

Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación médico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos

S. García-Morillo^a, M. Bernabeu-Wittel^a, M. Cassani^a, M. Rincón^a, V. Yerro Páez^b y M. Ollero Baturone^a

^aUnidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España. ^bDistrito de Atención Primaria de Sevilla. Sevilla. España.

Introducción. En el paciente pluripatológico (PPP) se desconocen los factores biopsicosociales que afectan o influyen sobre la empatía en la relación médico-PPP. Nos propusimos determinar los factores propios del PPP, y los ajenos a él desde el punto de vista biopsicosocial que se asocian a una mejor relación empática con los profesionales sanitarios en una cohorte multicéntrica con base poblacional de PPP.

Material y métodos. La cohorte multicéntrica se generó en cuatro Zonas Básicas de Salud (tres urbanas y una periurbana) del área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío, en Sevilla. La empatía se midió utilizando la escala de Likert (1-5) mediante entrevista (diferenciando entre médico de familia, enfermero/a de familia e internista de referencia), por un miembro del equipo investigador no relacionado con la asistencia del paciente. Tras ello, se procedió a realizar un análisis factorial con las variables asistenciales y se obtuvo como factor la empatía global (método de máxima verosimilitud oscilando la matriz de las tres variables resumidas entre 0,44 y 0,85). Los posibles factores predictores de la empatía global se escogieron de características demográfico-clínicas y asistenciales del PPP. La comparación entre grupos se realizó mediante la *t* de Student y la prueba de ANOVA, y las correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal y el dintel de significación se estableció para una $p < 0,05$.

Resultados. Cuatrocientos sesenta y uno (69%) de los 662 PPP elegibles de la cohorte contestaron la entrevista. La empatía con el médico de familia, el enfermero/a de familia y el internista de referencia fue $4,39 \pm 0,98$, $4,49 \pm 0,87$ y $4,48 \pm 0,48$, respectivamente; y la mediana del factor empatía global fue 0,33 (-4,7-1,2). La empatía global se asoció con la accesibilidad telefónica al médico de familia (0,56 frente a 0,22; $p < 0,0001$) y al enfermero/a de familia (0,58 frente a 0,24; $p = 0,05$), y se correlacionó negativamente con la escala de Gijón global ($r = -0,100$; $p = 0,031$) y con dos de sus dimensiones: apoyos ($r = -0,145$; $p = 0,002$) e ingresos ($r = -0,167$; $p < 0,0001$). En el análisis multivariante, la valoración social medida por el índice de Gijón ($p = 0,001$) y el número de fármacos prescritos ($p = 0,004$) predijeron de forma independiente la empatía global.

Conclusión. En la cohorte multicéntrica de PPP, el nivel de empatía con los distintos profesionales así como la empatía global fueron elevados. Esta última se asoció con el acceso telefónico al médico y al enfermero/a de familia, con el número de fármacos prescritos y con una buena situación de soporte sociofamiliar.

PALABRAS CLAVE: empatía, relación médico-paciente, paciente pluripatológico.

García-Morillo S, Bernabeu-Wittel M, Cassani M, Rincón M, Yerro Páez V, Ollero Baturone M. Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación médico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos. Rev Clin Esp. 2007;207(8):379-82.

Influence of biopsychosocial assessment on degree of doctor-patient empathy in a cohort of patients with multiple diseases

Introduction. The biopsychosocial factors that affect or influence empathy in the doctor-patient with multiple disease (PMD) relationship are unknown. This study aimed to determine the patient's own and external factors (from a biopsychosocial point of view) associated to a better empathic relation with health professionals in a multicenter cohort obtained from a population basis.

Material and methods. The multicenter cohort was obtained from four basic health zones, 3 urban and one periurban, from the province of Seville (Southwestern Spain). Empathy was measured with the Likert scale (1-5), by means of an interview (differentiating between family doctor, family nurse and reference internist), by a member of the research team who was not related with patient's care. After that, a factorial analysis was performed, obtaining global empathy as a factor (maximum likelihood method, the summarized three variable matrix, ranging from 0.44 to 0.85). The possible predictive factors of global empathy were chosen from clinical-demographic care features of PMD. Comparisons between groups were performed with the Student's *t* and ANOVA tests. Correlations were with Pearson correlation quotient. Finally a multivariate analysis was done by linear regression and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results. Four hundred and sixty (69%) of 662 eligible PMD from the cohort answered the interview. Empathy with family doctor, family nurse and reference internist was 4.39 ± 0.98 , 4.49 ± 0.87 and 4.48 ± 0.48 , respectively. The median of the global empathy factor was 0.33 (-4.7-1.2). Global empathy was associated to having telephone access to the family doctor (0.56 vs 0.22; $p < 0.0001$) and to the family nurse (0.58 vs 0.24, $p = 0.05$), and was inversely correlated with global Gijon scale ($r = -0.100$; $p = 0.031$) and with two of its dimensions: support ($r = -0.145$; $p = 0.002$), and income ($r = -0.167$; $p < 0.0001$). In the multivariate analysis, social evaluation measured by the Gijon index ($p = 0.001$) and number of drugs prescribed ($p = 0.004$) independently predicted global empathy.

Conclusion. In the PMD multicenter cohort, both empathy level with the different health professionals and global empathy were high. The latter was associated with having telephone access to the family doctor and nurse, with number of drugs prescribed and with a good social and family support status.

KEY WORDS: empathy, patient-doctor relationship, patient with multiple diseases.

Correspondencia: S. García-Morillo.
Servicio de Medicina Interna.
Secretaría de Medicina Interna. Segunda planta.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot, s/n.
41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: salvaymar@supercable.es

Aceptado para su publicación el 26 de enero de 2007.

Introducción

Se entiende la empatía como la capacidad de ver y experimentar el mundo del mismo modo que lo ve la otra persona, poniéndose en su lugar desde su mismo marco de referencia para poder compartir sus

TABLA 1

Cuestionario y escala de Likert adaptada sobre la empatía percibida por el paciente pluripatológico respecto al médico de Atención Primaria, el enfermero/a de familia y el internista de referencia

Clave respuesta	La empatía con cada uno de los profesionales que le han atendido ha sido				
	Mala 1	Regular 2	Indiferente 3	Buena 4	Muy buena 5
1. La empatía global con el profesional sanitario ha sido				1	2
2. La disposición del personal para ayudarme en lo que necesitaba ha sido				1	2
3. La capacidad del médico-enfermero/a para comprender mis problemas de salud ha sido				1	2
4. La amabilidad (cortesía) del médico-enfermero/a ha sido				1	2
5. La atención del médico-enfermero/a a mis explicaciones sobre lo que me pasaba ha sido				1	2

emociones. En el ámbito sanitario, la empatía se concibe como un proceso que abarca actividades cognitivas, afectivas y conductuales del profesional de la salud y que se va desarrollando en la medida en que transcurre el encuentro con el paciente, siendo sensible a los cambios que se producen en la relación¹. La empatía significa ponerse en el lugar del otro, del paciente, entenderlo y manifestarlo. La literatura publicada sugiere que el desarrollo de la empatía aumenta el potencial terapéutico de la relación médico-paciente. Hay pruebas sólidas para sugerir que algunas intervenciones para promover la empatía en la relación médico-paciente en las consultas clínicas pueden repercutir positivamente en la satisfacción del paciente con la atención prestada, e incluso algunos estudios han encontrado relación significativa entre dichas intervenciones y la mejoría del estado de salud de los pacientes atendidos².

El paciente pluripatológico (PPP), definido como tal según los criterios del proceso de atención al paciente pluripatológico³, es, por su carga nosológica y la cronicidad de su patología, un usuario habitual del sistema sanitario, tanto de la Atención Primaria como de la Atención Especializada^{4,5}. En esta población sería especialmente importante evaluar la empatía percibida con sus profesionales sanitarios: tanto personal médico (Atención Primaria e internista de referencia) como de enfermería. De tal forma, nos propusimos determinar cuáles son los factores propios del PPP y los ajenos a él desde el punto de vista biopsicosocial que se asocian a una mejor relación empática con los profesionales sanitarios. Conocer estos factores nos permitiría identificar aquellas intervenciones más efectivas para la promoción de la empatía con el paciente en el medio sanitario y aquellas subsidiarias de mejorar.

Material y métodos

La cohorte multicéntrica de PPP se generó en cuatro Zonas Básicas de Salud (tres urbanas y una periurbana) del área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío, en Sevilla (población elegible total 100.877 habitantes). Para identificarlos se utilizó la definición de PPP propuesta por el proceso asistencial *Atención al paciente pluripatológico* de la Consejería de Salud del Servicio Andaluz de Salud⁶. El censo se realizó a todos los pacientes que cumplían los criterios de PPP atendidos entre septiembre de 2004 y marzo de 2005 en los cua-

tro centros de salud correspondientes a las zonas básicas descritas. Para su detección se utilizaron la lista de problemas abiertos, la lista de programas de salud en los que se encontraban incluidos y la presencia de polifarmacia como criterios de preselección sobre los que aplicar la definición de PPP.

La empatía se midió por un miembro del equipo investigador no relacionado con la asistencia del paciente, mediante entrevista voluntaria individual al paciente y/o cuidador principal (en el caso de deterioro cognitivo del paciente definido por una puntuación en la escala de Pfeiffer de 5 o más fallos)⁷, utilizando un cuestionario basado en una escala de Likert (puntuación 1: mala; 2: regular; 3: indiferente; 4: buena; 5: muy buena) y diferenciando entre médico de familia, enfermero/a de familia e internista de referencia. El cuestionario constaba de 5 preguntas referidas a la empatía percibida por el paciente respecto a cada uno de estos profesionales en relación a los siguientes aspectos: empatía global, disposición para ayudar, comprensión de problemas, atención a explicaciones, dudas o preguntas, y amabilidad-cortesía (tabla 1).

Tras ello, se procedió a realizar un modelo de análisis factorial con las variables clínico-asistenciales y se obtuvo como factor (variable dependiente) la empatía global (método de máxima verosimilitud oscilando la matriz de las tres variables resumidas entre 0,44 y 0,85). Los posibles factores predictores de la empatía global se escogieron de características demográfico-clínicas del PPP, incluyendo el grado de dependencia funcional y la situación sociofamiliar medidas por las escalas de Barthel⁸ y Gijón⁹, respectivamente. La comparación entre grupos se realizó mediante la «t» de Student y la prueba de ANOVA y *post hoc* de Tukey y Dunnett, y las correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal multivariante, paso a paso hacia adelante, para comprobar qué variables se asociaban al grado de empatía. El dintel de significación se estableció para una $p < 0,05$. Para todo el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 13.0.

Resultados

De la cohorte global de 806 PPP identificados, 662 fueron elegibles (se excluyeron 79 fallecidos, 5 ingresados en residencias, 44 pacientes que cambiaron de centro y 11 pérdidas) y accedieron a la entrevista 461 (69% de la población elegible). La edad media de los PPP fue 79,46 años y la distribución por sexo del 50% (H/M: 230/231). En la cohorte multicéntrica de PPP, el nivel de empatía con los distintos profesionales así como la empatía global fueron elevados. La empatía, medida por la escala de Likert, con el médico de familia, el enfermero/a de familia y el internista de referencia fue $4,39 \pm 0,98$, $4,49 \pm 0,87$ y $4,48 \pm 0,48$, res-

TABLA 2
Análisis de correlaciones de las variables respecto al grado de empatía percibida por la cohorte de pacientes pluripatológicos

	r ^a	p
Gijón ^b global	-0,1	0,031
Gijón apoyos	-0,145	0,002
Gijón ingresos	-0,167	< 0,001
Gijón vivienda	-0,122	0,07
Gijón relación	-0,029	0,67
Edad del paciente	0,072	0,12
Edad del cuidador	-0,005	0,93
Índice de Barthel	-0,005	0,90
Índice de Pfeiffer	-0,019	0,679
N.º de fármacos	0,03	0,526
N.º de especialistas	-0,016	0,738
N.º de diagnósticos	0,012	0,803
N.º de categorías PPP	0,057	0,221

^a Coeficiente de correlación de Pearson. ^b Se refiere a la escala de Gijón y a cada uno de sus subapartados. PPP: paciente pluripatológico.

pectivamente; y la mediana del factor empatía global fue 0,33 (-4,7-1,2). La empatía global se asoció significativamente con la accesibilidad telefónica al médico de familia (mediana \pm amplitud intercuartil: $0,56 \pm 0,64$ frente a $0,23 \pm 0,89$; $p < 0,0001$) y al enfermero/a de familia ($0,58 \pm 0,90$ frente a $0,24 \pm 0,70$; $p = 0,05$); no hubo diferencias en la empatía percibida con respecto al género del paciente ni del cuidador. Tampoco encontramos relación estadísticamente significativa entre el sexo del cuidador principal o la residencia habitual del PPP (domicilio propio, domicilio del cuidador, residencia de ancianos) y el nivel de empatía de los pacientes. En relación a las diferentes comorbilidades que definen al PPP, la presencia de ninguna de las categorías (A, B, C, D, E, F, G) ni el grado de dependencia funcional (medido por el índice de Barthel) influyeron en el grado de empatía percibido por los pacientes entrevistados. Por el contrario, la empatía se correlacionó negativamente con la falta de soporte sociofamiliar, medida tanto con la escala de Gijón global ($r: -0,100$; $p = 0,031$) como con dos de sus dimensiones: apoyos de la red social ($r: -0,145$; $p = 0,002$) e ingresos económicos ($r: -0,167$; $p < 0,0001$) (tabla 2). En el análisis multivariante, una peor situación social medida por el índice de Gijón global al inicio de la cohorte ($p = 0,001$) y el mayor número de fármacos prescritos ($p = 0,004$) predijeron de forma independiente y con significación estadística la empatía global (tabla 3).

Discusión

Es indudable que una interacción médico-paciente empática representa un hecho fundamental y crítico en la atención del paciente, especialmente en Atención Primaria. Esta relación empática es fundamental para mantener una entrevista clínica satisfactoria, obtener información médica relevante y así poder tomar decisiones clínicas óptimas. Esta afirmación adquiere especial importancia en el PPP¹⁰, ya que estos pacientes

TABLA 3
Análisis multivariante (regresión lineal paso a paso) de las variables que se asociaron independientemente a la empatía de la cohorte de pacientes pluripatológicos

Variables	p	Beta (IC 95%)
Número de categorías PPP	NS	-
Escala Gijón apoyos ^a	NS	-
Escala Gijón vivienda ^b	NS	-
Escala Gijón basal ^c	0,001	-0,319 (-0,498 - -0,141)
Número de fármacos	0,004	0,069 (0,023 - 0,115)

^a Se refiere al subapartado «Apoyo de la red social» de la escala de Gijón. ^b Se refiere a la vivienda en la escala de Gijón. ^c Escala de Gijón global al realizar la encuesta. IC: intervalo de confianza; NS: no significativo; PPP: paciente pluripatológico.

necesitan un seguimiento clínico y una continuidad asistencial por parte de sus profesionales sanitarios. En nuestro trabajo, el grado de empatía de nuestra cohorte de PPP es elevada (media de 4,45 sobre 5), especialmente en el nivel asistencial analizado (Atención Primaria). Una atención personalizada y un seguimiento estrecho, con medidas como la disponibilidad de contacto telefónico tanto de médicos como del personal de enfermería, repercuten en una clara mejoría de la empatía que perciben los pacientes, como muestran los resultados de nuestro estudio. Los sistemas de comunicación actuales, como el teléfono móvil o el correo electrónico y las técnicas de telemedicina, serían ideales para aclarar pequeñas cuestiones, resolver dudas o clarificar instrucciones terapéuticas, o para el seguimiento evolutivo de pacientes con fragilidad clínica, todo ello sin intención de reemplazar a la consulta clásica. En un estudio piloto reciente, Leong et al¹¹ demostraban cómo una técnica de comunicación basada en el correo electrónico fue muy positiva en la relación médico-enfermo, mejorando factores como la empatía global y la satisfacción del paciente y del profesional por separado, sin que se tradujera en un mayor consumo de tiempo.

En los resultados de este estudio también queda reflejada la importancia del ámbito sociofamiliar de apoyo y el abordaje biopsicosocial del enfermo con pluripatología o con comorbilidad. Los pacientes con mayor nivel socioeconómico tienen mejor percepción de empatía en la relación con sus profesionales sanitarios, lo que indica que es necesario mejorar la atención social especialmente de los pacientes de más bajo nivel socioeconómico y con una mayor fragilidad sociofamiliar. En este sentido, la visión biopsicosocial del enfermo apuesta por una escucha empática y humana frente a la escucha semiológica, evita la simplificación nosológica, antes de intervenir favorece el conocimiento biopsicosocial, sustituye los diagnósticos biológicos por diagnósticos biopsicosociales y, ante todo proceso mórbido, mejora la capacidad para activar una respuesta eficaz en los tres planos: biológico, psicológico y social¹². En esta encuesta no hemos encontrado relación entre el grado de empatía percibida por el PPP y variables como el grado de limitación funcional medido por el índice de Bart-

hel. En efecto, el grado de dependencia funcional no parece de por sí determinante de una mala percepción de la empatía con los profesionales sanitarios, siempre que haya un buen grado de soporte sociofamiliar. Creemos que es fundamental identificar a los pacientes con mayor deterioro funcional (con ayuda de escalas validadas como el test de Barthel) y especialmente aquellos con situaciones sociofamiliares más desfavorables, ya que van a precisar un mayor esfuerzo de soporte social y no puramente médico y de enfermería.

Otro de los elementos que quisiéramos resaltar es la influencia de la polifarmacia en la percepción empática de la relación médico-enfermo. Así, nuestro trabajo demuestra que los pacientes más polimedificados son los que mejor valoran la empatía con sus profesionales sanitarios. Esto, lejos de ser un dato positivo, creemos que nos indica lo prioritario que debe ser el desarrollo de medidas de educación respecto a la polifarmacia en esta población. Recientemente, en un estudio cualitativo se han identificado los factores que influyen en el uso inapropiado de medicación en población anciana con comorbilidad y se hace énfasis en medidas para mejorar el uso de fármacos sin menoscabar la relación médico-enfermo. Algunas de estas medidas son: incentivar las indicaciones integradoras del tratamiento individualizado de cada una de las condiciones crónicas del PPP, evitar el paternalismo del facultativo, mejorar los sistemas de transferencia de información, implicar al paciente en las decisiones terapéuticas, facilitar la expresión emocional de los pacientes y los diferentes prescriptores, así como favorecer la comunicación interniveles¹³.

Finalmente, creemos que nuestro trabajo contribuye a las pruebas ya existentes que indican que algunas intervenciones para promover la atención centrada en el paciente en las consultas clínicas pueden llevar a aumentos significativos en el enfoque de los procesos de consulta¹⁴. También creemos que la formación y

el entrenamiento de los prestadores de atención sanitaria en los enfoques centrados en el paciente pueden repercutir positivamente en el grado de empatía y, por ende, de satisfacción de la atención percibida por el PPP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Larsen E, Yao Y. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293:1100-6.
2. Schattner A, Rudin D, Jellin N. Good physicians from the perspective of their patients. *BMC Health Serv Res*. 2004;4:26-31.
3. García Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisado M, Ramírez Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencias y características clínicas de pacientes con pluripatología ingresados en un área de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:5-9.
4. Bernabeu-Wittel M, García-Morillo S, González-Becerra C, Ollero M, Fernández A, Cuello-Contreras JA. Impacto de los cuidados paliativos y el perfil clínico del paciente con enfermedad terminal en un área de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2006;206:178-81.
5. García-Morillo S, Bernabeu-Wittel M, Ollero Baturone M, González de la Puente MA, Cuello Contreras JA. Factores de riesgo asociados a la mortalidad y al deterioro funcional en la insuficiencia cardíaca del paciente pluripatológico. *Rev Clin Esp*. 2007;207:1-5.
6. Ollero M, Cabrera JM, de Osorno M, de Villar E, García D, Gómez E, et al. Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002.
7. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. *J Am Geriatric Soc*. 1975;23:433-41.
8. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:56-61.
9. Alarcón MT, González-Montalvo JL. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:178-80.
10. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15:25-38.
11. Leong SL, Gingrich D, Lewis PR, Mauger DT, George JH. Enhancing doctor-patient communication using Email: a pilot study. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18:180-8.
12. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:175-9.
13. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, Franklin BD, Tulkens PM, Willmott L, et al. Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study. *BMJ*. 2005;331:935-9.
14. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Intervenciones para la promoción de un enfoque centrado en el paciente por parte de los prestadores en las consultas clínicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007; número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, uk: John Wiley & Sons, Ltd.).