



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 66  
XALAPA, VERACRUZ  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA



---

***Empatía y satisfacción de la “Relación médico-paciente” en la  
UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz.***

**Presenta:**

**Dra. Aracely del Carmen Márquez Hernández**

Residente de medicina familiar

Calle 23 No. 13-B Col. El Naranjito, C.P. 96340

Tel 012281115175; Correo electrónico: serena\_luna@hotmail.com

**Asesor metodológico:**

**Dra. Balkis Vera Cruz Mendoza**

Médico Esp. en Medicina Familiar

Adscrita a la Unidad de medicina Familiar No. 66  
Del IMSS, Xalapa, Ver, ubicada en Pedro Mora Beristain  
Esq. 7 de Nov. S/N, Col. Salud, Xalapa, Ver.

Tel. 2281115175

balkis.cruz@imss.gob.mx

**Xalapa, Veracruz, Enero de 2014**

# Introducción

## RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

*“La manera en que un médico consulta a sus pacientes puede hacer una diferencia significativa en los resultados de este”.*

En la antigüedad, la medicina era principalmente una artesanía, no estaba basada en las ciencias, estaba basada en la observación, la introspección, la tradición y lo más importante, las relaciones interpersonales. <sup>(1)</sup>

La necesidad de sobrevivir del paciente, las posiciones desiguales entre el médico y el paciente en los encuentros clínicos, la atmosfera de la atención al paciente, la psicodinámica de los intercambios interpersonales al buscar y brindar ayuda y los factores y limitaciones culturales, sugieren que la relación clínico-paciente es única en comparación con cualquier otro tipo de conexión humana. <sup>(1)</sup>

Una relación empática se desarrolla cuando el médico evitar ser arrogante y contiene el sentido de superioridad y en su lugar, se torna amistoso, confiado, relajado, sin prisa y capaz de comunicar su entendimiento empático y sus genuinas inquietudes al paciente, así como a la familia de este <sup>(1)</sup>.

Estar presente cuando una persona requiere ayuda es por si solo un factor de apoyo social y es un remedio terapéutico descrito como el don de la presencia; dicha presencia por parte del médico es de especial apoyo cuando se ha establecido una relación empática entre ambos, en ocasiones es difícil establecer dicha relación por ejemplo en las salas de urgencias o en las consultas quirúrgicas breves, sin embargo el enfocarse en las necesidades inmediatas del paciente y preguntarse cómo sería estar en esa situación, el médico podría encontrar más fácil hacer una conexión empática <sup>(1)</sup>.

Cohen <sup>(1)</sup> sugirió que el apoyo social puede ofrecer los tres tipos de recursos siguientes:

1. Instrumental: involucrando el proveer ayuda material,
2. Emocional: que conlleva la expresión de empatía, cuidado y confianza, e
3. Informativa: que incluye proveer información relevante para ayudar al individuo a entender mejor el problema y a tolerar las dificultades.

Una relación médico-paciente cooperativa favorece todos los recursos antes mencionados, la percepción del paciente del apoyo de médico es un fenómeno complejo ya que el encuentro entre un médico y su paciente tiene en si un poder curativo potencial, en el proceso de conexión interpersonal, la empatía tiene un rol de mediador en la mejora de la fuerza de las conexiones al incrementar un sentido de identidad común y reducir los prejuicios. De esta manera la empatía construye el camino hacia la conexión interpersonal entre médicos y pacientes, la cual es un tipo especial de sistema de apoyo social, con todos sus poderes curativos benéficos <sup>(1)</sup>.

La satisfacción del paciente es una medida del resultado sobre el cuidado de la salud, generalmente se encuentra en niveles moderadamente altos, se ha comprobado que los intercambios interpersonales entre el médico y el paciente menudo son predictores significativos de la satisfacción de los pacientes así como el lograr establecer un entendimiento mutuo acerca del problema de salud del paciente, ha sido identificado como otro elemento importante de la satisfacción del paciente, ya que el compromiso empático ayuda a sanar y mejora la práctica médica <sup>(1)</sup>.

# Antecedentes

*“El médico pocas veces cura, algunas sana,  
pero siempre debe consolar”.*

Anónimo.

En la atención de los enfermos, un aspecto primordial es la relación médico-paciente, cuyas bases se encuentran en los principios mismos de la bioética, que también podemos entender como el contrato, generalmente no escrito, establecido por personas autónomas libres de iniciar, continuar o romper esta relación.

Esta interacción del enfermo con el médico y el equipo de salud, inicialmente basada en la comunicación, confianza, empatía y la disposición para conseguir objetivos comunes, como son la prevención de enfermedades, preservación y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral, es llevada a cabo en las unidades de medicina familiar, y se enfrenta a la ahora llamada medicina institucional misma que se desarrolla cada vez con más dificultades derivadas del incremento poblacional y con ello del aumento del número de consultas diarias por un médico, así como al utilización de los avances tecnológicos que facilitan el trabajo pero que despersonalizan dicha relación, derivado de todo esto, hablaremos un poco de la empatía como parte fundamental de esta relación, y de la medicina familiar y el giro que ha tomado desde sus inicios.

## **EMPATIA**

El término empatía deriva de la palabra griega *empathēia* que significa apreciación de los sentimientos de otra persona; existe una infinidad de definiciones así como diferentes teorías sobre la empatía, lo que puede hacer suponer que su medida es difícil de consensuar<sup>(1,2)</sup>

El principal problema del estudio de la empatía recae en que es un constructo muy amplio, donde es necesaria la evaluación de diferentes componentes. Aunque existe un cierto consenso acerca de los correlatos conductuales de la empatía, no hay pleno acuerdo sobre su definición; uno de los principales motivos, reside en la discusión sobre si la empatía consiste en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” o si por el contrario hace referencia a “sentir la emoción como propia”; para fines de este estudio es conveniente utilizar la definición citada por Carl Rogers como: *“Una capacidad de percibir el marco de referencia interno de otra persona con exactitud, como si uno fuese la otra persona pero sin perder la condición de COMO SI jamás”*. Con el entendimiento de que la empatía no es una experiencia psicológica o emocional, ni un salto psíquico hacia el interior de la mente de otra persona, sino una apertura y un respeto hacia otro como persona. <sup>(1,2)</sup>

En su obra literal titulada la empatía en el cuidado del paciente, Hojat <sup>(1)</sup>, define dicho atributo como predominantemente cognitivo caracterizado por el entendimiento de las inquietudes de los demás y que guarda una relación lineal positiva con los resultados del paciente. <sup>(1)</sup>

Con la finalidad de explorar la esencia de la empatía en el contexto médico se desarrolló la Escala de Empatía Medica de Jefferson (EEMJ), que originalmente fue creada para medir las orientaciones o actitudes de los estudiantes de medicina hacia las relaciones empáticas durante de la atención al paciente, posteriormente se modificó ligeramente de tal manera que existen 2 versiones, una aplicable a médicos y otros profesionales de la salud (versión PS); la otra a estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud (versión E) <sup>(1)</sup>

La versión PS está más orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con paciente e incluye 20 ítems a evaluar mediante escala Likert de siete puntos (siendo 1= muy en desacuerdo, 7= muy de acuerdo), 10 elementos se redactaron positivamente y los otros 10 negativamente; para efectos

de su tabulación, las preguntas con sentido negativo se invierten mediante el procedimiento 8-X, donde «X» corresponde al valor asignado a la pregunta.

Los niveles de empatía están en relación directa con los puntajes obtenidos, pudiendo ser 20 puntos el menor y 140 puntos el máximo,

En estos 20 ítems se valoran 3 factores:

1.-Toma de perspectiva. Ha sido descrito como el ingrediente cognitivo central de la empatía y se evalúa con las 10 primeras preguntas realizadas en sentido positivo.

2.- Atención o cuidado compasivo. Este factor incluye ocho elementos redactados negativamente

3.- Ponerse en los zapatos del paciente. Este último factor incluye 2 elementos redactados en modo negativo.

Se determinó su validez de constructo, de criterio, consistencia interna y estabilidad de puntuaciones, estableciéndose correlación significativa, ésta escala fue validada en México por Alcorta-Garza y Cols. en 2005 con estudiantes encontrándose además confiabilidad y consistencia interna <sup>(1,3)</sup>

A pesar de los pocos estudios publicados en comparación con otros temas, la empatía ha tenido un gran auge en las últimas décadas, al encontrarse que no solo son las habilidades intelectuales las que hacen de una prestador de servicios un persona exitosa sino también aquellas emocionales y sociales, además ha sido relacionada con otros aspectos de la inteligencia emocional como en el estudio realizado por Morales S. en Chile en el año 2012 donde se asoció con la motivación del logro en estudiantes de odontología comprobándose que existe una relación directa entre ambos aspectos. <sup>(1,4)</sup>

## **PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA EMPATIA DE LOS MÉDICOS**

A su vez, el paciente, también contribuye en la relación médico-paciente, sin embargo, el problema de medir esta interacción resulta difícil, y para investigar la relación entre las puntuaciones autoinformadas por los médicos en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) y las percepciones de sus pacientes, Hojat y Cols., desarrollaron una breve escala para medir las percepciones de los pacientes sobre el comportamiento y la preocupación empática de los médicos.

La escala de percepción del paciente tiene cinco elementos donde se reflejan los aspectos autoevaluados con la EEMJ.

Medir las percepciones de los pacientes es importante porque se ha demostrado que dichas percepciones producen las correlaciones más altas con resultados clínicos como son la mayor satisfacción del paciente, mejor apego a su tratamiento por consiguiente mejor control, así como la disminución del número de quejas. <sup>(1)</sup>

## **MEDICINA FAMILIAR**

La medicina familiar tiene sus orígenes en la medicina general, en sus inicios el clínico dedicado a este tipo de medicina era responsable de la atención a familias, y sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, surgió el médico de cabecera, profesional de alta calificación con conocimientos sobre medicina, que se hizo cargo de los problemas de salud de las familias y actuó como consejero de problemas educacionales y matrimoniales, entre otros. <sup>(5)</sup>

Después de 1910, la educación y enseñanza médica se enfoca en las especialidades, en este proceso de progresiva diferencia y ultra tecnicidad de la práctica médica moderna se genera una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente que trae consigo la pérdida de una percepción integral y armónica del individuo enfermo, pues se enfoca al hombre dividido en sistemas, aparatos u órganos y se relega o ignora la dimensión socio-psicológica de la necesidad de salud que presenta el sujeto concreto. Sin embargo la medicina familiar resurge, retomando lo mejor de la práctica histórica de la medicina ante la necesidad de satisfacer la demanda social de una atención médica rescatando las bondades de la actividad del médico de cabecera, que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico-técnica a un costo sostenible.<sup>(5)</sup>

El advenimiento de la medicina familiar en México ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país; después de creada la Ley sobre la Seguridad de los Trabajadores Mexicanos en el año 1943, se inician los servicios médicos institucionales; este comienzo se dio con mucha dificultad ya que se incorporaron médicos generales para prestar dicho servicios; algunos de la práctica privada y otros recién egresados quienes no tenían gran experiencia ni ingresos económicos estables; y su objetivo principal era satisfacer sus necesidades económicas más que alcanzar los objetivos institucionales. Sin embargo quizá la mayor dificultad a la que se enfrentó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue cambiar la atención individualista por otra más “socializada”. Se trató de facilitar la atención a los usuarios adscribiéndolos a los médicos por cercanía a las clínicas o a los puestos de fábrica; con funciones principalmente curativas y preventivas. Las autoridades institucionales estaban convencidas de los resultados de ese sistema donde los médicos, sin perder su condición de funcionarios, tendrían una jornada de trabajo y horario específicos, alternando las horas de consulta con las de visitas a domicilio, algunos atendiendo adultos y otros a los menores; no obstante la satisfacción de los derechohabientes



no mejoraba de manera importante y en 1959 se reorganiza el sistema de atención médica y llamándosele “Sistema Médico Familiar”.<sup>(6)</sup>

Con este sistema pretendía mejorarse la relación afectiva y de confianza entre el personal profesional y los enfermos, donde los prestadores de servicios trabajarían con un solo núcleo humano que fuera fijo, permitiéndole conocer a sus pacientes en todos sus aspectos físicos y psicológicos, y atendiendo al mayor número de ellos, hecho que todavía se persigue. La decisión del IMSS tuvo relación con el concepto aceptado a nivel mundial de “Medicina Social”, que con sus rasgos científicos y humanos era considerada como la ciencia de la vida aplicada a la promoción de la salud y a la superación de la especie humana, tanto a nivel individual como colectivo.<sup>(6)</sup>

Las autoridades de esta institución declaran: “El médico familiar en el IMSS es una innovación que permite conservar la tradición, la conducta humanista de antaño, aunada al conocimiento de nuevas técnicas de la medicina moderna; las instituciones no pueden dar el calor y el afecto de un hombre médico que comprenda a su paciente y le inspire la confianza debida”.<sup>(6)</sup>

En el año de 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un seminario donde concluyó que para entender la salud y la enfermedad se precisa conocer los aspectos psicológicos, sociales, culturales y del comportamiento humano, ya que estos determinan una considerable proporción de enfermedades, además se dio gran importancia a la Medicina Social que es la teoría y práctica de movilizar todos los recursos de que dispone una colectividad para que el médico pueda mantener la salud del individuo y la sociedad. Después de ese discurso el IMSS creó IMSS-COPLAMAR para atender la salud en regiones marginadas, y seis meses después el 15 de marzo de 1971 se inició el curso de especialización en Medicina Familiar.<sup>(6)</sup>

El programa de formación de especialistas en medicina familiar tenía como objetivos:

- Promover integralmente la salud de la población, comprender y atender al ser humano como organismo íntegro, como individuo sensible y reactivo, como miembro básico del universo,
- Establecer contacto íntimo con la población bajo su responsabilidad, acciones todas estas en las que procure conseguir y mantener el más alto grado de salud colectiva. <sup>(6)</sup>

Sin embargo muchas veces el médico se despersonaliza, culpando de ello a la falta de compromiso de los gobiernos así como a las deficiencias en el sistema de salud, por lo que se ha perdido la actitud preventiva y la atención integral, convirtiendo a la medicina en un trabajo curativo y mecánico.

Tal vez el mayor mal de los médicos es que han desistido de buscar respuestas, que se han acomodado en un status quo como si no dependiese de ellos resolver estos problemas como si el cuerpo y el alma nunca pudieran encontrarse. Como los hombres no admitimos fácilmente la derrota, aparece el sistema y los procesos que son los que cargan con todas las culpas por la deshumanización de la medicina. <sup>(7)</sup>

No es posible humanizar la medicina sin humanizar al médico, sin que el humanismo penetre capilarmente en la acción médica a través de recursos que permitan al profesional armonizar la técnica con el humanismo en simbiosis productiva; formar el profesional a través de un modelo que contemple los cuatro pilares de la medicina familiar (atención primaria, educación médica, humanismo y liderazgo) así como la necesidad de una reflexión constante para practicar un ejercicio filosófico de la profesión. <sup>(7)</sup>

Sandoval Miranda y Cols. (México, 2005) estudiaron a 235 médicos residentes de 35 cursos de especialidad del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se evaluó su funcionalidad familiar y empatía los cuales se correlacionaron y encontraron valores altamente significativos entre ambos, los puntajes más altos se produjeron en expresión de afecto y apoyo familia; en comunicación funcional y expresión de afecto, y en comunicación funcional y apoyo familiar, con lo cual podemos poner en evidencia que las relaciones humanas desarrolladas dentro del núcleo básico de socialización que es la familia, son influyentes para desarrollar una comunicación funcional; habilidad que es básica durante una relación médico-paciente empática. <sup>(8)</sup>

Temas como conciencia de misión, vocación médica, autoconocimiento, reflexión vital, liderazgo y comunicación son levantados cuando se busca la excelencia; temas que mucho tienen que ver con la calidad del profesional médico y muy poco con sistemas y procesos. Entonces podemos llegar a la conclusión de que buscar la excelencia es conseguir que el médico, competente y humanista, protagonice el proceso de la tan deseada humanización de la medicina. <sup>(7)</sup>

Una consecuencia de falta de vocación, falla en la elaboración de técnicas de afrontamiento ante las situaciones a las que el médico se encuentra diariamente en su práctica diaria, alta competitividad y atmosfera negativa, alteraciones de la dinámica familiar, condiciones laborales, burocracia profesional y personalizada, así como el excesivo control por los jefes son entre otros factores desencadenantes del síndrome de Burnout o también conocido como Síndrome de desgaste profesional; las investigadoras Maslach y Jackson consideraron que la aparición de este síndrome en las profesiones de servicios están caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están una situación de necesidad o dependencia, que además esto tiene un resultado tridimensional produciendo cansancio y desgaste emocional, pérdida de energía psíquica como física, despersonalización en la relación con los otros con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia y por

último pérdida del sentimiento de competencia profesional, desmotivación, pérdida de autoestima laboral lo cual puede inducir a deserción y abandono de tareas. <sup>(9)</sup>

El primer paso que el médico debe dar si quiere humanizar la medicina es admitir que debe humanizarse él mismo primero. Y para tal no puede dejar su empeño por reflexionar, por buscar salidas y encontrar recursos que le permitan integrar la ciencia técnica con el humanismo que la práctica médica requiere. <sup>(7)</sup>

Muchas veces el médico, deja de frecuentar las artes y las humanidades y se priva de otros modos de conocer el mundo, las personas, las cosas; pierde la capacidad de admirarse y de palpar que la mayoría de los fenómenos que le rodean no dependen de él. Esta ruptura entre el ser profesional y el ser humano, aun teniendo consecuencias catastróficas, no es provocada intencionalmente. Quizá por eso, porque no es algo que uno escoge, no se siente responsable por ella, y lo contempla como algo impuesto por el sistema, o por la evolución natural de la práctica médica. <sup>(7)</sup>

Con respecto a esto, el IMSS en su informe de labores del año 2007 menciona que se encuentra ante un reto al brindar sus 2 funciones más importantes que es ser aseguradora y prestadora de servicios, ya que el compromiso de la institución es satisfacer la demanda de mayor número de servicios médicos con calidad, como prestador de dichos servicios, el Instituto se dedica a preservar y mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente y como hemos visto desde su creación una de las principales metas es mejorar la calidad de los mismos y contribuir a reducir las desigualdades que afectan la salud de la población en general, con especial énfasis en aquellas comunidades marginadas y grupos vulnerables, proveyendo además de insumos y medicamentos de forma suficiente para lograr la plena satisfacción y bienestar de los usuarios a nivel individual, familiar y colectivo superando sus expectativas. <sup>(10)</sup>

En 1970 Michael Balint y sus colegas Hunt Joyce y Marinker Woodcock introdujeron el término medicina centrada en el paciente dicho método tiene

mucho en común con la psicoterapia centrada en el cliente de Carlos Rogers, dentro de los principios de este modelo clínico se impulsa a que el médico busque activamente entrar en el mundo del paciente para comprender su experiencia única de la enfermedad, ya que la finalidad es tratar enfermos no enfermedades, además enfatizando que cada contacto con el paciente debe utilizarse para construir la relación médico-paciente, al incluir empatía, confianza, solidaridad y la posibilidad de sanación. <sup>(11)</sup>

Por lo que independientemente de que “el sistema” haga su parte, la responsabilidad de cada uno de los médicos consistiría en entender que es la omisión personal, el eximirse de tomar cartas en el asunto, es lo que rompe con la posibilidad de llegar a la excelencia por lo que vivir la responsabilidad implicaría, pues, buscar la formación adecuada para, primero individualmente y después corporativamente, revertir este proceso. Un deseo, que debe convertirse en un compromiso de construirse y actuar como un médico competente es el primer paso y el más importante. <sup>(9)</sup>

El mismo IMSS dentro de su estrategia de calidad y calidez refiere que para que sea mejor calificado por sus derechohabientes y se posicione dentro de sus primeras alternativas de atención, debe desarrollarse un modelo de medición y evaluación de los niveles de satisfacción del usuario a efecto de tomar mejores decisiones por lo que en materia de salud, las acciones se enfocarán a proporcionar a los derechohabientes un servicio de salud integrado, ágil y de calidad que responda a sus necesidades reales. Esto implica la consolidación de un método de atención concebido desde el punto de vista de la satisfacción de la persona y no exclusivamente desde el mero cumplimiento de los protocolos o procesos operativos. <sup>(10)</sup>

En el estudio realizado por Lavielle-Sotomayor y Cols. en la ciudad de México se aplicó una encuesta de satisfacción a 95 pacientes que acudían a consulta externa de primera vez, encontrándose que de 52 conceptos que los pacientes mencionaron para evaluar la satisfacción y sus expectativas con la

atención de la salud los 20 más relevantes están asociados con la interacción con el médico y los resultados de este encuentro haciendo énfasis en los componentes relativos a la interacción con el médico, así como en sus habilidades y capacidades técnicas y humanas <sup>(12)</sup>.

En 2009 se llevó a cabo un estudio transversal en 6 centros de atención primaria en Madrid, España, donde se solicitó la participación en una entrevista para estimar la valoración que el usuario hace del servicio recibido en atención primaria, la evaluación del servicio tenía diferentes perspectivas, una de las cuales era la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico de familia, que se valoró con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) adaptado y validado de un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire por Van der Feltz-Cornelis y su grupo, con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en atención primaria que evaluase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Después fue adaptado al castellano por Mingote J. et al. en su versión de 13 preguntas y, posteriormente, por Martín Fernández J. y cols. en la versión de 9 preguntas en dicho estudio se verificó que el PDRQ-9 tiene una elevada consistencia interna (13);posteriormente en 2011 Ríos-Álvarez y cols. aplicaron el instrumento PDRQ-9 para evaluar la relación médico paciente, a 129 pacientes del módulo de diabetes del hospital Ignacio Chávez del ISSSTE, se realizaron además mediciones para evaluar el control glucémico y metabólico encontrando que de los 129 pacientes evaluados, 63.6% presentaron buen control glicémico y que el 83.9% que consideró tener buena relación médico paciente; en cuanto a las dimensiones, correlacionando las variables aunque de manera baja lo cual sienta un precedente en este tipo de estudios:<sup>(14)</sup>

Los pacientes están más satisfechos con un proveedor de cuidados de la salud más empático y cumplen más con los médicos que los entienden mejor, y suelen ver la conducta de los médicos como una clave determinante de su satisfacción. En un estudio realizado Ramos (15) en Perú a pacientes atendidos

en la consulta externa se observó que mayor es el grado de satisfacción de la consulta a mejor percepción de la calidad de relación médico-paciente; ambas se asociaron a la intención de recomendación del médico.

La adhesión al tratamiento y cumplimiento con los regímenes de tratamiento son indicadores clínicos usados para evaluar la relación médico paciente, además la investigación indica que el estilo de comunicación de un médico es un factor importante en la decisión de un demandante de tomar tal acción, la evidencia empírica sugiere que una relación médico paciente reduce no solo los reclamos por negligencia médica sino también la intención de los pacientes de tomar tal acción sin importar la gravedad de los resultados médicos adversos. <sup>(1)</sup>

Se requiere más investigación para esclarecer la relación entre las puntuaciones de la EEMJ, escala que ha sido utilizada en otros países para medir la empatía en el personal de salud y validada con obtención de buenos resultados en cuanto a la autopercepción y la percepción de los pacientes de la empatía y los resultados clínicos, tales como la precisión del diagnóstico, la satisfacción del paciente, el cumplimiento del paciente y el decrecimiento del riesgo de quejas por negligencia médica en el aspecto del mal trato que se ofrece al paciente, por lo que este estudio abrirá las puertas de estudio de este campo tan importante pero muy olvidado actualmente por la inmersión de los clínicos en el sistema de salud el cual provee de un tiempo muy reducido para establecer una relación médico-paciente y a partir de esto retomar la medicina humanista enfocados en lograr un beneficio integral de nuestros pacientes al ofrecer calidad y calidez en nuestro trato <sup>(2)</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

La relación médico paciente, es uno de los principales sino es que el más importante determinante para lograr una atención de calidad y por consiguiente la satisfacción en el paciente, la cual en muchas instituciones se ve deteriorada no solo por la falta de tiempo y recursos económicos, sino por la falta de capacidad del clínico de interactuar con el paciente ofreciéndole un trato humanista y enfocado en resolver sus necesidades no sólo de tratamientos farmacológicos, sino de atención y de información. En México son pocos los estudios realizados en los cuales se evalúa la importancia de la empatía en los médicos relacionada con la satisfacción del paciente, y hasta el momento en nuestro medio ninguno, por lo que considero de gran importancia conocer el panorama actual de estos aspectos en la unidad de medicina familiar.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la correlación de la satisfacción en la relación médico paciente con el nivel de empatía del médico y la empatía percibida por el paciente?

## **HIPÓTESIS**

La satisfacción del paciente con la relación médico-paciente se correlaciona en un 80% con buena empatía de los médicos, de los cuales 90% presenta buena empatía mientras que 30% de los pacientes percibe mala empatía de su médico familiar.

## **OBJETIVO GENERAL**

Correlacionar la satisfacción de la relación médico-paciente con el nivel de empatía del médico y la percepción de ésta por el paciente.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **❖ Determinar:**

En los médicos familiares:

- Características sociodemográficas
- Tipología familiar
- Índice de pobreza familiar
- Patologías crónico-degenerativas
- Años de antigüedad laboral
- Número de Jornadas laboradas al día
- Nivel de empatía

En los pacientes:

- Características sociodemográficas
- Tipología familiar
- Índice de pobreza familiar
- Patologías crónico-degenerativas
- Nivel de percepción de empatía del médico familiar hacia el paciente
- Nivel de Satisfacción del paciente respecto a la relación médico-paciente

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** Encuesta Descriptiva Prospectiva

**Lugar:** Unidad de Medicina familiar No. 66, Xalapa, Veracruz, México.

**Tiempo:** Abril de 2012 a Enero de 2014.

**Población:** Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 66 y derechohabientes que acudan a la consulta externa.

**Muestra Médicos:** 49 médicos familiares.

**Muestra Pacientes:** El tipo de muestreo empleado en esta investigación es un muestreo aleatorio simple con una confianza del 95%, el cual está basado en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

$n$  es el tamaño de la muestra;  
 $Z$  es el nivel de confianza;  
 $p$  es la variabilidad positiva;  
 $q$  es la variabilidad negativa;  
 $N$  es el tamaño de la población;  
 $E$  es la precisión o el error.

$$n = \frac{(1.96)^2 (.5)(.5)(1180)}{(1180)(.05)^2 + (1.96)^2 (.5)(.5)} = 385$$

Resultando lo que repartido entre los 49 médicos a censar resulta en la encuesta de 8 pacientes, lo que se hará sistemáticamente eligiendo aleatoriamente 1 de cada 3 pacientes que acudan a la consulta teniendo como resultado una muestra de 392 pacientes.

**ANÁLISIS:** La información se concentrará en una base de datos en Excel para llevar a cabo el análisis descriptivo de las variables con el software STATISTICA y observar su comportamiento y realizar la descripción tanto de las variables, como de la satisfacción del paciente con la relación de su médico de familia obtenidos por la escala de Jefferson, así mismo, se realizará un análisis exploratorio multivalente y análisis multifactorial para buscar la correlación entre el nivel de empatía y la satisfacción del usuario.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN:**

### **DE INCLUSIÓN**

#### *Médicos:*

1. Que hayan realizado la especialidad de medicina familiar
2. Adscritos a la UMF 66 en ambos turnos
3. Que sean fijos a un consultorio por al menos 6 meses
4. Que acepten participar en el estudio

#### *Pacientes*

1. Que acepten participar en el estudio
2. Mayores de 18 años

### **DE EXCLUSIÓN**

#### *Médicos*

1. Que se encuentren en alguna comisión o desempeñando puestos administrativos durante el periodo de tiempo del estudio.

#### *Pacientes*

1. Con patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro físico o cognitivo que no puedan responder a la encuesta

### **DE ELIMINACIÓN**

#### *Médicos*

1. Que no contesten completamente la encuesta
2. Que sean movidos de unidad de medicina de adscripción durante la realización del estudio.

#### *Pacientes*

1. Que no contesten completamente la encuesta

## PROGRAMA DE TRABAJO

Previo evaluación y autorización de este protocolo por el CLIES, se realizarán las siguientes acciones:

1. Se acudirá a la jefatura médica para informarle a los jefes de consulta de ambos turnos sobre la investigación y solicitar su apoyo y autorización además de solicitar permiso para asistir a la reunión de sesiones médicas para dar a conocer el estudio a los médicos familiares e invitarlos a participar.
2. posteriormente se acudirá a un consultorio, ya sea del turno matutino o vespertino y se aplicará la encuesta al médico familiar antes de que empiece su consulta diaria
3. Se esperará fuera del consultorio para ir entrevistando directa y sistemáticamente a los pacientes según vayan saliendo de su consulta, dicha operación se realizará cada día hasta completar todos los médicos participantes y reunir la muestra de pacientes calculada.
4. Las encuestas que sean realizadas se irán capturando una base de datos en formato Excel, para posteriormente realizar el análisis estadístico de los datos y se obtengan resultados.
5. Una vez obtenido los resultados, se realizará el análisis y discusión de los mismos.

## VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
<b>Características Sociodemográficas</b>	Características que definen a un individuo en cuanto a su situación demográfica y social dentro de las cuales se consideran la edad, género, estado civil, ocupación.	Respuesta a cuestionario		
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual	Respuesta a cuestionario		Razón
<b>Género</b>	se refiere a las diferencias biológicas entre el macho y la hembra de la especie, tratándose de características naturales e inmodificables; el sexo está determinado por las características biológicas de cada persona	Respuesta a cuestionario	Masculino Femenino	Nominal
<b>Estado Civil</b>	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Respuesta a cuestionario	Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	Nominal
<b>Ocupación</b>	Es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes	Respuesta al cuestionario	Comerciante Labores del hogar Empleado Profesionista Pensionado Otro	Nominal

	productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo.			
<b>Número de Jornadas desempeñadas al día</b>	Indica el número de jornadas laboradas por el médico durante un día incluyendo institucionales, extra institucionales, y privadas.	Respuesta a interrogatorio		Razón
<b>Años de Antigüedad laboral</b>	Tiempo transcurrido desempeñado como médico familiar.	Respuesta a cuestionario		Razón
<b>Empatía</b>	Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.	El obtenido por el instrumento	Buena Media Baja	Ordinal
<b>Satisfacción de la relación médico-paciente</b>	Cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto a la atención obtenida por su médico tratante	El obtenido por el instrumento	Mayor satisfacción Menor satisfacción	Ordinal
<b>Tipología Familiar</b>	Clasificación del tipo de familia en diversos aspectos a estudiar	De acuerdo a: la clasificación del consenso 2012: Por parentesco Por Presencia en el Hogar Por Medios de Subsistencia.	Por Parentesco: •Nuclear •Nuclear simple •Nuclear numerosa •Reconstruida •Monoparental •Monoparental extendida •Monoparental extendida compuesta •Extensa •Extensa compuesta •No parental •Monoparental extendida sin parentesco •Grupos similares a familias Por Presencia en el Hogar: •Núcleo integrado •Núcleo no integrado •Extensa	Nominal



					ascendente •Extensa descendente •Extensa colateral Por Medios de Subsistencia: •Agrícolas y Agropecuarias •Industrial •Comercial •Servicios	
<b>Índice de Pobreza Familiar.</b>	Nivel de Pobreza familiar	Pobreza	Respuesta al cuestionario sobre Índice Simplificado de Pobreza Familiar	Sin Pobreza Pobreza Baja Pobreza Alta	Ordinal	
<b>Enfermedades Crónico-Degenerativas</b>	Son enfermedades que desde su horizonte sintomático y aparición plena de la enfermedad transcurren más de 6 meses y su evolución acompaña al paciente el resto de su vida, así como de degeneración de los tejidos afectados con consiguiente deterioro orgánico funcional.	Diagnóstico previo de alguna enfermedad crónica degenerativa referida.	Diabetes Mellitus 2 Hipertensión Cardiopatías Artropatías Otras	Nominal		

## RECURSOS

- **Humanos**

- **Investigador principal:** Aracely del Carmen Márquez Hernández, Residente de segundo Año de Medicina Familiar
- **Asesor metodológico:** Dra. Balkis Vera Cruz Mendoza, Médico Esp. en Medicina Familiar.
- **Asesor estadístico:** Lic. José Iván Cobos Díaz
- **Colaborador:** Ana Cristina Díaz Garrido, Licenciada en Psicología

- **Físicos**

- **Área Física:** Consultorios, Sala de Espera y pasillos de la UMF 66
- **Instrumentos de medición:**
- Escala de Empatía Médica de Jefferson
- Escala de las percepciones del paciente sobre empatía médica de Jefferson
- Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9)
- **Formatos de recolección de información:**
- Cuestionario de características sociodemográficas, tipología familiar y escala de índice de pobreza familiar.
- **Papelería y equipos:** Computadora personal con Windows 7 Home Premium Office 10, proyector de diapositivas, pantalla de proyección, Software de Estadística Versión pendiente, Hojas Blancas, Lapiceros
- **Financieros:** Serán proporcionados por el investigador principal

## ÉTICA

En base al Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud; publicada y vigente en México desde 1984 en su título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, Artículo 17 fracción II; este trabajo de investigación se considera de riesgo mínimo ya que se trata de una encuesta descriptiva, donde solo se recabaran datos tanto de médicos como de pacientes, y no se llevará a cabo ninguna maniobra invasiva o que pudiera lesionar el cuerpo de los sujetos de estudio.

En base al artículo 17 fracción II de la ley general de salud se elaborará carta de consentimiento informado para presentarla al comité Local de investigación con el fin de que autorice si el consentimiento se obtendrá verbalmente o por escrito dado que la investigación es de riesgo mínimo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados. 1a Ed. Estados Unidos de Norteamérica: Springer New York; 2007.
- 2.- Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. Anales de psicología 2008; 24 (2): 284-298.
- 3.- Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Salud Mental 2005; 28 (5):57-63.
- 4.- Morales S. Estudio del nivel de empatía y motivación de logro de los alumnos de la carrera de odontología de la Universidad de Concepción. Rev Educ Cienc Salud 2012; 9 (2): 121-125.
- 5.- Rivero-Canto O, Marty-Jiménez I, Morales-Rojas M, Salgado Fonseca AE, Acosta-Alonso N. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. MEDICIEGO 2010; 16 (2).
- 6.- Quiroz-Pérez JR, Irigoyen-Coria A. Una visión histórica sobre la Medicina Familiar en México MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2008, 2 (1): 49-54. Disponible en: [http://www.idefiperu.org/MPANRO1/1\\_P49\\_50%20Difus3Quiroz.pdf](http://www.idefiperu.org/MPANRO1/1_P49_50%20Difus3Quiroz.pdf)
- 7.- Levites M, González-Blasco P. Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia [Editorial]. Archivos de Medicina Familiar y General. 2009; 9 (2):2-9.

8.- Sandoval-Miranda LG, Reducindo-Vázquez R, Islas-García A. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16(4):221-228.

9.-Moreno-Toledo A. Burnout asistencia: Identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala 2007; 10 (1): 63-79.

10.- Portal del Instituto Mexicano del seguro social. Informes 2007-2008. Consultado el día 17 de Octubre de 2013 [14 p.]Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/Documents/2007-2008/01.pdf>

11.- Suarez-Cuba MA. Medicina centrada en el paciente. Rev Med La Paz, 2012; 18 (1): 67-72.

12.- Lavielle-Sotomayor MP, Cerón-Ruiz M, Tovar-Larrea P, Bustamante-Rojano JJ. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (2): 129-134.

13.-Martín-Fernández J, Del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Aten Primaria. 2010; 42(4):196–205.

14.- Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles O, González-Pedraza Avilés A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. Revista de Endocrinología y Nutrición 2011;19 (4):149-153.

15.- Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008; 69(1):12-16.