



Ciencia y Sociedad
ISSN: 0378-7680
ISSN: 2613-8751
ramon.rosario@intec.edu.do
Instituto Tecnológico de Santo Domingo
República Dominicana

Burnout, empatía y grados de exposición al COVID-19 en empleados dominicanos

De Los Santos Mateo, Carlina; Vásquez Yangüela, Karla Patricia; Fernandez Morales, Michelle Dennise; Henríquez Cross, Analía

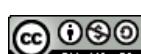
Burnout, empatía y grados de exposición al COVID-19 en empleados dominicanos

Ciencia y Sociedad, vol. 46, núm. 2, 2021

Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87068195007>

DOI: <https://doi.org/10.22206/cys.2021.v46i2.pp107-121>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirlIgual 4.0 Internacional.



ARTÍCULOS ORIGINALES

Burnout, empatía y grados de exposición al COVID-19 en empleados dominicanos

Burnout, empathy, and degrees of exposure to COVID-19 in Dominican employees

Carlina De Los Santos Mateo

Universidad Iberoamericana (UNIBE), República Dominicana
carlinadlsantos@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.22206/cys.2021.v46i2.pp107-121>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87068195007>

Karla Patricia Vásquez Yangüela

Universidad Iberoamericana (UNIBE), República Dominicana
karlapvasquez2104@gmail.com

Michelle Dennise Fernandez Morales

Universidad Iberoamericana (UNIBE), República Dominicana
michellefernandezm@gmail.com

Analía Henriquez Cross

Universidad Iberoamericana (UNIBE), República Dominicana
a.heriquez@prof.unibe.edu.do

Recepción: 31 Marzo 2021

Aprobación: 14 Abril 2021

RESUMEN:

Existen estudios que relacionan Burnout y Empatía, sin embargo, no contemplan variables sociodemográficas externas como las incluidas en esta investigación; tampoco se han analizado con respecto a Grados de Exposición al COVID-19. El objetivo principal de este estudio es identificar si existe una relación entre Grados de Exposición al COVID-19, *Burnout*, Empatía Cognitiva y Empatía Afectiva. En esta investigación participaron 120 personas, elegidas a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional y voluntario. Para medir el *Burnout* se utilizó el *Screening Inventory* (BSI: Dávila y Nevado, 2016), mientras que la Empatía fue evaluada a través del *Empathy Quotient* (EQ: Redondo y Herrero-Fernández, 2018). Grados de Exposición al COVID-19 se midió con una subescala de un instrumento desarrollado por Herbas (2020) que mide factores que inciden en la adopción de comportamientos que reducen el contagio del virus. Los resultados no muestran correlaciones entre el Burnout con los ingresos económicos o ambos tipos de Empatía. No obstante, existen correlaciones positivas y significativas entre Empatía Afectiva y Grados de Exposición al COVID-19 en profesionales de la salud ($r = .66$, $p < .05$), entre Empatía Cognitiva y Empatía Afectiva ($r = .46$, $p < .01$) y entre ingresos económicos y Grados de Exposición al COVID-19 ($r = .20$, $p < .05$). Por último, el estudio señala la necesidad de evaluar el Burnout, durante la pandemia COVID-19, para mitigar sus efectos negativos sobre poblaciones como los profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: burnout, empatía cognitiva, empatía afectiva, grados de exposición, COVID-19.

ABSTRACT:

There are studies that correlate Burnout and Empathy, however, they do not contemplate external sociodemographic variables such as those included in this study; nor have they been studied in relation to Degrees of Exposure to COVID-19. Therefore, the main objective of this research is to identify if there is a correlation between Degrees of Exposure to COVID-19, *Burnout*, Cognitive Empathy and Affective Empathy. 120 people participated in this research, chosen through an intentional and voluntary non-probabilistic sampling. To measure Burnout, the *Screening Inventory* (BSI: Dávila and Nevado, 2016) was used, while Empathy was evaluated through the *Empathy Quotient* (EQ: Redondo and Herrero-Fernández, 2018). Degrees of Exposure to COVID-19 was measured with a subscale of an instrument developed by Herbas (2020), which measures factors that influence the adoption of behaviors that reduce the spread of the virus. The results do not show correlations between Burnout with economic income or

both types of Empathy. Nevertheless, there are positive and significant correlations between Affective Empathy and Degrees of Exposure to COVID-19 in health professionals ($r = .66$, $p < .05$), between Cognitive Empathy and Affective Empathy ($r = .46$, $p < .01$), and between economic income and Degrees of Exposure to COVID-19 ($r = .20$, $p < .05$). Finally, the study points out the need to evaluate Burnout, during the COVID-19 pandemic, to mitigate its negative effects on healthcare professionals.

KEYWORDS: Burnout, Cognitive Empathy, Affective Empathy, Degrees of Exposure, COVID-19.

BURNOUT, EMPATÍA Y GRADOS DE EXPOSICIÓN AL COVID-19

La empatía ayuda al ser humano a comprender a los demás y juega un papel fundamental para lograr relaciones interpersonales saludables (Decety y Lamm, 2006). Los modelos que pretenden estudiar y definir el concepto de empatía la dividen en factores. En un contexto social, generalmente se utiliza el modelo propuesto por Davis (1980, 1983, 1996), el cual contempla el factor cognitivo con las dimensiones de toma de perspectiva y fantasía, y el factor afectivo mediante las dimensiones de la preocupación empática y malestar personal (citado en Luna-Bernal y Gante-Casas, 2017). En cambio, el modelo de dos factores reduce la empatía únicamente a los procesos cognitivos y afectivos detrás de esta, dividiéndola en Empatía Cognitiva y Empatía Afectiva (Decety y Lamm, 2006; Cuff et al., 2016). En este modelo, cada tipo de empatía tiene patrones distintos de funcionamiento, ya que el balance entre Empatía Afectiva y Cognitiva está relacionado con tareas muy específicas, asociadas a la cognición social, el monitoreo autónomo, el procesamiento de emociones, entre otros (Cox et al., 2012).

En ese sentido, a pesar de que existen diversos modelos que pretenden definir la empatía, en el último siglo cierta confusión se ha apoderado de la investigación sobre esta. La falta de consenso al conceptualizar representa una dificultad para que los investigadores compartan un entendimiento al momento de llegar a conclusiones o interpretar escalas y resultados. Un abordaje más consistente a la hora de definir la empatía permitiría comparar resultados a través de diferentes áreas de estudio y facilitaría investigaciones en ese campo (Cuff et al., 2016).

Una forma de abordar esta problemática ha sido la propuesta de un modelo más global que integre los distintos procesos y categorías desarrolladas en torno a la empatía, de modo que uno solo abarque los procesos emocionales, los de respuesta automática e inconsciente y aquellos que implican procesos cognitivos superiores (López et al., 2014). Debido a que todavía no existe un modelo global, para fines de esta investigación, se utilizarán las definiciones de Cuff et al. (2016) y Cox et al. (2012) para Empatía Cognitiva, y Cuff et al. (2016) y Neumann et al. (2012) para Empatía Afectiva.

La Empatía Cognitiva permite comprender el sentimiento de otra persona (Cuff et al., 2016). Implica una toma de perspectiva, lo que requiere de un esfuerzo consciente para poder comprender la experiencia de la persona sin acercarse de manera afectiva (Lamothe et al., 2014). Este tipo de empatía a su vez ayuda a conocer y percibir lo que otros atraviesan, pero sin involucrarse emocionalmente. En la Empatía Cognitiva, la persona tiene la aptitud de notar lo que alguien más siente, y así hacer inferencias sobre su estado emocional y/o mental (Cox et al., 2012). Para desarrollar el concepto de Empatía Cognitiva, se debe incluir la percepción y la mentalización de sentimientos que acaparan a otros individuos (Mazza et al., 2014). Sin embargo, otros autores describen la Empatía Cognitiva como una preocupación desinteresada por el entendimiento de las experiencias del otro, sin que se provoque ninguna respuesta emocional. De este modo, la Empatía Cognitiva es la percepción de los sentimientos, pero desde una perspectiva objetiva (Neumann et al., 2012).

El otro tipo de empatía contemplado en el modelo de los dos factores es definido como la capacidad de duplicar y compartir los estados emocionales de los demás, a sabiendas de que estos sentimientos no les pertenecen. Representa una habilidad subjetiva de vivenciar los sentimientos de otros, o incluso sus estados psicológicos, como si fuesen propios (Neumann et al., 2012). No solo eso, sino que sentimientos de compasión, preocupación y simpatía que se enfocan en otra persona también han sido catalogados como Empatía Afectiva (Luna-Bernal y Gante-Casas, 2017). Instrumentos que buscan medir la Empatía Afectiva

de las personas, en ocasiones refiriéndose a las mismas con otros términos como reactividad emocional, definen la Empatía Afectiva como la inclinación de poseer una reacción emocional a consecuencia de los estados mentales de otras personas (Cuff et al., 2016; Redondo y Herrero-Fernández, 2018).

Tanto empatía cognitiva como empatía afectiva se han estudiado en relación a variables como el burnout. Los antecedentes del burnout varían entre sí, por lo que, al hablar del concepto, se contemplan dimensiones como desgaste emocional, despersonalización y un sentimiento de realización personal disminuida (Gomez y Ruiz, 2015). Asimismo, interrelaciona tres factores: (1) absentismo (probabilidad de los empleados de ausentarse del trabajo sin explicación alguna), (2) el flujo en que empleados abandonan un lugar de trabajo y son reemplazados (*turnover*) y (3) desempeño laboral (Swider y Zimmerman, 2010).

El burnout afecta la calidad de vida y reduce el rendimiento y la productividad cotidiana de la persona (Wiederhold et al., 2018). Burnout también se puede referir a una respuesta de estrés ante un exceso de trabajo, ya que la persona siente angustia debido a su entorno laboral, especialmente en el ámbito social (Aguiar et al., 2015). Se cree que surge de la interacción de diversos factores que lo causan, tales como estresores ambientales, estilos de adaptación y debilidades ambientales (Wiederhold et al., 2018).

Una sintomatología caracterizada por estrés laboral, cansancio y fatiga, que puede padecer cualquier empleado, fue observada bajo circunstancias específicas y periódicamente catalogada como burnout (Heinemann y Heinemann, 2017). Es así como, desde los noventa, la definición de burnout cambió de solo incluir profesionales que estaban comprometidos con su trabajo a abarcar aquellos cuya dedicación con su profesión repercutía en su salud. El burnout, a su vez, puede tener manifestaciones físicas tales como: fatigas crónicas, dolores de cabeza, hipertensión, pérdida de peso, asma, problemas conciliando el sueño y problemas gastrointestinales (Navarro, 2010 citado en Gomez y Ruiz, 2015).

A pesar de que se ha observado e identificado la sintomatología del burnout, este aún no está reconocido como un diagnóstico oficial en manuales como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición (DSM-V) o en la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su décima edición (CIE-10) (Thirioux et al., 2016). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce al burnout como enfermedad (Palmer et al., 2005 citado en Gutiérrez et. al, 2006). Por lo tanto, no existe un consenso en la comunidad científica en cuanto a su diagnóstico y tratamiento (Heinemann y Heinemann, 2017). Debido a esto, investigadores como Kakiashvili et al. (2013) demandan más estudios para desarrollar nuevos protocolos de tratamiento.

En esa línea, el estudio de Caroe (2012) encontró que el burnout reduce las respuestas empáticas en profesionales de la salud y que cuando la persona es empática, se protege del burnout. No obstante, otros autores señalan que aquellos con mayores habilidades empáticas son más propensos a sufrir decaimiento emocional, lo que lleva a la persona a sufrir burnout (Riess, 2017).

Una revisión sistemática (Wilkinson et al., 2017), recopiló estudios previos que relacionaban empatía y burnout en profesionales de la salud. La mayoría de los estudios encontraron más evidencia que apuntaron a que mientras una incrementa, la otra disminuye. Otro estudio encontró una correlación negativa entre burnout, empatía cognitiva y empatía afectiva: a mayores niveles de burnout, menores niveles de las demás variables (Lopes y Nihei, 2020).

En contraste con lo anterior, los primeros autores en explorar empatía cognitiva y empatía afectiva para explicar el burnout en profesionales de la salud, partieron de sus resultados para sugerir que la empatía cognitiva, en ausencia de la afectiva, pudiera conducir a menor burnout. Por esta razón, se define uno de los componentes del burnout, la despersonalización, como la ausencia de actitudes empáticas (Lamothe et al., 2014).

En cambio, profesionales de la salud con pocas habilidades de regulación emocional durante encuentros empáticos tienen un mayor riesgo de padecer Burnout (Hunt et al., 2017). Esto resulta alarmante cuando estudios como el de Picard et al. (2015) resaltan que profesionales de la salud con burnout experimentan despersonalización, lo que dificulta su capacidad de ponerse en el lugar del paciente.

El burnout también se ha estudiado con relación al COVID -19, una enfermedad que es transmitida de persona a persona y que hasta el momento no tiene cura, la cual se ha esparcido por el mundo y se declaró como pandemia el 11 de marzo del 2020 (Jin et al., 2020). Estudios como el de Dyrbye et al. (2020) relacionaron estas variables, pero su muestra de profesionales de la salud no fue seleccionada aleatoriamente, lo cual limitó los resultados. También se visualizó que profesionales de la salud con un rol más activo al combatir el COVID-19 experimentaban menos burnout porque entendían que estaban realizando un trabajo importante (Maslach 1981, citado en Dinibutun, 2020) por consiguiente, la satisfacción que surge de sentir que el trabajo que se realiza tiene un significado crea menos burnout.

A pesar de este hallazgo, se resalta que el estudio de Dinibutun (2020) se llevó a cabo en hospitales públicos cuando la pandemia había alcanzado su punto máximo. Esto dificulta poder extender los resultados al ambiente organizacional y laboral de hospitales privados y cuestiona la validez de los resultados cuando el COVID-19 esté más controlado. Debido a estas limitaciones, en el presente estudio, se amplían los criterios de inclusión de la muestra a no solo profesionales de la salud de hospitales públicos, sino a empleados en general. De esta forma se podrán estudiar las posibles variables sociodemográficas externas. Para entender estos estudios, es importante entender el grado de exposición ante el virus COVID-19.

En ese sentido, detectar y definir el grado de exposición de una persona a raíz de su sintomatología puede llegar a ser complicado debido a que el COVID-19 es un virus que se caracteriza por afectar las vías respiratorias. Al mismo tiempo, una parte de la población transmite el virus sin presentar ningún tipo de sintomatología mientras que otros incuban el virus por períodos largos de tiempo (Gostic et al., 2020). Aun así, el grado de exposición se podría determinar tras tomar en cuenta el historial de movimiento de la persona. En otras palabras, se debe tener una medida de la exposición con respecto al tiempo desde el momento de contacto hasta la confirmación del contagio (McAloon et al., 2020).

En consonancia con lo anterior, debido al incremento de casos de COVID-19 en la República Dominicana, se ha comenzado a producir tensiones en el cuadro del sistema de salud. Para junio del 2020, un 70 % de las camas en cuidados intensivos eran ocupadas por pacientes contagiados con COVID-19, hospitales como el Marcelino Velez Santana estaban trabajando a un 167 % de su capacidad (Pantaleób, 2020). Asimismo, la República Dominicana ha registrado un aumento de un 96.36 % en la cifra de contagios desde mayo 2020 hasta mayo del 2021 (Covid-19 Map, 2021). En otras palabras, es probable que el personal de salud tenga un mayor contacto con pacientes contagiados y así, un mayor grado de exposición al COVID-19. Es por esto que, a pesar de la valoración de que el trabajo que realiza el personal de salud constituye un factor protector del burnout, el incremento en la cantidad de contagios puede representar un factor de riesgo que conduzca a burnout en dicha población.

Por lo visto, se han explorado correlaciones tanto positivas como negativas entre empatía cognitiva, empatía afectiva y burnout en profesionales de la salud. También se han estudiado en presencia de variables mediadoras, pero dichos estudios no contemplan el impacto de variables sociodemográficas (de carácter más personal) tales como: responsabilidades familiares y ambiente laboral (Yuguero et al., 2017) y menos en la de una tercera, como grados de exposición al COVID-19. Es por esto que se hace relevante introducir esta última y expandir los criterios de inclusión de la muestra a empleados en general, dadas las circunstancias actuales. De ahí que, al añadir la variable de grado de exposición al COVID-19, cabría preguntarse, ¿existe una relación entre grados de exposición al COVID-19, burnout, empatía cognitiva y empatía afectiva en empleados de la República Dominicana?

La importancia de conocer la relación entre estas tres variables no tan solo radica en las implicaciones que tiene el burnout en la calidad del servicio brindado, sino también en el impacto en los profesionales de la salud, una población clave en el manejo eficiente del COVID-19. De forma tal que, esta investigación puede servir de base para la prevención y creación de planes de intervención en dicha población. Esto a fin de mejorar los servicios brindados y crear estrategias de afrontamiento saludables ante el burnout.

Las hipótesis primarias de este estudio son:

1. A mayor grado de exposición del COVID-19, menor será la empatía cognitiva y mayor será la empatía afectiva y el burnout.

Y las siguientes hipótesis secundarias:

1. En empleados que trabajen desde casa: a menor grado de exposición al COVID-19, menor puntuación en burnout y mayor puntuación tanto en empatía cognitiva como empatía afectiva. En empleados que trabajen fuera de casa: a mayor grado de exposición al COVID-19, mayor puntuación en burnout, empatía afectiva y menor en empatía cognitiva. En profesionales de la salud de atención primaria (al trabajar fuera de casa): a mayor grado de exposición al COVID-19, mayor será el nivel de burnout, empatía afectiva y menor en empatía cognitiva. A menor ingreso económico, mayor grado de exposición al COVID-19, burnout, empatía afectiva y menor empatía cognitiva.

MÉTODO

La presente investigación tiene un diseño no experimental de tipo transversal y cuenta con un enfoque cuantitativo de tipo correlacional.

PARTICIPANTES

La investigación se llevó a cabo con 120 participantes dominicanos ($n=120$), hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 19 y 71 años, elegidos a partir de un muestreo no probabilístico de tipo voluntario e intencional. Para el cálculo de la muestra necesaria para contrastar las hipótesis, se utilizó el programa estadístico G* Power (Faul et al., 2009). Se estimó el tamaño muestral necesario para detectar una correlación mediana de .30, con una tasa de error Tipo 1 de un 5 %, una potencia un 80 %, y para un contraste de una cola. Según los datos arrojados por G* Power, se requería una muestra total de al menos 82 participantes. Debido a que se esperaba una mortalidad de un 10 %, se estimó que mínimo 90 personas debían llenar el cuestionario.

Por otra parte, es importante señalar que las personas que se tomaron en cuenta para este estudio fueron quienes respondieron correctamente el ítem control B11 con la opción de “Una vez al mes”, a modo de verificación de que verdaderamente estaban prestando atención.

INSTRUMENTOS

Para medir *empatía cognitiva* y *empatía afectiva*, se utilizaron los ítems de la validación al español del *Empathy Quotient* (EQ: Redondo y Herrero-Fernández, 2018). Este instrumento consta de 17 ítems que miden *empatía cognitiva* y *empatía afectiva*. Las respuestas están presentadas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert: (1) “Totalmente Desacuerdo”, (2) “Más o menos Desacuerdo”, (3) “Más o menos de Acuerdo” y (4) “Totalmente de Acuerdo”. Una mayor puntuación en esta escala refleja que la persona muestra una respuesta más empática que las de personas con menor puntuación. Es importante destacar que el ítem 16 del *Empathy Quotient* tiene una dirección inversa. En el estudio de Redondo y Herrero-Fernández (2018), se confirmó un alfa de Cronbach de .90 en la subescala de empatía cognitiva y un .63 en la subescala de empatía afectiva. El estudio completo contiene un alfa de Cronbach de .78.

En otro orden, el burnout se midió utilizando el *Burnout Scale Inventory* (BSI) el cual fue tomado de la validación al español realizada por Dávila y Nevado (2016). Este instrumento consta de 10 ítems y seis opciones de respuestas tipo Likert: (1) “Nunca”, (2) “Varias veces en el año”, (3) “Una vez al mes”, (4) “Un

par de veces al mes”, (5) “Una vez a la semana”, (6) “Varias veces por semana” y (7) “Todos los días”. Una mayor puntuación en esta escala implica que el participante presenta niveles más elevados de burnout en comparación a un participante con menor puntuación. En el estudio de Dávila y Nevado (2016) se confirmó un alfa de Cronbach para este instrumento de .87. Este instrumento no presenta ítems inversos.

Por su parte, debido a que el COVID-19 es un virus reciente, no se encontraron instrumentos o escalas validadas que midieran *grados de exposición* al COVID-19 al momento de levantar datos. Es por esto que se utilizó una subescala de un instrumento desarrollado por Herbas (2020) que mide factores que inciden en la adopción de comportamientos que reducen el contagio del COVID-19. Esta subescala contiene 14 ítems con 10 opciones tipo Likert, donde de manera lineal la primera opción es (1) “Completamente en Desacuerdo” y la última es (10) “Completamente de Acuerdo”. Una mayor puntuación en esta escala significa que la persona tuvo un mejor comportamiento de reducción de contacto ante el COVID-19, mientras que una menor puntuación indica que la persona tuvo un peor comportamiento ante este virus. En la presente investigación dicho instrumento fue corregido de manera tal que una mayor puntuación indicaba que la persona tuvo un mejor comportamiento ante el COVID-19 y, por lo tanto, menor grado de exposición al COVID-19. Para la presente investigación se realizó una medida de consistencia interna (alfa de cronbach) para medir la confiabilidad de los ítems de la subescala extraída del instrumento de Herbas (2020) la cual fue de 0.71 con una media del total de 117.68 con una desviación estándar 15.78 y una varianza de 249.26.

Procedimiento

En el levantamiento de datos, se administró la batería mediante un cuestionario de Google Forms y el reclutamiento se realizó de manera independiente. Se envió el cuestionario a empleados de distintas instituciones de la República Dominicana a través de la red social Whatsapp, invitándoles a participar voluntariamente entre la primera y segunda semana del mes de enero. Previo a la aplicación de la batería, se les presentó un consentimiento informado a los participantes donde se explicaba el objetivo, riesgos, beneficios del estudio y derechos del participante en caso de acceder participar. Al momento de administrar los cuestionarios, el estudio había sido previamente aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE). El periodo comprendido entre la tercera y quinta semana del mes de enero del 2021 fue en el que se recogieron los datos. El análisis de resultados se realizó con el programa estadístico IBM Suscripción Estadística (SPSS), versión 27.0 (IBM, 2020).

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

La muestra consistió de 80.8 % participantes mujeres (n=23) y 19.2 % hombres (n=23), algunos de ellos empleados en distintas empresas e instituciones de la República Dominicana al momento de llenar el instrumento. El 67.5 % (n=81) se encontraba trabajando, mientras que el 32.5 % (n=39), no. En esa misma línea, del 32.5 % (n= 40) que reportó no tener un empleo al momento de completar la encuesta, 2.6 % (n=1) indicó haber perdido su empleo a causa de la pandemia del COVID-19. La tabla 1 muestra que un 25.8 % (n=31) trabajaba de manera semi-presencial (trabajo remoto y presencial), 18.3 % (n= 22) desde el hogar (remoto), 14.2 % (n=17) presencial en oficinas administrativas (presencial), 5.8 % (n=7) en un hospital privado y 2.5 % (n=3) en un hospital público (presencial).

Tabla 1. *Frecuencia y porcentaje de modalidad laboral de los participantes (n= 120)*

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo presencial (Hospital público)	3	2.5
Trabajo presencial (hospital privado)	7	5.8
Trabajo presencial (Oficinas administrativas)	17	14.2
Trabajo remoto	22	18.3
Trabajo semipresencial	30	25.0
No trabaja	41	34.2
Total	120	100.0

TABLA 1

Los participantes reportaron que trabajaban en promedio 21.68 horas a la semana y generaban ingresos entre DOP \$26,000 y \$40,000. La frecuencia y porcentaje de ingresos económicos de todos los participantes se muestra en la tabla 2. El número mínimo de dependientes económicos reportados por participante fue uno y el máximo seis. A la pregunta de si el participante o alguien en su hogar trabaja o trabajó en un empleo que considera de alto riesgo para el contagio del COVID-19, un 55.8 % respondió de manera afirmativa.

Tabla 2. *Frecuencia y porcentaje de ingresos económicos de los participantes (n= 120)*

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 mil pesos	29	24.2
Entre 10 mil y 25 mil pesos	36	30.0
Entre 26 mil y 40 mil pesos	20	16.7
Entre 41 mil y 65 mil pesos	18	15.0
Entre 65 mil y 100 mil pesos	5	4.2
Más de 100 mil pesos	12	10.0
Total	120	100.0

TABLA 2

Los resultados de la tabla 3 y la tabla 4 muestran las correlaciones estadísticamente significativas del presente estudio; la tabla 3 muestra las correlaciones correspondientes a los profesionales de la salud de la muestra.

Tabla 3. Correlaciones entre el Burnout, la Empatía Cognitiva, la Empatía Afectiva y el Grado de Exposición al COVID-19 en profesionales de la salud (n=10)

Variable		1	2	3	4
1. Burnout	Correlación de Pearson	-			
2. Empatía Cognitiva		-.31	-		
3. Empatía Afectiva		.42	.53	-	
4. Grado Exposición al COVID-19		.58	.34	.66*	-

Nota: * $p < .05$.

TABLA 3

Las correlaciones significativas obtenidas fueron las siguientes: (1) una correlación positiva media entre Empatía Afectiva y Exposición al COVID-19 en profesionales de la salud $r = .66$, $p < .05$; (2) una correlación positiva débil entre género y Empatía Cognitiva $r = .31$, $p < .01$; (3) una correlación positiva débil entre género y Empatía Afectiva $r = .32$, $p < .01$; (4) una correlación positiva débil entre Empatía Cognitiva y Empatía Afectiva $r = .46$, $p < .01$; (5) una correlación positiva muy débil entre ingresos económicos y Grados de Exposición al COVID-19 $r = .20$, $p < .05$; (6) una correlación negativa muy débil entre edad y Burnout $r = .21$, $p < .05$; (7) una correlación negativa muy débil entre cantidad de personas que dependen económicamente del participante y Empatía Afectiva $r = .21$, $p < .05$.

Tabla 4. Correlaciones entre datos sociodemográficos y puntuaciones totales (n= 120)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Edad	Correlación de Pearson	-					
2. ingresos Económicos		.50**	-				
3. Dependientes Económicos			.72**	.39**	-		
4. PTB		-.21*	-.14	-.11	-		
5. PTEC		-.13	.06	-.05	-.01	-	
6. PTEA		-.17	-.11	-.21*	.02	.46**	-
7. PTGEC		.11	.20*	.12	.04	.02	-.05

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. PTB = puntuación total de Burnout. PTEC = puntuación total de Empatía Cognitiva. PTEA = puntuación total de Empatía Afectiva. PTGEC = puntuación total Grados de Exposición al COVID-19.

TABLA 4

No se observaron correlaciones estadísticamente significativas, previamente hipotetizadas entre: (1) Burnout y Empatía Afectiva o Grados de Exposición al COVID-19. En empleados que trabajan desde el hogar, no se apreció correlación significativa entre (2) Grados de Exposición al COVID-19 y Burnout o Empatía. En empleados que trabajan presencial, tampoco hubo correlación significativa entre (3) Grados de Exposición al COVID-19 y Burnout o Empatía Cognitiva. En profesionales de la salud, no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre (4) COVID-19 y Burnout o Empatía Cognitiva. Con respecto a ingresos económicos, no se observaron correlaciones significativas entre (5) ingreso económico y Empatía o Burnout.

DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación es estudiar las posibles correlaciones entre *empatía cognitiva y afectiva*, *burnout* y grados de exposición al COVID-19, particularmente en empleados dominicanos. Se indagó sobre factores sociodemográficos que pueden incidir sobre estas variables, como la modalidad laboral de los participantes. También se cuestionó las responsabilidades familiares como cantidad de personas que dependen económicamente del participante e ingreso económico.

Estudios previos que investigaron burnout y COVID-19 en profesionales de la salud (Dinibutun, 2020; Huang et al., 2020) seleccionaron su muestra únicamente de hospitales privados o públicos, no ambos. Esto limitó la posibilidad de generalizar los resultados a los profesionales no abarcados, por lo que en esta investigación se hizo la distinción de si el participante trabajaba en un hospital privado o público.

Investigaciones sugieren incluir información descriptiva como dependientes económicos en futuros estudios para disminuir factores externos que confundieran los resultados (Ma y Wang, 2021; Yuguero et. al., 2017). La cantidad de personas que dependen económicamente del participante se midió en este estudio, lo cual confirmó una asociación entre esto y empatía afectiva. Esta relación puede deberse a que, a mayor cantidad de dependientes económicos del participante, mayor es su responsabilidad familiar y, por tanto, mayor la respuesta empática con más propensión a causar desgaste emocional (Alecsiu, 2015).

A su vez, los resultados de la presente investigación indicaron que hay una relación negativa entre edad y burnout. Lee et al. (2003), al igual que esta investigación, establece que el burnout disminuye a medida que la edad aumenta. Sin embargo, Dinibitum (2020) no concuerda, ya que su estudio determinó que la edad no influye en los niveles de burnout. Es probable que la edad sí tenga un factor importante a la hora del desarrollo del burnout, puesto que las demandas familiares, laborales y económicas aumentan con la edad.

Por otro lado, el presente estudio arrojó que existe una relación positiva entre ingresos económicos y grados de exposición al COVID-19. Estudios llevados a cabo en Barcelona, Inglaterra y Nueva York (Baena-Díez et al., 2020; Chung et al., 2020; Patel et al., 2020) contradicen este resultado, ya que encontraron una asociación negativa. Posiblemente esta diferencia se deba a que República Dominicana es un país en vía de desarrollo (United Nations, 2020) que no ha podido transicionar efectivamente a trabajar desde el hogar; el empleado dominicano promedio acostumbra salir a trabajar para ganar los ingresos que le permiten subsistir en el día a día. En comparación con los países desarrollados, los países en vía de desarrollo tienen un porcentaje menor de personas que trabajan en oficinas o fábricas y que reciben un sueldo estable. Cuando se habla de países en vía de desarrollo, un empleo fijo y con un salario, del tipo que se encuentra en los países desarrollados, es la excepción, no la norma. (Fields, 2011). En el caso de una muestra como la nuestra, de empleados dominicanos, tener que salir a trabajar para sobrevivir puede significar que, a mayor grado de exposición, mayor ingreso económico tendrá.

Al vincular las variables de empatía cognitiva y empatía afectiva, se encontró una relación positiva entre estas. Estudios tales como el de Carré et al. (2013) obtuvieron resultados similares, reafirmando que ambas empatías (cognitiva y afectiva) están asociadas positivamente entre sí. Se entiende que esto puede deberse a que son dos dimensiones de una misma variable (empatía) que están relacionadas, y por eso aumentan en un mismo grado.

En ese sentido, los resultados muestran que existe una relación entre empatía afectiva y exposición al COVID-19 en profesionales de la salud. Este hallazgo contradice parte de los resultados de diversos estudios (Ma y Wang, 2021; Yuguero et. al., 2017), quienes no encontraron esta relación.

Se esperaba encontrar una relación positiva entre burnout y exposición al COVID-19, ya que estudios como los de Barello et al., (2020), Jalili et al., (2020) y Kannampallil et al., (2020) encontraron dichos resultados. No obstante, en el presente estudio no se hallaron resultados con estas variables. Es probable que esto se deba a que investigaciones como las mencionadas, que sí obtuvieron hallazgos, utilizaron el instrumento de medición *Maslach Burnout Inventory* (Maslach et al., 1986) que mide las subescalas del burnout: (1) agotamiento emocional, (2) despersonalización, (3) logro personal y (4) puntuación total de burnout. Relacionar las diferentes subescalas de burnout pudo haber arrojado resultados más diversos y específicos. Sin embargo, la mayoría de los instrumentos que estaban compuestos por subescalas, como el MBI, contaban con un número muy elevado de ítems y hubiesen hecho del instrumento de esta investigación muy extenso. Se estimó necesario reducir la tasa de mortalidad, dada la modalidad virtual utilizada para contactar a los participantes. Es por esto que se optó por un instrumento sin subescalas y así limitar el número de ítems.

De igual manera, el presente estudio no encontró relaciones significativas entre empatía afectiva e ingresos económicos o empleados que trabajan desde el hogar. Esto corrobora los resultados de Trauernicht et al., (2020) quienes tampoco hallaron esta correlación debido a que su cuestionario también fue administrado de manera virtual, lo cual sesga los resultados para empatía afectiva; medir esto depende de la disposición del participante reflexionar y compartir sus sentimientos (Dziobek et al., 2008).

Al igual que en esta investigación, Lamothe et al. (2014) y Yuguero et al. (2017) utilizaron instrumentos de medición de carácter autoinformado tanto para burnout como para empatía afectiva, lo cual llevó a sesgar los resultados con prejuicios como deseabilidad social. Incluir una escala de deseabilidad social en un futuro pudiese mitigar este problema.

No se obtuvieron correlaciones significativas con empatía cognitiva en profesionales de la salud y empleados con sus distintas modalidades de trabajo en este estudio. Se entiende que esto puede, a su vez, estar asociado a la ausencia de resultados en nuestro estudio relacionados con la variable de burnout. Autores como Trauernicht et al. (2020) encontraron una correlación negativa entre burnout y empatía cognitiva (pero no afectiva), lo cual señala que agotamiento y déficit de energía (subescalas de Burnout) posiblemente sean consecuencias de un empleado exhausto y que la empatía cognitiva exige más recursos que la empatía afectiva.

Además, los hallazgos del estudio de Lamothe et al. (2014) sugirieron que la empatía cognitiva (de manera independiente, sin involucrar empatía afectiva) puede proteger a los profesionales de la salud en sus interacciones, esto contribuye al diseño de intervenciones curriculares empáticas y libres de Burnout. Se entiende que, posiblemente, el hecho de que el estudio haya obtenido relaciones en términos de empatía afectiva en profesionales de la salud, pero no empatía cognitiva o burnout, puede entonces deberse a que gran parte de la muestra no estaba bajo los niveles de exigencia empática que Trauernicht et al. (2020) atribuyen a la empatía cognitiva.

No se observaron relaciones estadísticamente significativas con respecto a grados de exposición al COVID-19, burnout y empatía cognitiva. Se cree que esto pudo haber sucedido debido a que utilizamos una subescala de un instrumento que originalmente mide los comportamientos que reducen el contagio del COVID-19 (Herbas, 2020), el cual fue adaptado y validado por las investigadoras. No se encontraron instrumentos que midieran grados de exposición al COVID-19 al momento de realizar el presente estudio, por lo que se recomienda que futuras investigaciones creen y validen un instrumento que mida grados de exposición al COVID-19 de una manera más precisa.

En conclusión, la empatía afectiva y el grado de exposición al COVID-19 en profesionales de la salud se correlacionan entre sí, así como ingreso económico y grados de exposición al COVID-19. A pesar de que el presente estudio no obtuvo resultados significativos con burnout en profesionales de la salud, se reitera que una de las motivaciones principales era investigar la variable en esta población dada su condición imprescindible para hacer frente a la problemática que representa la pandemia COVID-19 a nivel nacional.

Para mayo del 2020, el Ministerio de Salud de la República Dominicana había brindado asistencia psicosocial y psiquiátrica a 5,181 personas, con quienes se abordó ansiedad, depresión, estrés, trastorno del sueño, conducta suicida y problemas de adaptación a cambios por la pandemia COVID-19 (Observatorio Político Dominicano (OPD) & Medina, 2020). Las cifras de contagio han aumentado desde esa fecha, por lo que es posible que persista la necesidad de continuar brindando apoyo al pueblo dominicano en el ámbito de la salud mental.

Se hace énfasis en la necesidad de ofrecer estos servicios específicamente a los profesionales de la salud dominicanos, ya que aquellos que padecen burnout tienen el doble de probabilidad de estar involucrados en incidentes que pongan en peligro la seguridad del paciente. Más aún si esto se traduce a falta de empatía, lo cual podría a su vez resultar en una experiencia negativa general de la atención al paciente (Panagioti et al., 2018). Un estudio sobre las implicaciones psicosociales del COVID-19 en la República Dominicana resaltó la importancia de prestar apoyo psicoemocional a personal de primera línea (médicos, enfermeros, personal de apoyo), dada su exposición constante a situaciones estresantes y la alta demanda de pacientes en emergencias

y desastres (Observatorio Político Dominicano (OPD) & Medina, 2020). En consideración a lo anterior, se entiende que un enfoque en el que se incremente o mantenga la empatía puede ser beneficioso para mitigar los efectos del Burnout, ya que altos niveles de esta variable se han asociado con una disminución de la calidad del servicio brindado (Poghosyan et al., 2010; Thirioux et al., 2016).

De manera general, la presente investigación corrobora lo planteado por Yuguero et al. (2017) quienes plantean que es una prioridad detectar el burnout y continuar investigando sobre atributos como la empatía en profesionales de la salud para así expandir la visión actual sobre la salud mental en esta población específica. De igual forma, es conveniente generalizar este abordaje a otros profesionales, no únicamente los de la salud, ya que se convertiría en una estrategia de afrontamiento beneficiosa para todos. De ahí que los resultados de este estudio sirvan como ejemplo para resaltar la importancia de ampliar la indagación de la problemática, más ahora que se está dando a conocer los efectos del COVID-19 en distintas poblaciones en el ámbito nacional e internacional.

REFERENCIAS

- Aguiar, N., Meira, D., y Raquel, S. (2015). Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. *REVESCO Revista de Estudios Cooperativos*, 121(1), 7–32. https://doi.org/10.5209/rev_revesco.281944843006
- Aleksiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV(1), 43-56. [fecha de Consulta 15 de marzo de 2021]. ISSN: 0327-6716. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281944843006>
- Baena-Díez, J. M., Barroso, M., Cordeiro-Coelho, S. I., Díaz, J. L., y Grau, M. (2020). Impact of COVID-19 outbreak by income: Hitting hardest the most deprived. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 42(4), 698–703. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa136>
- Barello, S., Palamenghi, L., y Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290(mayo). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Caroe, T. (2012). Burnout and empathy in primary care. *British Journal of General Practice*, 62(602), 462. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654515>
- Carré, A., Stefaniak, N., D'Ambrosio, F., Bensalah, L., y Besche-Richard, C. (2013). The basic empathy scale in adults (BES-A): Factor structure of a revised form. *Psychological Assessment*, 25(3), 679–691. <https://doi.org/10.1037/a0032297>
- COVID-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. (2021). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- Chung, R. Y.-N., Dong, D., & Li, M. M. (2020). Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *BMJ*, m1329. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1329>
- Cox, C. L., Uddin, L. Q., Di martino, A., Castellanos, F. X., Milham, M. P., y Kelly, C. (2012). The balance between feeling and knowing: Affective and cognitive empathy are reflected in the brain's intrinsic functional dynamics. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(6), 727–737. <https://doi.org/10.1093/scan/nsr051>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., y Howat, D. J. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Dávila, F. A., y Nevado, N. (2016). Validation of the burnout screening inventory in health area trainees. *Educación Médica*, 17(4), 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.007>
- Davis, M. H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Select Documents in Psychology*, 10(85), 1-17.
- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy. A social Psychological approach*. Westview Press

- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Dinibutun, S. R. (2020). Factors associated with burnout among physicians: An evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, 12, 85–94. <https://doi.org/10.2147/JHL.S270440>
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among u.s. medical students, residents, and early career physicians relative to the general u.s. population. *Academic Medicine*, 89(3), 443–451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Hecker, H. R., Wolf, O. T., & Convit, A. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 464–473. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0486-x>
- Fields, G. S. (2011). Labor market analysis for developing countries. *Labour Economics*, 18(SUPPL. 1), S16–S22. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2011.09.005>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BF.41.4.1149>
- Gómez, M. A. y Ruiz, M. I. (2015). Dimensiones del síndrome de Burnout en personal asistencial de salud de un hospital de Chiclayo, 2014 (Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú). Recuperada de <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/331>.
- Gostic, K. M., Gomez, A. C. R., Mumma, R. O., Kucharski, A. J., & Lloyd-Smith, J. O. (2020). Estimated effectiveness of symptom and risk screening to prevent the spread of COVID-19. *eLife*, 9, 1–18. <https://doi.org/10.7554/eLife.55570>
- Gutiérrez, G., Celis, M., Jiménez, S., Farias, F., & Suárez, J. (2006). *Síndrome de burnout*. *Arch Neurocienc (Mex)*, 11(4), 305–309. <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Heinemann, L. V., & Heinemann, T. (2017). Burnout research: Emergence and scientific investigation of a contested diagnosis. *SAGE Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1177/2158244017697154>
- Herbas, C. (2020). Análisis De Los Factores Que Inciden En La Adopción De Comportamientos Que Reducen El Contagio Del Covid-19 En Bolivia. Centro de Investigación de Ciencias Exactas e Ingenierías Universidad Católica Boliviana “San Pablo”-Regional Cochabamba Bolivia. <https://www.ucbcba.edu.bo/wp-content/uploads/2020/04/ARTICULO-COVID-19-UCB.pdf>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: A review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, 22(1–2), 7–22. <https://doi.org/10.1177/174498711667890>
- IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 27.0. IBM Corp
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2020). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *MedRxiv*, 2020.06.12.20129650. <https://doi.org/10.1101/2020.06.12.20129650>
- Jin, Y., Yang, H., Ji, W., Wu, W., Chen, S., Zhang, W., & Duan, G. (2020). Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of covid-19. *Viruses*, 12(4), 1–17. <https://doi.org/10.3390/v12040372>
- Kakiashvili, T., Leszek, J., & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(3), 401–412. <https://doi.org/10.2478/s13382-013-0093-3>
- Kannampallil, T. G., Goss, C. W., Evanoff, B. A., Strickland, J. R., McAlister, R. P., & Duncan, J. (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PLoS ONE*, 15(agosto), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237301>

- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice*, 1–7. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15>
- Lee, H., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). Nursing and health care management issues. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 534–545.
- Lopes, A. R., & Nihei, O. K. (2020). Burnout among nursing students: predictors and association with empathy and self-efficacy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180280. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0280>
- López, M. B., Filippetti, V. A. & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), pp. 37-51. Doi: <https://dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>
- Luna-Bernal, C., y De Gante-Casas, A. (2016). Empatía y gestión de conflictos en estudiantes de secundaria y bachillerato. *Revista de Educación y Desarrollo*, 40, 27–37. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/40/40_DeGante.pdf
- Ma, X., & Wang, X. (2021). The role of empathy in the mechanism linking parental psychological control to emotional reactivities to COVID-19 pandemic: A pilot study among Chinese emerging adults. *Personality and Individual Differences*, 168, 110399. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110399>
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto
- Mazza, M., Pino, M. C., Mariano, M., Tempesta, D., Ferrara, M., Berardis, D. De, Valentini, M. (2014). Affective and cognitive empathy in adolescents with autism spectrum disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(octubre), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00791>
- McAlloon, C., Collins, Á., Hunt, K., Barber, A., Byrne, A. W., Butler, F., More, S. J. (2020). Incubation period of COVID-19: A rapid systematic review and meta-analysis of observational research. *BMJ Open*, 10(8), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-03965>
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, 29(1). <https://doi.org/10.3205/zma000781>
- Observatorio Político Dominicano (OPD), & Medina, D. (2020, May). El COVID-19 en República Dominicana: sus implicaciones psicosociales. Gestión Editorial OPD-FUNGLODE. <https://www.opd.org.do/index.php/analisis-sociedad-civil/2496-el-covid-19-en-republica-dominicana-sus-implicaciones-psicosociales>
- Palmer Y., Gómez-Vera A., Cabrera-Pivaral C., et al. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*. 28(1):82-91.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Esmacolapso por el covid-19. (2015). Psychology, Health & Medicine Burnout, empathy and their relationships : a qualitative study with residents in General Medicine. (agosto). <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1054407>
- Pantaleób, D. (2020). Sistema hospitalario a punto del colapso por el Covid-19. <https://listindiario.com>. <https://listindiario.com/la-republica/2020/06/20/622736/sistema-hospitalario-a-punto-del-colapso-por-el-covid-19>.
- Patel, A. P., Paranjpe, M. D., Kathiresan, N. P., Rivas, M. A., & Khera, A. V. (2020). Race, socioeconomic deprivation, and hospitalization for COVID-19 in English participants of a national biobank. *International Journal for Equity in Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01227-y>
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing and Health*, 33(4), 288–298. <https://dx.doi.org/10.1002/nur.20383>
- Riess, H. (2017). The Science of Empathy. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 74–77. <https://doi.org/10.1177/2374373517699267>
- Redondo, I., & Herrero-Fernández, D. (2018). Adaptación del Empathy Quotient (EQ) en una muestra española. *Terapia Psicológica*, 36(2), 81–89. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082018000200081>

- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 487–506. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.01.010>
- Thirion, B., Birault, F., & Jaafari, N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*, 7(MAY), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00763>
- Trauernicht, M., Oppermann, E., Klusmann, U., & Anders, Y. (2020). Burnout undermines empathising: do induced burnout symptoms impair cognitive and affective empathy? *Cognition and Emotion*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1806041>
- United Nations. (2020). World Economic Situation and Prospects. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Wiederhold, B., Cipresso P., Pizzoli D., Wiederhold M., & Riva G. (2018). Interventions for physician burnout: A systematic review of systematic reviews. *International Journal of Preventive Medicine*, 9(1), 253–263. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_255_18
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6(enero), 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- Yuguero, O., Marsal, J. R., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, España. *European Journal of General Practice*, 23(1), 4–10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>