

Relación entre empatía, compasión y *burnout* en estudiantes de medicina, residentes y profesionales médicos de Medellín

Relationship between empathy, compassion and burnout in medical students, residents and medical professionals in Medellin

Relação entre empatia, compaixão e *burnout* em estudantes de medicina, residentes e profissionais médicos em Medellín

Elena Suárez Cadavid^a | Mariantonia Lemos^b | Erika Patricia Ruiz González^c
| Alicia Krikorian^d

^a <https://orcid.org/0000-0002-9065-4897> Universidad EAFIT, Medellín, Colombia

^b <https://orcid.org/0000-0002-9131-4704> Universidad EAFIT, Medellín, Colombia

^c <https://orcid.org/0000-0002-9880-1011> Universidad Pontificia Bolivariana, Montería, Colombia

^d <https://orcid.org/0000-0003-2118-5692> Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

- Fecha de recepción: 2022-07-08
- Fecha concepto de evaluación: 2022-09-07
- Fecha de aprobación: 2022-09-12

<https://doi.org/10.22335/rlct.v14i3.1644>

Para citar este artículo/To reference this article/Para citar este artigo:

Suárez Cadavid, E., Lemos, M., Ruiz González, E. P., y Krikorian, A. (2022). Relación entre empatía, compasión y Burnout en estudiantes de medicina, residentes y profesionales médicos de Medellín. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 14(3), 59-72. <https://doi.org/10.22335/rlct.v14i3.1644>

RESUMEN

Los médicos están expuestos a altos niveles de presión laboral, lo que conduce a un mayor riesgo de *Burnout*. La empatía es el reconocimiento cognitivo y afectivo del estado de ánimo y situación de una persona. La compasión es una respuesta al reconocimiento del sufrimiento del paciente y al deseo de reducirlo. Objetivos: explorar la relación entre empatía, compasión y Burnout en estudiantes y profesionales médicos y otras variables relacionadas con el síndrome. *Método*: 143 médicos y estudiantes respondieron un cuestionario sociodemográfico, el MBI, el TECA y la Escala de Compromiso y Acción Compasivos. *Resultados*: el 41,9 % mostró altos niveles de agotamiento emocional, el 21 % despersonalización y el 19,5 % bajos niveles de realización personal. Los niveles de *Burnout* se asociaron negativamente con la percepción de equilibrio entre la vida social, familiar y laboral, la compasión y la edad; $F(5, 92) = 11,012$, $p < 0,00$; ($p < 0,05$). La fatiga emocional interrumpió el desarrollo de comportamientos relacionados con la autocompasión y disminuyó la percepción de éxito. *Conclusiones*: para que los médicos tengan niveles óptimos de empatía afectiva y compasión, es fundamental el desarrollo de empatía cognitiva y habilidades de regulación emocional. Estos son factores protectores de *Burnout*.

Palabras clave: empatía, compasión, *Burnout*, médicos, estudiantes de medicina.

ABSTRACT

Physicians are exposed to high levels of work pressure, which leads to a higher risk of Burnout. Empathy is the cognitive and affective recognition of a person's state of mind and situation. Compassion is a response to the recognition of the patient's suffering and the desire to reduce it. Objectives: to explore the relationship between empathy, compassion and Burnout in medical students and professionals and other variables related to the syndrome. Method: 143 physicians and students answered a sociodemographic questionnaire, the MBI, the TECA, and the



* Autor de correspondencia. Correo electrónico: esuarezc@eafit.edu.co

Compassionate Commitment and Action Scale. Results: 41.9 % showed high levels of emotional exhaustion, 21 % depersonalization and 19.5 % low levels of accomplishment. Burnout levels were negatively associated with the perception of balance between social, family and work life, compassion and age; $F(5, 92) = 11.012, p < 0.00; (p < 0.05)$. Emotional fatigue interrupted the development of behaviors related to self-compassion and confirmed the perception of success. Conclusions: For physicians to have optimal levels of affective empathy and compassion, the development of cognitive empathy and emotional regulation skills is essential. These are protective factors for Burnout.

Keywords: empathy, compassion, Burnout, physicians, medical students.

RESUMO

Os médicos estão expostos a altos níveis de pressão de trabalho, o que leva a um maior risco de Burnout. A empatia é o reconhecimento cognitivo e afetivo do estado de espírito e da situação de uma pessoa. A compaixão é uma resposta ao reconhecimento do sofrimento do paciente e ao desejo de reduzi-lo. Objetivos: explorar a relação entre empatia, compaixão e Burnout em estudantes e profissionais de medicina e outras variáveis relacionadas à síndrome. Método: 143 médicos e estudantes responderam a um questionário sociodemográfico, o MBI, o TECA e a Compassionate Commitment and Action Scale. Resultados: 41,9% apresentaram altos níveis de exaustão emocional, 21% despersonalização e 19,5% baixos níveis de realização. Os níveis de burnout associaram-se negativamente com a percepção de equilíbrio entre vida social, familiar e profissional, compaixão e idade; $F(5, 92) = 11,012, p < 0,00; (p < 0,05)$. A fadiga emocional interrompeu o desenvolvimento de comportamentos relacionados à autocompaixão e confirmou a percepção de sucesso. Conclusões: Para que os médicos tenham níveis ótimos de empatia afetiva e compaixão, é essencial o desenvolvimento de empatia cognitiva e habilidades de regulação emocional. Esses são fatores de proteção para o Burnout.

Palavras-chave: empatia, compaixão, Burnout, médicos, estudantes de medicina.

Introducción

Desempeñar una labor dentro del área de la salud supone el encuentro y la interacción con pacientes que presentan problemas físicos y/o emocionales y solicitan tratamientos efectivos y eficientes. Esto resulta en que la medicina como profesión sea altamente demandante y se asocie con agotamiento, no sólo físico sino también emocional (Kroll *et al.*, 2016). De este modo, los médicos se encuentran constantemente expuestos a elevados niveles de presión laboral, lo que conduce a un incremento en el riesgo de padecer cansancio emocional, distanciamiento hacia las personas con las que se trabaja y sensación de incompetencia, es decir, *Burnout* (Maslach y Jackson, 1981). El concepto de *Burnout* ha sido evaluado por múltiples autores dentro de una diversidad de modelos teóricos, con el propósito de lograr su explicación y delimitación como síndrome asociado al trabajo (Gil-Monte, 2001; Rubio, 2003; Ortega Ruiz y López Ríos, 2004). Cabe anotar que, aunque la presión laboral existe en diversas ocupaciones, se ha demostrado que su cronicidad, resultante en *Burnout*, es más prevalente en profesiones con bajos niveles de

control personal, pobres redes de apoyo y altas expectativas (Kroll *et al.*, 2016).

El *Burnout* es una respuesta prolongada ante los estresores emocionales e interpersonales de la vida laboral, definida por tres dimensiones: agotamiento (sensación de cansancio emocional), despersonalización (distanciamiento hacia las personas con las que se trabaja) y reducción de la autorrealización (sensación de incompetencia) (Kroll *et al.*, 2016). Este síndrome de agotamiento se presenta con frecuencia en labores que requieren una intensa relación con personas como clientes, pacientes o usuarios de un servicio (Maslach y Jackson, 1981). En el caso de los médicos, la interacción con un paciente supone el enfrentamiento a demandas con alta implicación emocional que pueden provocar síntomas de agotamiento físico, pérdida de energía, fatiga, estrés crónico y agotamiento emocional (Delgado *et al.*, 2014). Paralelamente, el trabajo administrativo y la presión de cumplir con tiempos predeterminados parecen ser dos factores precipitantes de estrés (Kamal *et al.*, 2020).

Asimismo, el *Burnout* se ha reconocido como una de las causas del ausentismo en el trabajo (Gil-Monte, 2001), se ha asociado con baja satisfacción laboral, actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes, un incremento en el consumo de sustancias e ideación suicida (Kroll *et al.*, 2016). Presenta manifestaciones emocionales como depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo y hostilidad; síntomas cognitivos como cambio en el autoconcepto; genera cambios conductuales como evitación de responsabilidades, sobre-implicación y evasión de la toma de decisiones; se manifiesta en ámbitos sociales a través del aislamiento y sentimientos de fracaso, además de menor interés en los problemas relacionados con la salud y en el ahorro de recursos (O'Donnell *et al.*, 2015); y, comprende síntomas psicósomáticos como cefaleas, dolores osteomusculares, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares y alteraciones gastrointestinales (Carlin y Garcés de los Fayos Ruiz, 2010). Finalmente, ha sido demostrado que, quienes están insatisfechos con su profesión demuestran menor interés en los problemas relacionados con la salud y en el ahorro de recursos (O'Donnell *et al.*, 2015). De este modo, el *Burnout* tiene repercusiones que afectan tanto a los profesionales y a la institución prestadora del servicio como a los pacientes, para quienes disminuye el nivel de satisfacción con la atención brindada e incrementa el tiempo de recuperación posterior al alta hospitalaria (Gil-Monte, 2001; Kroll *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2007).

Sobre la prevalencia, se ha encontrado que el *Burnout* llega a afectar hasta al 70 % de los profesionales de la salud (Lamothe *et al.*, 2014); no obstante, una investigación realizada en Colombia con médicos internistas y residentes del Hospital de la Universidad del Valle halló una incidencia del 85.3 % de altos niveles de agotamiento laboral (Guevara *et al.*, 2004). Cabe anotar que este síndrome de agotamiento laboral no es exclusivo de los profesionales, puesto que se ha evidenciado que los estudiantes de medicina son propensos a presentar niveles de *Burnout* que aumentan

a medida que avanza su formación (von Harscher *et al.*, 2018).

Respecto a los factores relacionados con el *Burnout*, estudios realizados en la última década han concluido que mayor autoridad y autonomía en la toma de decisiones está asociada con mayores niveles de satisfacción laboral, lo que promueve la resiliencia ante las repercusiones del estrés laboral para la salud (Kroll *et al.*, 2016). Otros factores protectores de agotamiento relacionados con el trabajo son el reconocimiento por parte de los superiores, un mayor número de trabajadores/colegas, el aprendizaje continuo y recursos y/o instrumentos suficientes para desempeñar la labor (Kamal *et al.*, 2020).

A nivel de factores individuales, se ha afirmado que una mayor edad, el tener hijos, sentirse valorado, altos niveles de optimismo, la satisfacción con la labor desempeñada y la complacencia con la retribución económica, son factores protectores de *Burnout* (Grau *et al.*, 2009). Asimismo, se ha reconocido la importancia del apoyo del entorno familiar, la presencia de *hobbies* e intereses, y el encuentro con colegas por fuera del horario laboral (Kamal *et al.*, 2020). Al respecto, en un estudio realizado en policías colombianos, se encontró que las actividades recreodeportivas se asocian con menores niveles de agotamiento y despersonalización (Montero *et al.*, 2020). Respecto al ámbito médico, las buenas relaciones con los pacientes generan gratitud y, por consiguiente, incrementan la satisfacción con su ocupación (Kamal *et al.*, 2020; Lamothe *et al.*, 2014).

Por su parte, la empatía es entendida como el reconocimiento cognitivo y afectivo del estado de ánimo y situación actual de una persona por parte de otra (López-Pérez *et al.*, 2008), y en su conceptualización ha sido dividida en dimensiones afectivas y cognitivas. La empatía cognitiva, compuesta por la adopción de perspectivas y la comprensión emocional, le permitiría al profesional de la salud comprender las necesidades del paciente y, en consecuencia, ofrecer una atención de calidad coherente con el servicio demandado. Por otra parte, su dimensión afectiva, compuesta

por estrés empático y alegría empática, podría relacionarse con alta implicación en los problemas y circunstancias del paciente, y, en caso de que sea muy alta, poca objetividad en las decisiones del profesional, interferencia con su ajuste emocional y salud psicológica (López-Pérez *et al.*, 2008).

En el marco de la relación médico-paciente, algunos estudios han encontrado que altos niveles de *Burnout* están asociados con una disminución en la empatía, competencia básica y no técnica de la atención en salud (Reinolds *et al.*, 2021; Wilkinson *et al.*, 2017); sin embargo, otros estudios llevados a cabo con residentes de distintas especialidades resaltan que la empatía puede desempeñar un factor protector del desarrollo de *Burnout* (Picard *et al.*, 2016). Así, las investigaciones actuales no han logrado un consenso sobre la relación entre los niveles de empatía y de *Burnout* (Altman y Roth, 2021).

En el estudio de la interrelación entre la empatía y las diferentes dimensiones del *Burnout* se han encontrado tres hipótesis fundamentales. En primer lugar, se considera que altos niveles de despersonalización resultarán en una disminución de la empatía, debido a que los médicos con *Burnout* tendrán menor capacidad para adoptar la perspectiva del paciente, escuchar empáticamente y preferirán poner distancia (Zenasni *et al.*, 2012). Por otro lado, ha sido descrito un tipo especial de *Burnout* denominado "fatiga por compasión" o "desgaste profesional por empatía" (Figley, 2002), que aqueja a aquellos afectados emocionalmente por las experiencias negativas de otras personas; sin embargo, el incremento en los niveles de cansancio emocional ocurre frente a altos niveles de empatía afectiva en ausencia de empatía cognitiva (Zenasni *et al.*, 2012). Finalmente, la interacción empática con los pacientes incrementa la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, su eficacia, generando en los pacientes gratitud con la atención y en los médicos un aumento en los niveles de satisfacción con la labor y realización personal (Lamothe *et al.*, 2014). Cabe anotar que, aunque sólo uno de los mecanismos hace alusión a los diferentes tipos de empatía, sí se ha reportado que el componente cognitivo de la empatía y las habilidades de regulación emocional son reconocidas como

factores protectores frente al estrés (Lamothe *et al.*, 2014).

Finalmente, entre los factores que interactúan en la práctica médica, ha adquirido mayor relevancia el concepto de compasión. Esta ha sido definida como una virtud en la relación médico-paciente, una respuesta ante el reconocimiento del sufrimiento y el deseo de disminuirlo, sensibilidad para mostrar la comprensión de la situación del paciente en consonancia con el deseo de ayudar y trabajar en pro de su bienestar (Cameron *et al.*, 2015; Davalos-Batallas *et al.*, 2020). La compasión requiere de emoción y acción de parte del profesional, del reconocimiento de la vulnerabilidad y el deseo de reciprocidad. Comienza con la identificación del sufrimiento del paciente, acompañado con una respuesta interna y emocional ante él, y continúa la expresión que denota consciencia de su padecer a través de palabras y acciones, logrando su materialización por medio de los comportamientos que buscan el beneficio de otro.

En contraste con la empatía, la compasión motiva al individuo, no sólo a entender y adoptar el punto de vista del paciente, sino también a "sentir con él" y a actuar con el propósito de disminuir su sufrimiento. La compasión enfatiza en la resonancia emocional, la imaginación activa del sufrimiento, la preocupación por el bienestar y la sensación de compartir la angustia frente a la situación estresante (Cameron *et al.*, 2015). Su importancia es reconocida tanto por los pacientes como por sus familiares, quienes valoran la calidad del cuidado considerando las cualidades intrínsecas de la relación médico-paciente por encima de las habilidades técnicas del profesional (Sinclair *et al.*, 2016). El cuidado compasivo incluye dimensiones éticas, comunicación asertiva y efectiva, trato humano y dimensiones espirituales y/o religiosas (Cameron *et al.*, 2015; Davalos-Batallas *et al.*, 2020).

En síntesis, la evidencia actual esclarece la importancia de estudiar el *Burnout* en profesionales y estudiantes de medicina, dadas sus implicaciones en la vida personal y en el quehacer profesional y su relación con los niveles de empatía y compasión. La escasez de estas investigaciones es particularmente

notoria en el contexto colombiano, razón por la que se plantea el presente estudio, que busca explorar la relación entre empatía, compasión y *Burnout* en estudiantes de medicina, residentes y en profesionales médicos de la ciudad de Medellín (Colombia), así como indagar otras posibles variables relacionadas con la percepción y satisfacción con la labor que puedan interferir en el síndrome por desgaste profesional.

■ Método

Diseño

Este estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal y comparativo, ya que se recolectaron los datos en un momento único para describir las variables y analizar su interrelación (Hernández *et al.*, 2014).

Población y muestra

La población de este estudio fueron los médicos, residentes y estudiantes de tercer y décimo semestre de la Universidad Pontificia Bolivariana en Medellín, quienes aceptaron participar en la investigación firmaron el consentimiento informado y completaron el protocolo de evaluación. Los criterios de inclusión fueron: (1) tener manejo del idioma español (comprensión oral y escrita) y, (2) estar vinculados como médicos, egresados, residentes o estudiantes de medicina de tercero y décimo semestre con la Universidad Pontificia Bolivariana. El muestreo fue intencional y se invitó a toda la población objetivo.

Instrumentos

Para la recolección de datos, se diseñó una encuesta sociodemográfica que incluyó variables para categorizar a los sujetos, preguntas sobre la intensidad horaria o laboral y el nivel de satisfacción con sus tareas y remuneración. Adicionalmente, se utilizaron los siguientes cuestionarios:

Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach y Jackson, 1981); adaptación Barbato *et al.*, 2011): este instrumento consta de 22 ítems

con respuestas en una escala de likert de 7 opciones, donde 0 es nunca y 6 es diariamente, en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo. Este cuestionario tiene tres dimensiones: Agotamiento Emocional (AE) con nueve ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás. Despersonalización (DP) con cinco ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes. Realización Personal (RP) con ocho ítems, expresa sentimientos de competencia y éxito. En contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome de *Burnout*.

La escala posee una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0.76) y, al comparar la estructura factorial de la escala adaptada con la versión original, fue identificado que las tres dimensiones coinciden. El alfa de Cronbach para las escalas del MBI en este estudio fue de 0.87 en cansancio emocional, 0.66 en despersonalización y 0.76 en realización personal.

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva - TECA (López-Pérez *et al.*, 2008): cuestionario para evaluar la empatía está compuesto por 33 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), y presenta una estructura de cuatro factores: Adopción de perspectivas, que hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona; Comprensión emocional, la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de las otras personas; Estrés empático, la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona; y finalmente, Alegría Empática, la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona (López-Pérez *et al.*, 2008).

La estructura factorial de la escala presenta dos factores, cada una con dos dimensiones: empatía cognitiva, que contiene las escalas adopción de perspectivas (AP) y comprensión emocional (CE); y empatía afectiva, que abarca estrés empático (EE) y alegría empática (AE). La escala mostró una adecuada

consistencia interna en el estudio original (α de Cronbach = 0.89); asimismo, los niveles de consistencia interna en este estudio son adecuados para todas las dimensiones, α de Cronbach = 0.70, 0.74, 0.78 y 0.75, respectivamente.

Escala de Compromiso y acción compasivos (Gilbert *et al.*, 2017): este cuestionario está compuesto por tres subescalas, cada una de 13 ítems, auto-compasión, compasión por los otros y compasión de los otros, incluyendo el compromiso y las acciones en cada una de las tres dimensiones. Esta estructura factorial se evaluó mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Las respuestas se registran mediante una escala Likert de 10 puntos, que va desde nunca (1) hasta siempre (10). Los alfas de Cronbach de las subescalas en la versión en inglés estuvieron entre 0.72 – 0.94.

Para la utilización de esta escala, se llevó a cabo la traducción y re-traducción de dos de las escalas del cuestionario (auto-compasión y compasión por los otros), con previa autorización y revisión de uno de los autores de la escala original. En este estudio, las subescalas de autocompasión fueron de 0.68 para compromiso y 0.91 para acción, mientras que en compasión hacia otros fueron de 0.78 para compromiso y 0.90 para acción.

Procedimiento

Se invitó a participar en el estudio a los estudiantes de tercero y décimo semestre de la facultad de medicina de la UPB (aproximadamente 80 en total), así como a los médicos generales que laboran en la Clínica Universitaria Bolivariana ($n=25$) y a los residentes de primer año de los posgrados de la Escuela de Ciencias de la Salud ($n=50$). Aquellos que aceptaron participar ($n=143$) firmaron un consentimiento informado y respondieron los cuatro instrumentos de forma autónoma en aproximadamente 20 minutos. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la UPB.

Análisis estadístico

Los datos fueron recolectados y digitados en un archivo de Excel y, posteriormente, im-

portados al paquete estadístico SPSS versión 25. Inicialmente, se obtuvieron estadísticos descriptivos de cada una de las variables, con el fin de verificar la correcta digitación de los datos. Posteriormente, se obtuvieron los sub-totales y totales de las escalas para finalizar con el análisis bivariado entre las variables de interés. Para el análisis univariado, se calculó el porcentaje de personas en el perfil óptimo, inferior y superior en el caso de *Burnout* y empatía, ya que se contaban con datos de referencia. En el caso de las puntuaciones de compasión, se llevó a cabo un análisis de medias en comparación con un estudio ecuatoriano con el mismo cuestionario, considerando que entre las muestras disponibles era el más cercano culturalmente a la población de este estudio.

Se realizó un análisis de correlaciones bivariables para evaluar la relación entre *Burnout*, empatía y compasión. Finalmente, para identificar los factores asociados al *Burnout*, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple, controlando inicialmente por sexo y edad; posteriormente, se introdujeron las variables que reportaron correlaciones significativas de cada uno de los conceptos de análisis: percepción de equilibrio y carga, comprensión hacia sí mismo y otros, y empatía.

Resultados

Caracterización de la muestra

La muestra estuvo constituida por 79 mujeres (55.6 %) y 64 hombres (44.4 %) con una media de edad de 27.9 años. De ellos, 38 (26.6 %) eran estudiantes de tercer semestre, 35 (24.5 %) de décimo semestre, 25 (17.5 %) residentes y 45 (31.5 %) médicos. Sobre el estado civil, un 75.5 % eran solteros y un 83.1 % no tenía hijos. Respecto a la intensidad horaria semanal de trabajo o estudio, sólo un 6.3 % reportó dedicar un tiempo menor a 48 horas, 37.8 % entre 48 y 60 horas y 49 % más de 60 horas. La media del tiempo ejercido en años fue de 9.43. Todas las características demográficas se describen en la Tabla 1.

Tabla 1

Caracterización de la muestra de estudio

| | Edad | n (%) | M (D.E.) |
|-----------------------------------|------|------------|--------------|
| | | | 27.93 (9.61) |
| Sexo | | | |
| Mujer | | 79 (55.6) | |
| Hombre | | 64 (44.1) | |
| Estado civil | | | |
| Soltero | | 108 (75.5) | |
| Casado/ Unión libre | | 32 (22.4) | |
| Divorciado/ Separado | | 3 (2.1) | |
| Hijos | | | |
| 0 | | 118 (83.1) | |
| 1 | | 12 (8.5) | |
| 2 | | 11 (7.7) | |
| 3 | | 1 (0.7) | |
| Situación laboral | | | |
| Trabaja | | 37 (25.9) | |
| Estudia | | 87 (60.8) | |
| Estudia y trabaja | | 17 (11.9) | |
| Sin dato | | 2 (1.4) | |
| Ocupación | | | |
| Estudiantes tercer semestre | | 38 (26.6) | |
| Estudiantes décimo semestre | | 35 (24.5) | |
| Residentes | | 25 (17.5) | |
| Médicos graduados | | 45 (31.5) | |
| Intensidad horaria | | | |
| Menos de 48 horas | | 9 (6.3) | |
| Entre 48 y 60 horas | | 54 (37.8) | |
| Más de 60 horas | | 70 (49.0) | |
| Sin dato | | 10 (7.0) | |
| Tiempo ejercido | | | 9.43 (7.93) |

n: Número de personas, M: Media aritmética, D.E.: Desviación estándar

Percepción sobre carga laboral y académica, equilibrio y satisfacción

Con respecto a los datos sobre la percepción de la carga laboral y/o académica, al igual que la satisfacción con la remuneración, teniendo en cuenta que el valor mínimo es 1 y el máximo es 7, la media de la percepción de intensidad de

la carga fue 4.53 (alta), la de la percepción de equilibrio entre la vida laboral-académica y la social-familiar 3.85 (media), la media de satisfacción con la remuneración fue de 4.97 (alta) (ver tabla 2).

Tabla 2

Percepción de la carga laboral y académica, equilibrio y satisfacción

| | Media (D.E.) |
|-------------------------|--------------|
| Intensidad carga | 4.53 (1.61) |
| Equilibrio | 3.85 (1.66) |
| Satisfecho remuneración | 4.97 (1.82) |

D.E.: Desviación estándar

Niveles de *Burnout*, empatía y compasión en la población evaluada

Según los baremos para la escala de *Burnout*, en la población evaluada el cansancio emocional fue alto en el 41.9 % de la población, la despersonalización fue alta en el 21 %, y la realización personal baja en el 19.5 % (ver tabla 3).

Tabla 3

*Niveles de *Burnout* en la población evaluada*

| Burnout | M (D.E.) | n (%)* |
|----------------------|--------------|-----------|
| Cansancio emocional | 23.51 (11.0) | 57 (41.9) |
| Despersonalización | 5.8 (5.5) | 29 (21.0) |
| Realización personal | 38.1 (6.7) | 26 (19.5) |
| Puntuación Total | 38.4 (17.9) | |

n: Número de personas, M: Media aritmética, D.E.: Desviación estándar.

*Se reporta el número y proporción de personas con niveles clínicamente significativos según el manual.

Según los baremos del test de empatía cognitiva y afectiva, los niveles de empatía cognitiva óptimos están entre el percentil 69 y 93 para la población de médicos. Con respecto a la escala de adopción de perspectivas, se encontró que el 68.6 % de la población evaluada

está por debajo del límite inferior, mientras que el 10.2 % por encima; y un 21.2 % de la población presenta un perfil óptimo. En la escala de comprensión empática, el perfil óptimo lo presenta el 38 % de la población, por debajo del límite inferior se encuentra el 61.3 % y en el superior el 0.7 %. Por otro lado, los niveles de empatía afectiva óptimos están entre los percentiles 7 y 93. En la escala de estrés empático, el 98.6 % presenta el perfil óptimo, mientras que el 1.4 % se encuentra en el superior. Respecto a la alegría empática, el 6.7 % se encuentra en el límite inferior, el 0.7 % en el superior y el 92.6 % en el perfil óptimo (ver Tabla 4).

Tabla 4

Medias, Perfil óptimo, límite inferior y límite superior en los niveles de empatía cognitiva y afectiva de la población evaluada

| | M (D.E.) | Límite inferior n (%) | Perfil óptimo n (%) | Límite Superior n (%) |
|--------------|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| AP | 48.6 (27.8) | 94 (68.6) | 29 (21.2) | 14 (10.2) |
| CE | 55.7 (25.3) | 84 (61.3) | 52 (38) | 1 (0.7) |
| EE | 48.0 (25.4) | 0 | 137 (98.6) | 2 (1.4) |
| AE | 42.4 (22.8) | 9 (6.7) | 124 (92.6) | 1 (0.7) |
| Total | 41.6 (20.2) | | | |

n: Número de personas. AP: Adopción de perspectivas, CE: comprensión emocional, EE: Estrés empático, AE: alegría empática

Los niveles de compasión fueron comparados con los de un estudio ecuatoriano que se llevó a cabo con el mismo instrumento. Según lo reportado en la muestra de estudio, los niveles de compromiso en autocompasión son mayores que los de la muestra de referencia, mientras que los de acción son muy inferiores a ésta, llevando a que los niveles de compasión hacia sí mismo totales sean menores en la muestra colombiana. Frente a la compasión hacia otros, se encontraron niveles similares en compromiso y puntuación total, pero menores en acción en la muestra colombiana (ver tabla 5).

Tabla 5

Medias en los niveles de compasión de la población evaluada en comparación con los encontrados en Ecuador

| | Colombia M (D.E.) | Ecuador+ M (D.E.) | T |
|------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| Autocompasión | | | |
| Compromiso | 36.5 (9.3) | 32.2 (6.6) | 5.747** |
| Acción | 28.4 (8.0) | 41.9 (9.0) | -20.091** |
| Total | 65.0 (15.5) | 74.1 (13.6) | -6.850** |
| Compasión hacia otros | | | |
| Compromiso | 42.1 (9.4) | 41.2 (8.5) | 0.079 |
| Acción | 29.7 (7.3) | 31.2 (6.3) | -2.152* |
| Total | 72.1 (15.3) | 72.9 (13.4) | -0.654 |

+ Obtenidas del estudio de Davalos-Batallas *et al.* (2020). M: Media aritmética, D.E.: Desviación estándar *p < 0.05, ** p < 0.001.

Relaciones entre Burnout, empatía y compasión

Para establecer las relaciones entre las variables del estudio, inicialmente se llevó a cabo un análisis de correlaciones bivariadas. Estos análisis reportaron una relación positiva entre mayor edad y percepción de equilibrio, realización personal y menores niveles de *Burnout*. Asimismo, la edad se relacionó inversamente con el estrés empático y directamente con alegría empática. Además, la percepción de equilibrio se relacionó de forma negativa con el cansancio emocional y la despersonalización, y de forma positiva con la realización personal. Se encontró también una relación inversa entre la percepción de equilibrio y la presencia de *Burnout*, así como directa con autocompasión. El cansancio emocional se relacionó con mayores niveles de despersonalización, menor realización personal, y bajos puntajes en las tres escalas de autocompasión. La despersonalización se relacionó de forma negativa con la subescala de compasión acción y compasión total y, de manera positiva con la dimensión de estrés empático dentro de la empatía afectiva. Por otro lado, la realización personal se asoció con la compasión y la autocompasión, al igual que con la comprensión emocional y la alegría empática. El *Burnout* se relacionó de forma negativa con la totalidad de escalas de compasión, autocompasión y la comprensión emocional (ver Tabla. 6).

La compasión se relacionó negativamente con la despersonalización y el *Burnout*, y de forma positiva con la realización personal, la adopción de perspectivas y la alegría empática. Además, en las dimensiones concernientes a la empatía, la comprensión emocional fue asociada con la realización personal, la autocompasión acción

y total, y menores niveles de *Burnout*. El estrés empático se presentó en paralelo con la despersonalización. La alegría empática, por el contrario, fue un factor protector de *Burnout*, al asociarse con la realización personal, la autocompasión total y las tres subescalas de compasión (ver Tabla. 6).

Tabla 6

Correlaciones bivariadas entre subescalas de Burnout, empatía y compasión

| | Edad | Int. carga | Equilibrio | CaE | Desp. | RealPnal | Burnout | ACC | ACA | ACT | CC | CA | CT | AP | CE | EE |
|-------------|----------|------------|------------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|-------|--------|
| Int.carga | 0.344** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equilibrio | 0.269** | 0.138 | | | | | | | | | | | | | | |
| CaE | -0.271** | 0.012 | -0.413** | | | | | | | | | | | | | |
| Despersonal | -0.151 | -0.107 | -0.183* | 0.471** | | | | | | | | | | | | |
| RealPnal | 0.262** | 0.064 | .363** | -0.363** | -0.301** | | | | | | | | | | | |
| Burnout | -0.296** | -0.020 | -0.446** | 0.883** | 0.692** | -0.686** | | | | | | | | | | |
| ACC | 0.150 | 0.011 | 0.365** | -0.229** | -0.018 | 0.377** | -0.299** | | | | | | | | | |
| ACA | 0.155 | 0.149 | 0.391** | -0.363** | -0.072 | 0.429** | -0.409** | 0.617** | | | | | | | | |
| ACT | 0.157 | 0.089 | 0.423** | -0.318** | -0.043 | 0.438** | -0.376** | 0.914** | 0.883** | | | | | | | |
| CC | 0.090 | -0.032 | 0.032 | -0.093 | -0.175 | 0.315** | -0.267** | 0.403** | 0.089 | 0.289** | | | | | | |
| CA | 0.093 | 0.052 | 0.120 | -0.105 | -0.211* | 0.382** | -0.296** | 0.406** | 0.285** | 0.378** | 0.678** | | | | | |
| CT | 0.109 | 0.050 | 0.078 | -0.105 | -0.193* | 0.373** | -0.311** | 0.407** | 0.164 | 0.324** | 0.937** | 0.892** | | | | |
| AP | -0.055 | -0.024 | -0.108 | 0.161 | 0.032 | 0.063 | 0.079 | 0.076 | 0.003 | 0.046 | 0.219* | 0.160 | 0.214* | | | |
| CE | 0.042 | 0.025 | 0.165 | -0.099 | -0.053 | 0.247** | -0.196* | 0.140 | 0.210* | 0.191* | 0.109 | 0.114 | 0.126 | 0.122 | | |
| EE | -0.169* | 0.035 | -0.011 | 0.075 | 0.246** | -0.019 | 0.121 | -0.031 | 0.113 | 0.051 | -0.170 | -0.142 | -0.168 | 0.052 | 0.159 | |
| AE | 0.251** | 0.112 | 0.102 | -0.050 | -0.057 | 0.269** | -0.154 | 0.258** | 0.157 | 0.216* | 0.339** | 0.402** | 0.426** | 0.126 | 0.062 | -0.052 |

CaE: Cansancio emocional, RealPnal: Realización personal, ACC: autocompasión compromiso, ACA: Autocompasión acción, ACT: Autocompasión total, CC: Compasión compromiso, CA: Compasión acción, CT: Compasión total, AP: Adopción de perspectivas, CE: comprensión emocional, EE: Estrés empático, AE: alegría empática. *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

Posteriormente, para establecer si los niveles de *Burnout* se relacionaban con los niveles de empatía y compasión, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple por pasos, controlando por sexo y edad. El modelo final explicó el 34.5 % de la varianza y mostró una relación lineal entre las variables, $F(5, 92) = 11.012, p < 0.001$. Los niveles de *Burnout* se relacionaron negativamente con la edad en el primer paso,

$T = -0.253, p < 0.05$; en el segundo paso, se encontró una relación significativa con el equilibrio, $T = -4.789, p < 0.001$; en el tercer paso se encontró que la compasión a otros predice negativamente el *Burnout*, pero no la autocompasión, $p > 0.05$. En el último paso se introdujo la comprensión emocional, no obstante, esta no fue significativa (ver Tabla 7).

Tabla 7

Resultados de la regresión lineal

| | B | Error estándar | beta | T | sig |
|-----------------------|--------|----------------|--------|--------|----------|
| <i>Paso 1</i> | | | | | |
| Sexo | 4.162 | 3.575 | 0.119 | 1.164 | 0.247 |
| Edad | -0.415 | 0.184 | -0.230 | -2.253 | 0.027 |
| <i>Paso 2</i> | | | | | |
| Equilibrio | -4.442 | 0.927 | -0.437 | -4.789 | 000*** |
| <i>Paso 3</i> | | | | | |
| Autocompasión total | -0.095 | 0.116 | -0.081 | -0.822 | 0.413 |
| Compasión total | -0.381 | 0.107 | -0.311 | -3.549 | 0.001*** |
| <i>Paso 4</i> | | | | | |
| Comprensión emocional | -0.073 | 0.057 | -0.110 | -1.277 | 0.205 |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

■ Discusión

Este estudio tuvo como objetivo explorar la relación entre empatía, compasión y *Burnout* en estudiantes de medicina y en profesionales médicos, así como indagar otras posibles variables relacionadas con la percepción y satisfacción con la labor que puedan interferir en el síndrome por desgaste profesional. Al respecto, los análisis multivariados señalaron que los niveles de *Burnout* se asocian negativamente con la percepción de equilibrio, la compasión a otros y la edad. Por el contrario, la compasión y la autocompasión, al igual que la comprensión emocional, aumentan la realización personal, los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, resultando en un factor protector de *Burnout*. Por otro lado, fue encontrada únicamente una relación negativa entre el *Burnout* y la comprensión emocional, dimensión cognitiva de la empatía. Además, se evidenció que el estrés empático aumenta la despersonalización, pero no el cansancio emocional.

De acuerdo con nuestros resultados, es posible establecer que, en la población evaluada aquellos que consideraban que había mayor ecuanimidad entre la vida laboral o académica y familiar-social, tienen una edad más avanzada y han desarrollado la sensibilidad para comprender el sufrimiento de otra persona y contribuir a su disminución, tienden a presentar menores niveles de *Burnout*. Estos resultados coinciden con estudios previos que señalan cómo factores pertenecientes a la vida extra-laboral como el apoyo familiar, la presencia de *hobbies* e intereses y el encuentro con colegas por fuera del horario laboral son factores que disminuyen la probabilidad de padecer *Burnout* (Kamal *et al.*, 2020). La relación entre el *Burnout* y la edad había sido reportada en otros estudios (Kroll *et al.*, 2016) y podría estar asociada con la relación bivariada encontrada entre ésta y la percepción de equilibrio, lo que podría significar que, con el aumento de la experiencia en la profesión, se adquieren mayores habilidades para estabilizar la carga laboral. Por otro lado, en contraste con otros estudios,

no fue encontrada una relación entre el sexo y la prevalencia de estrés laboral (Lamothe *et al.*, 2014).

Los análisis estadísticos permiten afirmar que el cansancio emocional interrumpe con el desarrollo de conductas relacionadas con la auto-compasión, incrementa el distanciamiento entre médico y paciente, y disminuye los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo. Además, se encontró un aumento del riesgo de padecer *Burnout*, debido a la carencia de capacidades para sintonizar con el sufrimiento ajeno sin ocasionar un incremento en el malestar emocional asociado. Siguiendo esta lógica, el trato compasivo hacia otros y hacia sí mismo, al igual que la capacidad para ponerse en el lugar del paciente, son elementos protectores de *Burnout*.

De este modo, aunque no fue evidenciada una asociación entre el *Burnout* y la empatía totales, los análisis bivariados señalaron que hay una relación inversa entre el *Burnout*, la compasión, la autocompasión y la comprensión emocional, aspecto que hace parte de la empatía cognitiva. Al respecto, una revisión sistemática encontró evidencia para sustentar la asociación negativa entre los niveles de empatía cognitiva y la puntuación total de *Burnout* (Wilkinson *et al.*, 2017). Estudios han concluido que altos niveles de adopción de perspectivas y comprensión emocional (dimensiones de la empatía cognitiva); y de empatía en general se asocian con menor presencia de *Burnout* (Yue *et al.*, 2022) resultando en que cuando los médicos adoptan la perspectiva del paciente su reacción emocional y comportamientos pro-sociales reducen los efectos de la exposición al estrés, al tiempo que incrementan su percepción de satisfacción con la labor (Lamothe *et al.*, 2014). De forma similar, otros estudios han concluido que la habilidad para compartir las emociones placenteras con los pacientes se relaciona con menores niveles de *Burnout* (Stosic *et al.*, 2022).

El hecho de que la relación entre los niveles de empatía cognitiva y *Burnout* no se haya mantenido al incluir las medidas de compasión y factores sociodemográficos permite hipotetizar que parte de ella podría estar mediada por el reconocimiento del sufrimiento y el deseo de disminuirlo como respuesta ante sentimientos

compasivos. De este modo, entre la empatía y el *Burnout* hay variables no excluyentes, que comparten aspectos comunes con la compasión, que repercuten en la relación. Esto resulta coherente ante el planteamiento de que los médicos comprometidos emocionalmente con sus pacientes tienen mayor eficacia terapéutica, experimentan mayor satisfacción con la labor y realización personal (Lamothe *et al.*, 2014). Asimismo, ha sido demostrado que los pacientes que perciben un trato empático y compasivo por parte del personal de salud, adquieren una perspectiva positiva frente a la experiencia de la hospitalización y del médico tratante (Sinclair *et al.*, 2016), que al ser expresada contribuye al incremento en los niveles de satisfacción personal en los médicos, reduciendo el riesgo de padecer *Burnout* (Lamothe *et al.*, 2014).

Ante los hallazgos del estudio, resulta importante considerar que para que los médicos puedan tener altos niveles de empatía afectiva o de compasión, y que estos resulten funcionales, es fundamental el desarrollo de la empatía cognitiva y habilidades de regulación emocional; de lo contrario, el desempeño de su labor resultará en distrés, fatiga por compasión y *Burnout* (Lamothe *et al.*, 2014). Asimismo, ha sido evidenciado que la ayuda brindada tiene diferentes consecuencias dependiendo de la forma en la que los profesionales toman perspectiva sobre la situación de sus pacientes (Buffone *et al.*, 2017). En consonancia con lo anterior, una investigación cualitativa realizada con residentes entre los 20 y los 35 años, expuso que altos niveles de empatía y compasión pueden incrementar el *Burnout* debido al desarrollo de fatiga por compasión, o incluso por la percepción de alta carga laboral, en casos en los que es percibido que las demandas emocionales del entorno exceden su capacidad de afrontamiento. Ser empático puede provocar estrés laboral ante situaciones, que los residentes perciben sobrecarga emocional y optan por establecer límites en la interacción (Picard *et al.*, 2016). De forma similar, otros estudios han evidenciado que el proceso de imaginarse a sí mismo en la situación del otro genera mayores niveles de afecto negativo que imaginarse los efectos emocionales de la situación desde la perspectiva del paciente (Buffone *et al.*, 2017).

Según los resultados del estudio y en relación con los niveles de estrés laboral, un 41.9 % de

la población evaluada tiene niveles significativos de cansancio emocional, el cual es reconocido como el primer elemento del síndrome del *Burnout*, que señala cómo se percibe el trabajo como estresante, demandante y frustrante (Kroll *et al.*, 2016). La situación parece empeorar para un 21 % que presenta despersonalización. Además, aproximadamente una de cada cinco personas evaluadas presentó bajos niveles de realización personal. Estas cifras son menores que las reportadas en otros estudios con población colombiana que habían encontrado niveles de agotamiento emocional moderado y severo en el 76 % de los médicos y despersonalización en un 60 % (Guevara *et al.*, 2004). No obstante, los resultados están en consonancia con este último estudio y otro realizado con médicos especialistas de dolor (Kroll *et al.*, 2016), en tanto señalan que el factor con mayor prevalencia es el cansancio emocional, seguido por la despersonalización y finalmente por la baja realización personal.

Respecto a la empatía, alrededor de un 65 % de la población evaluada presenta menores niveles de comprensión empática de la esperada para personas que se desempeñan en el campo de la salud. En contraste, la empatía afectiva mostró niveles óptimos en más del 90 % de los evaluados. Estos datos resultan relevantes al considerar lo encontrado en investigaciones que plantean que altos niveles de adopción de perspectivas y de preocupación empática son significativamente asociados con menores niveles de *Burnout*, puesto que cuando los médicos son buenos adoptando el punto de vista del paciente, su reacción y comportamientos prosociales reducen los efectos de la exposición al estrés (Lamothe *et al.*, 2014), por lo que las probabilidades de experimentar *Burnout* podrían ser menores al recibir una formación enfocada en el desarrollo de estas habilidades.

Por otro lado, sobre la compasión, y en comparación con una muestra ecuatoriana, la población de este estudio presentó mayor compromiso en la escala de autocompasión, es decir, mayor motivación y participación en el sufrimiento cuando es experimentado; y menores estrategias para enfrentar con compasión las emociones, pensamientos y situaciones que los angustian, tanto hacia sí mismo, como hacia otros. Es decir, los estudiantes y profesionales colombianos parecen tener menores estrategias compasi-

vas para lidiar con emociones displacenteras, pensamientos y situaciones, ya sean de sí mismos o de los otros en comparación con colegas ecuatorianos. Esto cobra importancia si se tiene en cuenta que la compasión es un componente esencial de la atención de calidad en tanto incluye dimensiones éticas, profesionales, de comunicación asertiva y efectiva, humanas y espirituales que repercuten en la percepción del paciente sobre el compromiso del médico en el incremento de su calidad de vida (Davalos-Batallas *et al.*, 2020).

Antes de finalizar este manuscrito, es importante señalar algunas limitaciones del estudio. La primera de ellas se relaciona con el diseño transversal del estudio, del mismo modo, no puede determinarse la direccionalidad de las relaciones, por lo que las hipótesis descritas se basan en estudios previos. La segunda limitación tuvo que ver con el hecho de que, al ser un protocolo de evaluación auto-diligenciado, muchos de los participantes no completaron la totalidad de los instrumentos, de manera que no se tuvo información completa de ellos para ciertos análisis estadísticos. Finalmente, es importante anotar que una revisión de instrumentos para la evaluación de la empatía afirmó que ninguno de ellos es válido conceptualmente y confiable psicométricamente (Yu y Kirk, 2009); no obstante, en esta revisión no se incluyó el TECA como instrumento de análisis. Lo anterior se considera importante teniendo presente que estudios previos (Wilkinson *et al.*, 2017) hacían suponer que existiría una relación entre el *Burnout* y la empatía, o alguna de sus dimensiones, y esto no pudo ser corroborado en los resultados de la regresión lineal múltiple en esta investigación.

En conclusión y según los resultados de este estudio, mayor comprensión emocional del paciente y un trato compasivo facilitan la percepción de realización personal, los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, resultando en un factor protector frente al *Burnout*. Estos hallazgos justifican la importancia de estimular el desarrollo de mayor motivación y participación en el sufrimiento propio y ajeno cuando es experimentado, tanto para incrementar la satisfacción de los usuarios del servicio, como para evitar el agotamiento laboral entre los profesionales del área de la salud (Gil-Monte, 2001; Halbesleben y Rathert, 2008;

Kroll *et al.*, 2016; Rubio, 2003). A pesar de la carencia de una conclusión global frente a la relación entre los niveles de empatía, compasión y Burnout, puede ser una suposición razonable que el campo de la salud causa estrés agudo para los profesionales. El acompañamiento para el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas podría prevenir la acumulación de estrés y por consiguiente, de agotamiento laboral (Altman y Roth, 2021).

■ Referencias

- Altman, T., y Roth, M. (2021). The risk of empathy: longitudinal associations between empathy and Burnout. *Psychology & Health*, 31 (12), 1441-1460. <https://doi.org/10.1080/0870446.2020.1838521>
- Buffone, A. E., Poulin, M., DeLury, S., Ministerio, L., Morrisson, C., y Scalco, M. (2017). Don't walk in her shoes! Different forms of perspective taking affect stress physiology. *Journal of Experimental Social Psychology*, 72, 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.04.001>
- Cameron, R. A., Mazer, B. L., DeLuca, J. M., Mohile, S. G., y Epstein, R. M. (2015). In search of compassion: A new taxonomy of compassionate physician behaviours. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 18(5), 1672-1685. <https://doi.org/10.1111/hex.12160>
- Carlin, M., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Davalos-Batallas, V., Vargas-Martínez, A. M., Bonilla-Sierra, P., León-Larios, F., Lomas-Campos, M. D., Vaca-Gallegos, S. L., y de Diego-Cordero, R. (2020). Compassionate Engagement and Action in the Education for Health Care Professions: A Cross-Sectional Study at an Ecuadorian University. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15): 5425. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155425>
- Delgado, S., González, D., y Tejero, R. (2014). El burnout como forma de estrés laboral y su dimensión forense. *Revista cubana de salud y trabajo*, 14(1), 51-66.
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J. Clin. Psychol.*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicológica-Científica.com*, 3(5).
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Guevara, C., Henao, D., y Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 35(4), 173-178.
- Halbesleben, J., y Rathert, C. (2008). Linking physician Burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev.*, 33(1), 29-39. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kamal, A., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., Kavalieratos, D., y Sinclair, C. T. (2020). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(5), 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020>
- Kroll, H., Macaulay, T., y Jesse, M. (2016). A Preliminary Survey Examining Predictors of Burnout in Pain Medicine Physicians in the United States. *Pain Physician*, 19(5), 689-696.
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., y Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding Burnout in general practice. *BMC Family Practice*, 15. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15>
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., y Abad, F. J. (2008). *TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Tea Ediciones, S.A
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout inventory*. University of California, Consulting Psychologists Press.
- Montero Yaya, K. L., Cortés Olarte, G. A., y Hernández González, Á. U. (2020). Síndrome del Burnout en policías de Colombia y su relación con el sistema de beneficios e incentivos. *Revista*

- Logos Ciencia & Tecnología*, 12(2), 32-43. <https://doi.org/10.22335/rfct.v12i2.1161>
- O'Donnell, E. P., Humeniuk, K., West, C. P., y Tiliburt, J. C. (2015). The effects of fatigue and dissatisfaction on how physicians perceive their social responsibilities. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(2), 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.12.011>
- Ortega Ruiz, C., y López Ríos, F. (2004). Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical And Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Picard, J., Catu-Pinault, A., Boujut, E., Botella, M., Jaury, P., y Zenasni, F. (2016). Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychology, Health & Medicine*, 21(3), 354-361. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1054407>
- Reinolds, M., McCombie, A., Jeffery, M., Mulder, R., y Frizelle, F. (2021). Impact of Burnout on empathy. *The New Zealand Medical Journal*, 134 (1530), 12-20.
- Rubio, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de institutos de enseñanza secundaria* [tesis doctoral, Universidad de Extremadura]. Repositorio institucional UNEX. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaites?codigo=1494>
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T., Hagen, N., McClement, S., y Bouchal, S. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>
- Stosic, M. D., Blanch-Hartigan, D., Aleksanyan, T., Duenas, J. y Ruben, M. A. (2022). Empathy, friend or foe? Untangling the relationship between empathy and Burnout in helping professions. *The Journal of Social Psychology*, 162(1), 89-108. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.1991259>
- von Harscher, H., Dasmaraais, N., Dollinger, R., Grossman, S., y Aldana, S. (2018). The impact of empathy on Burnout in medical students: new findings. *Psychol Health Med.*, 23(3), 295-303. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1374545>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., y Eames, C. (2017). Examining the relationship between Burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- Williams, E. S., Manwell, L., Konrad, T. R., y Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and Burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev.*, 32(3), 203-212. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
- Yu, J., y Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1790-1806. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05071.x>
- Yue, Z., Qin, Y., Li, Y., Wang, J., Nicholas, S., Maitland, E., y Liu, C. (2022). Empathy and Burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment. *BMC public health*, 22(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13405-4>
- Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A., y Sultan, S. (2012). Burnout and empathy in primary care: Three hypotheses. *British Journal of General Practice*, 62(600), 346-347. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X652193>