



Universitat de Lleida

Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas

Oriol Yuguero Torres

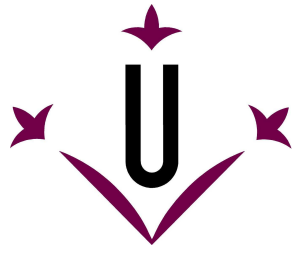
Dipòsit Legal: L.877-2015

<http://hdl.handle.net/10803/307054>



Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas està subjecte a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/)

(c) 2015, Oriol Yuguero Torres



Universitat de Lleida
Facultat de Medicina

TESIS DOCTORAL

**Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras
de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su
relación con las variables clínicas**

Trabajo para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Lleida, dentro
del programa de doctorado en Salud.

Doctorando:

Oriol Yuguero Torres

Directores de Tesis:

Dr. Jorge Soler González

Dra. Montserrat Esquerda Aresté

Lleida, 2015

Doctorando

Oriol Yuguero Torres

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MIR 2009-2013

Máster en Bioética

Máster en Salud Pública

Dirección:

Dr. Jorge Soler González

Doctor en Medicina

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Profesor de la Facultad de Medicina

Vicedecano y Jefe de Estudios de la Facultad de Medicina

Dra. Montse Esquerda Aresté

Doctora en Medicina

Médico especialista en Pediatría

Licenciada en Psicología

Máster en Bioética

Profesora de la Facultad de Medicina

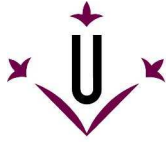
Directora del Institut Borja de Bioètica

Aprender a estar en la piel de otro, a ver a través de sus ojos, así es como comienza la paz.

Barack Obama. Presidente EE.UU. 2012

Percibir es sufrir.

Aristóteles. 384-322 a.C. Grecia



Universitat de Lleida
Facultat de Medicina

Carrer de Montserrat Roig, 2
E 25008 LLEIDA (Catalunya)
Tel. +34 973 70 24 00
Fax +34 973 70 22 91
deganatm@fmedicina.udl.cat
<http://www.medicina.udl.cat>

Lleida a 30 de Abril de 2015

Dr. Jorge Soler González, Vicedecano Jefe de Estudios de la Facultat de Medicina de la UdL y Dra. Montserrat Esquerda Aresté, Profesora de la Facultat de Medicina de Lleida, como directores del trabajo de Tesis Doctoral “Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas”, realizado por el Sr. Oriol Yuguero Torres,

CERTIFICAMOS:

Que en el trabajo presentado para optar al Grado de Doctor de la Universidad de Lleida, se han alcanzado los objetivos fijados al inicio de la Tesis los cuales han sido realizados en el Departamento de Medicina de la Universidad de Lleida. La memoria que se presenta da respuesta a los interrogantes planteados respecto a la importancia de la empatía y el burnout en la Región Sanitaria de Lleida. Por tanto, consideramos apto este trabajo para proceder a su lectura y defensa ante la comisión correspondiente. Para que así conste firmamos la presente certificación en Lleida a 30 de Abril 2015

Jorge Soler González

Montserrat Esquerda Aresté

INDICE

1. Resumen, Resum, Abstract
2. Resumen Abreviaturas
3. Introducción
4. Hipótesis
 - 4.1. *Principales*
 - 4.2. *Secundarias*
5. Objetivos
 - 5.1. *Generales*
 - 5.2. *Específicos*
6. Metodología
 - 6.1. Diseño del estudio
 6. 1.1. Descripción y tipo de estudio
 - 6.2. Variables de estudio
 6. 2.1. Variables personales
 6. 2.2. Variables clínicas
 6. 2.3. Instrumento para describir la empatía Jefferson
 6. 2.4. Instrumento para describir el burnout de Maslach
 - 6.3. Descripción de la población, cálculo y distribución muestral
 6. 3.1. Participantes y tamaño de la muestra
 6. 3.2. Centros participantes
 6. 3.3. Criterios de inclusión
 6. 3.4. Criterios de exclusión
 - 6.4. *Án*álisis de Datos
 6. 4.1. Sistemas de información utilizados
 - 6.5. Periodo de estudio y fases del proyecto
 - 6.6. Revisión del protocolo y autorizaciones
 - 6.6.1. Aspectos éticos y de confidencialidad
 - 6.7. Cronograma de trabajo
7. Resultados
 - 7.1. Descripción general de la muestra
 - 7.1.1. Descripción del burnout

- 7.1.2. Descripción de la empatía
- 7.1.3. Relación entre escala de empatía y escala de burnout
- 7.2. Descripción de la muestra depurada
 - 7.2.1. Empatía y burnout entre los profesionales sanitarios
 - 7.2.2. Relación entre la empatía y el burnout en función de:
 - 7.2.2.1. Género
 - 7.2.2.2. Ámbito Profesional
 - 7.2.2.3. Ámbito de Trabajo
 - 7.2.2.4. Pediatría
 - 7.2.2.5. Unidades Básicas Asistencia (UBA)
- 7.3. Relación de empatía y burnout con las variables clínicas
 - 7.3.1. Descripción de la muestra
 - 7.3.2. Descripción de la empatía y burnout por Centros
 - 7.3.3. Comparativa de la empatía y burnout en base al profesional de las variables clínicas
 - 7.3.4. Comparativa de la empatía y burnout en base a los pacientes de las variables clínicas
 - 7.3.5. Comorbilidad de los pacientes
- 7.4. Relación de empatía y burnout e indicadores asistenciales
 - 7.4.1. Descripción de la muestra
 - 7.4.2. Relación en función de empatía y burnout
 - 7.4.3. Estándar de Calidad Asistencial
 - 7.4.4. Estándar de Calidad de prescripción farmacéutica
- 7.5. Relación de empatía y burnout con prescripción de Incapacidades Temporales
 - 7.5.1. Descripción de la muestra
 - 7.5.2. Prescripción de Incapacidades temporales en función de empatía y burnout
- 8. Discusión
 - 8.1. Empatía y burnout en la Atención Primaria de Lleida
 - 8.1.1. Unidades Básicas de Asistencia y Centros de Salud
 - 8.2. Empatía y burnout y su relación con las variables clínicas

8.2.1. Empatía y burnout y su relación con las variables clínicas en base al profesional

8.2.1.1. Diabetes Mellitus II

8.2.1.2. Dislipemia

8.2.1.3. Hipertensión Arterial

8.2.2. Empatía y burnout y su relación con las variables clínicas en base al paciente

8.2.2.1. Diabetes Mellitus II

8.2.2.2. Dislipemia

8.2.2.3. Hipertensión Arterial

8.3. Empatía y burnout y su impacto en Indicadores Asistenciales

8.3.1. Estándar de Calidad Asistencial

8.3.2. Estándar de Calidad de Prescripción Farmacéutica

8.3.4. Detalles en Calidad Asistencial y Prescripción Fármacos

8.3.5. Comorbilidad de los cupos de pacientes

8.4. Empatía y burnout y la prescripción de Incapacidades Temporales

9. Limitaciones de Trabajo

10. Líneas de trabajo futuras

11. Conclusiones

12. Agradecimientos

13. Anexos

13. 1. Escala de Jefferson

13. 2. Escala de Maslach

13. 3. Autorización Universidad de Jefferson

13. 4. Autorización Dirección de Atención Primaria

13. 5. Certificado de concesión de Beca SEMFYC

13. 6. Certificado de concesión de Beca Fundació Víctor Grífols

13.7 Certificado del Comité de Ética IDIAP

14. Bibliografía

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución muestra inicial empatía

Tabla 2. Resultados globales del test de Maslach. Muestra inicial

Tabla 3. Comparación de resultados entre escala de Jefferson y escala de Maslach

Tabla 4. Muestra demográfica de médicos de familia, enfermería y pediatría

Tabla 5. Comparación variables socio-demográficas y escalas en función de la edad

Tabla 6. Comparación variables socio-demográficas y escalas en función del género

Tabla 7. Comparación variables socio-demográficas y escalas en función de la profesión

Tabla 8. Comparación variables socio-demográficas y escalas en función del ámbito de trabajo

Tabla 9. Comparación de empatía entre profesionales de pediatría y de adultos, y categoría profesional

Tabla 10. Comparación global de empatía y burnout entre pediatría y medicina familiar

Tabla 11. Comparación variable socio-demográficas en función de la Escala de Jefferson

Tabla 12. Relación empatía y UBA

Tabla 13. Comparación empatía por ABS

Tabla 14. Comparación empatía global por Centros

Tabla 15. Comparación burnout por Centros

Tabla 16. Resumen de la muestra para Fases II y III

Tabla 17. Respuestas de profesionales

Tabla 18. Respuestas por Centros de salud

Tabla 19. Resultados de empatía por Centros con muestra reducida

Tabla 20. Desglose puntuación positiva/negativa por Centros

Tabla 21. Resultados de burnout por Centros con muestra reducida

Tabla 22. Distribución de Agotamiento Profesional por Centros

Tabla 23. Distribución de Despersonalización por Centros

Tabla 24. Distribución de Realización personal por Centros

Tabla 25. Comparación entre empatía y burnout con muestra reducida

Tabla 26. Comparación entre empatía y burnout en función de categoría profesional

Tabla 27. Comparación entre empatía y burnout en función de ámbito de trabajo

Tabla 28. Comparación entre empatía y burnout en función del género

Tabla 29. Características de los profesionales y sus pacientes en función de la empatía

Tabla 30. Comparación de Empatía con control de diabetes

Tabla 31. Comparación de Burnout con Control de Diabetes

Tabla 32. Comparación de empatía con control de dislipemia

Tabla 33. Comparación de burnout con control de dislipemia

Tabla 34. Comparación de empatía con control de presión arterial

Tabla 35. Comparación del burnout con el control de la presión arterial

Tabla 36. Características de los pacientes en función de la empatía

Tabla 37. Características de los pacientes en función del burnout

Tabla 38. Características de los pacientes de enfermería en función de la empatía

Tabla 39. Características de los pacientes de enfermería en función del burnout

Tabla 40. Comorbilidad en función de la empatía

Tabla 41. Comorbilidad en función del burnout

Tabla 42. Control de la diabetes en función de la empatía de los médicos

Tabla 43. Control de la diabetes en función del burnout de los médicos

Tabla 44. Control de la diabetes en función de la empatía de enfermería

Tabla 45. Control de la diabetes en función del burnout de enfermería

Tabla 46. Control de la dislipemia en función de la empatía de los médicos

Tabla 47. Control de la dislipemia en función del burnout de los médicos

Tabla 48. Control de la dislipemia en función de la empatía de enfermería

Tabla 49. Control de la dislipemia en función del burnout de enfermería

Tabla 50. Control de la hipertensión en función de la empatía de los médicos

Tabla 51. Control de la hipertensión en función del burnout de los médicos

Tabla 52. Control de la hipertensión en función de la empatía de enfermería

Tabla 53. Control de la hipertensión en función del burnout de enfermería

Tabla 54. Relación de empatía con variables sociodemográficas

Tabla 55. Descripción de indicadores asistenciales en función de la empatía

Tabla 56. Relación de empatía con variables asistenciales con Odds Ratio

Tabla 57. Descripción de indicadores asistenciales en función del burnout

Tabla 58. Relación de burnout con variables asistenciales con Odds Ratio

Tabla 59. Indicadores del ECA

Tabla 60. Indicadores de ECA y ECPF en función de la empatía

Tabla 61. Indicadores de ECA y ECPF en función del burnout

Tabla 62. Comorbilidad en función de la empatía

Tabla 63. Comorbilidad en función del burnout

Tabla 64. Relación de empatía médica y comorbilidad

Tabla 65. Relación de burnout médico y comorbilidad

Tabla 66. Regresión logística de variables estudiadas

Tabla 67. Relación de empatía y burnout entre profesionales médicos

Tabla 68. Relación de empatía y prescripción de IT

Tabla 69. Relación de burnout y prescripción de IT

Tabla 70. Relación de empatía y variables clínicas

Tabla 71. Relación de burnout y variables clínicas

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución por terciles de la muestra inicial

Gráfico 2. Niveles de burnout entre los profesionales sanitarios de Lleida

Gráfico 3. Comparación niveles de empatía y UBA

Gráfico 4. Distribución por terciles de la empatía por ABS

Gráfico 5. Tasa de respuesta

Gráfico 6. Comparación de empatía en base al burnout por profesionales

Gráfico 7. Comparación de empatía en base al burnout por ámbito de trabajo

Gráfico 8. Relación entre empatía y ECA

Gráfico 9. Relación entre empatía y ECPF

Gráfico 10. Relación entre burnout y ECPF

Gráfico 11. Relación entre burnout y ECA

Gráfico 12. Comparación del registro de los profesionales en función de la empatía.

Gráfico 13. Comparación de burnout y empatía con prescripción de IT

Índice de Diagramas

Diagrama 1. Correlación Puntuación positiva/negativa

RESUMEN

Introducción:

Diversos estudios han relacionado el nivel de empatía y burnout con una mejor competencia clínica y asistencial de sus pacientes.

Objetivo:

Analizar el nivel de empatía y burnout de los profesionales asistenciales de la Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas asistenciales.

Metodología:

Estudio descriptivo en el que han participado todos los médicos de familia y enfermeras de la región sanitaria de Lleida con cupo asignado de las 23 Áreas Básicas de Salud de la Región Sanitaria de Lleida. Se ha utilizado la escala de Jefferson para la evaluación de la empatía, y la escala de Maslach para el burnout. Se ha estratificado a los sanitarios en tres grupos según su grado de empatía y burnout en bajo, medio y alto.

Se han realizado análisis descriptivos para resumir las características de la población de estudio, de los médicos y enfermeras analizados, y las respectivas variables de edad, sexo, características del cupo, niveles absolutos de resultados del ECA y ECPF, para los distintas variables clínicas por separado y las tasas de frecuentación de 301.657 pacientes. El trabajo dispone de la autorización del CEIC. Se ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos conforme a la Ley de Protección de Datos.

Resultados:

La empatía está asociada con los niveles de burnout. Los profesionales más empáticos tienen mejor control de enfermedades como la hipertensión arterial y realizan una mejor prescripción farmacéutica. Además, los profesionales más empáticos prescriben mayor número de bajas laborales.

RESUM

Introducció:

Diferents estudis han relacionat el nivell d'empatia i burnout amb una millor competència clínica i assistencial dels seus pacients.

Objectiu:

Analitzar el nivell d'empatia i burnout dels professionals assistencials de l'Atenció Primària de la regió Sanitària de Lleida i la seva relació amb les variables clíniques i assistencials.

Metodologia:

Estudi descriptiu en el que han participat tots els metges de família i infermeria de la regió sanitària de Lleida amb un *cupó* assignat de les 23 Àrees Bàsiques de Salut de la Regió Sanitària de Lleida. S'ha utilitzat l'escala de Jefferson per a l'avaluació de l'empatia i l'escala de Maslach per al burnout. S'ha estratificat als sanitaris en tres grups segons el seu grau d'empatia i burnout: baix, mig i alt.

S'ha realitzat un anàlisi descriptiu per a resumir les característiques de la població d'estudi, dels metges i infermeres analitzats i les respectives variables d'edat, sexe, característiques del *cupó*, nivells absoluts dels resultats de l'ECA i l'ECPF, per a les diferents variables clíniques per separat i les taxes de freqüentació de 301.657 pacients. El treball té l'autorització del CEIC. S'ha garantit la confidencialitat i l'anonimat de les dades conforme a la Llei de Protecció de Dades.

Resultats:

L'empatia està associada amb els nivells de burnout. Els professionals més empàtics tenen millor control de les malalties com la hipertensió arterial i realitzen una millor prescripció farmacèutica. A més, els professionals més empàtics prescriuen un major nombre de baixes laborals.

ABSTRACT

Introduction:

Several studies have linked the level of empathy and burnout, with better clinical competence and with a better degree of clinical control of their patients.

Objective:

Analyze the level of empathy and burnout of health care professionals of Primary Health Care District of Lleida and its relation to health care clinical variables.

Methodology:

Descriptive study which involved all family doctors and nurses in the health region of Lleida assigned to the 23 Basic Health Areas of Lleida Health Region quota. We used the Jefferson Scale for assessing empathy and Maslach scale for burnout. It has been laminated to health in three groups according to their degree of empathy and burnout Low, medium and high.

Descriptive analysis was performed to summarize the characteristics of the study population, doctors and nurses analyzed, and the respective variables of age, gender, characteristics of patients, absolute levels of ECA and ECPF, and results for the different clinical variables separately and attendance rate of 301657 patients. The work is authorized by the Catalan Ethical Committee.

It has ensured the confidentiality and anonymity of the data under the Protection Data Law.

Results:

Empathy is associated with levels of burnout. More empathetic professionals have better control of diseases such as hypertension and perform better pharmaceutical prescripción. Further more empathetic professionals prescribe greater number of sick leave.

RESUMEN ABREVIATURAS

A lo largo del documento se hace referencia a los siguientes acrónimos. La mayoría están descritos pero para facilitar la lectura, se describen a continuación.

TECA: Test de Empatía Cognitiva y Afectiva

IRI: Interpersonal Reactivity Index

EEMJ: Escala de Empatía Médica Jefferson

MBI: Maslach Burnout Inventory

UBA: Unidad Básica de Atención

ICS: Insituto Catalán de Salud

ECA: Estándar de Calidad Asistencial

ECPF: Estándar de Calidad de Prescripción Farmacéutica

IT: Incapacidades Laborales Temporales

TAS/PAS: Tensión/Presión Arterial Sistólica

Hb1AC: Hemoglobina Glicosilada

LDL: Lipoproteína de Baja Densidad

CEIC: Comité de Ética de Investigación Clínica

IC: Intervalo de Confianza

OR: Odds Ratio

TA/HTA: Tensión Arterial /Hipertensión Arterial

CI: Cardiopatía Isquémica

AVC: Accidente Vascular Cerebral

IECA: Inhibidor Enzima Convertidora Angiotensina

ARA-II: Antagonista de los receptores de la angiotensina II

ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva

DM: Diabetes Mellitus

IRC: Insuficiencia Renal Crónica

CV: Cardiovascular

INTRODUCCIÓN

La relación entre el médico y su paciente es un elemento fundamental¹ en la práctica clínica, que ha cambiado a lo largo de la historia de la medicina. El rol del médico y el paciente han ido evolucionando paralelos al desarrollo científico y a los cambios sociales, sobre todo en el siglo XX. Asimismo, se ha constatado una profunda transformación en la relación médico-paciente en los últimos años, en parte debida a la multitud de procedimientos realizados mediante equipos informáticos y tecnológicos.

A pesar de este amplio cambio en la relación médico-paciente y en el contexto en el que se desarrolla, existen aspectos inherentes a este tipo de relación, como la empatía o la confianza, a los que cada vez se presta más atención. Recientemente empieza a desarrollarse el nexo entre la competencia ética y la socialización en las profesiones sanitarias, es decir, el desarrollo de valores, actitudes y conductas adecuadas². Cada vez se tiene más en cuenta la importancia de aspectos emocionales y relacionales en la deliberación y resolución de conflictos éticos, así como el valor de la medicina narrativa y su relación con la ética.

Algunos autores³ hablan de la medicina ética como medicina empática. Este debate recuerda las críticas de Carol Gilligan⁴ a la teoría del desarrollo del juicio ético-moral elaborado por Lawrence Kohlberg. En su libro *"In different voice"*, Gilligan plantea una ética basada en conceptos demasiado racionales y teóricos, mientras que en el día a día influyen más los aspectos relacionados con el cuidado.

Tanto empatía como razonamiento ético se han relacionado con el currículum oculto que muchas veces automatiza mensajes de alerta ante estar "demasiado involucrado o reflexivo o introspectivo" en la práctica asistencial².

Una revisión en la revista *Atención Primaria*⁵ reflexiona sobre el hecho de por qué algunos médicos se vuelven "poco éticos o incluso malvados", identificando múltiples causas; entre ellas, dificultades relacionadas con aspectos emocionales y relacionales,

como son la sobrecarga emocional por el contacto con el sufrimiento y las limitaciones de la medicina o la contradicción en el currículum oculto entre los ideales de la profesión y realidad.

En estudios relacionados principalmente en estudiantes de medicina se ha hallado que con el aprendizaje profesional aparece una disminución o estancamiento tanto de la sensibilidad ética, razonamiento moral como empatía⁶.

En nuestro ámbito, desde nuestro grupo de investigación en bioética vinculado a la Universidad de Lleida- *Institut Recerca Biomédico de Lleida*, se ha realizado un estudio inicial⁷ (en vías de publicación) a 193 estudiantes, de 1º, 3º y 5º-6º años de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lleida. A dichos estudiantes se les administró el test DIT de Rest como medida del razonamiento moral, la traducción de las viñetas de Hebert como medida de la sensibilidad ética, y el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), como medida de empatía. Ninguno de ellos había realizado formación en bioética. En nuestra muestra las tres variables aparecen altamente relacionadas: los estudiantes más maduros moralmente son más empáticos y tienen mayor sensibilidad ética.

Por ello, consideramos importante conocer el grado de empatía como variable relacionada con una buena competencia ética, así como su influencia en una mejor competencia clínica. No hay competencia ética sin competencia relacional ni competencia emocional.

La empatía se ha definido como un componente imprescindible en la relación médico-paciente. Este concepto se refiere a la actitud y la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, así como a la capacidad de comunicar dicha comprensión al paciente. No obstante, también se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la habilidad para realizar una buena historia clínica, la satisfacción del médico y del paciente, y los buenos resultados clínicos.⁸

El término *empatía* deriva de la palabra griega *em-patheia*, que significa “sentir dentro”. Fue en el siglo XVIII cuando por primera vez se usó formalmente el término *Empatía*⁹. Robert Vischer usó el término "Einführung" traducido como "sentirse dentro de" y en 1909 Titchener, en base a la etimología griega, crea el término "empatía". Aun así, filósofos relacionados con la Revolución Francesa habían planteado la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos. A lo largo del siglo XX surgen numerosos trabajos que identifican la empatía desde su perspectiva: en un primer momento, con una visión más cognitiva, y a partir de los 60 se consolidó una visión más afectiva. Asimismo, partir de 1980 se crea una visión más integradora que la descrita previamente.

La empatía es un componente esencial en la relación médico-paciente, probablemente relacionada con beneficios clínicos para este último. Aunque esta relación es consistente referente al concepto de una buena relación entre el médico y el enfermo^{10, 11, 12}, los datos objetivos para valorar este beneficio clínico son difíciles de encontrar.

Existen estudios que apoyan el concepto de la calidad de la relación médico-paciente con una influencia positiva en los resultados y evolución de los pacientes^{13, 14, 15}. De hecho, organizaciones educativas y profesionales recomiendan reconocer la empatía como aspecto fundamental de un buen profesional de la medicina¹⁶.

Algunos proyectos publicados sugieren que los indicadores de la implicación empática en el cuidado del paciente (como una buena comunicación con el enfermo o la comunicación no verbal) así como el tiempo de visita, pueden conducir a una mayor satisfacción del paciente^{17, 18, 19, 20} y un mayor cumplimiento terapéutico^{21, 22, 23}. Se ha encontrado relación entre empatía y eficacia psicoterapéutica^{24, 25}, sentimiento de sentirse importante por parte del paciente, la exactitud del diagnóstico y el pronóstico.^{26, 27}. De hecho, existen estudios en los que la empatía era lo más importante para ser calificado de “buen médico”²⁸. Sin embargo, pocos estudios relacionan la empatía del profesional sanitario con resultados analíticos como paso intermedio de un beneficio clínico. En 2011, un artículo publicado en el *Academic*

*Medicine*²⁹, mostró que sí existía relación. El entendimiento de la perspectiva del paciente (algo fundamental en la empatía) refuerza la percepción del paciente de sentirse ayudado y aumenta su percepción de apoyo social. Además, se confirmó que la empatía del médico se relaciona con el beneficio clínico del paciente, y que la empatía debe ser considerada como una competencia más de los médicos. La especialidad del médico también puede determinar el grado de empatía, ya que se ha objetivado que los profesionales con un trato mayor con las personas gozan de mayor puntuación, en comparación con especialidades más técnicas o quirúrgicas.

Como hemos comentado existen diferentes componentes de la empatía que fueron descritos en profundidad en el 2002 en una revisión de Mercer y Reynolds³⁰: la emotividad, la moral, y los componentes cognitivo y de comportamiento. Definimos a continuación cada uno de estos Componentes. La emotividad es la habilidad para subjetivamente experimentar y compartir el estado psicológico y sentimientos de otro. La moral es una fuerza interna altruista que nos motiva a practicar la empatía. El componente cognitivo es la habilidad intelectual para identificar y entender los sentimientos y nos ofrece una visión objetiva, y finalmente el componente del comportamiento, que puede definirse como la respuesta comunicativa que podemos ofrecer a la otra perspectiva.

Además, hay trabajos³¹ que han demostrado que el estrés y la poca capacidad empática reducen la atención de los médicos y su concentración.

Otro de los aspectos a considerar es el conocido como Burnout, o desgaste de los profesionales, que relacionado con una disminución de la satisfacción del paciente y un cuidado subóptimo. Dada la importancia que cada vez tienen más los aspectos como la empatía y la “compasión” de los profesionales hacia sus pacientes, se han desarrollado estrategias que permitan mejorar la atención sanitaria y aumentar la resolución clínica y confianza en el médico. Existen programas destinados a mejorar la capacidad empática de los profesionales, como por ejemplo el Mindfulness. Este concepto, consistente en la consciencia plena, es una forma de aumentar la empatía, mejorando la concentración, teniendo mayor conciencia de uno mismo y reduciendo el

sufrimiento y la impulsividad. Lo más importante: abandonar los prejuicios, estar abierto a la novedad y conocerse a uno mismo, para poder ayudar a los demás; concentrarse en lo que está pasando sin juzgarlo.

Antes de continuar con algunos de los instrumentos para medir la empatía nos gustaría poder realizar un apunte sobre la compasión y la autocompasión, que también se ha demostrado que tienen relación con la empatía. La compasión es un profundo conocimiento del sufrimiento de los demás y el deseo de aliviarlo de alguna manera. Muchas veces los médicos y enfermeras atienden a pacientes que acuden con mucha frecuencia a las consultas por la compasión que sienten hacia esos pacientes. En 2002³², Figley describió que los médicos más efectivos eran aquellos que utilizaban y expresaban empatía y compasión hacia sus pacientes. Aun así, el trabajo basado en la compasión y la empatía tiene un coste para el profesional, lo que se denomina "Fatiga de compasión". Aunque parezca irónico, mientras la empatía nos permite ser conscientes del sufrimiento ajeno, esta habilidad está también ligada a la susceptibilidad para la fatiga compasiva. La compasión por otros parece estar ligada también con la autocompasión y la capacidad para el autocuidado, y precisamente trabajar el autocuidado parece ser la clave.

A modo de resumen, podríamos decir que estrategias basadas en el autocuidado y el *mindfulness* pueden mejorar la empatía de los profesionales y evita un desgaste psicológico importante. Un estudio realizado en Nueva York³³ con médicos de familia, pediatras e internistas, así lo confirmó. Y se han establecido proyectos formativos basados en estas premisas con cada vez más aceptación y participación de los profesionales, convirtiéndose en un factor de excelencia en la atención sanitaria. Nuestro país también tiene en cuenta este factor de excelencia.

Al mismo tiempo que se desarrollaba el concepto de empatía, fueron surgiendo distintos instrumentos de medida. El primero quizá fue el de Dymond en 1949³⁴, y posteriormente surgieron el de Hogan y el de Mehrabian y Epstein, en 1972. Se crearon también escalas con una perspectiva multidimensional, como la del Interpersonal Reactivity Index (IRI) de Davis en 1980³⁵, que mostró poca consistencia en

alguna de las dimensiones de la empatía, y el TECA en 2008 por el equipo de López, Fernández y Abad, que han tenido buena respuesta especialmente en grupos universitarios. El grupo de la Universidad de Jefferson, del Centro de Investigación en Educación y Atención Médica, con dilatada experiencia, desarrolló una Escala de Empatía Médica (EEMJ) en el 2001, primero para estudiantes de medicina y posteriormente para profesionales. En su versión original en inglés, su estructura es consistente con los aspectos conceptuales de una escala multidimensional^{36, 37}, la cual define la empatía en base a tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión, y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”. Como cualquier otra cualidad, varía entre personas en función de factores sociales, educacionales y experiencias personales. La Escala EEMJ fue construida en base una gran revisión bibliográfica, usando dimensiones de escalas previas como la de IRI³⁵ y siguiendo estudios principalmente con estudiantes de Medicina, residentes y profesionales en práctica. Su aplicación en español fue desarrollada y validada por el equipo de la Universidad de Nuevo León de México³⁸ y usada posteriormente en otros estudios³⁹ confirmando su validez.

Aun así, los cuestionarios siempre pueden tener problemas de veracidad y hay que evitar la manipulación de los resultados. Y sobre todo en el ámbito de la empatía, puesto que es una actitud bien valorada socialmente. Hay que tener en cuenta aquellos sujetos que contestan sin ganas, aquellos que se sienten presionados, o los que están distraídos y/o no entienden bien las preguntas. Por eso se ha escogido este test, que formula ítems inversos, que en realidad formulan la pregunta en sentido contrario para ver si va en la misma línea que los ítems normales.

Otro de los aspectos relacionados a considerar es el burnout. Este término aparece por primera vez en la literatura médica en 1974⁴⁰ de la mano de Freudenberg, con el fin de describir el desgaste y/o la sobrecarga profesional en un colectivo de trabajadores. Sin embargo, fue Maslach⁴¹ quien dio una mayor difusión al término, a partir de la observación de ciertos síntomas que padecían los profesionales que trabajaban especialmente de cara al público.

El trabajo de Maslach culminó con la creación en 1986⁴² de una escala de 22 ítems con el fin específico de cuantificar este nuevo síndrome. Para Maslach, este síndrome constaría de tres características principales⁴³:

1. **Cansancio o agotamiento emocional**, especialmente psíquico pero también físico.
2. **Despersonalización o deshumanización**. Aparición de una actitud fría y distante respecto a los clientes, pero también respecto a los demás compañeros de trabajo. Esta actitud suele desarrollarse en el individuo con el fin de protegerse de la situación que provoca agotamiento emocional; en lugar de implicarse en la situación, el sujeto aísla esta afectivamente del resto de sus quehaceres para evitar el entrar en una hipotética situación de agotamiento emocional.
3. **Bajo grado de realización personal** en el trabajo, o sentimiento de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo. Presencia de una actitud negativa de sí mismo y de los logros en el trabajo, lo cual llevaría a una escasa o nula realización personal.

Los síntomas de burnout se podrían dividir^{44, 45} en:

1. Psicosomáticos: sensación de fatiga, cefalea, trastornos gastrointestinales...
2. Conductuales: bajo rendimiento, absentismo laboral, conductas autodestructivas...
3. Emocionales: irritabilidad, dificultad de concentración, baja autoestima...
4. Defensivos: racionalización, negación, desplazamiento...

Estos síntomas se asemejan a aquellos encontrados en situación de estrés crónico.

Asimismo, cabe destacar que en un reciente artículo de la Universidad de Montreal⁴⁶ se establece una prevalencia entre el 30 y el 70% de burnout entre los médicos, con las consecuencias que ello conlleva. En el año 2008 la revista *Family Practice* se hizo eco del trabajo realizado por el grupo *Europe* de médicos de familia sobre burnout, que detectaron que el burnout hacía mella en los médicos de familia de todo Europa, y se relacionaba con la insatisfacción laboral e incluso, en algunos casos, con el abuso de tabaco y alcohol⁴⁷. Además, en 2014 la revista *Neurology*⁴⁸ describía que el nivel de burnout es más elevado entre los profesionales médicos, y que es muy importante

realizar cambios en el ambiente de trabajo para poder corregirlo.

De hecho, la preocupación para mejorar el bienestar de los pacientes llevó a la Clínica Mayo de Rochester a realizar una intervención para mejorar el burnout y mejorar la satisfacción en el trabajo⁴⁹.

No hemos hallado estudios que relacionen el nivel de burnout con la calidad de la práctica asistencial ni tampoco que correlacionen el nivel de burnout con el de empatía.

Para poder aumentar la potencia y validez de los resultados, se usará la escala de Maslach para determinar el Burnout. Esta escala está ampliamente reconocida y ha sido utilizada en multitud de proyectos⁵⁰ y estudios, tanto en médicos⁵¹ como enfermería⁵², y ya ha sido usada en castellano en nuestro país.

Este estudio se ha desarrollado para evaluar la relación que pueden tener la empatía y burnout de los profesionales sanitarios (médicos de familia y personal de enfermería) con las variables clínicas.

HIPÓTESIS

Principales

1. Los niveles de empatía y burnout de los profesionales (médicos y enfermería) de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida presentan variabilidad interindividual.
2. El nivel de empatía y burnout de los profesionales, médicos y enfermeras, influye en el control de sus pacientes y en los resultados clínicos obtenidos.

Secundarias

3. Existe diferencia en los niveles de empatía y burnout entre médicos y enfermeras.
4. Los niveles de empatía y burnout de los profesionales que trabajan en una zona rural son distintos a los que trabajan en una zona urbana.
5. Hay diferencias en los resultados clínicos cuando ambos profesionales de una Unidad Básica Atención (UBA) tienen mayores niveles de empatía, y menores de burnout.
6. Los resultados asistenciales de los Centros de Atención Primaria son mejores cuando la suma del nivel de empatía de sus profesionales es mayor, y menor, el de burnout.
7. La frecuentación de los pacientes guarda relación con el nivel de empatía y burnout de los médicos y enfermeras que les atienden.
8. El gasto de farmacia y los resultados de calidad de farmacia guardan relación con el nivel de empatía y burnout de su médico.
9. Los pacientes de médicos con mayor nivel de empatía y menor burnout tienen bajas laborales más largas.
10. Los pacientes con médicos con mayor nivel de empatía y menor nivel de burnout tienen prescripciones distintas a los que tienen profesionales con alto burnout y baja empatía.

OBJETIVOS:

Generales:

- a. Estudiar el grado de empatía y burnout de los profesionales de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida.
- b. Analizar las diferencias entre el grado de empatía y burnout de los profesionales sanitarios y los resultados clínicos obtenidos.
- c. Evaluar la asociación entre los resultados asistenciales de los Centros de Atención Primaria categorizados según el nivel de empatía y burnout de sus profesionales.

Específicos:

Evaluar y comparar:

- d. El nivel de empatía y burnout con los resultados obtenidos en los pacientes diabéticos, hipertensos y dislipémicos.
- e. Las tasas de frecuentación de los pacientes a las consultas de Atención Primaria según el grado de empatía y burnout de los profesionales.
- f. La prescripción farmacéutica que realizan los distintos profesionales.
- g. La asociación entre los niveles de empatía y burnout de las UBA y sus resultados asistenciales.
- h. Las bajas laborales de los pacientes según el grado de empatía y burnout de sus médicos.

METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

1.1. Descripción y tipo de estudio.

2. Variables de estudio

2.1. Variables personales

2.2. Variables clínicas

2.3. Instrumento para describir la empatía de Jefferson

2.4. Instrumento para describir el burnout de Maslach

3. Descripción de la población, cálculo y distribución muestral

3.1. Participantes y tamaño de la muestra

3.2. Centros participantes

3.3. Criterios de inclusión

3.4. Criterios de exclusión

4. Análisis de Datos

4.1 Sistemas de información utilizados

5. Periodo de estudio y fases del proyecto

6. Revisión del protocolo y autorizaciones

6.1 Aspectos éticos y de confidencialidad

7. Cronograma de trabajo

Diseño de Estudio

Estudio descriptivo de asociación del grado de empatía y burnout de los profesionales sanitarios y su relación con las variables clínicas asistenciales de Atención Primaria.

Variables de estudio

Variables Personales

- Edad y sexo del sanitario.
- Número de la UBA y número identificativo del Centro de trabajo.
- Características de la UBA
 - rural/urbana

Variables Clínicas

- Variables clínicas absolutas:
 - Resultado del Estándar de Calidad Asistencial (ECA) en diciembre de 2014
 - Resultado del Estándar de Calidad de Prescripción Farmacéutica (EQPF) en diciembre de 2014
 - Frecuentación de los pacientes del cupo durante 2014
 - Número de Incapacidades Laborales Temporales (IT) del cupo en 2014
- Variables clínicas individuales:
 - Hemoglobina Glicosilada (Hb1Ac): se considerará el último valor
 - Buen control si Hb1AC <7%
 - Colesterol total y su fracción de baja densidad (LDL)
 - Buen control si LDL <100
 - Hipertensión Arterial, y la Tensión Arterial Sistólica (TAS)
 - Descripción de las variables importantes del ECA

Como variables clínicas se han escogido estos valores (Diabetes, Dislipemia e Hipertensión) ya que son los que referencia el equipo de Hojat en su artículo publicado en *Academic Medicine*²⁹, y poder garantizar la comparabilidad de los datos. Para valorar la calidad asistencial se ha escogido los estándares de calidad del Instituto Catalán de Salud (ICS) para la atención primaria, ya que se han considerado

indicadores consolidados y de aplicación en todo el territorio.

Instrumento para medir la empatía de los profesionales

Se ha utilizado la escala de Empatía de Jefferson en su versión validada al castellano. Su primera validación fue realizada por el equipo del Thomas Jefferson University Hospital y validada al castellano con 24 preguntas por el equipo de Alcorta-Gaza.

Esta escala consiste en 20 reactivos tipo Likert en una escala de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 7 = totalmente de acuerdo), construida sobre la base de una extensa revisión de la bibliografía, seguida de estudios pilotos y con una amplia evidencia publicada que apoya los indicadores psicométricos de la escala (validez de constructo y consistencia interna), tanto en su versión en inglés como en su versión culturalmente adaptada al español. Consideramos que con más de 300 respuestas obtenidas los resultados gozaban de suficiente potencia estadística.

Esta herramienta incluye las siguientes variables: la edad, el género, año de estudio y la orientación empática.

La orientación empática se define operacionalmente como la capacidad de ponerse en el lugar de los demás. La orientación empática se aborda a través de 20 preguntas, que se presenta en el Anexo 1.

Para la clasificación de los niveles de empatía se usan las veinte preguntas que puntúan sobre siete puntos cada una. Los ítems son un conjunto de afirmaciones con las que el encuestado responde utilizando una escala de tipo Likert de siete puntos, que oscilan desde "Totalmente de acuerdo" (7 puntos) a "Totalmente en desacuerdo" (1 punto). Existen 10 ítems redactados en sentido positivo y 10, en sentido negativo, para evitar el automatismo en la respuesta. En los ítems negativos la puntuación se invierte, de modo que, cuando el individuo responde totalmente en desacuerdo, obtiene 7 puntos.

Las preguntas negativas son la 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19, y las positivas, la 2, 4, , 9, 10, 13, 15, 16, 17 y 20.

Por ese motivo la puntuación de la escala de Jefferson va desde 20 a 140 puntos.

Una vez construida la base de datos con las respuestas, se ha estratificado a los sanitarios en tres grupos basados en tres percentiles, esto es, superior a una desviación estándar, entre una y dos desviaciones estándar, e inferior a dos desviaciones estándar, que será la conversión de alto grado de empatía, grado medio de empatía y baja empatía.

Los puntos de corte de la empatía se determinan en función de los datos recogidos de muestras representativas. El equipo de Hojat de la Universidad de Jefferson espera, en un futuro, poder determinar mediante tablas normalizadas puntos de corte que determinen los distintos grados de empatía. Actualmente, se recomienda realizar una distribución de los resultados de la muestra, considerando poco empáticos a los profesionales que tengan un resultado de dos desviaciones estándar por debajo de la media de la muestra. A pesar de que los resultados pueden variar entre 20 y 140, un estudio reciente de M. Hojat muestra un rango entre 50-140 con una desviación estándar de 12, y una media de 120. La bibliografía considera un valor basal de empatía en torno al percentil 75⁵³,⁵⁴. En nuestro estudio se ha considerado que aquellos profesionales con una puntuación ≤ 116 puntos tienen un grado de empatía bajo; de 117 a 124, un grado de empatía medio; y aquellos que tienen ≥ 125 , un grado de empatía alto.

Instrumento para medir el burnout de los profesionales

La escala de Maslach cuenta con 22 ítems, tipo Likert de 7 niveles, en los que los participantes deben responder en rango de 0 a 6, en función de la frecuencia de las sensaciones descritas en cada ítem. La puntuación de 0 corresponde a que la persona nunca experimenta la sensación, y el 6, que la presenta todos los días.

Se ha utilizado la versión validada en castellano de Moreno-Jiménez⁵⁵, que muestra una alta consistencia interna con valores del alpha de entre 0,85 y 0,89 para estas escalas y que puede consultarse en el Anexo 2.

Para la clasificación de burnout se usan las 22 preguntas que puntúan de 0 a 6 cada una. Los ítems son un conjunto de sensaciones que el profesional debe experimentar durante la práctica clínica utilizando una escala de tipo Likert de 7 puntos, que van

desde nunca experimentar la sensación (0 puntos) a experimentarlas todos los días (6 puntos). El test mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se consideran puntuaciones bajas por debajo de 34. Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas, y bajas, en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. Para obtener el resultado se suman las respuestas otorgadas a cada ítem.

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Son las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Puntuación máxima: 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Son las preguntas 5, 10, 11, 15, 22. Puntuación máxima: 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Son las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Puntuación máxima: 48.

La escala se mide según los siguientes rangos:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Las puntuaciones altas en las dos primera subescalas y bajas, en la tercera, definen el síndrome.

Se construyó una base de datos en el programa Excel del Office 2010, con las variables

definidas para el estudio, y que permitirá controlar la calidad de los datos por variable.

Descripción de la población, cálculo y distribución muestral

Participantes y tamaño de la muestra:

En este estudio se ha ofrecido participar a todos los profesionales sanitarios de atención primaria (médicos de familia, pediatras y enfermería) de la región sanitaria de Lleida. Se ha contactado con ellos mediante correo electrónico, tras la aprobación de la Dirección de Atención Primaria del Instituto Catalán de Salud y autorización del CEIC.

Centros participantes:

23 Áreas Básicas de Salud distribuidas de la siguiente forma:

Urbanas: Primer de Maig, Rambla de Ferran, Cappont, Santa Maria, Bordeta-Magraners, Balàfia-Secà-Pardinyes, y Eixample.

Rurales: La Granadella, Ponts, Bellpuig, Almacelles, Lleida Sud, Lleida Nord, Seròs, Alcarràs, Artesa de Segre, Almenar-Alfarràs, Agramunt, Borges Blanques, Tàrrega, Cervera y Pla d'urgell, Balaguer.

Las 23 Áreas Básicas de Salud tienen 242 UBA, compuestas por 231 médicos de familia, 41 pediatras y 266 enfermeros. Nuestro objetivo era obtener una respuesta mayor del 50%.

En nuestro sistema sanitario, los médicos y personal de enfermería suelen trabajar de forma conjunta. Es decir, un médico (ya sea pediatra o médico de familia) visita a los mismos pacientes que una enfermera. Esa unidad de trabajo se denomina UBA (Unidad Básica de Atención). Sin embargo, también se puede dar el caso que un médico pueda dar servicio con uno o más profesionales de enfermería, y viceversa. Para realizar el estudio, se ha determinado que de todas las parejas profesionales posibles, se ha considerado que aquella que más pacientes ha visitado es la unidad de trabajo. Por ejemplo, si el Dr. X ha visitado 1400 pacientes con la enfermera Y y 30 pacientes con la enfermera Y2, consideramos que la UBA es entre X e Y.

En nuestro estudio han participado inicialmente 311 profesionales, lo que supone un

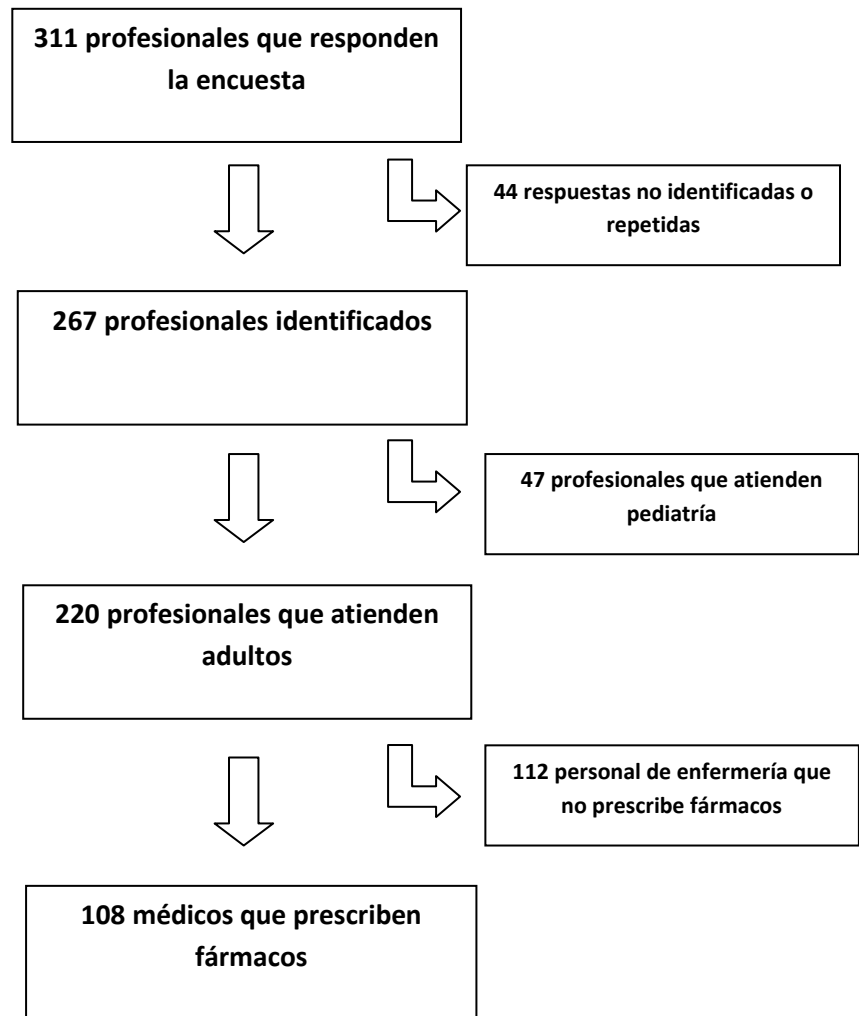
61% de respuesta. En estos momentos en la Región Sanitaria de Lleida trabajan con un cupo asignado 507 profesionales, de los que 217 son médicos de familia (42,8%), 40 son pediatras (7,8%) y 250 personal de enfermería (49,3%). Aun así se ha realizado una depuración de los resultados. Hemos eliminado las respuestas repetidas, las de los profesionales que respondieron pero de los que no disponíamos de datos completos, o aquellos que no se podían identificar para continuar el estudio. Se han excluido 44 profesionales en total.

De los 267 profesionales restantes, se ha procedido a comparar los datos con los pacientes asignados.

Posteriormente, se ha excluido al grupo de los pediatras, pues las variables clínicas analizadas corresponden tan solo a población adulta. Para seleccionar la muestra final, se excluyen aquellos profesionales que se autodeclaran pediatras pero ya que los profesionales de enfermería no tienen la clasificación de enfermería pediátrica, decidimos calcular la edad media de todos los pacientes asignados para cada profesional (médico y enfermera). De este modo, los médicos pediatras y las enfermeras-os pediátricos tendrán una edad media del cupo notablemente más baja que el resto de profesionales. Una vez excluidos los profesionales que trabajan en pediatría, se ha obtenido una muestra final de 220 profesionales, con la que realizaremos las 3 fases del estudio.

Como síntesis de todo lo expuesto, podemos indicar las siguientes fases en el estudio:

- Paso 1: se han obtenido 311 registros iniciales. Se ha procedido a descartar las respuestas repetidas, incompletas y aquellas que no podíamos identificar el cupo del profesional.
- Paso 2: En el estudio han participado 267 profesionales a los que se ha analizado empatía y burnout. Se han incluido médicos de familia, pediatras y personal de enfermería.
- Paso 3: se han seleccionado tan solo aquellos profesionales que atienden pacientes adultos ya que nuestras hipótesis variables clínicas se basan en adultos. Se han obtenido 220 profesionales finales, y sus pacientes respectivos, con los que realizaremos las 3 fases.



Esquema de participantes en nuestro estudio

Criterios de inclusión

En este estudio han podido participar todos los médicos de familia y enfermeras de la región sanitaria de Lleida con cupo asignado, que voluntariamente han querido participar en el estudio.

Se han incluido médicos de familia, pediatras y personal de enfermería.

Criterios de exclusión

Se considera criterio de exclusión no completar la encuesta de forma correcta.

Análisis de Datos

Para el análisis de datos se han utilizado medios descriptivos de frecuencias, porcentajes, desviaciones estándares, con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0.

Los datos introducidos en la base de datos garantizan la anonimidad de los sujetos participantes.

Las variables numéricas se han descrito mediante estadísticos de centralidad (media, mediana) y de dispersión (desviación típica, cuartiles). Las variables categóricas se resumirán mediante tablas de frecuencia con porcentajes.

Asimismo, se han realizado análisis descriptivos para resumir las características de la población de estudio, de los médicos y enfermeras-os analizados, y las respectivas variables de edad, sexo, características del cupo, niveles absolutos de resultados del ECA y ECPF, para los distintas variables clínicas por separado y las tasas de frecuentación.

La edad se ha agrupado en tres grupos para poderla transformar en una variable categórica.

Las comparaciones de variables entre grupos se ha realizado mediante pruebas para grupos independientes: en el caso de variables numéricas, T de Student o U de Mann-Whitney, según si la distribución de los datos recomienda usar métodos paramétricos o no, respectivamente; y el test chi-cuadrado o exacto de Fisher, en el caso de variables categóricas.

Para realizar el estudio de asociación entre el nivel de empatía y las variables clínicas se ha utilizado el test de la chi-cuadrado en el caso de variables categóricas y utilizando el contraste de Mann-Whitney en variables continuas.

En el caso de encontrar cupos de distribución asimétrica en cuanto a las características etarias de sus pacientes, se ha ajustado un modelo de regresión lineal que tenga en cuenta la variable carga asistencial de cada cupo.

En general, se considerarán estadísticamente significativos los resultados de los tests con p-valor menor que 0,05.

Sistemas de información utilizados:

Los Centros y datos de contacto de todos los participantes se han obtenido de la información pública de la página Web corporativa WebLleida.

La base de datos con las respuestas de los participantes ha sido creada en Google Docs.

Los datos de los estándares de calidad serán obtenidos de los sistemas de información de Atención Primaria siguiendo el estricto protocolo de seguridad, confidencialidad y anonimidad.

Período de estudio y fases del Proyecto

La escala de validación se administró a todos los médicos de familia entre los meses de Mayo y Julio de 2014. El análisis de los datos obtenidos, así como la correlación con los datos clínicos se ha realizado hasta octubre de 2014.

Una vez obtenida la muestra final y con los primeros resultados, se ha procedido al análisis de las variables personales y clínicas y su relación con los test de Jefferson y Maslach.

Recogida de datos

Se ha partido de la evaluación de todos los médicos y enfermeras con cupo asignado de la Región Sanitaria de Lleida. Para ello se ha contactado individualmente con cada uno de ellos por correo electrónico con una carta solicitando su participación, y con un enlace a una encuesta creada en Google Drive que ha servido para la creación de la base de datos.

La encuesta administrada consta de ítems sociodemográficos, la escala de Jefferson (20 ítems), la escala de Maslach (20 ítems) y el número identificativo de la Unidad Básica Asistencial en la que presta su servicio.

Los datos se han unificado en una única base de datos que contendrá las respuestas de empatía y que se han conglomerado en relación a la puntuación final de la escala de Jefferson para cada participante. Esto ha hecho posible clasificar a los sanitarios en tres grupos: el de alta empatía, nivel medio de empatía o baja empatía. La base de

datos se ha anonimizado manteniendo el número de UBA, el sexo, edad del profesional, e indicado si es médico o enfermera, de forma que el profesional no ha sido identificable por los investigadores que realizan el estudio.

Explotación de resultados

Se ha estudiado la relación entre los grupos de empatía y los resultados de calidad asistencial anteriormente descritos, tanto a nivel individual, como el conjunto de la UBA (media de la empatía del médico y enfermera) y por Centros (media de todas las UBA del Centro). También se han analizado las diferencias entre los grupos de empatía y las características de la UBA.

Con el objetivo de analizar la posible asimetría que pueden tener los cupos, se ha ajustado un modelo de regresión lineal que tiene en cuenta la variable carga asistencial de cada cupo. En el trabajo hemos organizado los resultados en tres fases. En la primera fase, se realiza el análisis completo de la empatía y burnout de los profesionales y Centros de salud. En la segunda fase, se valora la relación de las variables clínicas con la empatía y burnout. En la tercera fase, estudiamos el impacto de la empatía y burnout en los indicadores asistenciales y en la prescripción de bajas laborales.

Revisión del protocolo y autorizaciones:

La Unidad de Apoyo a la Investigación en Atención Primaria, dependiente de la IDIAP Jordi Gol, ha facilitado el asesoramiento metodológico, estadístico y el acceso a la bases de datos sanitarios.

La Dirección de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud ha ofrecido su opinión y propuestas de mejora. Asimismo, ha aprobado el protocolo de estudio y ha autorizado el análisis de las bases de datos anonimizadas del Servicio de Información de Atención Primaria de Lleida.

Se han solicitado a la Unidad de Farmacia del CatSalut de Lleida los datos de farmacia anonimizados de los pacientes asignados a los profesionales descritos en la metodología a diciembre de 2013.

El protocolo fue asesorado por dos miembros del grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Dr. Francesc Borrell y Dr. Manu Campiñez), y también fue discutido con ellos, incorporando sus comentarios y propuestas de mejora al protocolo.

Aspectos éticos y de confidencialidad

El trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) (Documento Anexo). La información del estudio se facilitó de forma escrita a los participantes. Se mantuvo la confidencialidad y el anonimato de los datos conforme a la Ley de 15/1999 de Protección de Datos. Para ello, los datos han sido codificados y solo el técnico del Sistema de Información de Atención Primaria que realizó el cruce de los datos asistenciales con los participantes ha tenido acceso a ellos.

Los investigadores en ningún momento han podido identificar a los participantes del trabajo porque la base de datos fue anónima.

Cronograma del trabajo:

2014

Marzo: redacción del protocolo de trabajo y revisión sistemática de la bibliografía. Creación de la base de datos.

Abril: Presentación del trabajo en el CEIC y presentación oficial del trabajo en la dirección de Atención Primaria.

Mayo: Presentación de la memoria en la UdL para su registro.

Junio: Escala de Jefferson a todos los médicos participantes.

Julio: Categorización de los médicos y enfermeras según se ha descrito en la metodología (Fase I)

Agosto-Septiembre: revisión del EQA, EQPF, variables clínicas, prescripción de IT y su relación con la empatía de los médicos. (Fase II y III)

Octubre-Diciembre: reflexión grupal sobre los resultados.

A partir de Enero de 2015: Discusión y escritura de artículos.

RESULTADOS

RESULTADOS

La explotación de los datos se ha realizado progresivamente siguiendo el esquema que se presenta a continuación.

Empatía y burnout en los profesionales sanitarios de la Región Sanitaria de Lleida

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

Categorización de la empatía y burnout de todos los médicos y enfermeras con cupo asignado de la Región Sanitaria de Lleida.

La muestra inicial incluía 311 profesionales, entre médicos de familia, pediatras y personal de enfermería que respondió ambas encuestas.

A continuación, hacemos una mención de los resultados de los tests de Jefferson y Maslach obtenidos con esta muestra inicial para obtener una imagen de la situación global.

Descripción de la empatía

En un primer momento se pasa la encuesta a los 311 profesionales mencionados. En el gráfico 1 tenemos la distribución de la escala de Jefferson de nuestra muestra. Del total de profesionales, 103 (33,1%) han presentado un bajo nivel de empatía en la escala de Jefferson; 99 (31,8%), un nivel medio, y 109 (35,05%), un nivel alto.

	N	n (%)
Empatía (Jefferson)	311	
Bajo (≤ 116)		103 (33,12%)
Medio (116-124)		99 (31,83%)
Alto (≥ 125)		109 (35,05%)

Tabla 1. Distribución muestra Empatía

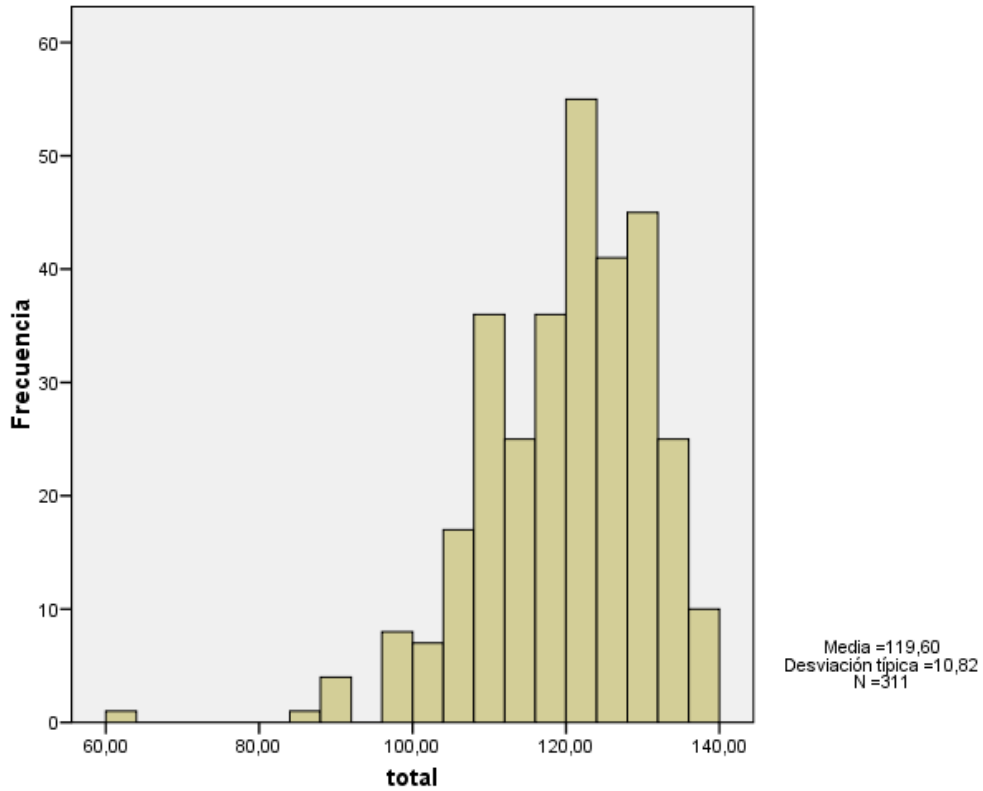
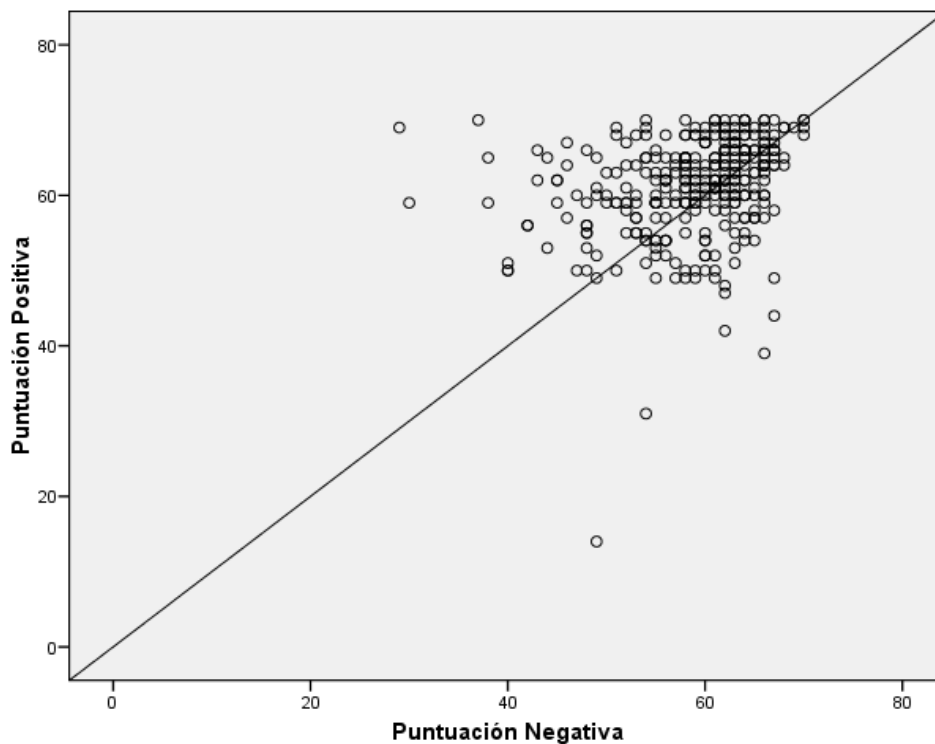


Gráfico 1. Distribución por terciles de la muestra

Como podemos ver, existe una leve asimetría en la derecha, hecho que nos indica que hay profesionales que tienen una puntuación menor de lo que debería, bajo la hipótesis que la distribución de puntuaciones es simétrica. Lo que supone que un 33,12% es para los menos empáticos, un 35,05% para los más empáticos y un 31,8% para aquellos que obtienen una clasificación media.

Se ha realizado una valoración de la puntuación positiva y negativa de la escala de Jefferson para comprobar si existe equilibrio. En el diagrama 1, se ha visto que existe cierta asociación positiva, por lo que a más puntos positivos, más puntos negativos (eso es lo esperado). Sin embargo, la asociación no es muy intensa, ya que si fuera perfecta se hallarían todos los puntos sobre la recta de la bisectriz. Aun así, para cuantificar esta asociación tenemos el coeficiente de correlación de Pearson. En nuestra muestra, este valor se sitúa en 0,251, siendo 0 la independencia de las puntuaciones y 1, la asociación perfecta. Por tanto, tenemos una correlación moderada-baja.

Diagrama 1. Correlación Puntuación positiva/negativa



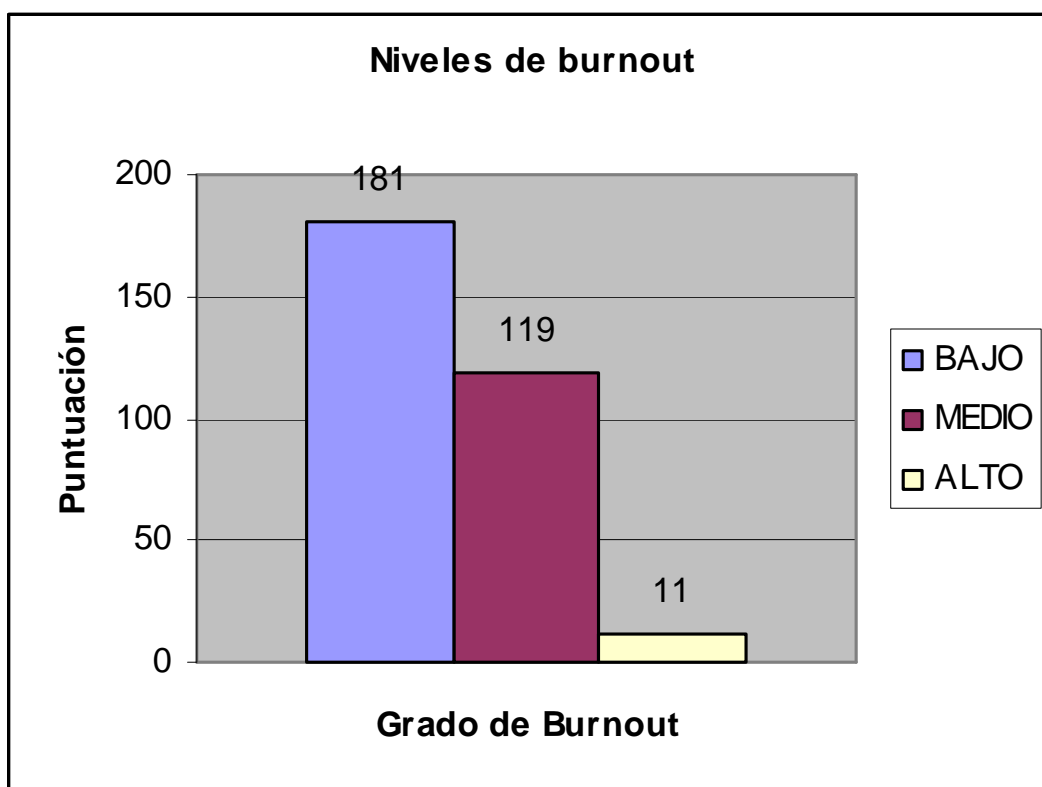
Descripción del burnout

En la Tabla 2, obtenemos los resultados descriptivos del cuestionario. La mayor parte de los profesionales tienen un bajo nivel de Burnout (58,2%). Esta tendencia es similar en las tres subescalas del burnout.

Tabla 2. Resultados globales del test de Maslach

	N	n (%)
Puntuación Sumaria	311	
BAJA		181 (58,2%)
MEDIA		119 (38,26%)
ALTA		11 (3,54%)
Agotamiento Emocional Agrupado	311	
Bajo Burnout		177 (56,91%)
Moderado Burnout		61 (19,61%)
Alto Burnout		73 (23,47%)
Despersonalización Agrupado	311	
Baja Despersonalización		200 (64,31%)
Moderada Despersonalización		69 (22,19%)
Alta Despersonalización		42 (13,5%)
Realización Personal Agrupado	311	
Bajo logro		27 (8,68%)
Moderado logro		119 (38,26%)
Alto logro		165 (53,05%)

Gráfico 2. Niveles de burnout entre los profesionales sanitarios de Lleida



Relación escala de empatía de Jefferson y escala de medida de burnout de Maslach

Como se ha comentado, una buena forma de validar la clasificación y resultados del cuestionario de Jefferson, es comprobar si guarda asociación con el cuestionario de Burnout. Se ha relacionado la puntuación obtenida en empatía con la obtenida en la escala de Maslach.

En la Tabla 3 podemos observar que los niveles de empatía se asocian de forma significativa con el grado de burnout, en todas sus categorías. Se ha detectado en nuestra muestra una correlación entre mayor empatía y menor despersonalización, así como agotamiento emocional y mayor realización personal.

En la muestra obtenida se aprecia que grados elevados de empatía se correlacionan con bajo grado de puntuación de burnout.

Tabla 3. Comparación de resultados entre Escala de Jefferson y Escala de Maslach

		ESCALA DE JEFFERSON								p-valor
		Bajo (n=103)		Medio (n=99)		Alto (n=109)		Total (n=311)		
		N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
ESCALA DE MASLACH	Puntuación Sumaria	103		99		109		311		0,000
	BAJA		43 (41,75%)		59 (59,6%)		79 (72,48%)		181 (58,2%)	
	MEDIA		55 (53,4%)		36 (36,36%)		28 (25,69%)		119 (38,26%)	
	ALTA		5 (4,85%)		4 (4,04%)		2 (1,83%)		11 (3,54%)	
	Agotamiento Emocional	103		99		109		311		0,026
	Bajo		50 (48,54%)		58 (58,59%)		69 (63,3%)		177 (56,91%)	
	Moderado		22 (21,36%)		20 (20,2%)		19 (17,43%)		61 (19,61%)	
	Alto		31 (30,1%)		21 (21,21%)		21 (19,27%)		73 (23,47%)	
	Despersonalización	103		99		109		311		0,000
	Baja Despersonalización		49 (47,57%)		67 (67,68%)		84 (77,06%)		200 (64,31%)	
	Moderada Despersonalización		34 (33,01%)		23 (23,23%)		12 (11,01%)		69 (22,19%)	
	Alta Despersonalización		20 (19,42%)		9 (9,09%)		13 (11,93%)		42 (13,5%)	
	Realización Personal	103		99		109		311		0,000
	Bajo logro		16 (15,53%)		8 (8,08%)		3 (2,75%)		27 (8,68%)	
	Moderado logro		56 (54,37%)		39 (39,39%)		24 (22,02%)		119 (38,26%)	
	Alto logro		31 (30,1%)		52 (52,53%)		82 (75,23%)		165 (53,05%)	

DESCRIPCIÓN DE MUESTRA DEPURADA

Médicos de Familia, pediatras y enfermería

Como se ha comentado en el apartado de Metodología, tras la primera depuración se han obtenido 267 profesionales entre médicos, personal de enfermería y de pediatría. A partir de esta muestra final se ha realizado la Tabla 4, con un resumen de la información obtenida.

Estadística Descriptiva

Categoría profesional

De las encuestas correctamente realizadas, 267, 115 (43,1%) corresponden a médico de familia; 131, a enfermería (49,11%) y 21 (7,9%), a pediatría.

Procedencia

156 (58,4%) de los profesionales encuestados trabajan en Centros no urbanos, o fuera de Lleida capital; y 111 (41,6%), en Centros urbanos

Edad

La edad media de la muestra se sitúa en los 48,1 años (mediana rango entre 31-65).

Género

En la muestra obtenida la mayoría de profesionales son mujeres 209 (78,3%).

Cuando valoramos el género en relación a los grupos profesionales, en todos ellos predominan las mujeres. En el caso de medicina familiar, el 54,07 % son mujeres; en enfermería, el 92,7%, y en pediatría, el 75,11%.

Empatía y burnout de los profesionales

En 2014 el número de profesionales sanitarios mujeres que trabajan en la Región Sanitaria es mayor que los hombres, por lo que es esperable obtener mayor respuesta de mujeres que de hombres. En cuanto a la distribución de las categorías del síndrome de burnout, observamos que es muy similar también a la de la muestra completa. No hemos perdido más unas respuestas altas o bajas, sino que la pérdida es equilibrada.

Tabla 4. Muestra demográfica de la muestra total

	N	n (%)
Demográficos		
Edad (media - DT)	267	48,1 (8,7)
Sexo	267	
Hombre		58 (21,7%)
Mujer		209 (78,3%)
Profesión	267	
Enfermería		131 (49,1%)
Médico		115 (43,1%)
Pediatria		21 (7,9%)
Ámbito	267	
Urbano		111 (41,6%)
Rural		156 (58,4%)
Síndrome Burnout		
Sumario Burnout	267	
BAJA		157 (58,8%)
MEDIA		100 (37,5%)
ALTA		10 (3,7%)
Agotamiento Emocional	267	
Bajo Burnout		154 (57,7%)
Moderado Burnout		51 (19,1%)
Alto Burnout		62 (23,2%)
Despersonalización	267	
Baja Despersonalización		170 (63,7%)
Moderada Despersonalización		64 (24%)
Alta Despersonalización		33 (12,4%)
Realización Emocional	267	
Bajo logro		24 (9%)
Moderado logro		101 (37,8%)
Alto logro		142 (53,2%)
Jefferson		
Puntuación Positiva (media - DT)	267	61 (6,5)
Puntuación Negativa (media - DT)	267	58,6 (6,7)
Puntuación Total (media - DT)	267	119,7 (10,6)
Empatía (Jefferson)	267	
Bajo		89 (33,3%)
Medio		88 (33%)
Alto		90 (33,7%)

Como se observa en la muestra anterior, hay un predominio de profesionales de enfermería y del ámbito rural. La mayoría de profesionales tienen bajo burnout así como empatía elevada.

Estadística comparativa

Relación edad, género y tipo de profesional

Se detecta que el género depende de la edad. Ello quiere decir que hay más mujeres en grupos de edad más jóvenes y menos mujeres en grupos de edad mayores. No obstante, por cada grupo de edad las mujeres son mayoría.

En la tabla 5 tenemos el análisis descriptivo de la muestra en función de la edad y los resultados en las encuestas. En este caso cabe destacar que los profesionales jóvenes son mujeres, y que la realización personal depende de la edad. El alto logro se asocia a los profesionales mayores.

La edad y la profesión dependen del género. En la tabla 6, constatamos el análisis en función del género de los participantes, donde vemos que va asociado a la edad, a la categoría profesional y al grado de burnout. En la tabla 7 se realiza el análisis por categoría profesional, donde vemos que en todos los grupos profesionales los niveles de burnout son mayoritariamente bajos. Como vemos, la muestra de pediatría es de 21 profesionales. En nuestros resultados objetivamos que los pediatras tienen un predominio de baja empatía y bajo burnout, pero no son diferencias significativas.

Como ya hemos observado tenemos una edad mayor entre los hombres que entre las mujeres. También se detecta que el género femenino se asocia a la enfermería, y el género masculino, a la medicina.

Relación empatía/burnout y género

No se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de empatía, y en el síndrome de Burnout, excepto en la dimensión de despersonalización (donde parece que los hombres tienen un riesgo superior). Hemos constatado un grado de despersonalización del 22,4% en hombres, frente al 9,6% de las mujeres.

Tabla 5. Comparación variables socio-demográficas y escalas en función de la edad

	31 - 40 (n=60)		41 - 50 (n=95)		>50 (n=112)		Total (n=267)		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	60		95		112		267		0,000
Hombre		4 (6,7%)		15 (15,8%)		39 (34,8%)		58 (21,7%)	
Mujer		56 (93,3%)		80 (84,2%)		73 (65,2%)		209 (78,3%)	
Profesión	60		95		112		267		0,145
Enfermería		34 (56,7%)		41 (43,2%)		56 (50%)		131 (49,1%)	
Médico		19 (31,7%)		45 (47,4%)		51 (45,5%)		115 (43,1%)	
Pediatría		7 (11,7%)		9 (9,5%)		5 (4,5%)		21 (7,9%)	
Ámbito	60		95		112		267		0,915
Urbano		26 (43,3%)		40 (42,1%)		45 (40,2%)		111 (41,6%)	
Rural		34 (56,7%)		55 (57,9%)		67 (59,8%)		156 (58,4%)	
Empatía (Jefferson)	60		95		112		267		0,958
Bajo		18 (30%)		31 (32,6%)		40 (35,7%)		89 (33,3%)	
Medio		21 (35%)		31 (32,6%)		36 (32,1%)		88 (33%)	
Alto		21 (35%)		33 (34,7%)		36 (32,1%)		90 (33,7%)	
Sumario Burnout	60		95		112		267		0,475
BAJA		37 (61,7%)		57 (60%)		63 (56,3%)		157 (58,8%)	
MEDIA		23 (38,3%)		33 (34,7%)		44 (39,3%)		100 (37,5%)	
ALTA		0 (0%)		5 (5,3%)		5 (4,5%)		10 (3,7%)	
Agotamiento emocional	60		95		112		267		0,881
Bajo Burnout		36 (60%)		54 (56,8%)		64 (57,1%)		154 (57,7%)	
Moderado Burnout		13 (21,7%)		18 (18,9%)		20 (17,9%)		51 (19,1%)	
Alto Burnout		11 (18,3%)		23 (24,2%)		28 (25%)		62 (23,2%)	
Despersonalización	60		95		112		267		0,767
Baja		40 (66,7%)		62 (65,3%)		68 (60,7%)		170 (63,7%)	
Moderada		15 (25%)		20 (21,1%)		29 (25,9%)		64 (24%)	
Alta		5 (8,3%)		13 (13,7%)		15 (13,4%)		33 (12,4%)	
Realización Personal	60		95		112		267		0,060
Bajo logro		1 (1,7%)		12 (12,6%)		11 (9,8%)		24 (9%)	
Moderado logro		28 (46,7%)		38 (40%)		35 (31,3%)		101 (37,8%)	
Alto logro		31 (51,7%)		45 (47,4%)		66 (58,9%)		142 (53,2%)	

Como se observa, existe un predominio de mujeres en todos los grupos de edad, con mayor predominio entre los profesionales más jóvenes. Además, la realización personal se asocia a la edad: cuanto mayor es el profesional, mayor logro personal.

Tabla 6. Comparación variables socio-demográficas, escalas y género

	Hombre (n=58)		Mujer (n=209)		Total (n=267)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Edad Agrupada	58		209		267		0,000
31 – 40		4 (6,9%)		56 (26,8%)		60 (22,5%)	
41 - 50		15 (25,9%)		80 (38,3%)		95 (35,6%)	
>50		39 (67,2%)		73 (34,9%)		112 (41,9%)	
Profesión	58		209		267		0,000
Enfermería		12 (20,7%)		119 (56,9%)		131 (49,1%)	
Médico		41 (70,7%)		74 (35,4%)		115 (43,1%)	
Pediatría		5 (8,6%)		16 (7,7%)		21 (7,9%)	
Ámbito	58		209		267		0,349
Urbano		21 (36,2%)		90 (43,1%)		111 (41,6%)	
Rural		37 (63,8%)		119 (56,9%)		156 (58,4%)	
Empatía (Jefferson)	58		209		267		0,610
Baja		19 (32,8%)		70 (33,5%)		89 (33,3%)	
Media		22 (37,9%)		66 (31,6%)		88 (33%)	
Alta		17 (29,3%)		73 (34,9%)		90 (33,7%)	
Sumario Burn out	58		209		267		0,086
BAJA		32 (55,2%)		125 (59,8%)		157 (58,8%)	
MEDIA		21 (36,2%)		79 (37,8%)		100 (37,5%)	
ALTA		5 (8,6%)		5 (2,4%)		10 (3,7%)	
Agotamiento Emocional Agrupado	58		209		267		0,663
Bajo Burnout		32 (55,2%)		122 (58,4%)		154 (57,7%)	
Moderado Burnout		10 (17,2%)		41 (19,6%)		51 (19,1%)	
Alto Burnout		16 (27,6%)		46 (22%)		62 (23,2%)	
Despersonalización Agrupado	58		209		267		0,031
Baja Despersonalización		33 (56,9%)		137 (65,6%)		170 (63,7%)	
Moderada Despersonalización		12 (20,7%)		52 (24,9%)		64 (24%)	
Alta Despersonalización		13 (22,4%)		20 (9,6%)		33 (12,4%)	
Realización personal Agrupado	58		209		267		0,275
Bajo logro		8 (13,8%)		16 (7,7%)		24 (9%)	
Moderado logro		23 (39,7%)		78 (37,3%)		101 (37,8%)	
Alto logro		27 (46,6%)		115 (55%)		142 (53,2%)	

Apreciamos que la mayoría de hombres son mayores de 50 años, y las mujeres se distribuyen uniformemente. Los hombres que han participado son mayoritariamente médicos, y tanto hombres y mujeres tienen niveles bajos de burnout con baja despersonalización.

Tabla 7. Comparación variables socio-demográficas, escalas y profesión

	Enfermería (n=131)		Médico (n=115)		Pediatria (n=21)		Total (n=267)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Edad agrupada	131		115		21		267		0,145
31 - 40		34 (26%)		19 (16,5%)		7 (33,3%)		60 (22,5%)	
41 - 50		41 (31,3%)		45 (39,1%)		9 (42,9%)		95 (35,6%)	
>50		56 (42,7%)		51 (44,3%)		5 (23,8%)		112 (41,9%)	
Sexo	131		115		21		267		0,000
Hombre		12 (9,2%)		41 (35,7%)		5 (23,8%)		58 (21,7%)	
Mujer		119 (90,8%)		74 (64,3%)		16 (76,2%)		209 (78,3%)	
Ámbito	131		115		21		267		0,405
Urbano		50 (38,2%)		50 (43,5%)		11 (52,4%)		111 (41,6%)	
Rural		81 (61,8%)		65 (56,5%)		10 (47,6%)		156 (58,4%)	
Empatía (Jefferson)	131		115		21		267		0,623
Baja		45 (34,4%)		35 (30,4%)		9 (42,9%)		89 (33,3%)	
Media		45 (34,4%)		36 (31,3%)		7 (33,3%)		88 (33%)	
Alta		41 (31,3%)		44 (38,3%)		5 (23,8%)		90 (33,7%)	
Sumario Burn out	131		115		21		267		0,022
BAJA		86 (65,6%)		63 (54,8%)		8 (38,1%)		157 (58,8%)	
MEDIA		44 (33,6%)		45 (39,1%)		11 (52,4%)		100 (37,5%)	
ALTA		1 (0,8%)		7 (6,1%)		2 (9,5%)		10 (3,7%)	
Agotamiento emocional Agrupado	131		115		21		267		0,025
Bajo Burnout		82 (62,6%)		63 (54,8%)		9 (42,9%)		154 (57,7%)	
Moderado Burnout		26 (19,8%)		17 (14,8%)		8 (38,1%)		51 (19,1%)	
Alto Burnout		23 (17,6%)		35 (30,4%)		4 (19%)		62 (23,2%)	
Despersonalización Agrupado	131		115		21		267		0,027
Baja Despersonalización		90 (68,7%)		69 (60%)		11 (52,4%)		170 (63,7%)	
Moderada Despersonalización		33 (25,2%)		24 (20,9%)		7 (33,3%)		64 (24%)	
Alta Despersonalización		8 (6,1%)		22 (19,1%)		3 (14,3%)		33 (12,4%)	
Realización Personal Agrupado	131		115		21		267		0,576
Bajo logro		9 (6,9%)		12 (10,4%)		3 (14,3%)		24 (9%)	
Moderado logro		47 (35,9%)		45 (39,1%)		9 (42,9%)		101 (37,8%)	
Alto logro		75 (57,3%)		58 (50,4%)		9 (42,9%)		142 (53,2%)	

En este caso, vemos que hay prevalencia de mujeres en todas las características profesionales, y el burnout es bajo en todos los grupos. Asimismo, en este gráfico destacamos al grupo de pediatras, donde detectamos un predominio de baja empatía y bajo burnout.

Tabla 8. Comparación variables socio-demográficas, escalas y ámbito de trabajo

	Urbano (n=111)		Rural (n=156)		Total (n=267)		P
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Edad agrupada	111		156		267		0,915
31 - 40		26 (23,4%)		34 (21,8%)		60 (22,5%)	
41 - 50		40 (36%)		55 (35,3%)		95 (35,6%)	
>50		45 (40,5%)		67 (42,9%)		112 (41,9%)	
Profesión	111		156		267		0,405
Enfermería		50 (45%)		81 (51,9%)		131 (49,1%)	
Médico		50 (45%)		65 (41,7%)		115 (43,1%)	
Pediatría		11 (9,9%)		10 (6,4%)		21 (7,9%)	
Sexo	111		156		267		0,349
Hombre		21 (18,9%)		37 (23,7%)		58 (21,7%)	
Mujer		90 (81,1%)		119 (76,3%)		209 (78,3%)	
Empatía (Jefferson)	111		156		267		0,018
Baja		27 (24,3%)		62 (39,7%)		89 (33,3%)	
Media		38 (34,2%)		50 (32,1%)		88 (33%)	
Alta		46 (41,4%)		44 (28,2%)		90 (33,7%)	
Sumario Burnout	111		156		267		0,774
BAJA		63 (56,8%)		94 (60,3%)		157 (58,8%)	
MEDIA		43 (38,7%)		57 (36,5%)		100 (37,5%)	
ALTA		5 (4,5%)		5 (3,2%)		10 (3,7%)	
Agotamiento emocional	111		156		267		0,677
Bajo Burnout		62 (55,9%)		92 (59%)		154 (57,7%)	
Moderado Burnout		24 (21,6%)		27 (17,3%)		51 (19,1%)	
Alto Burnout		25 (22,5%)		37 (23,7%)		62 (23,2%)	
Despersonalización	111		156		267		0,410
Baja Despersonalización		68 (61,3%)		102 (65,4%)		170 (63,7%)	
Moderada Despersonalización		31 (27,9%)		33 (21,2%)		64 (24%)	
Alta Despersonalización		12 (10,8%)		21 (13,5%)		33 (12,4%)	
Realización personal	111		156		267		0,222
Bajo logro		6 (5,4%)		18 (11,5%)		24 (9%)	
Moderado logro		43 (38,7%)		58 (37,2%)		101 (37,8%)	
Alto logro		62 (55,9%)		80 (51,3%)		142 (53,2%)	

En función del ámbito de trabajo, detectamos que en el ámbito rural los profesionales tienen menor empatía. No apreciamos diferencias significativas en el burnout, aunque en ambos ámbitos la mayoría de profesionales tiene bajo burnout.

Relación empatía/burnout y pediatría

Tabla 9. Comparación de empatía entre profesionales de pediatría y de adultos y categoría profesional

	Enfermería Pediatría	Enfermería Adultos	Pediatras	Médicos de Familia	Todos	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Empatía (Jefferson)	12	119	21	115	267	0,758
Baja	3 (25%)	42 (35,29%)	9 (42,86%)	35 (30,43%)	89 (33,33%)	
Media	4 (33,33%)	41 (34,45%)	7 (33,33%)	36 (31,3%)	88 (32,96%)	
Alta	5 (41,67%)	36 (30,25%)	5 (23,81%)	44 (38,26%)	90 (33,71%)	
Sumario Burnout	12	119	21	115	267	0,064
BAJA	9 (75%)	77 (64,71%)	8 (38,1%)	63 (54,78%)	157 (58,8%)	
MEDIA	3 (25%)	41 (34,45%)	11 (52,38%)	45 (39,13%)	100 (37,45%)	
ALTA	0 (0%)	1 (0,84%)	2 (9,52%)	7 (6,09%)	10 (3,75%)	

Tabla 10. Comparación global de empatía y burnout entre pediatría y medicina familiar

	Pediatría	Adultos	Todos	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Empatía (Jefferson)	33	234	267	0,889
Baja	12 (36,36%)	77 (32,91%)	89 (33,33%)	
Media	11 (33,33%)	77 (32,91%)	88 (32,96%)	
Alta	10 (30,3%)	80 (34,19%)	90 (33,71%)	
Sumario Burnout	33	234	267	0,569
BAJA	17 (51,52%)	140 (59,83%)	157 (58,8%)	
MEDIA	14 (42,42%)	86 (36,75%)	100 (37,45%)	
ALTA	2 (6,06%)	8 (3,42%)	10 (3,75%)	

En las tablas 9 y 10, se ha realizado una comparativa entre los profesionales de pediatría y los que atienden población adulta y no hemos detectado diferencias significativas.

Relación empatía/burnout y rural/urbano

En la tabla 8 se ha realizado la comparativa en función del lugar de trabajo. En la tabla 11 se ha relacionado la empatía de los profesionales con las variables sociodemográficas. Se han evidenciado diferencias significativas en el ámbito de trabajo (rural/urbano) y en las distintas escalas del test de Maslach.

Tabla 11. Comparación variables socio-demográficas, con agrupación de escala Jefferson

	Bajo-Medio (n=177)		Alto (n=90)		Total (n=267)		P
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Edad agrupada	177		90		267		0,899
31 - 40		39 (22%)		21 (23,3%)		60 (22,5%)	
41 - 50		62 (35%)		33 (36,7%)		95 (35,6%)	
>50		76 (42,9%)		36 (40%)		112 (41,9%)	
Sexo	177		90		267		0,423
Hombre		41 (23,2%)		17 (18,9%)		58 (21,7%)	
Mujer		136 (76,8%)		73 (81,1%)		209 (78,3%)	
Ámbito	177		90		267		0,024
Urbano		65 (36,7%)		46 (51,1%)		111 (41,6%)	
Rural		112 (63,3%)		44 (48,9%)		156 (58,4%)	
Profesión	177		90		267		0,312
Enfermería		90 (50,8%)		41 (45,6%)		131 (49,1%)	
Médico		71 (40,1%)		44 (48,9%)		115 (43,1%)	
Pediatria		16 (9%)		5 (5,6%)		21 (7,9%)	
Sumario Burnout	177		90		267		0,002
BAJA		91 (51,4%)		66 (73,3%)		157 (58,8%)	
MEDIA		77 (43,5%)		23 (25,6%)		100 (37,5%)	
ALTA		9 (5,1%)		1 (1,1%)		10 (3,7%)	
Agotamiento emocional	177		90		267		0,288
Bajo Burnout		97 (54,8%)		57 (63,3%)		154 (57,7%)	
Moderado Burnout		34 (19,2%)		17 (18,9%)		51 (19,1%)	
Alto Burnout		46 (26%)		16 (17,8%)		62 (23,2%)	
Despersonalización	177		90		267		0,001
Baja Despersonalización		100 (56,5%)		70 (77,8%)		170 (63,7%)	
Moderada Despersonalización		54 (30,5%)		10 (11,1%)		64 (24%)	
Alta Despersonalización		23 (13%)		10 (11,1%)		33 (12,4%)	
Realización Personal	177		90		267		0,000
Bajo logro		21 (11,9%)		3 (3,3%)		24 (9%)	
Moderado logro		83 (46,9%)		18 (20%)		101 (37,8%)	
Alto logro		73 (41,2%)		69 (76,7%)		142 (53,2%)	

Relación empatía/burnout con UBA y Centros de Salud

Se ha decidido valorar también la relación entre las variables de empatía y burnout en función de la categoría profesional y de la Unidad Básica de Asistencia (UBA).

En nuestro sistema sanitario, los profesionales sanitarios suelen trabajar conjuntamente médico/enfermera tal y como se ha comentado en el apartado de Metodología. Siguiendo este criterio se detectan un total de 68 parejas de profesionales; por tanto, 136 profesionales.

Relación entre empatía y UBA

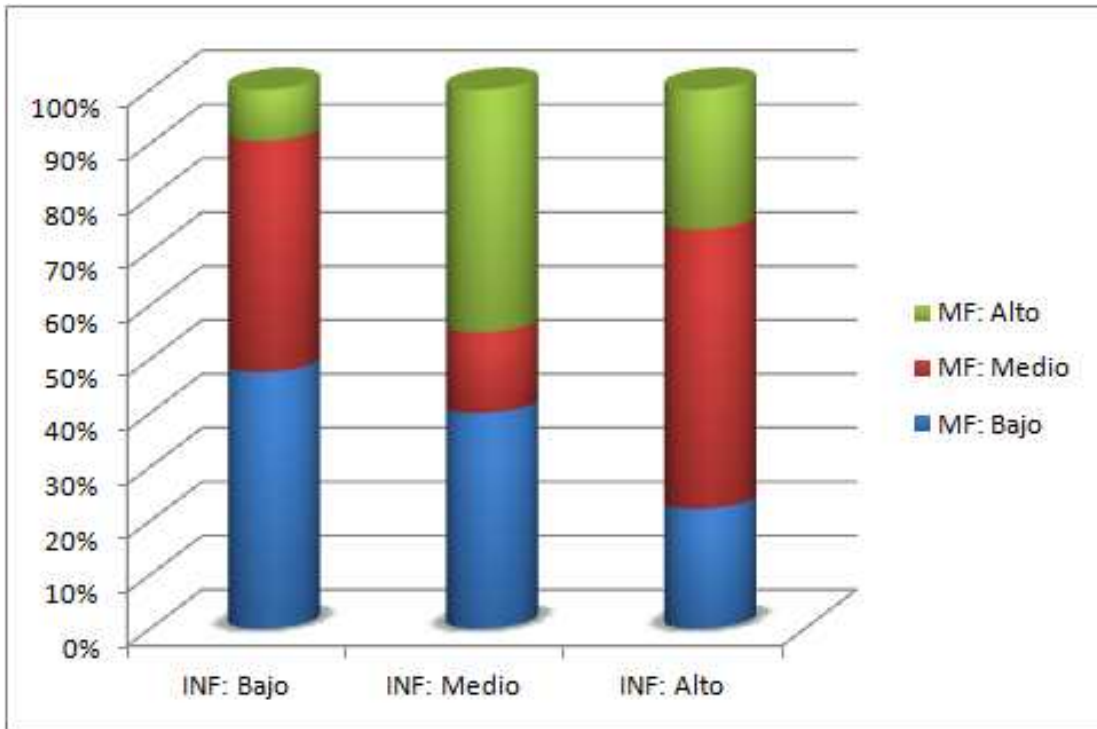
Los resultados muestran que no existe una asociación entre la puntuación de empatía entre el médico y su enfermera.

Tabla 12. Relación empatía entre UBA

		Enfermería		
		Bajo	Medio	Alto
Médico/Pediatra	Bajo	10 (47,6%)	8 (40%)	6 (22,2%)
	Medio	9 (42,9%)	3 (15%)	14 (51,9%)
	Alto	2 (9,5%)	9 (45%)	7 (25,9%)

En el gráfico 3 se ha comparado la empatía de los médicos y enfermeras que trabajan conjuntamente. Se observa que el personal de enfermería poco empático comparte consulta con médicos con poca o media empatía. Aquellas enfermeras que tienen una empatía media, comparten consulta con médicos con distintos grados de empatía. La enfermería muy empática, trabaja generalmente con médicos con empatía media o elevada.

Gráfico 3. Comparación niveles empatía UBA



En este gráfico se aprecia como la baja empatía de enfermería se correlaciona poco con médicos muy empáticos. Los profesionales de enfermería con empatía elevada generalmente se asocian con médicos con una empatía media.

Relación entre empatía y Centros de salud

Los profesionales sanitarios están asignados a Centros de Salud (Áreas Básicas de Salud) y en nuestro proyecto se han estudiado las 23 de la región sanitaria de Lleida. Se han detectado diferencias en cuanto a la puntuación negativa y a la puntuación sumaria de la empatía. En color rojo, se indican los Centros del ámbito rural y en negro, los de Lleida ciudad.

Tabla 13. Comparación empatía por ABS

	Puntuación Negativa		Puntuación Positiva		Puntuación Total	
	n	media (DT)	n	Media (DT)	n	media (DT)
Centro 1	6	57 (6,2)	6	59,2 (7,7)	6	116,2 (11,5)
Centro 2	10	56,3 (8,7)	10	60,3 (7,5)	10	116,6 (11,4)
Centro 3	9	56 (7,1)	9	59,8 (6,3)	9	115,8 (11,7)
Centro 4	6	56,5 (2,4)	6	59,5 (4,4)	6	116 (6)
Centro 5	16	58,2 (8,3)	16	60,4 (7,2)	16	118,6 (13,3)
Centro 6	8	58,3 (5,7)	8	60,5 (6,9)	8	118,8 (9)
Centro 7	15	62,5 (4,5)	15	62,1 (3,9)	15	124,7 (6,7)
Centro 8	15	61,5 (5,7)	15	63,9 (3,9)	15	125,4 (7,4)
Centro 9	5	53,4 (7,1)	5	59,2 (6,8)	5	112,6 (7,8)
Centro 10	19	59,4 (6,8)	19	61,9 (5,9)	19	121,4 (10,3)
Centro 11	20	60,5 (6)	20	60,4 (6,9)	20	120,9 (9,9)
Centro 12	29	60,9 (4,5)	29	63,6 (5,2)	29	124,4 (8,4)
Centro 13	23	58,2 (6,6)	23	58,9 (10,9)	23	117,1 (14,6)
Centro 14	10	62,7 (3,7)	10	61,1 (5,4)	10	123,8 (6,8)
Centro 15	12	57,6 (6)	12	60,3 (8,4)	12	117,9 (11,1)
Centro 16	9	61,7 (3,7)	9	62,1 (6,1)	9	123,8 (8,2)
Centro 17	15	59,1 (6,9)	15	57,2 (6,4)	15	116,3 (10,4)
Centro 18	1	53 (NP)	1	60 (NP)	1	113 (NP)
Centro 19	4	57,8 (4,5)	4	60,3 (3)	4	118 (4,1)
Centro 20	5	53,2 (10,7)	5	60,4 (4,8)	5	113,6 (13,4)
Centro 21	8	53 (12,1)	8	62,5 (4)	8	115,5 (14,2)
Centro 22	12	51,3 (4,7)	12	59,8 (4,9)	12	111,1 (7,2)
Centro 23	9	59,9 (5,5)	9	65,8 (3,5)	9	125,7 (6,9)
Total	266	58,7 (6,7)	266	61 (6,5)	266	119,7 (10,6)
p-valor		0,001		0,160		0,003

Como se aprecia en esta representación, se han hallado diferencias significativas entre Centros de salud. El Centro 22 es el que tiene profesionales menos empáticos y el Centro 8, el que comprende profesionales más empáticos. En ambos casos se trata de Centros rurales.

También se han hallado diferencias en los niveles de empatía cuando se han agrupado por terciles, como muestra el gráfico 4.

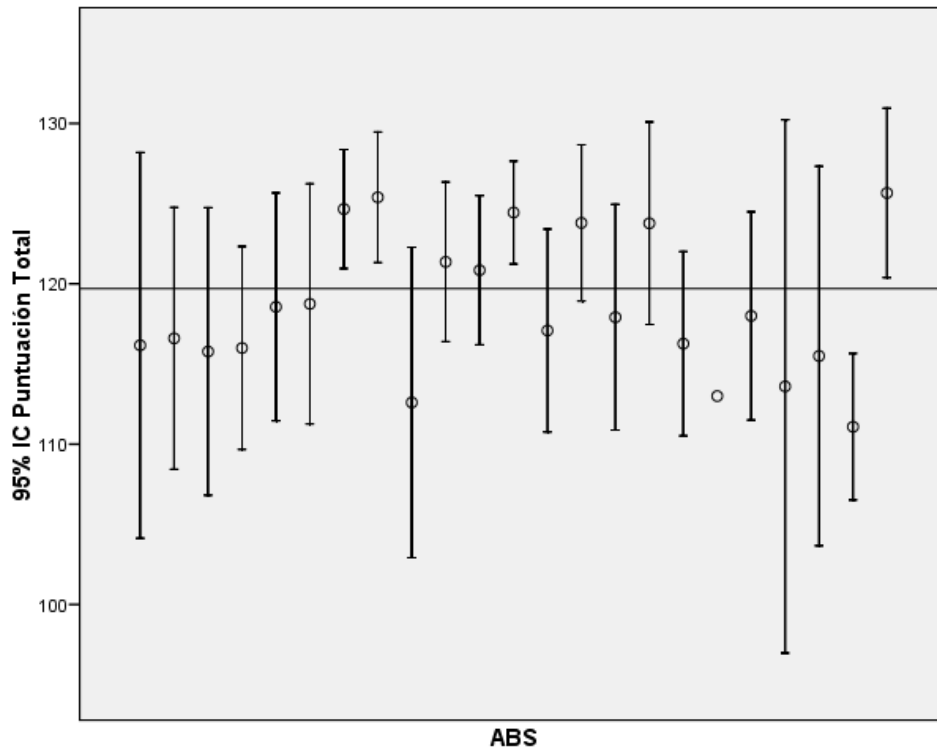


Gráfico 4. Distribución por terciles de la empatía por ABS

En conclusión, se puede afirmar según los resultados de las encuestas obtenidas que existen Centros de salud con profesionales más empáticos que otros. Por ejemplo, es mucho más empático el Centro 14 que el Centro 1 o 10. Como se ha visto, el Centro 8 tiene a todos sus profesionales por encima de la media, mientras que el Centro 22 tiene a todos sus profesionales por debajo de ella.

Tabla 14. Comparación empatía global por Centros

	N	Bajo	Medio	Alto
		n (%)	n (%)	n (%)
Centro 1	6	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)
Centro 2	10	6 (60%)	2 (20%)	2 (20%)
Centro 3	9	4 (44,4%)	4 (44,4%)	1 (11,1%)
Centro 4	6	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0 (0%)
Centro 5	16	6 (37,5%)	3 (18,8%)	7 (43,8%)
Centro 6	8	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)
Centro 7	15	1 (6,7%)	6 (40%)	8 (53,3%)
Centro 8	15	2 (13,3%)	5 (33,3%)	8 (53,3%)
centrp 9	5	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)
Centro 10	19	4 (21,1%)	7 (36,8%)	8 (42,1%)
Centro 11	20	5 (25%)	9 (45%)	6 (30%)
Centro 12	29	5 (17,2%)	9 (31%)	15 (51,7%)
Centro 13	23	9 (39,1%)	8 (34,8%)	6 (26,1%)
Centro 14	10	1 (10%)	3 (30%)	6 (60%)
Centro 15	12	5 (41,7%)	2 (16,7%)	5 (41,7%)
Centro 16	9	1 (11,1%)	4 (44,4%)	4 (44,4%)
Centro 17	15	9 (60%)	3 (20%)	3 (20%)
Centro 18	1	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Centro 19	4	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
Centro 20	5	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)
Centro 21	8	3 (37,5%)	2 (25%)	3 (37,5%)
Centro 22	12	10 (83,3%)	2 (16,7%)	0 (0%)
Centro 23	9	0 (0%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)

En este caso se aprecia que el Centro 8 dispone de más de la mitad de sus profesionales con una empatía elevada, mientras que el Centro 22 no tiene a ningún profesional con empatía elevada y el 80% de sus profesionales tiene baja empatía. No nos consta ningún centro urbano que tenga un 0% de profesionales con empatía alta.

Relación entre burnout y Centros de salud

No se han detectado diferencias entre sexo, edad y profesión, en relación con los Centros, pero sí en cuanto al burnout, como muestra la Tabla 15.

Tabla 15. Comparación ABS por Burnout

Burnout	N	BAJA	MEDIA	ALTA
		n (%)	n (%)	n (%)
Centro 1	6	4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
Centro 2	10	4 (40%)	6 (60%)	0 (0%)
Centro 3	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0 (0%)
Centro 4	6	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Centro 5	16	5 (31,3%)	9 (56,3%)	2 (12,5%)
Centro 6	8	6 (75%)	2 (25%)	0 (0%)
Centro 7	15	9 (60%)	6 (40%)	0 (0%)
Centro 8	15	12 (80%)	3 (20%)	0 (0%)
Centro 9	5	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)
Centro 10	19	12 (63,2%)	6 (31,6%)	1 (5,3%)
Centro 11	20	11 (55%)	6 (30%)	3 (15%)
Centro 12	29	19 (65,5%)	10 (34,5%)	0 (0%)
Centro 13	23	6 (26,1%)	17 (73,9%)	0 (0%)
Centro 14	10	8 (80%)	1 (10%)	1 (10%)
Centro 15	12	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0 (0%)
Centro 16	9	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0 (0%)
Centro 17	15	7 (46,7%)	8 (53,3%)	0 (0%)
Centro 18	1	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Centro 19	4	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)
Centro 20	5	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)
Centro 21	8	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)
Centro 22	12	8 (66,7%)	3 (25%)	1 (8,3%)
Centro 23	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0 (0%)

Como se ha comentado anteriormente, en este caso se aprecia que la mayoría de Centros tienen pocos profesionales con burnout elevado. Tanto en el ámbito urbano como en el rural, se han detectado centros en que no hay ningún profesional con un nivel de burnout elevado.

**RELACIÓN DE LA EMPATÍA Y BURNOUT DE LOS
PROFESIONALES CON VARIABLES CLINICAS:
DIABETES, DISLIPEMIA E HIPERTENSIÓN**

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Tal y como se ha descrito en la metodología, en las fases posteriores han participado 220 profesionales y se ha realizado un nuevo análisis descriptivo de la muestra.

A continuación, se describe la información que tenemos disponible y en la tabla 16 se puede apreciar el resumen de los datos.

En función del género no hay diferencias significativas. En cuanto al lugar de trabajo, los profesionales urbanos tienen resultados más elevados de empatía; asimismo, los pacientes de profesionales más empáticos son más jóvenes.

Además, los profesionales más empáticos son más jóvenes que los menos empáticos. Sin llegar a la significación estadística hemos detectado que los médicos tienen mayor empatía que enfermería. La asociación significativa se mantiene con la relación entre empatía y burnout con una $p < 0,05$.

Tabla 16. Resumen de la información obtenida

Empatía	Bajo (n=73)		Medio (n=70)		Alto (n=77)		Total (n=220)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Características del cupo									
Edad media	73	49,3 (4,5)	70	49,8 (6,5)	77	48,4 (4,8)	220	49,2 (5,3)	0,292
Núm. Px. Cupo	73	1291,5 (450,8)	70	1376,2 (415,3)	77	1412 (345,3)	220	1360,6 (406,4)	0,167
Características del profesional									
Edad	73	49,5 (9,2)	70	48 (8)	77	47,6 (8,5)	220	48,4 (8,6)	0,412
Puntuación Negativa	73	52,4 (6,5)	70	59,4 (3,5)	77	64,6 (2,6)	220	58,9 (6,7)	0,000
Puntuación Positiva	73	55,1 (7,2)	70	61,5 (3,4)	77	66,2 (2,8)	220	61 (6,7)	0,000
Puntuación Total	73	107,5 (8,1)	70	120,9 (2,2)	77	130,8 (3,7)	220	119,9 (11)	0,000
Sexo	73		70		77		220		0,318
Hombre		17 (23,3%)		19 (27,1%)		13 (16,9%)		49 (22,3%)	
Mujer		56 (76,7%)		51 (72,9%)		64 (83,1%)		171 (77,7%)	
Ámbito	73		70		77		220		0,068
Urbano		23 (31,5%)		32 (45,7%)		38 (49,4%)		93 (42,3%)	
Rural		50 (68,5%)		38 (54,3%)		39 (50,6%)		127 (57,7%)	
Profesión	73		70		77		220		0,339
Enfermería		40 (54,8%)		38 (54,3%)		34 (44,2%)		112 (50,9%)	
Médico		33 (45,2%)		32 (45,7%)		43 (55,8%)		108 (49,1%)	
Sumario Burnout	73		70		77		220		0,000
BAJA		32 (43,8%)		44 (62,9%)		57 (74%)		133 (60,5%)	
MEDIA		36 (49,3%)		24 (34,3%)		19 (24,7%)		79 (35,9%)	
ALTA		5 (6,8%)		2 (2,9%)		1 (1,3%)		8 (3,6%)	
Agotamiento emocional	73		70		77		220		0,084
Bajo Burnout		37 (50,7%)		42 (60%)		48 (62,3%)		127 (57,7%)	
Moderado Burnout		14 (19,2%)		13 (18,6%)		15 (19,5%)		42 (19,1%)	
Alto Burnout		22 (30,1%)		15 (21,4%)		14 (18,2%)		51 (23,2%)	
Despersonalización	73		70		77		220		0,006
Baja Despersonalización		36 (49,3%)		46 (65,7%)		59 (76,6%)		141 (64,1%)	
Moderada Despersonalización		25 (34,2%)		17 (24,3%)		9 (11,7%)		51 (23,2%)	
Alta Despersonalización		12 (16,4%)		7 (10%)		9 (11,7%)		28 (12,7%)	
Realización Personal	73		70		77		220		0,000
Bajo logro		13 (17,8%)		5 (7,1%)		3 (3,9%)		21 (9,5%)	
Moderado logro		41 (56,2%)		28 (40%)		17 (22,1%)		86 (39,1%)	
Alto logro		19 (26%)		37 (52,9%)		57 (74%)		113 (51,4%)	

En este caso también observamos la relación de la empatía con el burnout. Elevada empatía se asocia con bajo burnout, alto logro personal y baja despersonalización.

Se ha obtenido una tasa de respuesta del 46,9% global (se consideran los profesionales útiles aquellos que se han podido asignar y que no sean pediatras). Observamos que los médicos han obtenido una tasa de respuesta sensiblemente superior a la enfermería (49,8% vs 44,4%).

	Enviados	Útiles	Tasa de respuesta
Total	467	230	46,9%
Profesión			
Médicos	217	108	49,8%
Enfermería	250	112	44,4%
Ámbito			
Rural	310	127	40,6%
Médicos	146	61	41,8%
Enfermería	164	66	39,6%
Urbano	157	93	59,2%
Médicos	71	47	66,2%
Enfermería	86	46	53,5%

Tabla 17. Respuesta de profesionales

En cuanto a la tasa de respuesta entre ámbitos, se ha apreciado que existe una diferencia entre centros rurales y los centros de Lleida. Concretamente, los profesionales rurales han contestado un 40,6% de los correos enviados frente al 59,2% de los profesionales de Lleida. Como se puede observar en el gráfico 5.

Es importante mencionar que existe cierta interacción entre el tipo de profesional y el ámbito. Las diferencias entre médicos y enfermería en el ámbito rural han sido bajas (han contestado menos que la globalidad pero de forma similar los médicos y enfermeras). En cambio, en Lleida existe una diferencia importante de respuesta entre médicos y enfermeras, como se puede ver en la tabla 18.

Gráfico 5. Tasa de respuesta

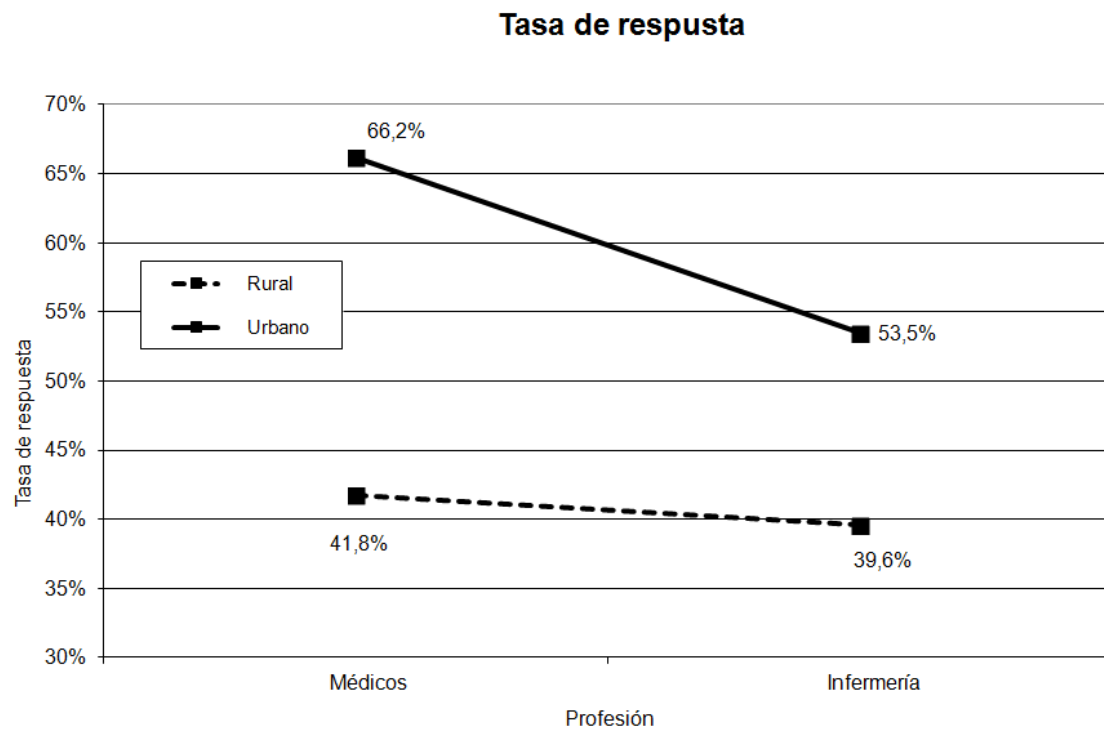


Tabla 18. Respuestas por Centros de salud (en rojo, los urbanos)

	Enviados	Útiles	Tasa de respuesta
Centro 1	13	12	92,3%
Centro 2	28	23	82,1%
Centro 3	25	18	72,0%
Centro 4	7	5	71,4%
Centro 5	10	7	70,0%
Centro 6	13	8	61,5%
Centro 7	12	7	58,3%
Centro 8	7	4	57,1%
Centro 9 y 10	55	28	50,9%
Centro 11	14	7	50,0%
Centro 12	16	8	50,0%
Centro 13	11	5	45,5%
Centro 14	36	16	44,4%
Centro 15	25	11	44,0%
Centro 16	28	11	39,3%
Centro 17	8	3	37,5%
Centro 18	44	16	36,4%
Centro 19	28	8	28,6%
Centro 20	42	12	28,6%
Centro 21	11	3	27,3%
Centro 22	34	7	20,6%

En esta tabla se ha organizado los centros de mayor respuesta a menor, teniendo en cuenta los cuestionarios enviados y los que son realmente útiles. Apreciamos que en la mayoría de los centros urbanos se ha conseguido obtener una respuesta superior al 50%.

Relación entre Centros de salud y escala de Jefferson

Con respecto a los 220 profesionales, se puede apreciar que siguen existiendo diferencias en la escala de Jefferson.

Tabla 19. Resultados de empatía por Centros

Empatía (Jefferson)	BAJA			MEDIA			ALTA		
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Centro 1	5	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)					
Centro 2	7	3 (42,86%)	2 (28,57%)	2 (28,57%)					
Centro 3	8	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)					
Centro 4	4	1 (25%)	3 (75%)						
Centro 5	16	6 (37,5%)	3 (18,75%)	7 (43,75%)					
Centro 6	7	3 (42,86%)	2 (28,57%)	2 (28,57%)					
Centro 7	11	1 (9,09%)	5 (45,45%)	5 (45,45%)					
Centro 8	11	1 (9,09%)	2 (18,18%)	8 (72,73%)					
Centro 9	5	4 (80%)	1 (20%)						
Centro 10	18	3 (16,67%)	7 (38,89%)	8 (44,44%)					
Centro 11	18	5 (27,78%)	8 (44,44%)	5 (27,78%)					
Centro 12	23	4 (17,39%)	8 (34,78%)	11 (47,83%)					
Centro 13	16	7 (43,75%)	4 (25%)	5 (31,25%)					
Centro 14	8	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (50%)					
Centro 15	11	4 (36,36%)	2 (18,18%)	5 (45,45%)					
Centro 16	8	1 (12,5%)	4 (50%)	3 (37,5%)					
Centro 17	12	6 (50%)	3 (25%)	3 (25%)					
Centro 18	NO	NO	NO	NO					
Centro 19	3	2(66,7%)	1 (33,35)	0 (0%)					
Centro 20	3	2 (66,67%)	0 (0%)	1 (33,33%)					
Centro 21	7	2 (28,57%)	2 (28,57%)	3 (42,86%)					
Centro 22	12	10 (83,33%)	2 (16,67%)	0 (0%)					
Centro 23	7	0 (0%)	4 (57,14%)	3 (42,86%)					
Total	220	73 (33,18%)	70 (31,82%)	77 (35%)					

El Centro 8 sigue siendo el que goza de mayor empatía; el Centro 22 sigue teniendo la mayoría de sus profesionales con baja empatía.

Tabla 20. Desglose puntuación positiva/negativa por Centros

	Puntuación Negativa		Puntuación Positiva		Puntuación Total	
	N	media (DT)	N	media (DT)	N	media (DT)
Centro 1	5	56,8 (6,9)	5	58 (8)	5	114,8 (12,3)
Centro 2	7	58,86 (6,2)	7	61 (6,8)	7	119,86 (12,4)
Centro 3	8	55,38 (7,2)	8	60,13 (6,6)	8	115,5 (12,2)
Centro 4	4	57,25 (2,6)	4	60,25 (4,3)	4	117,5 (5,9)
Centro 5	16	58,19 (8,3)	16	60,38 (7,2)	16	118,56 (13,3)
Centro 6	7	59,29 (5,2)	7	59,43 (6,7)	7	118,71 (9,7)
Centro 7	11	62,45 (5)	11	61,73 (4,2)	11	124,18 (7,5)
Centro 8	11	63,18 (5,3)	11	64,73 (3,7)	11	127,91 (6,5)
Centro 9	5	53,4 (7,1)	5	59,2 (6,8)	5	112,6 (7,8)
Centro 10	18	59,39 (7)	18	62,5 (5,5)	18	121,89 (10,4)
Centro 11	18	60,11 (6,1)	18	59,89 (7)	18	120 (9,9)
Centro 12	23	61,04 (4,8)	23	63,52 (5,1)	23	124,57 (8,7)
Centro 13	16	58,63 (5,7)	16	58,25 (12,8)	16	116,88 (16,9)
Centro 14	8	62,88 (4)	8	59,63 (5)	8	122,5 (7,1)
Centro 15	11	57,18 (6,1)	11	62 (6,4)	11	119,18 (10,7)
Centro 16	8	61,75 (4)	8	61,38 (6,1)	8	123,13 (8,5)
Centro 17	12	60,17 (7,3)	12	57,5 (7,1)	12	117,67 (11,2)
Centro 18	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Centro 19	3	57,67 (5,5)	3	60,67 (3,5)	3	118,33 (4,9)
Centro 20	3	53 (9,8)	3	63 (4,6)	3	116 (13,9)
Centro 21	7	54,43 (12,3)	7	62 (4,1)	7	116,43 (15)
Centro 22	12	51,33 (4,7)	12	59,75 (4,9)	12	111,08 (7,2)
Centro 23	7	60,29 (6,3)	7	66 (3,2)	7	126,29 (7,4)
Total	220	58,89 (6,7)	220	61,04 (6,7)	220	119,92 (11)
p-valor		0,002		0,228		0,023

En el desglose anterior, se ha clasificado la empatía en función de la puntuación obtenida; por otra parte, se han continuado apreciando las diferencias entre Centros de salud (Chi-cuadrado, p-valor = 0.035).

Relación burnout y Centro

No se han detectado diferencias en cuanto a la distribución de la clasificación global del síndrome de Burnout según el Centro (Chi-cuadrado, p-valor: 0,174)

Tabla 21. Resultados de Burnout por Centros

Sumario Burnout		BAJA	MEDIA	ALTA
	N	n (%)	n (%)	n (%)
Centro 1	5	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)
Centro 2	7	2 (28,57%)	5 (71,43%)	0 (0%)
Centro 3	8	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0%)
Centro 4	4	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Centro 5	16	5 (31,25%)	9 (56,25%)	2 (12,5%)
Centro 6	7	5 (71,43%)	2 (28,57%)	0 (0%)
Centro 7	11	6 (54,55%)	5 (45,45%)	0 (0%)
Centro 8	11	9 (81,82%)	2 (18,18%)	0 (0%)
Centro 9	5	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)
Centro 10	18	12 (66,67%)	5 (27,78%)	1 (5,56%)
Centro 11	18	10 (55,56%)	6 (33,33%)	2 (11,11%)
Centro 12	23	17 (73,91%)	6 (26,09%)	0 (0%)
Centro 13	16	4 (25%)	12 (75%)	0 (0%)
Centro 14	8	6 (75%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)
Centro 15	11	7 (63,64%)	4 (36,36%)	0 (0%)
Centro 16	8	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0 (0%)
Centro 17	12	6 (50%)	6 (50%)	0 (0%)
Centro 18	NO	NO	NO	NO
Centro 19	3	2 (66,67%)	1 (33,33%)	0 (0%)
Centro 20	3	1 (33,33%)	2 (66,67%)	0 (0%)
Centro 21	7	3 (42,86%)	3 (42,86%)	1 (14,29%)
Centro 22	12	8 (66,67%)	3 (25%)	1 (8,33%)
Centro 23	7	6 (85,71%)	1 (14,29%)	0 (0%)
Total	220	133 (60,45%)	79 (35,91%)	8 (3,64%)

Relación sub-escalas de burnout y Centro

No se han detectado diferencias en cuanto a la distribución de la clasificación de agotamiento emocional, despersonalización ni realización personal del Burnout (Chi-cuadrado, p-valor = 0.352, 0,274, 0,014).

Tabla 22. Distribución por agotamiento

Agotamiento emocional	Bajo Burnout	Moderado Burnout	Alto Burnout
N	n (%)	n (%)	n (%)
Centro 1	5	3 (60%)	1 (20%)
Centro 2	7	2 (28,57%)	2 (28,57%)
Centro 3	8	6 (75%)	1 (12,5%)
Centro 4	4	3 (75%)	1 (25%)
Centro 5	16	6 (37,5%)	4 (25%)
Centro 6	7	6 (85,71%)	0 (0%)
Centro 7	11	6 (54,55%)	2 (18,18%)
Centro 8	11	6 (54,55%)	4 (36,36%)
Centro 9	5	3 (60%)	1 (20%)
Centro 10	18	11 (61,11%)	1 (5,56%)
Centro 11	18	10 (55,56%)	2 (11,11%)
Centro 12	23	13 (56,52%)	7 (30,43%)
Centro 13	16	5 (31,25%)	4 (25%)
Centro 14	8	7 (87,5%)	0 (0%)
Centro 15	11	8 (72,73%)	3 (27,27%)
Centro 16	8	7 (87,5%)	0 (0%)
Centro 17	12	7 (58,33%)	2 (16,67%)
Centro 18	NO	NO	NO
Centro 19	3	2 (66,67%)	1 (33,33%)
Centro 20	3	2 (66,67%)	0 (0%)
Centro 21	7	1 (14,29%)	2 (28,57%)
Centro 22	12	8 (66,67%)	2 (16,67%)
Centro 23	7	5 (71,43%)	2 (28,57%)
Total	220	127 (57,73%)	42 (19,09%)

Tabla 23. Distribución por despersonalización

Despersonalización	Baja Despersonalización	Moderada Despersonalización	Alta Despersonalización	
N	N (%)	n (%)	n (%)	
Centro 1	5	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)
Centro 2	7	4 (57,14%)	2 (28,57%)	1 (14,29%)
Centro 3	8	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)
Centro 4	4	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
Centro 5	16	8 (50%)	3 (18,75%)	5 (31,25%)
Centro 6	7	3 (42,86%)	3 (42,86%)	1 (14,29%)
Centro 7	11	9 (81,82%)	1 (9,09%)	1 (9,09%)
Centro 8	11	8 (72,73%)	2 (18,18%)	1 (9,09%)
Centro 9	5	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Centro 10	18	12 (66,67%)	1 (5,56%)	5 (27,78%)
Centro 11	18	11 (61,11%)	6 (33,33%)	1 (5,56%)
Centro 12	23	18 (78,26%)	5 (21,74%)	0 (0%)
Centro 13	16	7 (43,75%)	7 (43,75%)	2 (12,5%)
Centro 14	8	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)
Centro 15	11	7 (63,64%)	4 (36,36%)	0 (0%)
Centro 16	8	7 (87,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)
Centro 17	12	5 (41,67%)	5 (41,67%)	2 (16,67%)
Centro 18	NO	NO	NO	NO
Centro 19	3	2 (66,67%)	1 (33,33%)	0 (0%)
Centro 20	3	2 (66,67%)	0 (0%)	1 (33,33%)
Centro 21	7	4 (57,14%)	1 (14,29%)	2 (28,57%)
Centro 22	12	7 (58,33%)	3 (25%)	2 (16,67%)
Centro 23	7	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	220	141 (64,09%)	51 (23,18%)	28 (12,73%)

Tabla 24. Distribución por realización personal

Realización Personal		Bajo logro	Moderado logro	Alto logro
	N	n (%)	n (%)	n (%)
Centro 1	5	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)
Centro 2	7	0 (0%)	5 (71,43%)	2 (28,57%)
Centro 3	8	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (50%)
Centro 4	4	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)
Centro 5	16	3 (18,75%)	5 (31,25%)	8 (50%)
Centro 6	7	2 (28,57%)	3 (42,86%)	2 (28,57%)
Centro 7	11	1 (9,09%)	2 (18,18%)	8 (72,73%)
Centro 8	11	0 (0%)	3 (27,27%)	8 (72,73%)
Centro 9	5	0 (0%)	2 (40%)	3 (60%)
Centro 10	18	0 (0%)	4 (22,22%)	14 (77,78%)
Centro 11	18	3 (16,67%)	10 (55,56%)	5 (27,78%)
Centro 12	23	0 (0%)	6 (26,09%)	17 (73,91%)
Centro 13	16	0 (0%)	12 (75%)	4 (25%)
Centro 14	8	1 (12,5%)	2 (25%)	5 (62,5%)
Centro 15	11	1 (9,09%)	5 (45,45%)	5 (45,45%)
Centro 16	8	0 (0%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Centro 17	12	3 (25%)	3 (25%)	6 (50%)
Centro 18	NO	NO	NO	NO
Centro 19	3	0 (0%)	2 (66,67%)	1 (33,33%)
Centro 20	3	1 (33,33%)	2 (66,67%)	0 (0%)
Centro 21	7	1 (14,29%)	4 (57,14%)	2 (28,57%)
Centro 22	12	1 (8,33%)	8 (66,67%)	3 (25%)
Centro 23	7	1 (14,29%)	1 (14,29%)	5 (71,43%)
Total	220	21 (9,55%)	86 (39,09%)	113 (51,36%)

Finalmente, en esta fase se ha pretendido valorar la existencia de una asociación entre Empatía y Burnout, con la población final de médicos y enfermería a través de la cual valoramos la relación con las variables clínicas.

Se ha constatado que existe una asociación lineal entre el grado de empatía y el grado de burnout. Es decir, aquellos profesionales más empáticos son aquellos que tienen un burnout menor y una mayor realización personal. Además, algunos Centros de salud cuentan con profesionales más empáticos que otros.

Estadística comparativa

Previamente, en la tabla 4 se ha realizado el resumen de los resultados. En las siguientes tablas (25-28) se han calculado de nuevo la correlación entre los niveles de empatía y burnout, y la relación en función de la categoría profesional, el ámbito de trabajo y el género de los profesionales, en la muestra actual.

Tabla 25. Comparación entre empatía y burnout

Empatía (Jefferson)	Baja		Medio		Alta		Total		p
	N	N (%)	N	n (%)	N	N (%)	N	n (%)	
Sumario Burnout	73		70		77		220		0,000
BAJA		32 (43,84%)		44 (62,86%)		57 (74,03%)		133 (60,45%)	
MEDIA		36 (49,32%)		24 (34,29%)		19 (24,68%)		79 (35,91%)	
ALTA		5 (6,85%)		2 (2,86%)		1 (1,3%)		8 (3,64%)	
Agotamiento Emocional	73		70		77		220		0,084
Bajo Burnout		37 (50,68%)		42 (60%)		48 (62,34%)		127 (57,73%)	
Moderado Burnout		14 (19,18%)		13 (18,57%)		15 (19,48%)		42 (19,09%)	
Alto Burnout		22 (30,14%)		15 (21,43%)		14 (18,18%)		51 (23,18%)	
Despersonalización	73		70		77		220		0,006
Baja Despersonalización		36 (49,32%)		46 (65,71%)		59 (76,62%)		141 (64,09%)	
Moderada Despersonalización		25 (34,25%)		17 (24,29%)		9 (11,69%)		51 (23,18%)	
Alta Despersonalización		12 (16,44%)		7 (10%)		9 (11,69%)		28 (12,73%)	
Realización Personal	73		70		77		220		0,000
Bajo logro		13 (17,81%)		5 (7,14%)		3 (3,9%)		21 (9,55%)	
Moderado logro		41 (56,16%)		28 (40%)		17 (22,08%)		86 (39,09%)	
Alto logro		19 (26,03%)		37 (52,86%)		57 (74,03%)		113 (51,36%)	

Como se ha apreciado hasta ahora, la relación de la empatía con el burnout y sus variables sigue siendo significativa. A mayor empatía, menor burnout.

Tabla 26. Comparación entre empatía y burnout en función de categoría profesional

Empatía (Jefferson)	Bajo		Medio		Alto		Total		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
ENFERMERIA									
Sumario Burnout	40		38		34		112		0,011
BAJA		20 (50%)		27 (71,05%)		26 (76,47%)		73 (65,18%)	
MEDIA		19 (47,5%)		11 (28,95%)		8 (23,53%)		38 (33,93%)	
ALTA		1 (2,5%)		0 (0%)		0 (0%)		1 (0,89%)	
Agotamiento Emocional	40		38		34		112		0,248
Bajo Burnout		20 (50%)		26 (68,42%)		22 (64,71%)		68 (60,71%)	
Moderado Burnout		12 (30%)		6 (15,79%)		7 (20,59%)		25 (22,32%)	
Alto Burnout		8 (20%)		6 (15,79%)		5 (14,71%)		19 (16,96%)	
Despersonalización	40		38		34		112		0,196
Baja		23 (57,5%)		27 (71,05%)		26 (76,47%)		76 (67,86%)	
Moderada		15 (37,5%)		8 (21,05%)		6 (17,65%)		29 (25,89%)	
Alta		2 (5%)		3 (7,89%)		2 (5,88%)		7 (6,25%)	
Realización Pesonal	40		38		34		112		0,000
Bajo logro		5 (12,5%)		3 (7,89%)		1 (2,94%)		9 (8,04%)	
Moderado logro		23 (57,5%)		13 (34,21%)		8 (23,53%)		44 (39,29%)	
Alto logro		12 (30%)		22 (57,89%)		25 (73,53%)		59 (52,68%)	
MEDICINA									
Sumario Burnout	33		32		43		108		0,001
BAJA		12 (36,36%)		17 (53,13%)		31 (72,09%)		60 (55,56%)	
MEDIA		17 (51,52%)		13 (40,63%)		11 (25,58%)		41 (37,96%)	
ALTA		4 (12,12%)		2 (6,25%)		1 (2,33%)		7 (6,48%)	
Agotamiento emocional	33		32		43		108		0,135
Bajo Burnout		17 (51,52%)		16 (50%)		26 (60,47%)		59 (54,63%)	
Moderado Burnout		2 (6,06%)		7 (21,88%)		8 (18,6%)		17 (15,74%)	
Alto Burnout		14 (42,42%)		9 (28,13%)		9 (20,93%)		32 (29,63%)	
Despersonalización	33		32		43		108		0,006
Baja		13 (39,39%)		19 (59,38%)		33 (76,74%)		65 (60,19%)	
Moderada		10 (30,3%)		9 (28,13%)		3 (6,98%)		22 (20,37%)	
Alta		10 (30,3%)		4 (12,5%)		7 (16,28%)		21 (19,44%)	
Realización Personal	33		32		43		108		0,000
Bajo logro		8 (24,24%)		2 (6,25%)		2 (4,65%)		12 (11,11%)	
Moderado logro		18 (54,55%)		15 (46,88%)		9 (20,93%)		42 (38,89%)	
Alto logro		7 (21,21%)		15 (46,88%)		32 (74,42%)		54 (50%)	

Como se aprecia en el cuadro, tanto entre médicos como enfermería, la asociación entre empatía y burnout es significativa.

Tabla 27. Comparación entre empatía y burnout en función del ámbito de trabajo

Empatía (Jefferson)	Bajo		Medio		Alto		Total		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
RURAL									
Sumario Burnout	23		3		38		93		0,002
BAJA		8 (34,78%)		20 (62,5%)		28 (73,68%)		56 (60,22%)	
MEDIA		13 (56,52%)		10 (31,25%)		10 (26,32%)		33 (35,48%)	
ALTA		2 (8,7%)		2 (6,25%)		0 (0%)		4 (4,3%)	
Agotamiento Emocional	23		3		38		93		0,092
Bajo Burnout		10 (43,48%)		19 (59,38%)		25 (65,79%)		54 (58,06%)	
Moderado Burnout		6 (26,09%)		4 (12,5%)		7 (18,42%)		17 (18,28%)	
Alto Burnout		7 (30,43%)		9 (28,13%)		6 (15,79%)		22 (23,66%)	
Despersonalización	23		3		38		93		0,176
Baja Despersonalización		10 (43,48%)		22 (68,75%)		27 (71,05%)		59 (63,44%)	
Moderada		10 (43,48%)		8 (25%)		6 (15,79%)		24 (25,81%)	
Alta Despersonalización		3 (13,04%)		2 (6,25%)		5 (13,16%)		10 (10,75%)	
Realización Personal	23		3		38		93		0,000
Bajo logro		3 (13,04%)		2 (6,25%)		0 (0%)		5 (5,38%)	
Moderado logro		15 (65,22%)		13 (40,63%)		10 (26,32%)		38 (40,86%)	
Alto logro		5 (21,74%)		17 (53,13%)		28 (73,68%)		50 (53,76%)	
URBANO									
Sumario Burnout	50		3		39		127		0,011
BAJA		24 (48%)		24 (63,16%)		29 (74,36%)		77 (60,63%)	
MEDIA		23 (46%)		14 (36,84%)		9 (23,08%)		46 (36,22%)	
ALTA		3 (6%)		0 (0%)		1 (2,56%)		4 (3,15%)	
Agotamiento emocional	50		3		39		127		0,382
Bajo Burnout		27 (54%)		23 (60,53%)		23 (58,97%)		73 (57,48%)	
Moderado Burnout		8 (16%)		9 (23,68%)		8 (20,51%)		25 (19,69%)	
Alto Burnout		15 (30%)		6 (15,79%)		8 (20,51%)		29 (22,83%)	
Despersonalización	50		3		39		127		0,016
Baja		26 (52%)		24 (63,16%)		32 (82,05%)		82 (64,57%)	
Moderada		15 (30%)		9 (23,68%)		3 (7,69%)		27 (21,26%)	
Alta		9 (18%)		5 (13,16%)		4 (10,26%)		18 (14,17%)	
Realización Personal	50		3		39		127		0,000
Bajo logro		10 (20%)		3 (7,89%)		3 (7,69%)		16 (12,6%)	
Moderado logro		26 (52%)		15 (39,47%)		7 (17,95%)		48 (37,8%)	
Alto logro		14 (28%)		20 (52,63%)		29 (74,36%)		63 (49,61%)	

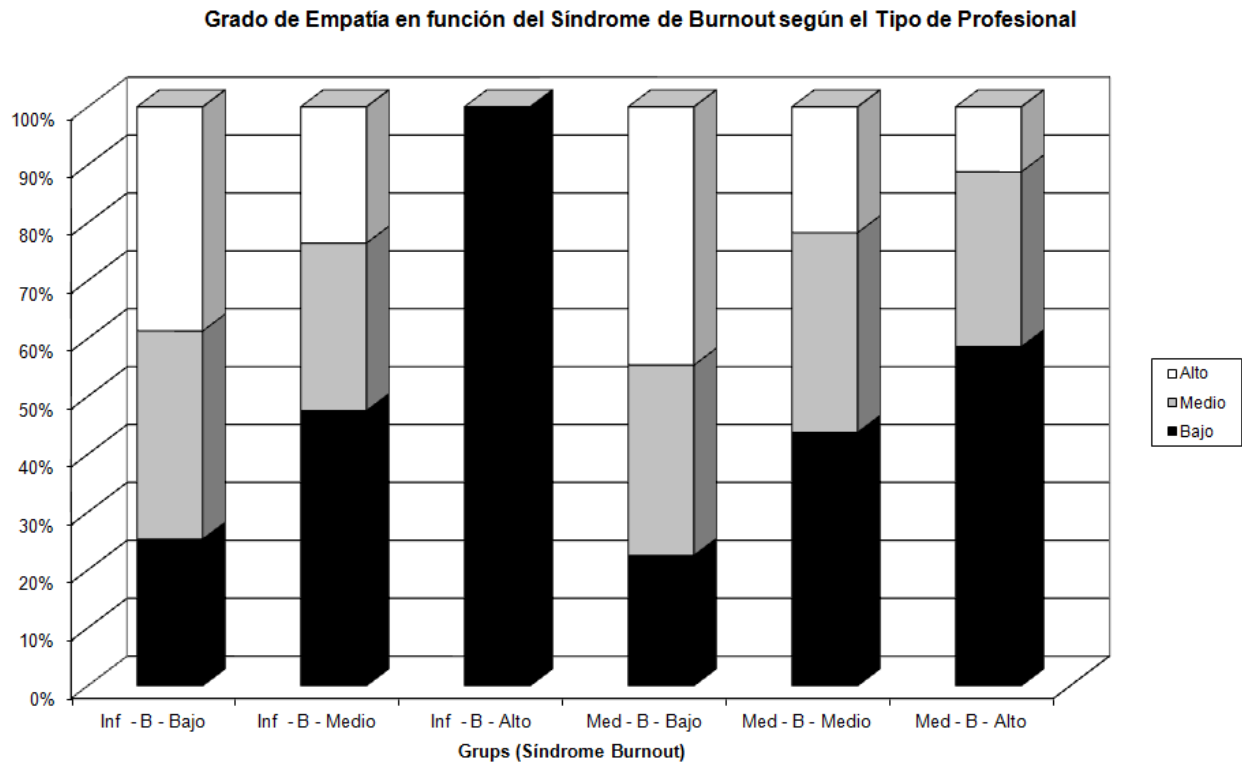
En esta tabla también se confirma que tanto a nivel urbano como rural la empatía va ligada al burnout.

Tabla 28. Comparación entre empatía y burnout en función de género

Empatía (Jefferson)	Bajo		Medio		Alto		Total		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
HOMBRE									
Sumario Burnout	17		19		13		49		0,027
BAJA		6 (35,29%)		11 (57,89%)		9 (69,23%)		26 (53,06%)	
MEDIA		8 (47,06%)		7 (36,84%)		4 (30,77%)		19 (38,78%)	
ALTA		3 (17,65%)		1 (5,26%)		0 (0%)		4 (8,16%)	
Agotamiento emocional	17		19		13		49		0,298
Bajo Burnout		8 (47,06%)		10 (52,63%)		8 (61,54%)		26 (53,06%)	
Moderado Burnout		3 (17,65%)		3 (15,79%)		3 (23,08%)		9 (18,37%)	
Alto Burnout		6 (35,29%)		6 (31,58%)		2 (15,38%)		14 (28,57%)	
Despersonalización	17		19		13		49		0,117
Baja		6 (35,29%)		12 (63,16%)		9 (69,23%)		27 (55,1%)	
Moderada		5 (29,41%)		4 (21,05%)		1 (7,69%)		10 (20,41%)	
Alta		6 (35,29%)		3 (15,79%)		3 (23,08%)		12 (24,49%)	
Realización personal	17		19		13		49		0,008
Bajo logro		6 (35,29%)		1 (5,26%)		0 (0%)		7 (14,29%)	
Moderado logro		7 (41,18%)		9 (47,37%)		6 (46,15%)		22 (44,9%)	
Alto logro		4 (23,53%)		9 (47,37%)		7 (53,85%)		20 (40,82%)	
MUJER									
Sumario Burnout	56		51		64		171		0,002
BAJA		26 (46,43%)		33 (64,71%)		48 (75%)		107 (62,57%)	
MEDIA		28 (50%)		17 (33,33%)		15 (23,44%)		60 (35,09%)	
ALTA		2 (3,57%)		1 (1,96%)		1 (1,56%)		4 (2,34%)	
Agotamiento emocional	56		51		64		171		0,180
Bajo Burnout		29 (51,79%)		32 (62,75%)		40 (62,5%)		101 (59,06%)	
Moderado Burnout		11 (19,64%)		10 (19,61%)		12 (18,75%)		33 (19,3%)	
Alto Burnout		16 (28,57%)		9 (17,65%)		12 (18,75%)		37 (21,64%)	
Despersonalización	56		51		64		171		0,032
Baja		30 (53,57%)		34 (66,67%)		50 (78,13%)		114 (66,67%)	
Moderada		20 (35,71%)		13 (25,49%)		8 (12,5%)		41 (23,98%)	
Alta		6 (10,71%)		4 (7,84%)		6 (9,38%)		16 (9,36%)	
Realización personal	56		51		64		171		0,000
Bajo logro		7 (12,5%)		4 (7,84%)		3 (4,69%)		14 (8,19%)	
Moderado logro		34 (60,71%)		19 (37,25%)		11 (17,19%)		64 (37,43%)	
Alto logro		15 (26,79%)		28 (54,9%)		50 (78,13%)		93 (54,39%)	

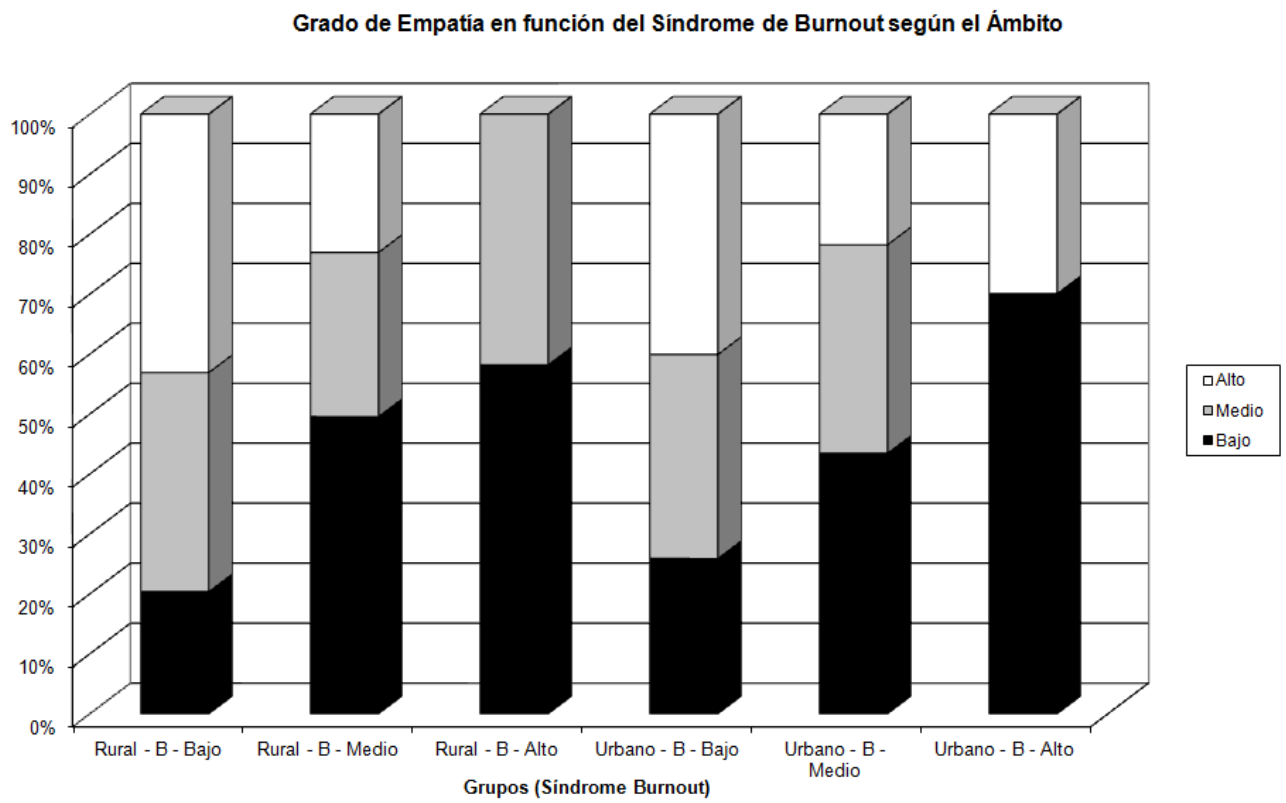
En función del género también se confirma la asociación entre empatía y burnout.

Gráfico 6. Comparación de empatía en base al burnout por Profesionales



En este gráfico se constata la asociación entre empatía y burnout: menor burnout, mayor empatía, tanto en médicos como en el ámbito de la enfermería.

Gráfico 7. Comparación de empatía en base al burnout por Ámbito de trabajo



La asociación entre empatía y burnout es similar en función del lugar de trabajo

Estadística comparativa del control de variables clínicas en base al profesional sanitario

En este apartado se ha analizado la relación entre el nivel de empatía y burnout de los profesionales con las variables clínicas. Concretamente, se ha analizado su relación con los resultados en diabetes, dislipemia e hipertensión arterial.

Inicialmente, se ha realizado una aproximación en base al profesional y en base a los pacientes.

Se han comparado las características del cupo (tamaño, distribución del género y edad de los pacientes) con el nivel de empatía y burnout de los profesionales. No se han hallado diferencias significativas entre las características de los pacientes en el cupo con el nivel de empatía.

En cambi, se han detectado diferencias en las características del cupo en relación a los ámbitos urbano y rural, tal y como se ha descrito previamente. Los profesionales rurales tienen mayor empatía, pero también un mayor burnout.

En la tabla 29 se muestra de forma detallada la relación entre características del cupo y las variables medidas.

Tabla 29. Características de los profesionales y sus pacientes en función de la empatía.

EMPATIA	Bajo (n=73)		Medio (n=70)		Alto (n=77)		Total (n=220)		p
	N	Media (DT)	N	Media (DT)	N	Media (DT)	N	media (DT)	
Características del profesional									
Edad	73	49,5 (9,2)	70	48 (8)	77	47,6 (8,5)	220	48,4 (8,6)	0,412
Sexo (Mujer)	73	56 (76,7%)	70	51 (72,9%)	77	64 (83,1%)	220	171 (77,7%)	0,338
Ámbito (Rural)	73	50 (68,5%)	70	38 (54,3%)	77	39 (50,6%)	220	127 (57,7%)	0,028
Sumario Burnout (MEDIA)	73		70		77		220		0,000
Baja		32 (43,8%)		44 (62,9%)		57 (74%)		133 (60,5%)	
Media		36 (49,3%)		24 (34,3%)		19 (24,7%)		79 (35,9%)	
Alta		5 (6,8%)		2 (2,9%)		1 (1,3%)		8 (3,6%)	
Profesión (Médico)	73	33 (45,2%)	70	32 (45,7%)	77	43 (55,8%)	220	108 (49,1%)	0,339
Características de los pacientes del cupo									
Edad	73	49,4 (4,3)	70	49,8 (6,5)	77	48,6 (4,4)	220	49,3 (5,1)	0,343
Sexo (femenino)	73	49,4% (3)	70	49,5% (3,6)	77	49,7% (3)	220	49,5% (3,2)	0,758
N. Diagnósticos registrados por paciente	73	10,1 (2,3)	70	10,2 (2,7)	77	9,9 (2,1)	220	10,1 (2,4)	0,910
N. Visitas desde enero del 2014	73	4,9 (1,6)	70	4,8 (1,4)	77	4,4 (1)	220	4,7 (1,4)	0,104
N. Visitas desde enero del 2012	73	20,5 (6,6)	70	20 (6,2)	77	18,4 (4,4)	220	19,6 (5,8)	0,084
N. Pacientes	73	1291,9 (450,7)	70	1376,7 (415,4)	77	1441,3 (318,1)	220	1371,2 (400,1)	0,105

Como vemos en la tabla, los profesionales más empáticos reciben menor número de visitas, mayor número de pacientes y mayor proporción de pacientes mujeres.

Relación entre control de Diabetes y empatía / burnout de los profesionales

En primer lugar, se realiza una valoración descriptiva del control de la Diabetes tipo 2 en los cupos de nuestros profesionales sanitarios en relación a la empatía. Los profesionales con un grado de empatía superior tienen una prevalencia de diabéticos ligeramente inferior (sin llegar a la significación estadística).

Asimismo, el porcentaje de pacientes con un control analítico en el último año es inferior en profesionales empáticos. Así, el 12,5% de los pacientes en cupos de profesionales muy empáticos tienen una analítica realizada en el último año. En cambio, en los profesionales poco empáticos, realizan el control analítico anual en el 14,1% de los pacientes. ($p= 0,01$)

Para valorar la gravedad de diabetes se ha utilizado el valor de la HbA1c. En este caso, no se han detectado diferencias significativas en cuanto a la HbA1c media, el número de analíticas y el valor de HbA1c. El número de controles de dicho parámetro no varía en función de la empatía. Si lo valoramos en función del burnout, tampoco se han detectado diferencias significativas en función del nivel de burnout de los profesionales.

Tabla 30 Comparación de Empatía con control de Diabetes

Empatía	Bajo (n=73)	Medio (n=70)	Alto (n=77)	Total (n=220)	p
	media (DT)	media (DT)	media (DT)	media (DT)	
Diabetes	9,2% (2,6)	8,7% (3,5)	8,5% (2,2)	8,8% (2,8)	0,069
Controles último año	14,1% (5,2)	14% (6,4)	12,5% (5,6)	13,5% (5,8)	0,011
HbA1c media	6,4 (0,3)	6,4 (0,3)	6,5 (0,3)	6,4 (0,3)	0,076
N. Medidas entre los controlados	1,4 (0,1)	1,4 (0,1)	1,4 (0,1)	1,4 (0,1)	0,002
Hba1c > 9%	4,6 (2,1)	4,3 (2,6)	5,1 (2,4)	4,7 (2,4)	0,104
Hba1c < 7%	76,6 (7,6)	77,6 (8)	74,2 (8)	76,1 (8)	0,039

Tabla 31 Comparación de Burnout con control de Diabetes

Burnout	BAJA (n=133)		MEDIA (n=79)		ALTA (n=8)		Total (n=220)		p
	N	media (DT)	N	media (DT)	N	media (DT)	N	media (DT)	
Diabetes	133	8,7% (2,6)	79	8,8% (3)	8	9,3% (4)	220	8,8% (2,8)	0,948
Controles último año	133	13,3% (5,7)	79	13,6% (5,8)	8	15,9% (7,1)	220	13,5% (5,8)	0,329
HbA1c media	133	6,4 (0,3)	78	6,4 (0,3)	8	6,3 (0,4)	219	6,4 (0,3)	0,326
N. Medidas entre los controlados	133	1,4 (0,1)	78	1,4 (0,1)	8	1,4 (0,1)	219	1,4 (0,1)	0,510
Hba1c > 9%	133	4,6 (2,4)	78	4,9 (2,4)	8	4,3 (2,1)	219	4,7 (2,4)	0,621
Hba1c < 7%	133	75,6 (8,4)	78	76,5 (7)	8	79,4 (8,7)	219	76,1 (8)	0,406

En estas dos tablas se refleja que la empatía sí que parece estar relacionada con el número de controles analíticos, mientras que el burnout no muestra una asociación significativa con el control de la diabetes. Los profesionales más empáticos realizan menor número de controles analíticos.

Relación entre control de Dislipemia y empatía / burnout de los profesionales

Se han valorado, asimismo, los resultados del manejo de la dislipemia de los profesionales. En nuestra muestra no se han objetivado diferencias entre el control de la dislipemia y el grado de empatía. Se ha tomado como referencia la medida del colesterol LDL como mayor riesgo cardiovascular.

Tabla 32 Comparación de la Empatía con control de Dislipemia

Empatía	Bajo (n=73)	Medio (n=70)	Alto (n=77)	Total (n=220)	P
	Media (DT)	media (DT)	media (DT)	media (DT)	
Dislipemia	21,5% (6,1)	21,3% (6,9)	20,7% (5,8)	21,2% (6,2)	0,434
Controles último año	32,8% (8,5)	32,9% (7,5)	31,6% (7)	32,4% (7,7)	0,529
LDL medio	120,4 (5,4)	121 (4,4)	120,9 (3,7)	120,7 (4,5)	0,853
N. Medidas entre los controlados	1,3 (0,1)	1,4 (0,1)	1,3 (0,1)	1,3 (0,1)	0,171
LDL > 130 mg/dl	36,9 (6,6)	37,6 (5,1)	37,8 (5,1)	37,4 (5,6)	0,959
LDL < 100 mg/dl	27,6 (4,7)	27 (4,9)	27,4 (3,8)	27,4 (4,5)	0,537

No se ha detectado diferencia significativa entre el control de la dislipemia y el nivel de burnout de los profesionales.

Tabla 33 Comparación del burnout con control de Dislipemia

Burnout	BAJA (n=133)	MEDIA (n=79)	ALTA (n=8)	Total (n=220)	p
	media (DT)	media (DT)	media (DT)	media (DT)	
Dislipemia	21,3% (5,9)	20,9% (6,9)	21,7% (5,6)	21,2% (6,2)	0,672
Controles último año	32% (7,9)	32,9% (7,2)	34,3% (7,6)	32,4% (7,7)	0,494
LDL medio	121,1 (3,7)	120,3 (5,7)	119,1 (2,3)	120,7 (4,5)	0,211
N. Medidas entre los controlados	1,3 (0,1)	1,3 (0,1)	1,4 (0,1)	1,3 (0,1)	0,690
LDL > 130 mg/dl	37,8 (4,9)	37,1 (6,9)	35,3 (2,7)	37,4 (5,6)	0,280
LDL < 100 mg/dl	26,9 (3,8)	27,9 (5,4)	29,1 (2,8)	27,4 (4,5)	0,204

Relación entre control de la Hipertensión arterial y empatía / burnout de los profesionales

La tercera variable clínica que se ha analizado es la hipertensión arterial basada en el control de la Tensión Arterial Sistólica.

Como se puede apreciar en la tabla 34, no se han hallado diferencias significativas entre el nivel de empatía en el control de la HTA. Aunque no sea estadísticamente significativo, se ha hallado una tendencia: los pacientes de los profesionales más empáticos tienen una PAS media menor que los de profesionales poco o medio empáticos. Asimismo, se ha constatado la tendencia de los profesionales con mayor empatía a tener un mayor porcentaje de pacientes con una PAS menor de 130 mmHg, sin llegar a ser una asociación significativa.

Tabla 34 Comparación de la empatía con el control de la Presión Arterial

Empatía	Bajo (n=73)	Medio (n=70)	Alto (n=77)	Total (n=220)	p
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	
Hipertensión	3% (2,8)	3,6% (3,1)	2,9% (2,2)	3,2% (2,7)	0,231
Controles último año	40,7% (9,4)	40,6% (9,5)	39,3% (7)	40,2% (8,6)	0,589
PAS medio	128,1 (2,7)	128 (2,5)	127,9 (2,6)	128 (2,6)	0,827
N. Medidas entre los controlados	2,5 (0,8)	2,4 (0,6)	2,3 (0,4)	2,4 (0,6)	0,194
PAS > 140 mmHg	19,1 (7,2)	19,3 (6,2)	19,2 (5,6)	19,2 (6,3)	0,950
PAS < 130 mmHg	50,5 (9,6)	50,6 (6,9)	51,4 (7,3)	50,9 (8)	0,612

En relación al burnout, se ha hallado también una tendencia no significativa entre los profesionales con menor burnout y un mayor número de pacientes con TAS <130 mmHg.

Burnout	BAJA (n=133)	MEDIA (n=79)	ALTA (n=8)	Total (n=220)	p
	media (DT)	media (DT)	media (DT)	media (DT)	
Hipertensión	3,1% (2,4)	3,1% (3)	4,2% (4,2)	3,2% (2,7)	0,759
Controles último año	40,7% (8,5)	39,1% (9,1)	40,6% (6,1)	40,2% (8,6)	0,470
PAS medio	127,7 (2,4)	128,5 (2,7)	128,5 (3,6)	128 (2,6)	0,056
N. Medidas entre los controlados	2,4 (0,6)	2,3 (0,6)	2,4 (0,5)	2,4 (0,6)	0,192
PAS > 140 mmHg	18,4 (5,8)	20,5 (7)	19,4 (7,4)	19,2 (6,3)	0,055
PAS < 130 mmHg	51,6 (7,5)	49,7 (8,7)	50 (8,6)	50,9 (8)	0,099

Tabla 35 Comparación del burnout con el control de la presión arterial

Estadística comparativa en base al paciente

A partir de aquí procedemos a realizar el mismo análisis pero teniendo en cuenta como muestra el total de los pacientes. No solo se están evaluando a los profesionales, sino las características de los pacientes de estos médicos y enfermería.

De los 220 profesionales que analizamos dependen un total de 301.657 pacientes.

Concretamente, se ha accedido a la información de 148.832 pacientes de los que su médico ha respondido la encuesta, y un total de 152.825 pacientes de los que tenemos respuesta de su enfermera. La estadística comparativa se ha realizado para los pacientes tanto de médicos como de enfermería.

Descripción de los pacientes de la muestra

Se han hallado diferencias significativas entre el género de los pacientes, la edad y nº de frecuentación en relación a la empatía: los pacientes de médicos más empáticos suelen ser mayormente mujeres, más jóvenes, y habitualmente acuden menos al Centro de salud. Generalmente tienen un número inferior de diagnósticos codificados en el ECAP ($p < 0,05$).

En función del burnout, se ha constatado una correlación similar: aquellos profesionales con menor burnout, tienen menos visitas, pero los pacientes no son más jóvenes.

Tabla 36 Características pacientes en función de la empatía

EMPATÍA DE LOS MÉDICOS	Bajo (n=42138)	Medio (n=45070)	Alto (n=61624)	Total (n=148832)	p
	media (SD)	Media (SD)	media (SD)	media (SD)	
Género (Mujer)	20793 (49,3%)	22246 (49,4%)	30765 (49,9%)	73804 (49,6%)	0,052
Edad	48,9 (19,3)	48,9 (19,4)	47,9 (19)	48,5 (19,2)	0,000
Visitas desde enero de 2014	4,6 (6,7)	4,5 (6,7)	4,1 (6,3)	4,4 (6,5)	0,000
Visitas desde enero de 2011	19,4 (23,5)	18,9 (23,8)	17,2 (21,7)	18,3 (22,9)	0,000
Núm. Diagnósticos	9,7 (7,8)	10,2 (8,6)	9,7 (8,3)	9,8 (8,3)	0,000

En estas tablas se ha objetivado que los pacientes de los médicos más empáticos son más jóvenes, y realizan menos visitas. Los pacientes de los profesionales con menor burnout son mayores y acuden más veces al médico.

Tabla 37 Características pacientes en función del burnout

BURNOUT DE LOS MÉDICOS	BAJA (n=81430)	MEDIA (n=57742)	ALTA (n=9660)	Total (n=148832)	P
	media (SD)	media (SD)	media (SD)	media (SD)	
Género (Mujer)	40330 (49,5%)	28798 (49,9%)	4676 (48,4%)	73804 (49,6%)	0,589
Edad	48,5 (19,1)	48,6 (19,3)	47,9 (18,7)	48,5 (19,2)	0,003
Visitas desde enero 2014	4,4 (6,5)	4,4 (6,5)	4,5 (6,6)	4,4 (6,5)	0,069
Visitas desde enero 2011	18,1 (22,8)	18,4 (23,1)	18,9 (22,9)	18,3 (22,9)	0,002
Núm. Diagnósticos	10 (8,5)	9,6 (7,9)	10,2 (8,8)	9,8 (8,3)	0,000

Sin embargo, con respecto a los profesionales de enfermería no se han hallado tantas diferencias.

Se han diferenciado las variables anteriores con el tipo de profesional, analizando las diferencias entre médicos y personal de enfermería. Tal como se ha comentado previamente las mujeres habitualmente tienen asignado con mayor frecuencia a profesionales más empáticos. La edad avanzada se asocia a un grado inferior de empatía, y aquellos pacientes que tienen pocas visitas, son atendidos por profesionales más empáticos. En cuanto al personal de enfermería, se ha observado que los pacientes con una edad superior, son atendidos por enfermería más empática (a la inversa que en el caso de los médicos) y menos "quemada".

Tabla 38 Características pacientes de enfermería en función de la empatía

ENFERMERÍA EMPATÍA	Bajo (n=52173)	Medio (n=51298)	Alto (n=49354)	Total (n=152825)	p
	media (SD)	media (SD)	media (SD)	media (SD)	
Género (Mujer)	25851 (49,5%)	25290 (49,3%)	24452 (49,5%)	75593 (49,5%)	0,977
Edad	48,1 (19,1)	48,4 (19,2)	48,5 (19,4)	48,3 (19,2)	0,014
Visitas desde enero 2014	4,5 (6,9)	4,4 (6,6)	4,4 (6,6)	4,5 (6,7)	0,065
Visitas desde enero de 2011	18,9 (23,7)	18,6 (23,2)	18,6 (23)	18,7 (23,3)	0,075
Núm. Diagnósticos	10,2 (8,5)	9,7 (8,3)	10 (8,3)	10 (8,4)	0,000

En cuanto a la valoración del burnout en el personal de enfermería, se ha constatado una relación estadísticamente significativa entre aquellos profesionales menos "quemados" y mayor número de visitas de sus pacientes.

Tabla 39 Características pacientes de enfermería en función del burnout

ENFERMERÍA BURNOUT	BAJA (n=96888)	MEDIA (n=54441)	ALTA (n=1496)	Total (n=152825)	p
	media (SD)	media (SD)	media (SD)	media (SD)	
Género (Mujer)	47638 (49,2%)	27167 (49,9%)	788 (52,7%)	75593 (49,5%)	0,001
Edad	48,7 (19,5)	47,6 (18,8)	48,6 (18,8)	48,3 (19,2)	0,000
Visitas desde enero 2014	4,5 (6,8)	4,3 (6,4)	3,7 (5,3)	4,5 (6,7)	0,000
Visitas desde enero de 2011	19,1 (24)	18,1 (22,1)	16,1 (19,7)	18,7 (23,3)	0,000
Núm. Diagnósticos	9,9 (8,4)	10,2 (8,4)	8,4 (6,7)	10 (8,4)	0,000

Comorbilidad de los pacientes en función de la empatía y burnout de los profesionales

Antes de continuar con el análisis de las variables Diabetes, Dislipemia e Hipertensión, se ha completado la descripción de la muestra de pacientes. En las tablas siguientes podemos ver que los pacientes con mayor comorbilidad son los que están asignados a profesionales médicos con menor grado de empatía. Además, existen diferencias en algunas enfermedades.

Como podemos observar existe una asociación significativa con la cardiopatía isquémica. Los profesionales menos empáticos tienen mayor número de pacientes con cardiopatía. Sin llegar a la significación comprobamos que entre los pacientes de los profesionales poco empáticos hay mayor grado de ansiedad. Otras patologías, como el síndrome metabólico, tienen poca repercusión dado el poco número de pacientes codificados. En cuanto al burnout, vemos que los profesionales menos quemados tienen mayor número de pacientes con ansiedad y depresión. Además, entre los profesionales con mayor burnout hay más pacientes con hipertensión y menos con insuficiencia cardíaca con $p < 0,05$.

Tabla 40 Comorbilidad en función de la empatía

EMPATIA MÉDICOS	Bajo (n=42138)	Medio (n=45070)	Alto (n=61624)	Total (n=148832)	p
	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	
Insuficiencia Cardíaca (Si)	668 (1,6%)	632 (1,4%)	857 (1,4%)	2.157 (1,4%)	0,014
Cardiopatía Isquémica (Si)	866 (2,1%)	935 (2,1%)	1.095 (1,8%)	2.896 (1,9%)	0,001
Accidente Cerebrovascular (Si)	788 (1,9%)	854 (1,9%)	1.063 (1,7%)	2.705 (1,8%)	0,063
Hipertensión (Si)	1.242 (2,9%)	1.746 (3,9%)	1.654 (2,7%)	4.642 (3,1%)	0,000
Ansiedad (Si)	5.005 (11,9%)	5.541 (12,3%)	7.285 (11,8%)	17.831 (12%)	0,598
Depresión (Si)	2.067 (4,9%)	2.295 (5,1%)	3.071 (5%)	7.433 (5%)	0,656
Síndrome Metabólico (Si)	49 (0,1%)	61 (0,1%)	83 (0,1%)	193 (0,1%)	0,446

Tabla 41 Comorbilidad en función del burnout

BURNOUT MÉDICOS	BAJA (n=81430)	MEDIA (n=57742)	ALTA (n=9660)	Total (n=148832)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Insuficiencia Cardíaca (Si)	1.228 (1,5%)	827 (1,4%)	102 (1,1%)	2.157 (1,4%)	0,003
Cardiopatía Isquémica (Si)	1.565 (1,9%)	1.114 (1,9%)	217 (2,2%)	2.896 (1,9%)	0,139
Accidente Cerebrovascular (Si)	1.504 (1,8%)	1.041 (1,8%)	160 (1,7%)	2.705 (1,8%)	0,212
Hipertensión (Si)	2.510 (3,1%)	1.683 (2,9%)	449 (4,6%)	4.642 (3,1%)	0,000
Ansiedad (Si)	10.029 (12,3%)	6.653 (11,5%)	1.149 (11,9%)	17.831 (12%)	0,000
Depresión (Si)	3.915 (4,8%)	3.118 (5,4%)	400 (4,1%)	7.433 (5%)	0,180
Síndrome Metabólico (Si)	128 (0,2%)	61 (0,1%)	4 (0%)	193 (0,1%)	0,000

Como se observa, la Insuficiencia Cardíaca y la Hipertensión están relacionadas con el burnout y la empatía.

Control de la Diabetes de los pacientes según empatía y burnout

Existe un porcentaje inferior de diabéticos entre los médicos empáticos que entre los menos empáticos, asimismo, tienen un menor grado de control mediante analíticas. Aunque los pacientes de médicos muy empáticos tengan un número menor de analíticas se aprecia un mayor número de determinaciones de HbA1c. La clasificación referente a la HbA1c también es diferente según el grado de empatía del profesional.

A partir de aquí se ha analizado si los pacientes son diabéticos o no. No podemos comparar el número de determinaciones de la Hb1Ac en pacientes no diabéticos en contraste con los pacientes diabéticos.

Si tenemos en cuenta el diagnóstico de diabetes, como veremos en la tabla siguiente debemos tener en cuenta distintos puntos.

Tabla 42 Control de diabetes en función de la empatía

METGE	Bajo (n=42138)		Medio (n=45070)		Alto (n=61624)		Total (n=148832)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica	42.138	5.587 (13,3%)	45.070	6.276 (13,9%)	61.624	7.797 (12,7%)	148.832	19.660 (13,2%)	0,001
HbA1c	5.583	6,37 (1,3)	6.270	6,25 (1,2)	7.790	6,31 (1,3)	19.643	6,31 (1,3)	0,000
N.HbA1c	5.587	1,38 (0,7)	6.276	1,41 (0,7)	7.797	1,43 (0,7)	19.660	1,41 (0,7)	0,000
Clasificación HbA1c	5.583		6.270		7.790		19.643		0,201
<7%		4.287 (76,79%)		4.986 (79,52%)		6.064 (77,84%)		15.337 (78,08%)	
7 - 9 %		1.040 (18,63%)		1.044 (16,65%)		1.401 (17,98%)		3.485 (17,74%)	
>9%		256 (4,59%)		240 (3,83%)		325 (4,17%)		821 (4,18%)	
NO Diabéticos									
Analítica (sí)	38.260	2.438 (6,4%)	41.333	3.227 (7,8%)	56.636	3.716 (6,6%)	136.229	9.381 (6,9%)	0,870
HbA1c	2.434	5,57 (0,5)	3.222	5,53 (0,6)	3.709	5,52 (0,5)	9.365	5,54 (0,5)	0,001
N.HbA1c	2.438	1,15 (0,4)	3.227	1,19 (0,5)	3.716	1,2 (0,5)	9.381	1,18 (0,5)	0,000
Clasificación HbA1c	2.434		3.222		3.709		9.365		0,061
<7%		2.403 (98,73%)		3.204 (99,44%)		3.682 (99,27%)		9.289 (99,19%)	
7 - 9 %		27 (1,11%)		11 (0,34%)		23 (0,62%)		61 (0,65%)	
>9%		4 (0,16%)		7 (0,22%)		4 (0,11%)		15 (0,16%)	
SI Diabéticos									
Analítica (Sí)	3.878	3.149 (81,2%)	3.737	3.049 (81,6%)	4.988	4.081 (81,8%)	12.603	10.279 (81,6%)	0,462
HbA1c	3.149	6,98 (1,3)	3.048	7,02 (1,3)	4.081	7,03 (1,4)	10.278	7,01 (1,3)	0,348
N.HbA1c	3.149	1,55 (0,8)	3.049	1,65 (0,8)	4.081	1,64 (0,8)	10.279	1,62 (0,8)	0,000
Clasificación HbA1c	3.149		3.048		4.081		10.278		0,390
<7%		1.884 (59,83%)		1.782 (58,46%)		2.382 (58,37%)		6.048 (58,84%)	
7 - 9 %		1.013 (32,17%)		1.033 (33,89%)		1.378 (33,77%)		3.424 (33,31%)	
>9%		252 (8%)		233 (7,64%)		321 (7,87%)		806 (7,84%)	

En nuestra muestra no se ha hallado relación entre el porcentaje de analíticas y el grado de empatía. Las diferencias que observábamos anteriormente se debían a la

diferencia en el diagnóstico de diabetes. El valor de la Hb1AC media entre los diabéticos no depende de la empatía del médico, pero sí entre los no diabéticos, donde a menor empatía, mayor valor de la Hb1AC. Sin embargo, y aunque la diferencia no sea significativa, entre los pacientes diabéticos parece ser que los profesionales menos empáticos tienen mayor número de pacientes con Hb1Ac por debajo del 7%.

Además, el número de determinaciones de la HbA1c es superior cuanto mayor sea el grado de empatía del médico, independientemente de que el paciente sea diabético o no. Así parece que las diferencias que observamos entre la población general vienen explicadas más por el diagnóstico de diabetes que por el grado de empatía.

Tabla 43 Control de diabetes en función del burnout de los médicos

	BAJA (n=81430)		MEDIA (n=57742)		ALTA (n=9660)		Total (n=148832)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	81.430	10.629 (13,1%)	57.742	7.509 (13%)	9.660	1.522 (15,8%)	148.832	19.660 (13,2%)	0,000
HbA1c	10.620	6,3 (1,3)	7.503	6,36 (1,3)	1.520	6,11 (1,2)	19.643	6,31 (1,3)	0,000
N.HbA1c	10.629	1,42 (0,7)	7.509	1,39 (0,7)	1.522	1,39 (0,7)	19.660	1,41 (0,7)	0,004
Clasificación HbA1c	10.620		7.503		1.520		19.643		0,360
<7%		8.313 (78,2%)		5.762 (76,8%)		1.262 (83%)		15.337 (78%)	
7 - 9 %		1.885 (17,7%)		1.395 (18,5%)		205 (13,49%)		3.485 (17,74%)	
>9%		422 (3,97%)		346 (4,61%)		53 (3,49%)		821 (4,18%)	
NO Diabéticos									
Analítica (Sí)	74.738	5.079 (6,8%)	52.673	3.449 (6,5%)	8.818	853 (9,7%)	136.229	9.381 (6,9%)	0,000
HbA1c	5.071	5,53 (0,5)	3.443	5,57 (0,6)	851	5,46 (0,5)	9.365	5,54 (0,5)	0,000
N.HbA1c0	5.079	1,19 (0,5)	3.449	1,16 (0,4)	853	1,25 (0,5)	9.381	1,18 (0,5)	0,000
Clasificación HbA1c	5.071		3.443		851		9.365		0,012
<7%		5.044 (99,4%)		3.403 (98,8%)		842 (98,94%)		9.289 (99,19%)	
7 - 9 %		21 (0,41%)		32 (0,93%)		8 (0,94%)		61 (0,65%)	
>9%		6 (0,12%)		8 (0,23%)		1 (0,12%)		15 (0,16%)	
SÍ Diabéticos									
Analítica (Sí)	6.692	5.550 (82,9%)	5.069	4.060 (80,1%)	842	669 (79,5%)	12.603	10.279 (81,6%)	0,000
HbA1c	5.549	7,01 (1,3)	4.060	7,03 (1,4)	669	6,94 (1,4)	10.278	7,01 (1,3)	0,249
N.HbA1c	5.550	1,64 (0,8)	4.060	1,59 (0,8)	669	1,57 (0,8)	10.279	1,62 (0,8)	0,002
Clasificación HbA1c	5.549		4.060		669		10.278		0,922
<7%		3.269 (58,9%)		2.359 (58,1%)		420 (62,78%)		6.048 (58,84%)	
7 - 9 %		1.864 (33,5%)		1.363 (33,5%)		197 (29,45%)		3.424 (33,31%)	
>9%		416 (7,5%)		338 (8,33%)		52 (7,77%)		806 (7,84%)	

En función del burnout, podemos constatar una tendencia clara. A nivel global, los profesionales con elevado burnout obtienen mejores resultados en la Hb1Ac de sus

pacientes, sin ser estadísticamente significativo. Sin embargo, entre los no diabéticos, los profesionales con poco burnout consiguen mejor control, y entre los diabéticos, los profesionales menos quemados realizan mayores controles analíticos.

En la tabla siguiente, tenemos el mismo análisis pero entre el personal de enfermería. Como se aprecia, los resultados son similares.

Tabla 44 Control de diabetes de enfermería en función de la empatía

ENFERMERÍA	Bajo (n=52173)		Medio (n=51298)		Alto (n=49354)		Total (n=152825)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	5.2173	7.123 (13,7%)	51.298	7.199 (14%)	49.354	5.744 (11,6%)	152.825	20.066 (13,1%)	0,000
HbA1c	7.116	6,3 (1,3)	7.198	6,18 (1,2)	5.738	6,44 (1,3)	20.052	6,3 (1,3)	0,000
N.HbA1c	7.123	1,36 (0,7)	7.199	1,39 (0,7)	5.744	1,4 (0,7)	20.066	1,39 (0,7)	0,004
Clasificación HbA1c	7.116		7.198		5.738		20.052		0,000
<7%		5.572 (78,3%)		5.864 (81,47%)		4.286 (74,7%)		15.722 (78,41%)	
7 - 9 %		1.242 (17,45%)		1.082 (15,03%)		1.164 (20,29%)		3.488 (17,39%)	
>9%		302 (4,24%)		252 (3,5%)		288 (5,02%)		842 (4,2%)	
NO Diabéticos									
Analítica (Sí)	47.686	3.473 (7,3%)	47.208	3.887 (8,2%)	45.180	2.389 (5,3%)	140.074	9.749 (7%)	0,000
HbA1c	3.467	5,54 (0,5)	3.886	5,49 (0,5)	2.383	5,57 (0,5)	9.736	5,53 (0,5)	0,000
N.HbA1c	3.473	1,14 (0,4)	3.887	1,2 (0,5)	2.389	1,16 (0,4)	9.749	1,17 (0,4)	0,000
Clasificación HbA1c	3.467		3.886		2.383		9.736		0,092
<7%		3.445 (99,37%)		3.865 (99,46%)		2.360 (99,03%)		9.670 (99,32%)	
7 - 9 %		20 (0,58%)		20 (0,51%)		18 (0,76%)		58 (0,6%)	
>9%		2 (0,06%)		1 (0,03%)		5 (0,21%)		8 (0,08%)	
SÍ Diabéticos									
Analítica (Sí)	4.487	3.650 (81,3%)	4.090	3.312 (81%)	4.174	3.355 (80,4%)	12.751	10.317 (80,9%)	0,253
HbA1c	3.649	7,02 (1,4)	3.312	7 (1,3)	3.355	7,06 (1,4)	10.316	7,03 (1,4)	0,167
N.HbA1c	3.650	1,58 (0,8)	3.312	1,62 (0,8)	3.355	1,58 (0,8)	10.317	1,59 (0,8)	0,082
Clasificación HbA1c	3.649		3.312		3.355		10.316		0,511
<7%		2.127 (58,29%)		1.999 (60,36%)		1.926 (57,41%)		6.052 (58,67%)	
7 - 9 %		1.222 (33,49%)		1.062 (32,07%)		1.146 (34,16%)		3.430 (33,25%)	
>9%		300 (8,22%)		251 (7,58%)		283 (8,44%)		834 (8,08%)	

La empatía de la enfermería está relacionada con el número de analíticas realizadas y con la HbA1C media. El mejor control de la HbA1c entre la población general y diabética es mejor en los profesionales con una empatía moderada.

Tabla 45 Control de diabetes en función del burnout de enfermería

BURNOUT	BAJA (n=96888)		MEDIA (n=54441)		ALTA (n=1496)		Total (n=152825)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Diabetes Mellitus (Sí)	96.888	8.183 (8,4%)	54.441	4.435 (8,1%)	1.496	133 (8,9%)	15.2825	12.751 (8,3%)	0,095
Analítica (Sí)	96.888	12.575 (13%)	54.441	7.221 (13,3%)	1.496	270 (18%)	15.2825	20.066 (13,1%)	0,001
HbA1c	12.567	6,32 (1,3)	7.216	6,27 (1,3)	269	6,09 (1,2)	20.052	6,3 (1,3)	0,000
N.HbA1c	12.575	1,37 (0,7)	7.221	1,41 (0,7)	270	1,39 (0,7)	20.066	1,39 (0,7)	0,000
Clasificación HbA1c	12.567		7.216		269		20.052		0,026
<7%		9.789 (77,8%)		5.703 (79%)		230 (85,5%)		15.722 (78,4%)	
7 - 9 %		2.251 (17,9%)		1.207 (16,7%)		30 (11,15%)		3.488 (17,39%)	
>9%		527 (4,19%)		306 (4,24%)		9 (3,35%)		842 (4,2%)	
NO Diabéticos									
Analítica (Sí)	88.705	5.950 (6,7%)	50.006	3.633 (7,3%)	1.363	166 (12,2%)	140.074	9.749 (7%)	0,000
HbA1c	5.943	5,54 (0,5)	3.628	5,51 (0,5)	165	5,48 (0,5)	9.736	5,53 (0,5)	0,023
N.HbA1c	5.950	1,15 (0,4)	3.633	1,19 (0,5)	166	1,13 (0,4)	9.749	1,17 (0,4)	0,000
Clasificación HbA1c	5.943		3.628		165		9.736		0,153
<7%		5.899 (99,2%)		3.606 (99,3%)		165 (100%)		9.670 (99,32%)	
7 - 9 %		37 (0,62%)		21 (0,58%)		0 (0%)		58 (0,6%)	
>9%		7 (0,12%)		1 (0,03%)		0 (0%)		8 (0,08%)	
SÍ Diabéticos									
Analítica (Sí)	8.183	6.625 (81%)	4.435	3.588 (80,9%)	133	104 (78,2%)	12.751	10.317 (80,9%)	0,732
HbA1c	6.624	7,02 (1,3)	3.588	7,03 (1,4)	104	7,05 (1,4)	10.316	7,03 (1,4)	0,946
N.HbA1c	6.625	1,56 (0,8)	3.588	1,64 (0,8)	104	1,8 (0,9)	10.317	1,59 (0,8)	0,000
Clasificación HbA1c	6.624		3.588		104		10.316		0,624
<7%		3.890 (58,7%)		2.097 (58,4%)		65 (62,5%)		6.052 (58,67%)	
7 - 9 %		2.214 (33,4%)		1.186 (33%)		30 (28,85%)		3.430 (33,25%)	
>9%		520 (7,85%)		305 (8,5%)		9 (8,65%)		834 (8,08%)	

En este caso vemos que los resultados por burnout son similares, con un mejor control entre los profesionales con mayor burnout. Asimismo, el número de determinaciones de la Hb1aC es mayor entre los profesionales más quemados.

Control de la Dislipemia de los pacientes según empatía y burnout

En cuanto a la dislipemia, existe un porcentaje inferior de pacientes entre los profesionales más empáticos. Entre los no dislipémicos, los médicos más empáticos tienen más pacientes con LDL mayor de 130, en cambio los menos empáticos tienen mayoría de pacientes con LDL menor de 100. Sin embargo, y aunque sin ser significativo entre los pacientes dislipémicos, los profesionales más empáticos tienen mayor número de pacientes con LDL por debajo de 100. Además, entre los pacientes dislipémicos, tenemos menos controles analíticos si el médico es más empático.

Tabla 46 Control de Dislipemia en función de empatía de los médicos

MÉDICOS	Bajo (n=42138)		Medio (n=45070)		Alto (n=61624)		Total (n=148832)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	42.138	13.059 (31%)	45.070	14.953 (33,2%)	61.624	18.881 (30,6%)	14.8832	46.893 (31,5%)	0,032
LDL	13.055	12.055 (32,9)	14.950	121,21 (32,7)	18.878	121 (33,2)	4.6883	120,94 (32,9)	0,240
N. LDL	13.059	1,34 (0,7)	14.953	1,35 (0,7)	18.881	1,34 (0,7)	4.6893	1,34 (0,7)	0,516
Clasificación LDL	13.055		14.950		18.878		4.6883		0,296
<100		3.622 (27,74%)		3.983 (26,64%)		5.181 (27,44%)		12.786 (27,27%)	
100-130		4.616 (35,36%)		5.281 (35,32%)		6.572 (34,81%)		16.469 (35,13%)	
> 130		4.817 (36,9%)		5.686 (38,03%)		7.125 (37,74%)		17.628 (37,6%)	
NO Dislipémicos									
Analítica (Sí)	33.438	7.024 (21%)	35.464	8.128 (22,9%)	49.408	10.356 (21%)	11.8310	25.508 (21,6%)	0,341
LDL	7.023	11.2,85 (28,5)	8.128	113,58 (28,1)	10.353	113,85 (28,8)	25.504	113,49 (28,5)	0,071
N. LDL	7.024	1,26 (0,6)	8.128	1,26 (0,6)	10.356	1,25 (0,6)	25.508	1,26 (0,6)	0,962
Clasificación LDL	7.023		8.128		10.353		25.504		0,019
<100		2.324 (33,09%)		2.568 (31,59%)		3.321 (32,08%)		8.213 (32,2%)	
100-130		2.802 (39,9%)		3.261 (40,12%)		4.034 (38,96%)		10.097 (39,59%)	
> 130		1.897 (27,01%)		2.299 (28,28%)		2.998 (28,96%)		7.194 (28,21%)	
SÍ Dislipémicos									
Analítica (Sí)	8.700	6.035 (69,4%)	9.606	6825 (71%)	12.216	8.525 (69,8%)	30.522	21.385 (70,1%)	0,686
LDL	6.032	129,52 (35,3)	6.822	130,29 (35,4)	8.525	129,68 (36)	21.379	129,83 (35,6)	0,415
N. LDL	6.035	1,43 (0,7)	6.825	1,46 (0,7)	8.525	1,45 (0,8)	21.385	1,45 (0,8)	0,185
Clasificación LDL	6.032		6.822		8.525		21.379		0,684
<100		1.298 (21,52%)		1.415 (20,74%)		1.860 (21,82%)		4.573 (21,39%)	
100-130		1.814 (30,07%)		2.020 (29,61%)		2.538 (29,77%)		6.372 (29,8%)	
> 130		2.920 (48,41%)		3.387 (49,65%)		4.127 (48,41%)		10.434 (48,8%)	

Tabla 47 Control de dislipemia en función del burnout de los médicos

BURNOUT	BAJA (n=81430)		MEDIA (n=57742)		ALTA (n=9660)		Total (n=148832)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	81.430	25.307 (31,1%)	57.742	18.417 (31,9%)	9.660	3.169 (32,8%)	14.8832	46.893 (31,5%)	0,000
LDL	25.300	121,29 (32,9)	18.414	120,75 (33)	3.169	119,2 (32,8)	46.883	120,94 (32,9)	0,002
N. LDL	25.307	1,34 (0,7)	18.417	1,34 (0,7)	3.169	1,38 (0,7)	46.893	1,34 (0,7)	0,002
Clasificación LDL	25.300		18.414		3.169		46.883		0,006
<100		6.831 (27%)		5.039 (27,37%)		916 (28,91%)		12.786 (27,27%)	
100-130		8.856 (35%)		6.477 (35,17%)		1.136 (35,85%)		16.469 (35,13%)	
> 130		9.613 (38%)		6.898 (37,46%)		1.117 (35,25%)		17.628 (37,6%)	
NO Dislipémicos									
Analítica (Sí)	64.704	13.601 (21%)	46.009	10.161 (22,1%)	7.597	1.746 (23%)	118.310	25.508 (21,6%)	0,000
LDL	13.597	113,69 (28,5)	10.161	113,65 (28,5)	1.746	110,98 (28,4)	25.504	113,49 (28,5)	0,001
N. LDL	13.601	1,24 (0,6)	10.161	1,26 (0,6)	1.746	1,3 (0,7)	25.508	1,26 (0,6)	0,000
Clasificación LDL	13.597		10.161		1.746		25.504		0,127
<100		4.371 (32,15%)		3.238 (31,87%)		604 (34,59%)		8.213 (32,2%)	
100-130		5.372 (39,51%)		4.026 (39,62%)		699 (40,03%)		10.097 (39,59%)	
> 130		3.854 (28,34%)		2.897 (28,51%)		443 (25,37%)		7.194 (28,21%)	
SÍ Dislipémicos									
Analítica (Sí)	16.726	11.706 (70%)	11.733	8.256 (70,4%)	2.063	1.423 (69%)	30.522	21.385 (70,1%)	0,848
LDL	11.703	130,12 (35,5)	8.253	129,5 (35,9)	1.423	129,28 (35)	21.379	129,83 (35,6)	0,398
N. LDL	11.706	1,45 (0,8)	8.256	1,44 (0,7)	1.423	1,49 (0,8)	21.385	1,45 (0,8)	0,106
Clasificación LDL	11.703		8.253		1.423		21.379		0,097
<100		2.460 (21,02%)		1.801 (21,82%)		312 (21,93%)		4.573 (21,39%)	
100-130		3.484 (29,77%)		2.451 (29,7%)		437 (30,71%)		6.372 (29,8%)	
> 130		5.759 (49,21%)		4.001 (48,48%)		674 (47,36%)		10.434 (48,8%)	

Los pacientes de los profesionales con burnout elevado, a nivel global tienen un LDL menor, y los pacientes de profesionales con burnout bajo tiene peor control de dislipemia, con significación estadística.

Si nos referimos al personal de enfermería, parece que no existen diferencias en la población general pero sí cuando hablamos de los pacientes dislipémicos. Los pacientes dislipémicos tienen un grado de control superior en función del grado de empatía de la enfermera. También se detecta que tienen un LDL medio inferior a medida que aumenta la empatía de la profesional.

Tabla 48 Control de dislipemia en función de la empatía de enfermería

ENFERMERÍA	Bajo (n=52173)		Medio (n=51298)		Alto (n=49354)		Total (n=152825)		P
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	52.173	16.387 (31,4%)	51.298	16.513 (32,2%)	49.354	15.390 (31,2%)	15.2825	48.290 (31,6%)	0,473
LDL	16.379	120,88 (32,8)	16.510	1.20,7 (32,6)	15.388	120,31 (32,7)	48.277	120,64 (32,7)	0,290
N. LDL	16.387	1,32 (0,7)	16.513	1,37 (0,7)	15.390	1,35 (0,7)	48.290	1,34 (0,7)	0,000
Clasificación LDL	16.379		16.510		15.388		48.277		0,137
<100		4.425 (27,02%)		4.503 (27,27%)		4.267 (27,73%)		13.195 (27,33%)	
100-130		5.802 (35,42%)		5.884 (35,64%)		5.436 (35,33%)		17.122 (35,47%)	
> 130		6.152 (37,56%)		6.123 (37,09%)		5.685 (36,94%)		17.960 (37,2%)	
NO Dislipémicos									
Analítica (Sí)	41.360	9.056 (21,9%)	41.216	9.498 (23%)	39.179	8.345 (21,3%)	121.755	26.899 (22,1%)	0,052
LDL	9.056	113,76 (28,3)	9.496	113,4 (28)	8.345	113,28 (28,6)	26.897	113,49 (28,3)	0,498
N. LDL	9.056	1,24 (0,6)	9.498	1,27 (0,6)	8.345	1,25 (0,6)	26.899	1,26 (0,6)	0,000
Clasificación LDL	9.056		9.496		8.345		26.897		0,497
<100		2.861 (31,59%)		3.042 (32,03%)		2.704 (32,4%)		8.607 (32%)	
100-130		3.624 (40,02%)		3.792 (39,93%)		3.270 (39,19%)		10.686 (39,73%)	
> 130		2.571 (28,39%)		2.662 (28,03%)		2.371 (28,41%)		7.604 (28,27%)	
SÍ Dislipémicos									
Analítica (Sí)	10.813	7.331 (67,8%)	10.082	7.015 (69,6%)	10.175	7.045 (69,2%)	31.070	21.391 (68,8%)	0,022
LDL	7.323	129,68 (35,7)	7.014	130,6 (35,5)	7.043	128,64 (35,3)	21.380	129,64 (35,5)	0,005
N. LDL	7.331	1,41 (0,7)	7.015	1,5 (0,8)	7.045	1,46 (0,8)	21.391	1,46 (0,8)	0,000
Clasificación LDL	7.323		7.014		7.043		21.380		0,045
<100		1.564 (21,36%)		1.461 (20,83%)		1.563 (22,19%)		4.588 (21,46%)	
100-130		2.178 (29,74%)		2.092 (29,83%)		2.166 (30,75%)		6.436 (30,1%)	
> 130		3.581 (48,9%)		3.461 (49,34%)		3.314 (47,05%)		10.356 (48,44%)	

Tabla 49 Control de dislipemia en función del burnout de enfermería

	BAJA (n=96888)		MEDIA (n=54441)		ALTA (n=1496)		Total (n=152825)		P
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	96.888	29.921 (30,9%)	54.441	17.842 (32,8%)	1.496	527 (35,2%)	152.825	48.290 (31,6%)	0,000
LDL	29.915	120,41 (32,4)	17.837	121,07 (33,1)	525	118,85 (33,8)	48.277	120,64 (32,7)	0,048
N. LDL	29.921	1,35 (0,7)	17.842	1,34 (0,7)	527	1,3 (0,6)	48.290	1,34 (0,7)	0,333
Clasificación LDL	29.915		17.837		525		48.277		0,517
<100		8.168 (27,3%)		4.873 (27,3%)		154 (29,33%)		13.195 (27,3%)	
100-130		10.701 (35,7%)		6.239 (34,9%)		182 (34,67%)		17.122 (35,4%)	
> 130		11.046 (36,9%)		6.725 (37,7%)		189 (36%)		17.960 (37,2%)	
No Dislipémicos									
Analítica (Sí)	77.148	16.420 (21,3%)	43.427	10.183 (23,4%)	1180	296 (25,1%)	121.755	26.899 (22,1%)	0,000
LDL	16.419	113,27 (28,1)	10.182	113,87 (28,5)	296	112,41 (30,5)	26.897	113,49 (28,3)	0,196
N. LDL	16.420	1,26 (0,6)	10.183	1,25 (0,6)	296	1,23 (0,6)	26.899	1,26 (0,6)	0,226
Clasificación LDL	16.419		10.182		296		26.897		0,098
<100		5.270 (32,1%)		3.234 (31,7%)		103 (34,8%)		8.607 (32%)	
100-130		6.606 (40,23%)		3.972 (39%)		108 (36,49%)		10.686 (39,7%)	
> 130		4.543 (27,67%)		2.976 (29,2%)		85 (28,72%)		7.604 (28,27%)	
Sí Dislipémicos									
Analítica (Sí)	19.740	13.501 (68,4%)	11.014	7.659 (69,5%)	316	231 (73,1%)	31.070	21.391 (68,8%)	0,012
LDL	13.496	129,11 (35,1)	7.655	130,65 (36,2)	229	127,17 (36)	21.380	129,64 (35,5)	0,006
N. LDL	13.501	1,45 (0,8)	7.659	1,47 (0,8)	231	1,39 (0,6)	21.391	1,46 (0,8)	0,102
Clasificación LDL	13.496		7.655		229		21.380		0,642
<100		2.898 (21,47%)		1.639 (21,4%)		51 (22,27%)		4.588 (21,46%)	
100-130		4.095 (30,34%)		2.267 (29,6%)		74 (32,31%)		6.436 (30,1%)	
> 130		6.503 (48,18%)		3.749 (48,9%)		104 (45,41%)		10.356 (48,4%)	

En función del burnout del personal de enfermería, no se aprecian diferencias significativas, aunque el control global de los pacientes con dislipemia es mejor entre profesionales con niveles de burnout elevados.

Control de la Hipertensión Arterial de los pacientes según empatía y burnout

En lo conceniente a la hipertensión arterial, destacamos que entre la población general, los médicos más empáticos tienen mayor número de pacientes con TAS <130 mmHg, y menor, con TAS >140 mmHg. Esta diferencia no es tan marcada entre la población no hipertensa. Además, los profesionales poco empáticos realizan más controles de PAS pero tienen mayor número de pacientes con TAS por encima de 140 y son los que menos tienen pacientes con PAS <130. Entre la población hipertensa sucede lo mismo, aunque el número de registros no cambia en función del grado de empatía de los profesionales.

Tabla 50 Control de hipertensión en función de la empatía de los médicos

MÉDICOS	Bajo (n=42138)		Medio (n=45070)		Alto (n=61624)		Total (n=148832)		P
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	42.138	16.698 (39,6%)	45.070	18.599 (41,3%)	61.624	24.172 (39,2%)	148.832	59.469 (40%)	0,045
PAS	16.691	127,79 (15,2)	18.592	127,94 (15,1)	24.166	127,5 (15,3)	59.449	127,72 (15,2)	0,009
N. PAS	16.698	2,41 (2,5)	18.599	2,4 (2,5)	24.172	2,25 (2,1)	59.469	2,34 (2,3)	0,000
PAS	16.691		18.592		24.166		59.449		0,012
<130		8.522 (51%)		9.457 (50,8%)		12.623 (52,2%)		30.602 (51,4%)	
130 - 140		4.992 (29,9%)		5.529 (29,7%)		7.086 (29,3%)		17.607 (29,6%)	
>140		3.177 (19%)		3.606 (19,4%)		4.457 (18,4%)		11.240 (18,9%)	
NO Hipertensos									
Analítica (Sí)	40.896	15.854 (38,8%)	43.324	17.338 (40%)	59.970	22.999 (38,4%)	144.190	56.191 (39%)	0,060
PAS	15.849	127,62 (15,2)	17.331	127,75 (15,1)	22.994	127,34 (15,3)	56.174	127,55 (15,2)	0,020
N. PAS	15.854	2,38 (2,4)	17.338	2,34 (2,4)	22.999	2,21 (2,1)	56.191	2,3 (2,3)	0,000
PAS	15.849		17.331		22.994		56.174		0,023
<130		8.177 (51,5%)		8.925 (51,5%)		12.105 (52,6%)		29.207 (51,9%)	
130 - 140		4.703 (29,6%)		5.083 (29,3%)		6.718 (29,2%)		16.504 (29,3%)	
>140		2.969 (18,7%)		3.323 (19,1%)		4.171 (18,1%)		10.463 (18,6%)	
SÍ Hipertensos									
Analítica (Sí)	1.242	844 (68%)	1.746	1.261 (72,2%)	1.654	1.173 (70,9%)	4.642	3.278 (70,6%)	0,118
PAS	842	131,05 (15,3)	1.261	130,5 (14,9)	1.172	130,58 (15,8)	3.275	130,67 (15,3)	0,703
N. PAS	844	2,91 (3)	1.261	3,29 (3,1)	1.173	3,13 (2,9)	3.278	3,14 (3)	0,018
PAS	842		1.261		1.172		3.275		0,353
<130		345 (40,97%)		532 (42,19%)		518 (44,2%)		1.395 (42,6%)	
130 - 140		289 (34,32%)		446 (35,37%)		368 (31,4%)		1.103 (33,68%)	
>140		208 (24,7%)		283 (22,44%)		286 (24,4%)		777 (23,73%)	

Tabla 51 Control de hipertensión en función del burnout de los médico

BURNOUT	BAJA (n=81430)		MEDIA (n=57742)		ALTA (n=9660)		Total (n=148832)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	81.430	32.622 (40,1%)	57.742	22.977 (39,8%)	9.660	3.870 (40,1%)	148.832	59.469 (40%)	0,521
PAS	32.612	127,34 (15)	22.968	128,2 (15,5)	3.869	128,1 (15,4)	59.449	127,72 (15,2)	0,000
N. PAS	32.622	2,43 (2,4)	22.977	2,21 (2,2)	3.870	2,43 (2,4)	59.469	2,34 (2,3)	0,000
PAS	32.612		22.968		3.869		59.449		0,000
<130		17.125 (52,5%)		11.513 (50,1%)		1.964 (50,7%)		30.602 (51,4%)	
130 – 140		9.594 (29,42%)		6.886 (29,98%)		1.127 (29,1%)		17.607 (29,6%)	
>140		5.893 (18,07%)		4.569 (19,89%)		778 (20,1%)		11.240 (18,9%)	
NO Hipertensos									
Analítica (Sí)	78.920	30.804 (39%)	56.059	21.804 (38,9%)	9.211	3.583 (38,9%)	144.190	56.191 (39%)	0,627
PAS	30.795	127,18 (15)	21.796	128,01 (15,4)	3.583	127,88 (15,4)	56.174	127,55 (15,2)	0,000
N. PAS	30.804	2,37 (2,4)	21.804	2,17 (2,1)	3.583	2,38 (2,3)	56.191	2,3 (2,3)	0,000
PAS	30.795		21.796		3.583		56.174		0,000
<130		16.323 (53%)		11.047 (50,6%)		1.837 (51,2%)		29.207 (51,9%)	
130 – 140		8.993 (29,2%)		6.483 (29,74%)		1.028 (28,6%)		16.504 (29,3%)	
>140		5.479 (17,79%)		4.266 (19,57%)		718 (20,04%)		10.463 (18,6%)	
SÍ Hipertensos									
Analítica (Sí)	2.510	1.818 (72,4%)	1.683	1.173 (69,7%)	449	287 (63,9%)	4.642	3.278 (70,6%)	0,000
PAS	1.817	129,98 (14,7)	1.172	131,7 (16,1)	286	130,83 (15,4)	3.275	130,67 (15,3)	0,011
N. PAS	1.818	3,32 (3)	1.173	2,9 (3)	287	2,94 (2,7)	3.278	3,14 (3)	0,001
PAS	1.817		1.172		286		3.275		0,277
<130		802 (44,14%)		466 (39,76%)		127 (44,41%)		1.395 (42,6%)	
130 – 140		601 (33,08%)		403 (34,39%)		99 (34,62%)		1.103 (33,68%)	
>140		414 (22,78%)		303 (25,85%)		60 (20,98%)		777 (23,73%)	

A nivel de burnout, observamos que los pacientes de profesionales con burnout bajo tienen mejores cifras de PAS de media de forma significativa, tanto a nivel global como en los pacientes hipertensos, así como mayor número de determinaciones entre profesionales con burnout bajo.

Parece ser que a menor grado de empatía de parte del personal de enfermería, mayor diagnóstico de hipertensión. Sin embargo, las enfermeras con mayor grado de empatía tienen un grado inferior de analíticas realizadas el último año y tienen un número inferior de controles. El porcentaje de toma de tensión es inferior cuanto menos empática sea la enfermera, tanto entre hipertensos como entre no hipertensos. Entre los hipertensos, el grado de pacientes fuera de control es superior entre el personal de enfermería poco empático respecto a los que tienen empatía elevada o media.

Tabla 52 Control de hipertensión en función de la empatía de enfermería

ENFERMERÍA	Bajo (n=52173)		Medio (n=51298)		Alto (n=49354)		Total (n=152825)		p
	N	n (%)	N	N (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	52.173	20.204 (38,7%)	51.298	19.887 (38,8%)	49.354	18.588 (37,7%)	152.825	58.679 (38,4%)	0,001
PAS	20.197	128,09 (15)	19.883	127,59 (15,3)	18.581	128,29 (15,7)	58.661	127,98 (15,3)	0,000
N. PAS	20.204	2,46 (2,5)	19.887	2,35 (2,3)	18.588	2,25 (2,2)	58.679	2,36 (2,3)	0,000
PAS	20.197		19.883		18.581		58.661		0,921
<130		10.172 (50,36%)		10.257 (51,5%)		9.463 (50,9%)		29.892 (50,9%)	
130 - 140		6.167 (30,53%)		6.039 (30,37%)		5.437 (29,2%)		17.643 (30%)	
>140		3.858 (19,1%)		3.587 (18,04%)		3.681 (19,8%)		11.126 (18,9%)	
NO Hipertensos									
Analítica (Sí)	50.709	19.156 (37,8%)	49.763	18.830 (37,8%)	47.836	17.577 (36,7%)	148.308	55.563 (37,5%)	0,001
PAS	19.149	127,92 (15,1)	18.826	127,43 (15,3)	17.570	128,15 (15,7)	55.545	127,83 (15,3)	0,565
N. PAS	19.156	2,41 (2,5)	18.830	2,3 (2,2)	17.577	2,2 (2,1)	55.563	2,31 (2,3)	0,000
PAS	19.149		18.826		17.570		55.545		0,638
<130		9.755 (50,94%)		9.815 (52,14%)		9.017 (51,3%)		28.587 (51,4%)	
130 - 140		5.804 (30,31%)		5.660 (30,06%)		5.114 (29,1%)		16.578 (29,8%)	
>140		3.590 (18,75%)		3.351 (17,8%)		3.439 (19,5%)		10.380 (18,6%)	
SÍ Hipertensos									
Analítica (Sí)	1.464	1.048 (71,6%)	1.535	1.057 (68,9%)	1.518	1.011 (66,6%)	4.517	3.116 (69%)	0,003
PAS	1.048	131,22 (14,3)	1.057	130,43 (15,5)	1.011	130,75 (15,9)	3.116	130,8 (15,2)	0,013
N. PAS	1.048	3,33 (3)	1.057	3,29 (3,2)	1.011	2,98 (2,8)	3.116	3,2 (3)	0,018
PAS	1.048		1.057		1.011		3.116		0,086
<130		417 (39,79%)		442 (41,82%)		446 (44,11%)		1.305 (41,88%)	
130 - 140		363 (34,64%)		379 (35,86%)		323 (31,95%)		1.065 (34,18%)	
>140		268 (25,57%)		236 (22,33%)		242 (23,94%)		746 (23,94%)	

En cuanto al burnout de enfermería, observamos que el número de determinaciones de la PAS es mayor entre los profesionales con bajo burnout, y que la mayoría de pacientes con PAS por debajo de 130 se encuentran entre los profesionales con bajo burnout.

Sin embargo, entre los hipertensos, la PAS media es menor entre los profesionales con mayor burnout.

Tabla 53 Control de hipertensión en función del burnout de enfermería

	BAJA (n=96888)		MEDIA (n=54441)		ALTA (n=1496)		Total (n=152825)		p
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	
Analítica (Sí)	96.888	37.513 (38,7%)	54.441	20.597 (37,8%)	1.496	569 (38%)	152.825	58.679 (38,4%)	0,001
PAS	37.500	127,67 (15,1)	20.593	128,52 (15,7)	568	128,96 (17,8)	58.661	127,98 (15,3)	0,000
N. PAS	37.513	2,34 (2,3)	20.597	2,39 (2,4)	569	1,94 (1,5)	58.679	2,36 (2,3)	0,000
PAS	37.500		20.593		568		58.661		0,000
<130		19.354 (51,6%)		10.258 (49,8%)		280 (49,3%)		29.892 (50,9%)	
130 - 140		11.368 (30,3%)		6.063 (29,44%)		212 (37,32%)		1.7643 (30%)	
>140		6.778 (18%)		4.272 (20,74%)		76 (13,38%)		11.126 (18,9%)	
NO Hipertensos									
Analítica (Sí)	93.951	35.433 (37,7%)	52.907	19.581 (37%)	1.450	549 (37,9%)	148.308	55.563 (37,5%)	0,015
PAS	35.420	127,52 (15,1)	19.577	128,35 (15,7)	548	129,08 (17,8)	55.545	127,83 (15,3)	0,112
N. PAS	35.433	2,29 (2,2)	19.581	2,35 (2,4)	549	1,92 (1,4)	55.563	2,31 (2,3)	0,000
PAS	35.420		19.577		548		55.545		0,000
<130		18.468 (52,1%)		9.850 (50,31%)		269 (49,09%)		28.587 (51,47%)	
130 - 140		10.635 (30%)		5.735 (29,29%)		208 (37,96%)		16.578 (29,8%)	
>140		6.317 (17,8%)		3.992 (20,39%)		71 (12,96%)		10.380 (18,6%)	
SÍ Hipertensos									
Analítica (Sí)	2.937	2.080 (70,8%)	1.534	1.016 (66,2%)	46	20 (43,5%)	4.517	3116 (69%)	0,000
PAS	2.080	130,34 (15,3)	1.016	131,84 (15)	20	125,8 (17,6)	3.116	130,8 (15,2)	0,007
N. PAS	2.080	3,21 (3,1)	1.016	3,21 (2,9)	20	2,4 (2,1)	3.116	3,2 (3)	0,489
PAS	2.080		1.016		20		3.116		0,021
<130		886 (42,6%)		408 (40,16%)		11 (55%)		1.305 (41,88%)	
130 - 140		733 (35,24%)		328 (32,28%)		4 (20%)		1.065 (34,18%)	
>140		461 (22,16%)		280 (27,56%)		5 (25%)		746 (23,94%)	

**RELACIÓN DE EMPATÍA Y BURNOUT CON
INDICADORES ASISTENCIALES:
ESTÁNDAR DE CALIDAD ASISTENCIAL Y
ESTÁNDAR DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN
FARMACÉUTICA**

Descripción de la muestra

En la tabla 54 se expone un resumen de las características sociodemográficas de la muestra con la que hemos trabajado este apartado con la Odds Ratio añadida.

Tabla 54. Relación de empatía con variables sociodemográficas

Empatía (Alto)	No (n=143)	Sí (n=77)	Total (n=220)	p	OR (CI95%)
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo (Mujer)	107 (74,8%)	64 (83,1%)	171 (77,7%)	0,159	1,66 [0,82 - 3,35]
Edad	48,74 (8,6)	47,64 (8,5)	48,35 (8,6)	0,360	0,99 [0,95 - 1,02]
Ámbito (Rural)	88 (61,5%)	39 (50,6%)	127 (57,7%)	0,119	0,64 [0,37 - 1,12]
Profesión (Médico)	65 (45,5%)	43 (55,8%)	108 (49,1%)	0,141	1,52 [0,87 - 2,65]
Sumario Burnout				0,002	
BAJA	76 (53,15%)	57 (74,03%)	133 (60,45%)		Ref. 1
MEDIA	60 (41,96%)	19 (24,68%)	79 (35,91%)		0,42 [0,23 - 0,78]
ALTA	7 (4,9%)	1 (1,3%)	8 (3,64%)		0,19 [0,02 - 1,59]
Agotamiento Emocional				0,209	
Bajo Burnout	79 (55,24%)	48 (62,34%)	127 (57,73%)		Ref. 1
Moderado Burnout	27 (18,88%)	15 (19,48%)	42 (19,09%)		0,91 [0,44 - 1,89]
Alto Burnout	37 (25,87%)	14 (18,18%)	51 (23,18%)		0,62 [0,31 - 1,27]
Despersonalización				0,038	
Baja Despersonalización	82 (57,34%)	59 (76,62%)	141 (64,09%)		Ref. 1
Moderada Despersonalización	42 (29,37%)	9 (11,69%)	51 (23,18%)		0,3 [0,13 - 0,66]
Alta Despersonalización	19 (13,29%)	9 (11,69%)	28 (12,73%)		0,66 [0,28 - 1,56]
Realización personal				0,000	
Bajo logro	18 (12,59%)	3 (3,9%)	21 (9,55%)		Ref. 1
Moderado logro	69 (48,25%)	17 (22,08%)	86 (39,09%)		1,48 [0,39 - 5,6]
Alto logro	56 (39,16%)	57 (74,03%)	113 (51,36%)		6,11 [1,7 - 21,89]

En esta tabla seguimos confirmando la vinculación entre burnout y empatía, así como que los profesionales rurales tienen menor empatía.

Descriptiva de las variables en función de la empatía.

A partir de aquí realizamos un análisis de las tres variables descritas (ECA y ECPF) en relación con la empatía y el burnout.

En la tabla 55 se ha descrito la relación entre la puntuación de ECA y ECPF, en función de la puntuación en la escala de Jefferson de empatía. No se detecta significación estadística en relación con el ECA y ECPF. No obstante, si apreciamos que los profesionales con mayor empatía obtienen mejor puntuación en la prescripción de fármacos. Asimismo, hemos realizado unos gráficos que muestran estas tendencias en los resultados. Los resultados de ECA son mejores en profesionales poco o medio empáticos.

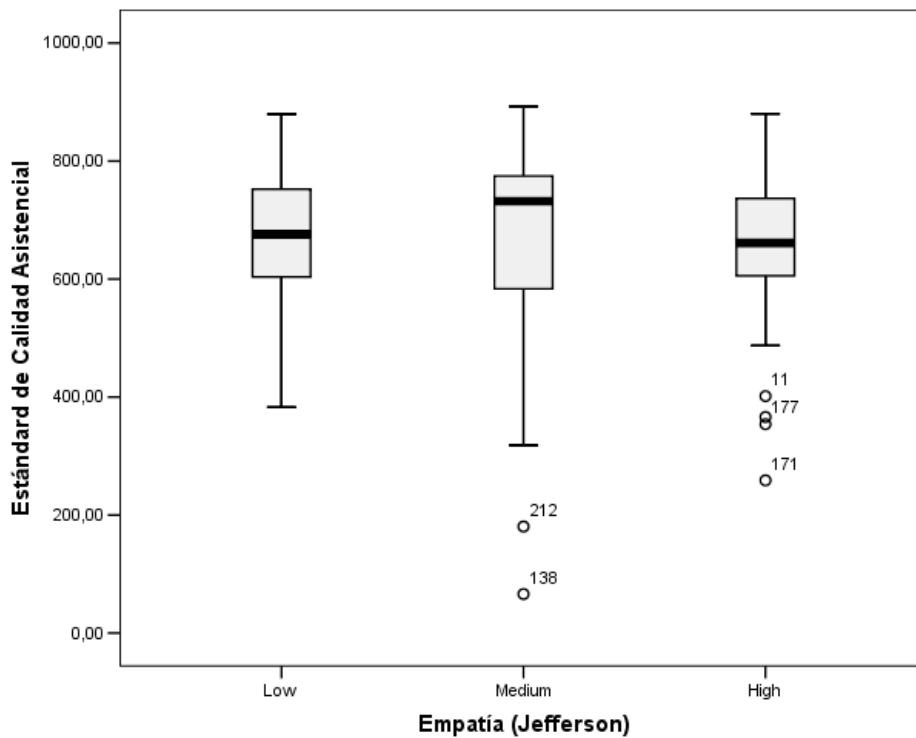
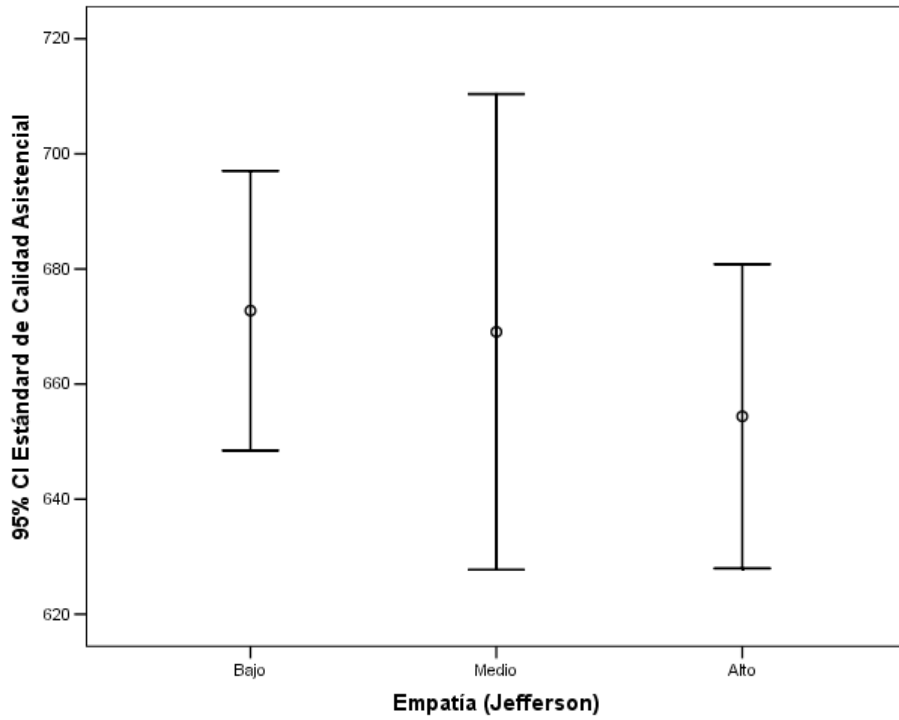
Tabla 55. Descripción de los indicadores asistenciales en función de la empatía.

EMPATÍA	Bajo (n=73)	Medio (n=70)	Alto (n=77)	Total (n=220)	p
	media (DT)	media (DT)	media (DT)	Media (DT)	
Estándar de Calidad Asistencial	672,8 (101,1)	669,1 (166,9)	654,4 (113,3)	665,1 (128,8)	0,190
ECPF	50,6 (22,9)	53,2 (22,3)	60,5 (24)	55,2 (23,3)	0,170

Tabla 56. Relación de empatía con variables asistenciales

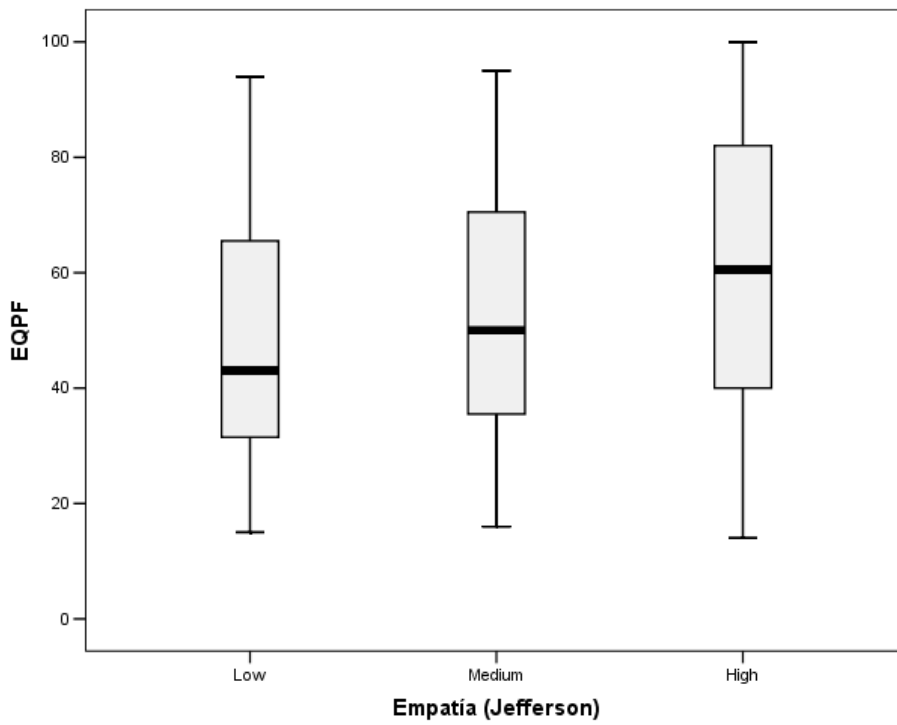
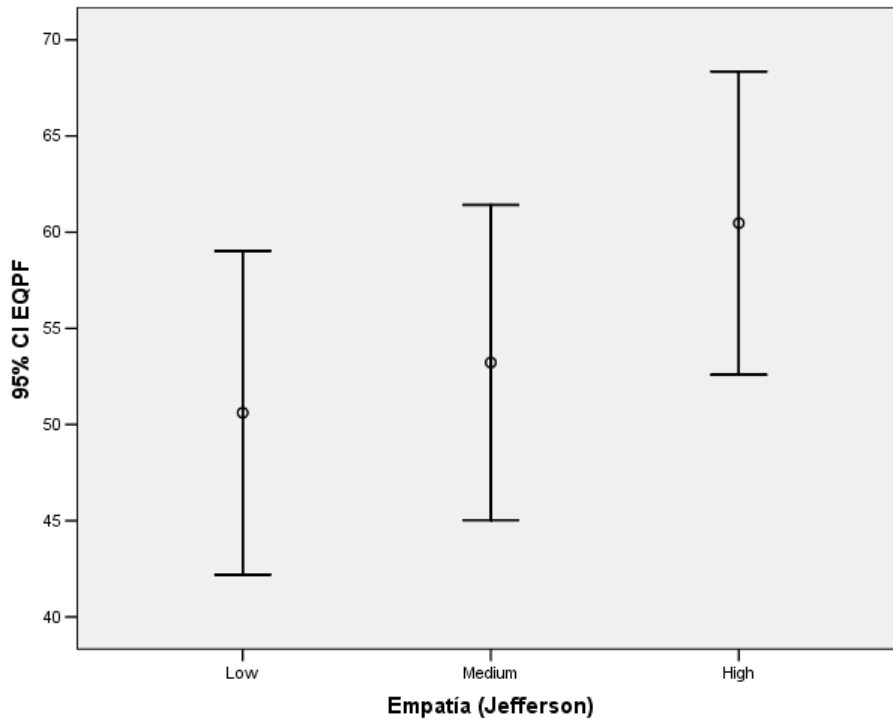
Empatía (Alto)	No (n=143)		Sí (n=77)		Total (n=220)		P	OR (CI95%)
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)		
Estándar de Calidad Asistencial	134	670,96 (136,5)	73	654,39 (113,3)	207	665,12 (128,8)	0,133	1 [1 - 1]
EQPF	62	51,92 (22,5)	38	60,47 (24)	100	55,17 (23,3)	0,072	1,02 [1 - 1,03]

Gráfico 8. Evolución del ECA en función de la empatía



En este caso se observa una tendencia clara aunque no significativa entre empatía y buena prescripción farmacéutica.

Gráfico 9 Evolución de la prescripción farmacéutica en función de empatía



Descriptiva de las variables en función del grado de burnout

Del mismo modo que que hemos hecho previamente, ahora analizamos los tres indicadores con el nivel de burnout global. En este caso observamos que en lo referente al indicador de calidad asistencial, existe mayor resultado en profesionales con bajo y alto burnout, sin ser significativo. Además, la prescripción farmacéutica parece relacionada con el burnout sin llegar a ser significativo, puesto que a menor burnout, mayor puntuación en el ECPF. Asimismo, los profesionales con mayor burnout obtienen mejor puntuación en los estándares de Calidad Asistencial.

Tabla 57. Descripción de los indicadores asistenciales en función del burnout

	BAJA (n=133)	MEDIA (n=79)	ALTA (n=8)	Total (n=220)	p
	media (DT)	media (DT)	media (DT)	media (DT)	
Estándar de Calidad Asistencial	671,8 (139,1)	649,9 (113,7)	702 (75,7)	665,1 (128,8)	0,153
ECPF	56,4 (23,2)	54,9 (24,6)	47,7 (18,5)	55,2 (23,3)	0,638

Tabla 58. Relación de empatía con variables asistenciales

BURNOUT	Bajo (n=133)		Medio-Alto (n=87)		Total (n=220)		p	OR CI(95%)
	N	media (DT)	N	media (DT)	N	media (DT)		
Estándar de Calidad Asistencial	125	671,8 (139,1)	82	655 (111,3)	207	665,1 (128,8)	0,115	1 [1 - 1]
ECPF	54	56,4 (23,2)	46	53,8 (23,7)	100	55,2 (23,3)	0,529	1 [1 - 1]

Gráfico 10. Evolución de prescripción farmacéutica en función de burnout

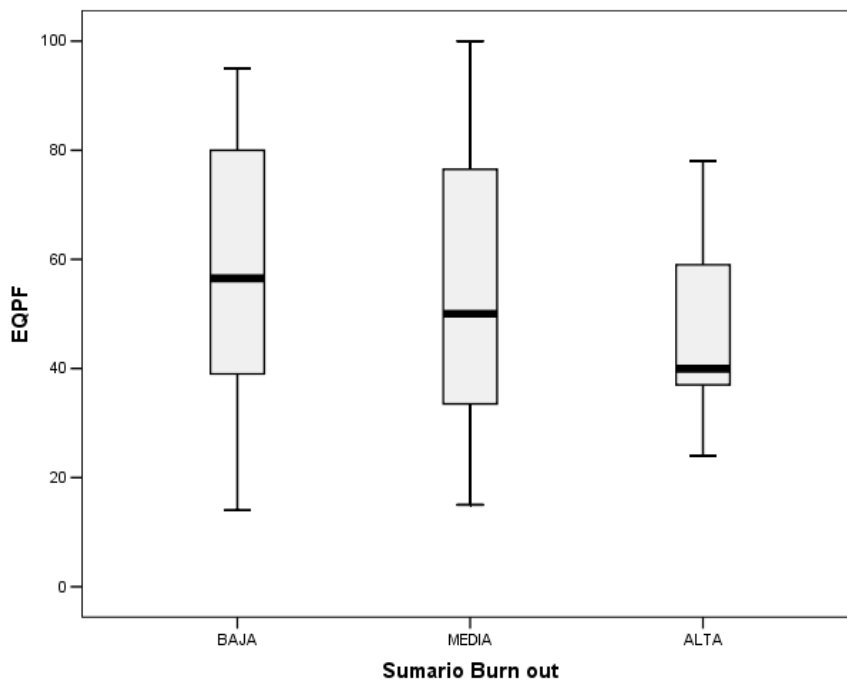
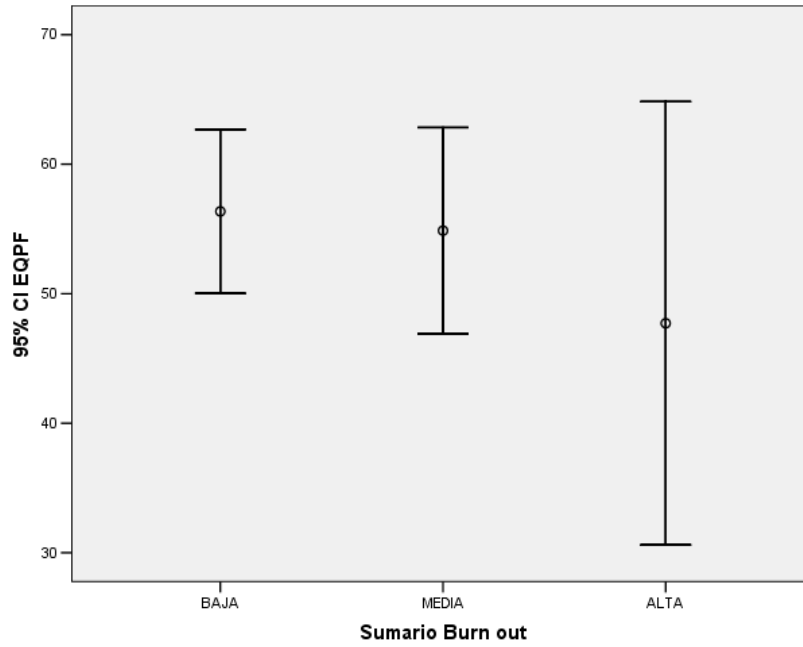
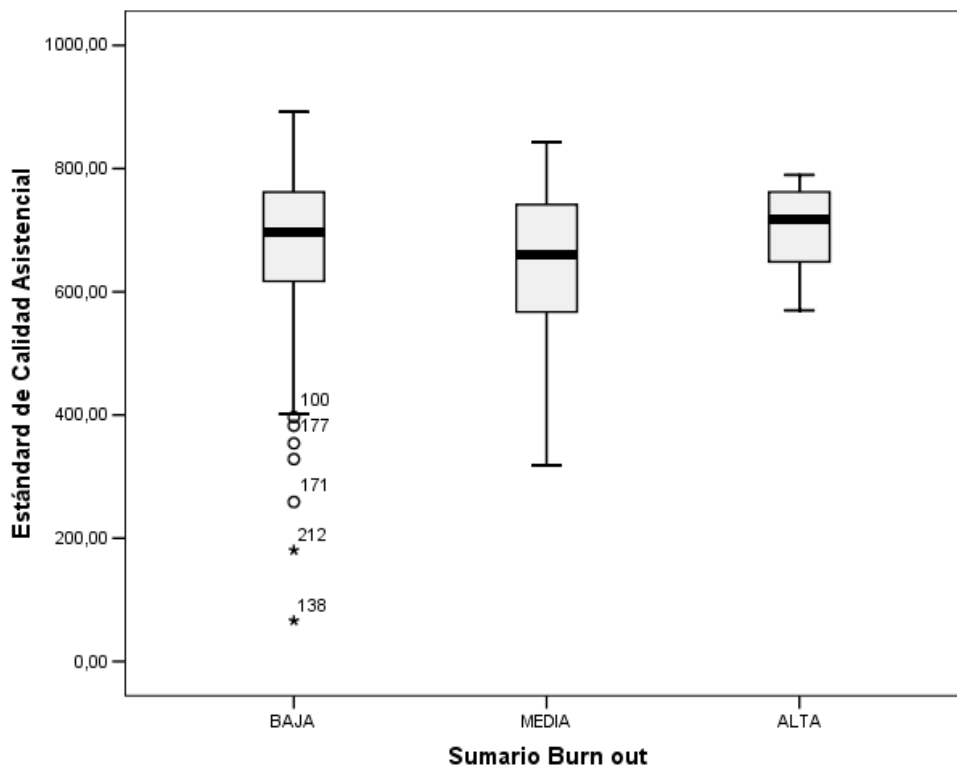
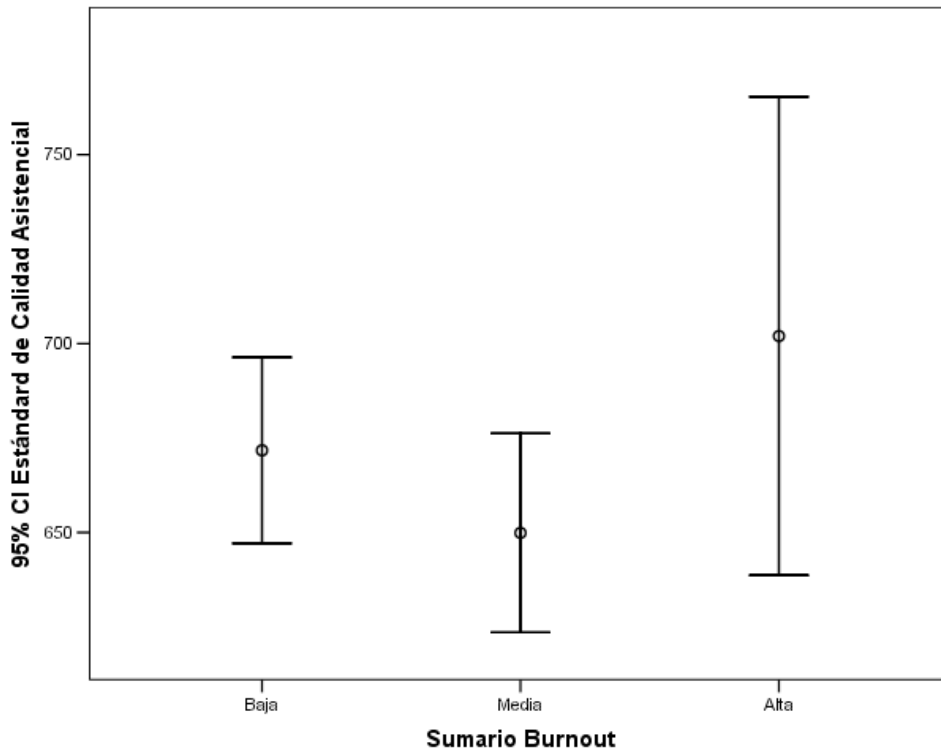


Gráfico 11 Evolución de ECA en función del burnout



Se ha realizado un primer análisis con los resultados básicos del ECA y del EQPF. Como hemos observado previamente, una puntuación elevada en el ECPF se asocia con niveles de empatía elevada.

Las tablas 56 y 58 contienen la adenda del Odds Ratio. Esto se traduce en un OR de 1.02, lo que significa que por ser empático se tiene mayor posibilidad de obtener mejor puntuación en el ECPF. Además, el ECA, sin ser significativo, muestra que aquellos profesionales con menor empatía obtienen mejor resultado en el ECA.

Comparativa del Estándar de Calidad Asistencial

Para cada uno de los profesionales, se han registrado los indicadores de ECA referentes a patologías cardiovasculares, diabetes, hipertensión y dislipemia. Además, de cada uno de estos indicadores también registramos sus metas (inferiores y superiores). Estas metas hacen referencia a la puntuación mínima y máxima de cada indicador. Si se obtienen puntuaciones por debajo de la meta inferior, consideramos que no se ha conseguido el objetivo, y si obtenemos puntuación por encima de la meta superior, obtenemos el 100% de la valoración. En las tablas siguientes, observamos que por cada indicador tenemos la puntuación media, y el % de profesionales que cumplen el objetivo. La puntuación de las metas está definida previamente por el Instituto Catalán de la Salud. Puede verse en la tabla 59.

Tabla 59. Indicadores del ECA

Mínimo	Máximo	INDICADOR
57,6	63,5	Control LDL en CI/AVC
62,5	69,4	Control TA en CI/AVC
63,5	69,1	Tto con beta en CI/AVC
70,2	78,5	Tto con IECA o ARA2 en ICC
65,4	75,2	Tto con IECA o ARA2 en HTA o DM +nefro
64,2	68,6	DM2: control HbA1c
72,4	77,5	Control TA en DM2
65,9	70,5	Control de la HTA
68,9	77,8	Control TA en IRC
59,1	67,1	Prevención primaria en px amb alt risc cv
83,2	86,8	Cálculo del RCV

Para valoraciones/puntuaciones intermedias entre metas del indicador, se registra el porcentaje del objetivo conseguido. Las puntuaciones se registran mes a mes, y para cada uno de los profesionales se registra la media. A continuación, se describe para cada indicador la puntuación y el porcentaje del objetivo conseguido.

Como se observa en las tablas 60 y 61 en ningún indicador se aprecia una asociación significativa entre la valoración del ECA y el grado de empatía y burnout del profesional. En la tabla 61 queda indicado que el número de profesionales que tienen un mayor número de ítems con el 100% del objetivo son los que tienen menor burnout, y es una relación significativa. Podríamos decir que el grado de empatía no se asocia de forma significativa con el registro de los profesionales en la historia clínica.

Tabla 60 Resultados del ECA en función de la empatía

Tabla 61 Resultados del ECA en función del burnout

Empatía	Media-Baja(n=135)	Alta (n=72)	Total (n=207)	p	OR (CI95)
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Enfermedad Cardiovascular					
Control LDL en CI/AVC	58,31 (9,3)	57,3 (10,4)	57,96 (9,7)	0,657	1 (1 - 1)
PCT Obj. Control LDL en CI/AVC	39,94 (45,2)	41,18 (46,2)	40,37 (45,5)	0,947	1 (1 - 1)
Control TA en CI/AVC	65,56 (11,3)	63,33 (12)	64,79 (11,5)	0,184	1 (1 - 1)
PCT Obj. Control TA en CI/AVC	53,07 (45,5)	42,18 (45,1)	49,28 (45,5)	0,175	1 (1 - 1)
Tratamiento con betabloqueantes de la CI/IC	72,2 (12,2)	72,62 (12,1)	72,35 (12,1)	0,570	1 (1 - 1)
PCT Obj. Tratamiento con betabloqueantes de la CI/IC	68,67 (42,9)	75,35 (40)	71 (42)	0,318	1 (1 - 1)
Tratamiento con IECA o ARA2 en ICC	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
PCT Obj. Tratamiento con IECA o ARAII en la ICC	24,76 (36,1)	21,17 (33,8)	23,51 (35,3)	0,688	1 (1 - 1)
Tratamiento con IECA o ARAII en la HTA o DM con nefropatía	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
PCT Obj. Tratamiento con IECA o ARA2 con HTA o DM con nefro	44,03 (40,5)	40,85 (39,1)	42,92 (40)	0,483	1 (1 - 1)
Diabetes mellitus tipo 2					
DM2: control HbA1c	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
PCT Obj. DM2: control HbA1c	65,24 (43,1)	60,46 (46,4)	63,58 (44,2)	0,666	1 (1 - 1)
Control TA en DM	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
PCT Obj. Control TA en DM	21,69 (36,4)	17,04 (34,9)	20,07 (35,9)	0,386	1 (1 - 1)
Hipertensión					
HTA: Control de la HTA	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
PCT Obj. HTA: Control de la HTA	54,12 (44,6)	53,35 (47)	53,85 (45,3)	0,784	1 (1 - 1)
HTA: control de la TA en pacientes con IRC	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
OBJ Pct. HTA: control de la TA en pacientes con IRC	28,77 (37,7)	26,07 (35,1)	27,83 (36,7)	0,948	1 (1 - 1)
Dislipemia					
Prevención primaria en px con alto riesgo CV	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
PCT Obj. Prevención primaria en px con alto riesgo cv	79,77 (33,5)	76,97 (32,8)	78,8 (33,2)	0,420	1 (1 - 1)
Dislipemia: cálculo del Riesgo Cardiovascular	68,91 (8)	68,4 (7,2)	68,73 (7,8)	0,571	1 (1 - 1)
Número de criterios con un 100% conseguido	3,39 (2,6)	3,26 (2,5)	3,34 (2,5)	0,785	1 (0,9 - 1,1)
HTA: % diuréticos	25,28 (6,8)	28,06 (6,4)	26,34 (6,8)	0,044	1,1 (1 - 1,1)
HTA: % ARAII	37,04 (10,1)	33,53 (11,3)	35,71 (10,6)	0,133	1 (0,9 - 1)
HTA: % Fármacos recomendados antihipertensivos	64,29 (8,2)	68,14 (9,2)	65,75 (8,8)	0,041	1,1 (1 - 1,1)
% Fármacos recomendados hipolipemiantes	78,5 (9,1)	80,77 (9,2)	79,36 (9,2)	0,223	1 (1 - 1,1)
% Fármacos recomendados antiDiabeticos	81,38 (10,3)	85,02 (7,8)	82,76 (9,6)	0,060	1 (1 - 1,1)

BURNOUT	Bajo (n=125)	Medio-Alto (n=82)	Total (n=07)	p	CI (95%)
	media (DT)	media (DT)	media (DT)		
Enfermedad Cardiovascular					
Control LDL en CI/AVC	56,9 (10,8)	59,5 (7,5)	58 (9,7)	0,119	1,03 [1 - 1,06]
PCT Obj. Control LDL en CI/AVC	39,8 (46,1)	41,3 (44,7)	40,4 (45,5)	0,718	1 [1 - 1,01]
Control TA en CI/AVC	65,4 (12,4)	63,9 (10,1)	64,8 (11,5)	0,235	0,99 [1 - 1,01]
PCT Obj. Control TA en CI/AVC	51,7 (44,9)	45,6 (46,6)	49,3 (45,5)	0,182	1 [1 - 1]
Tratamiento con betabloqueantes de la CI/IC	71,7 (12,6)	73,4 (11,3)	72,3 (12,1)	0,447	1,01 [1 - 1,04]
PCT Obj. Tratamiento con betabloqueantes de la CI/IC	68,7 (44,1)	74,6 (38,4)	71 (42)	0,559	1 [1 - 1,01]
Tratamiento con IECA o ARA2 en ICC	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
PCT Obj. Tratamiento con IECA o ARAII en la ICC	26,8 (37,2)	18,5 (31,6)	23,5 (35,3)	0,069	0,99 [1 - 1]
Tratamiento con IECA o ARAII en la HTA o DM con nefropatía	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
PCT Obj. Tratamiento con IECA o ARA2 con HTA o DM con nefropatía	46,6 (40,2)	37,4 (39,2)	42,9 (40)	0,114	0,99 [1 - 1]
Diabetes Mellitus					
DM2: control HbA1c	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
PCT Obj. DM2: control HbA1c	66,6 (44,2)	59 (44,1)	63,6 (44,2)	0,115	1 [1 - 1]
Control TA en DM	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
PCT Obj. Control TA en DM	22,8 (38,4)	15,9 (31,4)	20,1 (35,9)	0,273	0,99 [1 - 1]
Hipertensión					
HTA: Control de la HTA	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
PCT Obj. HTA: Control de la HTA	58,2 (45,4)	47,2 (44,7)	53,9 (45,3)	0,097	0,99 [1 - 1]
HTA: control de la TA en pacientes con IRC	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
OBJ Pct. HTA: control de la TA en pacientes con IRC	31,4 (38,2)	22,4 (33,9)	27,8 (36,7)	0,038	0,99 [1 - 1]
Dislipemia					
Prevención primaria en px con alto riesgo cv	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
PCT Obj. Prevención primaria en px con alto riesgo cardiovascular	79,5 (33,3)	77,7 (33,2)	78,8 (33,2)	0,326	1 [1 - 1,01]
Dislipemia: cálculo del riesgo Cardiovascular	69,2 (8,5)	68 (6,5)	68,7 (7,8)	0,146	0,98 [0,9 - 1,02]
PCT Obj. Dislipemia: cálculo del RCV	1,3 (10,1)	0,1 (0,5)	0,8 (7,9)	0,814	0,96 [0,8 - 1,09]
Número de criterios con un 100% conseguido	3,7 (2,7)	2,9 (2,2)	3,3 (2,5)	0,031	0,87 [0,8 - 0,98]
HTA: % diuréticos	27,4 (7)	25,1 (6,4)	26,3 (6,8)	0,065	0,95 [0,9 - 1,01]
HTA: % ARAII	35,5 (10,1)	35,9 (11,4)	35,7 (10,6)	0,981	1 [1 - 1,04]
HTA: % Fármacos recomendados antihipertensivos	66,4 (7,9)	65 (9,7)	65,8 (8,8)	0,633	0,98 [0,9 - 1,03]

% Fármacos recomendados hipolipemiantes	79,5 (9,7)	79,3 (8,6)	79,4 (9,2)	0,790	1 [1 - 1,04]
% Fármacos recomendados antidiabéticos	83,3 (9,9)	82,2 (9,2)	82,8 (9,6)	0,374	0,99 [0,9 - 1,03]

Comparativa del Estándar de Calidad de Prescripción Farmacéutica

Paralelamente, se han registrado de forma porcentual los indicadores que en este caso corresponden con una buena prescripción. En este caso, para la Hipertensión tenemos tres indicadores (% diuréticos, % ARA II y % de tratamientos recomendados para la hipertensión). Para la dislipemia y diabetes, tenemos el % de fármacos recomendados para esas patologías.

En este caso, en la tabla observamos que para todos los indicadores excepto para el porcentaje de ARAII, los profesionales más empáticos obtienen mejor resultado en el indicador que los profesionales poco empáticos. En el caso del % de ARA II para pacientes hipertensos se observa que los médicos más empáticos tienen un porcentaje inferior que los menos empáticos. Esto ocurre también con el burnout.

De las asociaciones descritas en la tabla, observamos que el tanto por ciento de diuréticos (para tratar la hipertensión) y el tanto por ciento de medicaciones para la diabetes obtienen significación estadística.

En lo concerniente a la comorbilidad de los cupos, se puede observar que hay una tendencia a que los profesionales muy empáticos tengan un grado de comorbilidad inferior (todas las OR son inferiores a 1). Por tanto, cuanto mayor es el grado de comorbilidad del cupo, parece menos probable que el profesional tenga un grado de empatía elevado. Sin embargo, ninguna asociación llega a la significación estadística.

Observamos una asociación significativa entre el número de visitas en los últimos tres años y el grado de empatía. Concretamente, se observa, de media, que los profesionales muy empáticos tienen 18,43 visitas por paciente frente de las 20,24 visitas que tienen, de media, los profesionales menos empáticos.

El riesgo de ser muy empático se reduce un 6% (OR: 1-0,96) por cada visita de más que realiza un profesional. En la tabla 63 se constata que en el burnout no se aprecian diferencias significativas respecto a las visitas.

Tabla 62. Comorbilidad en función de la empatía

Empatía	Bajo-Medio (n=143)	Alta (n=77)	Total (n=220)	p	OR (CI95%)
	n (%)	n (%)	n (%)		
Prevalencia de DM en el cupo	8,94 (3,1)	8,45 (2,2)	8,77 (2,8)	0,243	0,94 [0,84 - 1,04]
Prevalencia de IC en el cupo	1,72 (2)	1,46 (0,8)	1,63 (1,7)	0,295	0,84 [0,6 - 1,17]
Prevalencia de CI en el cupo	2,09 (0,9)	1,89 (0,7)	2,02 (0,8)	0,153	0,73 [0,5 - 1,05]
Prevalencia de ACV en el cupo	1,99 (1,1)	1,86 (0,9)	1,94 (1,1)	0,370	0,88 [0,65 - 1,18]
Prevalencia de Dislipemia en el cupo	21,43 (6,5)	20,71 (5,8)	21,18 (6,2)	0,286	0,98 [0,94 - 1,03]
Prevalencia de Anemia en el cupo	2,03 (1,9)	1,78 (1)	1,94 (1,6)	0,523	0,88 [0,7 - 1,11]
Prevalencia de Fibrilación Auricular en el cupo	3,6 (2,3)	3,06 (1,2)	3,41 (2)	0,234	0,84 [0,7 - 1,01]
Prevalencia de IRC en el cupo	3,26 (2,5)	2,91 (1,5)	3,13 (2,2)	0,495	0,92 [0,79 - 1,07]
Prevalencia de Apnea en el cupo	1,22 (0,8)	1,17 (0,7)	1,2 (0,8)	0,767	0,92 [0,64 - 1,32]
Número medio de diagnósticos por paciente	11,12 (2,4)	10,95 (2,1)	11,06 (2,3)	0,906	0,97 [0,86 - 1,09]
Edad media de los pacientes del cupo	49,61 (5,5)	48,65 (4,4)	49,27 (5,1)	0,148	0,96 [0,91 - 1,02]
Número de visitas los últimos 3 años por paciente en el cupo	20,24 (6,4)	18,43 (4,4)	19,61 (5,8)	0,034	0,94 [0,89 - 0,99]
Prevalencia de mujeres en el cupo	49,46 (3,3)	49,66 (3)	49,53 (3,2)	0,457	1,02 [0,94 - 1,11]
Prevalencia de Ansiedad y/o Depresión en el cupo	15,54 (4,4)	15,53 (4,2)	15,54 (4,3)	0,869	1 [0,94 - 1,07]
Millares de pacientes en el cupo	1,33 (0,4)	1,44 (0,3)	1,37 (0,4)	0,104	2,05 [0,97 - 4,32]

Como se observa en la tabla, los profesionales con mayor empatía tienen menos visitas

Tabla 63. Comorbilidad en función del burnout

BURNOUT	Bajo (n=133)	Medio-Alto (n=87)	Total (n=220)	p	CI (95%)
	media (DT)	media (DT)	media (DT)		
Prevalencia de DM en el cupo	8,7 (2,6)	8,8 (3,1)	8,8 (2,8)	0,997	1,01 [0,9 - 1,12]
Prevalencia de IC en el cupo	1,6 (0,9)	1,6 (2,4)	1,6 (1,7)	0,145	1,01 [0,9 - 1,18]
Prevalencia de CI en el cupo	2 (0,8)	2,1 (0,9)	2 (0,8)	0,860	1,09 [0,8 - 1,51]
Prevalencia de ACV en el cupo	1,9 (0,9)	2 (1,3)	1,9 (1,1)	0,839	1,01 [0,8 - 1,31]
Prevalencia de Dislipemia en el cupo	21,3 (5,9)	21 (6,8)	21,2 (6,2)	0,448	0,99 [1 - 1,04]
Prevalencia de Anemia en el cupo	1,9 (1,2)	2 (2,1)	1,9 (1,6)	0,766	1,03 [0,9 - 1,22]
Prevalencia de Fibrilación Auricular en el cupo	3,5 (1,8)	3,3 (2,3)	3,4 (2)	0,349	0,96 [0,8 - 1,11]
Prevalencia de IRC en el cupo	3,1 (1,9)	3,1 (2,6)	3,1 (2,2)	0,562	1 [0,9 - 1,13]
Prevalencia de Apnea en el cupo	1,2 (0,8)	1,2 (0,7)	1,2 (0,8)	0,558	1,07 [0,8 - 1,52]
Número medio de diagnósticos por paciente	11,1 (2,3)	11 (2,4)	11,1 (2,3)	0,745	0,98 [0,9 - 1,1]
Edad media de los pacientes del cupo	49,5 (4,7)	49 (5,8)	49,3 (5,1)	0,190	0,98 [0,9 - 1,03]
Número de visitas los últimos 3 años por paciente en el cupo	19,9 (5,8)	19,2 (5,8)	19,6 (5,8)	0,614	0,98 [0,9 - 1,03]
Prevalencia de mujeres en el cupo	49,3 (3)	49,9 (3,5)	49,5 (3,2)	0,415	1,07 [1 - 1,17]
Prevalencia de Ansiedad y/o Depresión en el cupo	15,4 (4)	15,8 (4,8)	15,5 (4,3)	0,477	1,02 [1 - 1,09]
Millares de pacientes en el cupo	1,3 (0,4)	1,4 (0,4)	1,4 (0,4)	0,097	1,64 [0,8 - 3,32]

Los profesionales con menor burnout tienen mayor número de visitas.

Tabla 64. Relación de empatía médica y comorbilidad

Empatía	Media-Baja (n=65)	Alta (n=43)	Total (n=108)	p	OR (CI95%)
	n (%)	n (%)	n (%)		
Prevalencia de DM en el cupo	9,39 (3,5)	8,33 (2)	8,97 (3)	0,072	0,87 [0,74 - 1,02]
Prevalencia de IC en el cupo	1,92 (2,8)	1,44 (0,6)	1,73 (2,2)	0,438	0,77 [0,46 - 1,29]
Prevalencia de CI en el cupo	2,22 (1)	1,84 (0,6)	2,07 (0,9)	0,014	0,55 [0,32 - 0,96]
Prevalencia de ACV en el cupo	2,15 (1,5)	1,82 (0,8)	2,02 (1,3)	0,133	0,75 [0,48 - 1,17]
Prevalencia de Dislipemia en el cupo	22,26 (6,9)	20,32 (5,8)	21,49 (6,5)	0,091	0,95 [0,89 - 1,02]
Prevalencia de Anemia en el cupo	2,17 (2,4)	1,74 (1)	2 (2)	0,314	0,84 [0,6 - 1,18]
Prevalencia de Fibrilación Auricular en el cupo	3,85 (2,8)	2,85 (1)	3,45 (2,3)	0,032	0,7 [0,51 - 0,95]
Prevalencia de IRC en el cupo	3,58 (2,9)	2,76 (1,4)	3,25 (2,5)	0,078	0,81 [0,63 - 1,04]
Prevalencia de Apnea en el cupo	1,31 (0,8)	1,15 (0,7)	1,25 (0,8)	0,500	0,76 [0,45 - 1,27]
Número medio de diagnósticos por paciente	11,23 (2,5)	10,84 (2,2)	11,08 (2,4)	0,737	0,93 [0,79 - 1,1]
Edad media de los pacientes del cupo	50,31 (6,5)	48,4 (3,7)	49,55 (5,6)	0,042	0,92 [0,84 - 1,01]
Número de visitas los últimos 3 años por paciente en el cupo	20,67 (6,5)	17,81 (4,3)	19,53 (5,9)	0,012	0,9 [0,83 - 0,98]
Prevalencia de mujeres en el cupo	49,53 (3,5)	49,82 (3,3)	49,65 (3,4)	0,549	1,03 [0,92 - 1,15]
Prevalencia de Ansiedad y/o Depresión en el cupo	16,22 (4,9)	15,24 (4,6)	15,83 (4,8)	0,256	0,95 [0,87 - 1,04]
Millares de pacientes en el cupo	1,34 (0,4)	1,43 (0,3)	1,38 (0,4)	0,269	2 [0,67 - 6,02]

Tabla 65. Relación de burnout médico y comorbilidad

BURNOUT	Bajo (n=60)	Medio-Alto (n=48)	Total (n=108)	p	IC (95%)
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Prevalencia de DM en el cupo	8,6 (2,5)	9,4 (3,6)	9 (3)	0,367	1,09 [0,95 - 1,24]
Prevalencia de IC en el cupo	1,6 (0,8)	1,8 (3,2)	1,7 (2,2)	0,263	1,04 [0,87 - 1,25]
Prevalencia de CI en el cupo	2 (0,9)	2,1 (0,9)	2,1 (0,9)	0,561	1,12 [0,73 - 1,72]
Prevalencia de ACV en el cupo	2 (1)	2 (1,6)	2 (1,3)	0,916	1,04 [0,77 - 1,4]
Prevalencia de Dislipemia en el cupo	21,5 (6,2)	21,5 (7)	21,5 (6,5)	0,647	1 [0,94 - 1,06]
Prevalencia de Anemia en el cupo	1,8 (1,2)	2,2 (2,7)	2 (2)	0,119	1,15 [0,88 - 1,49]
Prevalencia de Fibrilación Auricular en el cupo	3,4 (1,8)	3,6 (2,8)	3,5 (2,3)	0,701	1,04 [0,88 - 1,22]
Prevalencia de IRC en el cupo	3 (1,5)	3,6 (3,2)	3,3 (2,5)	0,440	1,14 [0,94 - 1,38]
Prevalencia de Apnea en el cupo	1,2 (0,8)	1,3 (0,8)	1,3 (0,8)	0,753	1,11 [0,68 - 1,8]
Número medio de diagnósticos por paciente	11,2 (2,3)	10,9 (2,6)	11,1 (2,4)	0,302	0,94 [0,8 - 1,11]
Edad media de los pacientes del cupo	49,4 (4,8)	49,7 (6,6)	49,6 (5,6)	0,965	1,01 [0,94 - 1,08]
Número de visitas los últimos 3 años por paciente en el cupo	19,4 (5,7)	19,7 (6,1)	19,5 (5,9)	0,674	1,01 [0,95 - 1,08]
Prevalencia de mujeres en el cupo	49,5 (3,1)	49,8 (3,8)	49,6 (3,4)	0,838	1,02 [0,91 - 1,14]
Prevalencia de Ansiedad y/o Depresión en el cupo	15,7 (4,4)	15,9 (5,3)	15,8 (4,8)	0,802	1,01 [0,93 - 1,09]
Millares de pacientes en el cupo	1,4 (0,4)	1,4 (0,4)	1,4 (0,4)	0,504	1,41 [0,5 - 3,98]

Los resultados de los profesionales obtenidos en los indicadores asistenciales responden al número de registros que realiza el profesional. Por eso en el gráfico siguiente, se muestra el registro de la actividad de los profesionales de atención primaria en el programa informático ECAP.

El gráfico 12 muestra las diferencias entre los poco empáticos, los muy empáticos y los medianamente empáticos.

La línea roja, son los profesionales con una empatía media, y son los que más registran en el programa. Es decir más escriben en el curso clínico y más peticiones realizan. Los profesionales de la línea verde son los profesionales menos empáticos, y tienen un registro medio. La línea azul representa a los profesionales más empáticos, que son los que menos registran a lo largo del año.

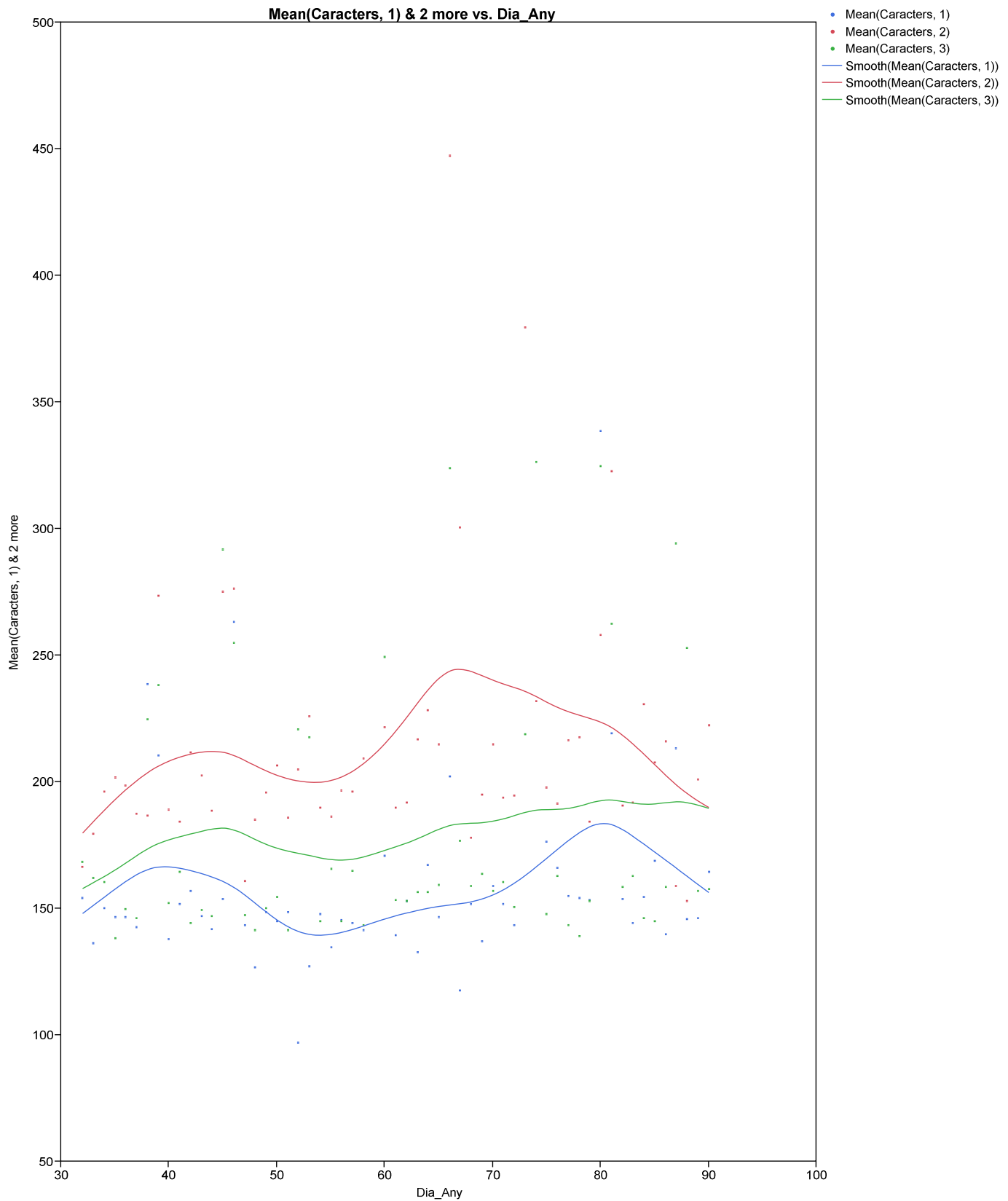


Gráfico 12. Comparación del registro de los profesionales en función de la empatía

La línea roja indica la empatía media, la verde la empatía baja y la azul la mayor empatía. El mejor registro lo realizan los profesionales con empatía media.

Finalmente, se ha realizado una regresión con las distintas variables estudiadas en nuestro trabajo, para valorar en conjunto algunos de nuestros resultados.

Tabla 66. Regresión logística de variables estudiadas.

REGRESIÓN	OR	L Inf 95%	L Sup 95%	p
Burnout (medio/ALTO)	0,35	0,18	0,67	0,00
Profesión médico	1,98	1,05	3,73	0,04
Número de visitas media por usuario	0,51	0,33	0,81	0,00
Número de visitas media por usuario * Mujer	1,17	0,99	1,40	0,07
Porcentaje de Pacientes con HbA1c < 7%	0,95	0,91	0,99	0,01
Porcentaje de Registro de LDL	1,06	0,99	1,12	0,09
Trabajo en ámbito Rural	1,10	0,54	2,24	0,78
Discriminación				
Calibración	13,1			0,11
Discriminación	0,71	0,64	0,78	0,00

Con el modelo que se ha creado, puede apreciarse en la tabla 66 que el mayor grado de empatía está poco relacionado con un burnout medio o alto. Se aprecia, asimismo, que los médicos son más empáticos que el personal de enfermería, casi el doble, al tener un OR de 1,98.

Según el modelo de la regresión logística, el hecho de ser empático está relacionado con un menor número de visitas. Sin embargo, el género del profesional sí que influye, ya que si se trata de una mujer, no existe tanto impacto de la empatía. Los hombres tienden a tener menos visitas.

Como hemos visto en los resultados, los profesionales más empáticos tienen un peor control de la diabetes entendida como el control de la HbA1c. Sin embargo, la empatía tiene un efecto positivo en el registro del colesterol, lo que podría implicar que a mayor empatía, mayor registro. Finalmente, cabe añadir que los profesionales que los profesionales que trabajan en el ámbito rural tienen mayor empatía, aunque este último dato no es estadísticamente significativo. Para nuestro modelo, los contrastes de interés son favorables (están bien calibrados) y discriminan 0,72.

RELACIÓN DE EMPATÍA Y BURNOUT CON LA PRESCRIPCIÓN DE BAJAS LABORALES

Descripción de la muestra

En la tabla 67 tenemos la descripción de la muestra con la que realizaremos el análisis. Para estudiar la asociación entre Incapacidad Temporal (IT) y grado de empatía y burnout, hemos de realizar el análisis solo con los profesionales médicos, ya que son estos los que prescriben las IT.

Sobre las características de los profesionales no observamos cambios. Ya sabemos que a mayor grado de empatía, menor grado de burnout.

Tabla 67. Relación de empatía y burnout en profesionales médicos

Empatía (Alto)	No (n=65)	Sí (n=43)	Total (n=108)	p	OR (CI95%)
	n (%)	n (%)	N (%)		
Sexo (Mujer)	38 (58,5%)	31 (72,1%)	69 (63,9%)	0,149	1,84 [0,8 - 4,21]
Edad	49,92 (8,7)	48,33 (8,1)	49,29 (8,5)	0,310	0,98 [0,93 - 1,02]
Ámbito (Rural)	38 (58,5%)	21 (48,8%)	59 (54,6%)	0,325	0,68 [0,31 - 1,47]
Sumario Burnout				0,005	
BAJA	29 (44,62%)	31 (72,09%)	60 (55,56%)		Ref. 1
MEDIA	30 (46,15%)	11 (25,58%)	41 (37,96%)		0,34 [0,15 - 0,81]
ALTA	6 (9,23%)	1 (2,33%)	7 (6,48%)		0,16 [0,02 - 1,37]
Agotamiento emocional				0,166	
Bajo Burnout	33 (50,77%)	26 (60,47%)	59 (54,63%)		Ref. 1
Moderado Burnout	9 (13,85%)	8 (18,6%)	17 (15,74%)		1,13 [0,38 - 3,33]
Alto Burnout	23 (35,38%)	9 (20,93%)	32 (29,63%)		0,5 [0,2 - 1,25]
Despersonalización				0,037	
Baja Despersonalización	32 (49,23%)	33 (76,74%)	65 (60,19%)		Ref. 1
Moderada Despersonalización	19 (29,23%)	3 (6,98%)	22 (20,37%)		0,15 [0,04 - 0,57]
Alta Despersonalización	14 (21,54%)	7 (16,28%)	21 (19,44%)		0,48 [0,17 - 1,36]
Realización personal				0,000	
Bajo logro	10 (15,38%)	2 (4,65%)	12 (11,11%)		Ref. 1
Moderado logro	33 (50,77%)	9 (20,93%)	42 (38,89%)		1,36 [0,25 - 7,37]
Alto logro	22 (33,85%)	32 (74,42%)	54 (50%)		7,27 [1,45 - 36,47]

Estadística comparativa de la prescripción de IT en función de la empatía y burnout.

La prescripción de IT se ha asociado con los profesionales con empatía elevada. Los profesionales con menor burnout tienen menor número de pacientes con IT.

Los profesionales con mayor empatía tienen mayor número de pacientes con IT, aunque estas bajas laborales son de menor duración. Además los pacientes de profesionales más empáticos son menos reincidentes en las bajas laborales. Los pacientes de un profesional muy empáticos tienen una media de 1,23 IT al año, mientras que los de profesionales menos empáticos tienen una media de 1,24 IT al año.

Tabla 68. Relación de empatía y prescripción de IT

Empatía	Media-Baja (n=65)	Alta (n=43)	Total (n=108)	P	OR (CI95%)
	n (%)	n (%)	n (%)		
Porcentaje de pacientes con IT	6,22 (1,7)	6,66 (1,6)	6,39 (1,6)	0,378	1,19 [0,93 - 1,51]
Duración media de cada IT	26,29 (6,1)	25,08 (4,8)	25,8 (5,6)	0,402	0,96 [0,89 - 1,03]
Número de IT entre pacientes con IT	1,24 (0,1)	1,23 (0,1)	1,24 (0,1)	0,257	0,15 [0 - 11,66]

BURNOUT	Bajo (n=60)	Medio-Alto (n=48)	Total (n=108)	P	OR (IC 95%)
	media (DT)	media (DT)	media (DT)		
Porcentaje de pacientes con IT	6,2 (1,6)	6,6 (1,7)	6,4 (1,6)	0,105	1,18 [0,93 - 1,51]
Duración media de cada IT	25,3 (5,9)	26,4 (5,3)	25,8 (5,6)	0,350	1,04 [0,97 - 1,11]
Número de IT entre pacientes con IT	1,2 (0,1)	1,2 (0,1)	1,2 (0,1)	0,773	0,32 [0 - 22,84]

Tabla 69 relación de burnout y prescripción de IT

A nivel de burnout, observamos que los profesionales con menor burnout tienen menor número de bajas laborales y de menos duración.

Finalmente, con esta muestra hemos resumido los hallazgos entre indicadores asistenciales y prescripción de IT para el colectivo de profesionales médicos.

Tabla 70. Relación de empatía y variables clínicas

Empatía	Media-Baja (n=65)	Alta (n=43)	Total (n=108)	P	OR (CI95%)
	n (%)	n (%)	n (%)		
Estándar de Calidad Asistencial	673,12 (127,5)	676,45 (94,5)	674,42 (115,2)	0,671	1 [1 - 1]
ECPF	51,92 (22,5)	60,47 (24)	55,17 (23,3)	0,072	1,02 [1 - 1,03]
Porcentaje de pacientes con IT	6,22 (1,7)	6,66 (1,6)	6,39 (1,6)	0,378	1,19 [0,93 - 1,51]
Duración media de cada IT	26,29 (6,1)	25,08 (4,8)	25,8 (5,6)	0,402	0,96 [0,89 - 1,03]
Número de IT entre pacientes con IT	1,24 (0,1)	1,23 (0,1)	1,24 (0,1)	0,257	0,15 [0 - 11,66]

Tabla 71 relación de burnout y variables clínicas

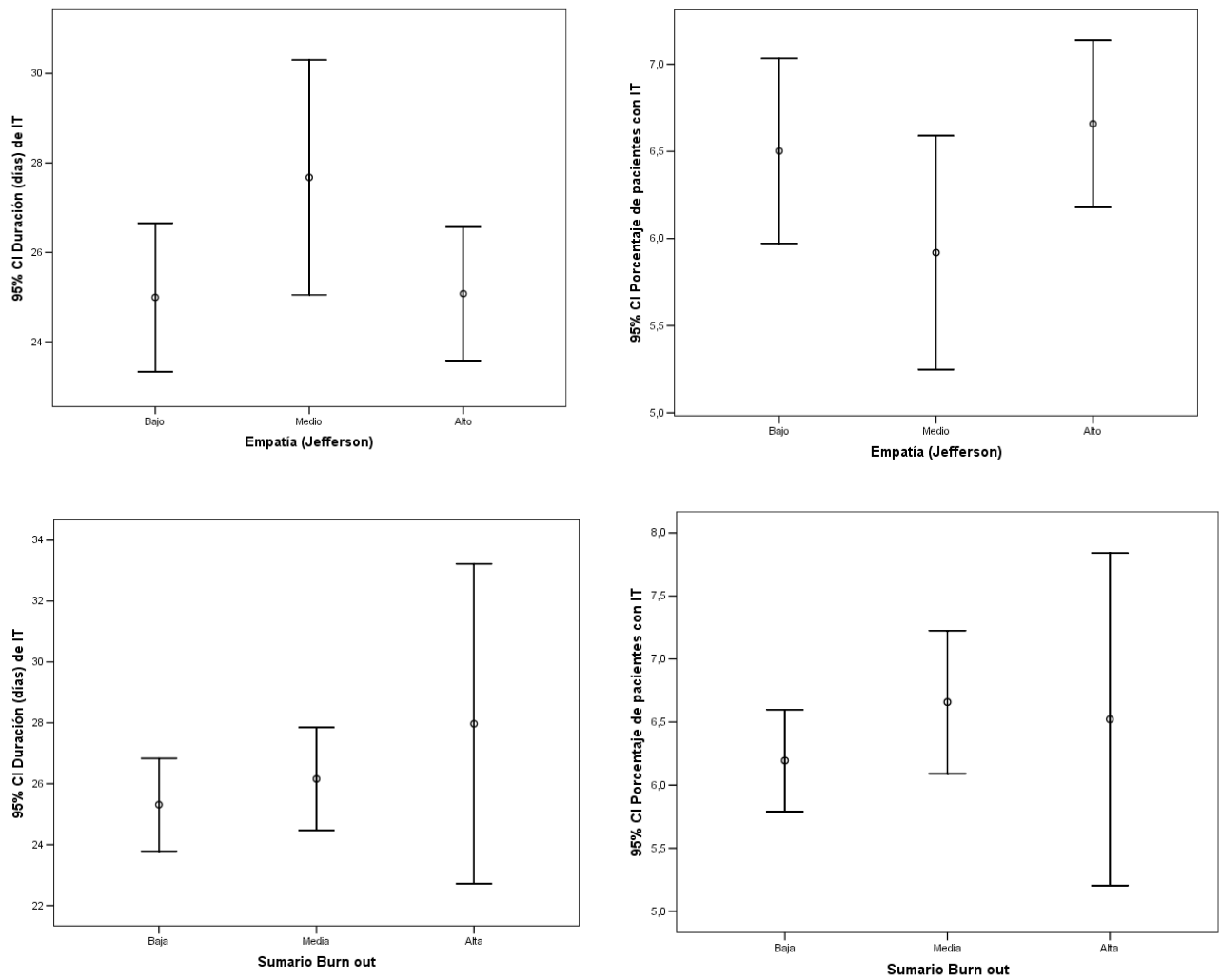
En este caso observamos que el indicador de ECPF se asocia con los profesionales con

BURNOUT	Bajo (n=60)	Medio-Alto (n=48)	Total (n=108)	P	OR (IC 95%)
	media (DT)	media (DT)	media (DT)		
Estándar de Calidad Asistencial	673,3 (130)	675,8 (94,5)	674,4 (115,2)	0,713	1 [1 - 1]
ECPF	56,4 (23,2)	53,8 (23,7)	55,2 (23,3)	0,529	1 [0,98 - 1,01]
Porcentaje de pacientes con IT	6,2 (1,6)	6,6 (1,7)	6,4 (1,6)	0,105	1,18 [0,93 - 1,51]
Duración media de cada IT	25,3 (5,9)	26,4 (5,3)	25,8 (5,6)	0,350	1,04 [0,97 - 1,11]
Número de IT entre pacientes con IT	1,2 (0,1)	1,2 (0,1)	1,2 (0,1)	0,773	0,32 [0 - 22,84]

un grado de empatía alto.

A nivel de comorbilidad, las asociaciones que hemos descrito previamente, ahora resultan más fuertes (probablemente porque son los médicos los que generalmente asignan los diagnósticos médicos). Aquí podemos ver que a más grado de comorbilidad, menos empático y menos "desgastado" es el profesional. Además los médicos más empáticos tienen menor número de visitas y los más "quemados" tienen más.

Gráfico 13. Comparación de Burnout y empatía con prescripción de IT



En este gráfico observamos la tendencia en la prescripción de IT, viendo que la empatía aumenta la prescripción de IT, y que los profesionales con bajo burnout prescriben menos.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Introducción

Empatía y Burnout en la Atención Primaria de Lleida

Unidades Básicas de Asistencia y Centros de Salud

Empatía y Burnout y su relación con las variables clínicas

Empatía y burnout y su relación con las variables clínicas en base al profesional

Diabetes Mellitus II

Dislipemia

Hipertensión Arterial

Empatía y burnout y su relación con las variables clínicas en base al paciente

Diabetes Mellitus II

Dislipemia

Hipertensión Arterial

Empatía y Burnout y su impacto en Indicadores Asistenciales

Estándar de Calidad Asistencial

Estándar de Calidad de Prescripción Farmacéutica

Detalles en Calidad Asistencial y Prescripción Fármacos

Comorbilidad de los cupos de pacientes

Empatía y Burnout y su impacto en la prescripción de Incapacidades Laborales

El objetivo marcado en el presente estudio era poder realizar un análisis exhaustivo de los niveles de empatía y burnout de los profesionales de atención primaria de la Región Sanitaria de Lleida. Se trata del primer estudio realizado en nuestra región en este ámbito y de los primeros en Cataluña que aborda la relación entre ambas variables, empatía y burnout, así como la influencia que pueden ejercer tanto en variables clínicas como también en la realización de bajas laborales o la prescripción de fármacos. Asimismo, el número de participantes que se ha obtenidos es más elevado que muchos otros trabajos realizados previamente, lo que nos facilita una mayor potencia de los resultados.

Nuestra hipótesis era que la empatía se relaciona de forma significativa con la mejor calidad asistencial así como de forma inversa con el el burnout de los profesionales sanitarios. Ser empático puede llevar a estar menos "quemado" en el mundo de la salud y prestar asistencia de mejor calidad.

De hecho nuestro interés en este ámbito se inicia tras la lectura y análisis del artículo del equipo de Hojat de la Universidad de Jefferson 2011²⁹ publicado en *Academic Medicine*. En dicho artículo se describe por primera vez la influencia de una mejor empatía sobre el mejor control de los pacientes diabéticos y de los pacientes con dislipemia. Con este trabajo compartimos las variables clínicas, ya que es uno de los artículos más referenciados al hablar de los resultados clínicos que puede tener la empatía. Distintas revisiones existentes se han centrado en delimitar el efecto que podía tener la empatía en los pacientes, desde mejorar la calidad de la relación asistencial, hasta mejorar resultados clínicos, que es uno de los objetivos que nos hemos marcado en nuestro trabajo^{56,57}. Sin embargo, la mayoría de publicaciones se centran en la relación médico-paciente y en el cumplimiento terapéutico, más que en las variables clínicas.

Asimismo, los estudios realizados para delimitar la relación entre empatía y burnout se focalizan más en el fomento de la empatía para prevenir el burnout entre profesionales y en estudiantes de Medicina⁵⁸, que en el vínculo entre ambas variables y su relación con las variables clínicas. De hecho, un estudio muy reciente realizado por

el mismo equipo de Hojat y publicado en 2015 en el *International Journal of Medical Education*⁵⁹, confirmaban esta asociación entre empatía y burnout, además de su relación con el optimismo de los profesionales, como elemento clave para construir una relación positiva con los pacientes. El trabajo del optimismo de los profesionales es una línea futura de investigación a considerar.

La empatía cada vez cobra más fuerza en el mundo de la investigación, y esta, en el ámbito de la neurobiología, ha establecido las bases de la empatía al descubrir el papel que juega el sistema de neuronas ventana en la capacidad para ser empático⁶⁰. De hecho, se han realizado estudios con resonancia magnética para evaluar qué zonas del córtex cerebral se activan al mostrar una actitud comprensiva y ponerse en la piel de la persona que tienes delante, donde se ha descubierto que la ínsula cerebral juega un papel fundamental⁶¹. Además, un equipo japonés demostró que casos de burnout severo estaban asociados con poca actividad cerebral en las zonas llamadas "empáticas"⁶².

En los momentos actuales, en los que existe una elevada sobrecarga asistencial, con limitación de recursos y mayores demandas de los pacientes (la población envejece y requiere más los servicios de los médicos) resulta interesante valorar si la empatía y el burnout de los profesionales puede tener influencia en la práctica clínica de nuestro día a día.

De hecho en 2014⁶³ el equipo de Ahnweiler publicó algunos de los factores que pueden influir en ser más o menos empáticos entre los médicos. Se describió que, por ejemplo, la interacción con los pacientes, trabajar en equipo y valorar la dimensión social de la medicina tenía una influencia positiva en la empatía. Sin embargo, el mal ambiente laboral, el estrés y la obsesión por la visión científica de la medicina tenían una influencia negativa en la empatía. Por lo que podríamos decir que la empatía es un concepto multidimensional con muchos elementos que pueden determinarla. Y también se ha descrito que ser empático y tener capacidad de perspectiva tienen una influencia positiva en la satisfacción personal, mientras que el burnout o el estrés poseen efectos negativos⁶⁴.

Los profesionales de atención primaria siempre han sido definidos como la base del sistema sanitario, la puerta de entrada a la que acuden los ciudadanos a resolver la mayoría de sus problemas de salud. Por ese motivo, se ha considerado interesante realizar esa primera aproximación en este grupo de profesionales. Es en este colectivo profesional donde el paciente espera una sonrisa de comprensión, asesoramiento a un problema personal o un momento en el que se realiza una revisión de los problemas de salud de la familia. Pero para poder conseguir estos objetivos, se necesita a un profesional atento, que tenga capacidad de escuchar y que se encuentre realizado profesionalmente y con ganas de trabajar cada día.

En estudios previos⁶⁵ ya se describía que la gran mayoría de los médicos tienen innata la capacidad para ser empáticos⁶⁶, pero muchas veces la situación laboral y factores ambientales en el Centro de trabajo pueden afectarla. Tanto los profesionales como los pacientes mencionan la empatía como la base para una relación basada en el paciente en la medicina familiar y un importante componente del profesionalismo médico⁶⁷. En relación a esta idea, en 2008 el *Scandinavian Journal of Primary Care* describía que el 80% de los pacientes recomiendan a un médico que sea más empático que otro⁶⁸.

Como hemos dicho, el bajo burnout de los profesionales puede ser un factor fundamental para que el profesional exprese mejor su empatía. De hecho en 2012, un editorial del *British Journal of General Practice* establecía tres principios básicos sobre la empatía y el burnout. En primer lugar, el burnout es un asesino de la empatía. El burnout, como hemos visto en sus variables, favorece la deshumanización en las interacciones sociales. Los médicos de familia exhaustos están menos capacitados para ponerse en los zapatos del otro. Algo que confirman nuestros resultados.

En segundo lugar y como se ha comentado, un exceso de empatía puede llevar a la fatiga compasiva. Eso puede explicar que se detecten algunos profesionales con niveles altos de empatía pero con niveles medio-altos de burnout. Sin embargo, la tercera hipótesis va en la línea que se ha planteado en nuestro trabajo: la empatía, su desarrollo y trabajo previene el burnout. Eso no es fácil, ya que supone estar atento a

las emociones negativas, aceptar el feedback negativo y realizar autoevaluación del trabajo realizado. Por eso existen proyectos de mejora de la empatía como el mindfulness, grupos Balint⁶⁹ o intervenciones en el lugar de trabajo que han conseguido demostrar la mejora de los resultados de empatía y burnout en profesionales de atención primaria, como demostró el equipo de Martin Asuero de la UAB⁵³. De hecho, la Universidad de Wisconsin⁷⁰ añadió, además, que el desarrollo de programas para mejorar la empatía, reducían el burnout, la depresión, la ansiedad y el estrés de los profesionales. Algo que también desarrolló el equipo canadiense de Lamothe⁴⁶.

Llegados a este punto, pensamos que los médicos de familia generalmente ya son empáticos de serie y siguen realizando su trabajo a pesar de la adversidad. ¿O no es así?

Tal como se detalla en la metodología, el presente estudio se ha distribuido en distintas fases. En un primer momento, se han analizado los niveles de empatía y burnout de los profesionales de atención primaria de la Región Sanitaria de Lleida. En una segunda fase se ha analizado si los niveles de empatía y burnout tienen un efecto en las variables clínicas. Posteriormente, se ha valorado si existe alguna relación entre la prescripción de Incapacidades Temporales de Trabajo (IT a partir de ahora) y los indicadores asistenciales con la empatía y burnout.

Empatía y Burnout en la Atención Primaria de Lleida

De los 311 profesionales que han respondido a la encuesta, se han valorado los resultados obtenidos en la escala de Jefferson y en la de Maslach. Tal y como se ha comentado previamente, los resultados de la encuesta no conllevan implícita una caracterización de la empatía del profesional. Generalmente, se agrupan los resultados en percentiles, teniendo en cuenta que la puntuación media está alrededor de los 120 puntos³⁷, lo que podría considerarse un nivel de empatía media. A la hora de responder cuestionarios sobre la empatía, existen personas que pueden intentar manipular los resultados para obtener una puntuación mayor y con mayor beneficio social.

Entre los primeros resultados que se han obtenido con este grupo de profesionales puede apreciarse que tal como se planteaba como hipótesis, se ha presentado una distribución similar entre los distintos grupos de empatía. Es decir, no existen muchos más profesionales en el grupo de empatía elevada, o pocos profesionales con poca empatía. Teniendo como punto de referencia la obtención de 120 puntos en la escala, la distribución se ha llevado a cabo en tres grupos más o menos homogéneos. El 33,12% ha presentado un nivel de empatía bajo (< de 116 puntos), el 32,8% ha obtenido un nivel de empatía medio (116-124) y el 35,05%, un nivel alto (>125 puntos).

Cuando se han analizado los resultados de la escala de Burnout de Maslach, podemos destacar que la mayoría de profesionales han obtenido niveles bajos o medios de Burnout. En la tabla 2 se describen los resultados globales. Un 58,2% de la muestra tienen niveles bajos de burnout y un 38,26% niveles medios, siendo solo un 3,54% de los profesionales los que tienen niveles altos de burnout.

Asimismo, en la tabla se describen las tres subescalas del burnout, y en todas se repite el mismo patrón. La mayoría de profesionales han obtenido una baja puntuación en el nivel de agotamiento emocional, en el nivel de despersonalización y una elevada realización personal, lo que conlleva una baja puntuación de burnout en la valoración global. De hecho, en un estudio realizado en Argentina en 2014 se clasificaba a los médicos de familia como uno de los grupos profesionales con un nivel de agotamiento

emocional más bajo⁶⁵.

Otro de los resultados obtenidos en la primera fase, muestra como un nivel elevado de empatía se ha correlacionado con niveles bajos de burnout, es decir, los profesionales que tienen un mayor nivel de burnout son aquellos menos empáticos. Esta correlación permanece para todas las variables del burnout y siempre con significación estadística.

En esta fase, contamos médicos de familia, pediatras y personal de enfermería. Se determinó que un profesional podía visitar en más de un Centro (sobre todo en el ámbito rural) por lo que consideramos que la variable que identificaría a cada profesional sería “nombre y apellidos”.

En nuestra región sanitaria en todos los grupos profesionales existe una mayoría de mujeres. En el caso de medicina familiar el 54% son mujeres; en enfermería, el 92%, y en pediatría, el 75%, según datos facilitados por el departamento de Recursos Humanos de la Región Sanitaria. La respuesta en nuestra encuesta sigue el perfil de la región. Tenemos mayoría de mujeres, en la misma proporción que a nivel contractual en la región.

Una vez obtenida la muestra final y con los primeros resultados, hemos procedido al análisis de las variables sociodemográficas y su relación con los test de Jefferson y Maslach. Queremos determinar si las escalas tienen valoraciones diferentes en función de las variables edad, género, profesión y ámbito de trabajo. La edad se ha agrupado en tres grupos para poderla transformar en una variable categórica. La tabla 5 nos muestra que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres y entre grupos de edad respecto a la empatía y a los niveles de burnout. Algo que sí se había descrito en otros estudios⁶⁴.

A pesar de no hallar significación estadística, se aprecia una tendencia a que en la población más joven (entre 31-40 años) no se ha hallado ningún profesional que tenga niveles de burnout globales elevados. En cambio, si analizamos los datos en función del género, destacamos que el nivel de despersonalización del burnout es más bajo en mujeres que en hombres de forma significativa ($p < 0,05$). En la Tabla 7 describimos las

variables en función de la profesión. No se detectan diferencias en cuanto al grado de empatía, pero sí en la escala de burnout. Concretamente, se observa que los médicos y pediatras tienen un grado de burnout más elevado que el personal de enfermería (esto se detecta en la valoración sumaria, en la escala de agotamiento emocional y en la escala de la despersonalización). Estas diferencias vienen producidas por un mayor agotamiento emocional y una mayor despersonalización. Sobre la realización personal no se detectan diferencias entre profesiones. Cuando realizamos el análisis en función de trabajar en un Centro rural o en un Centro de Lleida, no existen diferencias excepto en el grado de empatía. (Lo hemos desarrollado en la tabla 8). Trabajar en Centros rurales se asocia a tener un grado de empatía bajo. En Centros de Lleida, el grado de empatía más alto se da en el 41,4% de los profesionales, frente al 28,2% de los Centros rurales, donde predominan profesionales con bajo nivel de empatía. No se detecta un síndrome de Burnout diferencial entre profesionales de Centros urbanos o rurales.

En las tablas 9 y 10 hemos realizado un análisis para valorar las diferencias entre profesionales que atienden niños (pediatría y enfermería) y los que no. No hemos detectado diferencias significativas.

En la tabla 11 comparamos las variables sociodemográficas, agrupadas por los resultados de empatía con los niveles de burnout. Tenemos resultados significativos en cuanto al ámbito de trabajo (mayor empatía en el ámbito urbano) y en los niveles de burnout.

Por tanto, los profesionales con más empatía tienden a trabajar en Centros urbanos y tienen un riesgo más bajo de tener un síndrome de Burnout, un riesgo bajo de tener un grado de despersonalización elevada, y en general se sienten más realizados profesionalmente. Probablemente los profesionales que trabajan en centros urbanos pueden tener mayor posibilidad de realizar docencia con estudiantes y residentes, lo que puede suponer un estímulo para su actividad diaria y realización profesional. Además, al margen de la imagen bucólica del médico rural, creemos que debería ser considerado el hecho de que algunos profesionales puedan escoger trabajar en ese ámbito para poder trabajar con mayor independencia del resto del equipo. Estos

resultados no se han podido comparar con otras revisiones y trabajos. Hasta la fecha no se ha encontrado literatura relacionada con el ámbito profesional y la empatía y el burnout, y responden a la interpretación que ha realizado el equipo de investigación en base a la experiencia y conocimiento del ámbito profesional.

Unidades Básicas de Asistencia y Centros de Salud

Tal como se ha descrito, la organización de los Centros de salud se basa en Unidades Básicas de Asistencia (UBA) compuestas generalmente de un médico (ya sea de pediatra o de familia) con un profesional de enfermería. En nuestro estudio hemos podido enlazar 68 parejas profesionales, es decir, 136 personas que comparten un mismo cupo de pacientes. La hipótesis es que tienen el mismo grado de empatía entre profesionales

En condiciones habituales el médico/enfermera que comparten UBA pasan mucho tiempo juntos, por lo que cabría esperar que pudieran compartir hábitos de trabajo, manejo de pacientes, etc. En nuestro estudio, la tabla 12 muestra que no existe una relación clara entre la empatía de los profesionales. Sin embargo, es raro que un médico/pediatra con niveles altos de empatía trabaje con una enfermera con baja empatía. Quizás se podría haber evaluado si guarda relación con la estabilidad en el cupo u otros factores, y podría tratarse de una investigación futura, pero no se ha encontrado literatura que pueda ser comparable al modelo de atención primaria de nuestra región y que vincule la empatía del personal de enfermería con los médicos.

En nuestro estudio hemos evaluado 23 Centros de salud de la región sanitaria de Lleida, que se extiende desde les Garrigues a la Noguera. Existen centros más empáticos que otros. Por ejemplo, el gráfico 3 y la tabla 12 muestran las diferencias entre Centros en función de la empatía. Los Centros 7 y 8 tienen todos sus profesionales por encima de la puntuación media de 120 puntos, mientras que el 22, los tiene todos por debajo de ese umbral.

En las tablas 13 y 15 se ha comparado a los Centros en función de la empatía y del burnout. En referencia al burnout, cabe mencionar que 16 de los 23 Centros de salud

tienen 0 profesionales con niveles elevados de burnout. Algunos de ellos, rurales, y otros, urbanos.

Estos datos se han considerado de interés para conocer la situación de los profesionales sanitarios, ya que en la mayoría de Centros de salud no hay profesionales con burnout elevado, lo que muestra que, a pesar de las dificultades, los profesionales en gran mayoría acuden satisfechos al trabajo, algo no descrito hasta ahora.

En la tabla 16 hemos desarrollado los hallazgos de los profesionales que atienden a población adulta. No se han detectado diferencias en cuanto a la magnitud del cupo o bien la edad media de este. Sí se ha constatado una tendencia entre Centros rurales y urbanos respecto a los niveles de empatía y burnout (que sí habíamos visto hasta ahora).

No se han hallado diferencias en cuanto a la edad ni al género del profesional, pero sí que hay diferencias en cuanto al grado de empatía y al de burnout del profesional. En general, cuanto más "quemado" está el profesional, menos grado de empatía tiene.

En todas las estratificaciones se mantiene la asociación lineal entre empatía y burnout. Es decir, que si lo estratificamos por categoría profesional, por género o por ámbito de trabajo, aquellos profesionales más empáticos son los que tienen un menor índice de burnout, una mayor realización personal, menor agotamiento emocional y menor despersonalización. En un momento nos hemos planteado que tal y como se había descrito en 2007⁷¹, el hecho de ser excesivamente empáticos podía conllevar a la larga una mayor burnout, por agotamiento emocional, algo que no se ha descrito en nuestros resultados.

Si se van analizando más pormenorizadamente la respuesta y resultado de los centros de salud, conseguimos el objetivo de obtener el 50% de respuesta en cada centro. Lo conseguimos en casi todos los centros menos en 3. Sin embargo, en la tabla 18, donde se ven todos los centros, se aprecia que algunos no llegan al 50%. Este hecho es debido a que a pesar de que se obtuvo la respuesta esperada, algunos de los cuestionarios no fueron válidos o estaban repetidos.

En la tabla 20 se ha realizado la comparativa de la puntuación positiva y negativa en la escala de Jefferson por centros. A continuación, en las tablas 19 y 21 llevamos a cabo una descripción detallada de los centros a nivel de empatía y burnout. Es importante remarcar que, precisamente, son los profesionales urbanos los que tienen un grado superior de empatía, por lo que nos podemos hallar ante un sesgo de selección. En este momento, vemos que en los centros solo tenemos 22, respecto a los 23 iniciales.

Esto es debido a que tras la eliminación de las respuestas erróneas, y las que no necesitamos para el análisis posterior, uno de los Centros no ha contado con participación. En la valoración de estas tablas, queremos destacar que cuando hablamos de empatía y burnout, en nuestra región solo encontramos 4 centros de los 22 que no tienen profesionales con niveles altos de empatía. De estos 4 centros, en 3, la mayoría de los profesionales no solo no tienen niveles de empatía elevado, sino que la mayoría tienen baja empatía. En cambio, si nos referimos al burnout por centros, detectamos que pasa lo inverso. Solo 6 de los 22 centros tienen profesionales con nivel de burnout elevado. Y de estos 6, en 5 la mayoría de profesionales tienen bajo nivel de burnout. Finalmente, solo hay un centro de los 22 que tiene profesionales con alto burnout y ningún profesional con alta empatía. No se han encontrado estudios similares en los que se pueda comparar los resultados de empatía y burnout en los Centros de salud.

Las tablas 22,23 y 24 hacen una descripción de las distintas variables del burnout por centros.

En la tabla 25, se han comparado los niveles en la escala de Jefferson con los resultados en burnout (global y en sus tres subescalas) obteniendo resultados significativos entre el nivel de burnout global y la empatía, así como también con la realización personal (ambas con $p < 0,05$). Consideramos que este hecho podría ser debido a que las personas que tiene una mayor realización personal tienen tendencia a estar más satisfechas con su trabajo, y pueden entender mejor a los pacientes a los que atienden, y, de este modo, ser más empáticos.

Esta misma relación se mantiene con la misma significación estadística en enfermería. En el caso de los médicos, la empatía, además, se asocia significativamente con un nivel bajo de despersonalización personal. Si lo analizamos en función del ámbito de trabajo, vemos que, a nivel rural, mantenemos la vinculación de la alta empatía con el bajo burnout y la baja despersonalización.

En cambio, a nivel urbano también se vincula la alta empatía con el nivel global de burnout, la despersonalización, y el agotamiento emocional; algo que podría explicarse porque a nivel urbano se ha hallado una elevada respuesta de los médicos, por lo que los datos son congruentes. Cuando finalmente se ha realizado esta asociación en función del género, las mujeres presentan una mayor asociación de la empatía con el burnout global y en sus variables de despersonalización y realización personal, mientras que los hombres solo tienen la significación estadística entre empatía y burnout global, y en la realización personal. Esta información que se ha resumido aquí se encuentra en las tablas 26, 27 y 28 de los resultados y de forma más explícita en los gráficos 6 y 7. En estos últimos gráficos, se ha comparado la empatía en base al burnout por profesionales y por ámbito de trabajo, donde se observa la progresión entre mayor empatía y menor burnout.

Tal y como se ha explicado, los niveles elevados de empatía pueden reducir el burnout. Además, el hecho de que en las zonas rurales se objetive un mayor burnout y empatía podría estar relacionado con lo que hemos visto anteriormente: a mayor empatía, podemos llegar a mayor burnout, aspecto que se debería valorar. Parece ser que en las zonas rurales los médicos de familia tienen un mayor componente social y familiar que en los centros de salud urbanos, ya que ejercen cierto rol de autoridad sanitaria y es difícil separar el rol de médico una vez se acaba la consulta. Esta situación se ha descrito previamente como la fatiga de compasión en un trabajo realizado por Figley³².

Empatía y Burnout y su relación con las variables clínicas

Al realizar el primer análisis sobre la relación que pueden tener la empatía y el burnout en las variables clínicas, nos planteamos cual era la mejor manera de poder tener una mejor visión de la realidad. En la literatura científica, existe poca literatura sobre este aspecto. En 2014, la revista *Plos One*⁵⁷ publicó una revisión donde se reconocía que había pocos estudios que hubieran hallado de manera significativa la relación entre empatía y beneficios clínicos.

Existen estudios que demuestran que la empatía ejercen un efecto positivo en la relación médico-paciente, en mejorar la satisfacción de los pacientes⁷² y en su adherencia al tratamiento⁷³. De hecho, fue el mismo equipo el que posteriormente detectó que la empatía tenía relación con las variables clínicas. En el artículo comentado de Hojat de 2011²⁹ detectaron que los profesionales más empáticos tenían mejor control de la Diabetes y el colesterol. En nuestro caso hemos visto que estas diferencias no son significativas, excepto en el control de la hipertensión arterial, una enfermedad que tiene un importante componente de mejoría de hábitos para su control.

Otro trabajo⁷⁴ describía que incluso el resfriado común podía experimentar cambios en su evolución en función de la empatía del profesional. Los médicos más empáticos tienen mejores herramientas comunicativas, con lo que pueden hablar de la enfermedad, de los tratamientos y de sus síntomas y miedos⁵⁶. De hecho, también un estudio de 2004 detectó que el estrés de los profesionales podía relacionarse con una mala conexión con los profesionales⁷⁵. En efecto, esta vinculación de la empatía con los resultados clínicos se había utilizado hasta hace poco con aspectos de psicoterapia y salud mental, donde evidentemente la empatía mejoraba los resultados de los pacientes⁷⁶. En 2007, un equipo alemán vinculó la empatía de los profesionales con mejoras en algunas variables en pacientes oncológicos, como por ejemplo la percepción del dolor, y la depresión asociada al diagnóstico de cáncer⁷⁷.

De hecho, fue el mismo profesor Neumann quien en el año 2009⁷² describió cómo podía influir la empatía en la mejora de los resultados clínicos. Él se basó en que la

comunicación empática en un encuentro médico podía tener varios efectos beneficiosos. Por un lado, los pacientes explican más sus síntomas y los aspectos psicosociales de la enfermedad. El hecho de compartir esta información guía a un mejor diagnóstico. El médico empático es capaz de identificar bien al paciente y puede ofrecer respuestas individualizadas en función de cada paciente. Puede facilitar información apropiada sobre la enfermedad permitiendo que el paciente participe más, y se involucre en el manejo de su enfermedad. El paciente se siente valorado, entiende la enfermedad y mejora la confianza en su médico.

Sobre el burnout, no se ha encontrado bibliografía suficiente para poder comparar con nuestro estudio. Como hemos visto, el burnout y la empatía están relacionados, por lo que, sin encontrar diferencias significativas, sí que hemos apreciado diferencias entre la empatía y el nivel de burnout y algunas variables clínicas.

Para poder desarrollar estos conceptos correctamente preparamos dos puntos de vista. Por un lado, si tenemos en cuenta el análisis de los datos en función del profesional y por otro lado, si tenemos en cuenta a los pacientes. Como veremos a continuación, los datos no cambian, pero sí que el análisis de los pacientes tiene mayor potencia estadística ya que disponemos de una muestra mucho mayor.

Empatía y burnout y su relación con las variables clínicas en base al profesional

En la tabla 29 hemos realizado un análisis en función de los niveles de empatía. Sin llegar a la significación estadística, los profesionales menos empáticos tienen un mayor número de visitas. Esto podría corresponder a que necesitan más visitas para poder resolver el problema que tiene el paciente, o simplemente porque no puedan abordar en una sola visita los problemas por los que consulta el paciente. Lo que también destacamos es que el número de pacientes que reciben los profesionales es mayor a medida que aumenta la empatía de los profesionales. Es lógico que aquellos profesionales más empáticos tengan mayor número de pacientes, ya que la mayoría prefiere un médico empático, como describíamos en la introducción. Algo que también hemos descrito previamente es que los niveles de burnout elevado se asocian a los profesionales con menor empatía.

A partir de aquí hemos decidido analizar las tres variables clínicas que describimos en nuestros objetivos. La diabetes, la dislipemia y la hipertensión. Tres entidades muy comunes y que son atendidas diariamente entre los profesionales de atención primaria. Como se ha comentado previamente, los criterios establecidos de buen cumplimiento en diabetes y dislipemia, se han basado en los que describió el equipo de Hojat en su trabajo de 2011.

Diabetes tipo II

El estudio de Hojat en 2011 y un estudio publicado en la misma revista en 2012 por un equipo italiano⁷⁸ detectaron que la empatía podía influir en el control de la diabetes y en sus complicaciones. Es por ese motivo que hemos empezado por esta entidad clínica.

En las tablas 30 y 31 se ha analizado una descripción de la diabetes en función de la empatía y el burnout. Si se valora la diabetes en función de la empatía, puede apreciarse que los profesionales con mayor empatía tienen una menor prevalencia de diabetes. Tal como se ha descrito en los resultados no se han constatado diferencias significativas en el control de la diabetes en función de la empatía. Por otra parte, lo que es significativo es que todos los profesionales tienen un número de controles similares, tengan o no mucha empatía. Esto podría ser explicado por el hecho de que la diabetes es una enfermedad muy tratada en atención primaria, y el número de controles suele ser estandarizado y conocido por todos los profesionales. En función del burnout tampoco encontramos diferencias significativas y tener un mayor o menor grado de burnout no condiciona el control de la Hb1Ac, y por tanto de la enfermedad.

Por los resultados obtenidos, parece ser que nuestro estudio no va en la línea de los anteriores. Pensamos que puede deberse a que el control de los hábitos alimentarios de los pacientes diabéticos es distinto entre la población anglosajona y la mediterránea; es más importante tener un profesional empático que se implique en la mejora de la alimentación de un paciente poco acostumbrado a ello (como es generalmente la población estadounidense) que entre pacientes que ya realizan o conocen de primera mano los beneficios de una alimentación saludable. Y esa

implicación y trabajo, de un profesional, tanto médico como enfermera, empático puede ser fundamental en el control de la diabetes mellitus.

Dislipemia

En el análisis de la dislipemia en función del LDL tampoco se han detectado diferencias de control entre los profesionales. De hecho, en este primer análisis que se puede ver en las tablas 32 y 33, se aprecia que ninguna de las variables consigue la significación estadística. En la tabla 32 se observa que los profesionales poco empáticos son los que tienen el mayor número de pacientes con un LDL por encima de 130 mg/dl; sin embargo, son los que también tienen el mayor número de pacientes con el LDL por debajo de 100. En el caso del burnout es distinto. Como muestra la tabla 33, los profesionales con un burnout medio son los que tienen el mayor número de pacientes con un LDL por encima de 130 y los que tienen la mayoría de pacientes con un LDL por debajo de 100. Probablemente la virtud se encuentre, en este caso, en tener una empatía y burnout medio, que en este caso, son los factores que consiguen un mejor control de la dislipemia.

Hipertensión Arterial

Para acabar con esta primera parte del análisis de las variables clínicas se han analizado los resultados de la hipertensión arterial. Se ha escogido el control de la Presión o Tensión Arterial Sistólica, pues se ha considerado que su control era un buen indicador del control de la hipertensión. Generalmente, se asocia la gravedad de una crisis hipertensiva a las cifras de PAS elevadas. Al no encontrar bibliografía previa que analizara el impacto de la empatía en la hipertensión, hemos decidido basarnos en el control de la PAS.

En este caso puede constatarse que la presión arterial media es menor en los profesionales más empáticos. Este hecho que podría estar relacionado con la implicación de los profesionales en reducir algunos factores que pueden subir la presión arterial como la dieta sin sal o realizar más actividad física.

En la tabla 35, en referencia al burnout, se aprecia que los profesionales con menor

burnout son los que tienen el menor número de pacientes con PAS de 140 mmHg, y los que tienen más pacientes con una PAS por debajo de 130, lo que viene a decir que los profesionales menos quemados obtienen mejor control de la hipertensión de los pacientes. Sin embargo, no es estadísticamente significativo, y solo muestra una tendencia.

Empatía y burnout y su relación con las variables clínicas en base al paciente

En este caso se ha constatado que los pacientes tienen una edad media de 48,5 años, y que generalmente cuanto más jóvenes acostumbran a tener médicos más empáticos; sin embargo, tienen médicos con mayor burnout.

Un hecho destacable es el número de visitas. Los médicos muy empáticos y con menor burnout, tienen menor número de visitas. Este hecho, que en un primer momento podría hacer pensar que lo lógico sería que los pacientes prefieran acudir a su médico porque es empático, probablemente significa que el médico empático y que no está quemado soluciona los problemas rápidamente, escucha las demandas del paciente, y no necesita múltiples visitas para cada problema de salud. A nivel de enfermería observamos algunos cambios; los pacientes son más jóvenes entre los profesionales con baja empatía y elevado burnout.

En este punto se aprecia la diferencia entre médicos y enfermería. Probablemente, los pacientes mayores son los que necesitan una enfermería más atenta y con mayor tiempo para dedicarles. Además, respecto al número de visitas vemos un cambio significativo. El tipo de visita a enfermería muchas veces es para control de constantes, cura de heridas o educación de la salud. Aquellos profesionales con menor burnout tienen un mayor número de visitas, lo que puede conducir a pensar que a aquellos profesionales que están satisfechos con su trabajo no les importa realizar más visitas para controlar a sus pacientes, y a pesar de tener más visitas no tienen mayor burnout.

Diabetes tipo II

Como se ha visto en los resultados, debe diferenciarse correctamente entre los diabéticos y los no diabéticos. No se requiere el mismo control en pacientes afectados

de diabetes o simplemente aquellos en los que se realizan determinaciones para control de factores de riesgo o determinaciones anuales en la población general.

Se ha observado que entre la población diabética, no existen diferencias significativas entre los niveles de la Hb1AC. Sin embargo, se aprecia que los profesionales menos empáticos tienen mayor número de pacientes con una Hb <7%, pero también el mayor número de pacientes con Hb >9%. No obstante, entre la población no diabética, vemos que los profesionales más empáticos tienen un mayor número de pacientes con una Hb menor del 7%. Consideramos que este hecho manifiesta que los profesionales más empáticos consiguen un buen control entre los no diabéticos, y por ende, entre la población general, tal como puede apreciarse en la tabla 42. Si se analiza la Hb1Ac media, los profesionales más empáticos consiguen un valor de Hb1ac menor en global, aunque entre los diabéticos, sin llegar a ser significativo, los menos empáticos consiguen un valor menor.

Por otro lado, merece también especial atención el número de determinaciones analíticas, un aspecto interesante que también quisiéramos mencionar. El número de determinaciones parece no depender de la empatía, o al menos entre los diabéticos. Entre la población general, vemos que los profesionales más empáticos realizan más controles de la Hb1Ac en el último año.

En la tabla 43 hemos realizado el análisis en función del burnout. Entre la población general observamos que los profesionales con menor burnout tienen una Hb1AC media mayor, con lo que se consigue un peor control global, algo que también se produce entre la población diabética. Aun así, sí que podemos ver que los profesionales con menor burnout realizan mayor número de determinaciones de la Hb1AC, algo que parece lógico. Aquellos profesionales médicos que están menos quemados son más proclives a pedir más determinaciones de la glicada. Sin embargo, entre los no diabéticos, vemos que los médicos menos empáticos realizan menos determinaciones de la Hb1Ac. Este hecho podría decir que entre aquellos pacientes en los que no es estrictamente necesario realizar la determinación, los médicos menos quemados no la realizan, mientras que los más quemados sí que la realizan, algo que

podría denotar la poca importancia que se le atribuye a que realmente sea necesaria o no la determinación.

Entre los profesionales de enfermería podemos ver el mismo análisis en las tablas 44 y 45. En este caso, sí que se ha detectado que los profesionales con poca empatía tienen de media una Hb1Ac menor que los más empáticos. Y ellos se produce tanto entre población general como entre los diabéticos, lo que podría conllevar a un mejor control de la enfermedad.

En este momento nos planteamos como los profesionales más quemados presentan mejor control. Este hecho pensamos que podría estar relacionado con el beneficio que supone obtener mejores resultados, pues estos computan en los objetivos profesionales que establece la empresa y guardan relación a nivel salarial, tanto en la Hb1AC media como en el número de determinaciones.

En este último caso resulta curioso apreciar que los profesionales menos quemados realizan menos controles de la Hb1AC. Eso podría decir que el personal de enfermería realiza las determinaciones en función de si son necesarias o no, y no por su vinculación empática con el paciente. Es decir, aquellos profesionales menos quemados realizan las determinaciones que son necesarias, ni más ni menos. Algo que podría asociarse a la profesionalidad.

Dislipemia

En las tablas 46 y 47 se han presentado los resultados de dislipemia. En cuanto a la empatía, puede detectarse una tendencia estadísticamente no significativa a que los profesionales más empáticos consiguen mejor control de la dislipemia, al tener mayor número de pacientes con LDL por debajo de 100, que es el criterio que establecimos, en función del trabajo de Hojat en 2011 para asegurar la comparabilidad de la muestra. Sin embargo, esta diferencia no es significativa.

En el caso de la empatía, se aprecia que los profesionales menos empáticos tienen mayor prescripción de analíticas, tanto en la población global como entre los pacientes con dislipemia, de forma significativa.

En cuanto al burnout de los médicos, se halla una asociación significativa con el control de la dislipemia. Aquellos profesionales más quemados son los que consiguen mejores resultados en el control del LDL. Por un lado, obtienen un LDL de media menor, y tienen un mayor número de pacientes con LDL por debajo de 100, tanto en la población general, como entre los pacientes dislipémicos.

En este caso existe un paralelismo entre medicina y enfermería, puesto que entre el personal de enfermería también vemos que mayor burnout mejor control de la dislipemia, tanto a nivel global como en los pacientes dislipémicos. El número de determinaciones no tienen una variación significativa y no se pueden extraer resultados, en este caso. En la dislipemia el control de los niveles de LDL suele realizarse anualmente, y los pacientes no suelen realizar su demanda tan marcada como pueden ser los pacientes diabéticos.

Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial tiene un componente muy importante del médico de familia y de enfermería. Tanto en el proceso diagnóstico como en los primeros meses de tratamiento, donde generalmente se empieza con un abordaje dietético y se realiza un seguimiento periódico hasta conseguir un tratamiento efectivo.

En función de la empatía podemos ver que los profesionales médicos más empáticos consiguen un mejor control de la hipertensión. Entre la población general, consiguen tener una Presión Arterial Sistólica médica menor, y mayor número de pacientes con TAS <130, y entre los pacientes hipertensos se mantiene esta tendencia. Probablemente los profesionales más empáticos consiguen que los pacientes realicen mejor su tratamiento y las medidas dietéticas. Es destacable que el número de determinaciones entre la población general es menor entre los más empáticos. Eso quiere decir que los profesionales más empáticos, entre la población general, miden menos la tensión, pero consiguen mejor control. Sin embargo, entre los pacientes hipertensos, los profesionales más empáticos realizan mayores controles.

En la tabla 51, hemos visto los resultados en función del burnout. Los resultados son

similares: los profesionales menos quemados consiguen una mejor TAS media, con mayor número de población con TAS <130, y entre la población hipertensa ocurre lo mismo; además, con significación estadística. Es otras palabras, los profesionales menos quemados consiguen mejor control de la hipertensión arterial.

Es remarcable también el número de determinaciones. Entre la población general no hay cambios en función del burnout, pero entre aquellos que son hipertensos, los profesionales con menor burnout realizan mayor número de mediciones, algo que va ligado al buen control de la tensión arterial. Finalmente, si nos referimos al personal de enfermería vemos que también obtenemos un mejor control de la PAS cuanto más empático es el profesional. Tanto en la población global como entre la población hipertensa, el personal de enfermería consigue una TAS media menor y tener un mayor número de pacientes con PAS <130. Sin embargo, vemos que de manera significativa, los profesionales más empáticos realizan menos determinaciones de la PA. Eso podría significar que los profesionales más empáticos se implican en el control de los factores que pueden disminuir la PA, y eso no es simplemente realizar una toma de la tensión arterial en la consulta. En función del burnout detectamos alguna diferencia importante. Entre la población general, el personal de enfermería menos quemado consigue mejor control de la tensión arterial. Sin embargo, entre los hipertensos, los profesionales más quemados consiguen mejor control y de forma significativa.

En cuanto al número de determinaciones de la PAS, observamos que los profesionales menos quemados realizan más determinaciones, con lo que podemos concluir que aquellos profesionales menos quemados consiguen mejor control global, y realizan más determinaciones. Entre los profesionales más quemados el número de determinaciones de la tensión es significativamente menor, sobre todo en la población general. Entre los hipertensos la diferencia no es significativa. Esto se podría explicar porque entre la población general, los profesionales más quemados no realizan medidas de la tensión arterial si el paciente no tiene antecedentes de hipertensión.

Como resumen podríamos decir que la elevada empatía y bajo burnout entre los profesionales están ligados significativamente con el mejor control de la Hipertensión Arterial. Sin embargo, en lo referente a la diabetes y la dislipemia, no se ha hallado esta relación, pero no existe significación estadística en relación a la empatía y al burnout. Con nuestra aportación sumada a la que realizaron el equipo de Hojat en 2011, podemos afirmar que la empatía y el burnout tienen efecto en las variables clínicas de los pacientes. En su caso, encontraron correlación entre diabetes y dislipemia, algo que en nuestro estudio no se producido. De hecho, hemos detectado mejor control entre los profesionales menos empáticos, pero sin significación estadística.

Sin embargo, en el control de la hipertensión arterial, es estadísticamente significativo que ser más empático y tener un bajo nivel de burnout mejora las cifras de la tensión arterial sistólica.

No hemos hallado estudios previos que relacionen las variables clínicas con el nivel de burnout, y en nuestro caso no se relaciona con el control de diabetes y dislipemia, pero sí en el control de la hipertensión arterial.

Empatía y Burnout y su impacto en Indicadores Asistenciales: Estándar de Calidad Asistencial y de Prescripción Farmacéutica

En último lugar, hemos valorado el impacto de la empatía y el burnout con algunos indicadores asistenciales. No se ha encontrado bibliografía reciente que pueda valorar algunos de los aspectos que desarrollamos a continuación, con lo que es difícil comparar los resultados que obtenemos. En nuestro estudio se han decidido utilizar dos indicadores asistenciales importantes presentes en Cataluña, que son una adaptación de los indicadores que tenía el sistema de Salud del Reino Unido y que están en constante revisión.

El Estándar de Calidad Asistencial (ECA) y el Estándar de Calidad de Prescripción Farmacéutica (ECPF). Estos indicadores recogen anualmente el funcionamiento de los Centros de salud y de sus profesionales, tanto médicos como de personal de enfermería. El ECA se basa en los datos que tanto enfermería como médicos de familia registran en su actividad diaria. No depende de variables clínicas como lo visto anteriormente, sino que es un reflejo de la actividad que registra el propio profesional. El Estándar de prescripción farmacéutica se basa en las prescripciones que realizan los profesionales médicos. El sistema de prescripción actual basado en la receta electrónica permite un seguimiento de todos los fármacos que manejan los médicos de atención primaria, y en base a esa prescripción se establece este indicador.

Es interesante remarcar que los profesionales cada vez que prescriben un fármaco que no cumple los criterios de idoneidad establecidos por el servicio de Farmacia reciben un aviso informándole. Además, desde la plataforma informática de atención primaria se puede hacer una monitorización por el propio profesional de la situación de ese indicador. En este punto queríamos hacer mención que estos indicadores permiten poder cumplir los objetivos marcados por el Instituto Catalán de Salud, y tienen una remuneración económica. Finalmente, para completar este último apartado consideramos que era interesante conocer la prescripción de Incapacidades Temporales por parte de los médicos de familia, algo que es un motivo de consulta muy frecuente en las consultas de atención primaria.

Estándar de Calidad Asistencial (ECA)

Como hemos comentado el Estándar de calidad Asistencial se obtiene a través del programa informático utilizado en atención primaria. Su resultado es fruto del registro que los profesionales realizan de las enfermedades que tienen sus pacientes. Con estos datos hemos realizado distintos análisis y hemos analizado las distintas variables con el conjunto de los profesionales. En un primer momento hemos analizado la puntuación obtenida por los profesionales. La puntuación media es de 665 puntos y en base a ella hemos realizado tres grupos homogéneos. Posteriormente, repasaremos algunos de los ítems que configuran este estándar y cuyas puntuaciones acaban dando un resultado final. A mayor puntuación, mejor resultado y por consiguiente, mejor calidad asistencial.

En esta clasificación inicial no hemos detectado alguna asociación con los resultados en el ECA. Sin embargo, sin llegar a ser estadísticamente significativo, se aprecia la tendencia de que los profesionales con bajo burnout obtienen mejor puntuación en el ECA. Algo que parecería lógico ya que aquellos profesionales menos quemados son los que probablemente registran más, y tienen más posibilidad de tener mejor puntuación, aunque eso es algo que iremos desarrollando en este apartado. También parece que los profesionales con mayor edad obtienen mejores resultados. En este caso la empatía no ha resultado tener vinculación con los resultados del ECA. Tras valorar este resultado nos planteamos si realmente estos son indicadores clínicos adecuados. En estos momentos existen grupos de trabajo para la mejora de la calidad asistencial que proponen realizar nuevas adaptaciones e indicadores. Probablemente, no detectamos diferencias porque los indicadores utilizados no son de calidad y obedecen más a cumplir mecanismos repetitivos que a evaluar fielmente la calidad asistencial y su excelencia profesional.

Estándar de Calidad de Prescripción Farmacéutica (ECPF)

El Estándar de calidad de Prescripción farmacéutica (ECPF) se obtiene con el registro de la prescripción de los profesionales. Para esta valoración solo hemos usado datos de médicos, ya que es este colectivo el que prescribe los fármacos. En este caso hemos buscado la puntuación media, y nos da una puntuación de 55,2 puntos. También como

el ECA, a mayor puntuación, mejor prescripción. Como se puede ver en el anexo, con estas puntuaciones iniciales hemos realizado un análisis estadístico, que viene desarrollado en los resultados con los indicadores utilizados por el Instituto Catalán de Salud.

Se ha realizado la asociación con el resto de variables habituales, y en este caso sí que observamos asociaciones interesantes. En primer lugar, la edad. A mayor edad, mejor resultado en el ECPF, de forma significativa. Algo que también hemos visto en con el indicador de Calidad Asistencial. Esto se podría interpretar como que a mayor edad, mejor praxis, hecho que parece lógico teniendo en cuenta la importancia de la experiencia en la medicina. Además, teniendo en cuenta la prescripción y los distintos factores que influyen en este indicador, que los profesionales mayores prescriben medicamentos que no penalizan, quizá porque no necesitan experimentar con fármacos nuevos sino que siguen trabajando con aquellos que les han funcionado en su experiencia laboral. Pero es que además la prescripción también está relacionada con la empatía. No llega a la significación estadística pero el gráfico 7 muestra una tendencia clara entre mayor empatía y mejor prescripción farmacéutica. Los médicos más empáticos prescriben mejor, y a mayor edad, más. Y eso va en beneficio del paciente.

Sin embargo, no obtenemos resultados en cuanto al burnout, donde no se detecta una tendencia ni asociación clara. En este punto, como hemos comentado anteriormente, deberíamos considerar la perversión del sistema, ya que no se trata solo de la prescripción sino del interés económico que puede tener la prescripción para el profesional.

Este hallazgo creemos que es de relevante importancia, ya que no hemos detectado estudios y/o trabajos previos que relacionen la prescripción farmacéutica en función de las características de los profesionales. Teniendo en cuenta la situación económica actual en la que se controla el gasto farmacéutico para reducir el gasto del sistema de salud, es importante tener en cuenta qué profesionales obtienen mejores resultados: los más empáticos, y que por ende pueden llegar a entender la importancia de la

racionalización del uso de fármacos, por otro lado, los menos quemados, aquellos que quieren colaborar en el alivio del sistema.

Hemos realizado también una descriptiva conjunta de los indicadores con empatía y burnout. En la tabla 55, llevamos a cabo el análisis en función de la empatía. Como hemos visto anteriormente no hay significación estadística con ninguno de los indicadores. Sin embargo, confirmamos que los profesionales más empáticos tienen más pacientes con baja laboral, más buen control en el ECPF y resultados similares en el ECA. Estas tendencias se ven claramente en los gráficos 8 y 9. Posteriormente hemos realizado el mismo ejercicio con el burnout. Los profesionales con bajo burnout tienen menos IT y más cortas, con significación estadística. En este caso vemos que los profesionales con mayor burnout tienen mejores resultados en el ECA. Este hecho puede parecer contradictorio, porque teniendo en cuenta que el ECA se basa en lo que registran los profesionales, lo lógico sería que los profesionales más quemados registraran menos, pero vemos que en nuestra muestra no es así, aunque no con significación estadística.

¿Pueden los profesionales más quemados, ser mejores?

En este momento, y dada la importancia de la afirmación que muestran nuestros resultados creemos que es importante hacer un apunte. Según los datos obtenidos, los profesionales más quemados obtienen mejor resultado en el ECA, sin llegar a la significación estadística. Lo lógico sería que aquellos profesionales más quemados registraran menos y obtuvieran peores resultados en el ECA. Pero no es así. No hemos encontrado resultados similares, y por eso creemos que sería importante poder obtener quizá una muestra mayor para ver si está tendencia se confirma o no. No encontramos una respuesta razonable, y va contra nuestra hipótesis, que los médicos más quemados tienen mejor resultado en el ECA, que no significa mejores médicos. Como también hemos visto, el burnout tiene un impacto en el control de la hipertensión. En este caso el bajo burnout mejora el control de la HTA, y en la diabetes y dislipemia no comporta efecto significativo.

Con los resultados del ECPF apreciamos la tendencia similar. Los profesionales menos quemados obtienen mejor puntuación. Podría explicarse en como que los profesionales menos quemados se implican en la prescripción correcta de los medicamentos. En las gráficas 10 y 11 vemos estas tendencias tanto en ECA como en ECPF. Los resultados en el ECA no son concluyentes. Como se dibuja en las tablas 56 y 58 estos resultados quedan confirmados y hemos añadido el Odds Ratio tanto para empatía como para burnout.

Detalles en Calidad Asistencial y Prescripción Fármacos

En la tabla 59 detallamos algunos de los parámetros que definen el ECA y el ECPF. Como habíamos comentado, la puntuación total viene marcada por una serie de ítems sobre el que se consigue o no un objetivo predefinido.

En nuestro caso hemos escogido los parámetros sobre los que hemos estado trabajando a lo largo del estudio: Enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitus, Hipertensión y Dislipemia.

En la tabla 60 hemos organizado las distintas variables en función de la empatía de los profesionales: alta o no (media/baja). Como hemos descrito previamente, tenemos la puntuación media que obtienen los profesionales en el control del LDL, de la Diabetes o de la Hipertensión, y luego el porcentaje que supone en cuanto a la consecución del objetivo. Por ejemplo, en el control de la TA en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica o AVC, vemos que los profesionales poco empáticos obtienen una puntuación de 65,56 puntos frente a los 63,3 de los más empáticos. Eso se traduce en que los profesionales menos empáticos consiguen el 53% del control mientras que los más empáticos consiguen el 42% del control.

En ninguna de las variables observamos diferencias significativas. En este caso vemos que en la mayoría de indicadores, obtienen mejor puntuación los profesionales menos empáticos. De hecho, en uno de los indicadores sobre el número de criterios en los que los profesionales obtienen el 100%, los menos empáticos lo consiguen en 3,3 ítems mientras que los más empáticos lo consiguen en el 3,26 de los criterios. Con lo que confirmamos que la tendencia de nuestra muestra es que los resultados clínicos

son mejores en los profesionales con menos empatía.

Hemos revisado si se confirman los resultados obtenidos en el apartado de variables clínicas, y detectamos que existe cierta correlación. Sin embargo, en el control de la Hipertensión en este caso no vemos mejor control en los más empáticos ya que la diferencia es muy pequeña. Hemos de tener en cuenta que el análisis realizado con las variables clínicas se basa en resultados que obtenemos de los pacientes, y en este caso, de los datos registrados por el profesional.

En la parte final de la tabla hemos establecido algunos de los criterios del ECPF. Como vemos, en este caso, sí obtenemos significación estadística a favor de los profesionales más empáticos. Son estos últimos los que prescriben mejor los medicamentos diuréticos para el control de la HTA, y los médicos más empáticos prescriben más fármacos recomendados para el control de la HTA. Lo mismo pasa en el tratamiento de la dislipemia y la diabetes, donde los profesionales más empáticos, prescriben más fármacos recomendados por las guías de farmacia del ICS.

Paralelamente, hemos realizado el mismo análisis con el burnout que se puede observar en la tabla 61.

En este caso observamos que los profesionales con mejor burnout obtienen mejor puntuación en la mayoría de los ítems de calidad asistencial. En algunos, con significación estadística, como es el caso de control de la Hipertensión. Además, los profesionales con mejor burnout tienen un mayor número de criterios en los que consiguen el 100% del objetivo, y esta diferencia es estadísticamente significativa, lo que conlleva a decir que los profesionales con menos burnout tienen un mejor control clínico de los pacientes. De la misma manera que hemos dicho anteriormente, parece lógico pensar que aquellos profesionales con menos burnout sean más proclives al registro de los datos clínicos de sus pacientes, y esto podría favorecer mejores resultados.

En cuanto a la prescripción de fármacos, observamos que realmente los profesionales con menos burnout obtienen mejores resultados en la prescripción de fármacos para

el manejo de la hipertensión, la dislipemia y la diabetes.

Comorbilidad de los cupos de pacientes

Para finalizar este apartado hemos querido evaluar la comorbilidad de los cupos de pacientes, es decir el número de enfermedades y patologías que puede padecer un mismo enfermo. En las tablas 62 y 63 hemos resaltado la prevalencia de enfermedades en función del burnout y la empatía de los profesionales, y vemos que no hay diferencias. No existen diferencias significativas en el número medio de diagnósticos por paciente. Donde hemos detectado diferencias, es en el número de visitas, algo que ya habíamos descrito previamente. Los profesionales más empáticos tienen menor número de visitas por paciente. El hecho de tener un profesional más empático conlleva un menor número de visitas a su médico.

Sin embargo, en el burnout, aunque no llega a ser significativo, los profesionales menos quemados tienen mayor número de visitas que los más quemados.

Una variable que también queríamos comentar es la prevalencia de Ansiedad y Depresión. Hemos detectado que no existen diferencias de prevalencia de estas enfermedades en función de la empatía y el burnout de los profesionales. Este hecho podría ser debido a la existencia de muchos casos de ansiedad que no se registran en el sistema informático, y podría ser interesante como línea de futuro valorar esta asociación en base a la retirada de fármacos antidepresivos. En un estudio previo valoramos la prevalencia de una enfermedad en base a la retirada de fármacos⁷⁹.

Sobre la comorbilidad de los cupos, se mantiene lo descrito en las tablas 64 y 65: el número de visitas es menor en los profesionales más empáticos con significación estadística, y menor en los profesionales con menos burnout.

En el gráfico 12, se ha realizado un resumen que podría explicar las diferencias obtenidas en los indicadores de calidad asistencial. Como se ha explicado, los indicadores asistenciales dependen del registro de cada profesional. En este gráfico es muy evidente que aquellos profesionales con mayor empatía son los que menos

teclean en el programa informático y que menos registran. Por ello, obtienen peores puntuaciones. Probablemente este grupo de profesioanles dedican mayor parte del tiempo de consutla a hablar con el paciente en la consulta, y no al registro y codificación en el programa informático. Los profesionales con un grado de empatía medio obtienen mejores resultados, algo que nos podría decir que aquellos profesionales con un nivel de empatía medio, consiguen mayor calidad asistencial y a la vez empatizan con el paciente.

Empatía y Burnout y su impacto en la prescripción de Incapacidades Laborales Temporales.

La prescripción de Incapacidad Temporal para el trabajo (IT) es una de las tareas más frecuentes de los médicos de familia y se realiza tras el examen médico. Se han realizado algunos estudios sobre la prescripción de las IT y factores que pueden explicarlo, como el que realizó el equipo del Dr. Soler en 2008⁸⁰ y otro publicado en 2014 en el *BMC*⁸¹ donde se explicaba que trabajar en el sector público o privado podía cambiar la prescripción de IT. El único estudio que hemos encontrado que relaciona burnout con la prescripción de IT es el realizado por el doctor Isaksson publicado en el *BMJ* en 2008⁸², pero se refería al impacto que el burnout podía tener en las bajas laborales de los profesionales, y no de sus pacientes. Existe la creencia de que algunos médicos dan la baja con más facilidad, y otros, con menos. Y que la duración de la misma puede depender del profesional que ejerce. Por eso pensamos que sería interesante comprobar si realmente hay algo de verdad en esa afirmación en nuestra región, y si la prescripción de IT puede depender del médico.

Hemos visto que los profesionales de nuestro estudio tienen una media del 6,3% de sus pacientes de baja al año. Además, la duración media de esta baja laboral es de dos días.

Al realizar la asociación con las distintas variables del estudio, hemos obtenido resultados interesantes. Los profesionales menos quemados prescriben menos IT, lo que podría estar relacionado con la prescripción de IT necesaria, ya que el profesional más quemado no pone reparos en prescribir la IT aunque quizás no sea necesaria.

Sin llegar a la significación estadística, los profesionales más empáticos prescriben más IT. Es decir, que los profesionales más empáticos, con mejor conexión con el paciente, prescriben la baja laboral con más facilidad, muchas veces atendiendo la petición del paciente. Otra tendencia significativa es que a mayor edad se prescriben más bajas laborales, y que las profesionales mujeres tienen menor número de pacientes con bajas laborales.

Todo ello se ve apoyado con los hallazgos que evidencian que el nivel de burnout del profesional condiciona la prescripción de la baja laboral.

Finalmente, hemos hecho un análisis solo con los profesionales médicos, ya que la prescripción de IT es exclusiva de los médicos y hemos valorado si hay cambios.

No hemos detectado cambios en algunos aspectos, ya que como muestran las tablas 68-71 a mayor empatía mejores resultados en el ECPF y mayor número de pacientes con IT. Aun así, se detecta que el ECA es mejor en los profesionales más empáticos. Aunque no existe significación estadística, la puntuación es mayor a mayor empatía. Esto nos podría hacer pensar que quizás el bajo resultado del ECA global viene determinado por los resultados de enfermería, aunque al no tener significación estadística, se trata de una hipótesis, que creemos que podría convertirse en una línea futura de investigación.

En el caso del burnout, vemos que el bajo burnout se asocia a mejor puntuación del ECPF y a menor prescripción de IT. Tampoco hay diferencias significativas con los resultados de ECA, como hemos visto. En este caso, no influye el registro de enfermería.

Con los resultados descritos en este apartado podemos afirmar que la calidad en la prescripción farmacéutica está asociada a la mayor empatía y menor burnout de los profesionales de atención primaria. Sin embargo la calidad asistencial, aunque sin tener significación estadística, parece no estar vinculada con la empatía y el burnout de enfermería y médicos de familia. La prescripción de las incapacidades temporales también está influida por la empatía de los médicos. Los más empáticos prescriben mayor número de IT, al igual que aquellos profesionales que tienen mayor burnout en su trabajo. Estos resultados no han sido descritos en otros artículos, con lo que consideramos que son de especial relevancia.

Para completar este apartado de discusión hemos creído conveniente realizar un análisis de la realización de los objetivos y si se han confirmado nuestras hipótesis iniciales de trabajo.

Hipótesis

Principales

Los niveles de empatía y burnout de los profesionales (médicos y enfermería) de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida presentan variabilidad interindividual.

Cierto. Tal y como hemos visto en los resultados, los profesionales sanitarios presentan distintos grados de empatía y burnout, dependiendo del lugar de trabajo y categoría profesional.

El nivel de empatía y burnout de los profesionales, médicos y enfermeras, influye en el control de sus pacientes y en los resultados clínicos obtenidos.

Cierto. De forma significativa hemos detectado que la empatía y el burnout condicionan los resultados clínicos. La empatía elevada y bajo burnout mejoran el control de la hipertensión arterial, y la prescripción farmacéutica.

Secundarias

Hay diferencia en los niveles de empatía y burnout entre médicos y enfermeras.

Cierto. Como hemos explicado, existen diferencias entre los colectivos profesionales.

Los niveles de empatía y burnout de los profesionales que trabajan en una zona rural son distintos a los que trabajan en una zona urbana.

Cierto. Los profesionales de áreas urbanas tienen mayor empatía.

Hay diferencias en los resultados clínicos cuando ambos profesionales de una UBA tienen mayores niveles de empatía y menores de burnout.

No concluyente. No hemos encontrado vinculación significativa entre los profesionales

de una UBA, y se propone realizar un estudio cualitativo para seguir trabajando en esta línea.

Los resultados asistenciales de los Centros de Atención Primaria son mejores cuando la suma del nivel de empatía de sus profesionales es mayor, y menor el de burnout.

Cierto. Un ejemplo es la prescripción farmacéutica. Este indicador se evalúa generalmente por Centro de salud. Si hemos visto que los profesionales más empáticos obtienen mejores resultados, podemos decir que los resultados del Centro son mejores.

La frecuentación de los pacientes guarda relación con el nivel de empatía y burnout de los médicos y enfermeras que les atienden.

Cierto. Los profesionales más empáticos tienen menor número de visitas.

El gasto de farmacia y los resultados de calidad de farmacia guardan relación con el nivel de empatía y burnout de su médico.

Cierto. La prescripción farmacéutica es mejor entre los profesionales con mayor empatía y menor burnout.

Los pacientes de médicos con mayor nivel de empatía y menor burnout tienen bajas laborales más largas.

Cierto. Los pacientes de médicos más empáticos tienen mayor número de bajas, pero más cortas, mientras que los profesionales menos quemados prescriben menos bajas, pero de mayor duración.

Los pacientes con médicos con mayor nivel de empatía y menor nivel de burnout tienen prescripciones distintas a los que tienen profesionales con alto burnout y baja empatía.

Cierto. Como hemos explicado, la prescripción varía en función del burnout y la empatía

Objetivos:

General:

Estudiar el grado de empatía y burnout de los profesionales de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida.

Objetivo realizado.

Analizar las diferencias entre el grado de empatía y burnout de los profesionales sanitarios y los resultados clínicos obtenidos.

Objetivo realizado.

Evaluar la asociación entre los resultados asistenciales de los Centros de Atención Primaria categorizado según el nivel de empatía y burnout de sus profesionales.

Objetivo realizado

Específicos: Evaluar y comparar:

El nivel de empatía y burnout con los resultados obtenidos en los pacientes diabéticos, hipertensos y dislipémicos.

Objetivo realizado.

Las tasas de frecuentación de los pacientes a las consultas de Atención Primaria según el grado de empatía y burnout de los profesionales.

Objetivo realizado.

La prescripción farmacéutica que realizan los distintos profesionales.

Objetivo realizado.

La asociación entre los niveles de empatía y burnout de las UBA y sus resultados asistenciales.

Objetivo realizado.

Las bajas laborales de los pacientes según el grado de empatía y burnout de sus médicos.

Objetivo realizado.

Tal y como podemos observar, hemos conseguido cumplir todos los objetivos propuestos al inicio de este estudio y se han confirmado la mayoría de nuestras hipótesis de trabajo.

LIMITACIONES DEL TRABAJO

La falta de estudios previos similares conlleva el desconocimiento de los niveles de empatía de nuestros profesionales, pues no hemos encontrado trabajos que con anterioridad lo hayan valorado.

Es evidente que los resultados de las variables clínicas asistenciales no son en exclusividad fruto del trabajo del médico y de su nivel de empatía, sino que hay otras variables como la carga de trabajo, la edad de los pacientes, el perfil socio-cultural de los mismos, el tipo de asistencia especializada que tiene asignado el médico, la trayectoria profesional de cada profesional, o tiempo de experiencia de cada uno, variables todas que no pueden ser contempladas en su conjunto. Debemos pensar también que, en el caso que se encuentren diferencias a favor del nivel de empatía, aunque no podrán ser atribuidas en exclusividad a ella, sí habrá relación porque las otras características que influyen en los resultados tendrán una distribución similar entre toda la Región Sanitaria.

Nos podemos encontrar un sesgo de selección, ya que hemos obtenido una mayor respuesta de profesionales urbanos que podría condicionar los resultados. Hemos tenido en cuenta en la realización del modelo de regresión que tenga una base racional y evitar así modelos “de perdigonada”, fundamentalmente pensando que la empatía tenga poco que ver con los resultados, por ejemplo, del ECPF, y que en cambio tenga mucho que ver con la satisfacción del paciente en la consulta, o la relación con el efecto placebo que tienen las reconsultas.

Hubiera sido interesante poder conocer algunos datos demográficos de los profesionales que han decidido no responder a la encuesta. Sin embargo, para garantizar la anonimización de los datos obtenidos, los investigadores desconocen los profesionales que han decidido no responder.

Al considerar que podía ser interesante el análisis multivariante, en la tabla 66 se ha realizado una regresión logística multivariante, para valorar el impacto de las distintas variables en la empatía y burnout de los profesionales. Al no obtener diferencias significativas respecto al análisis univariante, se decidió no realizar mayor análisis, y

plantearlo como una línea de trabajo futura del equipo de investigación.

A la hora de responder cuestionarios sobre la empatía, existen personas que pueden intentar manipular los resultados para obtener una puntuación mayor y con mayor beneficio social.

La falta de trabajos similares en el ámbito de la prescripción de fármacos o bajas laborales, nos ha dificultado la capacidad para comparar resultados. Algo que sí hemos podido realizar con las variables clínicas.

LINEAS DE TRABAJO FUTURAS

El trabajo realizado sobre la empatía y burnout en nuestra región sanitaria ha sido uno de los únicos realizados en nuestro país. Hemos conseguido responder a todas las hipótesis y objetivos que nos habíamos propuesto. Los resultados obtenidos son muy relevantes, y creemos que pueden repercutir en el beneficio de los profesionales y de los pacientes. Por eso pensamos que la investigación iniciada en esta tesis doctoral debe seguir.

Algunas de las líneas futuras de trabajo han sido mencionadas a lo largo del trabajo. Queremos consolidar el trabajo realizado con estudiantes de Medicina y otras disciplinas biomédicas. Creemos que se debe empezar desde la Universidad a favorecer el contacto empático con el paciente y a reconocer la importancia que la empatía puede tener en el entendimiento con el paciente.

En el ámbito de las variables clínicas creemos que queda camino por recorrer. Por ejemplo, se puede trabajar grupos específicos de enfermedades pudiendo evaluar, por ejemplo, el manejo de la Depresión en función de la empatía.

Una línea interesante sería la realización de un estudio cualitativo con el objetivo de detectar diferencias entre médicos y enfermeras, y poder desarrollar, de este modo, el concepto de la agrupación de la empatía.

Creemos que también ofrece una línea importante el trabajo de la empatía y el burnout con la atención a la población inmigrante para objetivar si existen diferencias o no.

Finalmente, consideramos que podría ser interesante trabajar el tema del optimismo entre los estudiantes y los profesionales sanitarios y vincularlo a la empatía, burnout y las variables clínicas.

Gracias a este trabajo hemos establecido contacto con otros grupos de investigación nacionales, estatales e internacionales con los que estamos seguros de que podremos trabajar en las líneas planteadas, y desarrollar más el impacto de la empatía y el burnout en la práctica diaria de los profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

Tras la realización de nuestro trabajo podemos afirmar que la empatía y el burnout están relacionados. Los profesionales más empáticos tienen un menor nivel de burnout y mayor realización personal en su trabajo.

Los profesionales más empáticos suelen ser más jóvenes y principalmente trabajan en Centros urbanos. De hecho, trabajar en la ciudad se asocia también a estar menos quemado.

Los médicos están más quemados con su trabajo que los profesionales de enfermería. Los profesionales más empáticos suelen agruparse a la hora de trabajar. Existen Centros de salud donde la mayoría de profesionales son muy empáticos, y otros donde esa tendencia es a la inversa.

Los profesionales con mayor realización profesional tienen tendencia a estar más satisfechos con su trabajo, y pueden entender mejor a los pacientes a los que atienden y, asimismo, a ser más empáticos.

Este hecho provoca que estos profesionales tengan cupos de pacientes de mayor tamaño, y con más mujeres. Sin embargo, los profesionales más empáticos y menos quemados tienen menos visitas médicas.

La empatía elevada y bajo burnout se han relacionado significativamente con un buen control de la hipertensión arterial; sin embargo no hemos detectado diferencias significativas en el control de la diabetes y la dislipemia.

Los profesionales más empáticos realizan una mejor prescripción farmacéutica, y esta tendencia mejora con la edad de los profesionales. Además, la empatía está relacionada significativamente con la prescripción de bajas laborales. Los profesionales más empáticos prescriben más bajas, mientras que los menos quemados prescriben menos, pero más largas.

En resumen, los profesionales más empáticos tienen menor burnout, necesitan menos visitas por paciente, tienen un mejor control de la hipertensión arterial, prescriben fármacos de forma adecuada, y prescriben la baja laboral con más frecuencia.

DECÁLOGO RESUMEN

- La empatía elevada se asocia con niveles bajos de burnout.
- La alta empatía se relaciona con bajo burnout y mayor realización personal. No hay relación en cuanto al género, pero es cierto que los profesionales más jóvenes son más empáticos.
- Existe mayor proporción de profesionales con elevada empatía entre los Centros de salud urbanos. La empatía y burnout se relacionan con trabajar en un Centro urbano.
- El burnout es mayor entre médicos que entre personal de enfermería.
- La empatía se agrupa. Hay Centros de salud donde hay un predominio de profesionales con empatía elevada respecto a otros.
- Los profesionales más empáticos tienen cupos de pacientes más grandes y, asimismo con más mujeres. Los médicos más empáticos tienen pacientes más jóvenes, mientras que el personal de enfermería más empático tiene pacientes mayores.
- Los profesionales más empáticos y menos quemados tienen menos visitas médicas.
- Los profesionales más empáticos trabajan más en la prevención de la aparición de la Diabetes Mellitus.
- La elevada empatía y bajo burnout de los profesionales mejora el control de la Hipertensión Arterial de forma significativa.
- Los profesionales menos quemados tienen mejor control de la Hipertensión Arterial, aunque peor control de la Diabetes y de la dislipemia.
- Los profesionales menos quemados realizan más mediciones y controles a sus pacientes, por ejemplo la toma de la Tensión Arterial.
- Los profesionales menos empáticos obtienen mejores resultados en el indicador de Calidad Asistencial.
- Los profesionales de mayor edad, tienen mejores resultados de prescripción farmacéutica y de calidad asistencial.
- Los profesionales más empáticos prescriben mayor número de Bajas Laborales.

- Los profesionales menos quemados prescriben menor número de bajas, pero más largas.
- Los profesionales más empáticos obtienen mejores resultados en la Calidad de la Prescripción farmacéutica.

AGRADECIMIENTOS

Con estas líneas quiero expresar mi agradecimiento a aquellas personas e instituciones que de una manera u otra han estado implicadas en el desarrollo de mi tesis doctoral.

Quiero agradecer, en primer lugar, a mi familia y en especial a mi esposa Pilar, por el tiempo dedicado en estos meses y su apoyo incondicional a este proyecto.

A los directores de la tesis, Jorge y Montse, por su dedicación y entusiasmo desde el primer día y por depositar su confianza en mí. A Jorge, por ser una vez más un inspirador en mi vida profesional y académica, y a Montse, por engancharme en el mundo de la Bioética y darme la primera oportunidad en la Universidad.

A Josep Ramon Marsal, nuestro estadístico, que ha hecho un trabajo excepcional y ha respondido siempre nuestras peticiones y preguntas.

A Miquel Buti por sus reflexiones y aportaciones que han enriquecido este trabajo.

A Rosa Maria Mateu, por realizar la revisión de este documento.

A los compañeros de trabajo del Servicio de Urgencias del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, por sus palabras de ánimo y apoyo recibido en todo momento.

A los médicos de familia y personal de enfermería de Lleida, ya que gracias a su participación y tiempo, hemos podido realizar la tesis.

A la dirección de atención primaria por el apoyo que siempre han mostrado hacia este estudio.

A la Universidad de Jefferson que nos facilitó de forma gratuita las encuestas para realizar la evaluación de la empatía.

A la Fundación Victor Grífols de Bioética por haber confiado en el proyecto y premiarlo en 2014.

A la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, por el premio para realizar la tesis doctoral con el que empezó todo este proceso.

En definitiva, a todas las personas que en este tiempo han estado a mi lado, se han interesado por los resultados y creen en la investigación como instrumento de mejora social.

ANEXOS:

- 1.- Escala de Jefferson
- 2.- Escala de Maslach
- 3.- Autorización Universidad de Jefferson
- 4.- Autorización Dirección de Atención Primaria
- 5.- Certificado de concesión de Beca SEMFYC
- 6.- Certificado de concesión de Beca Fundació Víctor Grífols
- 7.- Autorización CEIC Idiap Jordi Gol

ANEXO 1

ESCALA DE JEFFERSON

Escala de Jefferson

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.
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.
11. Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.
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.
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.

ANNEXO 2

ESCALA DE BURNOUT DE MASLACH

Escala de Maslach:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un gran esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes.
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes.
16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés.
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

ANEXO 3

APROVACIÓN DE LA JEFFERSON UNIVERSITY PARA EL USO DEL CUESTIONARIO



Jefferson Scale of Empathy

Physician Version (HP - Version)

Dear Dr. Oriol Yuguero

First, my apologies. According to my notes, you were granted permission to use the JSE HP-version and files were sent to you on May 16th; however, I cannot find the email that verifies that. If you received them, please disregard this, otherwise, thank you for the explanation of your study.

With your agreement to all conditions stated in our previous emails, you have our permission to make 300 copies of the JSE for the single not-for-profit study that you described. You may use the Spanish translation attached or modify the translation if needed. If you make changes we strongly recommend that you examine some indicators of psychometric support for the revised version of the scale; e.g., Cronbach's alpha reliability coefficient, an indicator of reliability; corrected item-total score correlations that will indicate that each item contributes positively and significantly to the total score; test-retest reliability, etc.

I have attached copies of the scale in English and Spanish, the User's Guide and the scoring algorithm.

We wish you luck with your research! Please keep us informed of your progress.

Best regards,

Kaye Maxwell

Empathy Projects

Center for Research in Medical Education and Health Care

Phone: [215-955-6907](tel:215-955-6907)

Cell: [610-639-6823](tel:610-639-6823)

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO



Rambla de Ferran, 44
25007 Lleida
Telèfon 973 72 82 55
Telefax 973 23 96 66

Un cop valorats els objectius i la aplicabilitat pràctica del treball titulat: Estudio de la empatía de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas.

AUTORITZEM els Drs. Oriol Yuguero Torres, Montserrat Esquerda i Jorge Soler González, per a la seva realització en el nostre Àmbit de treball.

Lleida, dos de maig de 2014



Eugeni J. Paredes Costa
Director Assistencial d'Atenció Primària.
Institut Català de la Salut. GT Lleida

ANEXO 5

CERTIFICADO DE CONCESION DE BECA ISABEL FERNANDEZ



El presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Dr. Josep Basora, hace constar que la tesis titulada:

“Estudio de la empatía de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas”

presentada por el **Dr. Oriol Yuguero Torres** en la convocatoria de ayudas 2014 para la realización de tesis doctorales “Isabel Fernández” en materia de Medicina de Familia y Comunitaria ha obtenido una de las tres ayudas convocadas por semFYC a través de su Sección de Investigación.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Josep Basora', is written in a cursive style.

Dr. Josep Basora
Presidente

En Gran Canaria, a 14 de junio de 2014

ANEXO 6

CERTIFICADO DE CONCESIÓN DE LA BECA GRÍFOLS



Núria Terribas Sala, con DNI 46.225.069Z, en calidad de Directora de la **FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS**, entidad sin ánimo de lucro e inscrita en el Registro de Fundaciones de la Generalitat de Catalunya con el núm. 1.271,

CERTIFICA:

Que el **ORIOI YUGUERO TORRES**, con DNI 47680769K fue galardonado con una beca de investigación de la Fundació Víctor Grífols i Lucas en su decimoséptima convocatoria (2013-14), para el desarrollo del proyecto que lleva por título *Estudio de la empatía de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínica.*

Y, a petición del interesado, expido el presente certificado en Barcelona, a 9 de abril del 2015.

Firmado:

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes.

Núria Terribas Sala

ANEXO 7

CERTIFICADO DEL COMITE DE ETICA DE INVESTIGACIÓN CLINICA



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 30/04/2014, ha avaluat el projecte ***Estudio de la empatía de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas*** amb el codi **P14/034** presentat per l'investigador/a **Oriol Yuguero Torres**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 09/05/2014

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Laín Entralgo P. **La relación médico-enfermo**. 1983. Alianza. Madrid
- ² Hafferty F, Franks R. **The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education**. Acad Med. 1994; 11: 869-71.
- ³ Nadelson CC. **Ethics, empathy, and gender in health care**. Am J Psychiatry 1993; 150:1309-1314
- ⁴ Gilligan C. **In a different voice**, Harvard University Press, 1993.
- ⁵ Loayssa JR, Ruiz R, García Campayo J. **¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes?** Aten Primaria.2009; 41(11):646-922.
- ⁶ Newton B, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. **There Hardening of the Heart During Medical School?** Acad Med. 2008; 83:244–249.
- ⁷ Esquerda M, Pifarre J, Viñas J. **Memòria de la Beca Borja**. Institut Borja de Bioètica, 2012.
- ⁸ Hojat M, Gonella JS, Nasca TJ, Mangione S. **Physician empathy: Definition, components, measurement and relationship to gender and specialty**. Am J Psychiatry.2002;159:1563-1569
- ⁹ Davis, MH. **A Social Psychological Approach**. 1996. Wetview Press
- ¹⁰ Street RL, Makoul F, Arora NK, Epstein RM. **How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes**. Patient Educ Couns. 2009;74:295-301
- ¹¹ Neuwirth ZE. **Physician empathy-Should we care?** Lancet. 1997;350:606
- ¹² Stewart MA. **Effective physician-patient communication and health outcomes: A review**. Can Med Assoc J. 1995;152:1423-1433
- ¹³ Sanson-Fisher R, Maguire P. **Should skills in communication with patients be taught in medical schools?** Lancet. 1980;316:523-526
- ¹⁴ Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. **Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis**. Med Care. 1998;36:1138-1161
- ¹⁵ Staudenmayer H, Lefkowitz MS. **Physician-patient psychosocial characteristics influencing medical decision-making**. Soc Sci Med. 1981;15:77-81
- ¹⁶ Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. **Teaching professional development in medical schools**. Lancet.2001; 357:867-870
- ¹⁷ Hall JA, Roter DL, Katz NR. **Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters**. Med Care. 1988;26:657-675
- ¹⁸ Kim SS, KapBajoitz S, Johnston MV. **The effects of physician empathy on**

patient satisfaction and compliance. Eval Health Prof. 2004;27:237-251

¹⁹ Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von der Maase H. **Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease.** Br J cancer. 2003;88:658-665

²⁰ DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, et al. **Physicians characteristics influence patients adherence to medical treatment. Results from the medical outcomes study.** Health Psych. 1993;12:93-102

²¹ DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. **Relationship of physicians nonverbal communication skills to patient satisfaction, appointment noncompliance and physician workload.** Health Psychol. 1986;5:581-594

²² Falvo D, Tippy P. **Communication information to patients: Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill.** J Fam Pract. 1988;26:643-647

²³ Squier RW. **A model of empathetic understanding and adherence to treatment regimens in practioner-patient relationships.** Soc Sci Med. 1990;30:325-339

²⁴ Burns DD, Nolen-Hoeksema S. **Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model.** J Consult Clin Psychol. 1992;60:441-449

²⁵ Greenberg LS, Watson JC, Elliot R, Bohart AC. **Empathy.** Psychoterapy. 2001;38:380-384

²⁶ Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen Ds, Swartz MH. **Assessment of empathy in a standardized-patient examination.** Teach Learn Med. 1998;10:8-10

²⁷ Dubnicki C. **Relationships among therapist empathy and authoriarinism and a therapist's prognosis.** J Couns Clin Psychol. 1977;45:958-959

²⁸ Carmel S, Glick SM. **Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational fractors that enhance or inhibit this behavior pattern.** Soc Sci Med. 1996;43:1253-1261

²⁹ Hojat M, Louis D, Markham F, Wender R, Rabinowiz C, Gonnella J. **Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients.** Acad Med.2011;86:359-364

³⁰ Mercer S, Reynolds W. **Empathy and quality of care.** Br J Gen Pract. 2002 Oct; 52(Suppl): S9–12.

³¹ Raab K. **Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy among health care professionals: A review of the Literature.** J Health Care Chaplain. 2004;20:95-108

³² Figley CR. **Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care.** J Clin Psychol 2002; 58: 1433-1441

³³ Krasner M, Epstein R, Beckman H, Suchman A, Chapman B, Mooney C et al.

Association of an Educational Program in Mindful Communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. JAMA. 2009;302:1284-1293

³⁴ Fernández-Pinto I, López-Perez B, Márquez M. **Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en reivisión.** Anales de Psicología. 2008;24:284-298

³⁵ Mestre V, Frias MD, Samper P. **La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index.** Psicothema 2004; 16:255-260

³⁶ Davis MH. **Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach.** J Pers Soc Psychol.1983;44:113-126

³⁷ Hojat M, Magione S, Nasca TJ. **The Jefferson scale of empathy: development and preliminary psychometric data.** Educ Psychol Meas. 2001;61:349-65

³⁸ Alcorta-GarzaA, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera S. **Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos.** Salud Mental. 2005;28:57-63

³⁹ Ubillus G, Sidia M, Renteria D, Reátegui C, Rodriguez C, Sotelo JM. **La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres.** Horizonte Médico. 2010 (10): 37-43

⁴⁰ Freudenberger H.: **Staff burn-out.** J Soc Issues, 30: 159-165, 1974

⁴¹ Maslach C. **Burnout: The cost of caring.** Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall, 1982

⁴² Maslach C., Jackson SE. **Maslach Burnout Inventory.** Manual Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986

⁴³ Muldary, T. **Burnout and Health professionals: manifestations and management.** Norwalk, Connecticut. Appleton Century Crofts, 1983

⁴⁴ Álvarez-Gallego E, Fernández-Ríos L. **El síndrome de burnout o el desgaste profesional.** Rev Asoc Esp Neuropsiq, 21: 257-265, 1991

⁴⁵ Olmeda García MS., García Cabeza I., Morante Fernández L. **Burnout en profesionales de salud mental.** An Psiquiatría, 14 (2): 48-55, 1998

⁴⁶ Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. **To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in generalpractice.** BMC Fam Pract. 2014; 15: 15

⁴⁷ Soler K and European General Practice Research Network Burnout Study Group. **Burnout in European family doctors: the EGPRN study.** Fam Prac. 2008;25 (4):245-265.

⁴⁸ Sigsbee B, Bernat JL. **Physician burnout: a neurologic crisis.** Neurology. 2014 Dec 9;83(24):2302-6

⁴⁹ West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A et al.

Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. JAMA InternMed. 2014 Apr;174(4):527-33.

⁵⁰ De las Cuevas, C.: **El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de “Burnout”.** Lab Servier, Madrid, 1997

⁵¹ Díaz González RJ. e Hidalgo Rodrigo I.: **El síndrome de burn-out en los médicos del Sistema Sanitario Público de un Área de Salud.** Rev Clin Esp,1994(9): 670-676.

⁵² Duxbury ML., Armstrong GD., Drew D. et al. **Burnout correlates.** Nursing Research, 33: 97, 1984

⁵³ Martin A, Rodriguez T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix J. **Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria.** Gac Sanit. 2013;27:521-528

⁵⁴ Hojat m, Gonnella JS, Nasca Tj. **The Jefferson scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and speciality at item level.** Acad Med.2002;7:S58-60

⁵⁵ Moreno-Jiménez, B., Carvajal R.R. y Escobar R.E. (2001). **“La evaluación del Burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar.** Ansiedad y Estrés,7,69-78.

⁵⁶ Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. **Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review.** Br J Gen Pract. 2013 Jan;63(606):e76-84

⁵⁷ Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. **The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** PLoS One. 2014 Apr 9;9(4):e94207

⁵⁸ Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RR et al. **Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?.** PLoS One. 2014 Apr 4;9(4)

⁵⁹ Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. **Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students.** Int J Med Educ 2015;6:12-16

- ⁶⁰ Gallese V. **The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity.** *Psychopathology.* 2003 Jul-Aug;36(4):171-80.
- ⁶¹ Kaplan JT, Iacoboni M. **Getting a grip on other minds: mirror neurons, intention understanding, and cognitive empathy.** *Soc Neurosci.* 2006;1(3-4):175-83
- ⁶² Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski KF, Sugihara G et al. **Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity?** *Transl Psychiatry.* 2014 Jun 3;4:e393
- ⁶³ Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn E, Scheffer C. **Determinants of physician empathy during medical education.** *BMC medical education* 2014;14:122
- ⁶⁴ Gleichgerrcht E, Decety J. **Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians.** *PLoS One.* 2013 Apr 19;8(4):e61526
- ⁶⁵ Gleichgerrcht E, Decety J. **The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians.** *Front Behav Neurosci.* 2014; 8: 243.
- ⁶⁶ Handford C, Lemon J, Grimm MC, Wollmer-Conna U. **Empathy: From bench to Bedside.** Ed. Decety (Cambridge: MIT Press) 229-244
- ⁶⁷ Shapiro J. **Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education.** *Philos Ethics Humanit Med.* 2008 Mar 12;3:10
- ⁶⁸ Vedsted P, Heje HN. **Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP.** *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(4):228-34
- ⁶⁹ Romani M, Ashkar K. **Burnout among physicians.** *Libyan J Med.* 2014 Feb 17;9:23556
- ⁷⁰ Fortney L, Luchterhand C, Zaketskaia L, Zgierska A, Rakel D. **Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study.** *Ann Fam Med.* 2013 Sep-Oct;11(5):412-20
- ⁷¹ Figley CR. **The empathic response in clinical practice: antecedents and consequences" in Empathy: From bench to Bedside.** Ed. Decety (Cambridge MA: MIT Press), 2012, 263-273

- ⁷² Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. **Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda.** Patient Educ Couns. 2009 Mar;74(3):339-46
- ⁷³ Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. **A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians.** Fam Med. 2011 Jun;43(6):412-7.
- ⁷⁴ Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, Scheder J. **Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold.** Patient Educ Couns. 2011 Dec;85(3):390-7
- ⁷⁵ Howie JG, Heaney D, Maxwell M. **Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery.** Fam Pract. 2004 Aug;21(4):458-68.
- ⁷⁶ Jani BD, Blane DN, Mercer SW. **The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship.** Forsch Komplementmed. 2012;19(5):252-7
- ⁷⁷ Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, Pfaff H. **Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach.** Patient Educ Couns. 2007 Dec;69(1-3):63-75
- ⁷⁸ Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS. **The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy.** Acad Med. 2012 Sep;87(9):1243-9.
- ⁷⁹ Yuguero O, Serna MC, Real J, Galván L, Riu P, Godoy P. **Using treatment compliance to determine the under-notification of tuberculosis in a health region for the years 2007-2009.** Aten Primaria. 2012 Dec;44(12):703-8
- ⁸⁰ Soler-González J, Serna MC, Bosch A, Ruiz MC, Huertas E, Rué M. **Sick leave among native and immigrant workers in Spain--a 6-month follow-up study.** Scand J Work Environ Health. 2008 Dec;34(6):438-43
- ⁸¹ Kankaanpää A, Putus T, Tuominen R. **Factors affecting sick leave prescribing in occupational health care: a survey based on hypothetical patient cases.** BMC Health Services Research 2014;14:168

⁸² Rø KE¹, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. **Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study.** BMJ. 2008 Nov 11;337:a2004