Empatía y horas de trabajo a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	44
Figura 7. Asociación entre Empatía y horas de guardia a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	45
Figura 8. Asociación entre Empatía y vivir solo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016.....	46
Figura 9. Asociación entre Empatía y carrera profesional en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016	47

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables	64
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	66

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el síndrome de burnout y la empatía en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de Noviembre del año 2016

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico. Realizado en los internos del Hospital de Vitarte durante noviembre del año 2016. La variable dependiente fue Empatía, medido con el test de Jefferson, y como variable independiente principal el Síndrome de Burnout, medido con el test de Maslach; además, se consideraron otras variables como edad, sexo, carrera, estado civil, tener pareja, horas de estudio semanal, horas de trabajo semanal, horas de guardia semanal y convivencia. Se calculó los ORs con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y el valor p de chi cuadrado.

Resultados: Tener menor puntaje para Empatía se asoció con tener Síndrome de Burnout (OR: 4,13 IC95%: 1.61-10.71), a tener 24 años o más (OR: 4,26 IC95%: 1.01-25.2), al sexo (femenino) (OR: 0,29 IC95%: 0.11-0.76), a tener pareja (OR: 0,13 IC95%: 0.03-0.47), a 50 o más horas de trabajo a la semana (OR: 3,87 IC95%: 1.51-10.11) y a 36 o más horas de guardia a la semana (OR: 3.26 IC95%: 1.28-8.47).

Conclusión: Existe asociación entre el síndrome de burnout y la empatía en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de Noviembre del año 2016.

Palabras clave: Empatía, Síndrome de Burnout, pareja, horas de guardia, horas de trabajo

SUMMARY

Objective: To determine the association between burnout syndrome and empathy in health sciences inmates of Vitarte Hospital during the month of November, 2016

Material and methods: A cross-sectional analytical study was carried out. Performed on the inmates of Vitarte Hospital during November 2016. The dependent variable was Empathy, measured with the Jefferson test, and as the independent variable main the Burnout Syndrome, measured with the Maslach test; In addition, other variables such as age, sex, career, marital status, couple, hours of weekly study, hours of weekly work, hours of weekly guard and coexistence were considered. The ORs with their respective 95% confidence intervals and the p-value of chi squared were calculated.

Results: Having a lower score for empathy was associated with having Burnout Syndrome (OR: 4.13 95% CI: 1.61-10.71), being 24 years of age or older (OR: 4.26 95% CI: 1.01-25.2), at (OR: 0.13 CI95%: 0.03-0.47), to 50 or more hours of work per week (OR: 3, 87 IC95%: 1.51-10.11) and to 36 or more hours of guard a week (OR: 3.26 95% CI: 1.28-8.47)..

Conclusion: There is an association between burnout syndrome and empathy in internal health sciences at Vitarte Hospital during the month of November, 2016.

Key words: Empathy, Burnout Syndrome, couple, guard hours, working hours

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Línea de investigación y lugar de ejecución

La presente investigación es una investigación aplicada que se ubica dentro de las líneas de investigación en el área de salud mental y en el área de recursos humanos en salud, las cuales son prioridades de investigación en el Perú. El presente proyecto se realizará en el Hospital de Vitarte, un hospital que atiende a un importante número de pacientes y tiene un gran tamaño de personal, en el que se incluye un número de internos en ciencias de la salud que bordea los 90.

1.2 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sobrecarga laboral afecta negativamente a la salud mental y física de los trabajadores, mermando su calidad de vida y a la eficacia de las entidades para las que trabajan. En el caso del personal de salud, merma también la atención y por tanto la salud de la población; se ha reportado que a nivel mundial entre el 43% y 45% del síndrome de burnout en médicos generales, pudiendo llegar hasta el 80% en personal que realiza mayor actividad, como los médicos residentes ¹⁻³. En América, estas prevalencias no cambian significativamente, aunque según la OPS aún no existen suficientes métodos de abordaje de este problema como si sucede en otros continentes, los cuales deberían estar enfocados en el clima laboral ⁴. En el Perú, el estudio más grande fue realizado por la encuesta ENSUSALUD del año 2014, donde según el método usado para el punto de corte adecuado, las prevalencias son de 16,2%, el cual fue menor en enfermeras, de 9,5% ⁵.

La relación entre el médico y su paciente es un elemento fundamental en la práctica clínica, que ha cambiado a lo largo de la historia de la medicina ⁶. El rol del médico y el paciente han ido evolucionando paralelo al desarrollo científico y a los cambios sociales, sobre todo en el siglo XX ⁷. Del mismo modo, se ha evidenciado una profunda transformación en la relación médico-paciente durante los últimos años, en parte debido a la variedad de procedimientos realizados mediante equipos informáticos y tecnológicos. Pese a este amplio cambio en la relación médico-paciente y en el contexto en el que se desarrolla, existen

aspectos inherentes a este tipo de relación, como la empatía o la confianza, a los que cada vez se presta más atención.

Cada vez se tiene más en cuenta la importancia de aspectos emocionales y relacionales en la deliberación y resolución de conflictos éticos, así como el valor de la medicina narrativa y su relación con la ética. Tanto empatía como razonamiento ético se han relacionado con el currículum oculto que muchas veces automatiza mensajes de alerta ante estar “demasiado involucrado o reflexivo o introspectivo” en la práctica asistencial ^{8,9}.

Una revisión en la revista Atención Primaria reflexiona sobre el hecho de por qué algunos médicos se vuelven “poco éticos o incluso malvados”, identificando múltiples causas; entre ellas, dificultades relacionadas con aspectos emocionales y relacionales ¹⁰.

El estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras y su relación con las variables clínicas como son la sobrecarga emocional por el contacto con el sufrimiento y las limitaciones de la medicina o la contradicción en el currículum oculto entre los ideales de la profesión y realidad. En estudios relacionados principalmente en estudiantes de medicina se ha encontrado que con el aprendizaje profesional aparece una disminución o estancamiento tanto de la sensibilidad ética, razonamiento moral como empatía ^{11,12}.

No hay competencia ética sin competencia relacional ni competencia emocional. La empatía se ha definido como un componente imprescindible en la relación médico paciente. Este concepto se refiere a la actitud y la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, así como a la capacidad de comunicar dicha comprensión al paciente. No obstante, también se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento pro social, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la habilidad para realizar una buena historia clínica, la satisfacción del médico y del paciente, y los buenos resultados clínicos ^{13,14}.

A lo largo del siglo XX surgen numerosos trabajos que identifican la empatía desde su perspectiva: en un primer momento, con una visión más cognitiva, y a

partir de los 60 se consolidó una visión más afectiva. Asimismo, partir de 1980 se crea una visión más integradora que la descrita previamente. La empatía es un componente esencial en la relación médico-paciente, probablemente relacionada con beneficios clínicos para este último existen estudios que apoyan el concepto de la calidad de la relación médico-paciente con una influencia positiva en los resultados y evolución de los pacientes ^{15,16} algunas organizaciones educativas y profesionales recomiendan reconocer la empatía como aspecto fundamental de un buen profesional de la medicina ^{17,18}. Otros proyectos publicados sugieren que los indicadores de la implicación empática en el cuidado del paciente (como una buena comunicación con el enfermo terapéutico ^{19,20} y o la comunicación no verbal) así como el tiempo de visita, pueden conducir a una mayor satisfacción del paciente y un mayor cumplimiento eficacia psicoterapéutica ^{21,22}, sentimiento de sentirse importante por parte del paciente, la exactitud del diagnóstico y el pronóstico ²³. De hecho, existen estudios en los que la empatía era lo más importante para ser calificado de “buen médico” ²⁴.

El estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras y su relación con las variables clínica culminó con la creación en 1986 ²⁵ de una escala de 22 ítems con el fin específico de cuantificar este nuevo síndrome. Para Maslach, este síndrome constaría de tres características principales ²⁵: 1. Cansancio o agotamiento emocional, especialmente psíquico pero también físico. 2. Despersonalización o deshumanización. Aparición de una actitud fría y distante respecto a los clientes, pero también respecto a los demás compañeros de trabajo y 3. Realización personal, que es la satisfacción que siente la persona con la actividad realizada y si siente que lo hace crecer como persona. Esta actitud suele desarrollarse en el individuo con el fin de protegerse de la situación que provoca agotamiento emocional; en lugar de implicarse en la situación, el sujeto aísla esta afectivamente del resto de sus quehaceres para evitar el entrar en una hipotética situación de agotamiento emocional ²⁶.

Los síntomas de burnout se podrían dividir en: 1. Psicósomáticos: sensación de fatiga, cefalea, trastornos gastrointestinales 2. Conductuales: bajo rendimiento, absentismo laboral, conductas autodestructivas 3. Emocionales: irritabilidad, dificultad de concentración, baja autoestima 4. Defensivos: racionalización,

negación, desplazamiento, etc. Estos síntomas se asemejan a aquellos encontrados en situación de estrés crónico.

En la actualidad pocos estudios relacionan la empatía del profesional sanitario con resultados analíticos como paso intermedio de un beneficio clínico por lo que se plantea la siguiente pregunta:

1.3 Formulación de problema

- ¿Existe asociación entre la empatía y el síndrome de burnout entre los internos de ciencias de salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016?

1.4 Justificación:

La empatía es una de las principales características para poder afianzar una buena relación médico paciente, la importancia del establecimiento de una buena relación médico paciente incide en gran medida en muchos de los indicadores que nos sirven para identificar una buena atención y, por consiguiente, una mejora efectiva de la calidad de vida de los pacientes ²⁷. Además, se ha demostrado que el ambiente laboral y el nivel de satisfacción del médico repercute directamente en la calidad de esta relación ²⁸. Por lo que se hace indispensable el desarrollo de profesionales de la salud que puedan brindar esta característica de buen servicio como de interés público.

Es por lo tanto importante, en primera instancia, determinar la existencia de estas condiciones en nuestros centros de salud, como es el objetivo de esta tesis, los resultados obtenidos aquí podrán orientar los esfuerzos para hacer campañas de prevención o de tratamiento del síndrome de burnout y de a concientización de la importancia que esta tiene no solo para la calidad de vida del profesional de la salud, sino también para la calidad de vida de la población atendida por este, pues se ve afectada directamente.

Asimismo, es de prioridad nacional la investigación en recursos humanos, que son el capital más valioso que tenemos en el sector salud y, por consiguiente, es

vital que pongamos interés a estos determinantes que se han reportado en gran manera existentes en esta población pero que sin embargo no se han medido de manera adecuada aún cuáles son sus repercusiones a nivel de atención, como pretende hacerlo esta tesis.

1.5 Objetivos

General: Determinar la asociación entre el síndrome de burnout y la empatía en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Específicos:

1. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y la edad en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016
2. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y el sexo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016
3. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y tener pareja en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016
4. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y las horas de estudio por semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016
5. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y las horas de trabajo por semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016
6. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y las horas de guardia por semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016
7. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y vivir solo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

8. Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y la carrera en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

1.6 Hipótesis:

Hipótesis alterna: Existe asociación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y la empatía en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Hipótesis nula: No existe asociación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y la empatía en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas

Empatía

Definición:

Fuera del campo de la medicina, la empatía es un modo de conocimiento que implica específicamente sentimiento emocional. Los principales educadores médicos definen la empatía como una forma de cognición individual.

Los médicos reconocen que no pueden realmente superar todas las emociones. Sin embargo, se esfuerzan para ver las emociones de los pacientes de forma objetiva. Sin embargo, la función de la empatía no es para etiquetar estados emocionales, sino para reconocer lo que se siente al experimentar algo, por eso es necesaria la empatía, incluso cuando es bastante obvio que el paciente manifiesta sus emociones con preocupación ²⁹.

Maneras específicas de que las emociones contribuyen a la empatía

La importancia de la sintonización no verbal socava seriamente el modelo de empatía. Sin embargo, lo que queda por aclarar es exactamente lo que implica esa sintonización. Si la empatía requiere experimentar emociones en paralelo con cada paciente, esto sería absurdamente exigente. Además, los internistas generales no tienen el tiempo que los psicoterapeutas tienen para centrarse en las emociones. La empatía no requiere que los médicos experimenten e introspeccionen sobre las emociones de los pacientes. La atención del médico no debe ser desviada indebidamente a la introspección. Todo el punto de la empatía es centrar la atención en el paciente, un oyente que estaba ocupado teniendo sus propias emociones paralelas e introspección sobre ellos tendría el enfoque equivocado ^{29,30}.

La sintonía emocional opera formando lo que se imagina acerca de la experiencia de otra persona, al tratar de imaginar lo que el paciente está pasando, los médicos a veces se encuentran razonando, esto no es una actividad adicional a la imaginación, sino más bien una especie de telón de fondo involuntario, además, la empatía no es una habilidad profesional especial, sino una parte de la comunicación ordinaria, como ejemplo general, cuando una

persona escucha a un amigo ansioso, se pone ansioso, mientras que habla con un compañero de trabajo, uno siente sensaciones pesadas, deprimidas, entre otras ^{30,31}.

La habilidad profesional especial de la empatía tiene como objetivo imaginar cómo se siente estar en la situación de otra persona, fuera de la medicina, imaginar cómo se siente una experiencia es similar a soñar despierto o fantasear, una emoción o estado de ánimo establece el tono del escenario imaginado. En la práctica clínica, el desafío consiste en utilizar la afinación hábil, no en la fantasía, sino en interacciones clínicas múltiples, rápidas y ordinarias. Por ejemplo, si una paciente dice que ha dejado de tomar su medicación, la empatía implica tomar señales de su tono, esta paciente puede estar enojada por los efectos secundarios, o puede estar optimista, y ver la medicación como innecesaria porque no se siente enfermo, o puede ver la medicación como inútil porque se siente desesperada por estar bien. En cada caso, el médico debe dirigirse al paciente más o menos apropiadamente dependiendo de las emociones del paciente ³¹.

La empatía implica el razonamiento asociativo

En primer lugar, la sintonía emocional ayuda a los médicos a apreciar los significados personales de las palabras de los pacientes. Las emociones guían el pensamiento uniendo una idea a otra de manera "asociativa": además de pensar lógicamente, vinculamos ideas que tienen similitudes afectivas, sensoriales y experienciales. Lo que los médicos dicen a los pacientes tiene significados asociativos y lógicos. Por ejemplo, un paciente puede tomar el término "enfermedad articular degenerativa" para significar que se está cayendo a pedazos. Por supuesto, un médico independiente puede reconocer este significado de la palabra degenerativa, sin embargo, un médico emocionalmente afinado tiene una capacidad adicional de darse cuenta de qué palabras son particularmente fuertes para un paciente en particular. Junto a los significados lógicos que se transmiten en las conversaciones está un flujo continuo de significados asociativos o emocionales. Mediante la sintonización con otra persona, uno sigue este flujo con mucha más facilidad que si uno tratara de llegar a todo este significado a través de hacer preguntas y consultar listas de

verificación. La escucha activa no necesita ser una tarea agregada, los médicos pueden hacer uso de lo que ya notan, pero han aprendido a no prestar atención²⁹.

Guía de ayuda de las emociones y mantener la atención en lo que es humanamente significativo

En segundo lugar, las emociones en que los médicos se centran y mantienen su atención es en lo que causa que el paciente esté ansioso, por ejemplo un médico que ve a un paciente que sufre de dolores de cabeza y fatiga, cuando se le pregunta sobre su vida en casa, el paciente dice que todo está bien, sin embargo, algo sobre el lenguaje corporal del paciente, tal vez una mirada evasiva puede preocupar al médico, viendo la ansiedad del paciente, es más probable que el médico disminuya su velocidad en este punto de la historia y recoja más información³⁰.

El escéptico podría preguntar, ¿no puede un médico desapegado, pero completo, notar la mirada del paciente? La respuesta es sí, por supuesto. Sin embargo, sería difícil para el médico más minucioso pero no intuitivo observar y atender conscientemente las docenas de señales que tienen importancia emocional en cada entrevista con el paciente. La sintonía emocional dirige espontáneamente la atención a algunos aspectos de la historia del paciente sobre otros³¹.

El neurocientífico Antonio Damasio y el filósofo Ronald de Sousa describen este enfoque y fascinación de la atención como necesaria porque los seres humanos son tan cognitivamente complejos que los acontecimientos de la vida cotidiana implican demasiadas cosas posibles a las que prestar atención. Las tareas cognitivas que enfrentan los médicos son al menos tan complejas como las tareas de la vida cotidiana, y la lógica por sí sola no puede determinar qué asuntos son más importantes a los que prestar atención. La sintonización no verbal orienta automáticamente la atención hacia asuntos que tienen significado emocional para el paciente. Por supuesto, tales intuiciones de ninguna manera suplantán la historia completa tomando y prestando atención a otras pistas

clínicas. Más bien, la resonancia ofrece atajos, cuyos caminos aún necesitan ser revisados de manera sistemática ³⁰.

La empatía facilita la confianza y la divulgación y puede ser directamente terapéutico

Una tercera contribución relacionada de la empatía es que facilita la confianza del paciente y la divulgación. Los médicos expresan su empatía no sólo por comprender los significados personales de las palabras de los pacientes, sino también por (automáticamente) emparejar el estilo no verbal de los pacientes, por ejemplo, sus tonos vocales. Cuando los médicos sintonizan a los pacientes de manera no verbal, los pacientes se sienten más cómodos y dan historias más completas ²⁹.

Además, existe un creciente cuerpo de evidencia que sugiere que la empatía mejora directamente la eficacia terapéutica. La comunicación comprometida se ha relacionado con la disminución de la ansiedad del paciente y, para una variedad de enfermedades, la disminución de la ansiedad se ha relacionado con efectos fisiológicos y resultados mejorados. Un panel de expertos sobre cómo los médicos dan malas noticias concluyó que los pacientes lidian mejor en el largo plazo si sus médicos son empáticos³¹.

El escéptico podría preguntarse por qué es importante si los médicos responden emocionalmente si sólo se comportan empáticamente.

La respuesta a esto es triple ³¹:

- 1) Los estudios observacionales muestran que los pacientes sienten si los médicos están emocionalmente en sintonía.
- 2) Los pacientes confían en los médicos que responden a su ansiedad con su propia preocupación sensible. La confianza se ha asociado con una mejor adherencia al tratamiento.

3) Importa cuándo y cómo los médicos preguntan a los pacientes acerca de sus sentimientos, y la afinación empática guía a los médicos sobre cuándo hacer preguntas, cuándo callar y cuándo repetir palabras importantes.

La empatía hace ser un médico más satisfactorio

Por último, la empatía hace que la medicina práctica sea más significativa. Muchas narraciones médicas atestiguan esto. También hay algunas investigaciones que apoyan esta afirmación, aunque existen hipótesis alternativas que podrían explicar los hallazgos. Por ejemplo, Roter et al. Robert Coles, escribiendo sobre William Carlos Williams como él mismo, dice que durante los momentos de conexión empática, el verdadero significado de la práctica médica se ilumina repentinamente en términos de significados personales ocultos. Los médicos que permiten que sus pacientes los trasladen enriquecen su propia experiencia profesional ³¹.

¿La empatía es práctica?

La empatía es una forma experiencial de captar los estados emocionales de otra persona. La empatía es una actividad "perceptual" que opera junto con la investigación lógica. Mientras los médicos continúen ejerciendo sus habilidades de razonamiento objetivo para investigar sus intuiciones empáticas, la empatía debe mejorar el diagnóstico médico en lugar de restarle valor. Además, la empatía mejora la comunicación entre el paciente y el médico y la confianza, y por lo tanto la eficacia del tratamiento ^{29,31}.

Las emociones generalmente están fuera del control inmediato de las personas. ¿Cómo pueden los médicos confiar de forma fiable en los pacientes hacia quienes naturalmente sienten emociones pequeñas o incluso negativas? A veces la comunicación emocional llega fácilmente, sin embargo, los médicos ocupados, sobrecargados de trabajo pueden encontrar tales respuestas ausentes ³⁰.

Un camino para educar a los médicos empáticos es animar a los alumnos a mantener su curiosidad natural sobre la vida de sus pacientes. Los médicos aprenden a suprimir la curiosidad para tener historias rápidas y estandarizadas.

Charon, Coles y otros han fomentado la curiosidad animando a los aprendices a escuchar y luego contar a los pacientes los relatos en primera persona de la enfermedad. Una vez ocupados en la práctica, los médicos previamente capacitados para escribir historias narrativas podrían escuchar con más precisión las palabras de los pacientes ³¹.

Barreras a la empatía.

- En primer lugar, la ansiedad interfiere con la empatía. La presión del tiempo se invoca como una barrera concreta a la escucha de los pacientes, pero probablemente funciona más como una barrera psicológica, haciendo a los médicos ansiosos. Esto se puede abordar en parte mostrando a los médicos que escuchar puede hacer que la atención sea más eficiente. Por ejemplo, por lo general, toma menos de noventa segundos para que un paciente hable sin interrupción al comienzo de una entrevista y esto ayuda a establecer el tono de la confianza y la revelación. Más generalmente, para abordar las ansiedades que acompañan al doctorado, la cultura del desapego tiene que cambiar, alentando a los médicos a reconocer y buscar apoyo para sus propias necesidades emocionales ³¹.

- Una segunda barrera para la empatía es que muchos médicos aún no ven necesidades emocionales de los pacientes como un aspecto fundamental de la enfermedad y el cuidado. La investigación muestra que los médicos que regularmente incluyen las dimensiones psicosociales de la atención se comunican mejor en general. Los médicos pueden ser educados para percibir las necesidades psicosociales como importantes ³¹.

- Una tercera barrera para la empatía viene de las emociones negativas que surgen cuando hay tensiones entre los pacientes y los médicos. Los médicos que se sienten enojados con los pacientes y sin embargo encuentran esos sentimientos inaceptables enfrentan barreras para pensar en la perspectiva del

paciente. A todos los médicos se les puede enseñar a tolerar y aprender de sus propios sentimientos negativos en la forma en que se les enseña a los residentes de psiquiatría a prestar atención a la contra-transferencia ³¹.

2.2 Definición de términos

Empatía: Grupo de constructos que contienen los procesos de colocarse en el lugar del otro y de reacciones afectivas y no afectivas. En el ámbito de la atención de salud se delimita como una propiedad cognitiva que ciñe un entendimiento de experiencias, preocupaciones y perspectivas propias del paciente como persona, junto con el poder de dar a entender esta comprensión al paciente.

Síndrome de burnout: El síndrome de burnout es una condición negativa que consiste en la existencia de una respuesta dilatada de estrés en el cuerpo humano ante los estímulos estresantes emocionales e interpersonales que se generan en el ambiente laboral, la cual incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

2.3 Antecedentes:

1. Una tesis publicado el 2015 por Yuguero Torres y cols. titulada Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas, realizado en Lleida, España. Donde por medio del estudio descriptivo en médicos de familia se concluyó que la empatía está asociada con los niveles de burnout. Los profesionales más empáticos tienen mejor control de enfermedades como la hipertensión arterial y realizan una mejor prescripción farmacéutica. Además, los profesionales más empáticos prescriben mayor número de bajas laborales. ³²
2. Un estudio publicado el 2016 por Blaco Jimenez y cols. titulada Síndrome de Burnout: Estudio de la Prevalencia y Factores de Riesgo en los Profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Ávila, realizado en España. en el estudio donde se realizó un estudio epidemiológico transversal y descriptivo dirigido a todo el personal de enfermería de esta Área de Salud donde se

encontró un nivel moderado de Burnout en el personal de enfermería encuestado. Del 6% que presentaron Burnout grave, el 43% eran hombres y el 57% mujeres, todos estaban casados, ninguno fumaba y todos trabajaban en el medio rural. A su vez constatamos que, el padecer ansiedad o depresión predisponía a tener un alto agotamiento; trabajar en el medio rural y no hacer guardias, a tener alto grado de despersonalización; y que ser interino no implicaba desarrollar una baja realización personal ³³.

3. Una tesis publicado el 2013 por Ruiz Díaz y cols. titulada Satisfacción Laboral y Síndrome de Burnout entre el personal de un Policlínico y en el de una Comunidad Local de Administración de Salud, distrito La Victoria, Chiclayo – 2012, realizada en Chiclayo, Perú. en su tesis complementó el estudio indicando el nivel en que se halló al personal, respecto a cada variable. Para ello, se aplicaron dos instrumentos a 92 trabajadores, la Escala de Satisfacción Laboral de Palma y el Inventario Burnout de Maslach, simultáneamente una encuesta y un consentimiento informado. La investigación arrojó que no existe diferencia entre el personal de ambas instituciones de salud en relación a ambas variables, hallándose niveles regulares de satisfacción laboral en las dos poblaciones y niveles bajos de síndrome de burnout, el cual no guarda relación con otras investigaciones ³⁴.
4. Un estudio publicado el 2011 por Ayala Cervantes y cols. titulada Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión setiembre 2011, realizado en Lima, Perú. Se realizó un tipo de estudio observacional y transversal y se aplicó el cuestionario Maslach y de factores de riesgo asociado al síndrome de burnout de manera anónima a residentes de anestesiología y anestesiólogos programados en el rol de setiembre y que aceptaron participar en el estudio. Encuestándose en total 20 médicos de los cuales solo 17 tuvieron cuestionario completo y encontrándose a 2 de ellos (10%) con síndrome de burnout por lo que se concluye que este síndrome es prevalente en el departamento de anestesiología del hospital encontrándose que los encuestadores presentan “fenómenos compensatorios” protectores para el síndrome de burnout y también puede existir un sub registro importante ³⁵.
5. Un estudio publicado el 2013 por Yuri Gonzales y cols. titulada Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio del año 2012 donde se

realizó una revisión documental y bibliográfica durante marzo de 2010 y enero de 2012, realizado en Cuba. Donde las bases de datos consultadas fueron Medline y Cochrane mediante PubMed. Se concluyó que existen muy pocos estudios del burnout aplicado a los estudiantes universitarios de pregrado, y no se define y diferencia el síndrome en este tipo de estudiantes con respecto a los grupos de nivel medio, medio superior y de postgrado en Cuba e internacionalmente ³⁶.

6. Un estudio publicado el 2016 por Maticorena-Quevedo y cols. titulada Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014, realizado en Perú. Es un estudio transversal y descriptivo basado en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud del año 2014 (ENSUSALUD-2014) que cuenta con un muestreo probabilístico bietápico. El síndrome de burnout fue identificado mediante el Maslach Burnout Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS) utilizando diferentes puntos de corte para establecer su prevalencia: valores predeterminados, terciles y cuartiles. Y encontró que de los 5062 profesionales de salud, 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, 46,0% pertenecían al MINSA y 23,1% laboraban en Lima. Se obtuvo una prevalencia global del SB de 2,8% (IC95%: 2,19-3,45) usando valores predeterminados; 7,9% (IC95%: 6,93-8,95) para puntos de corte según cuartiles; y 12,5% (IC95%:11,29-13,77) usando terciles. La prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras, independientemente del punto de corte usado (3,7% vs 2,1% en valores predeterminados; 10,2 vs 6,1% con cuartiles, y 16,2 vs 9,5% mediante terciles). Se concluyó que la prevalencia del síndrome en personal sanitario es distinta en una misma población, según se utilicen los distintos puntos de corte descritos. Se recomienda el uso de los valores predeterminados por el creador del instrumento, hasta obtener puntos específicos para el Perú.
7. Un estudio publicado el 2010 por Estela-Villa y cols. titulada Prevalencia de síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. Es un estudio transversal con los estudiantes de medicina del séptimo año de la UPCH (n=117) durante diciembre del 2010 y se encontró una prevalencia de SBO de 57,2% (n=59). Más de la mitad de la población presentó niveles medio o alto en despersonalización (DP) (68,9% [n=71]) y agotamiento

emocional (AE) (67% [n =69]) y aproximadamente un tercio de los estudiantes tuvieron baja realización personal (RP) (35% [n=36]). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y laborales estudiadas y la presencia de SBO. La presencia de enfermedad mental se asoció a niveles altos de DP y AE, mientras la ausencia de actividades extracurriculares se asoció a elevados puntajes en AE. Se concluyó que el SBO estuvo presente en más de la mitad de los internos de medicina de la UPCH. La presencia de enfermedad mental y ausencia de actividades extracurriculares se asociaron a las dimensiones del SBO ³⁷.

8. Un estudio publicado el 2005 por Gomero Cuadra y cols. titulada El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto, realizado en Perú. Que fue un estudio transversal donde se entregó el Maslach Burnout Inventory al personal sanitario de los hospitales de una empresa minera del sur de Perú, previa explicación del estudio y se recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a)s, 35 enfermero(a)s y 21 auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). Por lo que se concluyó que en la población estudiada encontramos un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además concluimos en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas ³⁸.
9. Un estudio publicado el 2013 por Cáceres-Mejía y cols. titulada Factor analysis of the «Questionnaire for the evaluation of occupational burnout syndrome» in peruvian medical students, realizado en Perú. Que fue un estudio observacional, analítico de corte transversal en una muestra de 71 estudiantes de medicina que cursaban el último año de la carrera (interno médico) en un hospital público en Lima, Perú. En el cual se desarrolló un análisis factorial exploratorio para establecer la estructura de las dimensiones con mejor ajuste a los datos. Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para explorar la asociación entre síndrome de

quemarse por el trabajo con el sexo y la rotación clínica en la que se encontraban (ginecología-obstetricia, cirugía, pediatría y medicina interna). Y se encontró que el análisis factorial exploratorio halló que el modelo con 2 dimensiones explicaba mejor la variabilidad de los datos (61,8% de la varianza). Estas 2 dimensiones se denominaron desgaste e ilusión. La regresión lineal mostró que el sexo y la rotación clínica actual no estuvieron asociados a ninguna de estas dimensiones ($p > 0,05$). La ilusión estuvo inversamente asociada al desgaste, inclusive después de ajustar por sexo y rotación clínica actual ($p = 0.007$; $\beta = -0,33$). Se concluyó que la información contenida en el CESQT se resume en 2 dimensiones altamente correlacionadas: ilusión y desgaste. Esta estructura es establecida independientemente del sexo y la rotación clínica que cursaban los alumnos

- 39.
10. Una tesis publicado el 2014 por Jaime Cárdenas y cols. titulada Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo 2013-2014, realizado en Perú. El cual es un estudio tipo descriptivo, comparativo, de corte transversal. La población fueron todos los Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. La información fue obtenida a través de la aplicación de Maslach Burnout Inventory (MBI), la cual es una encuesta validada para Estudios de Burnout en sujetos pertenecientes a personal de áreas en salud. Se encontró que del total de internos con agotamiento emocional medio el 51.5% pertenecen al grupo de internos que han concluido el año; así mismo, se observa que del total de internos con agotamiento emocional alto, el 35.7% pertenecen al grupo que han concluido el año. Con respecto a la realización personal, se aprecia que del total de internos en estudio con realización personal medio (64) el 50% pertenecen al grupo de Internos que han concluido el año; además, del total de internos con realización personal bajo (134) el 49.3% pertenecen al grupo que han concluido el año. Respecto a la despersonalización, se observa que del total de internos con despersonalización alta, el 59.8% pertenecen al grupo que han concluido el año, mientras que del total de internos con despersonalización media, el 34.5% pertenecen al grupo de Internos que han concluido el año. Respecto al Síndrome de Burnout, del total de internos con Síndrome de Burnout medio (186) el 47.3% pertenecen al grupo de Internos

que han concluido el año; también se observa que del total de internos con Síndrome de Burnout alto, el 75% pertenecen al grupo que han concluido el año. Adicionalmente, la dimensión más afectada en los internos al concluir el año se observan la despersonalización y la realización personal. Para el caso de los internos que inician el año, las dimensiones más afectadas son la realización personal y el agotamiento emocional. Finalmente, no se encontró diferencias significativas en cuanto al sexo y los niveles de Burnout en ninguno de los dos grupos de estudio. Se encontró diferencias significativas entre los niveles de Burnout y sus dimensiones entre los dos grupos de estudio, lo cual sugiere tomar medidas correctivas durante el proceso de realización del internado. No se encontró el sexo como un factor relacionado al nivel de Burnout ⁴⁰.

11. Un estudio publicado el 2014 por Yslado M. y cols. titulada Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos-organizativos en profesionales de salud. Hospitales del callejón de Conchucos, Ancash, Perú - 2012, realizado en Ancash, Perú. Que fue un estudio transversal Se evaluó a 76 profesionales de salud (médicos, enfermeros, obstetras, odontólogos, psicólogos, químico farmacéuticos, tecnólogos médicos, nutricionistas y bióloga), de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 59 años de edad. Se utilizó el cuestionario "Síndrome de Burnout en profesionales de la salud de la DIRES Ancash. 2012" e Inventario Burnout de Maslach-MBI (1997). Los resultados mostraron, que la mayoría de los profesionales de salud (57.9%) presentan Síndrome de Burnout fase inicial, el 14.5% SB fase intermedia y el 27.6%, SB en la fase final (estrés laboral crónico alto) y hubo diferencias significativas entre los porcentajes de la fase inicial y final ($p < 0.05$). Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), entre los factores sociodemográficos (no tener vivienda propia) y organizativos (frecuencia de órdenes contradictorias de parte del jefe inmediato, no contar con apoyo informativo, emocional, instrumental y otros, de parte de los compañeros de trabajo y no realizar actividades recreativas, de esparcimiento o descanso en horas y días libres fuera del hospital), con la mayor frecuencia de SB (fase final) ⁴¹.
12. Un estudio publicado el 2014 por Arteaga-Romani y cols. titulada Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud, realizado en Ica, Perú donde se realizó un estudio transversal en una muestra de 238 trabajadores

seleccionados por muestreo aleatorio simple, del HSMSI y que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado. Se usó la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI). Y se encontró que la prevalencia de síndrome de burnout fue de 3,78% (9 casos) y 229 casos (96,22%) se encuentran en riesgo de tener este problema. Se halló diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes promedio en relación con la ingesta de medicamentos ($p < 0,05$) ($p = 0,045$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total según sexo ($p = 0,815$), morbilidad crónica ($p = 0,167$), estado civil ($p = 0,773$), grado de instrucción ($p = 0,174$), profesión ($p = 0,406$), grupo ocupacional ($p = 0,063$), condición laboral ($p = 0,595$), las diferentes áreas de trabajo ($p > 0,05$) ni la percepción del ambiente laboral por parte del personal del nosocomio ($p = 0,155$). Por lo que se concluyó que existe baja prevalencia de síndrome de burnout en el personal; sin embargo, la mayoría está en riesgo de padecerlo. La ingesta de medicamentos se asocia a la presencia de este síndrome ⁴².

13. Un estudio publicado el 2015 por Ortega Torres titulada Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, realizado en Lima, Perú. Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza con internos de medicina que laboraron en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2014. Los autores aplicaron una encuesta conteniendo el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y características de los participantes como sexo y edad. Y encontraron que de los 87 encuestados, 49.43% fueron varones y 50.57% mujeres. La edad promedio fue de 26 ± 2.28 años. El 48.28% presentó agotamiento emocional alto, 56.32% despensalización alta y 8.05% baja realización personal ⁴³.
14. Un estudio publicado el 2015 por Sabogal Silvestre y cols. titulada Estilo de vida y síndrome de burnout en trabajadores de la salud de una clínica privada de Lima, realizado en Lima, Perú. Que fue un estudio de diseño no experimental y de alcance descriptivo-correlacional, donde se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory y el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS -I). Y se encontró que los resultados indican que no existe relación significativa entre estilo de vida y síndrome de burnout ($\chi^2 = 2,859$;

$p > 0,05$), con respecto al agotamiento emocional se encontró que no existe relación significativa con el estilo de vida ($r = -,104$; $p > 0,05$), de igual manera con la dimensión despersonalización no se halló relación significativa ($r = ,115$; $p > 0,05$). Finalmente, se encontró que existe relación significativa entre estilo de vida y la dimensión realización personal ($r = ,232$, $p \leq ,05$)⁴⁴.

15. Un estudio publicado el 2016 por Silva Álvarez y cols. titulada Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre – diciembre 2015, realizado en Lima, Perú. Donde se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico de corte transversal y de fuente de información prospectiva, la población fue la totalidad de personal médico que labora en el área crítica del hospital San José, de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. Tomándose en cuenta como personal médico a asistentes, residentes e internos de los cuales se estudiaron en total a 64 personas dentro de las cuales fueron 28 internos, 16 residentes y 20 asistentes de diversas áreas críticas como medicina, cirugía, gineco obstetricia, pediatría y shock trauma. Se halló una prevalencia del síndrome de Burnout en el 7.8% del personal estudiado, también que existe un 29.7% de personal con niveles altos de “cansancio emocional”, 39.1% con niveles altos de “despersonalización” y un 37.5% con niveles altos de “realización personal”. Asimismo no se encontró asociación estadísticamente significativa de las variables sociodemográficas sobre el síndrome de Burnout, también se encontró que el personal estudiado del servicio de medicina fue el que presentó el más alto nivel de “cansancio emocional” con 36.8%, “despersonalización” con 36.0% y “realización personal” con 50.0%, así mismo este servicio fue el que presentó los niveles más bajos de “cansancio emocional” con 39.3% y “despersonalización” con 42.9%. por otro lado el personal estudiado del servicio de cirugía fue el que presentó niveles más altos de despersonalización junto con el de medicina con 36.0%, asimismo presentó los niveles más bajos de realización personal. Se concluyó que el personal médico del área crítica del hospital San José presentó un leve prevalencia del síndrome de Burnout, asimismo presentan un gran porcentaje de “cansancio emocional”, “despersonalización” y realización personal. Además el personal del servicio de medicina tiene los niveles más altos de

“cansancio emocional”, “despersonalización” y “realización personal”, el personal del servicio de cirugía comparte los niveles más altos de “despersonalización” con medicina, y ella sola tiene los niveles más bajos de “realización personal”.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio:

Se realizará un estudio observacional, transversal y analítico

3.2 Operacionalización de variables:

La Operacionalización de variables se puede ver en el Anexo 1.

3.3 Población, muestra y unidad de análisis:

La población está constituida por todos los internos de las carreras de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte, esto incluye las carreras de medicina humana, obstetricia. Estos constituyen un número aproximado de 90 internos.

La unidad de observación son los internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte, se analizó las encuestas hechas a cada uno de ellos.

Se trabajó con toda la población por lo que no se realizó un muestreo.

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión:

Se incluyó a:

- Internos de ciencias de la salud, incluyendo a las carreras de medicina humana, enfermería, nutrición y psicología.
- Internos que acepten formar parte del estudio.
- Internos en pleno uso de sus facultades mentales.

Se excluyó a:

- Internos que voluntariamente pidan no formar parte del estudio después de haber llenado la encuesta.
- Internos que hayan llenado de forma incorrecta o no hayan llenado las variables principales de la encuesta.
- Internos con alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica.

3.5 Procedimiento para la recolección de los datos

La elaboración de esta tesis empezó con la presentación y levantamiento de correcciones del presente proyecto de tesis a los responsables pertinentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, una vez hecho

esto, se procedió a solicitar la autorización de la misma. Enseguida, se solicitaron los permisos necesarios en la misma sede del Hospital de Vitarte, donde se recolecto los datos.

Se hizo una visita previa donde se reconocerá el Hospital y los lugares específicos donde se realizó la recolección de los datos. Previa identificación de cada interno según el muestreo realizado, se procedió con el consentimiento verbal mientras se le explica de forma clara y sencilla todo el procedimiento al que fue sometido; en caso de que el interno aceptase, se procedió con la encuesta, la cual fue llenada de manera auto administrada y el encuestador estuvo presente para resolver cualquier duda.

3.6 Instrumentos a utilizar y métodos para el Control de la Calidad de Datos:

Para la medición de la empatía se usó la escala de Jefferson que determina la empatía por autoevaluación y valora 3 factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para ponerse en «los zapatos del paciente»; consiste en una escala tipo Likert con 20 ítems y 7 posibilidades de respuesta cada uno, con una valoración del 1 al 7. El rango posible de puntuación es de 20 a 140. A mayor puntaje, mayor empatía y viceversa. Este test fue validado en estudiantes de medicina de México⁴⁵.

Para medir la prevalencia y el grado de severidad del síndrome de Burnout se aplicó el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) validado a población hispana. El MBI se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en un individuo. Con una validez es de 0.86 y su confiabilidad va de 0.84 a 0.89 según diversos estudios ⁴⁶. Ha sido utilizado y validado en estudios en internos y estudiantes de medicina chilenos. De la factorización de los 22 ítems resultan 3 factores medibles por medio de escala que se denominan:

Cansancio o Agotamiento emocional (CE): Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.

Despersonalización (DP): Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.

Realización personal (RP): Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

Para el control de calidad de los datos, se usó doble tabulación para revisar puntos discordantes y de esta manera ubicar posibles errores de pasado de datos. Además se excluyó las encuestas con valores extremos.

3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación

El proyecto de tesis aprobado será evaluado por el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma, y una vez aprobado será aplicado para la recolección de datos.

Además, se ha usado un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas. Así como también, un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información. La elección de la población en este estudio debe asegurar que esta es escogida por razones relacionadas con las interrogantes científicas. Por lo tanto se ha incluido en la selección de la población a los que pueden beneficiarse de un resultado positivo

3.8 Análisis de Resultados

Métodos y Modelos de Análisis de Datos según tipo de variables

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizó las técnicas estadísticas descriptivas y analíticas.

En la estadística descriptiva, para las variables cuantitativas, se usó las medidas de tendencia central, sea media o mediana y sus respectivas medidas de dispersión, según sea el caso de una variable normal o no normal; lo cual se supo haciendo la prueba de normalidad de Shapiro Wilk.

En la estadística analítica, Se utilizó pruebas paramétricas (Chi cuadrado o T de student, según sea el caso) y no paramétricas (exacta de Fisher o U de Mann-

Whitney, según sea el caso), dependiendo de la naturaleza de las variables. Se utilizó un $p < 0,05$ como significativo y un intervalo de confianza del 95%.

Programas a utilizar para análisis de datos.

Los programas a utilizar para el análisis de datos de este trabajo son:

- Microsoft Excel
- STATA 11.0

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Con respecto al objetivo general, se encontró que los que tenían Síndrome de Burnout tenían 4,13 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los que no lo tenían, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,001$)

Tabla 1. Empatía y Síndrome de burnout en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Síndrome de Burnout	Si	30	15	45	4.13 (1.61-10.71)	0.001
	No	16	33	49		
	Total	46	48	94		

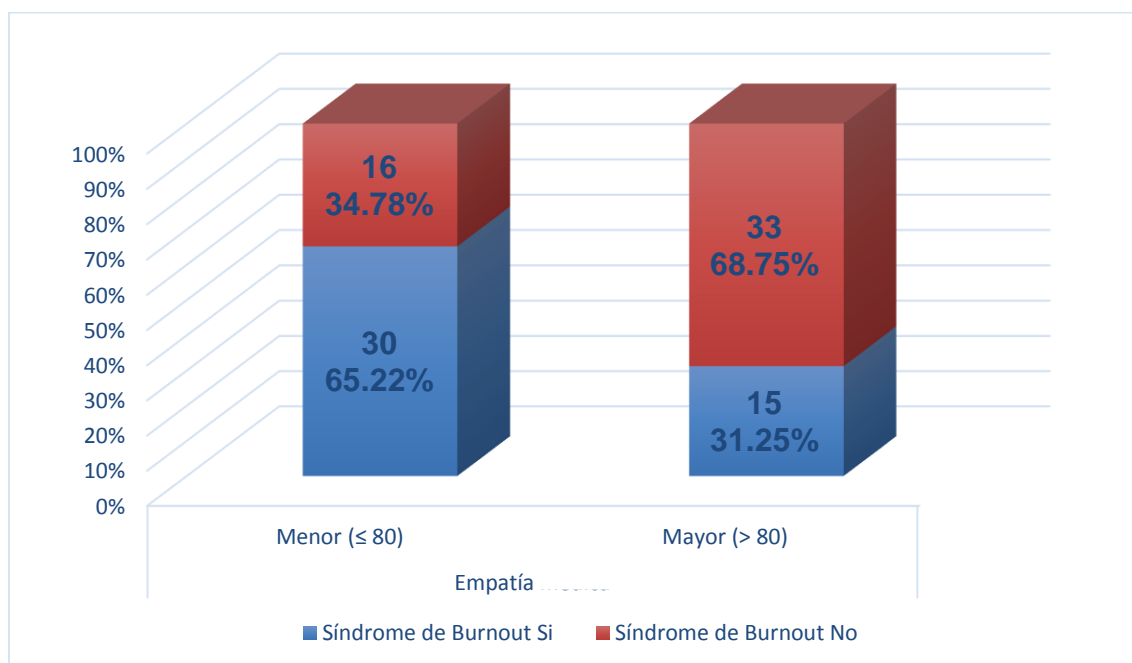


Figura 1. Empatía y Síndrome de Burnout en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 1, se encontró que los que tenían 24 años o más tenían 4,26 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los que no lo tenían, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,025$)

Tabla 2. Asociación entre Empatía y La edad en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor <i>p</i>
		Menor (\leq 80)	Mayor ($>$ 80)			
Edad	24 años o más	43	37	80	4.26 (1.01-25.2)	0.025
	Menor de 24	3	11	14		
	Total	46	48	94		

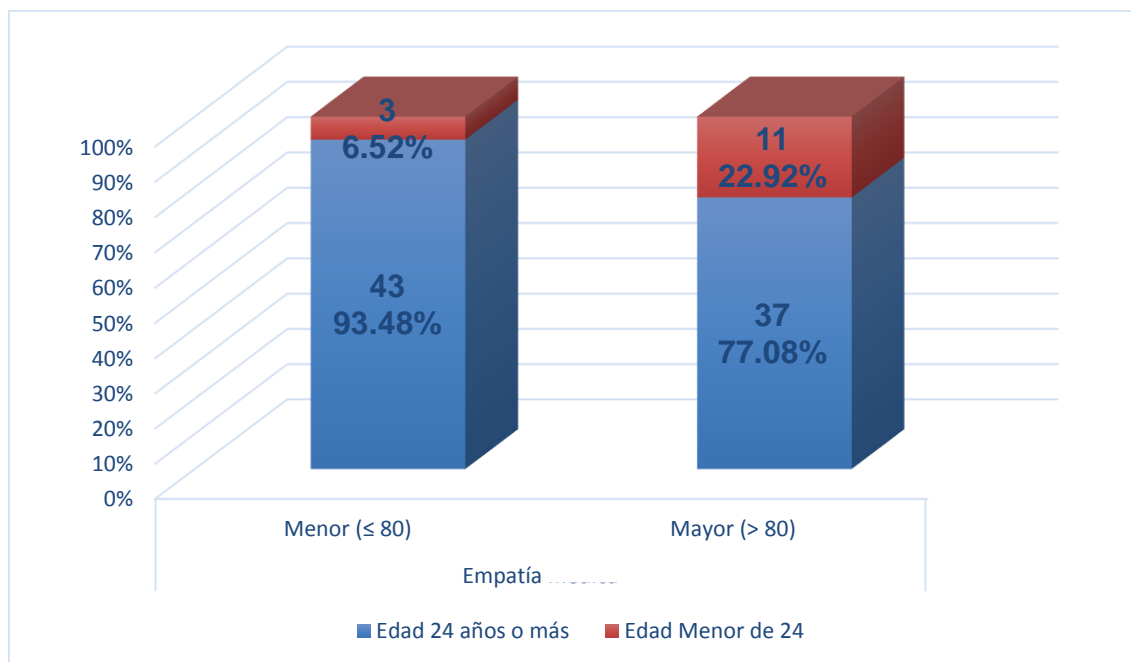


Figura 2. Asociación entre Empatía y La edad en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 2, se encontró que las del sexo femenino tenían 0,29 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los del sexo masculino, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,005$).

Tabla 3. Asociación entre Empatía y el sexo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Sexo	Femenino	11	25	36	0.29 (0.11- 0.76)	0.005
	Masculino	35	23	58		
	Total	46	48	94		

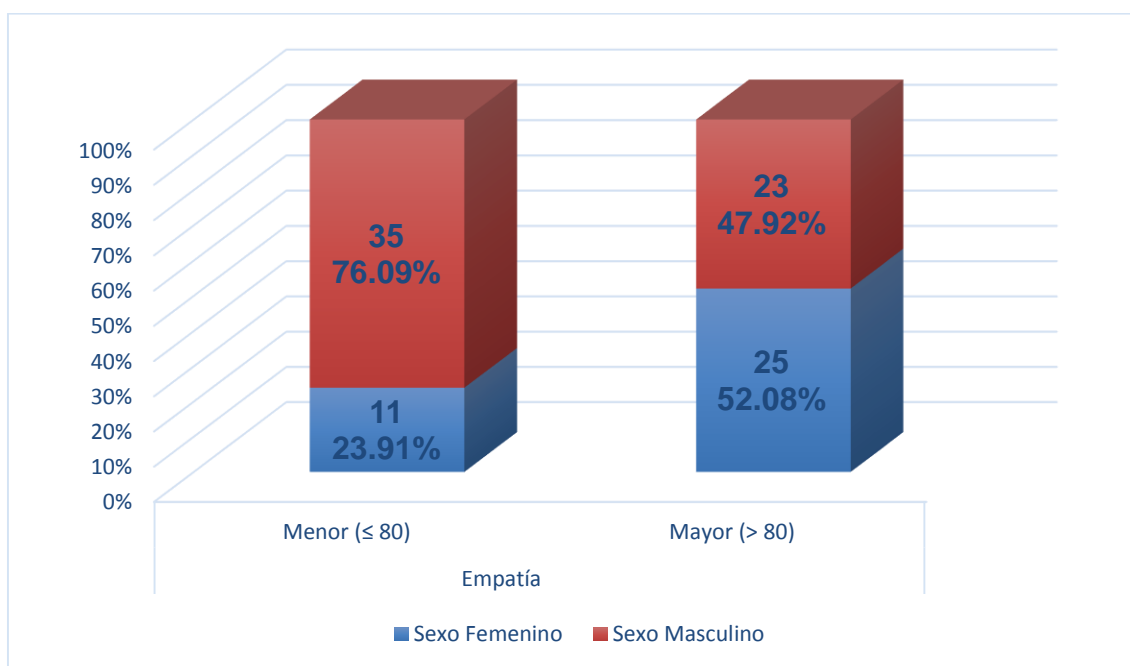


Figura 3. Asociación entre Empatía y el sexo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 3, se encontró que los que tenían pareja tenían 0,13 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los que no tenían pareja, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Tabla 4. Asociación entre Empatía y tener o no pareja en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Tiene pareja	Si	4	20	24	0.13 (0.03-0.47)	0.001
	No	42	28	70		
Total		46	48	94		

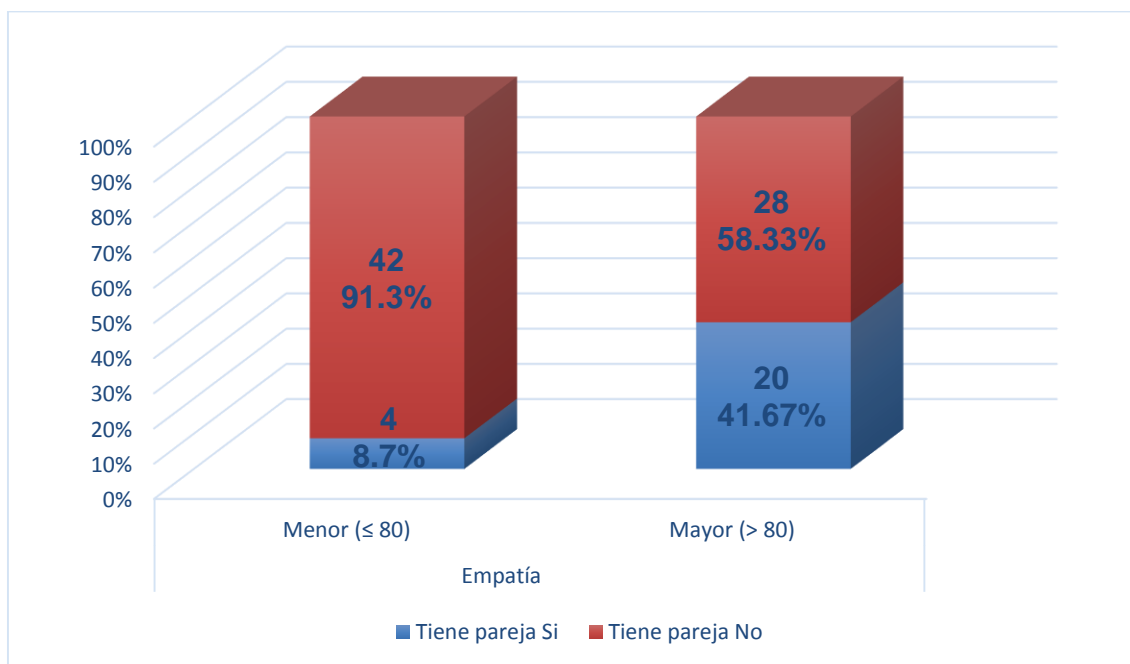


Figura 4. Asociación entre Empatía y tener o no pareja en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 4, se encontró que los que estudiaban 4 horas o más por semana tenían 0,13 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los que no, siendo esta relación no estadísticamente significativa ($p=0,554$).

Tabla 5. Asociación entre Empatía y horas de estudio a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Horas de estudio a la semana	4 o más	26	30	56	0.78 (0.31-1.93)	0.554
	Menos de 4	20	18	38		
	Total	46	48	94		

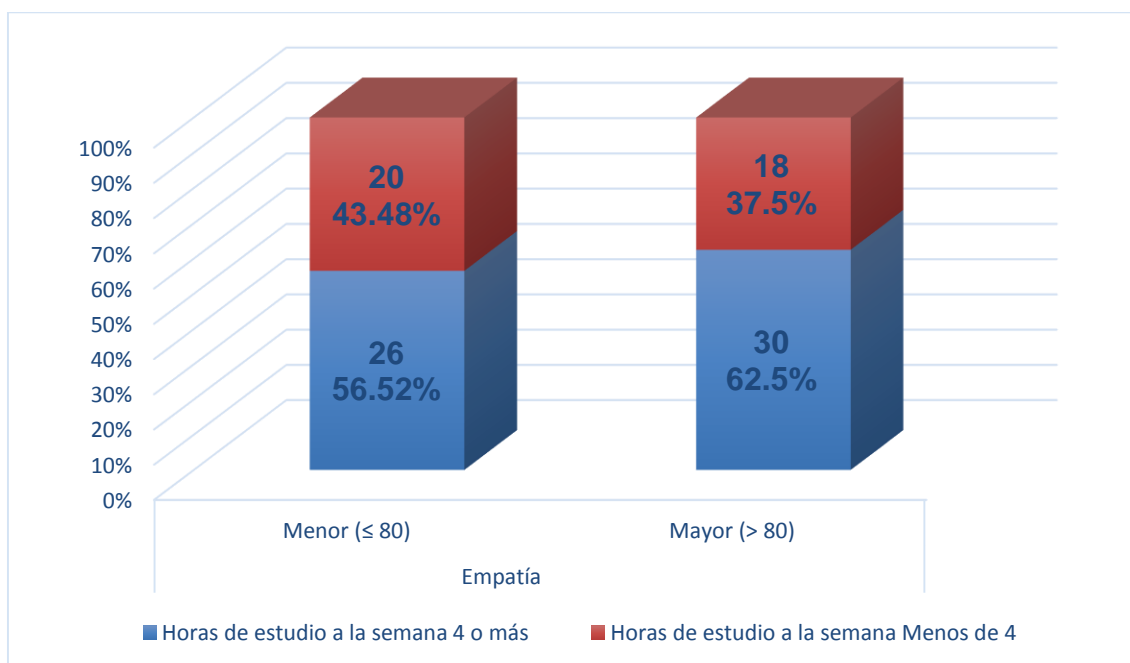


Figura 5. Asociación entre Empatía y horas de estudio a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 5, se encontró que los que trabajaban 50 horas o más por semana tenían 3,87 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los que no, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,002$).

Tabla 6. Asociación entre Empatía y horas de trabajo a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Horas de trabajo a la semana	50 o más	33	19	52	3.87 (1.51-10.11)	0.002
	Menos de 50	13	29	42		
	Total	46	48	94		

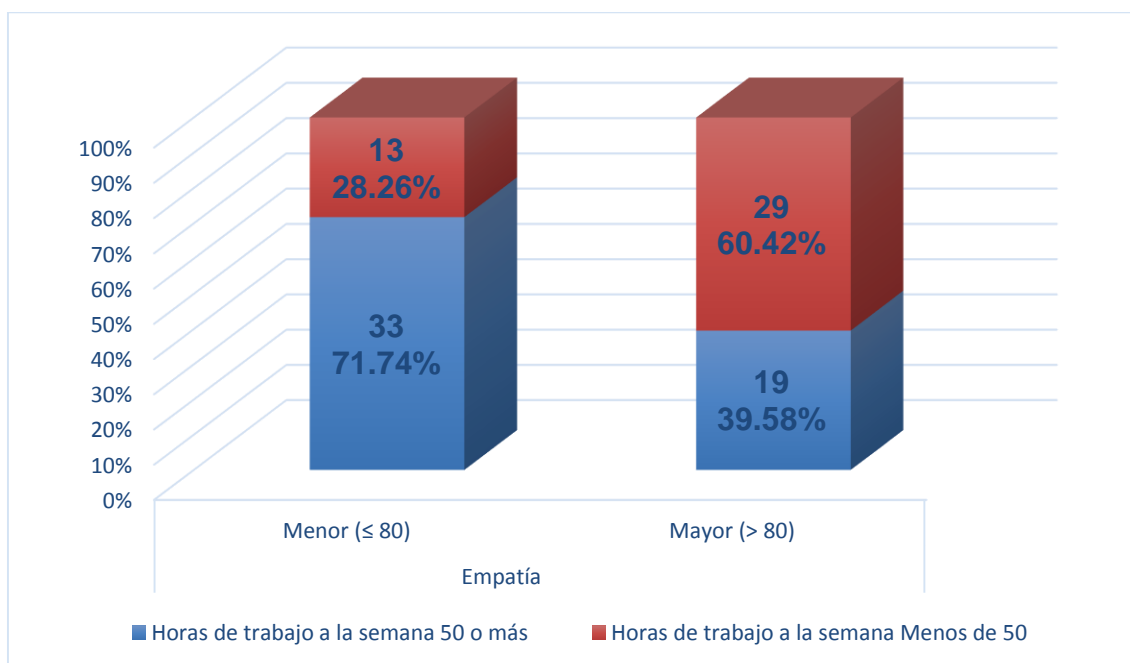


Figura 6. Asociación entre Empatía y horas de trabajo a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 6, se encontró que los que hacían guardia 36 horas o más por semana tenían 3,26 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los que no, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,006$).

Tabla 7. Asociación entre Empatía y horas de guardia a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Horas de guardia a la semana	36 a más	33	21	54	3.26 (1.28-8.47)	0.006
	Menos de 36	13	27	40		
	Total	46	48	94		

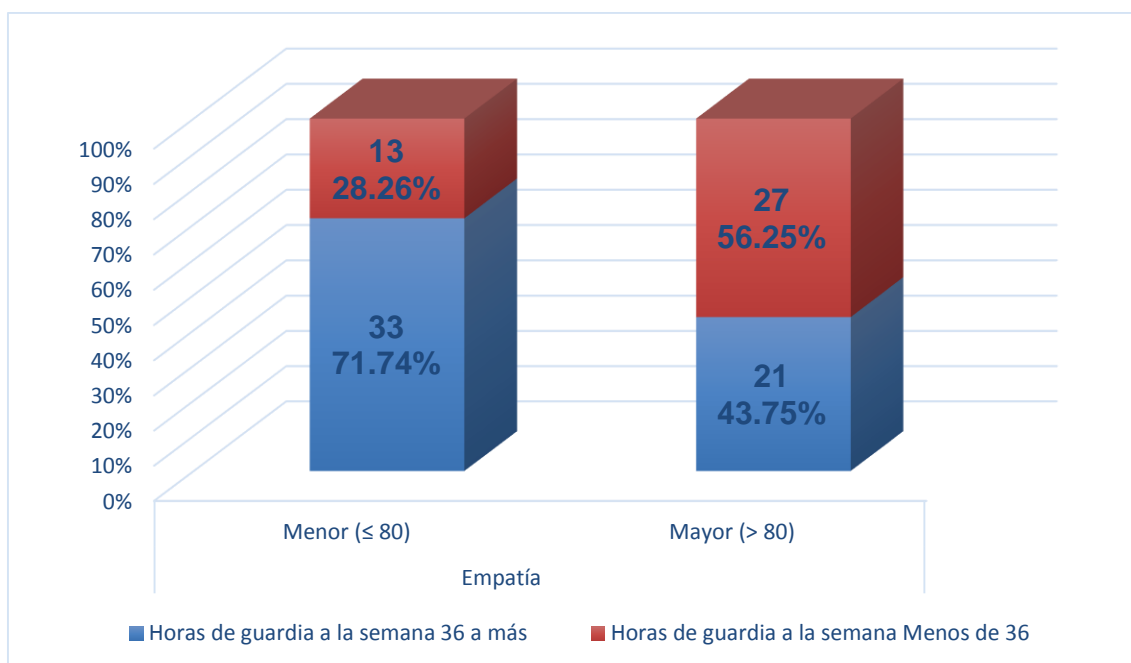


Figura 7. Asociación entre Empatía y horas de guardia a la semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 7, se encontró que los que vivían solos tenían 0,75 veces el riesgo de tener menor empatía frente a los que no, siendo esta relación no estadísticamente significativa ($p=0,621$).

Tabla 8. Asociación entre Empatía y vivir solo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Vivir solo	Si	6	8	14	0.75 (0.2-2.73)	0.621
	No	40	40	80		
	Total	46	48	94		

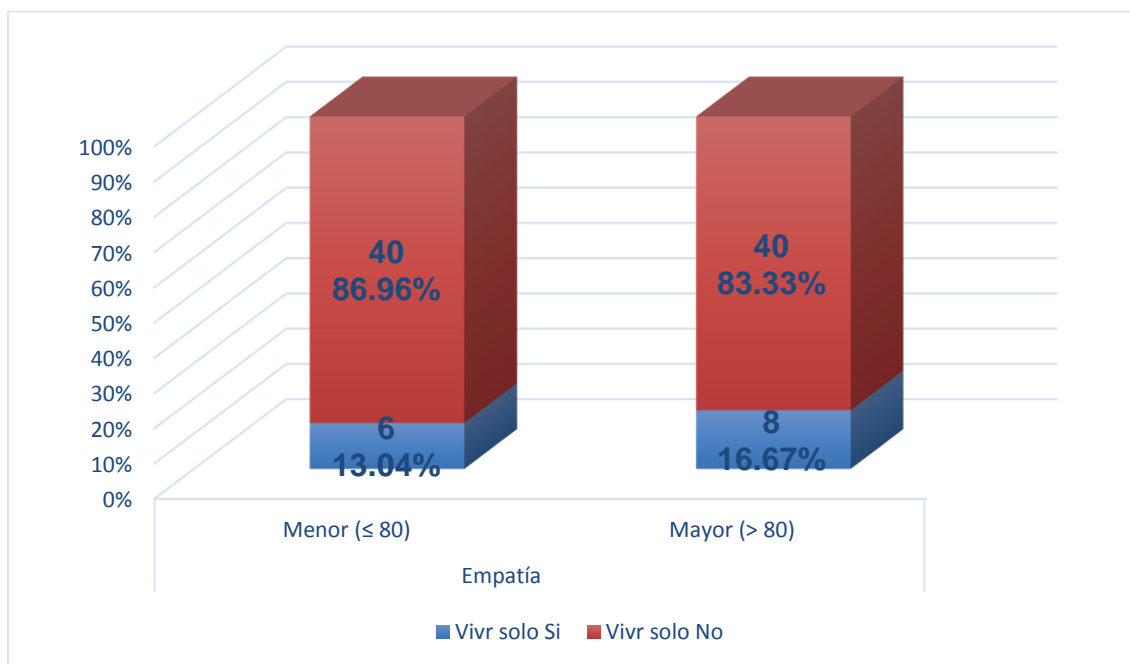


Figura 8. Asociación entre Empatía y vivir solo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Con respecto al objetivo específico 8, se encontró que los de la carrera de medicina tenían 1,4 veces el riesgo de tener menor empatía frente a las de carrera de obstetricia, siendo esta relación no estadísticamente significativa ($p=0,589$).

Tabla 9. Asociación entre Empatía y carrera profesional en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

		Empatía		Total	OR (IC 95%)	Valor p
		Menor (≤ 80)	Mayor (> 80)			
Carrera	Medicina	41	41	82	1.4 (0.35-6.06)	0.589
	Obstetricia	5	7	12		
Total		46	48	94		

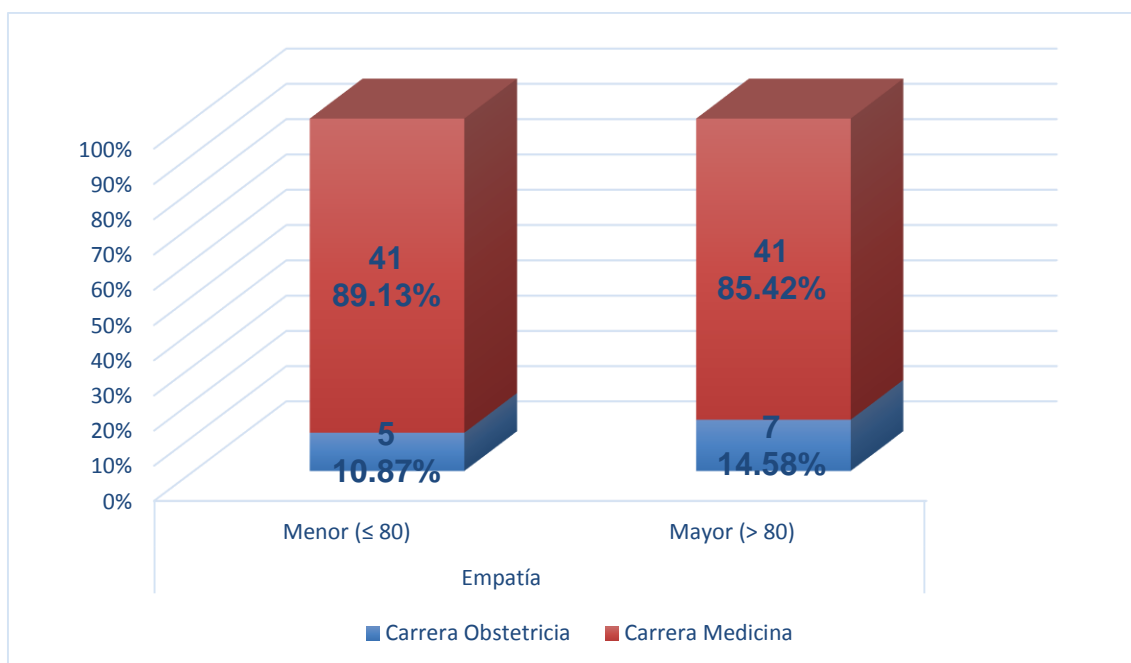


Figura 9. Asociación entre Empatía y carrera profesional en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

A continuación, se presenta un resumen de los factores asociados a la variable dependiente de mi estudio.

Tabla 10. Factores asociados a empatía en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016

Variable		OR	Intervalo de confianza		P
Síndrome de Burnout	Si	4.13	1.61	10.71	0.001
	No				
Edad	24 años o más	4.26	1.01	25.2	0.025
	Menor de 24				
Sexo	Femenino	0.29	0.11	0.76	0.005
	Masculino				
Tiene pareja	Si	0.13	0.03	0.47	0.001
	No				
Horas de estudio a la semana	4 o más	0.78	0.31	1.93	0.554
	Menos de 4				
Horas de trabajo a la semana	50 o más	3.87	1.51	10.11	0.002
	Menos de 50				
Horas de guardia a la semana	36 a más	3.26	1.28	8.47	0.006
	Menos de 36				
Vivir solo	Si	0.75	0.2	2.73	0.621
	No				
Carrera	Medicina	1.4	0.35	6.06	0.589
	Obstetricia				

5.2 Discusión

La relación médico paciente es un elemento importante en la práctica médica y en el arte de sanar, fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente generan problemas de comunicación e insatisfacción en el paciente, en incluso errores en el momento del diagnóstico y tratamiento, mientras mejor sea el entendimiento del médico de lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que éste le ofrezca, de esta manera, la empatía se convierte en el vehículo más importante de la relación médico paciente, pero a pesar de las recomendaciones actuales sobre mejorar esta relación, la empatía sigue siendo un área de investigación poco estudiada ⁴⁷.

En este estudio, según el puntaje de la escala de Jefferson para la empatía, el 65,22% tuvo empatía baja asociada a Sd. de Burnout (SBO), mientras que aquellos que tenían una buena empatía se asociaron a síndrome de Burnout solo en un 31,25%, estos resultados concuerdan con la tesis publicada el 2015 por Yuguero Torres, quien estudio la empatía y Burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria concluyendo que la empatía está asociada con los niveles de Burnout y que además los profesionales más empáticos tienen mejor control de enfermedades como la hipertensión arterial y realizan una mejor prescripción farmacéutica. Además, los profesionales más empáticos prescriben mayor número de bajas laborales³²

La menor empatía estuvo asociada en 76,09% con los varones frente a un 23,91% en las mujeres. En diversos estudios sobre empatía, las mujeres registraron un puntaje superior al de los varones. Se ha dicho que esto se debe a que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los varones y que las mujeres suelen pasar más tiempo con sus pacientes y les ofrecen más atención preventiva y orientada al paciente; las mujeres lo hacen más hacia las medidas de apoyo emocional y el entendimiento que ayudan a reforzar sus relaciones empáticas por el contrario, los varones se inclinan más a menudo a ofrecer soluciones racionales⁴⁷. De la misma manera en un estudio realizado por Montse Esquerda en el año 2014, se encontró que las estudiantes femeninas presentaron mayor empatía; los estudiantes masculinos presentan menor

empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático⁴⁸.

En el 93,48% la empatía baja se asocia a ser mayor de 24 años, por el contrario diversos estudios encontraron que la edad también influyó en los niveles de empatía, fue mayor en internos con mayor edad, esto se puede atribuir a varios factores, incluyendo la falta de modelos de conducta, un gran volumen de materiales para aprender, la presión del tiempo, los factores del paciente y del medio ambiente. En otro estudio se demostró que la tendencia decreciente de nivel de empatía se acentuaba en la transición de un estudiante de medicina al campo de trabajo y que se incrementaba aún más en internos que tenían la responsabilidad principal de los propios pacientes, esto puede ser debido a la mayor carga laboral que la persona va adquiriendo conforme va asumiendo más cargos y responsabilidades. ⁴⁹

Aquellos que estudian más de 4 horas a la semana tuvieron mayor asociación con buena empatía en un 62,5% mientras que el 43,48% de los que duermen menos de 4 horas tuvieron mala empatía y aquellos que trabajaban más de 50 horas a la semana tuvieron mayor asociación a mala empatía en un 71,74%. Aquellos que tuvieron más de 36 horas de guardia a la semana tuvieron mayor asociación a mala empatía en un 71,74%. Un estudio denominado Factores Asociados al Síndrome Burnout En Médicos Y Enfermeras Del Hospital Nacional Sur Este De Essalud Del Cusco, concluyeron que la prevalencia del Síndrome Burnout se encontró que existía asociación estadísticamente significativa con ser del masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral, y que existía baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales , menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital, existía correlación inversa con la situación laboral, motivación para el trabajo, autopercepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario⁵⁰.

Aquellos que no tenían pareja tuvieron el menor nivel de empatía, no tener pareja estuvo asociado en un 91,3% a mala empatía, el hecho de no tener pareja está

relacionado a la sensación de soledad que muchas veces crea stress en el individuo y por lo tanto merma las relaciones interpersonales. Aquellos que no vivían solos tuvieron mayor asociación a la mala empatía equivalente a un 86,96%, en otros estudios no se encontró asociación estadísticamente significativa respecto a con quien vive⁵⁰. Un estudio realizado en médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado concluyó que en su trabajo existió una alta relación entre el funcionamiento familiar y la empatía⁵¹.

Cuando se evaluó la relación entre empatía y la carrera profesional, la que registró menor índice de empatía fue la de Medicina Humana en un 89.13%. Un estudio publicado el 2016 por Maticorena-Quevedo y cols. titulada “Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014”, basado en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud del año 2014, encontró que de los 5062 profesionales de salud, 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, 46,0% pertenecían al MINSA y 23,1% laboraban en Lima, la prevalencia fue mayor en médicos que en enfermeras, concluyó que la prevalencia del síndrome en personal sanitario es distinta en una misma población, según se utilicen los distintos puntos de corte descritos. Se recomienda el uso de los valores predeterminados por el creador del instrumento, hasta obtener puntos específicos para el Perú⁵².

Los resultados del presente estudio demuestran la relación que tienen diferentes variables con el nivel de empatía y la relación médico paciente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y el síndrome de burnout en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR de 4.13.
- Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y la edad en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR 4.26.
- Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y el sexo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR de 0.29.
- Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y tener pareja en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR de 0.13.
- Se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y las horas de estudio por semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR no significativo de 0.78.
- Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y las horas de trabajo por semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR de 3.87.
- Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y las horas de guardia por semana en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR de 3.26
- Se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y vivir solo en internos de ciencias de la salud del Hospital de Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR no significativo de 0.75.
- Se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre la empatía y la carrera en internos de ciencias de la salud del Hospital de

Vitarte durante el mes de noviembre del año 2016 con un OR no significativo de 1.4.

5.2 Recomendaciones

- Es importante que los internos de medicina y de ciencias de la salud en general tengan una buena inducción sobre el correcto trato del paciente y la importancia que tiene la empatía para con el mismo, así como tener conciencia de la relevancia de esto en el éxito del tratamiento y en la relación médico paciente.
- En un futuro es recomendable que los internos de medicina que se vuelvan profesionales de la salud tengan interiorizado que es importante mantener una salud mental adecuada para poder brindar una correcta atención empática a los pacientes con los que van a tratar. Lo mismo se aplica a los internos de otras carreras de salud.
- Una buena alternativa para mejorar la empatía en los internos de ciencias de la salud es que éstos mantengan una adecuada salud mental. De esta forma los internos podrán tener un control adecuado de sí mismos y transmitir una mejor empatía a sus pacientes. Esto hará que éstos puedan mantener una mejor adherencia al tratamiento y sean pacientes cumplidores.
- La prevención del síndrome de Burnout es un pilar primordial en la mejora de la empatía y, por consiguiente, en la mejora de la calidad de atención; en el cual el personal de salud cumple un papel primordial. Así como también la mejora de los factores estresantes en los estudiantes de medicina de mayor edad.
- Es importante que los internos varones tengan talleres sobre empatía y mejor trato para con los pacientes, alentando el curso de actividades extracadémicas como el clown y otros que permitan un mayor

desenvolvimiento con los pacientes. De la misma forma para los que no vivan solos.

- Sería bueno que se respeten las horas de guardia y de trabajo, así como de descanso en los internos del Hospital de Vitarte, pues se ha visto que estas influyen en el trato que recibe el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés [Internet]. Salud ocupacional. [citado 16 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
2. Méndez-Cerezo Á. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An Méd.* 2011;56(2):79-84.
3. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA.* 15 de diciembre de 2004;292(23):2880-9.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Inventario de clima organizacional: Tema y técnicas de desarrollo organizacional. Programa regional de desarrollo de servicios de salud. No. PSDCG. T10 V3 Módulo III. Unidad VI. Ginebra: OMS; 1998.
5. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensalud 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(2):1-7.
6. Borkar S. Empathy in Physician–Patient Relationship: The Construct and Its Applicability to India’s Health Care. *Soc Change.* 1 de septiembre de 2014;44(3):423-38.
7. Medina H, E N, Gutierrez-Malaver ME, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo AP, et al. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública.* junio de 2010;12(3):343-55.
8. Airth-Kindree NMM, Kirkhorn L-EC. Ethical Grand Rounds: Teaching Ethics at the Point of Care. *Nurs Educ Perspect.* febrero de 2016;37(1):48-50.
9. Lesandrini J, Sikes ML. When Ethics Classroom Teaching Is Not Enough. *J Physician Assist Educ Off J Physician Assist Educ Assoc.* junio de 2016;27(2):92-4.

10. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Aten Primaria*. noviembre de 2009;41(11):646-9.
11. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. marzo de 2008;83(3):244-9.
12. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. octubre de 2007;22(10):1434-8.
13. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. septiembre de 2002;159(9):1563-9.
14. Suh DH, Hong JS, Lee DH, Gonnella JS, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: a preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Med Teach*. 2012;34(6):e464-468.
15. Bragard I, Razavi D, Marchal S, Merckaert I, Delvaux N, Libert Y, et al. Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mayo de 2006;14(5):454-61.
16. Staudenmayer H, Lefkowitz MS. Physician-patient psychosocial characteristics influencing medical decision-making. *Soc Sci Med [E]*. 1 de febrero de 1981;15(1):77-81.
17. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet Lond Engl*. 17 de marzo de 2001;357(9259):867-70.
18. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: a Best Evidence Medical Education

(BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. Med Teach. julio de 2013;35(7):e1252-1266.

19. Kim SS, Park BK. Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. Am J Phys Med Rehabil Assoc Acad Physiatr. diciembre de 2008;87(12):998-1005.
20. Resnick AS, Disbot M, Wurster A, Mullen JL, Kaiser LR, Morris JB. Contributions of surgical residents to patient satisfaction: impact of residents beyond clinical care. J Surg Educ. junio de 2008;65(3):243-52.
21. Burns DD, Nolen-Hoeksema S. Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. J Consult Clin Psychol. junio de 1992;60(3):441-9.
22. Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. Empathy. Psychotherapy. marzo de 2011;48(1):43-9.
23. Wimmers PF, Stuber ML. Assessing medical students' empathy and attitudes towards patient-centered care with an existing clinical performance exam (OSCE). Procedia - Soc Behav Sci. 2010;2(2):1911-3.
24. Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. Soc Sci Med 1982. octubre de 1996;43(8):1253-61.
25. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
26. Chen K-Y, Yang C-M, Lien C-H, Chiou H-Y, Lin M-R, Chang H-R, et al. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. Int J Med Sci. 2013;10(11):1471-8.
27. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2006;32(4):0-0.

28. R B, Luz M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Médica Chile*. enero de 2005;133(1):11-6.
29. Finset A. «I am worried, Doctor!» Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns*. septiembre de 2012;88(3):359-63.
30. Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Med Health Care Philos*. mayo de 2012;15(2):103-13.
31. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med*. agosto de 2003;18(8):670-4.
32. Yuguero Torres O. Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas [Tesis doctoral]. [Lima, Perú]: Universitat de Lleida. Facultad de Medicina Humana; 2015.
33. Jimenez Blanco S, Frutos Llanes R, Blanco Montagut LE. Síndrome de Burnout: Estudio de la Prevalencia y Factores de Riesgo en los Profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Ávila. *Revista Enfermería CyL*. 1 de octubre de 2011;3(2):13-24.
34. Stephany Medalit DR. Satisfacción Laboral y Síndrome de Burnout entre el personal de un Policlínico y en el de una Comunidad Local de Administración de Salud, distrito La Victoria, Chiclayo – 2012 [Tesis de grado]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina. Escuela de Psicología; 2013.
35. Ayala Cervantes A, Antezana De Gregori P, Yllatopa Guiño E. Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, setiembre 2011. *Actas Peru Anesthesiol*. marzo de 2012;20(1):13-20.
36. Rosales Ricardo Y, Paneque R, R F. Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud Ment*. agosto de 2013;36(4):337-45.

37. Estela-Villa LM, Jiménez-Román CR, Landeo-Gutiérrez JS, Tomateo-Torvisco JD, Vega-Dienstmaier JM. Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2 de febrero de 2013;73(4):147-56.
38. Gomero Cuadra R, Palomino Baldeón J, Ruíz Gutierrez F, Llap Yesán C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Rev Medica Hered.* octubre de 2005;16(4):233-8.
39. Cáceres-Mejía B, Roca-Quicaño R, Torres MF, Pavic-Espinoza I, Mezones-Holguín E, Fiestas F. Factor analysis of the «Questionnaire for the evaluation of occupational burnout syndrome» in peruvian medical students. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 9 de agosto de 2013;
40. Jaime Cárdenas CC. Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo 2013-2014 [Tesis de grado]. [Lleida]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014.
41. Yslado M. R, Atoche B. R, Cermeño D. B, Rodríguez A. D, Sánchez B J. Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos-organizativos en profesionales de salud. Hospitales del callejón de Conchucos, Ancash, Perú - 2012. *Rev Investig En Psicol.* 5 de marzo de 2014;16(1):191-209.
42. Arteaga-Romani A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Rev Medica Panacea [Internet].* 27 de agosto de 2015 [citado 16 de junio de 2016];4(2). Disponible en: <http://revpanacea.pe/index.php/RMP/article/view/88>
43. Silva Álvarez O. Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre – diciembre 2015 [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2016.

44. Sabogal Silvestre K, Herrera Frías S, Farfán Rodríguez D. Estilo de vida y síndrome de burnout en trabajadores de la salud de una clínica privada de Lima. *Rev Científica Cienc Salud*. 4 de agosto de 2015;8(1):56-62.
45. 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 Ment*. 2005;28(5):57-63.
46. César A. Guevara, Diana P. Henao, Julián A. Herrera. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colomb Médica*. 2004;35(4):173-8.
47. Adelina Alcorta-Garza MH. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON EN ESTUDIANTES DE MEDICINA MEXICANOS. *Rev Salud Ment [Internet]*. 2005;28(5). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam055h.pdf>
48. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria*. enero de 2016;48(1):8-14.
49. Remón-Torres MA. CARACTERÍSTICAS DEL NIVEL DE EMPATIA HACIA EL PACIENTE EN INTERNOS DE MEDICINA DE DOS HOSPITALES NACIONALES. *Rev Médica Panacea [Internet]*. 2013 [citado 8 de febrero de 2017];3(1). Disponible en: <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/rmp/article/view/54>
50. Santiago Saco Méndez RQV. FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME BURNOUT EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SUR ESTE DE ESSALUD DEL CUSCO. *Rev Semest Fac Med Humana - UNSAAC [Internet]*. Disponible en: http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/a04.pdf
51. Lourdes Gabriela Sandoval Miranda. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Rev Espec Méd-Quirúrgicas*. 2011;16(4):221-8.

52. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensalud 2014. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 24 de mayo de 2016;33(2):241-7.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valor final
Empatía	Medido con la escala de Jefferson	Cuantitativa de razón	Puntaje del test
Síndrome de burnout	Medido con el Maslach Burnout Inventory y se caracteriza por tres aspectos fundamentales: el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal.	Cualitativa nominal	<p>Agotamiento Emocional: Bajo <=16 Medio 17-27 Alto >=28</p> <p>Despersonalización: Bajo <= 5 Medio 6-10 Alto >=11</p> <p>Realización personal: Bajo < =33 Medio 34-39 Alto >=40</p>
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres	Cualitativa nominal	0=Femenino 1=Masculino

Carrera	Carrera por la cual sigue su internado el encuestado/a	Cualitativa nominal	0=Enfermería 1=Medicina 2=Tecnología médica 3=Psicología 4=Nutrición
Estado civil	Estado civil del interno/a	Cualitativa nominal	0=Casado 1=Soltero 2=Conviviente 3=Divorciado
Tener pareja	Condición del interno/a acerca de estar en una relación sentimental	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Horas de estudio semanal	Número de horas que el interno/a utiliza para estudiar, fuera del horario laboral	Cuantitativa discreta	# Horas
Horas de trabajo semanal	Número de horas que el interno/a pasa en su centro laboral	Cuantitativa discreta	# Horas
Horas de guardia semanal	Número de horas que el interno/a pasa realizando guardias en su centro laboral	Cuantitativa discreta	# Horas
Convivencia	Personas con las que vive el interno/a	Cualitativa nominal	0=Solo 1=Pareja 2=Padres/familiares 3=Compañeros de trabajo

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Estimado interno: Su participación en el llenado de esta encuesta es voluntaria, con su participación entendemos que brinda su consentimiento para participar en la investigación. Los datos que proporciona son anónimos y confidenciales.

- **Sexo:** Masculino () Femenino ()
- **Edad:** _____ (años cumplidos)
- **Carrera:** _____
- **Estado civil:** Casado/a () Soltero/a () Conviviente () Divorciado/a () Viudo/a ()
- **Actualmente tiene una pareja (relación sentimental):** No () Si ()
- **¿Cuántas horas en promedio ESTUDIA por semana?** _____ (horas)
- **¿Cuántas horas en promedio TRABAJA por semana?** _____ (horas)
- **¿Cuántas horas en promedio está de GUARDIA por semana?** _____ (horas)
- **Ud. Vive con:** Solo () Pareja () Padres/otros familiares ()
Compañeros de trabajo ()

Test de Maslash. Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados en la tabla:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2=UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por lo que realizo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo/estudio me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo/estudio me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que tratar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo/estudio me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo/estudio	
13	Me siento frustrado en mi trabajo/estudio	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo/estudio	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo/estudio	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Escala de Jefferson. Marque del 1 al 7 según con el grado de acuerdo de lo que piensa con cada proposición

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