



ESCUELA DE PSICOLOGÍA



IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS PREHOSPITALARIAS EN EL NIVEL DE
EMPATÍA Y BURNOUT DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUITO.



AUTOR

DOMINIQUE FERNANDA GUZMÁN HERRERA

AÑO

2019



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS PREHOSPITALARIAS EN EL NIVEL DE
EMPATÍA Y BURNOUT DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUITO.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicóloga mención Clínica

Profesor Guía
César Parra

Autora
Dominique Guzmán

Año
2019

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo, “Impacto de las prácticas prehospitalarias en el nivel de empatía y burnout de estudiantes de medicina de Quito”, a través de reuniones periódicas con la estudiante Dominique Fernanda Guzmán Herrera en el semestre 2019-1, orientado sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

César Guillermo Parra Gaete

Master Universitario en Metodología de las
Ciencias del Comportamiento y de la Salud

CI: 1309477691

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, “Impacto de las prácticas prehospitalarias en el nivel de empatía y burnout de estudiantes de medicina de Quito”, a través de reuniones periódicas con la estudiante Dominique Fernanda Guzmán Herrera en el semestre 2019-1, orientado sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Jaime Eduardo Moscoso Salazar

Maestro en Ciencias Sociales con mención
en Antropología

CI: 1714733423001

María Belén Váscquez Cruz

Master Universitario en Metodología de las
Ciencias del Comportamiento y de la Salud

CI: 1715517262

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos del autor vigente.”

Dominique Fernanda Guzmán Herrera

C.I. 1722947221

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, mi compañero fiel.

A mi familia quienes han tenido confianza en mi capacidad y me han brindado apoyo.

A mis profesores que me han transmitido una profunda pasión por lo que hago.

DEDICATORIA

A mis padres y hermana quienes han sido un soporte incondicional en cada paso de mi formación.

A mis amigos y amigas quienes han sido fuente de motivación en cada etapa.

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto analizar el estado de los niveles de empatía y evidenciar si existe burnout en los estudiantes de medicina de una universidad ubicada en el norte de Quito, antes y después de sus prácticas prehospitalarias. Para esto es importante comparar los niveles de empatía y burnout, identificando si el burnout es un factor influyente en la empatía médica. Para introducir al lector en la investigación se han abordado temas como empatía, depresión, desgaste por compasión y burnout.

En cuanto a la metodología se ha realizado un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo-comparativo, y diseño no experimental. Para lo cual, se han utilizado un cuestionario sociodemográfico y tres herramientas de recolección de datos: El Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Empatía Médica de Jefferson y el Inventario de Burnout de Maslach. El cuestionario sociodemográfico y el Inventario de Depresión están dirigidos a recolectar datos para comprobar los criterios de inclusión y exclusión, es decir, serán herramientas de tamizaje. La Escala de Empatía Médica y el Inventario de Burnout tienen como objetivo medir los niveles de empatía y burnout de los estudiantes antes y después de las prácticas prehospitalarias.

Al final del estudio se espera conocer si los niveles de empatía y burnout después de las prácticas cambian, y cómo están relacionadas estas dos variantes.

Palabras clave: empatía médica, burnout, desgaste por compasión.

ABSTRACT

The purpose of this research is to analyze the state of empathy levels and to show if there is burnout in medical students of a university located in the north of Quito, before and after their prehospital practices. For this it is important to compare the levels of empathy and burnout, identifying if burnout is an influential factor in medical empathy. To introduce the reader to the research, topics such as empathy, depression, burnout and compassion have been addressed.

Regarding the methodology, a quantitative approach study of descriptive-comparative scope and non-experimental design was carried out. To this end, a sociodemographic questionnaire and three data collection tools have been used: the Beck Depression Inventory, the Jefferson Medical Empathy Scale and the Maslach Burnout Inventory. The sociodemographic questionnaire and the Depression Inventory are aimed at collecting data to check the inclusion and exclusion criteria, that is, they will be screening tools. The Medical Empathy Scale and the Burnout Inventory aim to measure the levels of empathy and burnout of students before and after prehospital practices.

At the end of the study it is expected to know if the levels of empathy and burnout after the practices change, and how these two variants are related.

Key words: medical empathy, burnout, compassion wear.

ÍNDICE

1.Introducción.....	1
2.Justificación y planteamiento del problema	3
3.Pregunta de investigación:.....	6
4.Objetivo	7
4.1. Objetivo general:.....	7
4.2 Objetivos específicos	7
5. Marco Teórico	7
5.1. Empatía	7
5.2 Importancia de la empatía en médicos	9
5.3 Efectos de la depresión en la empatía	10
5.4 Desgaste por empatía o compasión.....	11
5.5 Empatía y Burnout	12
5.6 Cambios en la empatía en estudiantes de medicina	14
6. Hipótesis.....	15
6.1 Variables.....	15
6.1.1 Prácticas prehospitarias	15
6.1.2 Empatía	15
6.1.3 Burnout	16
7. Metodología.....	16
7.1 Enfoque, alcance y tipo de diseño:	16
7.2 Participantes	16
7.3 Recolección de datos / herramientas a utilizar	17
7.4 Pre-validación del Instrumento.....	19
7.5 Procedimiento.....	22
7.6 Tipo de análisis.....	23
8. Viabilidad.....	24

9. Aspectos éticos	25
9.1 Consentimiento/asentimientos informados.....	25
9.2 Tratamiento de la información.....	26
9.3 Autorreflexividad	26
9.4 Consecuencias de la investigación	26
9.5 Devolución de resultados.....	27
9.6 Autorización para uso de tests.....	27
9.7 Derechos de autor	28
10. Análisis de Estrategias de Intervención	28
11. Cronograma	34
REFERENCIAS.....	36
ANEXOS	42

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	15
Tabla 2	19
Tabla 3	20
Tabla 4	20
Tabla 5	25
Tabla 6	31
Tabla 7	33

1. Introducción

En el Ecuador existe una gran cantidad de médicos tanto generales como especialistas en diferentes áreas, estos se encuentran repartidos en diferentes centros y subcentros de salud y son los encargados de brindar una adecuada atención médica a la población del país (Instituto Nacional de Estadística, 2013).

En la provincia de Pichincha existen aproximadamente quince universidades e institutos públicos y privados que imparten la carrera de medicina, recibiendo a miles de alumnos cada año (Guía de Universidades y Carreras a Distancia de Ecuador, 2015). Recientemente se ha comenzado a discutir la deshumanización de los estudiantes y profesionales en medicina, cuestionando el tipo de educación que reciben (Moreto, González y Piñero, 2018). Es así, que se ha llegado a concluir que son diversos los factores que influyen para que los alumnos se muestren poco empáticos, entre ellos el burnout por el estrés académico, la depresión, la ansiedad u otros trastornos psicológicos derivados del estrés, de las dificultades en las relaciones interpersonales y otras situaciones tensionantes (Furlan, Piemontesi, Heredia y Sánchez, 2015) (Vargas, Talledo, Heredia, Quispe y Mejía, 2018).

Es por esta razón que en Latinoamérica, así como en todo el mundo, se han realizado varios estudios para medir los niveles de empatía, no solo de estudiantes de la carrera de medicina, sino también de estudiantes de ciencias de la salud como enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, y médicos internos con algún tiempo de experiencia, sin embargo, no se han podido obtener datos concluyentes, por lo que no se ha podido identificar claramente qué factores afectan en la disminución del nivel de empatía. Aunque se ha determinado que la cultura, la edad y el estado de ánimo pueden influir (Montilva, García, Torres, Puertas y Zapata, 2015) (Dávila, Neira, Aguilera, Martínez, Vélez y Díaz, 2017) (Morales, Ccarita, Marroquín y Atamari 2017).

Varios estudios han señalado que la exposición prolongada hacia el sufrimiento de los pacientes puede tener un efecto en el desarrollo de la empatía, es por esta razón que se considera el trabajo hospitalario como un factor a tomar en cuenta en el estudio de esta temática (Gastaldi, Pasta, Longobardi, Pino y Quaglia, 2014) (Moreto et al., 2018).

De la misma forma, se han realizado varios documentos académicos en donde se establece que herramientas se deberían involucrar en la enseñanza médica, así también, sobre el cómo debe ser una adecuada formación para los futuros doctores (Moreto et al., 2018) (Furlan et al., 2015).

Aun así, no existe evidencia contundente de estrategias de intervención aplicadas para esta problemática, especialmente en américa latina (Furlan et al., 2015).

Este estudio está dirigido a evidenciar el estado de los niveles de empatía y si existen niveles de burnout en los estudiantes de medicina de una universidad en el norte de Quito, además se planea comparar ambos datos para averiguar si existe una relación entre el nivel de empatía y burnout, comprobando así si el estar quemado por el estrés académico y el exceso de trabajo es un factor predisponente para la disminución de las actitudes empáticas con los demás.

Se espera que esta investigación sea un aporte para la intervención de los dirigentes de la carrera de medicina de dicha universidad, ya que permite evidenciar posibles fallos en la formación de médicos, así como otorga la capacidad de intervenir en la educación, fomentando el bienestar tanto de los estudiantes como de los futuros pacientes.

2. Justificación y planteamiento del problema

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el impacto de las prácticas prehospitalarias en el nivel empatía de los estudiantes de medicina de una universidad privada en el norte Quito.

Para comenzar es importante mencionar que en el Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013), existen alrededor de 24.960 médicos de especialidad, 6.218 es decir, aproximadamente un 25% de ellos se encuentran ubicados en la ciudad de Quito, además de existir 483 establecimientos de salud, con Internación y sin Internación hospitalaria.

En la universidad donde se realizará la investigación, la carrera de medicina está estructurada en un total de 6 años, dicho de otra manera 12 semestres, divididos en tres fases de aprendizaje: Básica, pre-clínica y clínico quirúrgica, que permite que los estudiantes se formen con un perfil médico generalista, es decir, con conocimiento sobre la mayoría de patologías sin profundizar en ninguna (Datos obtenidos de la universidad en donde se realizará el estudio).

En el sexto semestre de formación se inician las prácticas pre-hospitalarias, con un total de 180 horas, después de haber aprobado materias de formación clínico teórica que les permiten a los estudiantes la práctica supervisada. Estas son realizadas en instituciones médicas que mantienen convenios con la mencionada universidad (Datos obtenidos de la universidad en donde se realizará el estudio).

Mishima, Campos, Matumoto y Fortuna (2016) han podido concluir que la mayoría de pacientes toman en cuenta no solo la gestión organizacional, el ambiente, la estructura física o la limpieza del lugar, sino también el trato recibido por parte del personal de las instituciones médicas, así como su capacidad de respuesta.

De la misma forma afirman que la percepción de calidad de los pacientes y sus familias aumenta cuando se les permite ser partícipes del proceso médico mostrando más interés en seguir los tratamientos (Mishima et al., 2016).

En efecto, Castillo (2011) realizó un estudio sobre el grado de satisfacción de los usuarios del Centro Médico de la Escuela Militar Eloy Alfaro (ESMIL) en Quito, y pudo concluir que la insatisfacción de los pacientes es alta, con un 54,50% de negación al servicio, ya que el trato del personal médico es indiferente, descortés, y los pacientes tienen poca comprensión sobre los tratamientos, medicamentos, dosis y efectos. Además, 86% de los pacientes menciona que los médicos no se tomaron el tiempo suficiente para responder a dudas, preguntas o temores (Castillo, 2011).

De la misma forma, Del Salto (2014) en su tesis doctoral, menciona que los pacientes del departamento médico del Instituto Nacional Mejía, a pesar de mostrar una buena aceptación al servicio, perciben que si existe un trato inadecuado, o sus dudas no son atendidas, la calidad del servicio médico disminuye.

Remón, Remón y Tataje (2013) afirman que la empatía en el ámbito médico, es la habilidad que tiene el profesional en medicina para comprender, las experiencias y los sentimientos de los pacientes y poder combinarlos con una buena comunicación. Hojat et al. (2002) afirman que una empatía adecuada beneficia en el trato con los pacientes e incrementa la posibilidad de los mismos de apegarse a los tratamientos y tener un mayor entendimiento de sus diagnósticos.

Es por lo mencionado anteriormente que es importante realizar investigaciones sobre el nivel de empatía de los futuros médicos, sin embargo, en la actualidad, existe sólo una investigación sobre empatía en médicos,

realizada en nuestro país, cuyo objetivo se centró en evidenciar la varianza (Dávila et al., 2017).

Se han realizado estudios en varios países latinoamericanos. Entre ellos uno en Venezuela, cuyo objetivo fue medir la empatía en estudiantes de medicina y enfermería y su relación con género, edad y el nivel de estudio (Montilva et al., 2015); y otro en Perú, cuyo objetivo fue medir el nivel de empatía de los estudiantes de medicina de la Universidad de la Sierra (Morales et al., 2017). En las tres investigaciones se usó la Escala de Empatía Médica de Jefferson, sin embargo los resultados no fueron concluyentes.

En el estudio realizado en Venezuela se tomó en cuenta a estudiantes de enfermería y medicina, siendo el 81.3% de sexo femenino (Montilva et al., 2015). Se pudo concluir que el nivel de empatía no varía significativamente, siendo mayor en las mujeres, además de afirmar que la edad o el grado de instrucción no tiene influencia en la misma (Montilva et al., 2015).

Por otro lado, en la investigación realizada en Perú, se estudió una muestra de 206 estudiantes, donde el 53.3% fueron varones; se concluyó que, son ellos quienes puntúan más alto en el nivel de empatía, obteniendo el 59,93% a diferencia del 40.6% de las mujeres; además, no se encontraron diferencias significativas al tomar en cuenta el año de estudio de los alumnos (Morales et al., 2017).

Finalmente, en el estudio realizado en Ecuador, se observó que las variables de nivel académico y género influyeron significativamente en los resultados, siendo las mujeres quienes obtuvieron los puntajes más altos en empatía; así mismo, se pudo evidenciar que la empatía es más baja en los estudiantes de primer año e incrementa al avanzar la carrera (Dávila et al., 2017).

A pesar de la rigurosidad de los estudios se presentan limitaciones, entre ellas: Los estudios de Venezuela y Perú fueron de tipo transversal sin evidenciar los posibles cambios con el transcurso del tiempo, únicamente en la investigación ecuatoriana se realizó un seguimiento para observar la evolución de la empatía de los estudiantes de medicina (Dávila et al., 2017). De la misma forma, sólo en el estudio realizado en Venezuela se toma en cuenta, y de forma teórica, cuáles son los factores que afectan a la empatía de los alumnos (Montilva et al., 2015).

Se puede evidenciar que Ecuador es un país con altos índices de profesionales médicos y atención en salud, aunque al parecer la calidad de la atención es un factor que no se toma en cuenta a pesar de los efectos que puede tener en los pacientes. Así mismo, la empatía es un eje fundamental en la relación médico-paciente, a pesar de esto no es un tema estudiado a profundidad en el Ecuador, por lo que esta investigación puede ser un punto de referencia, junto al estudio realizado en Azuay.

De la misma forma, a pesar de los distintos estudios en Latinoamérica, los resultados son contradictorios, por lo que no se ha podido llegar a una conclusión sobre el impacto de la práctica hospitalaria en la empatía. Por esta razón, este estudio permitirá reforzar o discutir los datos ya encontrados en la Universidad del Azuay y reforzar la base teórica sobre el desarrollo de la empatía en médicos de nuestro país.

3. Pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto de las prácticas pre-hospitalarias en relación al nivel de empatía con los pacientes, y el nivel de burnout, de los estudiantes de la carrera de medicina de una universidad privada del norte de Quito?

4. Objetivo

4.1. Objetivo general:

Evaluar el impacto de las prácticas pre-hospitalarias en el nivel de empatía con los pacientes y burnout, de los estudiantes de la carrera de medicina de una universidad privada del norte de Quito

4.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de empatía de los estudiantes de medicina antes y después de las 180 horas de prácticas prehospitalarias.
- Encontrar si ha existido un cambio en las medias de empatía de los estudiantes de medicina antes y después de las 180 horas de prácticas prehospitalarias.
- Analizar si existe una correlación lineal inversa entre el nivel de empatía y el nivel de burnout de los estudiantes antes y después de las 180 horas de prácticas prehospitalarias.

5. Marco Teórico

5.1. Empatía

Históricamente el concepto de empatía ha sido bastante discutido ya que no se ha logrado definirla por completo y son pocos los estudios sobre esta temática que brindan una definición clara de a qué se refieren.

Sulzer, Feinstein y Wendland (2016) realizaron una revisión extensiva de las investigaciones sobre empatía y pudieron concluir que la empatía está relacionada al pensar, sentir y actuar, es decir, se deriva de procesos cognitivos, emocionales y pragmáticos, donde se encuentra incluida la capacidad de comunicarse verbalmente adecuadamente.

Es así como Auné, Abad y Attorresi (2015) citan a Wispé (1991) al decir que la empatía se produce gracias a la imitación interna por la proyección de uno mismo en otro: citan a Mead (1934) quien dice que adoptar la perspectiva del otro es ser empático y a Hogan (1969) quien definió la empatía como la construcción propia sobre los estados mentales de los demás.

El término empatía originalmente del griego se refiere a la cualidad de sentirse dentro, es decir la capacidad de entenderse en un nivel profundo y así entender a los demás, es Adam Smith en su teoría sobre las emociones morales, menciona que la empatía en un ser humano es la capacidad de sentir pena o compasión frente al dolor o sufrimiento de otros y de esta forma llegar a entender al otro con ayuda de la imaginación (Royzman y Rozin, 2006 citado en Auné, et al. 2015). Es así que Stotland (1969) citado en Auné, et al. (2015) afirma que la empatía es la reacción emocional que se tiene cuando se observa a alguien atravesar por algún estado emocional.

Mehrabian y Epstein (1972) citados en Auné, et al. (2015) mencionan que la empatía es una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas. A partir de las perspectivas emocionales se identifican dos enfoques en el estudio de la empatía: a) la disposicional o de rasgo, en la cual la empatía es entendida como una emoción innata del ser humano generada a través de la herencia genética; y b) la situacional, la cual entiende que la empatía se genera a través de la interacción y se muestra mientras los lazos afectivos son más fuertes (Batson y Shaw, 1991 citados en Auné, et al. 2015).

Davis (1996) citado en Auné, et al. (2015) menciona que la empatía es un constructo multidimensional, en donde en la dimensión cognitiva, el ser humano es capaz de adoptar perspectivas e incluir la fantasía al identificarse con personajes ficticios; y la dimensión afectiva donde existe angustia empática, es decir, la tendencia del ser humano de sentir preocupación o

compasión por otros, así como la aflicción personal que se refiere a la ansiedad que se siente al ser testigo de la experiencia desagradable de otros.

5.2 Importancia de la empatía en médicos

Para Bratek, Bulska, Bonk, Seweryn y Krysta (2015), la empatía es la característica más importante en la relación médico-paciente, ya que genera un mejor rendimiento en los estudiantes y profesionales de la salud, al brindar una atención cálida a los pacientes que piden su servicio. Así mismo, Moreto et al. (2018) mencionan que dentro del contexto de la salud, se espera una respuesta altruista del médico, es decir, una reacción desinteresada para acercarse a atender el dolor o sufrimiento de los demás.

Morales et al. (2017) afirman que las manifestaciones de empatía hacia los pacientes y sus familias influyen en el acierto de diagnósticos, apego a tratamientos y mejoría de los distintos cuadros clínicos, ya que mejora la comunicación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, llevándolos a sentirse comprendidos y apoyados. Por su parte Hojat et al. (2002) mencionan que la empatía es una característica que atribuye un rol significativo al profesional de la salud y beneficia a los resultados del proceso salud-enfermedad, así mismo, afirma que se espera que este factor se desarrolle en la etapa de formación profesional.

Moreto et al. (2018) mencionan que a lo largo de la carrera médica es muy importante fomentar el desarrollo de la empatía, ya que es una herramienta que les permitirá a los futuros médicos mantener una adecuada interacción con los pacientes y sus familiares, ya que les permite tomar en cuenta su estado emocional, las ideas y las conductas, tanto no patológicas como las que se puedan presentar a partir de una patología y optimizando la comunicación.

5.3 Efectos de la depresión en la empatía

La depresión es una patología mental bastante frecuente en la población mundial, que requiere de tratamiento psicofarmacológico y terapéutico en la mayoría de los casos (Botto, Acuña y Jiménez, 2014). Existen varios motivos para el origen de esta enfermedad se ha relacionado con varios desencadenantes genéticos y ambientales, traumas infantiles, el apego inseguro en la infancia, etc. Se caracteriza por un bajo estado de ánimo, la anhedonia, la incapacidad de sobrellevar situaciones o vivencias de forma adecuada debido a la dificultad para generar estrategias de afrontamiento (Botto et al., 2014).

Según el INEC (2015) en el Ecuador, entre hombres y mujeres entre los 19 y 59 años de edad, se encuentran 73,5% de los casos de depresión, es decir, el mayor porcentaje de casos. Es importante tomar en cuenta este dato ya que este es el rango de edad en el cual se encuentran la mayoría de alumnos de medicina.

La investigación realizada por Tully, Ames, García y Donohue (2015) evidencia que la capacidad de responder ante el dolor de otros con una alta o muy baja empatía a nivel cognitivo, o una alta empatía a nivel afectivo con una deficiencia en la regulación emocional, están asociadas con un nivel de depresión alto.

Es así como explican, apoyados en investigaciones y evidencias anteriores, que en personas con depresión existe una regulación cognitiva maladaptativa, lo que lleva a estos individuos a sentirse culpables y rumiar sobre problemas interpersonales, mostrando afectación en la capacidad de interpretar las reacciones emocionales de otros, lo que refuerza la culpa de forma inconsciente (Tully, et al., 2015).

De la misma forma, se menciona que el sistema límbico, activado durante la respuesta empática emocional, se muestra constantemente activo o hiperactivo en personas con depresión por lo que las respuestas empáticas suelen estar distorsionadas y pueden llegar a considerarse por los sujetos afectados como fallas en la relación interpersonal (O'Connor et al, 2007 citado en Tully et al., 2015).

Es importante mencionar que dentro de un estudio a estudiantes de medicina en Colombia, se halló un 34,5% de alumnos con sintomatología depresiva grave y 39,4% con sintomatología leve o moderada, siendo los índices altos, lo que concuerda con otros estudios realizados en Latinoamérica como Lima, México y Panamá (Alonso, Castaño, Cerón, Dávila, De la Rosa, De la Rosa, Montoya y Olave, 2015).

5.4 Desgaste por empatía o compasión

El desgaste por compasión se refiere a la fatiga generada por el sentimiento de profunda empatía al presenciar el dolor o sufrimiento de alguien, acompañado del deseo de intentar aliviarlo (Bermejo, 2016). Se define como una serie de emociones y conductas que surgen de entender, conocer o compartir el evento traumático vivido por una persona significativa y el estrés que resulta de la necesidad de ayudar (Bermejo, 2016).

Se menciona que el desgaste o fatiga por compasión es comparable al patrón de respuestas que tiene un trastorno de estrés post-traumático ya que afecta emocional y físicamente al individuo e incluso a familiares y personas cercanas (Marín, 2017).

O'Mahony, Ziadni, Hoerger, Levine, Baron y Gerhart (2017) mencionan que dentro de los factores desencadenantes se encuentran las largas jornadas laborales, la exposición recurrente o prolongada a enfermedades crónicas, el

exceso de pacientes, exposición a la muerte y poseer neuroticismo alto como componente de la personalidad. González, Sánchez y Peña (2018) afirman que en el ámbito de la salud, el ambiente hospitalario, la historia de traumas del profesional y el contexto organizacional condicionan la resiliencia que este pueda presentar ya que su trabajo está específicamente dirigido a aliviar el sufrimiento de sus pacientes.

De la misma forma se menciona, que las personas que padecen de desgaste por compasión, tienden a desarrollar burnout más fácilmente, ya que este resulta como un proceso de agravamiento posterior como resultado de la extenuación emocional (Bermejo, 2016).

5.5 Empatía y Burnout

El burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo (SQT) se refiere a un estado de agotamiento mental, emocional y físico, generado por la inmersión en situaciones laborales de largo plazo que son emocionalmente demandantes (Gastaldi et al., 2014).

Maslach definió este concepto en tres dimensiones diferentes: Cansancio emocional, despersonalización y disminución en la realización personal, lo que lleva al individuo a evaluar el propio trabajo de manera negativa y se tiende a generar una baja autoestima laboral (Maslach y Leiter, 2016).

Según Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente y García-Sevilla (2014), los individuos que trabajan en profesiones que exigen mayor contacto con exigencias, necesidades y preferencias de diferentes personas, son las que tienen más probabilidad de sufrir de este síndrome. Así mismo, se menciona que este síndrome suele aparecer cuando las herramientas o recursos psicológicos que tiene una persona se agotan y no es capaz de encontrar

nuevas estrategias de afrontamiento para tolerar las vivencias laborales (Martínez, Méndez y García-Sevilla, 2015).

Estudios actuales mencionan que el inicio del agotamiento comienza junto con el estudio y formación universitaria y este llega a bloquear las habilidades sociales de los profesionales, es por esta razón que se afirma que en el ámbito médico, los estudiantes o profesionales que padecen este síndrome suelen presentar un tipo de despersonalización que consiste en tratar a los pacientes como un objeto y no como un ser humano (Martínez et al, 2015). De la misma forma, Ferri, Guerra, Marschelli, Cunico y Di Lorenzo (2015) mencionan que personas que muestran altos índices de empatía tiene más riesgo de sufrir burnout, especialmente afectando el área despersonalización, llevándolos a desarrollar mecanismos de defensa que los aleje de la interacción emocional con los pacientes en forma de protección y a su vez reduciendo las interacciones empáticas.

El desgaste por empatía dentro del burnout, en el ámbito médico, afecta la comunicación adecuada con los pacientes y sus familias, ya que los profesionales de la salud deben usar estrategias con un alto coste psicológico lo que facilita el desgaste emocional (Bimbela, 2009), y como se mencionó anteriormente una buena comunicación con muestras empáticas influyen en la mejoría de los pacientes.

Por esta razón, se dice que ser un cuidador tiene fuertes consecuencias ya que el profesional se convierte de cierta forma en un “paciente de traumas”, ya que presencia las difíciles vivencias de los demás (Bermejo, 2016).

En un estudio realizado por Ferri et al. (2015), en estudiantes y profesionales en enfermería, se pudo comprobar que las respuestas o actitudes empáticas disminuyen con el aumento de la carga laboral, por lo que pudieron concluir que el burnout tiene como una de sus características y la disminución de la empatía y la despersonalización, por lo que se recomienda que en el

transcurso de la educación profesional se refuercen las habilidades empáticas y se prevenga el desarrollo de burnout.

5.6 Cambios en la empatía en estudiantes de medicina

En los últimos años se han realizado estudios en todo el mundo, para averiguar cómo la empatía puede verse afectada en los futuros médicos, tomando en cuenta que existen varios factores que pueden influenciar en ella. Es importante mencionar que a pesar de su importancia la mayoría de estudios no han incluido estos factores dentro de su investigación.

Se tomarán tres estudios realizados en Latinoamérica. El primer estudio fue realizado en Venezuela, de tipo no experimental transversal, y su objetivo estuvo dirigido a medir los niveles de empatía en alumnos de medicina y de enfermería; se demostró que son las mujeres quienes tienen los niveles más altos en empatía y que no existen diferencias significativas en el nivel de esta por la edad de los individuos o la etapa de la carrera, ya que los estudiantes de diferentes años de estudio mostraron resultados similares en empatía (Montilva et al., 2015).

La segunda investigación fue realizada en Perú, de tipo no experimental, transversal, cuyo objetivo fue medir el nivel de empatía de los estudiantes de diferentes niveles de la carrera de medicina de la universidad pública de la Sierra. Esta mostró que, solo el 31% de los alumnos poseían altos niveles de empatía, donde los varones fueron quienes puntuaron con niveles más altos, especialmente los estudiantes de primer a tercer año (Morales et al., 2017).

El tercer estudio fue realizado en el Ecuador, este fue de tipo no experimental transversal y su objetivo planteó identificar los niveles de empatía de estudiantes de medicina en la universidad del Azuay. Se pudo concluir que son las mujeres quienes tienen los niveles de empatía más altos y que existen diferencias significativas en la variación del nivel de empatía al separarlos por

sexos y años de estudio (Dávila et al., 2017).

Se puede decir que los resultados de los tres estudios no son concluyentes, además que el nivel de empatía parece variar por diferentes factores, los cuales pueden ser el contexto, el sexo, la formación académica durante la carrera o el año de estudio de los estudiantes de pregrado en medicina.

6. Hipótesis

- El nivel de empatía en los estudiantes de medicina al terminar sus prácticas prehospitalarias es menor, a los niveles que tienen al empezar sus prácticas.
- El nivel de burnout en los estudiantes de medicina al terminar sus prácticas prehospitalarias es mayor, a los niveles que presentan al empezar sus prácticas

6.1 Variables

6.1.1 Prácticas prehospitalarias

Es la variable independiente y se refiere a las 180 horas de práctica clínica que deben realizar los estudiantes de medicina de la mencionada Universidad una vez comienzan el curso de 7mo semestre de la carrera (Datos obtenidos de la universidad en donde se realizará el estudio).

6.1.2 Empatía

Es la primera variable dependiente y se refiere a la capacidad de los estudiantes de mostrar empatía a sus pacientes a través de conductas y una adecuada comunicación (Bratek et al., 2015).

6.1.3 Burnout

Es la segunda variable dependiente y se refiere al desgaste emocional que pueden llegar a presentar los estudiantes o trabajadores debido a la carga excesiva de trabajo, tareas o responsabilidades (Gastaldi et al., 2014).

7. Metodología

7.1 Enfoque, alcance y tipo de diseño:

El presente estudio es tipo cuantitativo, en donde a través de un instrumento estandarizado se obtendrán datos objetivos que después de sometidos a un análisis estadístico, permitirán comprobar la hipótesis planteada (Hernández, Fernández y Baptista, 2006); el alcance del mismo será descriptivo-comparativo, ya que se busca comparar los niveles de empatía antes y después de las prácticas prehospitalarias (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Su diseño será no experimental, ya que no se manipulará la variable, sino que se observará cómo el fenómeno se desarrolla en su contexto natural; y longitudinal, ya que se realizará un seguimiento del cambio en la empatía de los estudiantes después de las 180 horas de práctica (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

7.2 Participantes

Toda la población de 100 estudiantes de medicina y se tomarán en cuenta a aquellos que cumplan con los siguientes criterios:

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Varones y mujeres. • Matriculados como estudiantes de la carrera de medicina. • Pertenecen a una universidad privada al norte de Quito. • Se encuentren por empezar las prácticas pre-hospitalarias. • Obtener un puntaje menor al necesario para depresión moderada o mayor en el Inventario de depresión de Beck. • Haber completado las 180 horas de prácticas pre-hospitalarias en un período de 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico previo de algún trastorno del estado del ánimo. • Otra enfermedad psiquiátrica. • Atravesando un proceso psicoterapéutico o psiquiátrico. • Consumo de medicación psicofarmacológica. • Que no otorguen consentimiento para participar.

No se pretende generalizar los resultados ya que este es un estudio piloto.

7.3 Recolección de datos / herramientas a utilizar

En este estudio serán utilizados los siguientes instrumentos para la recolección de los datos:

- **Cuestionario sociodemográfico y de antecedentes clínicos**, para asegurar los criterios de inclusión y exclusión.

- **Inventario de Depresión de Beck** cuyo objetivo es valorar la presencia de síntomas depresivos y la gravedad de los mismos, consta de 21 ítems que se encuentran divididos en 10 referidos a síntomas cognitivos, 4 a síntomas fisiológicos, 3 a síntomas anímicos y 3 a síntomas motivacionales (Sanz, Izquierdo y García-Vera, 2010). La prueba ha sido traducida y validada en población española por Vázquez y Sanz (1999) y Tiene una fiabilidad comprobada por alfa de cronbach entre 0.68 y 0.89 (Sanz y Vázquez, 1998).
- La **Escala de Empatía Médica de Jefferson** cuyo objetivo es medir la empatía en el contexto de cuidado de pacientes y fue creada en el 2001 por Hojat y Mangione junto a otros colaboradores (Hojat y Mangione, 2001). De esta escala existe una variación aplicada a estudiantes (prueba (S)), que está dirigida a evaluar la empatía de los estudiantes de medicina hacia sus pacientes. Cuenta con 20 ítems valorados en una escala de tipo Likert de 1 a 7 puntos (muy en desacuerdo a muy acuerdo). La puntuación va de los 20 a 140 puntos y tiene una consistencia interna probado por alfa de cronbach de 0.80 a 0.90 (Dávila et al., 2017).
- **Inventario de Burnout de Maslach** su objetivo es medir el nivel de burnout en tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia profesional. La versión española ha sido adaptada y validada para aplicarse tanto a trabajadores como a estudiantes universitarios (Bresó, Salanova, Schaufeli, Nogareda, 2006). Mide el burnout en tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia profesional. Tiene una fiabilidad comprobada por alfa de cronbach >0.70 y consta de 15 ítems en escala de tipo Likert, de puntaje 0 a 6 (Nunca/ Ninguna vez a Siempre/ Todos los días) (Bresó et al., 2006). La puntuación se divide en Agotamiento con 5 ítems y puntajes del 0 al 30; Cinismo con 4 ítems y puntajes del 0 al 24; Realización Profesional con 6 ítems y puntajes del 0 al 36 (Bresó et al., 2006).

7.4 Pre-validación del Instrumento

Cuestionario Sociodemográfico

Este cuestionario está realizado para obtener información básica de los estudiantes de medicina participantes del estudio. Cuenta con siete preguntas cerradas dirigidas a comprobar los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Su aplicación es individual y dura entre 1 a 3 minutos (Anexo 1).

Inventario de Depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck permite medir la gravedad de los síntomas depresivos, ayudando al posible diagnóstico de un trastorno del estado del ánimo. Se usa esta herramienta como tamizaje para los criterios de inclusión y exclusión; la aplicación es individual y de aproximadamente 15 minutos.

Para su mejor entendimiento en el contexto ecuatoriano se han realizado adaptaciones en dos ítems.

Tabla 2

Inventario de depresión adaptación

Original	Adaptada
2. Pesimismo	2. Pesimismo
0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.	0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.	2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como **lo habitual**.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como **siempre**.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Instrumento original completo (Anexo 2)

Escala de Empatía Médica de Jefferson

Es de aplicación individual y dura aproximadamente 5 a 10 minutos. Se adaptaron 2 ítems de forma lingüística para su mejor entendimiento en el contexto ecuatoriano.

Tabla 3

Escala de empatía médica adaptación

Original	Adaptado
11. Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	11. Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen tanta importancia en este contexto.
19. No disfruto al leer literatura no médica o arte .	19. No disfruto al leer literatura no médica o artística

Instrumento original completo (Anexo 3)

Inventario de Burnout de Maslach

Su aplicación es individual y de aproximadamente 5 a 10 minutos. Para su mejor entendimiento y adecuación al contexto del trabajo prehospitalario, se adaptaron 10 ítems de forma lingüística.

Tabla 4

Inventario de burnout adaptación

Original	Adaptación
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo (A)	1. Estoy emocionalmente agotado por mis prácticas prehospitalarias (A)
2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo (A)	2. Estoy "consumido" al final de un día de prácticas prehospitalarias (A)
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día de mi puesto de trabajo (A)	3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día de mi práctica prehospitalaria (A)
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí (A)	4. Trabajar todo el día es tensionante para mí (A)
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo (E)	5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi práctica prehospitalaria (E)
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización (E)	7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi lugar de prácticas (E)
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto (C)	8. He perdido interés por mi carrera desde que empecé las prácticas (C)
9. He perdido entusiasmo por mi	9. He perdido entusiasmo por mi

trabajo (C)**carrera (C)**

11. Me estimula conseguir objetivos en mi **trabajo** (E)

11. Me estimula conseguir objetivos en mi **práctica profesional**(E)

12. He conseguido muchas cosas valiosas en **este puesto** (E)

12. He conseguido muchas cosas valiosas en **esta práctica** (E)

Instrumento original completo (Anexo 4)

7.5 Procedimiento.

1. Aprobación del Comité de bioética de la misma universidad para asegurar los aspectos éticos del estudio.
2. Reunión inicial con la coordinación de la carrera de medicina para describir objetivos y procedimiento del estudio
3. Se pedirá una lista de todos los estudiantes que estén por comenzar sus prácticas prehospitalarias, para elegir la muestra.
4. Reunión con los participantes elegidos en dos grupos de 50 personas, para informarles del estudio y entregarles el consentimiento.
5. Aplicación del cuestionario sociodemográfico, la Escala de Empatía Médica de Jefferson, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Burnout de Maslach al total de los participantes divididos en cuatro grupos de 25 personas.
6. Se estima una duración de alrededor de 45 minutos, se realizará en una de las aulas, grupal y de autoaplicación. El incentivo será un refrigerio para los participantes.
7. Análisis de resultados y exclusión de los participantes que no cumplan los criterios inclusión.
8. Después de 3 meses de la primera toma, se incluirán en el estudio a todos los participantes que hayan cumplido las 180 horas de prácticas.

9. Post-test con la Escala de Empatía Médica de Jefferson y el Inventario de Burnout de Maslach (procedimiento similar al pre-test).
10. Análisis de datos.
11. La devolución de resultados se realizará a través de la entrega de conclusiones del estudio a la coordinación de la carrera de medicina para su evaluación.

7.6 Tipo de análisis.

1. Se tabularán los datos obtenidos y se trabajarán a través del software SPSS usado para procesar datos estadísticos en ciencias sociales (Pardo, Ruiz y San Martín, 2009).
2. Se realizará un análisis estadístico descriptivo (media y desviación estándar), con el fin de cumplir con el primer objetivo.
3. Se debe evidenciar si existe normalidad de la variable numérica (nivel de empatía); esto se puede realizar a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Pardo et al., 2009). En caso de que se compruebe que la variable numérica cumple el supuesto de normalidad, se procedería a usar la prueba de T-Student para muestras relacionadas (paramétrica) para la comparación de las medias del nivel de empatía, antes y después de las prácticas (E1 y E2) (Pardo et al., 2009). Si no se cumple el supuesto de normalidad se usaría la prueba de Wilcoxon, la cual es una alternativa no paramétrica a la prueba de T-Student, para comparar las medias (Pardo et al., 2009). Todo esto dirigido a cumplir con el segundo objetivo.
4. Es necesario comprobar si el nivel de burnout ha cambiado, por lo que se utilizará una prueba de Kolmogorov-Smirnov nuevamente para comprobar si existe normalidad en la variable numérica del nivel de burnout. Si se comprueba la normalidad se usará una T-Student para comparar las medias entre los niveles de burnout antes y después de las prácticas (B1 y B2) y comprobar si han existido variaciones. En caso de

no comprobarse la normalidad se aplicará la prueba de Wilcoxon para la comparación de medias (Pardo et al., 2009).

5. Se realizará la comparación de los niveles de Empatía y Burnout para lo que se obtendrán las puntuaciones diferenciales entre E1; E2 y B1 ; B2 y se aplicará nuevamente la prueba de Kolmorov-Smirnov para comprobar la normalidad de ambas variables, en caso de comprobarse se usará una T-Student para comprobar si existe una correlación lineal inversa entre el nivel de empatía y burnout antes y después de las prácticas. En caso de no comprobarse la normalidad se aplicará la prueba de Wilcoxon para la comparación de medias (Pardo et al., 2009). De esta forma se cumplirá el tercer objetivo y se podrá aceptar o rechazar la hipótesis planteada al inicio del estudio.

8. Viabilidad

El presente estudio es viable para su realización pues se tiene acceso a la muestra de participantes, ya que son estudiantes de la carrera de medicina pertenecientes a la misma Universidad, por lo que se cuenta con el respaldo de las autoridades para realizar el contacto.

De la misma manera, no se necesita un presupuesto alto, debido a que el estudio se realizará en la ciudad de residencia de los participantes, además de no requerirse instrumentación de alto costo o avanzada tecnología.

Igualmente, existe disposición de horarios del docente guía para dirigir y guiar el proceso investigativo de forma adecuada, asegurando la confiabilidad y rigurosidad del estudio.

Dentro de las limitaciones, es posible que algunos de los participantes no acepten ser parte de la investigación, por lo que la muestra puede verse reducida, frente a esto se han planteado estrategias como realizar una explicación completa y adecuada del propósito del estudio y contar con el

apoyo de la coordinación de la carrera de medicina, en el incentivo a la participación en el mismo.

Es importante mencionar que, durante el análisis de datos final se trabajará todos los días de la penúltima semana, obteniendo así más tiempo para que la muestra crezca con el cumplimiento de las 180 horas de práctica, y asegurar la obtención de los datos necesarios para la devolución a la facultad de medicina.

Tabla 5

Costos

Cantidad	Artículos	Costo aproximado	
		Unidad	Total
150	150 copias Escala Empatía	\$ 0,05	\$ 7,50
150	150 copias Inventario Beck	\$ 0,05	\$ 7,50
150	150 copias Inventario Maslach	\$ 0,05	\$ 7,50
150	150 refrigerios	\$ 1,50	\$ 225,00
1	Impresión informe para coordinación	\$ 3,00	\$ 3,00
TOTAL			\$ 250,50

9. Aspectos éticos

9.1 Consentimiento/asentimientos informados

Por cuestiones éticas, es necesario un consentimiento informado que debe ser firmado por los participantes, mayores de edad, antes de la aplicación de tests. El consentimiento informado explicita el objetivo del estudio, el procedimiento, la información sobre el cuestionario sociodemográfico, los tests,

y el tiempo que tomará el estudio aproximadamente. Se explicará que la participación es voluntaria. (Ver anexo 5)

9.2 Tratamiento de la información

Se asignará un código a cada participante para mantener su anonimato, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos en los diferentes tests. Este código será utilizado para la base de datos y no se incluirán datos personales que puedan identificar a los participantes.

Solo se romperá la confidencialidad en caso de que se encuentre en peligro o riesgo el participante o una tercera persona.

9.3 Autorreflexividad

Como psicóloga he aprendido que la empatía es fundamental en la construcción de un adecuado vínculo terapéutico y el buen desarrollo de un proceso psicológico. De la misma forma, entiendo la dificultad de expresar actitudes empáticas cuando existe agotamiento por la carga académica o laboral práctica.

Considerando que la medicina es una ciencia humana al igual que la psicología, y que su carga académica, trabajo y desgaste emocional es aún más intenso, es un tema de interés investigar los efectos en su vida laboral, estado de ánimo y percepción de sí mismos, especialmente para el ámbito psicológico pues son áreas que nos corresponde estudiar.

9.4 Consecuencias de la investigación

Dentro de las consecuencias positivas pueden encontrarse que llegue a tomarse en cuenta los aspectos emocionales y psicológicos en la formación médica. De la misma forma, los resultados obtenidos pueden ser una base para comparación de futuros estudios y del estudio ya realizado en el país.

Dentro de las consecuencias negativas pueden encontrarse, que se genere desacuerdo por parte de la coordinación de la facultad de medicina, para lo que se realizaría una reunión en donde basándose en los estudios se les explicará cuál es la importancia de la temática. De la misma manera, es posible que algunos de los estudiantes enfrenten situaciones de gran estrés emocional para lo que se les recomendará tomar un proceso psicoterapéutico.

9.5 Devolución de resultados

Al concluir con el estudio y el análisis de datos, se realizará un informe con los resultados de la investigación que se entregarán en la coordinación de la carrera de medicina de la mencionada universidad, guardando el anonimato y confidencialidad de todos los participantes.

9.6 Autorización para uso de tests

Se les escribirá a los autores de las adaptaciones de los diferentes tests (Inventario de Burnout de Maslach e Inventario de depresión de Beck, adaptación española), para pedir su autorización en su uso. En el caso de la Escala de Empatía Médica, se contactará con Yolanda Dávila, Miriam Neira, Juan Aguilera, Fray Martínez, Ximena Vélez y Víctor Díaz, quienes se encargaron de la adaptación ecuatoriana.

9.7 Derechos de autor

El literal No. 13 del Reglamento de titulación de la Universidad de Las Américas, sobre la propiedad intelectual, señala que la propiedad intelectual de los trabajos de titulación pertenecerá a la Universidad. En casos extraordinarios en los que el o los estudiantes tengan razones para solicitar que la propiedad intelectual les pertenezca, deberán solicitarlo directamente a su Decano o Director, quién tratará el tema con la Vicerrectoría y la Dirección de Coordinación Docente.

10. Análisis de Estrategias de Intervención

Se han realizado diferentes estudios sobre los niveles de empatía en estudiantes de medicina y médicos especializados. La mayoría busca averiguar si los niveles de empatía que muestran los profesionales son los adecuados para el trato con los pacientes, sin embargo, no se analizan a profundidad los factores que pueden generar que la empatía disminuya, o solo se mencionan los factores que parecen influenciar, como el sexo, el año de estudio, la gravedad de las patologías tratadas o el sufrimiento de los pacientes (Esquerda, Yuguero, Viñas y Pifarré, 2016) (Dávila et al., 2017) (Montilva et al., 2015) (Morales et al., 2017).

A pesar de la dificultad para encontrar datos concluyentes en las diferentes investigaciones sobre este tema, se han realizado análisis y reflexiones sobre las razones por las cuales ha habido un incremento en la deshumanización de los médicos en la actualidad.

Moreto et al. (2018) mencionan que la empatía sufre cuanto más avanza el estudio en medicina, ya que los alumnos que mostraban entusiasmo por comenzar su carrera e involucrarse en su trabajo mostrándose sensibles al

sufrimiento de los pacientes que atienden, comienzan a apartarse, generando un distanciamiento intencional para evitar involucrarse emocionalmente.

De esta manera, Moreto et al. (2018) concluyen que es importante prevenir esta erosión de la empatía con diferentes estrategias educativas que la cultiven, una de ellas es la enseñanza a través del ejemplo. Esta consiste en un aprendizaje vicario de muestras empáticas hacia los pacientes que involucren una buena comunicación, estimulando así las neuronas espejo (Moreto et al., 2018).

Asimismo afirman, que es importante tomar en cuenta el estado emocional de los estudiantes para el adecuado desarrollo de empatía, por lo que los docentes deben estar pendientes de los momentos cruciales donde las emociones del alumno estén expuestas o se encuentren vulnerables para guiarlo a controlarlas o trabajarlas, ya que esta formación también le permitirá un mejor contacto con sus pacientes. Es importante que se brinden espacios en donde el estudiante pueda exponer sus temores, dudas y así procesarlas para una mejor educación y madurez emocional (Moreto et al., 2018).

Finalmente, se propone que se involucre a los estudiantes de medicina en actividades artísticas, el cine o las narrativas, ya que estas pueden fortalecer el desarrollo emocional, como también les permite vivir historias y experimentar sentimientos que no son parte de la vida cotidiana, llegando a encontrar diferentes recursos, metáforas y moralejas que puedan aplicar en sus vidas (Moreto et al., 2018).

Se puede concluir, que se han tomado medidas para la intervención en el desarrollo de la empatía médica y prevención de su desgaste desde el ámbito educativo; sin embargo, hay poca o casi nada de información sobre qué estrategias, intervenciones o planes se han realizado en este aspecto en el campo psicológico, a pesar de ser un tema de interés para este ámbito.

Como se mencionó en el inicio del estudio, los estudiantes de medicina pueden sufrir de un fuerte desgaste emocional por varios factores. Entre ellos Arribas (2013) afirma que la alta demanda en la carga académica, las exposiciones orales, la dificultad para distribuir adecuadamente el tiempo, la demanda de las prácticas, y la necesidad de desarrollar una alta capacidad de poner atención son condiciones que predisponen un posible burnout en alumnos del campo de la salud. De igual manera, Vargas et al. (2018) mencionan que si bien no se puede generalizar que estos aspectos desemboquen en un trastorno depresivo, están positivamente relacionados ya que son factores estresantes en la vida de un estudiante de medicina.

Dentro de la práctica psicológica latinoamericana se ha tomado en cuenta las dificultades que estas condiciones pueden traer por lo que existen varias propuestas sobre el manejo del burnout, ansiedad y depresión, no solo en estudiantes de medicina sino universitarios en general.

Arribas (2013) explica que el estrés académico está conformado por los trabajos obligatorios, la percepción que se tiene del docente, la dificultad de la materia, la sobrecarga de trabajo, por lo que una de las formas de intervención más efectiva es analizar la percepción que tienen los estudiantes sobre su proceso estudiantil, permitiendo que las instituciones se enteren y tomen decisiones o planifiquen acciones dirigidas a la búsqueda del bienestar, controlando la intensidad de los componentes mencionados anteriormente. Recomienda también que se capacite a los profesores para que no se convierta solo en un guía en el aprendizaje sino también un factor social de apoyo que ayude a la adaptación académica (Arribas, 2013).

Leal, Díaz, Tirado, Rodríguez y van-der Hofstadt (2015), coinciden en que las relaciones interpersonales adecuadas, así como incrementar las habilidades de comunicación efectiva, el desarrollo de la inteligencia emocional, la empatía y la asertividad, podrían prevenir el burnout.

De igual forma, Vargas et al. (2018), sugieren la importancia de fomentar hábitos o rutinas dentro de la vida académica de los estudiantes, pues se ha comprobado que tener un orden para realizar ciertas actividades (comer, estudiar, ocio) permite mejores formas de organizar el tiempo y este es asociado a una depresión menos frecuente. Díaz, Pérez, González y Nuñez (2017) afirman que la promoción del aprendizaje autorregulado es otra de las herramientas que puede ayudar al manejo del estrés académico y emocional ya que aumenta la percepción de autoeficacia del alumno, además de adquirir habilidades para el mejor manejo de contenidos tanto teóricos como prácticos, llevando a generar más orden en vida académica cotidiana.

Furlan et al, (2015) encontraron que implementar un programa de psicoeducación podría brindar herramientas a los estudiantes del ámbito de la salud, para disminuir los niveles de ansiedad, sin embargo, los alumnos mostraban poco interés evidenciado en altos índices de inasistencia, por lo que se propone mejorar el encuadre de este tipo de tratamiento y experimentar con chicos y chicas de diferentes carreras.

Tomando en cuenta lo mencionado, hay que recalcar que a pesar de la prevalencia de la depresión como consecuencia de estrés laboral y académico, este trastorno puede ser tratado a cabalidad en un contexto psicoterapéutico por lo que puede llegar hacer más sencilla. Sin embargo, el síndrome de burnout involucra el contexto laboral académico o laboral del individuo por lo que se debe intervenir tanto en la emoción como en el entorno. El protocolo para manejo del estrés laboral realizado en España (Inieta, 2016) menciona que para una adecuada intervención se deben tomar en cuenta signos de alarma en la salud física de los trabajadores, así como las faltas.

El protocolo de síndrome de burnout realizado en Colombia afirma que se puede realizar prevención de tres formas:

Tabla 6

Tipos de prevención para burnout

Prevención Primaria	
Dirigidas a la organización	Establecer y mantener las descripciones del cargo.
	Fortalecer procesos de selección.
	Inducción y reinducción.
	Psicoeducación.
Dirigidas al individuo	Actividades de formación continua y desarrollo personal.
	Fortalecer procesos de gestión del desempeño.
	Actividades de bienestar laboral.
	Fomento de estilos de vida saludable.
Prevención Secundaria	
Dirigidas al individuo	Asistencia profesional.
	Mentoring.
	Entrenamiento en técnicas de autorregulación o control.
	Fortalecimiento de las actividades de vida saludable.
Dirigidas a la organización	Análisis de puestos de trabajo.
	Grupos de mejora.
	Mejorar redes de comunicación.
	Fomento de flexibilidad horaria.
	Fortalecimiento del desarrollo de líderes.
Prevención Terciaria	
Dirigidas al individuo	Plan de recuperación/rehabilitación.
	Tratamiento psicoterapéutico.
	Asesoramiento.
	Modificar el ambiente de trabajo.
	Promover la adaptación del trabajador.

Dirigidas a la organización

Fortalecer vínculos sociales.

Fortalecer redes de apoyo.

Fortalecer gestión de apoyo.

 Adaptado de: Ministerio del Trabajo (2016)

Dentro del tratamiento psicoterapéutico la terapia cognitivo conductual ha mostrado ser la más eficaz, con ella se busca:

Tabla 7

Terapia cognitivo conductual para burnout

Terapia Cognitivo Conductual para Síndrome de Burnout

- Reducir los síntomas (activación gradual para el agotamiento, sesiones de descarga, técnicas de relajación y control de la irritabilidad).
 - Comprensión de la propia personalidad (reforzar habilidades para manejar la susceptibilidad a sufrir de burnout).
 - Afrontamiento del problema (habilidades de afrontamiento para el estrés laboral)
 - Preparación para el futuro (Asignación del papel del trabajo en la vida de la persona, diferenciación entre vida laboral y privada).
-

Adaptado de: Ministerio del Trabajo (2016)

Finalmente, se menciona que el asesoramiento, realizado por psicólogos o personal capacitado, busca restaurar el control del individuo sobre su trabajo y los diferentes ámbitos de su vida en los que esté interfiriendo (Ministerio del Trabajo, 2016).

Se puede afirmar que la intervención para la depresión, ansiedad y especialmente el síndrome de burnout, deben ser integral, analizando todas las áreas de vida del individuo. Sin embargo, el rol del psicólogo es de suma importancia ya que son ellos los más capacitados para identificar este tipo de problemáticas, además de saber cómo intervenir en ellas.

Cabe recalcar que actualmente no existen protocolos o guías para atención de estas problemáticas en trabajadores en el Ecuador, mucho menos dirigidos a perspectivas en el ámbito de la salud. Incluso hay pocas investigaciones realizadas en el país, a pesar de lo común que se ha demostrado en el contexto latinoamericano. Este estudio puede ser tomado como base para la creación de un protocolo de acción frente a la problemática antes mencionada.

11. Cronograma

Actividades	Semana/Mes	Descripción
1. Aprobación del Comité de Ética.	Semana 1 y 2/ Mes 1	Revisión de los aspectos éticos del estudio y su aprobación.
2. Reunión con la coordinación de Medicina.	Semana 3 / Mes 1	Revisión de los objetivos y propósito del estudio, así como obtención de las listas de los posibles participantes.
3. Primera reunión con los participantes.	Semana 4 / Mes 1	Explicación del estudio a los participantes y entrega de los consentimientos informados.
4. Aplicación del cuestionario sociodemográfico, la Escala de Empatía Médica de Jefferson, el Inventario de Depresión	Semana 4 / Mes 1	Aplicación del cuestionario sociodemográfico y exclusión de los participantes que no cumplan con los criterios

de Beck y el Inventario de Burnout de Maslach.

5. Análisis de datos.

Semana 5 y 6 / Mes 2

de inclusión. Primera toma de la Escala y los Inventarios.

Análisis y descripción de los datos obtenidos en la primera toma de la Escala y los Inventarios.

6. Aplicación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson y el Inventario de Burnout de Maslach.

Semana 10 / Mes 4

Exclusión de los participantes que no hayan completado las 180 horas de prácticas y segunda toma de la Escala de Empatía e Inventario de Burnout.

7. Análisis de datos

Semana 11 / Mes 4

Análisis y descripción de los datos obtenidos en la segunda toma y comparación de los resultados de ambas tomas.

8. Devolución de datos.

Semana 12 / Mes 4

Devolución de los resultados y conclusiones a la facultad de medicina.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Castaño, J., Cerón, Y., Dávila, L., De la Rosa, A., De la Rosa, P., Montoya, V. y Olave, C. (2015). Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. *Archivos de Medicina*. 15(1). pp.9-24. Recuperado de: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/717>
- Arribas, J. (2013). *Hacia un modelo causal de las dimensiones del estrés académico en estudiantes de enfermería*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. España. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=KuhsCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA554&dq=intervencion+para+el+estres+academico&ots=08GR3D7KA4&sig=p8pDIBgevTJKv7fqLByT8lrPcPU#v=onepage&q=intervencion%20para%20el%20estres%20academico&f=false>
- Auné, S., Abad, F., Attorreci, H. (2015). Antagonismos entre concepciones de empatía y su relación con la conducta prosocial. *Revista de psicología*. 17(2). pp.137-139. doi:10.18050/revpsi.v17n2a7.2015
- Bermejo, C. (2016). Y a ti, ¿quién te cuida? *Revista chilena de endocrinología y diabetes*. 9(3). pp.100-101. Recuperado de: http://www.revistasoched.cl/3_2016/6.pdf
- Bimbela, J.L. (2005). *Cuidando al profesional de la salud: habilidades emocionales y de comunicación*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J. (2014). La depresión como diagnóstico complejo. Implicaciones para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*. 142(10). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M y Krysta K. (2015). Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*. 27, pp.48-52. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26417736>

- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W. y Nogareda, C. (2006). *NTP732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Recuperado de:http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf
- Castillo, G. (2011). *Grado de satisfacción del usuario externo con la calidad de atención en la consulta externa que se desarrolla en el Centro Médico ESMIL*. (Tesis de maestría). Universidad Católica de Loja, Ecuador. Recuperado de:
http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2618/3/UTPL_Castillo_Gladys_360X1573.pdf
- Dávila, Y., Neira, V., Aguilera, J., Martínez, F., Velez, X., y Díaz, V. (2017). La empatía y los estudiantes de medicina en la Universidad de Azuay, Ecuador. *Salud Uninorte*. 33(1), pp. 39-47. Recuperado de:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=4ca1309f-ac6c-48c5-b48e-32fd2c8b8cb5%40sessionmgr4009&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=123843698&db=lth>
- Del Salto, E. (2014). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el período 2012. Tesis de doctorado. Universidad Central del Ecuador. Recuperado de:<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/T-UCE-0006-12.pdf>
- Díaz, A., Pérez, M., González, J. y Nuñez J. (2017). Impacto de un entrenamiento en aprendizaje autorregulado en estudiantes universitarios. *Perfiles educativos*, 39(57). Recuperado de:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000300087
- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J. y Pirrafé, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención primaria*. 48(1), pp.8-14. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>

- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L. y Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: an analytical cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed for Health Professions*. 86(2). pp. 104-115.
- Furlan, L., Piemontesi, S., Heredia, D. y Sánchez, J. (2015). Ansiedad ante los Exámenes en estudiantes universitarios: Correlatos y Tratamiento. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. 2(1). pp. 37-53. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/12629/12899>
- Gastaldi, F., Pasta, T., Longobardi, C., Prino L., y Quaglia, R. (2014). Measuring the influence of stress and burnout in teacher-child relationship. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1), pp: 17-28.
- González, C., Sánchez, Y. y Peña, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las ciencias*. 4(1). pp.483-489. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313248>
- Guía de Universidades y Carreras a Distancia de Ecuador. (2015). Recuperado de: <https://www.universidades.com.ec/>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Iztapalapa, México: Mc Graw Hill.
- Hojat, M y Mangione S. (2001). Jefferson Scale of Physician Empathy. *Health Policy Newsletter*. 14(4), pp.1-4. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/33684272_Jefferson_Scale_of_Physician_Empathy
- Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M & Magee, M. (2002) Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 159, pp.1563-69. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/159/9/1563>.
- Iniesta, A. (2016). *Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo*. San Growing Brands:España. Recuperado de: http://www.semst.org/archivos/subidos/20161216_24cb_GuiaManejoEstres.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Anuario de la Estadística Recursos y Actividades de Salud*. Dirección de estadísticas sociodemográficas. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2011.pdf
- Leal, C., Díaz, J., Tirado, S., Rodríguez, J. y van-der Hofstadt, C. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), pp. 213-223. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n2/original4.pdf>
- Marín, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 9(2). pp.117-123. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282255144012>
- Martínez, J., Méndez, I. y García-Sevilla, J. (2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 5(3), pp.325-333.
- Martínez, J., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A., y García-Sevilla, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), pp. 41-53.
- Maslach, C. y Leiter, M. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103–111.
- Ministerio del Trabajo. (2016). *Síndrome de Agotamiento laboral - Burnout. Protocolo de prevención y actuación*. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Recuperado de: <http://www.amfpr.org/wp-content/uploads/10-Protocolo-prevencion-y-actuacion-burnout.pdf>
- Mishina, S., Campos, A., Matumoto, S. y Fortuna, C. (2016). Satisfacción del usuario bajo la perspectiva de la responsividad: ¿estrategia para análisis

- de sistemas universales? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. pp.1-7. DOI: 10.1590/1518-8345.1089.2674
- Montilva, M., García, M., Torres, A., Puertas, M., y Zapata, E. (2015). Artículo original: Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. *Investigación En Educación Médica*. 4(16), pp. 4223-228. DOI:10.1016/j.riem.2015.04.006
- Morales, L., Ccarita, K., Marroquin, J. y Atamari, N. (2017). Evaluación de la empatía en estudiantes de medicina humana en una universidad pública de la sierra del sur del Perú. *Educación Médica*. 196, pp. 6. doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.006
- Moreto, G., González, P. y Piñero, A. (2018). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*. 19(3). pp.172-177. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.013>
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., y Gerhart, J. (2017). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians. *The American Journal Of Hospice & Palliative Care*, 1049909117701695--1049909117701695. <https://doi.org/10.1177/1049909117701695>
- Pardo, A., Ruiz, M. y San Martín, R. (2009). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I*. España: Editorial Síntesis. ISBN:978-84-975664-7-6.
- Remón, M., Remón, M. y Tataje, M. (2013). Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Revista médica panacea*. 3(1), pp. 2-5. Recuperado de: <http://www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/download/95/72>
- Sanz, J., Izquierdo, A., y García-Vera, M. P. (2010). *Una revisión desde la perspectiva de la validez de contenido de los cuestionarios autoaplicados utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos*. Manuscrito bajo revisión editorial.

- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*. 10, 303-318.
- Sulzer, S. H., Feinstein, N. W., & Wendland, C. L. (2016). Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Medical Education*. 50(3). pp. 300–310. doi:10.1111/medu.12806
- Tully, E., Ames, A., Garcia, S., y Donohue, M. (2015). Quadratic Associations Between Empathy and Depression as Moderated by Emotion Dysregulation. *The Journal of Psychology*. 150(1). pp. 15–35. doi:10.1080/00223980.2014.992382
- Vargas, M., Talledo, L., Heredia, P., Quispe, S. y Mejía, C. (2018). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 47(1), pp.32-36. Recuperado de:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745017300239>
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 10, pp. 59-81.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario sociodemográfico

Marque con una X sólo una respuesta de las siguientes preguntas.

Fecha de nacimiento:		Sexo	Mujer		Hombre	
Estado civil:		Hijos	SI		NO	
			Cuantos			
Ciudad donde reside:						
Zona donde reside:	Urbana		Semestre que cursa en la carrera de medicina:			
	Rural					
¿Ha comenzado las prácticas prehospitalarias ?	SI		Hace cuánto tiempo:			
	NO					
¿Ha suspendido las prácticas prehospitalarias?	SI		Especifique la razón:			
	NO					
¿Además de las prácticas realiza algún otro trabajo?	SI		Especifique cuál:			
	NO					
¿Ha sido diagnosticado con alguna	SI		Especifique cuál:			

condición médica grave o crónica?	NO		
¿Ha sido diagnosticado con alguna condición psiquiátrica?	SI		Especifique cuál:
	NO		
¿Está recibiendo tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico actualmente?	SI		Especifique de qué tipo:
	NO		
¿Se encuentra recibiendo algún tipo de tratamiento farmacológico?	SI		Especifique cuál:
	NO		

Anexo 2**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación..... Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente el enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1 No puedo concentrarme tan bien como lo habitual.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 3

Escala médica de empatía de Jefferson (versión para español)

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1 2 3 4 5 6 7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1 2 3 4 5 6 7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.	1 2 3 4 5 6 7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1 2 3 4 5 6 7
8. La atención a las expectativas personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1 2 3 4 5 6 7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1 2 3 4 5 6 7
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.	1 2 3 4 5 6 7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1 2 3 4 5 6 7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1 2 3 4 5 6 7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1 2 3 4 5 6 7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.	1 2 3 4 5 6 7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1 2 3 4 5 6 7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
19. No disfruto al leer literatura no médica o arte.	1 2 3 4 5 6 7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico	1 2 3 4 5 6 7

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones, marcando con una (x) el número apropiado que se encuentra al lado de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (mayor número de escala indica mayor acuerdo)

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo	

Anexo 4

Cuestionario de Burnout de Maslach Versión en español

0 Nunca/ Ninguna vez	1 Casi nunca/ Pocas veces al año	2 Algunas veces/ Una vez al mes o menos	3 Regular mente/ Pocas veces al mes	4 Bastante s veces/ Una vez por semana	5 Casi siempre/ Pocas veces por semana	6 Siempre/ Todos los días
-------------------------------	---	--	--	---	--	------------------------------------

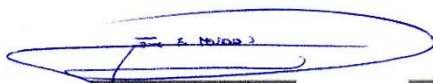
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo (A)	
2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo (A)	
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día de mi puesto de trabajo (A)	
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí (A)	
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo (E)	
6. Estoy "quemado" por el trabajo (A)	
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización (E)	
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto (C)	
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo (C)	
10. En mi opinión soy bueno en mi trabajo (E)	
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo (E)	

12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto (E)	
13. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo (C)	
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo (C)	
15. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas (E)	

Anexo 5**SOLICITUD PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

La presente tiene por objeto solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido de: Un cuestionario sociodemográfico, la adaptación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, el inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Burnout de Maslach. Que serán aplicados en el estudio denominado "Impacto de las prácticas prehospitalarias en el nivel de empatía y burnout de estudiantes de medicina de Quito"; El cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicóloga mención Clínica por la estudiante Dominique Fernanda Guzmán Herrera.

A continuación, firman los presentes.



Jaime Moscoso
Docente Validador



Belén Vásquez
Docente Validadora



César Parra
Tutor



Dominique Guzmán
Estudiante

Anexo 6

Escuela de Psicología
Consentimiento Informado

Yo, _____ he sido convocado/a para colaborar en el estudio sobre el efecto de las prácticas pre hospitalarias en el nivel de empatía y burnout de estudiantes de medicina de _____ Quito.

Mi participación en este estudio contempla la realización del Cuestionario Sociodemográfico de aproximadamente 5 minutos, la Escala de Empatía Médica de Jefferson, el Inventario de Burnout de Maslach y el Inventario de depresión de Beck, de aproximadamente 30 minutos. Entiendo que la información que entregue será absolutamente confidencial y solo conocido integralmente por el equipo de investigación a cargo de este estudio; el resguardo de mi anonimato será asegurado a través de la asignación de un código.

Estoy en mi derecho de suspender mi participación en cualquier momento del estudio si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto.

Conozco que los resultados generados del estudio serán de dominio público, según lo que establece la ley orgánica de Educación Superior. Entiendo que es un deber ético de la investigación reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde están en riesgo grave la salud e integridad física o psicológico, del participante y/o su entorno cercano. He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

Firma

