



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Medicina
 Especialidad de Medicina Familiar

“CORRELACIÓN ENTRE LA EMPATÍA PERCIBIDA POR EL MÉDICO Y LA PERCIBIDA POR EL DERECHOHABIENTE EN CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
 Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Francisco Javier Balderas Nava

Dirigido por:

MIMEM. Lilia Susana Gallardo Vidal

SINODALES

MIMEM. Lilia Susana Gallardo Vidal
 Presidente

Méd. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
 Secretario

M en C. Genaro Vega Malagon
 Vocal

M. en E. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
 Suplente

Dr. Nicolás Camacho Calderón
 Suplente

Méd. Esp. Javier Ávila Morales
 Director de la Facultad de Medicina

Firma
 Firma
 Firma
 Firma

Dr. Inneo Torres Pacheco
 Director de Investigación y
 Posgrado

Centro Universitario
 Querétaro, Qro.
 Enero, 2013
 México.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la correlación entre la empatía percibida por el médico y la percibida por el derechohabiente en primer nivel de atención. Material y métodos: Se realizó un estudio correlacional en médicos familiares y derechohabientes de la UMF 16, IMSS, Querétaro en el 2011. Muestra de 54. Muestreo probabilístico aleatorio simple. Variables de estudio: sociodemográficas. De empatía con el instrumento de Jefferson que evalúa las dimensiones de perspectiva del médico y del paciente, atención por compasión y la habilidad para ponerse en los zapatos del otro. Previo consentimiento informado y firmado del médico y del paciente. Análisis con la prueba de Pearson unilateral con nivel de confianza del 95%. De los resultados: promedio de edad de los médicos de 38 ± 8.9 años y pacientes de $60 \text{ años} \pm 15.9$, ambos con predominio del sexo femenino en 74.5% y 60% respectivamente. La comorbilidad en los pacientes fue la HTA en 47.1%. Se obtuvo una correlación de 0.234, $p=0.04$ entre la empatía percibida por el médico y el paciente. En las dimensiones de toma de perspectiva entre el médico y el paciente con $r=0.1$. En la atención por compasión de 0.12 y en la habilidad para ponerse los zapatos de 0.25 ($p=0.03$). No hubo correlación entre la percepción de empatía del médico con respecto a su edad, a diferencia de la empatía del paciente con respecto a su edad una $r=0.22$ ($p=0.05$). Se concluye que existe una relación directamente proporcional entre la empatía del médico y del paciente.

(Palabras claves: Empatía, escala de Jefferson, relación médico-paciente, calidad de la atención médica).

SUMMARY

Objetivo: To determine the correlation between the empathy perceived by the physician and that perceived by the patient at the first level of attention. **Material and methods:** A correlational study was carried out among family doctors and patients at the #16 UMF (from its initials in Spanish), IMSS (from its initials in Spanish), Queretaro in 2011. Sampling of 54. Simple probabilistic aleatory sampling. **Study variables:** socio-demographic. Regarding empathy, the Jefferson instrument which evaluates the dimensions of the physician's and patient's perspective, attention based on compassion and the ability to put oneself in the other's shoes was used. Previous informed and signed consent of the physician and patient. Analysis with the unilateral Pearson test with a confidence level of 95%. From the results: average age of physicians 38 ± 8.9 ; patients 60 ± 15.9 , both predominantly female 74.5% and 60%, respectively. HAS was the co-morbidity in patients at 47.1%. A correlation of 0.234, $p=0.04$ was obtained between the empathy perceived by the doctor and the patient. Regarding the dimensions of perspective between the doctor and the patient, with $r=0.1$. Attention based on compassion, 0.12 and the ability to put oneself in the other's shoes, 0.25 ($p=0.03$). There was no correlation between the doctor's perception of empathy regarding his/her age. There was, however, a correlation of the patient's empathy related to his/her age with $r=0.22$ ($p=0.05$). It was concluded that there is a relationship which is directly proportional between the empathy of the physician and that of the patient.

Key words: (Empathy, Jefferson scale, doctor-patient relationship, quality of medical attention)

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mi hija Regina a la que he dedicado poco tiempo para estar con ella, jugar y darle mi amor, a cambio de alcanzar mi meta, a mi persona por permitirme llegar a este punto de mi vida en el que me siento pleno y satisfecho, a mi Madre por haberme dado la vida y enseñarme la constancia del trabajo y el perseguir mis sueños donde va mi corazón, a mi Padre por enseñarme la constancia, la disciplina, el trabajo y la libertad como instrumentos de vida, a mis Hermanos por permitirme cuidarlos y guiarlos por los caminos en los que van, a mis compañeros de trabajo y profesión con los que he caminado junto a ellos y aprendido los valores del compromiso con mis Pacientes y la oportunidad de ser mejor cada día, a todas las personas hermosas que se han cruzado por mi vida, porque gracias a Ustedes ¡soy!, en estos momentos, a mis Maestros que con paciencia, diligencia, amor y cuidado han sabido llevarme a este rumbo por el que voy, al gran poder de todo el universo que me ha puesto en este momento, en este lugar para cumplir con la misión de vida que me encomienda, que me reconforta y cuida en donde quiera que vaya y por último a mi sociedad, la cual amo, y deseo, que con trabajo, disciplina, cariño y amor, un día sea el mejor lugar para vivir la vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser una de las instituciones más humanas del mundo, porque reconforta, brinda servicio y da a manos llenas a trabajadores y enfermos.

A los Médicos adscritos, que con su enseñanza, me han permitido ser un médico integro.

A la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez, que con su paciencia, amor y sabiduría, ha sabido guiarme para obtener mis metas.

A la Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal, por brindarme siempre su atención y apoyo desinteresado.

Al Dr. Jorge Velázquez Tlapanco, por tener la sabiduría para enseñarme a ver en la medicina familiar, un verdadero reto y compromiso por los más necesitados.

Al doctor Nicolas Camacho Calderón que con sus aportaciones, enriqueció el presente estudio.

A los Médicos participantes en la investigación, por ver en este estudio una posibilidad para poder mejorar la atención de nuestros pacientes.

Y a los pacientes, que con sus comentarios y manifestaciones de apoyo, me dieron alegría y fuerza para realizarlo con felicidad.

ÍNDICE

| Contenido | Página |
|-----------------------------------|--------|
| Resumen | i |
| Summary | i |
| Dedicatorias | ii |
| Agradecimientos | iii |
| Índice | iv |
| Índice de cuadros | v |
| Índice de figuras | Vi |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 4 |
| III METODOLOGÍA | 10 |
| III.1. Diseño de la Investigación | 10 |
| III.2. Análisis estadístico | 12 |
| III.3. Aspectos éticos | 12 |
| IV. RESULTADOS | 14 |
| V. DISCUSIÓN | 26 |
| LITERATURA CITADA | 35 |
| APENDICE | 39 |

ÍNDICE DE CUADROS

| Cuadro | Página |
|---|--------|
| 4.1 Frecuencia según el sexo de médicos tratantes y pacientes | 16 |
| 4.2 Mínimo, máximo, media y DS de la edad de médicos y pacientes | 17 |
| 4.3 Frecuencia según la comorbilidad de médicos tratantes | 18 |
| 4.4 Frecuencia según la comorbilidad de pacientes. | 19 |
| 4.5 Evaluación mínima, máxima, media y desviación típica. | 20 |
| 4.6 Correlación entre la empatía del médico y del paciente | 21 |
| 4.7 Dimensiones del médico y el paciente. | 22 |
| 4.8 Correlación de las dimensiones de los médicos y los pacientes. | 23 |
| 4.9 Correlación de la empatía respecto a la edad del médico y del paciente. | 24 |
| 4.10 Correlación de la empatía respecto al turno y horario de consulta | 25 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| Figura | Página |
|--|--------|
| 4.1 Frecuencia según el sexo de médicos tratantes y pacientes | 26 |
| 4.2 Mínimo, máximo, media y DS de la edad de médicos y pacientes | 27 |

I. I. INTRODUCCIÓN

En la consulta médica de primer nivel que se otorga en las unidades de medicina familiar, se desarrolla una relación de empatía, entre el médico tratante y el derechohabiente, la cual se sabe, participa en múltiples procesos relacionados con la salud del paciente, en términos de satisfacción o percepción del servicio prestado, como el trato que le dan y el respeto que le tienen, tales preceptos se encuentran documentados en una encuesta realizada en la delegación IMSS Querétaro, en la que la satisfacción del paciente comparada con otras delegaciones del país fue del 82%, cifra que la ubica en el lugar 14 de 36 pero eso no es todo, también reportó la percepción en el servicio de salud en que el 57% de los derechohabientes, iría a consulta a cualquiera de los servicios del IMSS, ya sea su Unidad Médica Familiar, Atención Médica Continua o Urgencias, ante una enfermedad considerada no grave y resalta que el 82% de los pacientes reporta que es indispensable que el médico lo trate con respeto y le inspire confianza. (IMSS, 2009).

Asimismo se reportó que la población tenía una percepción de mala calidad interpersonal en los servicios de salud, fundamentada en que los entrevistados señalaron que los servicios de salud en sus unidades médicas se habían deteriorado en comparación con los que tenían en 1994. En esa misma encuesta, los derechohabientes calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios de las “escuelas públicas”, “agua y drenaje”, “teléfonos” y “transporte público” y sólo por arriba del servicio de la “policía”. Además, cuatro de cada 10 derechohabientes pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud en las diversas instituciones públicas (SSA, 2001). De hecho, uno de los motivos de queja más frecuente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico fue la falta de información del médico al paciente. (Peña-Viveros, 2004)

Se tiene claro que en la actualidad ante la carencia de empatía por parte del médico durante la consulta, el derechohabiente experimenta entre otras

situaciones la falta de interés por su paciente, lo que determina que él, o ella, se comprometa poco con su padecimiento, motivado por una percepción errónea de que su salud no tiene importancia, por tal motivo, los profesionales sanitarios deben recibir una formación específica sobre la relación interpersonal sobre la manera de comunicarse con los pacientes que van a tratar (Stein, 2004). Por ello, es imprescindible incorporar en la formación de los profesionales que se dedican al área de salud, una currícula de calidad y seguridad en el paciente tal como lo promueve el Sistema Integral de Calidad en su línea de acción práctica 3.9 (Diario Oficial de la Federación, 2011)

Por lo cual, ante la cada vez mayor demanda de consulta (ENSANUT, 2012) la falta de apego al tratamiento (Palop, 2004) la comunicación errónea entre Médico–Enfermo, es indispensable vislumbrar las causas que proporcionan efectos nocivos dentro de la relación, (Aguirre-Gas y Vázquez-Estupiñán, 2006) en la que se encuentra la empatía como factor principal para alcanzar una mejora en la atención médica.

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre la empatía percibida por el médico y la percibida por el derechohabiente en consulta externa de primer nivel de atención.

I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de médicos familiares y pacientes (edad, sexo y comorbilidad).
2. Determinar la empatía percibida por el médico familiar.
3. Determinar la empatía percibida por el paciente atendido por su médico familiar.
4. Determinar la correlación entre la empatía percibida por el paciente y el médico.

II. REVISION DE LA LITERATURA

El hombre es un ser social (Aristóteles, 330 ac) por lo que no puede aislarse de su entorno y cada uno juega un papel dentro de la propia sociedad. Al ser un elemento fundamental el que el hombre se relaciona con otros hombres, existen múltiples formas de relacionarse entre si, y dentro de las distintas formas existe una, que interesa al presente estudio, la cual es conocida como la relación médico – paciente, dentro de la cual, interaccionan múltiples factores que afectan de distintas maneras dicha relación la cual se confirma, “que es un proceso de comunicación, en una relación sujeto-sujeto, donde el emisor (el médico) envía un mensaje al receptor (el enfermo y su familia) y este último responde al primero, en un proceso de retroalimentación. Si el médico es el único que habla, o el que predomina enviando mensajes no hay comunicación efectiva, o ésta es deficiente. Para que ocurra una verdadera comunicación, el médico, encauzador de la misma, debe codificar el mensaje, de manera que el paciente pueda decodificarlo; para ello la información que se emita, debe tener en cuenta las características del enfermo, sus expectativas, conflictos, preocupaciones, objetivos, posición, circunstancias en que se encuentra, percepción de su enfermedad, y como se relaciona con ella, entre otras. De no ocurrir así, habría ruidos de comunicación, generadores de iatrogenia” (Rodríguez , 2008).

La mayoría de los autores coinciden que en más del 90% de cualquier queja o demanda se origina en una relación médico-paciente inadecuada o maltratante, dando lugar a un resultado clínico interpretado como desinterés, falla o error, o incapacidad del profesional médico. Dichas demandas están relacionadas con la mejora en la comunicación del médico al paciente y muchas de ellas se generan por la falta de empatía médica. En un estudio llamado, “La demanda como efecto de la mala comunicación médico-paciente” (Tena, 2002), señala que los pacientes generalmente esperan ser escuchados, ser comprendidos, sentir que su médico se preocupa por ellos, que se les atine el diagnóstico, que el tratamiento sea efectivo; y ser tratados correctamente. Es decir, ser empáticos con las expectativas de los pacientes.

Dentro de este contexto de comunicación entre médico y paciente, se encuentra a la empatía, que se define como “un proceso de afinidad entre objeto y sujeto, donde este se reconoce a sí mismo y se solidariza con él, en un proceso que permite al sujeto hallar un conocimiento de sí mismo que hasta ese momento ignoraba”; en donde se puede conceptualizar a la empatía, como “una participación interior de las vivencias ajenas”. Y más aún, al profundizar, se encuentra que existe empatía positiva y negativa, además que esta, se subdivide en 6 categorías, en las que el ser humano no sólo puede empatizar con otros seres humanos, sino que también con su entorno social y material, como por ejemplo con una ciudad, un país, un animal o una planta (Lipps, 1923). Sin embargo, para los fines de este estudio, nos centraremos únicamente en la empatía entre seres humanos y de tipo positiva que de acuerdo con Lipps, es una sensación de confianza y bienestar al mismo tiempo que la afinidad entre objeto y sujeto se reconoce a sí mismo.

También existe la propuesta en la que se plantea que la empatía es: “la capacidad de percibir el mundo interior de la otra persona, integrado por significados personales y privados”, por lo cual, una deficiente relación de empatía, ya sea del médico o del paciente, dañara esta “capacidad” de la que habla dicho autor, y todo, en perjuicio del estado de salud del propio enfermo. (Rogers, 1993) fue el primero en enfatizar que el entendimiento empático, junto a la coherencia y aceptación incondicional del paciente que son requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado en una relación terapéutica. El entendía por comprensión empática: "La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos".

Al explorar la causa de las deficiencias empáticas en el actuar médico encontró, que dicha empatía, es una acción que en la práctica médica. Es poco estudiado, tanto en universidades en donde aprendemos las condiciones básicas de la medicina y posteriormente es desdeñado en el actuar médico en las distintas organizaciones e instituciones del país, observando incluso que durante el proceso

de la formación de estudiantes de medicina, la empatía disminuye conforme el alumno avanza en la carrera, al igual que pasa con médicos residentes en formación. (Neumann, 2011) Es por eso, que en la Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina (Association of American Medical Colleges) se ha manifestado que las escuelas de medicina deben formar médicos altruistas, compasivos y empáticos con los pacientes, de igual modo en el Colegio Estadounidense de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine) ha recomendado que los atributos humanísticos, como la empatía, estén incorporados entre las habilidades de los médicos residentes.

Otro autor incorpora a la empatía a la práctica médica al argumentar que la empatía, “Es la captación de las vivencias ajenas, la percepción y la interiorización de las vivencias del otro”. Y profundiza al incorporar características esenciales para la buena práctica médica, tales como:

1.- Simpatía vital y optimismo natural.

2.- Capacidad de observación y sensibilidad para la coejecución de la vida anímica ajena: Dotado de sutilezas para penetrar en el alma de los demás.

3.- Buena disposición por la práctica de lo lícito y lo beneficioso.

Esto último resumido por la existencia de una personalidad médica con tres rasgos principales: Temperamental, mental y ético, se refiere a la relación médico-paciente, como: “El don de la empatía del médico cultivada por un largo ejercicio” (Stein, 2004).

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud (1912) la definió como el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental, en tanto Fenichel la divide en 2 actos: una identificación con la otra persona y, posteriormente, la conciencia de los propios sentimientos después de la identificación, que conduce a la conciencia de los sentimientos del objeto.

En forma particular, en una línea parecida, se cita que Balint intentó capacitar a los médicos para reconocer y comprender las dolencias de los enfermos, no solo en función de los conflictos y problemas personales, sino para utilizarlos con fines terapéuticos; es decir, que pretendía diseñar un sistema que permitiese al médico ofrecer ayuda psicoterapéutica a sus pacientes sin interrumpir la consulta médica. Esta técnica, la denominó “*flash o destello*”, que consistía en que el profesional, además de resolver los problemas médicos del enfermo, intentaba sintonizar con él para lograr un destello de comprensión de su situación global; lamentablemente, esta nueva vía fue interpretada como la empatía, siendo que son situaciones diferentes, y esta nueva modalidad desapareció cuando Balint murió (García-Campayo et al., 1996).

Actualmente, la empatía es catalogada como una cualidad indispensable para lograr una adecuada comunicación con el paciente, tanto por parte de los médicos como psicoterapeutas; aunque también se ha investigado cómo identifica el paciente la empatía del galeno o entrevistador. Se considera empático al profesional que posee una elevada productividad y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer concentrado ante los mensajes del paciente; por el contrario, se estima que carece de esta virtud el facultativo que abusa del silencio, interrumpe las intervenciones de los enfermos o prolonga demasiado sus respuestas. Conviene señalar que la empatía debe ser demostrada también con lenguaje no verbal: por muy atentamente que se escuche al paciente, si no se utilizan gestos corporales de apoyo (asentir, emitir sonidos guturales como mm-hh, etc.), en donde el afectado se siente incomprendido. (Mayor, 2002).

Cuando se habla de expresividad por parte del médico, se hace referencia a la habilidad de sintonizar con el paciente mediante la técnica de rapport, utilizada en Programación Neurolingüística (PNL, 2012) y que tiene como objetivo reflejar e igualar la conducta del otro, posteriormente se necesita comprobar si ya se estableció y entonces se procede a guiar. Para establecer rapport se debe prestar atención al paciente en sus conductas corporal, tonal y la

estructura verbal, una vez identificado estos elementos se procede a copiar o reflejar las conductas, además de que se deben de tomar en cuenta los aspectos étnicos y culturales durante la entrevista medica, todo englobado dentro de la evaluación multiaxial. (DSM IV TR, 1995)

Si el médico habla más que el paciente y realiza un interrogatorio dirigido con preguntas cerradas, el interrogado suele limitarse a responder sí o no; de ahí que la entrevista posea un bajo contenido terapéutico, la información para el diagnóstico sea incompleta, dejen de abordarse problemas activos y al final se cometan errores de diversa índole. Los enfermos evalúan las habilidades interpersonales de quienes les asisten, desean explicaciones claras sobre sus males, esperan encontrar paciencia, cortesía y privacidad por parte del personal de salud y confían en recibir ayuda médica, psicológica y social. (Moreno, 1998)

Cuando se evalúa la calidad de los servicios de salud, los profesionales de la salud, en especial los médicos, tienden a dar mayor peso a las características que corresponden a la estructura y a la dimensión técnica. En cambio, los usuarios prestan mayor atención a las características propias del proceso y de la dimensión interpersonal. Lo anterior tiene sentido debido a que el conocimiento especializado que se requiere para emitir un juicio técnico no está necesariamente al alcance de la mayoría de la población que acude a recibir atención médica (aunque esto ha estado cambiando debido a la enorme difusión que en la actualidad se hace de temas médicos en los medios y, en particular, a la disponibilidad de información en internet), todo lo anterior resumido en los retos de la Cruzada Nacional por la Calidad, en donde engloba como retos a la variabilidad del nivel de calidad técnica, una percepción de mala calidad por parte de los usuarios, una heterogeneidad de calidad de acuerdo a las diferentes regiones geográficas y una información deficiente y poco confiable (Programa Nacional de Salud 2001-2006) Además, el estado de ánimo con que los usuarios acuden hace que éstos sean más sensibles al trato que reciben por parte del personal de las unidades médicas durante la atención. (Ramírez-Sánchez, 1998).

Ante la cada vez mayor demanda de consulta, (ENSANUT, 2012) la falta de apego al tratamiento, (Palop, 2004) la comunicación errónea entre Médico–Enfermo, un nivel importante de práctica de medicina defensiva, (Chavarria-Islas y González-Rodríguez, 2008), el desconocimiento del tema de la empatía en la atención médica (Mayor, 2002), es indispensable vislumbrar las causas que proporcionan efectos nocivos dentro de la relación (Aguirre-Gas y Vázquez-Estupiñán, 2006) en la que se encuentra la empatía, como factor principal para alcanzar una mejora en la atención médica.

Se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar de manera cuantitativa a la empatía, tanto por parte del médico, como del paciente; el primero de auto-evaluación por medio de la escala de Jefferson modificada (ver anexo 1) y validada para alumnos de medicina, en México en el año 2005, diseñada para medir las actitudes de estudiantes de medicina, cuenta con 20 reactivos tipo Likert que va desde totalmente de acuerdo a totalmente desacuerdo, tiene una consistencia interna de 0.74, y un alfa de Cronbach de 0.79. Tiene tres dimensiones: 1. “toma de perspectiva “ que corresponde a los items que van del 1 al 10, y está relacionada con: a) La comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, b) comprensión de los sentimientos de los familiares del paciente como medio para establecer buenas relaciones c) atender al paciente desde su perspectiva, d) mantener un buen sentido del humor, d) valorar el lenguaje verbal y no verbal del paciente y e) considerar a la empatía como una habilidad médica y como una estrategia terapéutica en sí misma 2. “La atención por compasión” que corresponde a los items que va del 11 al 17 y esta relacionada con : a) poner atención a las experiencias personales de los pacientes como elementos importantes en la efectividad del tratamiento b) conocer que es lo que pasa en la vida del paciente para conocer su relación con su dolencia física c) entender que su formación como profesional debe ser integral y d) poner atención a los sentimientos del paciente en la entrevista médica. Finalmente 3. “La habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” que corresponde a los items 18, 19 y

20, que contempla: a) el comprender la importancia en la clínica en las interrelaciones sentimentales del paciente con sus familias son importantes en la clínica médica b) ver las cosas desde el contexto de paciente y c) debe ser comprensivo con su paciente a pesar de ser distinto a él (Sánchez, 2009).

El segundo instrumento aplicado fue la escala de Jefferson para pacientes (ver anexo 2), esta fue modificada aumentando de 9 a 14 ítems, además la escala inicial de 5 se aumentó a 7 que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo (1-7) fue valorada por tres expertos. Las tres dimensiones fueron 1. "toma de perspectiva" correspondió a los ítems 1, 2, 6, 7, 8, y 9, mientras que 2. "atención por compasión" correspondió a los ítems 3, 4, 5, 10 y 11, y las preguntas relacionadas con "la habilidad para ponerse en los zapatos del paciente" fueron la 13, 14, se realizó una prueba piloto y se obtuvo una confiabilidad de 0.9 de alfa de Cronbach.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

III.1 Diseño de investigación

Se realizó un estudio de tipo correlacional en Médicos y pacientes, evaluando mediante el instrumento de Jefferson la empatía que el médico percibe hacia sí mismo durante la consulta que realiza en diferentes tiempos de su jornada laboral, y por el otro lado, la aplicación del instrumento de Jefferson modificado para pacientes, en el que el derechohabiente evalúa la empatía que el médico tuvo durante dicha consulta. Esta investigación se realizó en la unidad de Medicina Familiar No. 16 Querétaro, en los 16 consultorios del turno matutino y vespertino, del 1 de Octubre de 2011, al 10 de Febrero de 2012.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de correlación, en la que se obtuvieron los siguientes datos:

Fórmula de correlación:

$$n = \frac{3 + K}{C^2}$$

Despejando:

$$K = (z\alpha + z\beta)^2$$

$$C = \left(0.5 \ln \frac{1+r}{1-r} \right)^2$$

$$\alpha = 95 \% \text{ ----- } z = 1.96$$

$$\beta = 80 \% \text{ ----- } z = 0.84$$

$$r = 0.4$$

$$n = 3 + 46.11$$

$$\underline{n = 49.11}$$

Se realizó muestreo de forma probabilística aleatoria simple. Mediante una tómbola se seleccionaron al azar de los 16 consultorios de Medicina Familiar, de ambos turnos y de forma proporcional de seis horarios que se establecieron en la investigación, para definir inicio de consulta, mitad de la consulta y final de la consulta (de 8:00 a 10:00, 10:00 a 12:00 y de 12 a 14 horas, para el turno matutino y de 14:00 a 15:59, 16:00 a 17:59 y de 18:00 a 20 horas para el turno vespertino).

Se incluyeron pacientes entre 14 y 82 años de edad. Se excluyeron pacientes con tratamiento psiquiátrico o con afectación de sus funciones mentales superiores, y se eliminaron los instrumentos cuando no estaban contestados de forma conjunta por el médico y paciente.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición.

Se estudiaron las variables sociodemográficas de médicos familiares y pacientes (edad y sexo), comorbilidad, empatía percibida por el médico y la empatía percibida por el paciente.

En relación a la empatía percibida por el médico, se utilizó la escala médica de empatía de Jefferson, con una confiabilidad de Cronbach de 0.79 y una consistencia interna de 0.74. Este instrumento se desarrolló con una escala tipo Likert tiene 20 ítem. Cada ítem puede ser contestado con un puntaje que va de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo), al término se obtiene la sumatoria global.

Para recolectar la información, el investigador estaba fuera del consultorio médico. Al término de la consulta, el investigador ingresaba e invitaba a participar al médico al estudio, y en caso de aceptar, se le solicitó firma del consentimiento informado.

En relación a la empatía percibida por el paciente, se midió con la escala de percepción de empatía médica de Jefferson que es un instrumento de

evaluación de actitudes de empatía de comunicación del médico aplicado al paciente.

Este instrumento evalúa la empatía que el paciente percibe sobre el médico tratante, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.9 medido por una escala tipo Likert con 14 ítems, con una puntuación de 1 a 7, entre mayor puntaje, mayor satisfacción en la atención médica. Para recolectar la información el investigador esperaba afuera del consultorio, al salir el paciente, se le invitaba a participar en el estudio previo consentimiento informado y firmado.

III.3 Análisis estadístico

Se analizó con estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central: promedios, desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas. La correlación se midió por la prueba de Spearman con un nivel de confianza del 95% de una cola. Éste se realizó con apoyo del programa SPSS V18 para Windows. Los resultados se presentan en cuadros.

III.4 Consideraciones éticas

Para este estudio se consideraron los aspectos señalados en la Ley General de salud en relación con los estudios de investigación en seres humanos, así como lo contemplado en la Declaración de Helsinki y de Tokio con su última revisión en Seul. Este proyecto de estudio fue aprobado por un Comité Local de Investigación en Salud de la unidad médica. Se les dio a los médicos un consentimiento informado, en el cual se les invitaba a participar el cual era para fines académicos y científicos exclusivamente, sin fines de coacción, al igual que a los pacientes. Es importante señalar, que si el paciente no sabía leer o escribir, el consentimiento informado tuvo la opción para validar la participación de dichos pacientes. De acuerdo a la declaración de Helsinki en la versión de 2008, el punto 4 establece que “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”, o el punto 5, en el que menciona que “el progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios

en seres humanos y que las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación” lo cual se representa en este estudio, y por ultimo como lo menciona el punto 1, en el que se estipula que “La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes”, determinando en esta investigación que se han tomado en cuenta todos y cada uno de los puntos mencionados en la declaración.

IV. RESULTADOS

Se aplicaron los instrumentos a 51 médicos de la UMF 16, Querétaro. La edad promedio de los médicos es de 38 ± 8.9 años, con un rango de 28 a 60 años (Cuadro IV.1). Hubo predominio del sexo femenino en el 74.5% (Cuadro IV.2).

Dentro del estado de salud del médico, se observó que el 72.5% de ellos fueron sanos. (Cuadro IV.3)

En relación a los 51 pacientes encuestados, hubo predominancia del sexo femenino en un 74.5% (Cuadro IV.1), con edad promedio de 60 ± 15.9 años, y con un rango de 14 a 86 años. (Cuadro IV.2)

La patología mas frecuentemente referida por los pacientes fue la hipertensión arterial sistémica (47.1%), seguida de la DM2 con un 27.4%(cuadro IV.4)

Dentro de la percepción de la empatía encontrada por el médico, se observó una puntuación promedio de 5.96 ± 0.65 , mientras que la empatía que percibió el paciente hacia su médico la puntuación obtenida promedio fue de 6.49 ± 0.83 ($p = 0.078$) (cuadro IV.5)

La empatía percibida por el médico y la percibida por el paciente se obtuvo una correlación de 0.234, ($p= 0.049$), situación semejante al aplicar el análisis del puntaje total, con el mismo resultado (Cuadro IV.6) (Figura IV.1)

Cuando se evaluó a los instrumentos por dimensiones, se obtuvo que el porcentaje mas bajo en el médico fue la toma de perspectiva, con una media de 5.71, mientras que en el paciente, el puntaje mas bajo lo obtuvo la dimensión atención por compasión, con un puntaje de 6.38 (Cuadro IV.7)

Al realizar el análisis de correlación las 3 dimensiones de la empatía en el médico y en el paciente, se observó que al analizar la toma de perspectiva del médico y la del paciente, se obtuvo una r de 0.17 ($p= 0.10$); cuando se analizó la

atención por compasión se obtuvo una correlación de 0.12, ($p= 0.18$). Se analizó “*la habilidad para ponerse en los zapatos del paciente*”, con una correlación de 0.25 ($p=0.03$) (Cuadro IV.8), (Figura IV.2)

En el análisis de correlación entre la edad del médico con respecto a la empatía del médico y del paciente, se obtuvo que la empatía del médico tuvo un valor de 0.10 ($p= 0.22$) y entre el paciente con respecto a su edad, fue de 0.22 ($p=0.05$) (Cuadro IV.9)

En relación con la empatía y el turno (matutino o vespertino) en que fue atendido el paciente, se obtuvo una $r= 0.029$ ($p=0.41$) (Cuadro IV.10)

Otro dato fue la empatía que tiene el médico en los diferentes horarios en los que atiende a un paciente; no hubo diferencia significativa entre los distintos horarios de turno, ya sea al inicio, a la mitad o al final de la jornada laboral con una $r =$ de 0.17 ($p= 0.10$) (Cuadro IV.11)

Cuadro IV.1 Frecuencia según el sexo de médicos tratantes y derechohabientes.

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje | Intervalo de confianza al 95% | |
|------------------|------------|------------|-------------------------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Médicos | | | | |
| Masculino | 13 | 25.5 | 15.1 | 34.9 |
| Femenino | 38 | 74.5 | 63.9 | 84.1 |
| Total | 51 | 100 | | |
| Pacientes | | | | |
| Masculino | 13 | 25.5 | 15.1 | 34.9 |
| Femenino | 38 | 74.5 | 63.9 | 84.1 |
| Total | 51 | 100 | | |

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.2 Distribución de la edad de los médicos y derechohabientes.

| Edad (años) | n | Mínimo | Máximo | Media | DS±* |
|----------------|-----|--------|--------|-------|------|
| Médicos | 51 | 28 | 60 | 38.7 | 8.9 |
| Pacientes | 51 | 14 | 86 | 60.1 | 15.9 |
| Total | 102 | | | | |

*DS±= Desviación estándar

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.3 Frecuencia según la comorbilidad de médicos tratantes.

| Comorbilidad | Frecuencia | Porcentaje | Intervalo de Confianza al 95% Inferior | Superior |
|-----------------------|------------|------------|--|----------|
| Hipertensión arterial | 1 | 2 | 10.8 | 29.2 |
| Otras* | 13 | 25.5 | 15.1 | 34.9 |
| Ninguna | 37 | 72.5 | 61.7 | 82.3 |
| Total | 51 | 100 | | |

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.4 Frecuencia de la entidad clínica como comorbilidad referida por los derechohabientes.

| Entidad clínica. | Frecuencia | Porcentaje | Intervalo de confianza al 95% | |
|-------------------------|------------|------------|-------------------------------|--------|
| | | | Mínimo | Máximo |
| DM2 | 14 | 27.4 | 16.8 | 37.2 |
| Hipertensión arterial | 24 | 47.1 | 35.5 | 58.5 |
| Dislipidemia | 1 | 2.0 | 10.8 | 29.2 |
| Otras | 12 | 23.5 | 13.3 | 32.7 |
| Total | 51 | 100 | | |

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.5 Valores de la empatía del médico y derechohabiente expresados como mínimo, máximo, media y desviación típica.

| Empatia | Evaluación mínima | Evaluación máxima | Media | **p= 0.078 |
|--------------|-------------------|-------------------|-------|------------|
| | | | | DS±* |
| Del médico | 4.3 | 7 | 5.96 | 0.65 |
| Del paciente | 2.2 | 7 | 6.49 | 0.83 |

*Desviación estándar.

** Prueba de t de Student, Significativo con $p < 0.05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.6 Correlación entre la empatía del médico y del paciente.

| | Correlación por promedio | p | Correlación por puntaje total | p |
|------------------------------------|--------------------------|-------|-------------------------------|--------|
| Empatía del médico con el paciente | 0.234 | 0.049 | 0.234 | *0.049 |

Prueba de Pearson (unilateral), con un nivel de confianza del 95%.

* Correlación significativa con $p < 0.05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.7 Dimensiones del médico y el paciente.

| Dimensiones del médico y el paciente. | Mínimo | Máximo | Media | DS± |
|--|--------|--------|-------|------|
| Toma de perspectiva | | | | |
| Médico | 4.30 | 7.00 | 5.71 | 0.90 |
| Paciente | 1.50 | 7.00 | 6.61 | 0.90 |
| Atención por compasión. | | | | |
| Médico | 4.00 | 7.00 | 6.13 | 0.79 |
| Paciente | 2.40 | 7.00 | 6.38 | 0.86 |
| Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente | | | | |
| Médico | 4.00 | 7.00 | 6.08 | 0.81 |
| Paciente | 3.00 | 7.00 | 6.50 | 0.88 |

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.8 Correlación de las dimensiones de los médicos y los pacientes.

| Dimensiones. | Correlación | P |
|---|-------------|-------|
| Toma de perspectiva | 0.17 | 0.10 |
| Atención por compasión | 0.12 | 0.18 |
| Habilidad para ponerse en los zapatos del otro. | 0.25 | *0.03 |

Prueba de Pearson (unilateral), con un nivel de confianza del 95%.

* Correlación significativa con $p < 0.05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.9 Correlación de la empatía respecto a la edad del médico y del paciente.

| Empatía – Edad | Correlación | p |
|----------------|-------------|-------|
| Médico | 0.10 | 0.22 |
| Paciente | 0.22 | *0.05 |

Prueba de Pearson (unilateral), con un nivel de confianza del 95%.

* Correlación significativa con $p < 0.05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Cuadro IV.10 Correlación de la empatía respecto al turno y horario de consulta.

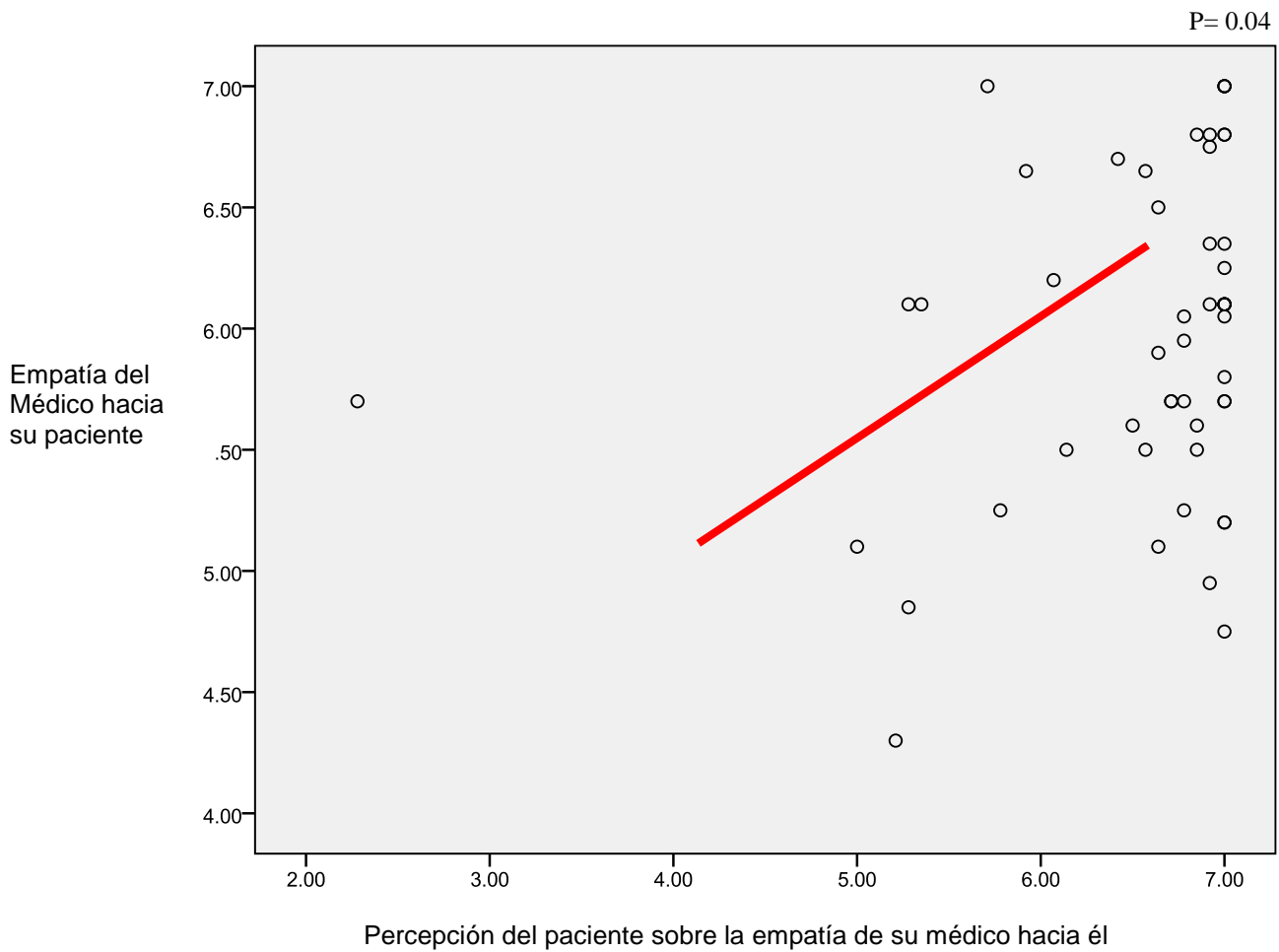
| Empatía | Correlación matutino- Vespertino | Valor de p |
|---------|----------------------------------|------------|
| Médico | 0.029 | 0.41 |
| Médico | 0.17 | 0.10 |

Prueba de Pearson (unilateral), con un nivel de confianza del 95%.

* Correlación significativa con $p < 0.05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

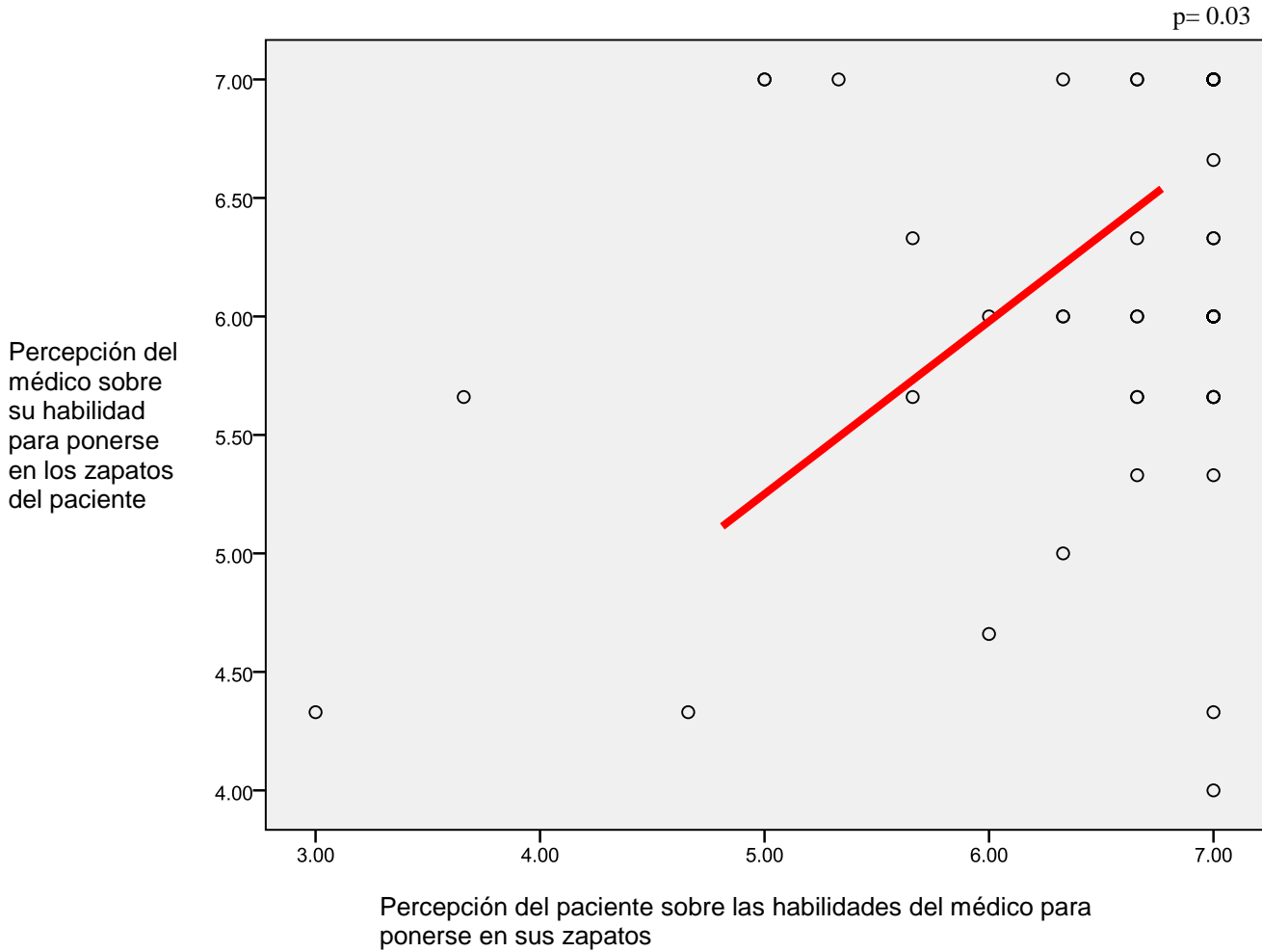
Figura IV.1 Correlación de la empatía percibida por el médico y la percibida por el paciente en primer nivel de atención.



$r= 0.234$

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

Figura IV.2 Correlación de la habilidad para ponerse en lo zapatos del paciente, percibida por el medico y la percibida por el paciente, en primer nivel de atención.



r= 0.25

Fuente: Hoja de recolección de datos de la UMF 16, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de octubre del 2011 a febrero del 2012.

V. DISCUSIÓN

La empatía de acuerdo con Rogers (1993), es la capacidad de percibir el mundo interior de la otra persona, integrado por significados personales y privados. Stein (2004), plantea que la empatía es la captación de las vivencias ajenas, la percepción y la interiorización de las vivencias del otro y Lipps (1923), conceptualiza a la empatía, como “una participación interior de las vivencias ajenas”.

Dentro de la atención de primer nivel se encuentra a la empatía como parte de la relación médico-paciente (González y León, 2009; Gutiérrez-Meléndez, 2007) condición poco estudiada. En los resultados hasta ahora obtenidos, los autores reportan beneficios importantes para sus pacientes, sobre todo para enfermos con diabetes mellitus; es por eso, que para continuar vislumbrando los aspectos de la relación médico – paciente, se precisó, la relación que existe entre el grado de empatía que guarda el médico dentro de su consultorio, y como respuesta causa – efecto, la manifestación del paciente, en la que se tienen los siguientes datos de relevancia científica.

Al valorar los datos sociodemográficos, se encontró que los médicos familiares en su mayoría, son del género femenino, a diferencia de otro estudio donde estudiantes de medicina contestaron la escala de Jefferson, para validarla en médicos Mexicanos, donde casi la mitad eran mujeres (Alcorta-Garza, 2005), diferencia debida quizás a que se realizó en estudiantes de medicina; en otra investigación en donde médicos familiares trataron a un grupo de pacientes diabéticos, en el que la mayoría de médicos tratantes fueron mujeres (Hojat, 2011).

La edad media promedio de los médicos fue de 38 años, edad mayor que en el que aplicaron estudiantes de medicina con la misma escala con edad promedio de 21 ± 2.7 años, diferencia observada por que los estudiantes de medicina tienen menor edad que los médicos familiares en función, (Alcorta-Garza, 2005) condición similar se observó en otro estudio donde se tomaron a

médicos familiares Italianos, en donde se les aplicó este mismo instrumento para validarlo, tomando como edad promedio de 48.7 ± 8.08 años. (Di Lillo, 2009). La diferencia en las edades de los médicos, muestra que la escala se puede aplicar ya sea a estudiantes, o médicos familiares de diferentes países y diferentes edades, siendo una escala validada.

La mayoría de los médicos familiares valorados, fueron sanos, y en quienes se presentó morbilidad, la que predominó, fue la gastritis crónica, seguida del sobrepeso, después, la hipertensión arterial, asma, hipotiroidismo, crisis convulsivas y síndrome antifosfolípido incompleto, se reportó únicamente en una muestra cada uno, sin encontrar a este respecto, estudios con los cuales comparar dicho resultado, el cual se buscó, para apreciar si los médicos familiares con alguna morbilidad, pudieran ser menos empáticos que los sanos, pero no se observó asociación a este respecto.

En relación a los pacientes que evaluaron la empatía de los médicos por quienes fueron tratados se observó que predominó el sexo femenino, debido a que en la población mexicana, la mayor parte de personas que acuden a control de enfermedades crónicas, son mujeres, igual a lo encontrado en un estudio realizado en pacientes con DM2, donde la mayoría eran mujeres. (Hojat, 2011) situación debida también, a que la población que acude a control de enfermedades crónicas son mujeres. Otro estudio que evaluó la empatía del médico y la respuesta ante complicaciones agudas de enfermedades crónicas, la mitad fueron mujeres (Del Canale, 2012), condición debida tal vez, a que en este último estudio se evaluó a pacientes con enfermedades crónicas, pero con complicaciones agudas, observando una relación de género de 1:1.

La edad promedio de los pacientes tratados fue de 60 años casi igual que un estudio en pacientes crónicos (DM2) en el que la media en la edad fue de 56 años (Hojat, 2011) Característica determinada, por que la gran mayoría de pacientes con enfermedades crónicas, se encuentran después de la quinta década de la vida. (Outlook, 2009)

La patología más frecuentemente encontrada en los pacientes, fue la hipertensión arterial sistémica, seguida de la DM 2, a diferencia de otro estudio en donde se evaluaron complicaciones agudas de pacientes con diabetes tipo 1 y 2, estudiando el efecto que tiene el grado de empatía de sus médicos familiares, en el que el 61% de los pacientes, tuvo complicaciones agudas, pero no diferencia a los pacientes con alguna otra comorbilidad (Del Canale, 2012). Estas diferencias, se observan, por que este último estudio que evaluó únicamente a pacientes con DM2, y no se encontró dentro de la literatura disponible, estudios en donde se evaluara a pacientes con diferentes enfermedades crónicas.

Dentro de la percepción de la empatía encontrada por el médico, se observó una puntuación promedio de 5.96, mientras que la empatía que percibe el paciente hacia su médico, obtuvo una puntuación promedio de 6.49. La empatía percibida por el paciente fue mayor que la percibida por el médico, lo que hace pensar que este último, contestó el instrumento de Jefferson bajo presión al tener que contestarlo rápidamente, ya que lo realizó durante su jornada de trabajo, además de que el instrumento que contestó el médico tenía mayor grado de complejidad en su lectura ya que esta escala contiene la mitad preguntas negativas. Aunque es relevante mencionar que no hubo diferencia significativa.

Se observó una correlación del puntaje total de 0.234, con significancia estadística de 0.04. Hasta el momento no se han encontrado estudios en la literatura, que reporten resultados similares pero en un estudio realizado por Del Canale en el 2012 evaluó el grado de empatía del médico y la respuesta que tiene ante complicaciones agudas, y los valora por 3 grados de empatía: empatía baja 49-96, empatía moderada 97-111, y empatía alta 112-137. Los médicos familiares con empatía baja fueron 77, empatía moderada 84 y empatía alta 81 médicos.

Para poder analizar una relación de la empatía percibida por el médico y por el paciente de forma más precisa, se decidió evaluarla por dimensiones. Destaca que la dimensión que tuvo el porcentaje más bajo en el médico fue la toma de perspectiva, mientras que en el paciente, el puntaje más bajo lo obtuvo la

dimensión atención por compasión. Esto puede deberse a que son dos instrumentos diferentes, puesto que el cuestionario del médico, contiene un mayor número de preguntas en la toma de perspectiva (10 preguntas contra 6) y en atención por compasión. (7 preguntas contra 5)

Al correlacionar las 3 dimensiones de la empatía en el médico y en el paciente, se observó correlación positiva y significancia estadística en el análisis de la dimensión de "*Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente*", esto puede explicarse porque el número de ítems en esta dimensión son 3 para cada instrumento, no así con las otras dos dimensiones, en donde el número de ítems para cada instrumento son mayores en el instrumento que contesta el médico, a diferencia que el instrumento que contesta el paciente. No se encontró en la literatura disponible en las bases de datos mundiales, un reporte de algún estudio con resultados similares.

Al correlacionar la edad con la empatía, se observó que en el grupo de los pacientes entre mayor edad tenían mayor empatía percibían por parte del médico, esto puede deberse a que conocían al médico con mayor antelación, además de que la habilidad de la empatía en personas mayores se obtiene con el tiempo. Llama la atención que no hubo una correlación estadísticamente significativa entre la edad y la empatía percibida por el médico, es decir que no importa la edad que tenga el médico, pues la empatía del médico, se conserva sin modificación significativa, independientemente de la edad que tenga.

Es importante mencionar que cuando se analizó la relación entre la empatía médica, con respecto al turno (matutino o vespertino) y horario de trabajo (inicio, mitad y final de la jornada laboral), se obtuvo una correlación débil y no significativa, que demuestra que la empatía médica se mantiene independientemente del turno y horario en el que el médico preste su atención.

Al tener en cuenta esta información y los estudios científicos más actuales en los que se tiene a la empatía como un factor protector, sobre todo para mejorar el control de enfermedades crónicas como la DM2 la hipercolesterolemia o las complicaciones agudas de la DM2, es posible que el médico, mejore sus habilidades empáticas, lo cual aumentaría de manera directamente proporcional la empatía de los pacientes hacia él, y así, obtener respuesta positiva en la empatía del enfermo, lo cual repercutiría sobre un control adecuado de sus enfermedades crónicas o complicaciones agudas.

VI. CONCLUSIONES.

La empatía del médico es directamente proporcional a la empatía del paciente.

El género que predominó en los médicos y los pacientes fue el femenino.

La edad de los médicos fue en promedio 38 años.

La edad de los pacientes en promedio fue de 60 años.

La mayoría de los médicos tratantes, fueron sanos.

La puntuación de la empatía del médico percibida por su paciente es más alta que la percibida por él, aunque no existe diferencia estadística.

La edad del médico no modifica la empatía que tiene hacia sus pacientes, a diferencia de la edad del paciente, en el que se observó que entre mayor edad del paciente mayor empatía hacia su médico.

La dimensión "*habilidad para ponerse en los zapatos del paciente*" fue la única que presentó significancia estadística.

El turno y el horario en el que el médico presta su servicio, no modifica la empatía que tiene hacia sus pacientes.

VII. PROPUESTAS.

De acuerdo a los resultados que se desprenden del presente estudio, se puede considerar que la empatía del médico es directamente proporcional a la empatía que percibe su paciente, y tomando en cuenta los ensayos clínicos revisados, en donde los médicos que dan atención con mayor empatía mantienen mejores niveles de control en los pacientes crónicos, con hipercolesterolemia, o bien disminuye la incidencia de complicaciones agudas de la diabetes.

Se puede afirmar que la edad del médico, el turno en el que trabaja, y el horario en el que da la consulta, no son factores que influyan en un mejor puntaje de la empatía, como a primera vista podría pensarse, puesto que parece ser que la empatía que el médico presenta, la mantiene a pesar de condiciones laborales a lo largo del día, y que la edad tampoco influye a este respecto.

Estos resultados son relevantes ya que reflejan el status de la empatía que por las dimensiones evaluadas el de la "*habilidad para ponerse en los zapatos del paciente*", causa el mayor impacto en el momento de la consulta, puesto que los pacientes se sienten más empáticos cuando un médico tiene mayor habilidad para ponerse en sus zapatos, y el segundo resultado importante es que existe un área de oportunidad, en la dimensión de la "toma de perspectiva", en donde el puntaje obtenido fue el mas bajo.

En resumen, los puntos en los que se puede incidir son 2:

- 1.- La inclusión de la habilidad para ponerse en los zapatos del paciente.
- 2.- El mejoramiento del puntaje de la toma de perspectiva.

Se propone implementar una estrategia informativa con estos resultados en la comunidad médica en primer término.

Se demuestra que la empatía es una competencia que es susceptible a mejorar con técnicas didácticas que favorezcan estos aspectos por lo que se

propone realizar un curso – taller, en el que mediante una estrategia educativa, se enseñe al médico a ser empático con énfasis en las áreas de oportunidad.

También se propone que dentro de las instituciones educativas en pregrado y posgrado se incluyan dentro de su programa académico materias que favorezcan la empatía en los estudiantes.

Finalmente, es importante resaltar también, que se mencione dentro de la sesión académica, que un paciente, entre más edad tenga, distingue con mayor facilidad la empatía que el médico tiene hacia él, y por lo tanto se muestra más empático.

VIII. CITAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñán F. 2006. El error médico. Eventos adversos. *Cir Ciruj.* 74:495-503.
- Alcorta-Garza A, González-Guerrero J, Tavitas-Herrera S, Rodríguez-Lara F, Hojat M. 2005. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Mental.* 28: 5.
- Aristóteles. 330 ac. Política, libro primero. De la sociedad civil, de la esclavitud, de la propiedad, del poder domestico. Capitulo I Origen del Estado y de la sociedad.http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Aristoteles_LaPolitica/Aristoteles_LaPolitica_001.htm#C1. Consultado el 15 de Diciembre de 2012.
- Chavarria-Islas R, González-Rodríguez B. 2008. The defensive medicine in a Service of Urgencies of Adults. *Rev Conamed.*13(4):20-28.
- Declaración de Helsinki de la asociación medica mundial. 2008. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Adoptada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea.
- Del Canale S, Louis D, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. 2012. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Acad Med.* 87:1243–49.
- Delgado E. 2005. Aplicación de la escala Jefferson de empatía en médicos de diferentes contextos laborales. *Medico de familia.* 13 (2): 32-9.
- Diario Oficial de la Federación. 2011. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, para el ejercicio fiscal 2012. Quinta sección.

- Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. 2009. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians. *Acad Med.* 84:1198–1202.
- DSM IV TR. 1995. paginas 19 a 37 en Manual diagnostico y estadístico de los problemas mentales. 4a ed. Masson, Barcelona.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. Paginas 10 – 14 en Resultados nacionales. Síntesis ejecutiva. México.
- Feinstein A. 1970. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease.* 23 (7): 455-468.
- Freud S. 1912. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras completas volumen XII. [http://es.wikiversity.org/wiki/Sigmund Freud,%E2%80%9CConsejos al m%C3%A9dico sobre el tratamiento psicoanal%C3%ADtico%E2%80%9D](http://es.wikiversity.org/wiki/Sigmund_Freud,%E2%80%9CConsejos_al_m%C3%A9dico_sobre_el_tratamiento_psicoanal%C3%ADtico%E2%80%9D). Consultado el 15 de Diciembre de 2012.
- Garcia-Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa G. 1996. Empathy: the quintessence of the art of medicine. *Med Clin.*106(2):78-9.
- González J, León A. 2009. El reto de ser médico. Talleres de ediciones y servicios editoriales. Edición exclusiva 53-57.
- Gutiérrez-Meléndez L. 2007. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 15(3):121-123.
- Hernandez R. 2006. Paginas 120 – 160 en Metodología de la Investigación. McGraw-Hill-Interamericana, México D.F.
- Hojat M, Louis D, Markham F, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella J. 2011. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine.* 86:359-641.

- IMSS. 2009. Coordinación de evaluación de estudios de usuarios. Encuesta nacional de salud delegacional, Querétaro.
- Kane G, Gotto J, Mangione S, West S, Hojat M. 2007. Jefferson Scale of patient's perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J.* 48:81-86.
- Lipps T . 1923. Pagina 56 en *Los fundamentos de la estética*. Tercera edición, ed. Daniel Jorro. Madrid, España.
- Mayor E, Del Río G, Tabares G, Fernández S. 2002. Empatía: ¿Conoce su significado? *Medisan.*6(2):56-61.
- Moreno M. 1998. Crisis del método clínico. *Rev Cubana Med.* 37 (2): 123-8.
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer M, Wirtz M, Woopen C, et al. 2001. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine.* 8 (86): 996-1009.
- Nielches W. 2002. La relación médico-paciente y su papel en el apego al tratamiento. *Revista Conamed.* 2 (7).
- Outlook. 2011. La creciente carga que representan las enfermedades crónicas implicancias para la salud reproductiva. 26 (1).
- Palop V, Martínez I. 2004. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac.* 5 (28): 5113-120.
- Peña-Viveros R, Rodríguez-Moctezuma J, López-Carmona J. 2004. Factors associated with complaints against physicians working at Mexican Institute of Social Security hospitals. *Salud Publica Mex.* 46:210-215.

PNL. 2012. Estrategias en programación Neurolingüística. El Rapport: Como crear sintonía. <http://www.estrategiaspnl.com/5.145.0.0.1.0.phtml>. Consultado el 18 de Diciembre de 2012.

Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Programa de acción: Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud.

Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. 1998. Quality of health services in Mexico as perceived by users. Salud Publica Mex. 40:3-12.

Rodríguez MA. 2008. Pagina 36 en Relación médico paciente. Editorial ciencias médicas. La Habana.

Rogers C. 1993. Pagina 44 en El proceso de convertirse en persona. 8a reimpresión. Paidós Barcelona.

Sánchez J. 2009. Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental psiquiátrica. [www.psiquiatria y psicología .com](http://www.psiquiatria-y-psicologia.com). Consultado el 18 de Diciembre de 2012.

Secretaria de salud. 1988. Norma técnica para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de la salud. México D.F.

Stein E. 2004. Pagina 38 en Sobre el problema de la empatía. Editorial Trotta. 1ª edición, Madrid.

Tena C. 2002. La demanda como efecto de la mala comunicación médico-paciente. Revista Conamed. 7 (2):15-8.

APENDICE

ANEXO 1

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON

Instrumento de evaluación de actitudes de empatía y comunicación del médico aplicado al paciente

Instrucciones: Califique usted el grado de satisfacción que tuvo usted ante el médico que lo atendió marcando con una X en el recuadro que corresponda utilizando la escala que va del 1 al 7 (un mayor número de escala indica una mayor satisfacción)

Edad:

Sexo:

Comorbilidad:

Numero de consultorio:

Turno:

| Pregunta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El trato que recibí del médico que me atendió fue cortes y amable | | | | | | | |
| 2. El médico que me atendió se tomó tiempo para escucharme | | | | | | | |
| 3. El médico que me atendió se interesó ante mis problemas de salud | | | | | | | |
| 4. El médico que me atendió me hizo sentir aliviado ante mis preocupaciones | | | | | | | |
| 5. El médico que me atendió me permitió hablar sobre mi estado de salud | | | | | | | |
| 6. El médico que me atendió me explicó claramente sobre mi estado de salud | | | | | | | |
| 7. El médico que me atendió me explicó claramente sobre el tratamiento que debo seguir | | | | | | | |
| 8. El médico que me atendió me explicó sobre los cuidados que debo seguir | | | | | | | |
| 9. La información que me dio el médico que me atendió , fue clara y oportuna | | | | | | | |
| 10. El médico que me atendió me dijo que hacer para cuidarme yo mismo | | | | | | | |
| 11. El médico que me atendió se preocupó por mis sentimientos | | | | | | | |
| 12. El médico que me atendió se preocupó por mis necesidades | | | | | | | |
| 13. El médico que me atendió tomó en cuenta la privacidad al momento de revisarme o al hablar con migo | | | | | | | |
| 14. El médico que me atendió tomó en cuenta el pudor al momento de revisarme o al hablar con migo | | | | | | | |
| Total | | | | | | | |

PUNTUACIÓN _____

ANEXO2

Escala Médica de Empatía de Jefferson

INSTRUCCIONES: (EN RELACION CON EL TRABAJO MÉDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

Edad: Sexo: Comorbilidad:

Numero de consultorio: Turno:

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

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 de 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 experiencias 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. | | | | | | | |
| 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 de 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 limitada. | | | | | | | |
| 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 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. | | | | | | | |