

Impacto del grado de empatía en la relación médico-paciente en el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2

Impact of empathy degree in doctor-patient relationship on the metabolic control

Maryjose Daniela Espinosa-Arroyo,* Juan Antonio Suárez-Cuenca,**
José Antonio Canela-Mayoral,*** Eduardo Murillo-Heredia.***

*Hospital General de Zona 47 "Vicente Guerrero", IMSS.

**Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE.

***Centro de Salud T-III "Dr. Manuel González Rivera".

RESUMEN

Introducción: la educación en diabetes es capaz de mejorar la adherencia al tratamiento. Se ha observado que una adecuada relación médico-paciente es esencial para lograr un mayor impacto educativo y de reconocimiento de la enfermedad, y que la empatía es una herramienta importante en la educación en diabetes. El grado de empatía en la relación médico-paciente (GERMP) se puede evaluar objetivamente mediante instrumentos como el Cuestionario de Jefferson. **Objetivo:** evaluar el impacto de la empatía en la relación médico-paciente y el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2. **Metodología:** estudio transversal analítico, observacional y prolectivo. La población de estudio se estableció incluyendo pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de diabetes tipo 2. El valor de hemoglobina glucosilada (HbA1c) se obtuvo de los resultados reportados en el expediente clínico. **Resultados:** N= 48 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2. Se formaron dos grupos de acuerdo con la calificación del GERMP. Al comparar el valor de HbA1c, se encontró un valor menor en aquellos pacientes con mejor GERMP (HbA1c 9.8 ± 2.84 vs. 8.1 ± 1.78 , con menor y mayor GERMP, respectivamente, $p= 0.02$). **Conclusiones:** los datos en el presente estudio sugieren que un buen GERMP se relaciona con un mejor control glucémico en población con diabetes tipo 2.

Palabras clave: diabetes tipo 2, relación médico-paciente, empatía, hemoglobina glucosilada.

ABSTRACT

Introduction: Education in type 2 diabetes is able to improve adherence to treatment. It has been observed that an adequate physician-patient relationship is essential to achieve a greater educational impact and recognition of the disease, and that empathy is an important tool for diabetes education. The empathy degree in physician-patient relationship (EDPPR) can be objectively assessed using instruments such as the Jefferson Questionnaire. **Objective:** To assess empathy impact in physician-patient relationship and glycemic control in patients with type 2 diabetes. **Methodology:** Analytical, observational and prolective cross-sectional study. The study population was made up of patients over 18 years of age, with type 2 diabetes diagnosis. The value of glycosylated hemoglobin was obtained from the results reported in the clinical file. **Results:** N= 48 patients with type 2 diabetes. Two groups were formed according to the EDPPR score. When comparing the value of glycosylated hemoglobin, a lower value was found in those patients with better EDPPR (HbA1c 9.8 ± 2.84 vs. 8.1 ± 1.78 , with lower and higher EDPPR, respectively, $p = 0.02$). **Conclusion:** The data in the present study suggest that a good EDPPR is related to a better glycemic control in a population with type 2 diabetes.

Key words: type 2 diabetes, doctor-patient relationship, empathy, glycosylated hemoglobin.

Correspondencia: Maryjose Daniela Espinosa-Arroyo.
Plan de San Luis 7, La purísima Ticomán, Gustavo A. Madero,
C.P. 07330, CDMX, México.
Correo electrónico: mespinosa1112@gmail.com

INTRODUCCIÓN

México ocupa actualmente el noveno lugar a nivel mundial en prevalencia de diabetes tipo 2 y se estima que para el año 2025 ocupe el sexto.¹ Los costos derivados para la atención médica de la diabetes tipo 2 ocasionan un impacto económico significativo, con un gasto reportado de 348,000 millones de dólares en Estados Unidos de América durante 2015.²

La diabetes tipo 2 es una patología que se asocia con múltiples complicaciones que aumentan la morbilidad. El valor de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) es un factor de riesgo para muerte cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca y mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2.³ Además, se ha observado que un control glucémico intensivo atrasa la aparición de complicaciones micro y macrovasculares.⁴

La educación en diabetes y la concientización del paciente respecto a su enfermedad es capaz de mejorar las medidas preventivas, la identificación temprana de complicaciones agudas, el retardo en el desarrollo de complicaciones crónicas y la adherencia al tratamiento.⁵ La relación médico-paciente es la base de la práctica médica y la construcción central en el sistema de salud, la cual afecta la estabilidad social, la armonía y el desarrollo de la salud, tiene un impacto significativo en la mejora de la adherencia del paciente y su participación en la toma de decisiones compartida.⁶ La empatía clínica es un elemento importante en la calidad de la atención médica. Todos los pacientes aprecian una comunicación clara, cortés y cálida que, como era de esperar, los hace sentir mejor.⁷ Algunos autores argumentan que se necesita una cantidad mínima de empatía emocional para ayudar a los médicos a comprender los estados subjetivos de sus pacientes.⁷ Una adecuada relación médico-paciente es esencial para lograr un mayor impacto educativo y de reconocimiento de la enfermedad;⁸ de hecho, los resultados de algunos estudios sugieren el beneficio de la intervención psicológica en la reducción de los niveles de HbA1c de forma significativa.⁹

En lo que a empatía refiere esta se define como el acto o la capacidad de apreciar los sentimientos de otra persona sin "unirlos".¹⁰ El grado de empatía en la relación médico-paciente (GERMP) se puede evaluar objetivamente mediante instrumentos como el cuestionario de Jefferson, que se desarrolló en 2001 como un instrumento para medir la empatía en el contexto de la educación médica y la atención al paciente.¹¹

En México, pocos estudios han explorado la calidad de la comunicación médico-paciente, mientras que su impacto en el control glucémico no es claro. Con base en esto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar el impacto de la empatía en la relación médico-paciente sobre el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal analítico, observacional y prolectivo. La población de estudio se constituyó por pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de diabetes tipo 2, sin limitaciones para la adecuada comunicación y que fueron atendidos en la consulta externa de Medicina Interna del Hospital General "Ticomán" SSDF y el Centro de Salud T-III "Dr. Manuel González Rivera" durante el periodo del 1 de marzo al 31 de octubre de 2019.

Al no ser un estudio experimental, el riesgo en la población estudiada fue mínimo; sin embargo, con base en la declaración de Ginebra se informaron los posibles riesgos de las mediciones y se procedió a la firma del consentimiento informado. Los datos relacionados con la edad, género, escolaridad, comorbilidades y tratamiento farmacológico se obtuvieron a través de entrevista directa, mientras que el valor de HbA1c, de los resultados de laboratorio reportados en el expediente clínico, en la fecha más cercana a su inclusión en el estudio.

El GERMP fue determinado mediante la Escala de Empatía Médica de Jefferson en la comunicación médico-paciente (versión modificada) (**tabla 1**). Este instrumento ha sido validado en distintas poblaciones hispanoparlantes, incluyendo a la población mexicana;¹² consta de cinco preguntas, en las cuales el paciente asignó un número máximo de 7 puntos, estando totalmente de acuerdo y de 1 punto indicando estar totalmente en desacuerdo, siendo la puntuación máxima 35 puntos. Para este estudio se observó una correlación inter-observador > 0.8.

El análisis descriptivo se realizó mediante medidas de resumen para variables cualitativas (n, %) y cuantitativas (media \pm DS). Para el análisis inferencial se utilizó t de Student, de una vía. Se consideró significancia estadística cuando $p < 0.05$. Se empleó el programa estadístico SPSS V.22®.

RESULTADOS

El grupo de estudio se conformó por N= 48 pacientes con diabetes tipo 2, con promedio de edad de 56 años; la mayoría fueron mujeres (72.92 %) con nivel educativo de primaria y secundaria (50 % y 22.91 %, respectivamente). La principal comorbilidad fue la hipertensión arterial sistémica. Respecto al tratamiento farmacológico, la mayoría de los pacientes empleaban la combinación de insulina y metformina (43.75 %). Las características clínico-demográficas se muestran en la **tabla 2**.

Con base en el diseño del estudio se formaron dos grupos de acuerdo con la calificación del GERMP, donde se observó que una mayor proporción de pacientes con GERMP más bajo usaban medicamentos adicionales a la insulina. Las características de cada subgrupo se muestran en la **tabla 3**. Al comparar el valor de HbA1c se encontró un valor menor en aquellos pacien-

tes con mejor GERMP (HbA1c 9.8 ± 2.84 vs. 8.1 ± 1.78 , en pacientes con menor y mayor GERMP, respectivamente, $p= 0.02$). Las cifras de concentración de hemoglobina glucosilada de acuerdo al GERMP se muestran en la **tabla 4**.

DISCUSIÓN

El hallazgo principal de este trabajo fue la correlación entre un mejor GERMP y el control glucémico, determinado por el valor de HbA1c. Esta observación sugiere la importancia de la empatía en la relación médico-paciente. Consistentemente, un estudio en una cohorte de pacientes con diabetes reportó que un total 56 % de estos manifestaron un alto GERMP y que lograron un

buen control glucémico, en comparación con 40 % que consiguieron un buen control glucémico y que manifestaron bajo GERMP.¹¹ Una posible explicación es que un mayor GERMP favorece un marco de comunicación, confianza e intercambio mutuo de inquietudes, que se refleja en un mejor control glucémico.

El presente hallazgo también sugiere el beneficio potencial en el manejo de la diabetes tipo 2, con base en intervenciones tempranas dirigidas a mejorar el GERMP. Este aspecto puede resultar fundamental, ya que el aprendizaje del GERMP con frecuencia se aprende tardíamente y no de forma temprana durante la formación médica, dado que es una habilidad que se desarrolla a lo largo de la práctica clínica; no obstante, su aplicación podría tener un impacto relevante en la prevención primaria, calidad de vida y reducción de costos destinados

Tabla 1. Escala de Jefferson utilizada en esta investigación.¹²

Escala de Jefferson de las percepciones del paciente sobre la empatía del médico (JSPPE)						
1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo			
1. Mi médico comprende mis emociones, sentimientos y preocupaciones						
2. Mi doctor es un doctor comprensivo						
3. Mi médico parece preocupado por mí y mi familia						
4. Mi doctor pregunta qué está pasando en mi vida diaria						
5. Mi médico puede ver las cosas desde mi perspectiva (ver las cosas como las veo)						

Tabla 2. Datos clínico demográficos de la población de estudio (N= 48).

Edad (años promedio \pm de)	55.8 \pm 11.9
Género femenino (n, %)	35 (72.92)
Escolaridad (n, %)	
Ninguna	3 (6.25)
Primaria	24 (50.00)
Secundaria	11 (22.91)
Preparatoria	5 (10.41)
Licenciatura	5 (10.41)
Comorbilidades (n, %)	
HAS	20 (41.66)
HAS+ otra	15 (31.25)
Otras+	5 (10.41)
Ninguna	8 (16.66)
Tratamiento (n, %)	
Insulina	3 (6.25)
Insulina + Met*	20 (43.75)
Insulina + Met + Otros**	14 (29.16)
Otros	11 (22.91)

(+) Dislipidemia, hipotiroidismo, EPOC, cardiopatía isquémica.
 (*) En algunos casos metformina era reemplazada por incretina.
 (**) Inhibidores de SGLT2, inhibidor de DPP4, tiazolidinediona o sulfonilurea.

al manejo de las complicaciones de los pacientes con diabetes tipo 2.

Una de las limitaciones del presente estudio consiste en que únicamente se llevaron a cabo en dos centros que evalúan pacientes con diabetes tipo 2 y que no se consideró el tiempo de evolución previa de su enfermedad, lo que podría influir en el apego al tratamiento (**tablas 3 y 4**).

CONCLUSIONES

Los datos en el presente estudio sugieren que un alto grado de empatía en la relación médico-paciente se relaciona con un mejor control glucémico en población con diabetes tipo 2.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Suárez por ayudarme siempre. A mi mamá por su apoyo, a mi abuela por ayudarme con la base de datos; al doctor Canela, al doctor Murillo. Al doctor Lozano

por su amor por la investigación. Y a todos los pacientes que participaron en el trabajo.

REFERENCIAS

1. Arredondo A, De Icaza E. Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano. Value in Health [Internet]. 2011; 14(5 Suppl 1): S85-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.022>
2. Aldworth J, Al Bache N, Hegelund M, Hirst M, Linnenkamp U, Magliano D, *et al*. Atlas de la Diabetes Edición S. Atlas de la DIABETES de la FID [Internet]. Fundaciondiabetes.org. [citado el 27 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf de la FID. Séptima edición. 2015. 82-85
3. Gerstein HC, Swedberg K, Carlsson J, McMurray JJV, Michelson EL, Olofsson B, *et al*. The hemoglobin A1c level as a progressive risk factor for cardiovascular death, hospitalization for heart failure, or death in patients with chronic heart failure: an analysis of the Candesartan in Heart failure: Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity (CHARM) program: An analysis of the candesartan in heart failure: Assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM) program. Arch Intern Med [Internet]. 2008; 168(15): 1699-704. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.168.15.1699>

Tabla 3. Subgrupos de acuerdo al grado de empatía en la relación médico-paciente.

	Bajo GERMP (n= 25)	Alto GERMP (n= 23)	p*
Edad (años promedio \pm de)	56.1 \pm 13.3	57.6 \pm 10.4	0.66
Sexo (n, %)	20 (80)	15 (65)	0.45
Comorbilidades (n, %)			
HAS	18 (37.5)	17 (35.41)	
Otras+	7 (14.5)	6 (12.5)	0.57
Escolaridad (n, %)			
Ninguna	1 (2.08)	2 (4.16)	
Primaria	14 (29.16)	10 (20.83)	
Secundaria	4 (8.33)	7 (14.5)	0.40
Preparatoria	4 (8.33)	1 (2.08)	
Licenciatura	6 (12.5)	3 (6.25)	
Número de fármacos adicionales a insulina (n, %)			
Insulina + Met*	13 (27.08)	6 (12.5)	
Insulina + Met + Otros**	10 (20.83)	15 (31.25)	0.05

(+) Dislipidemia, hipotiroidismo, EPOC, cardiopatía isquémica.

(*) En algunos casos metformina era reemplazada por incretina.

(**) Inhibidores de SGLT2, inhibidor de DPP4, tiazolidinediona o sulfonilurea.

Tabla 4. Concentraciones de hemoglobina glucosilada de acuerdo al grado de empatía en la relación médico-paciente.

	Bajo GERMP (n= 25)	Alto GERMP (n= 23)	p*
Hemoglobina glucosilada (años promedio \pm de)	9.87 \pm 2.84	8.1 \pm 1.78	0.02

4. Diabetes Control and Complications Trial Research Group The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *Retina* [Internet]. 1994; 14(3): 286-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006982-199414030-00022>
5. Legorreta AP, Hasan MM, Peters AL, Pelletier KR, Leung KM. An intervention for enhancing compliance with screening recommendations for diabetic retinopathy. A bicoastal experience. *Diabetes Care* [Internet]. 1997; 20(4): 520-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.20.4.520>
6. Wang Y, Wu Q, Wang Y, Wang P. The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician-Patient Relationship from Physicians' and Patients' Perspectives. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. [recuperado oct 14 2022]; Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-022-09844-1?error=cookies_not_supported&code=83d9e41a-6391-4db5-9a20-a53e6abeccd7
7. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *The American Journal of Medicine*. 2020; 133(5): 561-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
8. Gonder-Frederick LA, Cox DJ, Ritterband LM. Diabetes and behavioral medicine: the second decade. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2002; 70(3): 611-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.611>
9. Cervantes-Cuesta MÁ, García-Talavera Espín NV, Brotons-Román J, Núñez-Sánchez MÁ, Brocal-Ibáñez P, Villalba Martín P, *et al.* Psychoeducative groups help control type 2 diabetes in a primary care setting. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013; 28(2): 497-505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6063>
10. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, *et al.* The Jefferson scale of physician empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*. 2001; 61(2): 349-65.
11. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* [Internet]. 2011; 86(3): 359-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
12. Alcrota-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. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>