

Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

**FRECUENCIA DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON EMPATÍA EN
ESTUDIANTES DE TERCERO A SEXTO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ.**



PRESENTA

Patricia del Carmen Castillo de Lira.

Residente del cuarto año de la Especialidad en Psiquiatría

Asesor clínico: Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez.

Asesor metodológico: Dra. María Esther Jiménez Cataño.

Noviembre del 2016

DEDICATORIA

A Dios, por estar siempre conmigo.

A mi familia por su apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por enseñarme el valor del estudio y del trabajo siendo un ejemplo desde mi niñez, por su paciencia, amor y apoyo.

A mis hermanos, amigos y familia en general que han estado a mi lado continuamente, les agradezco su apoyo y amor.

A mis compañeros residentes que han recorrido junto a mi este camino y que estoy segura serán amigos para toda la vida y a los cuales les deseo lo mejor en su vida profesional y personal.

A la Dra. María Esther Jiménez Cataño, por su paciencia y enseñanza, sin ella o hubiera sido posible esta tesis.

A la Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez, por impulsarme a superarme y ser un ejemplo en la docencia en Psiquiatría.

ÍNDICE

Introducción.....	5
Antecedentes.....	6
Justificación y Planteamiento del Problema.....	16
Pregunta de Investigación.....	17
Objetivos e hipótesis.....	18
Metodología.....	19
2.1 Tipo de estudio.....	19
2.2 Instrumentos de medición.....	19
2.3 Aplicación del instrumento.....	21
2.4 Variables.....	21
2.5 Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	22
2.6 Recursos.....	22
2.7 Consideraciones éticas.....	23
Factibilidad.....	24
Resultados.....	25
Discusión.....	34
Conclusiones.....	37
Limitaciones.....	38
Bibliografía.....	39
Anexo 1.- Consentimiento informado.....	41
Anexo 2.- Instrumentos de medición.....	43

INTRODUCCIÓN

La presencia de burnout es un tema muy discutido en el desempeño académico de los estudiantes de medicina así como el impacto de esta patología en el ambiente en el que se desarrollan. La investigación en este tema es limitada por la falta de estudios en los que se evalúen la asociación de burnout y la capacidad de empatía del personal de salud. Lo anterior es relevante dado que la relación médico paciente es un elemento crítico en la práctica médica. Es importante por tanto conocer el tema y observar el desempeño del personal que presta algún tipo de servicio en el área de la salud, específicamente de los estudiantes de medicina, para así poder realizar en un futuro algún tipo de intervención (por ejemplo en los programas académicos), que contrarreste este problema. Debido a los pocos estudios que han sido llevados a cabo en población mexicana sobre la asociación del burnout y pobre capacidad de empatía utilizando escalas validadas en población hispanoparlante, se desconoce su frecuencia, y, por tanto las consecuencias tanto profesionales, como personales y académicas que conlleva en la población mexicana.

Respecto a la relación médico paciente, el burnout resulta en un déficit en la atención prestada hacia el paciente. La caracterización de los estudiantes que padecen el síndrome de burnout muestra una serie de condiciones deletéreas que se manifiestan de manera importante como en el suicidio, depresión y problemas personales en individuos que, como veremos, aun no ingresan siquiera al ámbito laboral formal. Es por tanto fundamental la prevención y aplicación de políticas en la formación de los profesionales, además de analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía con beneficios potenciales para el desarrollo profesional del médico y de la salud de los pacientes.

ANTECEDENTES

1. Evolución histórica del término burnout.

En 1974, el médico psiquiatra Herbert Freudenberger, que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, observó que al cabo de un periodo de uno a tres años, la mayoría de los trabajadores sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión, (Adán (1998); Moreno González y Garrosa, (2001)). De acuerdo a Leiter (1991), esta afección se observó sobre todo en personas que tenían en común ciertos tipos de trabajo caracterizados por carecer de un horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. También ha sido descrito en personas sin un trabajo propiamente formal, simplemente con una carga excesiva de tareas, por ejemplo en los estudiantes de carreras académicas con alta exigencia. Las personas que los desempeñaban se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de sus propios problemas. Para referirse a este trastorno, Freudenberger utilizó el término burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se usaba entonces para describir los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso, haciendo alusión a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado. En esa misma década, la psicóloga social Cristina Maslach (1976), estudiaba las respuestas emocionales de quienes trabajan en diversos servicios de ayuda a personas. Burnout era una expresión con gran aceptación en este ámbito: los afectados se sentían fácilmente identificados con este afortunado término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (Maslach y Jackson, 1986).

García-Izquierdo (1991) comenta que el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda. Es de llamar la atención que entre este grupo de profesiones es frecuente encontrar sujetos con una personalidad previa caracterizada por

ser narcisos, perfeccionistas, idealistas, exigentes consigo mismos y la negativa a aceptar una enfermedad en el medio médico. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a burnout (Jaoul et al., 2004).

Distintas definiciones han sido realizadas a través del tiempo: Maslach (1976) lo describe como el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Pines y Kafry (1978) hablan de una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Spaniol y Caputo (1979) definieron el burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales, de estudio o personales.

Edelwich y Brodsky (1980) plantean una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo o nivel de estudio que se esté desempeñando en ese momento. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece burnout:

a) entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro b) estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración; c) frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales (núcleo central del síndrome); y d) apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa.

En conclusión, es necesaria la presencia de unas “interacciones humanas”, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. Se puede señalar que existen diferencias individuales a la hora de percibir el estrés un mismo individuo en diferentes ocasiones y ante el mismo estresor puede sentirse afectado por él o no; los recursos de afrontamiento pueden ser aprendidos y olvidados el individuo puede, o no, poner en práctica todos sus recursos; y, por último, el efecto de esos estresores puede ser crónica o aguda. En este sentido, se conceptualiza el burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va “instaurando” en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

2. Evaluación del síndrome de burnout en estudiantes de medicina.

En la actualidad para el estudio del burnout se utiliza una escala que evalúa tres dimensiones básicas de este fenómeno, que consiste en un test de cribado que abarca el agotamiento personal, la despersonalización y la falta de realización personal. Durante la validación de esta escala los autores se enfrentaron a diversos obstáculos, uno de estos, la definición de despersonalización, el cual es un concepto que tiene que ver con la pérdida de sentido de sí mismo, o del propio cuerpo o de la realidad interna. Desde el punto de vista clínico se podrían entender esas tres dimensiones básicas como las manifestaciones de un trastorno adaptativo crónico que cursa con síntomas en su predominio disfóricos: con alteraciones de la conducta, con síntomas de estrés psicofisiológico, trastornos del sueño, hipervigilancia, con bajo rendimiento escolar, con sentimientos de escasa realización personal, ineficacia escolar y laboral, desmotivación. Las cifras que se han encontrado son alarmantes ya que muestran de entre el 3.25% y el 30% de los médicos padecen síndrome de burnout (De Pablo et. al. 2002, Sobreques et al 2002, Cathébras et al 2004, Rodriguez et al 2005, Loayssa 2005). Y no solo ahí queda la trascendencia de este fenómeno adaptativo, sino que también puede enmascarar otro tipo de trastornos como lo son trastornos de la personalidad y trastornos por dependencia a sustancias.

En los estudiantes de medicina, el burnout parece ser la forma más común de estrés. La dedicación e intensidad en el estudio en la carrera de medicina predispone al estudiante a un agotamiento físico y psíquico, y secundariamente a presentar síntomas aislados de psicopatología, e incluso trastornos psiquiátricos propiamente dichos. Una investigación realizada en Estados Unidos (E.U.) (Lisselotte y cols. 2008) sobre burnout e ideación suicida en estudiantes de medicina, demostró una alta prevalencia del 11.2%, lo cual fue más alto que en individuos de la misma edad de población general (6.9%). La ideación suicida se asoció fuertemente con estrés personal (calidad de vida y síntomas depresivos) y estrés profesional (burnout). Se concluyó también que una alta prevalencia de este fenómeno entre estudiantes de medicina de E.U.A. sugería que el incremento de riesgo de suicidios entre médicos podría empezar en la escuela. Estos hallazgos sugieren que el burnout entre estudiantes de medicina es un importante predictor de ideación suicida subsecuente aún en ausencia de síntomas de depresión.

Por otra parte, en un artículo donde se realizó por primera vez una cohorte de residentes de medicina interna (estadounidenses y extranjeros), en los que se evaluaron las variables de calidad de vida, burnout, deuda educativa y conocimiento médico, utilizando como método de intervención la escala de Maslach de burnout y una prueba estandarizada de 340 reactivos de opción múltiple IM-ITE la cual se realiza cada año en los programas de Estados Unidos (el principal objetivo de esta prueba es evaluar el progreso del aprendizaje, y detectar áreas en las que se presente una deficiencia y se requiera mayor estudio, integrada por preguntas de más de once subespecialidades). Se obtuvo una muestra de 16394 médicos residentes de los cuales 7743 eran estadounidenses y 8571 eran extranjeros, representando el 74.1% del año académico 2008 al 2009. Se planteó que los médicos que se desempeñan adecuadamente pueden llegar a tener una alta competitividad en conocimiento médico, lo que resulta en una mejor calidad de atención al paciente. Teniendo presente que el estrés entre médicos es común y la asociación de éste con los efectos negativos en el cuidado del paciente, se encontraron los siguientes resultados: Los niveles de burnout, y altos niveles de cansancio emocional y despersonalización fueron reportados en 8343 de 16192 (51.5%), 7394 de 16154 (45.8%), y 4541 de 15737 (28.9%) respectivamente, (tomándose en cuenta únicamente los residentes que completaron totalmente cada área de la escala). El burnout fue menos frecuente en residentes extranjeros que en estadounidenses (45.1% vs 58.7%); siendo una posible explicación a esto el hecho de que los programas de residencia extranjera tienen un diseño flexible y no rígido como el de los Estados Unidos. Un puntaje de 4.1 (99% CI, 3.9-4.3) y un puntaje de 2.6 (99% CI, 2.4-2.8) fueron diferencias asociadas con el avance de grado académico de primero a segundo y de segundo a tercer año de la residencia respectivamente. Se concluyó que el burnout se asocia a baja calidad de vida, cansancio emocional y educacional, presentando un menor rendimiento académico asociado al burnout. Este estudio es además para nuestro conocimiento el primer reporte de gran escala de la asociación de estos factores con una medición objetiva de una competencia clínica y conocimiento médico (IM-ITE). La insatisfacción y el estrés personal fueron comunes a través de la cohorte. En particular la prevalencia de los síntomas del burnout en esta cohorte es consistente con aquella reportada en múltiples estudios previos de residentes en los cuales el burnout excede el 40%. Los síntomas de desgaste emocional disminuyeron con cada año de entrenamiento, mientras que

los síntomas de despersonalización se incrementaban conforme el entrenamiento progresaba, una posible explicación es que los efectos acumulados del cansancio emocional temprano en el proceso de residencia lleva a la erosión del idealismo profesional aunque el cansancio emocional mejore. Altos niveles de educación fueron asociados con baja calidad de vida y altos niveles de burnout. Los resultados de este estudio sugieren que el conocimiento médico es menor conforme aumenta el cansancio emocional y los bajos niveles de calidad de vida.

El antecedente directo de la presente propuesta es el trabajo de Galván y colaboradores (2012). Se recopilaron 342 encuestas entre los alumnos que cursaban primero, tercero y sexto grado de la licenciatura de medicina en mayo del 2011. El muestreo incluyó en todos los casos a más del 80% de los alumnos inscritos en cada nivel. Se encontró a un cuarto de la población con depresión o trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la séptima parte de la población con ansiedad, siendo estas tres las psicopatologías más frecuentes. Se encontró síndrome de burnout de nivel alto 13.4%, así como un incremento progresivo de la prevalencia de síndrome de burnout de primero a sexto año de la carrera. Además, otras variables asociadas a síndrome de burnout fueron depresión, conducta alimentaria de riesgo y deportes. Se observó que cuando existe síndrome de burnout es más probable que existan síntomas depresivos ($p < .001$) o conductas alimentarias de riesgo ($p < .001$). Fue significativa la relación entre los alumnos que tienen síndrome de burnout y la característica de realizar menos deporte ($p < .04$).

En conclusión el burnout es un síndrome común en el ámbito médico, tiene un impacto negativo tal y como se menciona en los diferentes artículos abordados, la trascendencia de este síndrome se observa a corto, mediano y largo plazo tanto en la vida personal como en el desarrollo académico de la persona. Llama la atención que pese a la poca evidencia con que se cuenta y que la mayoría de los datos estadísticos reportados direccionan a una alta prevalencia, no se cuente con programas preventivos en el desarrollo del mismo. La dificultad en la búsqueda de información, confirma la evidencia de ser un tema que muchas personas lo consideran de poca importancia, no es este mi caso ya que durante mi rotación por distintas instituciones, y al estar en contacto con estudiantes de medicina y residentes, puedo percatarme que en la actualidad se encuentra

infradiagnosticado, y que acompaña al estudiante en todo el entrenamiento escolar, algunas veces llegando a aprender a vivir con él, de una manera en la que se ven dañadas las relaciones interpersonales, sus logros académicos y desempeño laboral. Falta mucho por conocer del burnout, el cual debiera ser un tema de especial relevancia para investigadores y no investigadores. Pese a esto, es posible realizar una reestructuración de los programas educativos en la que el estudiante de medicina tenga menor probabilidad de desarrollar burnout. Esto se lograría realizando investigación, identificando la población de riesgo y las consecuencias que acarrea. Todavía falta conocimiento acerca del tema, sin embargo paso a paso se irá avanzando generando una actitud diferente acerca de la problemática presentada.

3. Empatía: definición del término

La empatía es la habilidad de comprender emocionalmente a la otra persona. Dicho de otra manera, ponernos en su lugar y conocer que siente, intentar comprender los sentimientos y emociones que siente la persona con la que estamos interactuando. La empatía es una habilidad esencial en las relaciones humanas pero, sobretodo, debería serlo para todas aquellas personas que tratan diariamente con personas, y más aún cuando también tratan temas importantes como la salud o otras situaciones importantes.

Entendemos por empatía la capacidad para experimentar de forma vicaria los estados emocionales de otros, siendo crucial en muchas formas de interacción social adaptativa. Tiene dos componentes: uno cognitivo, muy relacionado con la capacidad para abstraer los procesos mentales de otras personas, y otro emocional, que sería la reacción ante el estado emocional de otra persona. Por otra parte, la empatía ha sido de utilidad en los procesos psicoterapéuticos donde se ha considerado que la empatía del analista/terapeuta es un procedimiento de conocimiento, es un método de observación. Es entonces, una operación en la mente del analista que consiste en “ver con”, en “sentir con”, en “ponerse en el lugar de”, en, según Kohut (1959), una “introspección vicariante”. Sentimos “con”, pero no actuamos “por”. Empatía no es simpatía, ni intuición, ni imitación. La empatía es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien consigo mismo. La empatía es un canal que

abre la total comunicación entre el paciente y el terapeuta. Se describen cuatro componentes de la definición multidimensional del constructo de empatía. Esto incluye lo siguiente: 1) Emotividad: la habilidad de la experiencia subjetiva y compartirla en otro estado psicológico. 2) Moral: una fuerza altruista interna que motiva la práctica de la empatía. 3) Cognitiva: la habilidad intelectual que ayuda a identificar y entender los sentimientos de otra persona y la perspectiva desde un punto de vista objetivo. 5) Comportamiento: capacidad de transmitir una respuesta de entendimiento desde otra perspectiva.

4) Empatía y práctica médica

Una relación médico paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar. La Asociación Estadounidense de la Escuela de Medicina ha manifestado que se espera que las escuelas de medicina formen médicos altruistas, compasivos y empáticos para con sus pacientes; así mismo, el Colegio Estadounidense de Medicina Interna ha recomendado desde hace ya tiempo que los atributos humanísticos, incluida la empatía se instilen y evalúen entre los residentes en entrenamiento clínico para así aumentar la calidad de atención del paciente. Incluso existen pruebas de que la empatía se asocia con una mejor competencia clínica, sin embargo continúa siendo un área de investigación inexplorada. La empatía en la práctica médica se ha asociado con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recabar la historia clínica y ejecución del examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico y una mejor relación terapéutica.

En la medida en la que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente mejor será la atención que ofrezca, de este modo, la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico paciente. La medición de la empatía es el primer paso para examinar su nivel de permanencia desde el ingreso a la carrera de medicina hasta el tiempo de una especialidad médica. También permite analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía con beneficios potenciales para el desarrollo profesional del médico y de la salud de sus pacientes.

5. Evaluación de la empatía

En un estudio comparativo realizado entre estudiantes de primero y tercer año en disciplinas de salud y no salud (estudiantes de leyes), se aplicó la escala de empatía de Jefferson. La población estudiada fueron 282 estudiantes; 76% de los cuales eran mujeres y 24% hombres. Los estudiantes fueron escogidos de una de seis cohortes realizadas, 47 estudiantes del primer año de farmacia, 49 del primer año de enfermería, 30 del primer año de leyes, 44 del tercer año de farmacia, 47 del tercer año de enfermería y 33 del tercer año de leyes. La consistencia interna fue satisfactoria con un (.89 - .87) entre estudiantes de medicina y residentes de medicina interna. Las mujeres tuvieron significativamente mayores niveles de empatía que los hombres ($p \leq 0.001$). No se encontró una diferencia significativa entre estudiantes en el tercer año de la carrera y aquellos de primer año. Esto es contrastante de lo que se había observado en estudios previos que sugieren una disminución de la empatía entre el primer y tercer año. Como sea los estudios que reportan una disminución en la empatía generalmente son estudios conducidos en muestras de estudiantes de medicina. No se observó una diferencia significativa en la empatía en los estudiantes de primer año y tercer año de la carrera de leyes sugiriendo que en esta disciplina la empatía no disminuye ni decrece durante la educación, concluyendo los autores que la empatía depende de la disciplina que se esté realizando y los años de estudio que lleve la persona, así mismo sugiere que la razón primaria para esta disminución en la empatía fue la etapa de la práctica clínica en la que se encontraba el residente y el contacto progresivo con los pacientes.

En un estudio longitudinal en el que se estudiaron cambios en los niveles de empatía en los estudiantes de medicina durante el transcurso de la carrera, se reportó que no se encontraron cambios significativos en los primeros dos años de la carrera, sin embargo sí un significativo decremento de la empatía que inicio en el tercer año y que continuo a través de los años.

En un estudio sobre constructo de empatía, burnout y optimismo en estudiantes de medicina se utilizaron tres instrumentos de medición: La Escala de Empatía de Jefferson, el test revisado de orientación en la vida LOT-R, y la Escala de burnout de Maslach. Se les aplicó a 265 estudiantes de medicina de la Universidad Thomas Jefferson. Lo encontrado

en este estudio sugiere por medio del análisis estadístico bivariado que la empatía esta correlacionada positivamente con la satisfacción personal pero inversamente asociada con un indicador de burnout: la despersonalización . Altos niveles de optimismo estuvieron relacionados con alto grado de satisfacción, y con bajo grado de cansancio emocional de la escala de Maslach. Mientras que en el modelo estadístico multivariado resultaron dos constructos relevantes: “atributos positivos de la personalidad” (coeficientes mayores de .58 para empatía, optimismo y satisfacción personal), “atributos negativos de la personalidad (coeficientes mayores de .78 para medidas de cansancio emocional y despersonalización). Los resultados confirmaron una asociación entre empatía en el contexto de la atención al paciente y características de la personalidad que van dirigidas a la construcción de la relación profesional. Optimismo y burnout son atributos de la personalidad y pueden influir en el comportamiento del estudiante.

6. Burnout y empatía

¿Se puede predecir la severidad del burnout desde la actividad cerebral asociada a la empatía? En un estudio reciente se realizaron pruebas de autoreporte de severidad de burnout y medidas psicológicas de empatía, disonancia emocional, y alexitimia entre los médicos profesionales. Las participantes fueron 25 profesionales de la medicina con menos de once años de experiencia, Se les mostraron videos mientras se les realizaba escaneo cerebral con Resonancia Magnética, los video clips consistían en imágenes de personas siendo lastimadas por distintos tipos de herramientas. Se argumentaron dos hipótesis contradictorias: El burnout es explicado por una disminución en la compasión y la disonancia emocional, que es una disociación de lo que se siente y lo que se expresa, con una regulación emocional disminuida. Los resultados mostraron que el burnout severo, estaba relacionado con una disminución en la empatía a nivel de actividad cerebral, relacionándose estrechamente con la disonancia emocional y alexitimia. Los individuos con una alta disposición empática y con altos niveles de burnout, presentan una gran dificultad identificando las reacciones emocionales. Concluyendo que esta disminución en la actividad cerebral está relacionada con la dificultad para reconocer el estado emocional así como con la capacidad empática.

Por otro lado en un estudio multicéntrico se analizó la empatía entre estudiantes de

medicina, observando la relación entre calidad de vida y burnout. Se administraron cuestionarios autoaplicables de empatía, calidad de vida y burnout en una muestra de estudiantes de medicina. De 1350 estudiantes que realizaron los cuestionarios completos, las mujeres exhibieron mayor disposición empática. Hubo diferencias menores en cuanto a la empatía en estudiantes de medicina de acuerdo al grado académico ($p \leq 0.05$; $f \leq .25$), las estudiantes mujeres tuvieron un puntaje mayor en cansancio emocional y menor en despersonalización que los hombres ($p \leq 0.001$, $d \leq 0.5$). Estudiantes en la última etapa de estudios obtuvieron un mayor puntaje de cansancio emocional, despersonalización, frustración ($p \leq 0.05$; $f \leq .25$). La despersonalización se asoció con baja empatía ($\beta = -.18$). Se llegó a la conclusión de que las mujeres presentaron mayor capacidad de empatía. La diferencia en el puntaje de la empatía conforme al grado escolar no tuvo relevancia. La variable dependiente utilizada para medición de empatía de logro personal fue la asociación más importante con un estrés emocional disminuido.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya que una de las principales metas de la epidemiología psiquiátrica es prevenir determinados trastornos, es muy importante estudiar a la población que presenta síntomas depresivos no evidentes y burnout, lo cual impide una atención adecuada y evita una función preventiva en el proceso primario de la enfermedad. Es una problemática frecuente y estigmatizada por la misma población en general, “los médicos no se enferman”. Al revisar los datos estadísticos más cercanos que tenemos en nuestra población, encontramos que Galván y colaboradores identificaron un nivel alto de burnout, de 13.4% en población estudiantil de la UASLP (Facultad de Medicina). En la literatura de otros países se reporta entre un 3% hasta un 30 % de médicos afectados con este padecimiento, y existen argumentos para sostener que es un problema de salud relevante en que se debería de enfocar la atención de las autoridades. El más importante es que si el personal que atiende los problemas de salud de las personas está enfermo, la calidad de la atención brindada y el impacto en el bienestar de las personas serán pobres y a costos más elevados. Por otra parte, la íntima relación que existe con la empatía, que es una variable necesaria a tomar en cuenta dentro del contexto del burnout, marca la diferencia en el adecuado manejo del paciente y de la relación médico paciente. En México se cuenta con poca literatura acerca del tema, - y menos aún de la relación de burnout y empatía. La necesidad de explicar el origen de esta problemática va más allá, involucrando diversas variables, motivo por el cual se añadieron escalas de ansiedad y de depresión, así como de psicopatología, ya que existe confusión en saber las asociaciones existentes entre la depresión o ansiedad de una persona con el burnout y la empatía y qué tanta influencia tienen bidireccionalmente hablando, o si el burnout es un subtipo de depresión o una patología independiente. En primera instancia hay que conocer el panorama o el diagnóstico situacional de la población médica estudiantil, - detectando la frecuencia de las diferentes variables de acuerdo al grado académico o sexo, para dar pie a futuras investigaciones.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de burnout en los estudiantes de medicina de tercero a sexto año académico, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí?

¿Existe alguna relación con la capacidad de empatía en esta población?

¿Coexisten otras variables, por ejemplo depresión, ansiedad, con el burnout y la capacidad de empatía en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí?

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

- 1.- Conocer la frecuencia de burnout en los distintos grados académicos.
- 2.- Describir el nivel de empatía en los distintos grados académicos.
- 3.- Describir si existe asociación de burnout con la empatía, así como la influencia de variables como la depresión, ansiedad y psicopatología en la trascendencia de estas dos entidades, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- 4.- Detectar casos de depresión.

Hipótesis

A mayor grado de burnout, menor capacidad de empatía en los estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

Es una investigación con un diseño tipo observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Este tipo de investigación no permite establecer de forma directa relaciones causales, solo puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. Se llevó a cabo en un universo de estudiantes de tercero a sexto año de la carrera de Medicina de la Facultad Autónoma de San Luis Potosí. La muestra recolectada fue por conveniencia. Dentro de los criterios de inclusión se encontraron: ser estudiantes de medicina en contacto continuo con pacientes, estar cursando alguno de los años antes mencionados y que hayan aceptado su participación mediante consentimiento informado por escrito. Los criterios de exclusión fueron: alumnos de medicina que estuvieran cursando año académico sin una participación activa en área hospitalaria, tener diagnóstico de trastorno depresivo mayor o distimia, así como no contar con el consentimiento informado por escrito.

2.2 Instrumentos de medición

Las escalas que se exponen a continuación conformaron el instrumento de medición, que tuvo un número total de 153 reactivos, fue autoaplicable y el tiempo aproximado para su aplicación es de 50+/-5 minutos, en base a un estudio piloto realizado con 8 sujetos experimentales.

1) Escala de burnout de Maslach, en la cual se evalúan tres aspectos: despersonalización, cansancio emocional y realización personal, realizando mediciones con una escala tipo Likert que va del uno al siete. La subescala de cansancio emocional consta de 9 preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo laboral o escolar, puntuación máxima de 54. La subescala de despersonalización está compuesta de cinco ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, con una puntuación máxima de 30. La subescala de realización personal, se compone de 8 ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo y desempeño escolar, la puntuación máxima es de 48. La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: cansancio emocional se evalúa con la pregunta 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20, mientras que despersonalización se

evalúa con las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22, y por último la realización personal con las preguntas 4,7 ,9, 12, 17, 18, 19 y 21.

2) Escala de Empatía de Jefferson la cual fue avalada en población hispanoparlante por Adelina Alcorta Garza en población médica de Monterrey⁴. Evalúa la empatía en tres dimensiones: compasión, toma de perspectiva y ponerse en el lugar del otro. Incluye 20 preguntas sobre una escala Likert de 7 puntos donde el estudiante responde de acuerdo a una escala con un rango de siete puntos que va desde totalmente de acuerdo (7 puntos), a totalmente en desacuerdo (1 punto). Existen 10 ítems redactados en sentido positivo y 10 en sentido negativo. Esto para evitar el automatismo en la respuesta. En los ítems negativos la puntuación se invierte, de modo, que, cuando el individuo responde totalmente en desacuerdo obtiene 7 puntos. Posee contenidos relevantes que permiten la apreciación de la orientación o actitud empática del individuo, los puntajes pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140, mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo.

3) Escala de Depresión de Beck avalada en población Española por Sanz y Vázquez (2011). Es un autoreporte compuesto por 21 ítems de tipo Likert utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en adultos y adolescente de 13 años y más. Se solicita a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0 a 13 mínima depresión; 14- 19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; 29-63, depresión grave.

4) Inventario SCL-90 el cual evalúa patrones de síntoma presentes en individuos, cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: somatizaciones, obsesiones y compulsiones,

depresión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días. Es aplicable a personas entre los 13 y 65 años de edad. Validada en población hispanoparlante por Cruz Fuentes Carlos en población mexicana. (Todas las escalas se muestran en anexo 2 ver. Hoja de Excel).

2.3. Aplicación del instrumento

El instrumento se aplicó a mediados del semestre escolar, por escrito, fue llenado con lápiz por parte de cada estudiante en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí que participó en el estudio.

2.4. Variables

Las variables se determinaron por el marco teórico y conceptual, así como por los instrumentos de medición. La definición operacional de las variables se realizó con los conceptos básicos que el investigador y el aplicador debe entender para auxiliar de manera sencilla al participante. La operacionalización se determinó de acuerdo al tipo de variable y su escala de medición. Se utilizaron variables categóricas (burnout, empatía), variables continuas (grados académicos), así como factores asociados entre los que se encontraron depresión y ansiedad.

1. Escala de Maslach Burnout : Escala tipo Likert.

- a. subescala de agotamiento emocional: puntuación máxima 54 puntos
- b. subescala de despersonalización: puntuación máxima 30
- c. subescala de realización personal; puntuación máxima 48 puntos.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

2. Escala de Empatía de Jefferson: Escala tipo Likert

- a. compasión
- b. toma de perspectiva
- c. ponerse en el lugar del otro

Los puntajes pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140, mientras más alto sea el puntaje más empática la orientación del individuo.

3. Escala de Depresión de Beck: Escala tipo Likert.

- a. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63
- b. 0 a 13 mínima depresión
- c. 14 a 19 depresión leve
- d. 20 a 28 depresión moderada
- e. 29 a 63 depresión grave.

4. Inventario SCI90: Escala tipo Likert.

a. índice de severidad global: Indicador del nivel actual de la severidad del malestar general percibido. Combina el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar. Para ello debe sumarse el total de los puntajes de las respuestas a todos los ítems y dividirlo por el número total de ítems (90). Proporciona en un único número, el grado de patología de una persona. (amplitud teórica 0-4).

b. Total de síntomas positivos: Se calcula sumando el total de ítems marcados como positivos (respuesta mayor a 0). Puntuaciones extremas se consideran indicadores de un intento consciente de mostrarse mejor de lo que realmente se está. O por el contrario de exagerar el malestar psicológico. Un valor menor de 4 es sospechoso de negación de síntomas o de minimización de la patología, mientras que uno mayor de 50 en varones o 60 en mujeres es indicador de la tendencia a la exageración de la patología.

c. Índice de malestar sintomático positivo: Evalúa el estilo de respuesta, detectando tendencias a la minimización o a la exageración del estado de malestar. Se calcula sumando el total de los ítems marcados como positivos, como en el caso del ISG, pero dividiendo por el total de síntomas presentes (TSP) amplitud teórica 0-4.

2.5 Procesamiento de los datos y análisis estadístico

Se realizó un análisis bivariado entre las variables independientes, además de un análisis de correlación entre burnout y empatía utilizando el software de analítica predictiva SPSS.

2.6 Recursos

Dentro de los recursos humanos se encontraron las investigadoras del proyecto la Dra. Patricia del Carmen Castillo de Lira, la Dra. María Esther Jiménez Cataño y la Dra. Sarah Navarro Sánchez, quienes se encargaron de aplicar los instrumentos de medición. Se

utilizó papelería en general, con los instrumentos de medición impresos. Los recursos financieros fueron propios de los investigadores y de la Facultad de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

2.7 Consideraciones éticas

De acuerdo a los criterios de clasificación de riesgo, la presente investigación fue considerada sin riesgo o riesgo mínimo, debido a que en un extremo podría ocasionar tensión o incomodidad como la experimentada en la vida cotidiana y sin posibilidad de lesiones o muerte. Siguiendo los códigos de Helsinki, Nüremberg y del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí así como de la NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos se tienen las siguientes consideraciones:

1. La participación tuvo carácter de voluntaria sin presión o coerción.
2. Previo a la contestación de los instrumentos de medición se explicaron los objetivos de la investigación y de la participación de los encuestados.
3. Antes de contestar las encuestas cada participante firmó un consentimiento informado (ver anexo 1).
4. Se guardó completa confidencialidad de la identidad de los participantes, así como de la información clínica obtenida mediante la aplicación de las encuestas.
5. La naturaleza del proyecto fue observacional, no se realizaron intervenciones terapéuticas.
6. Los beneficios superaron los probables riesgos, puesto que la investigación nos ayudó a conocer socio-demográficamente a la población, así como sus necesidades de una forma más específica que abrió la posibilidad de abrir nuevas líneas de investigación para el diseño de métodos de prevención y tratamiento.
7. Las distintas fases del proyecto fueron llevadas a cabo por personal capacitado y calificado.

8. Los intereses de los participantes prevalecieron sobre los de la ciencia y la humanidad, respetando su integridad física, psicológica, emocional y social

9. Los datos obtenidos fueron de utilidad para conocer con mayor amplitud características de los pacientes.

10. Se le proporcionaron a las instituciones las estadísticas y resultados de la investigación en relación a la población en general sin énfasis en participantes en particular.

11. Existió la posibilidad de entregar resultados individuales según lo autorizó y lo deseó el participante.

Se canalizaron a los participantes del estudio que puntuaron para depresión, recibiendo atención en el departamento de psiquiatría solamente los que así lo desearon.

Metodología para obtener el consentimiento informado.

Posterior a la autorización por el Comité de Ética, las investigadoras involucradas en el estudio acudieron a los distintos grados académicos, para hablar con el permiso de los maestros, con los estudiantes, brindándoles la completa información sobre el estudio. Se les entregó por escrito el consentimiento informado a los alumnos que aceptaron de manera voluntaria participar en la investigación.

La confidencialidad de los datos se protegió utilizando la clave única de cada alumno. La información de la relación del nombre y la clave única del alumno solo fue accesible para las investigadoras. En el formato de los instrumentos de medición la manera de registrarse fue poniendo su clave única de alumno.

FACTIBILIDAD

Todos los recursos materiales y financieros se encontraron disponibles para realizar este proyecto ya que por su bajo costo en copias impresas no se requirió de una afluencia económica. Los recursos humanos se encontraron disponibles, solo se requirió de una persona capacitada (el residente en cuestión) para la aplicación de los instrumentos (encuestas auto aplicables). La factibilidad organizacional fue adecuada cumpliendo de manera amplia con el tiempo y los plazos otorgados para la realización del proyecto. Por

último, sus resultados son útiles y benéficos tanto para los estudiantes evaluados como para el servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP.

RESULTADOS

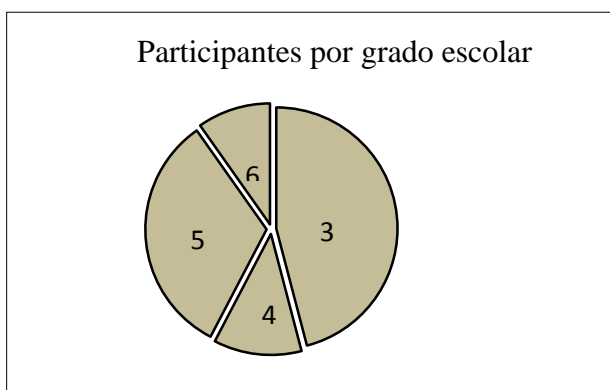
Se aplicaron 307 instrumentos a los alumnos de tercero a sexto año de medicina, distribuidos por año según se muestra en la Tabla 1. El resto de los alumnos no llenaron adecuadamente las escalas o no aceptaron participar en la evaluación. En la figura 1. se muestra a la población de estudio, que en su mayoría fue representativa de tercero y quinto grado. De la muestra el 42.01% (n=129) fueron mujeres y el 57.98 % (n=178) fueron hombres.

Tabla 1: Características de la población por grado académico.

Año escolar	3	4	5	6
Total de alumnos por año	141	119	99	121
Total de alumnos encuestados	141	36	99	31

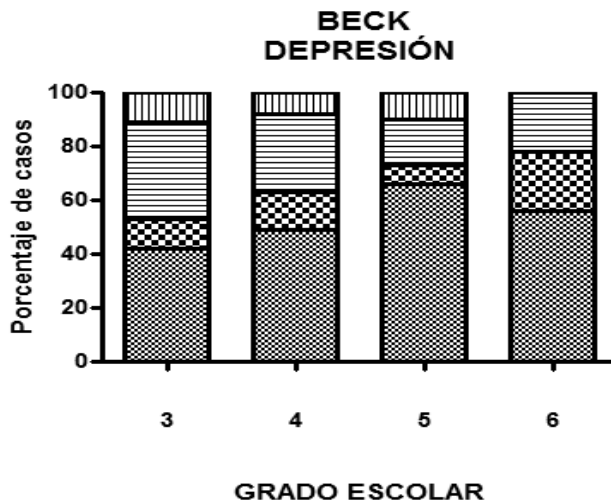
Porcentaje de alumnos encuestados: El 100% de tercero y quinto grado, cuarto grado el 30.25% y de sexto grado el 25.61%.

Gráfica 1. Población de estudio.



Tercero	141 (45.92%)
Cuarto	36(11.72%)
Quinto	99(32.24%)
sexto	31(10.09%)

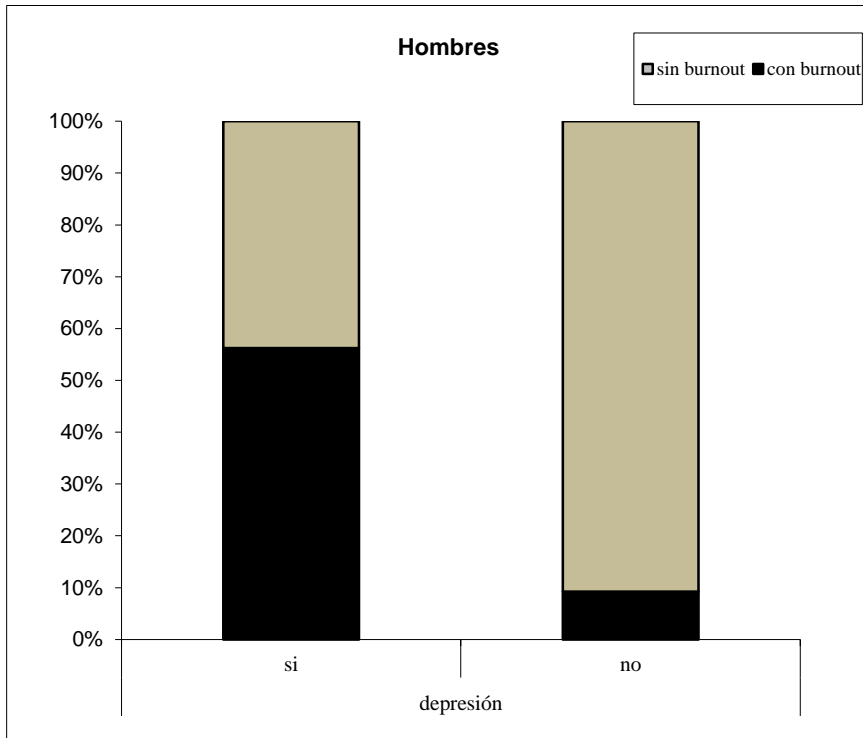
Se aplicó la Escala de Beck para depresión a los alumnos de tercero a sexto grado de medicina, se categorizó en alumnos sanos, con depresión leve, moderada y grave (véase gráfica 2). Se puede observar un mayor número de porcentaje de casos de alumnos sanos de quinto grado en relación con tercer grado. Tercer año presenta mayor número de casos de alumnos con depresión grave y moderada comparándolo con los demás grados. No así en depresión leve que tuvo mayor porcentaje de casos sexto grado.



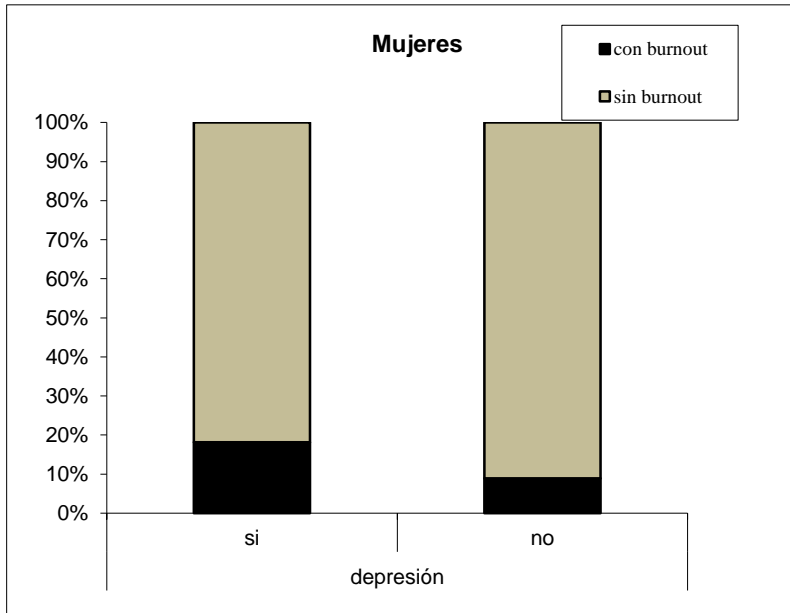
Gráfica 2. Depresión según Escala de Beck

Sin embargo como se observa en la gráfica 1 y la gráfica 2 antes descritas y pese a tener dificultades para contestar de la mayor parte de los alumnos de cuarto y sexto grado, se tomaron en cuenta las poblaciones de tercero y quinto grado como representativas de la población y se decidió reportar los resultados siguientes por sexo de la población.

A continuación se buscó la relación entre depresión y burnout por sexo como se reporta en las gráficas 3 y 4. En relación a los hombres, los que tuvieron depresión presentaron mayor frecuencia de burnout. Único valor que fue estadísticamente significativo ($p \leq 0.001$).



Gráfica 3. Depresión y Burnout en hombres.



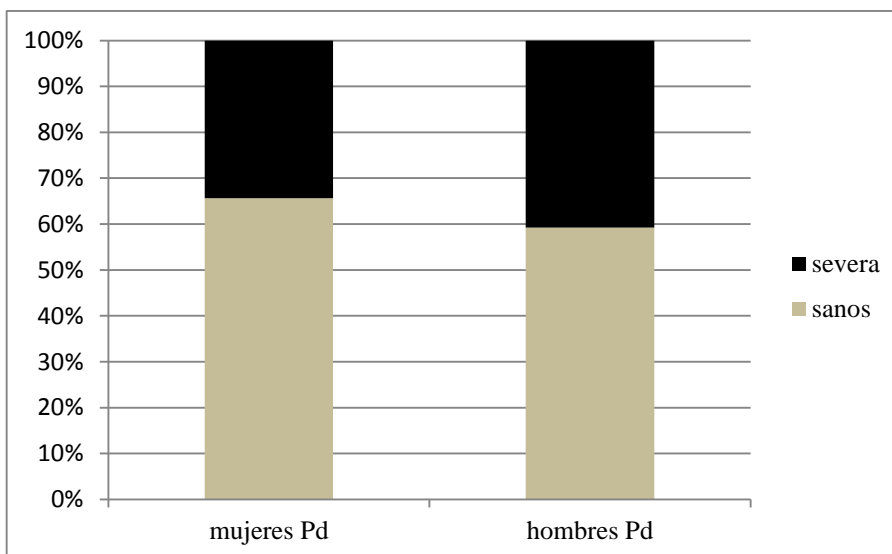
Gráfica 4. Depresión y

Burnout en mujeres.

Comparando la gráfica 3 y la gráfica 4, se observó que las mujeres deprimidas tuvieron menos burnout en relación a los hombres.

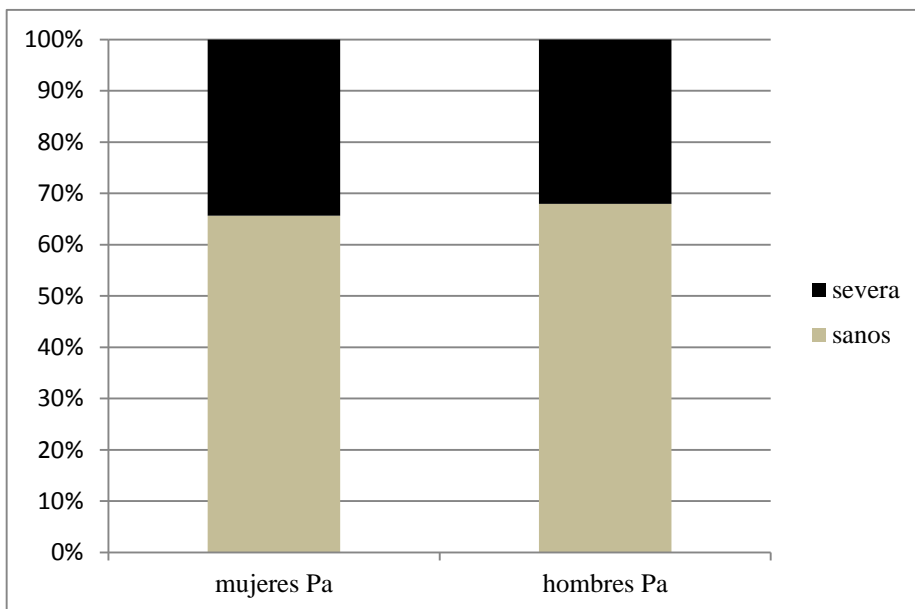
En base a estos resultados se dividió al burnout en sus tres categorías y se observó su impacto según el sexo.

Gráfica 5. Subescala de Burnout de Despersonalización.



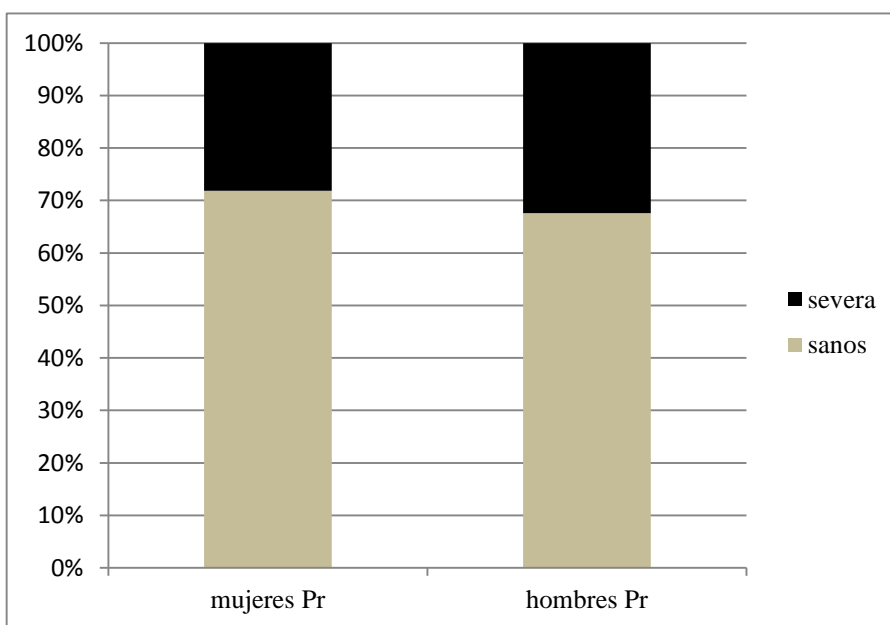
En la gráfica 5 se observó que los hombres ligeramente se despersonalizan más que las mujeres, sin embargo no fue estadísticamente significativo.

Gráfica 5.1. Subescala de Burnout de Agotamiento Emocional



En la gráfica 5.1 ligeramente las mujeres se agotan en mayor proporción que los hombres.

Gráfica 5.2 Subescala de Burnout de Realización personal.

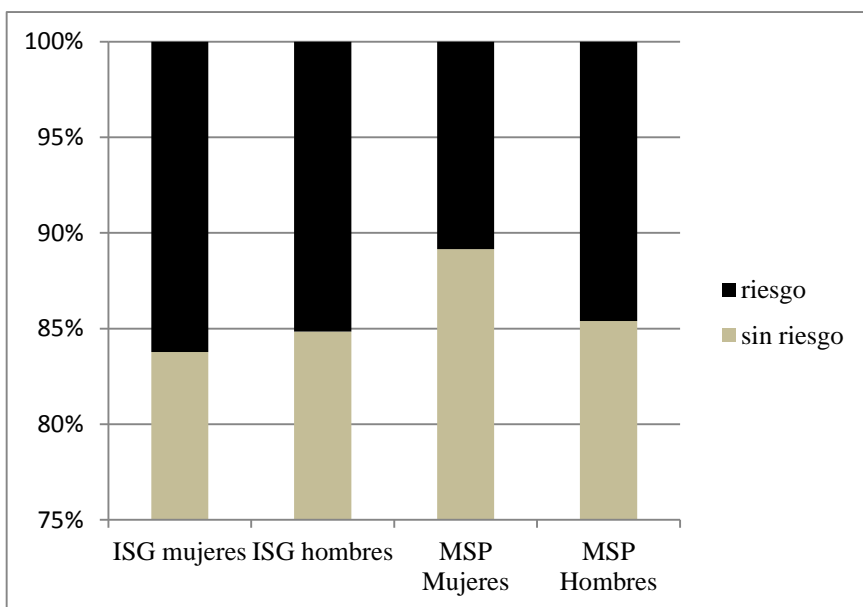


Gráfica 5.2 No se observaron diferencias significativas.

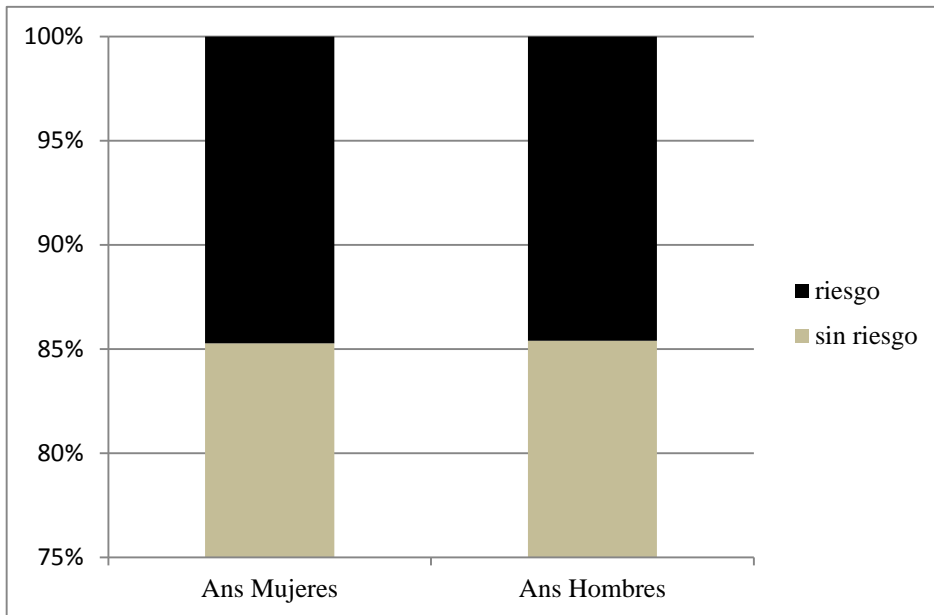
En base a estos resultados se buscó conocer la percepción de sus síntomas y diferencias de acuerdo al sexo, utilizando las subescalas del scl 90, ninguno tuvo una P estadísticamente significativa.

Gráfica 6. Resultados de las Subescalas de Scl 90.

Gráfica 6.1 Subescala de Índice global de severidad (ISG) e índice positivo de malestar (MSP). Las mujeres perciben mayor intensidad de los síntomas reconocidos (ISG). En cambio los hombres exageran en mayor medida la patología (MSP).



Gráfica 6.2. Subescala de Ansiedad.



Gráfica 6.3. Subescala de Depresión.

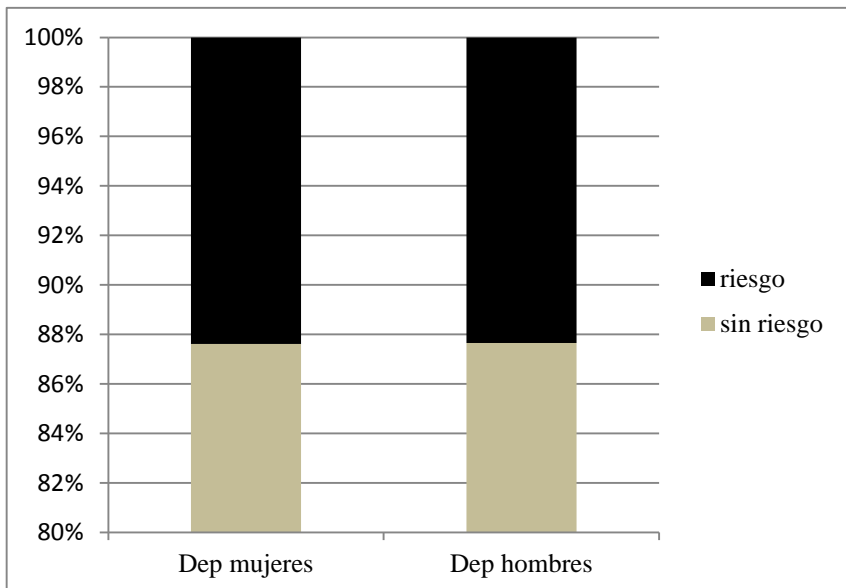
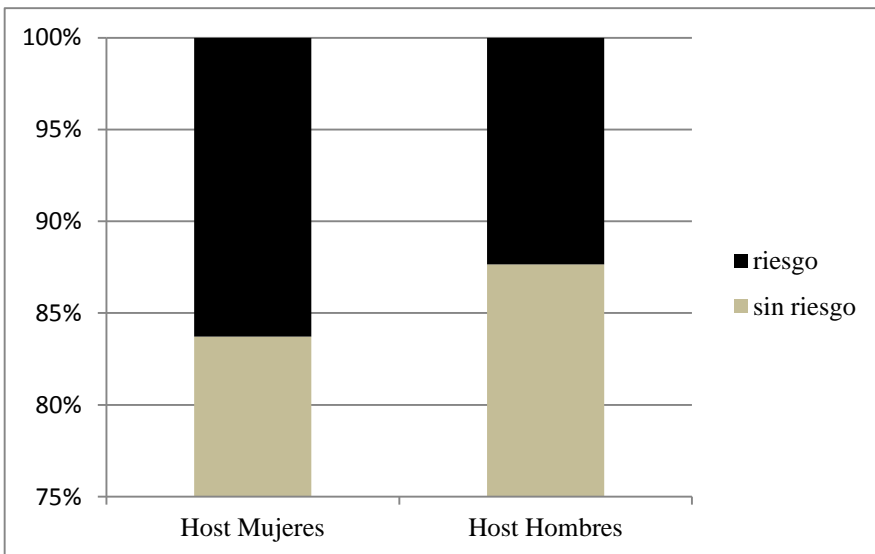
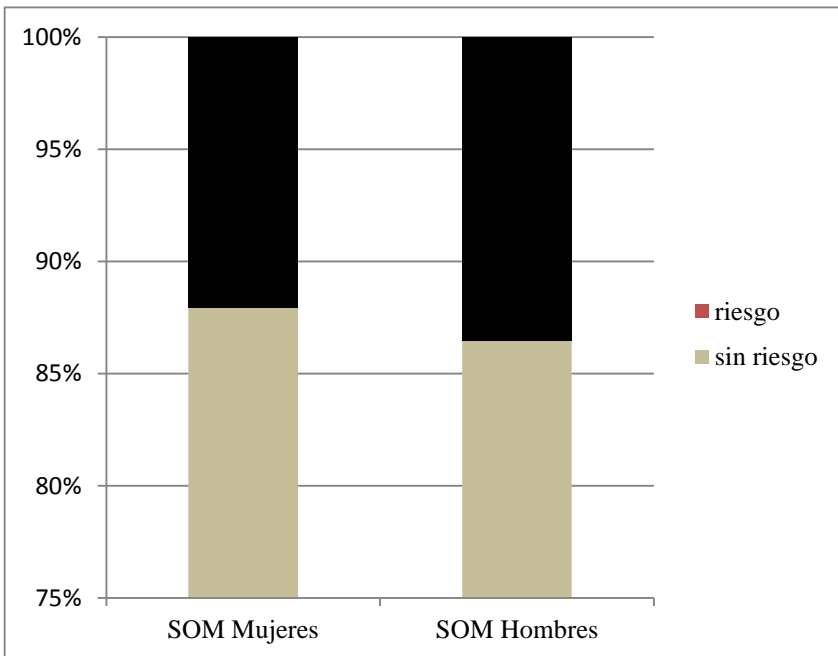


Gráfico 6.4 Subescala de Somatizaciones y Hostilidad.



En las diferentes subescalas de Scl90, no se pudo encontrar claramente una diferencia que haya podido orientar hacia alguna diferencia según el sexo. A continuación en la tabla 2 se clasifican por sexo los resultados por patología encontrada en este trabajo.

Tabla 2. Tabla final con porcentajes con patología.

	Hombres	Mujeres
Total	178	129
Burnout	15	9
Pa	32.5	35.6
Pd	41.01	34.1
Pr	32.58	27.9
Depresión Beck		
Moderada y severa	5.61	17.05
Con depresión y burnout	5.66	3.63
Sin depresión y con burnout	8.17	7.27
Scl90		
MSP	14.6	10.8
Depresión	12.35	12.39
Ansiedad	14.6	14.7
Somatizaciones	13.47	12
Hostilidad	12.35	16.27

No se encontró relación con la empatía en ningún grado ni asociada a ninguna variable, en la totalidad de los alumnos encuestados se obtuvieron puntajes mayores a 80.

DISCUSIÓN

Los estudios sobre Burnout en la población que estudia la carrera de medicina en nuestro país son escasos. Alrededor del mundo el panorama no es diferente. El presente trabajo está encaminado a generar mayor información acerca de nuestra población de estudiantes de medicina en la Facultad Autónoma de San Luis Potosí, en relación al Burnout y la empatía, así como el impacto que pudiera dar en su formación tanto personal como académica; con el fin de que en estudios posteriores se puedan desarrollar estrategias que sean eficientes para lograr evitar complicaciones derivadas de estas entidades.

El tamaño de la muestra respecto a otros estudios similares, fue insuficiente para poder brindar conclusiones que nos pudieran orientar más a fondo acerca de esta problemática. Si se compara la n de este estudio, con el antecedente más próximo en esta población de estudiantes (Galvan y colaboradores), se puede observar que en dos de los grados académicos incluidos no se llegó ni al 40% de la población. Lo anterior dificulta realizar asociaciones y tendencias. En lo que si nos ayuda es a redireccionar la atención hacia la depresión y hacia quiénes están en riesgo de desarrollar alguna patología respecto a diferentes variables. Algunos de los motivos por los cuales no pudimos contar con la participación de la mayor parte de los alumnos en específico de cuarto y sexto grado fue por falta de disposición, de tiempo, algunos de ellos se encontraban saturados académicamente y en labores del hospital, principalmente los de sexto grado. También cabe destacar que algunos de los alumnos que aceptaron llenar las encuestas lo hicieron de una manera totalmente irracional, en poco tiempo, dando la impresión que no razonaban las respuestas, otros se negaron a participar si no recibían algún tipo de beneficio en calificaciones. Todo esto al final tuvo un impacto en este estudio ya que no se pudo encontrar alguna asociación entre las variables a estudiar ni se pudo conocer la frecuencia de Burnout por grado académico.

Uno de los objetivos de esta tesis era saber si existía algún tipo de asociación entre la capacidad de empatía en esta población y la presencia de burnout, sin embargo no se encontraron dichos cambios, ya que el 100% de la muestra tuvo niveles adecuados de

empatía, lo cual no resulta claro del todo. Al parecer el instrumento empleado no tuvo poder para la población estudiada, situación que sería extraña ya que existen otros instrumentos para medir empatía como la Escala de Hogan o la Escala de Empatía Emocional, pero que no se propusieron para esta investigación ya que, como se menciona en el artículo de la Dra. Adelina Alcorta-Garza, son para población general. En cambio, el instrumento seleccionado, la Escala de Empatía de Jefferson fue adaptada culturalmente a población de habla hispana, es específica y confiable para población estudiantil de medicina. Surge por tanto, la interrogante de si la población de alumnos de San Luis Potosí difiere de la de Monterrey (culturalmente hablando), población en quienes fue aplicada y que logró su validación. Por otro lado la empatía se ve influida por las características de la personalidad y sexo. Con el antecedente de que algunos de los alumnos llenaron sin reflexionar las escalas, pudiéramos pensar que fue lo mismo para la escala de empatía y se vio afectado el resultado. Quizás una de las alternativas para evitar esta situación en futuras investigaciones sea un esclarecimiento de las dudas de los estudiantes, explicar la importancia de la veracidad de los datos y reiterar la confidencialidad, lo que disminuirá el temor de que si salen con algún tipo de patología en alguna escala esto pueda repercutir en directamente en sus calificaciones, lo cual no sería ético. Se podrían aplicar diversos instrumentos que midan la empatía y estudiar las correlaciones.

En los resultados en las gráficas 3 y 4, se observó que a pesar de reportar menores niveles de depresión, los hombres deprimidos tuvieron mayor frecuencia de burnout que para las mujeres. Mientras que en la gráfica 5 se muestra que los hombres se despersonalizan ligeramente más que las mujeres. Estos datos serían concordantes con un estudio multicéntrico publicado en el 2014, por Paro H. y colaboradores, las mujeres tuvieron un puntaje menor en despersonalización que los hombres y la diferencia en el puntaje de la empatía conforme el grado escolar no tuvo relevancia, recalando que el instrumento para medir empatía no fue el mismo que se utilizó para este estudio. ¿Tendrá entonces algo que ver el sexo en las manifestaciones de la empatía y Burnout?, en un artículo de revisión de la revista chilena de psiquiatría se describen diferentes mecanismos adaptativos de acuerdo al sexo frente al estrés. En los hombres se activaría la corteza prefrontal y predominaría lo que se llama “conducta de fuga o de combate”, en cambio en la mujer ante una situación de estrés se activaría el sistema límbico, lo que reduciría la actividad simpática. El hombre

secreta más ACTH que la mujer, la respuesta del ACTH y del cortisol al estrés es más importante en el hombre que en la mujer. En un estudio sobre la reactividad del eje HPA, Uhart y colaboradores, encontraron que la respuesta ante estas dos hormonas, en relación al estrés psicosocial era más importante en los hombres que en las mujeres, Así mismo dependiendo de la fase del ciclo menstrual en el que la mujer se encuentre varía la respuesta al estrés, principalmente al estrés psicosocial con una actividad HPA en la fase lútea aumentada en comparación con la fase folicular o bajo anticonceptivos. Quizás para investigaciones futuras sería interesante analizar estas variables en la población estudiantil y ver qué diferencias se encuentran, por lo pronto para fines de este trabajo únicamente se mencionan como probables interpretaciones de la diferencia encontrada según el sexo en la manifestación de Burnout. En un estudio de despersonalización realizado en Alemania por Adler y colaboradores, de 223 pacientes se encontró que los siguientes son factores de riesgo: el ser jóvenes, sexo masculino y nivel educacional alto, sometidos a un alto grado de estrés, características que comparten los estudiantes de medicina de nuestro país y que se corrobora en este trabajo. La gráfica 6 a 6.4 como se comentó en los resultados no se obtuvieron diferencias significativas, esto pudiera ser atribuido a los diferentes maneras de percibir las factores estresores y experiencias de la vida diaria. Fouilloux C, y colaboradores utilizaron la escala de Beck y la subescala de depresión de Scl 90 en estudiantes de medicina de la UNAM, encontraron una alta correlación entre las dos pruebas y rendimiento escolar, lo hicieron por sexo, las mujeres presentaron mayores niveles de depresión, ansiedad y somatizaciones. No se encontró dentro de la literatura reportes de diferentes grados de las distintas subescalas entre hombres y mujeres deprimidos. Partiendo de esto la depresión sería una entidad diferente al Burnout, a pesar de compartir vías neurobiológicas, sería algo más subjetivo o que tenga que ver en mayor medida con la percepción del individuo.

Una de las propuestas para mejorar las condiciones de calidad de vida de los estudiantes, sería enfocarnos en su área laboral, ver las condiciones en las que se encuentran y realizar estrategias realistas con el área de enseñanza hospitalaria y escolar. Realizar encuestas con cierta temporalidad para atender inquietudes, conocer sus expectativas y ayudar en sus frustraciones. Reducción de horarios excesivos, promover los días libres de actividad hospitalaria y académica, distribución equitativa de cargas de trabajo, sesiones de cómo

manejar el estrés. Ampliar con pláticas educativas el nivel de conciencia acerca de la existencia de estas patologías y su oportuno tratamiento.

CONCLUSIONES

Como podrá apreciarse por lo anteriormente expuesto el burnout se encuentra casi siempre donde existe excesiva carga de trabajo y en donde el desempeño no es gratificante. En la población incluida en este trabajo los hombres deprimidos tuvieron una mayor frecuencia de burnout ($p \leq 0.001$), en relación a las mujeres deprimidas, fenómeno que se reporta en la literatura médica de manera contraria, es decir las mujeres tienden a tener mayores niveles de burnout. Dentro de este contexto en el burnout influiría la percepción de la sintomatología de acuerdo a la personalidad de cada individuo. En las subescalas del burnout los hombres tendieron más a despersonalizarse. Con las escalas utilizadas no se pudo encontrar asociación entre el burnout y el grado de empatía, quizás por las cuestiones antes mencionadas. Se necesita un mayor número de investigaciones enfocadas en el área de burnout, así como su relación con la psicopatología para poder ofrecer medidas preventivas y tratamientos oportunos. Es necesario considerar un modelo integral en el que factores biológicos y psicosociales interaccionen en forma compleja. Una fortaleza de este estudio es que nos abre la puerta sobre posibles líneas de investigación como: ¿Será que el burnout en hombres es predictor de depresión? , Podrían las modificaciones en la currícula como materias de bioética, psicología médica incidir en la aparición de síntomas? y ¿Existen otras variables asociadas a burnout como sueño o el acoso?.

LIMITACIONES

Este tipo de investigación no permite establecer de forma directa relaciones causales, solo puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. El tiempo de aplicación de las cuatro escalas, lo hizo algo tedioso y poco práctico para algunos miembros de la población estudiada. Es preciso recalcar que la más elaborada escala de evaluación no puede suplir jamás a un buen estudio clínico efectuado por un médico competente. Otra limitación importante es que se está sujeto a la honestidad de los participantes en las respuestas subjetivas dadas, presentando un sesgo de información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlin M y col. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia 2010; 26:169-180.
2. Tizon J. El “burn-out”: ¿ desgaste, desengaño, enfado crónico , enfermedad o trastorno psicopatológico?. Revista Electrónica de Psicoterapia 2010; 4:82-103.
3. Colin W, Shanafelt T, Kolars J. Quality of life, burnout, educational debt and medical knowledge among internal medicine residents. JAMA 2011; 306:952-960.
4. Brazeau C, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. Academic medicine 2010; 85:33-36.
5. Bohart A, Greenberg L. Reconsideración del concepto de empatía. Nuevas direcciones en psicoterapia. Revista internacional de psicoanálisis 2003; 13.
6. Herrero N, Bernal M, Moya L. Bases neuronales de la empatía. Revista de Neurología 2010; 50:89-100.
7. Alcorta A, González J, Tavitas S, Rodríguez F, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Salud Mental 2005; 28(5).
8. Wilson S, Prescott J, Becket G. Empathy levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines. American Journal of Pharmaceutical Education 2012; 76(2) Article 24.
9. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. International Journal of Medical Education 2015; 6:12-16.
10. Gleichgerrecht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. Frontiers in Behavioral Neuroscience 2014; 8:Article 243.

11. Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski KF, Sugihara G, Murai T, Takahashi H. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity?. *Translational Psychiatry* 2014; 1-7.
12. Paro H, Silveira P, Perotta B, Gannam S, Enns S, Giaxa R, Bonito R, Martins M, Tempski P. Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout?. *Plos One* 2014; 9:4.
13. Fabrice Duval MD, Félix González MD, Hassen Rabia MD. Neurobiology of stress. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2010;48(4):307-318.
14. Michal M, Adler J y col. A case series of 223 patients with depersonalization-derealization syndrome. *BMC Psychiatry* 2016;16:203.
15. Fouilloux C, y col. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Revista de Salud Mental* 2013(36):1.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Luis Potosí, S.L.P. a ___de___del 2015

Por medio de la presente yo_____ acepto participar en el proyecto de investigación “Frecuencia de Burn Out y Empatía en estudiantes de medicina”, aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina, cuyo objetivo consiste en conocer la frecuencia de burn out y su relación con empatía en estudiantes de medicina y sus factores asociados.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar un instrumento de evaluación por escrito acerca de mis datos generales, actitudes, sentimientos y conductas relacionadas con distintas áreas de mi vida. Estoy de acuerdo en que es una participación libre, voluntaria, confidencial (se utilizará mi clave única de alumno de la UASLP), no remunerada, y sin algún tipo de presión o coerción.

Se me ha informado ampliamente que no hay riesgos ni molestias secundarias a mi participación que puedan perjudicar mi salud, y que puedo obtener el beneficio de conocer mi resultado al final de mi participación. Acepto que mi participación es sólo diagnóstica y no terapéutica. Sin embargo, en caso de tener un diagnóstico de depresión se me puede canalizar a que reciba atención en el Departamento de Psiquiatría sí así lo deseara.

He leído y entendido esta hoja de consentimiento, se me han aclarado mis dudas y se han respondido satisfactoriamente todas mis preguntas, acepto mi participación voluntaria en esta investigación.

Nombre completo del participante:_____

Firma:_____

Nombre completo del testigo o representante legal:_____

Firma:_____

Nombre del investigador: Patricia del Carmen Castillo de Lira

Teléfono: 4442356075

Dirección: Gonzalo de Badajoz 151. Colonia Himno Nacional 2da. Sección.

Firma _____

El investigador asume la responsabilidad del proyecto, independientemente del hecho de que el proyecto fue autorizado por el Departamento de Bioética, de la Facultad de Medicina.

El alumno conservará una copia de éste documento.

ANEXO 2

ScI 90.

Clave única de estudiante:

Grado escolar:

Conteste por favor todas las preguntas. Una sola respuesta para cada pregunta, según como se ha sentido los últimos siete días.

Pregunta	Nada	muy poco	poco	bastante	mucho
1. dolores de cabeza					
2. Nerviosismo					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4. sensación de mareo o desmayo					
5. Falta de interés en relaciones sexuales					
6. Criticar a los demás					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa					
9. Tener dificultad para memorizar cosas					
10. Estar preocupado por mi falta de ganas para hacer algo					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado /a					
12. Dolores en el pecho					
13. Miedo a los espacios abiertos o a las calles					
14. Sentirme con muy pocas energías					
15. Pensar en quitarme la vida					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen					
17. Temblores en mi cuerpo					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas					
19. No tener ganas de comer					
20. Llorar por cualquier cosa					
21. Sentirme incomodo/a con personas del otro sexo					
22. Sentirme atrapada/0 encerrado/a					
23. Asustarme de repente sin razón alguna					
24. Explotar y no poder controlarme					
25. Tener miedo de salir solo/a de mi casa					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren					
27. Dolores en la espalda					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer					
29. sentirme solo/a					
30. Sentirme triste					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa					
32. No tener interés por nada					

33. Tener miedos					
34. Sentirme herido en mis sentimientos					
35. Creer que la gente sabe que estoy pensando					
36. Sentir que no me comprenden					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera					
40. Náuseas o dolor de estómago					
41. Sentirme inferior a los demás					
42. Calambres en manos, brazos o piernas					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí					
44. Tener problemas para dormirse					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago					
46. Tener dificultades para tomar decisiones					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos					
48. Tener dificultades para respirar bien					
49. Ataques de frío o de calor					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo					
51. Sentir que mi mente queda en blanco					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo					
53. Tener un nudo en la garganta					
54. Perder las esperanzas en el futuro					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo					
56. Sentir flojedad, debilidad en partes de mi cuerpo					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir					
60. Comer demasiado					
61. Sentirme incomodo/a cuando me miran o hablan de mí					
62. Tener ideas, pensamientos que no son solo míos					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad					
65. Repetir muchas veces algo que hago ; contar, lavarme, tocar cosas					
66. Dormir con problemas muy inquieto/a					
67. Necesitar romper o destrozarse cosas					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí					
70. Sentirme incomodo/a en los lugares donde hay mucha					

gente					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público					
74. meterme muy seguido en discusiones					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco					
77. Sentirme solo/a aun estando con gente					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme					
79. Sentirme un/a inútil					
80. Sentir que algo malo me va a pasar					
81. Gritar o tirar cosas					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente					
83. Sentir que se aprovechan de mi si los dejo					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan					
85. Sentir que debo ser castigada/o por mis pecados					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas					
89. Sentirme culpable					
90. Sentir que en mi cabeza hay algo que no funciona bien					

Clave única de estudiante:

Grado escolar:

Conteste por favor todas las preguntas. Una sola respuesta para cada pregunta, según como se ha sentido las últimas dos semanas. Conteste según haya sentido la frecuencia con la que siente los enunciados

Las respuestas serán conservadas en completa confidencialidad.

Cuestionario de Beck

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro
- 1 Me siento desanimado de cara al futuro
- 2 Siento que no hay nada por lo que luchar
- 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3. Sensación de fracaso

- 0 No me siento fracasado
- 1 He fracasado más que la mayoría de las personas
- 2 Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro
- 3 Soy un fracaso total como persona

4. Insatisfacción

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
- 2 Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5. Culpa

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- 3 Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

- 0 No creo que esté siendo castigado
- 1 Siento que quizás esté siendo castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7. Autodesprecio

- 0 No estoy descontento de mí mismo
- 1 Estoy descontento de mí mismo
- 2 Estoy a disgusto conmigo mismo
- 3 Me detesto

8. Autoacusación

- 0 No me considero peor que cualquier otro
- 1 me autocritico por mi debilidad o por mis errores
- 2 Continamente me culpo por mis faltas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9. Ideas suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- 2 Desearía poner fin a mi vida
- 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad

10. Episodios de llanto

- 0 No lloro más de lo normal
- 1 Ahora lloro más que antes
- 2 lloro continuamente
- 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11. Irritabilidad

- 0 No estoy especialmente irritado
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado continuamente
- 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12. Retirada social

- 0 No he perdido el interés por los demás
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
- 2 He perdido gran parte del interés por los demás
- 3 He perdido todo interés por los demás

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes
- 1 Evito tomar decisiones más que antes
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- 3 Me es imposible tomar decisiones

14. Cambios en la imagen corporal

- 0 No creo tener peor aspecto que antes
- 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
- 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible

15. Enlentecimiento

- 0 Trabajo igual que antes
- 1 Me cuesta más esfuerzo del habitual comenzar algo
- 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
- 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

16. Insomnio

- 0 Duermo tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como antes
- 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme

17. Fatigabilidad

- 0 No me siento más cansado de lo normal
- 1 Me canso más que antes
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada

18. Pérdida de apetito

- 0 Mi apetito no ha disminuido
- 1 No tengo tan buen apetito como antes
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito
- 3 He perdido completamente el apetito

19. Pérdida de peso

- 0 No he perdido peso últimamente
- 1 He perdido más de 2 kilos
- 2 He perdido más de 4 kilos
- 3 He perdido más de 7 kilos

20. Preocupaciones somáticas

- 0 No estoy preocupado por mi salud
- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarro, etc
- 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades, que soy incapaz de pensar en otras cosas

21. Bajo nivel de energía

- 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
- 1 La relación sexual me atrae menos que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
- 3 He perdido totalmente el interés sexual

Escala de Maslach

Clave única de estudiante:

Grado escolar:

Conteste por favor todas las preguntas. Una sola respuesta para cada pregunta, según como se ha sentido los últimos siete días.

Las respuestas serán conservadas en completa confidencialidad.

Pregunta	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigada							
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 trabajar 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 me esta 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 este endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Me siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que le 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							
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 parecen que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

Escala de Empatía de Jefferson

Clave única de estudiante:	Grado escolar:						
Las respuestas serán conservadas en completa confidencialidad.							
Indique su grado de acuerdo o desacuerdo para cada una de las siguientes oraciones.							
Escala de empatía de Jefferson	Totalmente en desacuerdo						Totalmente en acuerdo
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7
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 de sus sentimientos							
3. Es difícil para mi 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 de 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 mi 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 si 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 de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas							
13. Trato de entender que esta pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal							
14. Creo que la 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 limitada							
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 leer literatura no médica o arte							
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.							



CARTA COMPROMISO CON LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Al director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí se le entregaran los resultados del análisis del proyecto de investigación “Frecuencia de burnout y su relación con empatía en estudiantes de tercero a sexto año de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con la finalidad de proponer estrategias para prevención de burnout. Cabe señalar que en caso de que se detecte que algún participante del estudio puntúe para depresión se le canalizará a que reciba atención al departamento de psiquiatría sí así lo deseara

Dra. Patricia del Carmen Castillo de Lira.

Residente de psiquiatría.



PROCEDIMIENTO PARA COMUNICAR INFORMACIÓN GENERADA

Se realizará inicialmente una sesión con los maestros de los grados académicos involucrados, donde se darán a conocer las generalidades del proyecto en el que participarán. Se les explicará los procedimientos para la recolección de datos mediante la aplicación de encuestas y realización de entrevista estructurada diagnóstica.

Los resultados serán entregados de manera personal y confidencial.

Cabe señalar que en caso de que se detecte psicopatología que requiera de intervención terapéutica farmacológica o psicológica se les asesorará para que acudan al departamento de Psiquiatría.

DRA. PATRICIA DEL CARMEN CASTILLO DE LIRA.

RESIDENTE PSIQUIATRÍA