

Relación entre bienestar psicológico y empatía en médicos residentes en una universidad pública en México

Carolina Delgado Domínguez^{a,*}, Adriana Rodríguez Barraza^a, Roberto Lagunes Córdoba^a, Francisco Domingo Vázquez Martínez^b

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: El estudio de la relación entre el bienestar psicológico y la empatía en los médicos residentes ha sido poco explorado en México.

Objetivo: Identificar la relación entre el bienestar psicológico y la empatía hacia los pacientes, en médicos residentes de una universidad pública en México.

Método: Es un estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB) y la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) a 139 residentes de primero a cuarto año de las diferentes especialidades.

Resultados: Se encontró una correlación significativa y positiva entre la SPWB y la EEMJ ($r = .460$; $p < .001$).

Conclusiones: El bienestar psicológico y la empatía es-

tán estrechamente relacionados, por lo que promover acciones que favorezcan la salud mental en los residentes durante el curso por la especialidad, influirá en la empatía con los pacientes. Es urgente hacer más investigaciones que, como esta, vinculen a ambas variables en dicha población.

Palabras clave: bienestar psicológico; empatía; salud mental; médicos residentes; especialidad médica.

© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

^aUniversidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Veracruz, México.

^bUniversidad Veracruzana, Instituto de Salud Pública, Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, Veracruz, México. Recibido: 28-abril-2019. Aceptado: 1-julio-2019.

*Autor para correspondencia: Carolina Delgado Domínguez. Av. Luis Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas C.P.91190. Xalapa, Veracruz, México. Teléfono: 22 8988 2993.

Correo electrónico: cdeldom@gmail.com

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2007-5057/© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.34.19189>

Relationship between Psychological Well-Being and Empathy in Resident Physicians of a Public University in México

Abstract

Introduction: The study of the relationship between psychological well-being and empathy in medical residents has been little explored in México.

Objective: To identify the relationship between psychological well-being and empathy with patients, in medical residents of a public university in Mexico.

Method: Descriptive and cross-sectional study. The Ryff Psychological Well-being Scale (PWS) and the Jefferson Medical Scale of Empathy (JSE) were applied to 139 residents from the first to the fourth year of varied specialties.

Results: A significant and positive correlation was found between the PWS and the JSE ($r = .460$; $p < .001$).

Conclusions: Psychological well-being and empathy are closely related, so promoting actions that favor mental health in residents during the course by the specialty, will influence empathy with patients. It is urgent to do more research that, like this one, links to both variables.

Keywords: Psychological well-being; empathy; mental health; medical residents; medical specialty.

© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Conocer la importancia del bienestar psicológico (BP) del médico, así como de sus repercusiones en la relación con sus pacientes, ha sido poco explorado en México¹, ya que la mayoría de los estudios suelen centrarse en las patologías que desarrollan durante su proceso formativo como: depresión, ansiedad, estrés, burnout e ideación suicida^{2,3}, lo que deja un vacío de conocimiento en torno al tema.

Existe evidencia del contexto en el que los médicos se encuentran durante su trayectoria como estudiantes, expuestos a grandes cargas de trabajo, donde además sufren algún tipo de maltrato o acoso⁴⁻⁶, situación que favorece el desarrollo de estados emocionales negativos que afectan tanto su salud física y mental, como la toma de decisiones clínicas y su satisfacción profesional^{7,8}, lo que a su vez conduce a un deterioro del BP^{9,10} y de la capacidad de empatizar¹¹.

Ahora bien, partiendo desde la psicología positiva, el estudio sobre el BP ocupa un lugar cada vez más relevante, y para ello se han propuesto dos vertientes: la hedónica, relacionada con la felicidad y la satisfacción con la vida; y eudaimonia, ligada al desarrollo del potencial humano y al BP¹².

El BP, entendido según el modelo multidimensional propuesto por Ryff en 1989, se compone por seis dimensiones:

- Autoaceptación: se refiere al grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma, siendo consciente de sus fortalezas y limitaciones.
- Autonomía: indica la capacidad para mantener la individualidad y dependencia en la toma de decisiones.
- Relaciones positivas: alude a la medida en que se dispone de redes sociales íntimas y de confianza con otras personas.
- Dominio del entorno: se refiere a la percepción del control e influencia de un individuo sobre su ambiente.
- Propósito en la vida: se relaciona con las metas que el individuo se plantea en la vida y que permiten dotarla de significado.
- Crecimiento personal: considera el empeño por continuar desarrollando todas las potencialidades y capacidades personales¹².

Dicho modelo ha sido el más utilizado ya que se han encontrado adecuados indicadores de confiabilidad y validez¹³.

Existen investigaciones que prueban que el BP puede modificarse a través de actividades intencionales, como las realizadas en los últimos años en España en personal de salud, donde después de la aplicación de un programa basado en *Mindfulness* se encontró una mejora de la empatía, del BP, y una disminución de síntomas depresivos^{14,15}. Otros estudios demostra-

ron que una educación orientada hacia el bienestar mejora la motivación, el aprendizaje y el pensamiento creativo en los estudiantes^{16,17}. En México no se encontró información al respecto en médicos residentes.

Para resaltar la importancia de su estudio, se ha observado en los últimos años que el BP es un buen predictor de la salud física, relaciones interpersonales y del funcionamiento psicológico óptimo de las personas, por lo que se ha llegado a considerar como un indicador para evaluar la puesta en marcha de políticas públicas, y como marcador psicológico de las acciones concretas que realizan los organismos de gestión¹³.

La empatía es entendida como el proceso de ponerse en el lugar del otro, de dar respuestas afectivas y no afectivas¹⁸, y dentro del campo de la salud se considera como un atributo predominantemente cognitivo, que involucra la capacidad de comprender (en vez de sentir), las experiencias, los sentimientos y las preocupaciones internas de los pacientes, aunado a la habilidad de comunicar dicha comprensión de ayuda¹⁹.

Existen varios factores que podrían determinar la empatía del médico hacia sus pacientes; por una parte, los relacionados con el médico, como sus cualidades personales y las demandas del ambiente, y otros factores que no se relacionan directamente, es decir, que no están bajo el control del médico, como el trabajo en equipo, disponibilidad de espacios adecuados y material para trabajar, e igualmente, la actitud del propio paciente²⁰.

Así mismo, se ha visto que altos niveles de empatía se vinculan positivamente en la relación médico-paciente: incrementa la confianza, facilita la adherencia al tratamiento²¹, y además, protegen contra el desarrollo del burnout, que a su vez, cuando este se presenta disminuye la empatía^{22,23}. Es por ello que la empatía ha sido contemplada como una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina²⁴. Sin embargo, hay investigaciones que coinciden en que durante el proceso formativo de los médicos, su capacidad de empatía atraviesa por diversos cambios en los que generalmente se ha observado una disminución, por lo que se concluye que la educación médica puede ser un determinante importante que afecta de manera diferencial la empatía en los estudiantes^{24,25}.

Por ello, el objetivo principal del estudio fue identificar la relación entre el BP y la empatía hacia los pacientes en los residentes de una universidad pública en México.

MÉTODO

Se utilizó un diseño descriptivo, transversal, en el que buscaron las posibles asociaciones entre el bienestar psicológico y empatía, en sus puntuaciones globales y por dimensión, respectivamente.

El estudio se realizó en una universidad pública en México, la cual presenta un plan de estudios compuesto por 22 especialidades distribuidas en hospitales que fungen como sedes de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Participantes

Médicos graduados que realizaban su formación como especialistas (residentes médicos) de primer a cuarto año (R1, R2, R3, R4) que cursaban el periodo académico 2017-2018, de una zona.

Instrumentos

Debido a que las propiedades psicométricas de las escalas varían de acuerdo a la muestra estudiada, en atención a las diferencias en factores socioculturales específicos²⁶, ambas escalas se adaptaron y validaron a la población de estudio.

Se midió BP, y se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB, siglas de Scale of Psychological Well-being) elaborada por Ryff en 1989, en su adaptación española por Dierendonck en el 2006. En su adaptación y validación, el análisis factorial condujo a la eliminación de 9 ítems, y al final quedó compuesta por 30 reactivos.

La estructura factorial encontrada consta de 4 subescalas: I. Autonomía y crecimiento personal ($\alpha = .915$), (p. ej. “me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida”); II. Autoaceptación ($\alpha = .847$) (p. ej. “cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas”); III. Relaciones positivas ($\alpha = .80$) (p. ej. “me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo”); y IV. Dominio del entorno ($\alpha = .65$) (p. ej. “he sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mí gusto”). El alfa de Cronbach de la escala total fue de .915. Es autoadministrada, con un formato de respuesta con puntuaciones que oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), con un rango posible de entre 30 y 180.

Se midió la empatía médica y se utilizó la Escala de Empatía de Jefferson S (EEMJ). En su adaptación y validación, el análisis factorial condujo a la eliminación de 2 ítems, y quedó compuesta finalmente por 18 re-

activos, y 2 factores: I. Comprensión de las emociones y pensamientos de los pacientes ($\alpha = .90$) (p. ej. “mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos”), y cuidados con compasión ($\alpha = .87$) (p. ej. “trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica”). La escala en su puntaje total mostró un alfa de Cronbach de .89. La escala es tipo Likert de 7 puntos, 1 (total acuerdo) y 7 (total desacuerdo), con un rango posible de entre 18 y 126. Cuenta con 9 ítems negativos.

Otras variables

Se incluyó una ficha de recolección de datos sociodemográficos como edad, sexo, año de estudio, especialidad, estado civil, lugar de procedencia, con quién viven, si son dependientes económicos, si tienen dependientes económicos, y número de hijos.

Procedimiento y aspectos éticos

La recolección de datos se realizó durante los meses de mayo y junio de 2017, en los hospitales que funcionaron como sedes, con el apoyo de los jefes de enseñanza, se acudió al finalizar sus sesiones semanales y una vez leído y firmado el consentimiento informado. La muestra fue por conveniencia. No se tomaron en cuenta a los estudiantes que no estuvieron presentes al momento de la evaluación, se excluyeron los cuestionarios que no fueron respondidos completamente. Se respetó la confidencialidad de los encuestados cumpliendo con la Declaración de Helsinki. No recibieron compensación alguna por la participación en este estudio. Se contó con la aprobación del comité de Investigación de la Unidad Médica Receptora de Residentes (UMRR).

Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa estadístico IBMTM SPSSTM 20. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos de la muestra. Las escalas se adaptaron y validaron a la población de estudio por medio de la técnica de análisis factorial. La correlación entre los puntajes (globales y por dimensión) de las escalas SPWB y EEMJ se evaluó mediante el estadístico de Pearson con nivel de significancia para este estudio de .05. Se realizaron medidas de tendencia central y dispersión, así como porcentajes, y ANOVA para comparar las medias entre los diferentes años de la residencia.

RESULTADOS

Características de la población

Participaron 139 residentes, que representan 56.72% de un total de 238 médicos que cursaban diferentes especialidades de la zona. 48.95% eran mujeres y 51.1% eran hombres, con un rango de edad de entre 24 y 40 años (media = 28.55; DE = ± 3.044). 79.1% estaban solteros; 75.5% mencionaron ser independientes económicos; 43.9% dijo vivir sólo; y 77.7% dijo no tener dependientes económicos; 89.45% provienen de diferentes estados de la República Mexicana; un 53.2% son de primer año y un 31.7% de medicina familiar (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos residentes

Características	n = 139	%
Sexo		
Femenino	68	48.9
Masculino	71	51.1
Estado civil		
Soltero	110	79.1
Casado	19	13.7
Unión libre	10	7.2
Año de residencia		
R1	74	53.2
R2	31	22.3
R3	14	10.1
R4	20	14.4
UMRR		
UMRR1	32	23
UMRR2	44	31.7
UMRR3	51	36.7
UMRR4	12	8.6
Lugar de procedencia		
Ciudad sede	21	15.1
Otros estados	118	84.9
Con quién vive		
Solos	61	43.9
Cónyuge	14	10.1
Compañeros	35	25.2
Padres	7	5
Otros familiares	22	15.9
Dependen económicamente		
No	105	75.5
Sí	34	24.5
Dependientes económicos		
No	107	77
Sí	32	23

UMRR: Unidad médica receptora de residentes.

Tabla 2. Matriz de correlación entre bienestar psicológico y empatía, global y por dimensión

	Variable	1	2	3	4	5	6	7
1	Autonomía y crecimiento personal							
2	Autoaceptación	.463**						
3	Relaciones positivas	.716**	.265**					
4	Dominio del entorno	.444**	.538**	.223**				
5	Bienestar psicológico global	.930**	.637**	.742**	.559**			
6	Comprensión de las emociones y pensamientos de los pacientes	.135	.291**	.103	.167	.199*		
7	Cuidados con compasión	.411**	.094	.272**	.114	.407**	.369**	
8	Empatía puntaje global	.435**	.206*	.307**	.164	.460**	.693**	.896**

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

Análisis factorial de los instrumentos utilizados

El análisis factorial de la escala de SPWB permitió determinar 4 factores que explicaron en conjunto el 44.59% de la varianza. Fue necesario eliminar 9 reactivos que no satisfacían los criterios exigidos de carga factorial. Los factores quedaron constituidos de la siguiente manera: I. Autonomía y crecimiento personal (reactivos 4, 5, 8, 22, 25, 27, 29, 30, 33, y 36); II. Autoaceptación (reactivos 1, 3, 7, 17, 18, 19, 24, 28, 31, 32, 35, 37 y 38); III. Relaciones positivas (reactivos 2, 9, 20, y 26); y IV Dominio del entorno (reactivos 11, 12 y 21).

En cuanto a la escala EEMJ, se determinaron 2 factores que explicaron en conjunto el 49.4% de la varianza. Se eliminaron 2 reactivos que no cumplieron con el criterio exigido de carga factorial, y los factores quedaron constituidos de la siguiente manera: I. Comprensión de las emociones y pensamientos de los pacientes (reactivos 2, 4, 9, 10, 1, 15, 16, 17 y 20), y II. Cuidados con compasión (reactivos 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, y 19).

Análisis de correlación

Se obtuvo una correlación positiva y significativa entre la SPWB y EEMJ ($r = .460$; $p < .001$). De igual modo, se analizaron las correlaciones por dimensiones de SPWB y EEMJ, se encontró correlación positiva y significativa en la mayoría, excepto entre autonomía y crecimiento personal con comprensión de las emociones y pensamientos del paciente; entre autoaceptación y cuidados con compasión; entre au-

tonomía y crecimiento personal con el puntaje de la empatía total; entre relaciones positivas y comprensión de las emociones y pensamientos del paciente, y entre dominio del entorno y los dos factores de la empatía, así como de la empatía total (**tabla 2**).

Análisis por año de residencia

En la escala de BP al analizar las medias de los puntajes globales, se encontró que las puntuaciones más altas se observaron en los de primer año (media = 149; DE ± 16.857), mientras que las más bajas se observaron en los residentes de cuarto año (media = 114.40; DE = ± 8.475) con diferencias estadísticamente significativas ($p = .000$). Así mismo, en la escala de Empatía, al observar las medias de los puntajes globales, se encontró que los más altos los refirieron los de primer (media = 103.12; DE = ± 16.175) y segundo año (media = 103.26; DE = ± 20.717), mientras que los más bajos fueron nuevamente para los de cuarto año (media = 72.85; DE = ± 8.964), con diferencias estadísticamente significativas ($p = .000$). Es decir, estos resultados arrojaron una tendencia a disminuir los puntajes de ambas variables conforme se avanzaba de año (**tabla 3**).

DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre el BP y la empatía en médicos residentes, de tal manera que sirva también como evidencia de la necesidad de incluir en el currículo formal de la educación médica, actividades encaminadas a promover el bienestar psicológico de los médicos, al mismo

Tabla 3. Medias de los puntajes totales de bienestar psicológico y empatía por año de residencia

Variable	R1	DE	R2	DE	R3	DE	R4	DE	p
BP	149.0	(±16.857)	146.29	(±26.087)	147.86	(±16.090)	114.40	(±8.475)	.000
Empatía	103.12	(±16.175)	103.26	(±20.717)	97.50	(±26.147)	72.85	(±8.964)	.000

ANOVA.

R1: Primero.

R2: Segundo.

R3: Tercero.

R4: Cuarto.

tiempo de contribuir en el desarrollo de la empatía que manifiestan hacia sus pacientes y la toma de decisiones clínicas.

Al comparar las puntuaciones globales del BP y empatía hacia los pacientes por año de residencia, estas mostraron una tendencia a disminuir conforme se avanzaba el año (de primero a cuarto) de este modo, las puntuaciones más bajas las refirieron los residentes de cuarto año en ambas variables, muy semejante a lo encontrado en estudios previos^{24,25}. En este sentido, se observa que la educación médica puede ser un factor determinante para el desarrollo y mantenimiento de ambas variables²⁷. Observación que se refuerza con la evidencia que existe sobre la aparición de síntomas depresivos y burnout durante la formación profesional de los médicos, y que podrían estar asociados a los ambientes adversos y altamente demandantes a los que se enfrentan en su día a día⁴⁻⁶. De esta manera se explicaría que los residentes de cuarto año, que son quienes han pasado más tiempo dentro del contexto formativo, sean los que reflejaron las puntuaciones más bajas en comparación con los residentes recién ingresados a la especialidad.

El estudio corrobora en población de médicos residentes en México la correlación positiva y significativa entre el BP y la empatía. En efecto, la mayoría de las dimensiones que integran el constructo de BP formulado por Ryff, se relacionaron significativamente con la variable empatía, semejante a lo encontrado en España en el 2016²⁸. Los resultados siguieron la misma dirección en la mayoría de las dimensiones. Lo que se traduce en que, a mayor puntaje del BP, es mayor el puntaje de empatía hacia los

pacientes y viceversa. Por lo tanto, tal situación, hace evidente el hecho de que promover el mantenimiento del BP en los residentes desde el inicio, durante y después de su proceso formativo, se podría ver reflejado tanto en su vida personal, como profesional¹³ y en la relación médico paciente observada a través de la empatía, facilitando la confianza y la adherencia al tratamiento²⁰.

Una cuestión a tomar en cuenta es que tanto el bienestar psicológico como la empatía no son estables y pueden modificarse a través de actividades intencionales, de tal forma que la planeación e implementación de estrategias psicológicas con sólidas bases científicas, encaminadas a alcanzar y mantener el mayor nivel de bienestar psicológico, como parte esencial en la formación de un médico, podría influir tanto en la disminución de síntomas depresivos y burnout^{29,30} como en el aumento de la empatía manifestada hacia los pacientes^{14,15}, esto, independientemente de los factores ambientales adversos a los que se enfrentan. Un ejemplo de ello lo ofrecen varias universidades de medicina, que ya incorporaron dentro de su plan de estudios asignaturas encaminadas al desarrollo del bienestar psicológico de los alumnos³¹.

Ahora bien, una fortaleza del presente estudio es que las escalas de medición fueron adaptadas a la población siguiendo criterios psicométricos estrictos, puesto que los instrumentos no pueden ser utilizados sin el debido trabajo de validación psicométrica, ya que esto conduce a puntajes distorsionados e inexactos, al no tener en cuenta los factores psicosociales que inducen variabilidad en la población estudiada²⁶. Por otra parte, esto produce problemas

al comparar los datos obtenidos con los del presente estudio, pues en la mayoría de los casos, los autores no ofrecen el trabajo de validación efectuado con sus escalas. Son necesarios más trabajos que utilicen procedimientos psicométricos estrictos, a fin de comparar sus resultados con los obtenidos en la presente investigación.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio fue que, por las condiciones de horarios y actividades de los residentes, no se les facilitó asistir a las sesiones académicas cuando se levantó la información, quedando excluidos del estudio 42% de los residentes de las UMRR en las que realizó el trabajo.

CONCLUSIONES

En la presente investigación encontramos una tendencia a disminuir de los puntajes globales del bienestar psicológico y de la empatía, al comparar a los residentes por año. Es decir, fueron los de cuarto año los que mostraron las puntuaciones más bajas.

De igual modo, se observó una correlación positiva significativa entre el bienestar psicológico y la empatía hacia los pacientes. Consideramos que este trabajo es una primera aproximación al estudio de la relación entre el bienestar psicológico y la empatía en médicos residentes, lo cual nos indica que la educación médica debe dirigir sus esfuerzos para incluir en su currículo formal actividades permanentes, que promuevan el bienestar psicológico y la empatía como 2 competencias más a formar en los futuros médicos especialistas. Es importante hacer más investigaciones en esta población que vinculen a ambas variables de estudio.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- CDD: planeación de la investigación, recolección de información, análisis de datos y elaboración del artículo.
- ARB: planeación de la investigación, elaboración, revisión y aprobación final del manuscrito.
- RLC: planeación de la investigación, análisis de la información y revisión del manuscrito.
- FDVM: planeación de la investigación, revisión de resultados y manuscrito final.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento al Dr. Jorge Sánchez Mejorada por su apoyo con el acercamiento a los médicos residentes y facilidades para recolectar la información, y a las autoridades de la UMRR en donde se realizó la encuesta.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ier Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Educación Médica, octubre 2018.

Reunión Anual de Salud Pública, noviembre 2018.

FINANCIAMIENTO

Beca de doctorado por CONACYT No. 411075.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Paredes O. Nuevos retos en la educación: el bienestar como una nueva competencia médica. *Universitas Médicas*. 2008;49(1):97-110. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231016462008>.
2. Velasquez L, Colin R, Gonzales M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gac Med Mex*. 2013;149(2):183-95.
3. Jiménez-López J L, Arenas-Osuna J, Ángeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med IMSS*. 2015;53(1):20-8.
4. Derive S, Casas MM, Obrador VG, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med*. 2018;7(26):35-44.
5. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: Abuse and harassment. *Med Educ*. 2009;43(7):628-36.
6. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MA, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra-Osorio L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv. Ed. Med*. 2017;6(23):169-79.
7. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009;250(3):463-471.19730177.
8. Williams B. Pursuing their passions. When they're not seeing patients, these doctors are living out their non-medical dreams. *Tenn Med*. 2007;100(4):28-35.
9. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Medina-Ramírez MR, López-Palmer DA. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Inv Ed Med*. 2017;6(22):75-9.
10. Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino

- CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educ Med*. 2009;12(3):177-9.
11. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, et al. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: A multi-institutional study. *Acad Med*. 2010;85:94-102.
 12. Vielma J, Alonso L. El estudio del bienestar psicológico subjetivo: una breve revisión teórica. *Educere*. 2010;14(49):265-75.
 13. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, Dierendonck D. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006;18(3):572-7.
 14. Asuero AM, Blanco TR, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix-Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit*. 2013;27:521-8.
 15. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009;302(12):1284-93.
 16. Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009; 65:467-87.
 17. Goddard RD. Relational networks, social trust, and norms. A social capital perspective on students' chances of academic success. *Educ Eval Policy Anal*. 2003;25:74-59.
 18. Hojat M. Empatía en la educación de profesiones de salud y atención al paciente. Nueva York: Springer International; 2016.
 19. Hojat M, Spandorfer J, Louis DZ, Gonella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: Conceptualization, measurement, and psychometrics. *Acad Med*. 2011; 86(8):989-95.
 20. Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: 1.a ed., México: Manual Moderno; 2012.
 21. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria*. 2016;48(1):14-8.
 22. Walocha E, Tomaszewski KA, Wilczek-Ruzyczka E, Walocha J. Empathy and burnout among physicians of different specialities. *Folia Med Cracov*. 2013;53(2):42-35.
 23. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007;22:183-77.
 24. Huarcaya-Victoria J, Rivera-Encinas M T. Evaluación de la empatía en alumnos de medicina humana de una universidad privada del Perú. *Educ Méd*. 2018.
 25. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med*. 2008; 83:244-9.
 26. Prieto G, Delgado A R. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31(1):pp.67-74. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441007>> ISSN 0214-7823
 27. Sandoval BS, Dorner PA, Véliz BA. Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Inv Ed Med*. 2017; 6(24):260-6.
 28. Cuesta MHB, Quevedo-Aguado MP. Análisis de la relación entre Bienestar psicológico, Empatía y Personalidad en profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud: Implicaciones educativas. En: Molero M, Pérez F, Gázquez JJ, Barragan B, Martos A (Compiladores) 2016. *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*. España: Asunivep. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/avances-investigacion-salud-ciclo-vital.pdf>. (Fecha de consulta 20 jul 2019).
 29. Sin NL, Lyubomirsky S: Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009;65:467-87.
 30. Park N, Peterson C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *Positive psychology*. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Tracy_Steen/publication/272078986_Positive_psychology_progress/links/554a9c8d0cf29752ee7c1d14/Positive-psychology-progress.pdf (Fecha de consulta 20 jul 2019).
 31. Pedrals N, Rigotti A, Bitran M. Aplicando psicología positiva en educación médica. *Rev Med Chile*. 2011;139:941-9.