

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA



Trabajo terminal
Que para obtener el diploma en la especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
C. Daniela Altamirano Alvarez

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:
Dra. Vanessa Johanna Caro

**Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal
médico de la UMF No. 28, Mexicali BC.**

Mexicali, B.C., Junio del 2022

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B. C. a, 26 de octubre de 2021.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito denominado:

Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC.

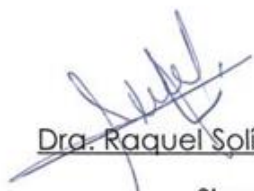
Que para obtener el Diplomado de Especialidad en Medicina Familiar presenta:

 Daniela Altamirano Alvarez

Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado


Dra. Vanessa Johanna Caro

Presidente


Dra. Raquel Solís Sánchez

Sinodal


Dra. Adriana Domínguez Martínez

Sinodal


Dra. Lourdes Viridiana Soto Zavala

Sinodal


Dra. Marie de León Aldaba

Secretario



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Miércoles, 25 de agosto de 2021

Mtra. vanessa johanna caro

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2021-204-045

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por siempre cuidar cada uno de mis pasos y guiar mi camino, a mis padres que no me soltaron de la mano y me apoyaron hasta el final, a mis hermanos que son mis compañeros de vida, a mi prometido por confiar en mí y nunca dejarme rendir, a mi mejor amiga Paulina por estar para mí cuando más la necesité, a mi compañero Marco por resolver mis dudas y ayudarme siempre que lo necesité, a mis maestros y asesores por permitir que esto fuera posible y un agradecimiento especial a mi médico familiar Dra. Solís. Me siento agradecida con la vida y con mis ángeles del cielo.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a la Daniela de hace 3 años, que inicio su residencia con miedos y temores, pero con mucha emoción y ganas, que se esforzó hasta el final y que jamás se rindió, que tuvo noches sin dormir, ansiedad y miedo, pero que al final de cada uno de sus retos siempre terminaba con una sonrisa. Ahora le puedo decir que todo valió la pena, que lo ha logrado y que me siento orgullosa.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador principal

Nombre: Dra. Daniela Altamirano Álvarez

Adscripción: Residente de la especialidad de Medicina Familiar

Matricula: 98028265

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No.28. Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Teléfono: (686) 331 4326

Correo electrónico: dany_alva.04@hotmail.com

Investigador Responsable

Nombre: Dra. Vanessa Johanna Caro

Adscripción: Coordinador Clínico de educación e investigación en salud UMF28.

Matricula: 99264825

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No.28. Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Teléfono: (686) 555 5085

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador Metodológico

Nombre: Dr. Alberto Barreras Serrano

Adscripción: Universidad autónoma de Baja California

Matricula: Investigador Titular Nivel C TC

Lugar de Trabajo: Instituto de investigaciones en ciencias veterinarias

Teléfono: (686) 225 53 42

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

Índice

Tabla de contenido

1-Introducción	4
1.1 Marco Teórico.....	4
1.2 Antecedentes.....	16
1.3-Justificación	228
1.4-Planteamiento del problema	228
1.4.1-Pregunta de investigación.....	19
1.5- Objetivos	24
1.5.1- Objetivo General.	24
1.5.2-Objetivos específicos.....	24
1.6-Hipótesis.	24
1.7- Materiales y métodos.....	25
1.7.5-Muestreo y determinación del tamaño de muestra.....	25
1.8-Criterios de Selección:.....	26
1.9- Procedimiento	26
2.1- Conceptualización y operacionalización de variables	28
2.2 Análisis Estadístico.....	29
2.2.1-Aspectos Éticos	29
2.5 Resultados	27
2.6 Discusión.....	40
2.7 Conclusiones	42
2.8 Recomendaciones	44
2.9-Referencias Bibliográficas.....	45
3-Anexos.....	47

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA EMPATÍA HACIA EL PACIENTE, EN EL PERSONAL MÉDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28, MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

Altamirano Álvarez Daniela, Caro Vanessa Johanna, Barreras Serrano Alberto.

Mexicali Baja California

Introducción: La relación médico-paciente es una base de la ética médica y juega un papel importante en la práctica médica diaria, sin embargo, en ocasiones el médico no cumple de manera activa con los objetivos de una atención de calidad, brindando una pobre empatía a sus pacientes, lo que puede encontrarse relacionado con un mal funcionamiento familiar.¹

Objetivo: Evaluar la relación entre funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC.

Materiales y Métodos: Previa autorización del comité local de ética e investigación se realizó un estudio observacional, transversal, analítico en Mexicali Baja California, de agosto a octubre del 2021, con un muestreo aleatorio simple, obteniendo 85 médicos. Las variables a estudiar fueron el funcionamiento familiar y empatía del médico hacia el paciente por medio de la escala de funcionamiento familiar Faces III y empatía de Jefferson. La relación entre las variables se evaluó por medio de la prueba de Chi-cuadrada.

Resultados: La edad promedio fue de 34 ± 5 años, predominó el género femenino con 60% y el estado civil soltero con 54%. En relación a las escalas de evaluación se encontró una relación entre la adaptabilidad y empatía con un valor de $p < 0.05$.

Conclusiones: El estudio cumplió parcialmente con su objetivo ya que la variable de funcionamiento familiar adaptabilidad presentó relación con la variable empatía, sin embargo, se encontró que la variable cohesión no presentó relación.

Bibliografía: 1-Baquero J, Callizo A, Carballo F, Cerame A, Expósito B, et al. La Relación Médico Paciente Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. España: OMC; 2017.

1-Introducción

El siguiente trabajo de investigación tiene como tema “Funcionamiento familiar y empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC”. Su importancia reside en poder determinar si la funcionalidad familiar de los médicos de la unidad en estudio se relaciona con el nivel de empatía que estos tienen hacia sus pacientes.

La relación médico-paciente es esencial para lograr un manejo médico integral y es importante que los médicos se preocupen por las emociones y sentimientos de los pacientes, comprendan sus dificultades y transmitan la información de una manera clara y concisa. En muchas ocasiones los problemas personales, por ejemplo, la disfunción familiar y problemas emocionales en los médicos pueden ser la causa de que estos no otorguen una atención de calidad a sus pacientes. Por esta razón es de vital importancia investigar las variables empatía y funcionamiento familiar, para reconocer la magnitud del problema y permitir hacer acciones futuras que nos lleven a mejorar la relación médico-paciente en la unidad de estudio.

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Introducción

La relación médico paciente es un encuentro en el que dos personas se comunican entre sí, uno como “la persona enferma” y el otro como “la persona capaz de prestar la ayuda” desde sus conocimientos técnicos y sus habilidades profesionales. Se trata de un modelo de relación humana que inició desde los orígenes de la humanidad, poniendo en manifiesto el instinto de auxilio que de alguna manera alberga nuestra especie. En esta relación intervienen otras entidades tales como la familia y el personal sanitario, los cuales también toman cierto protagonismo en la relación.¹

La enfermedad que sufre un individuo puede afectar drásticamente el funcionamiento de la unidad familiar, de la misma manera que el grupo familiar influye en la salud de los que la conforman.²

En la práctica clínica diaria, los pacientes y sus familias se relacionan con el médico tratante, médicos residentes, especialistas y estudiantes y demás personal médico, sin embargo, el paciente pasa a ser alguien que no sólo recibe atención, sino que también contribuye en el aprendizaje diario del médico en las diferentes áreas clínicas, desde su etapa de formación, por lo que la atención del paciente y su familia debe ser de calidad basada en los principios y valores del personal de salud.²

Podríamos definir la familia desde la perspectiva sistémica como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. El funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada.²

La familia se puede clasificar desde el punto de vista de su integración en integrada, semi-integrada o desintegrada; según sus hábitos, costumbres y comportamientos en tradicional, moderna; según los elementos que la constituyen puede ser nuclear o extensa y por último desde un enfoque psicosocial se puede clasificarse en funcional y disfuncional.³

Un sistema familiar, se divide en subsistemas para así poder desempeñar sus funciones, los subsistemas no son absolutos y entran en funcionamiento de acuerdo al momento familiar que se esté vivenciando, con sus roles, funciones y tareas específicas, siendo los principales el subsistema conyugal, el parental y el fraterno.³

El funcionamiento familiar ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (McCubbin y Thompson, 1987).

Se puede diferenciar a una familia funcional en los niveles de flexibilidad que desarrolla para adaptarse y responder a las dificultades cotidianas. Mientras que en los sistemas disfuncionales suelen bloquearse las opciones de conducta y carecen de alternativas resolutivas. El equilibrio u homeostasis de todo sistema está

íntimamente relacionado con el medio donde el sistema se instaura e interactúa, razón por la que se pueden encontrar familias disfuncionales, o con grandes desequilibrios dentro del contexto donde están inmersas, en muchas ocasiones también disfuncional.³

La palabra empatía proviene del término griego *ἑμπάθεια* (emocionado) y se refiere a la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir. También se describe como un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.⁴

El paciente acude con el médico, no por simpatía, sino porque necesita ayuda. No le importa saber si el médico es apuesto y tiene buen humor, lo que demanda es que se le devuelva la salud. Recordemos que el médico es un ancla, un puente entre paciente, enfermedad y familia.⁴

En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente. Es posible que con el paso del tiempo el nivel de empatía cambie y se deteriore. Intervenir en este proceso consistiría, más que en enseñar cosas nuevas, en enseñar a ser empático, en evitar la pérdida de esta capacidad. Las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a incrementarla.⁴

Las investigaciones sobre el tema indican que las organizaciones educativas y profesionales recomiendan que los atributos humanísticos, incluida la empatía, se establezcan y evalúen entre los residentes en adiestramiento clínico. Lo anterior no solamente para mejorar la relación médico-paciente sino también para aumentar la calidad de la atención a los pacientes. Incluso, existen pruebas de que la empatía se asocia con una mejor competencia clínica.⁵

1.1.2-La familia

La familia, unidad básica de la sociedad, base importante para el desarrollo humano, es definida como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia, existe

un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

Es la encargada de brindar los cuidados básicos de bienestar y salud a sus miembros. Pero para que la familia pueda lograr este propósito debe cumplir con sus funciones, lo cual la llevará a mantener un funcionamiento familiar saludable.⁶

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en su declaración acepta como miembro de la familia “a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica” lo que por hecho amplía su definición y conformación. Esto trae como consecuencia que la dinámica y el funcionamiento de las familias estén en constante cambio. Además, es considerada como piedra angular para los procesos en salud, es quien entrega parámetros en salud y puede tener la capacidad de influir positivamente sobre los comportamientos de sus integrantes de modo que crezcan como individuos saludables y puedan enfrentar los cambios que se presentan en los diferentes ciclos de la vida.⁷

1.1.3-Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar es la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio. La familia se considera funcional cuando es capaz de propiciar la solución a los problemas, de modo que estos no lleguen a afectar a la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Igualmente, una familia funcional es aquella capaz de realizar un tránsito armónico de una etapa a otra de su ciclo vital. Para ello debe mantener su organización, desarrollar los procesos familiares, realizar las actividades de la vida diaria y mantener un entorno seguro y protector.⁸

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad).⁸

Los procesos familiares conforman un conjunto de acciones o actividades organizadas, destinadas a favorecer el desarrollo de la familia y atender a las necesidades de sus miembros.

Duvall (1971,1985), se refiere a las tareas de desarrollo de la familia, considerando que son aquellas destinadas a mantener un hogar independiente y seguro; conseguir formas satisfactorias de obtener y gastar el dinero; establecer patrones aceptables en la división del trabajo doméstico; conseguir unas relaciones sexuales satisfactorias; mantener un sistema adecuado de comunicación intelectual y emocional; establecer relaciones constructivas con los parientes; interactuar con la comunidad; desarrollar competencias para tener y criar hijos; adoptar una filosofía adecuada frente a la vida.⁸

11.4-Funcionamiento familiar saludable

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes: la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social), la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.⁹

Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: función biosocial, función económica, función cultural, afectiva y función educativa.

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones arriba mencionadas tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se desenvuelve.¹⁰

Con algunas pequeñas variaciones en general se han planteado las siguientes etapas del ciclo vital familiar:

1. Formación o constitución.

2. Expansión o extensión (nacimiento de los hijos, distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente).
3. Contracción (los hijos constituyen su propia familia, etapa del nido vacío).
4. Disolución (muerte de uno de los cónyuges).¹⁰

1.1.5-Evaluación del sistema familiar

El desarrollo del instrumento de evaluación del sistema familiar tiene una historia de dos décadas. En 1978, Olson, Portner y Bell iniciaron el análisis del funcionamiento familiar con un conjunto de escalas construidas con un lenguaje comprensible para niños a partir de los doce años de edad. En esta primera versión, se evaluaba la cohesión y la adaptabilidad familiar percibida por cada miembro a través de 96 ítems. A partir de 1981 (Olson, Portner y Bell), iniciaron un trabajo de reducción del número de ítems de la escala y simplificación de las frases en algunos ítems. De este modo, se redujo el instrumento a 30 ítems. Con la selección de 20 ítems de la escala original, los autores han informado haber encontrado una correlación entre cohesión y adaptabilidad muy baja. Este instrumento también evalúa la percepción ideal que los miembros de la familia mantienen con respecto a los niveles de cohesión y adaptabilidad.⁹

1.1.6-Empatía

La empatía se considera una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina en el siglo XXI, y se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y experiencias. No consta solo de contenido emocional, sino que presenta 3 componentes básicos: cognitivo, comprensión y comunicación.¹¹

Empatía significa saber apreciar los sentimientos del otro. El término “empathy” fue introducido en 1909 por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener como traducción de la palabra alemana *einfühlung*. Southard fue el primero en incorporar la empatía en 1918 a la relación médico-paciente como un recurso para facilitar el diagnóstico y la terapéutica.⁴

La relación médico-paciente es una de las múltiples relaciones interpersonales en que interactúa el hombre; por ello, para que un médico pueda aplicar sus

conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer una adecuada relación médico-paciente. La empatía es una habilidad de suma importancia ya que facilita la comunicación del médico con el paciente mediante la comprensión emocional.¹²

Se ha demostrado que la presencia de empatía mejora la satisfacción y complacencia del paciente, incrementa la habilidad del médico en el diagnóstico y tratamiento e incluso, reduce significativamente el riesgo de demandas. Diversos autores han abordado el tema de la empatía y han demostrado que es una herramienta fundamental en la práctica diaria del médico.¹²

1.1.7-Medición de la empatía

Son pocos los instrumentos diseñados para medir la empatía. De ellos, unos se aplican en la población general, como el Índice de Reactividad Interpersonal, la Escala de Empatía de Hogan y la escala de Empatía Emocional. El grupo de la Universidad de Jefferson, del Centro de Investigación en Educación y Atención Médica (Center for Research in Medical Education and Health Care), con más de 30 años de experiencia, ha desarrollado una Escala de Empatía Médica (EEMJ). Como cualquier otra cualidad, la empatía varía entre individuos dependiendo de factores sociales, educacionales y experiencias personales. Asimismo, ya que la empatía es un factor de la habilidad interpersonal y un componente de la competencia clínica, es trascendental contar con un instrumento para medir operacionalmente la empatía en profesionales de la salud en el área médica.¹³

1.1.8 -Calidad de atención medica

Desde un punto de vista cercano a la gestión la calidad se puede definir como “el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas.”¹⁴

El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria. La percepción del paciente es, por tanto, una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la asistencia.¹⁴

Los usuarios y su satisfacción son ahora la piedra angular del servicio de sanidad. Partiendo de esta premisa, se impulsa una nueva cultura de gestión estableciéndose una serie de prioridades: la mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano, la continuidad en la asistencia por un mismo especialista o la libre elección de unos servicios sanitarios que pretenden ser más personalizados, confortables y de alta calidad humana y científicotécnica.¹⁵

Todos estos son elementos constitutivos de lo que llamaríamos un servicio de calidad total y global, cuyo fin primordial y concreto sería la satisfacción del usuario. La satisfacción también ha sido testigo de una evolución paralela.

Era un tema, normalmente, tratado desde la óptica de los proveedores sanitarios que, gracias a su experiencia y conocimientos, eran capaces de delimitar las necesidades de los pacientes. En la actualidad, hemos pasado a una nueva manera de entender la satisfacción del paciente, acudiendo directamente a ellos para determinar cuáles son realmente sus necesidades y sus expectativas.¹⁵

En las últimas décadas, se ha producido un creciente interés en los servicios sanitarios por la medición, evaluación y mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. En un principio, esta medición se centró en las estructuras, pero cada vez más el interés se centra en los resultados. Entre las diferentes medidas de resultado se encuentra la satisfacción del usuario. La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad, al considerarla el eje central del servicio. Este tipo de mediciones importante tanto para los profesionales sanitarios como para los gestores y contratadores de los servicios.¹⁶ Existen diferentes métodos que nos permiten aproximarnos al conocimiento del nivel de satisfacción del usuario con el sistema sanitario, como el análisis de quejas y sugerencias o la realización de estudios empleando metodología cualitativa. Sin embargo, en nuestro medio, los estudios de satisfacción con los servicios sanitarios se realizan, habitualmente, mediante técnicas de investigación cuantitativa: cuestionarios-, o encuestas de satisfacción.¹⁶

1.2 Antecedentes

En un estudio realizado por F.E García López y colaboradores en Guatemala en un periodo que abarco de Julio a agosto 2016, cuyo objetivo fue determinar los niveles de empatía médica en los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad, se analizó el nivel de empatía de los residentes por medio de la prueba de Jefferson. El estudio se realizó en 158 residentes pertenecientes al Instituto en estudio, obteniendo como resultado que el 51% de los residentes fueron del sexo masculino, con una edad promedio de 28 años con desviación estándar de $\pm 2, 6.3$ no se encontraban realizando su primera opción de especialidad médica, 48.10% repitieron algún año durante el pregrado, la mayor proporción de residentes se encontró en cirugía. Con relación a la empatía médica se observó que únicamente 17 médicos (10.7%) (IC95%: 12-31) presentaron un nivel alto de empatía. Se evidenció asociación entre este nivel de empatía y el sexo masculino.¹⁷

Como conclusión de este estudio se obtuvo que una minoría de los encuestados evidenció nivel alto de empatía; las especialidades en las que se encuentran los niveles de empatía más altos son: medicina física y Rehabilitación y pediatría. Los residentes del sexo masculino presentaron 2.73 veces más probabilidad de tener un nivel de empatía catalogado como alto según el Test de Jefferson en comparación a las residentes de sexo femenino.¹⁷

En un artículo realizado por Madera Anaya M. y colaboradores en Colombia, titulado “Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena”, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de empatía y su relación con los factores sociodemográficos, familiares y académicos de los estudiantes de Medicina. El diseño del estudio fue de corte transversal y se realizó en 256 estudiantes de Medicina de la Universidad en estudio, seleccionados aleatoriamente. Se aplicó la escala de Jefferson para conocer el nivel de empatía, así como también un cuestionario que indaga sobre características sociodemográficas, familiares y académicas. Para el análisis se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar el supuesto de normalidad, las pruebas T Student y Anova para establecer la relación entre variables ($p < 0,05$). Como resultado se

obtuvo que la media de empatía global fue $114,3 \pm 12,8$ puntos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la media de empatía global con el sexo ($p=0,0033$), funcionalidad familiar ($p=0,0017$), Medicina como primera opción de estudio ($p=0,03$), rendimiento académico ($p=0,0464$) y promedio académico acumulado ($p=0,003$; $r=0,19$).

Como conclusión se obtuvo que el nivel de empatía en estudiantes de Medicina puede variar dependiendo del sexo, funcionalidad familiar, primera opción de estudio, promedio y rendimiento académico. En este estudio los estudiantes contaban con una familia nuclear y disfunción familia.¹⁸

En el año 2018, en Perú se realizó un estudio titulado: “Evaluación de la empatía en estudiantes de medicina humana en una universidad pública de la sierra sur del Perú”, su objetivo general fue Evaluar el nivel de la empatía en estudiantes de medicina de la unidad en estudio, participaron 206 estudiantes, 53.4% eran varones y mujeres 46.6%.

Se consideró como variable dependiente el nivel de empatía medido con la Escala de Empatía Médica de Jefferson y como variables independientes se consideraron el año académico, el contacto permanente con el paciente y el sexo.

Como resultado se obtuvo que el promedio general de empatía fue de 87.77 por lo que solo el 31% de los estudiantes obtuvo un nivel adecuado de empatía, la mayor puntuación la obtuvieron los hombres estudiantes de 1er y tercer año. Como conclusión se obtuvo que los hombres de primer y tercer año tuvieron mayor empatía hacia el paciente en comparación a las mujeres, sin embargo, no se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos.¹⁹

Un estudio realizado en el año 2014 nombrado “La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina” habla sobre como la empatía es una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina, relacionándose con una mejor relación médico-paciente, mejor Competencia profesional y menor estrés profesional. Algunos estudios en el Ámbito anglosajón muestran una disminución de la empatía durante el aprendizaje de la medicina. El

estudio se realizó con la finalidad de medir el grado de empatía en estudiantes de medicina, comparándolo con una serie de variables sociodemográficas y su evolución durante los estudios de medicina. Se administró el cuestionario TECA para empatía, que mide 4 subescalas (comprensión empática, adopción de perspectivas, alegría empática y estrés empático), así como un cuestionario sociodemográfico. Participaron 191 estudiantes de primer a quinto grado de medicina de la Facultad de Lleida. Como resultado se observó una progresión de la empatía durante los cursos de medicina. Presentaron mayor empatía las estudiantes de género femenino y mayor estrés empático. Los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático. Presentan menor empatía los estudiantes que prefieren la serie House y los que tienen familiares médicos. Presentan mayor empatía los estudiantes que han realizado voluntariado, y los que han tenido un amigo enfermo. No se halla relación entre empatía y especialidad deseada.²⁰

En la revista *Frac.Med.Hum.* Publicada en el año 2017, se hace una reflexión sobre la relación médico paciente en la cual su objetivo fue la revisión de los conceptos fundamentales de la Bioética y reflexionar sobre la relación médico paciente en la práctica médica actual en el Perú. Se realizó una revisión de las publicaciones disponibles sobre el tema de estudio: Bioética y relación médico paciente y un análisis enfocado a la realidad de la práctica médica en el Perú, desde la perspectiva hospitalaria docente. Como resultado se obtuvo que el concepto de la relación médico paciente ha cambiado en los últimos 25 años más que en los últimos 25 siglos. Existen varios modelos de relación médico paciente: Modelo paternalista, Modelo dominante, Modelo de responsabilidad, Modelo mecanicista, Modelo personalista y Modelo de primacía de la autonomía, entre otros. En el Perú, el impresionante desarrollo de la ciencia y de la tecnología médica, la tendencia a la súper especialización y la transformación de los hospitales en centros de alta tecnología, a menudo teñidos de un sesgo empresarial, han modificado radicalmente la relación médico paciente y la relación entre la medicina y la sociedad. De todos los modelos descritos el de responsabilidad compartida parece el más indicado para desarrollar la relación médico paciente, relación fundamental

para el buen resultado del acto médico. Como conclusión para desarrollar una adecuada relación médico paciente, considerando todos los ángulos y modelos de esta relación es necesario considerar las normas éticas vigentes y vivir algunas virtudes que nos hacen buenas personas y por tanto excelentes médicos.²¹

En el estado de Veracruz se realizó una investigación titulada Funcionalidad familiar en los residentes de medicina familiar de la delegación Veracruz Norte, el cual habla sobre como el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar. Durante los estudios de especialidad el médico residente afronta niveles de estrés superiores a la población general afectándolo profesional y personalmente. En este estudio se pretendió demostrar de qué manera afecta a la funcionalidad familiar el estar realizando una especialidad médica. Se realizó una encuesta prospectiva descriptiva a todo el universo de Médicos Residentes del Curso de especialización en Medicina Familiar de la Delegación en estudio, durante el periodo de Marzo 2012 a Febrero 2013. Como resultado se obtuvo que en total se realizaron 179 encuestas, 62 eran médicos Residentes de primer grado, 57 de segundo grado, 60 de tercer grado. El 58.7% eran del sexo masculino y 41.3% del sexo femenino. 67.8% eran solteros, 25.7% casado, 1,1% divorciado y 5.6% vivían en unión libre. La universidad predominante en los participantes fue la Universidad Veracruzana con en 58.7%. En el antecedente de trabajos anteriores previos 43% como médico particular, seguido por ningún antecedente laboral con 30.7%, 12.3% como médico de SSA, 9.5% como médico de farmacia, 2.2% como médico IMSS. 95.5% de los participantes del estudio no presentaban enfermedades crónicas, el 24% de los participantes contaban con casa propia en contra del 76% que no. 22.3% contaban con otro tipo de ingreso diferente al obtenido como becarios al momento del estudio, en contra del 77.7% que no. Ya sea que tenga un Apgar/Faces alto o bajo, las mujeres no tuvieron problemas de adaptabilidad, cohesión o comunicación. Caso totalmente opuesto al sexo masculino. Los hombres se vieron más afectados por el Apgar familiar, presentaron menor adaptabilidad y menor comunicación.²²

En el año 2016 en una revista de otorrinolaringología y cirugía (Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello) se realizó un artículo de Ética titulado: “Relación médico paciente - Doctor-patient relationship” en el cual se llegó a las conclusiones de que la relación médico-paciente sigue siendo el pilar fundamental del ejercicio médico, no cambia el contexto clínico que tiene por objetivo ayudar y aliviar al paciente; para ayudar se requiere capacidad científica, así como también entrenamiento específico en habilidades de comunicación, técnica de entrevista clínica y apoyo emocional, más la capacidad de análisis de conflictos de valores y por último que entre el paternalismo tradicional y la autonomía actual del paciente llevada a un extremo, hay un amplio abanico para la relación clínica.²³

Poner en práctica la relación médico-paciente implica no sólo conocer la clínica, sino que también saber gestionar los nuevos valores que implica.²³

Se realizó un estudio en Mérida Yucatán en el año 2016, titulado “Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina”, el objetivo de este estudio fue analizar el nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. Participaron 180 estudiantes, a los cuales se les aplicó la escala de Jefferson, como variables dependientes se utilizó el puntaje de la escala de empatía médica de Jefferson y nivel de empatía médica, como variables independientes se utilizó el grado escolar, edad, sexo, lugar de procedencia, escuela de procedencia, religión y especialidad que aspira a estudiar. Como resultado se obtuvo que el puntaje promedio de empatía fue de 113 puntos, equivalente a un nivel sobresaliente. Se observó una relación significativa entre grado escolar y el nivel de empatía, así esta última y la edad de los participantes. Las mujeres obtuvieron mayor nivel de empatía que los hombres.²⁴

En el año 2015 José Márquez y William Saad realizaron una investigación titulada “La relación Médico-paciente bajo la influencia de la referencia bioética de la autonomía”, en este estudio se analizó la influencia de la referencia bioética de la autonomía en la relación médico-paciente, el efecto del internet en esa autonomía y la importancia de la relación frente a los avances tecnológicos. Como resultado se obtuvo que el 10% consideró el surgimiento de la referencia de la autonomía como

factor más importante en los cambios de la relación; el 96% la introducción de la autonomía como importante o muy importante, que torna la relación más compleja (84%) y que fue un gran avance para el paciente (77%). El 56% afirmó que el paciente lleva informaciones de internet a la consulta; el 85.5% consideró que esta actitud aumenta la autonomía del paciente y el 32.2% que interfiere con la autonomía del médico. Se llegó a la conclusión de que la referencia bioética de la autonomía fue un gran avance para el paciente e incrementó la complejidad en el vínculo; internet aumenta la autonomía del paciente, puede mejorar la relación y aumentar su participación en la toma de decisiones.²⁵

En el 2016 Franco M. y colaboradores hacen una revisión de la literatura sobre la relación médico paciente, donde se consultaron 7 referencias bibliográficas que nos brindan la información sobre los diferentes modelos que intentaron sentar pautas acerca de la misma como resultado de un enfoque más humano que respondió al enfoque biopsicosocial introducido a la práctica médica a principios del siglo XX, se muestra la necesidad de una comprensión más amplia y compleja, teniendo en cuenta las características de los integrantes, las circunstancias y el contexto en que esta relación alcanza su concreción. Por otra parte, se significa la repercusión que los cambios socioeconómicos y tecnológicos han tenido en esta relación.²⁶

Un estudio realizado por la Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, titulado “Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado” en el que su objetivo fue identificar la relación entre el funcionamiento familiar y la empatía, para evaluar la necesidad de incluir la educación de las habilidades emocionales y sociales en los currículos de los egresados. Se estudiaron a 235 médicos residentes de 35 cursos de especialidad del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE. Se analizó su funcionalidad familiar y empatía con la Escala del funcionamiento familiar de Atri y la Escala de empatía de Lozano. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la asociación entre el grado de funcionalidad familiar y la empatía. Como resultado se obtuvo que la correlación entre el funcionamiento familiar y la empatía fue de 0.456. Se concluyó que en este estudio

existió una alta relación entre el funcionamiento familiar y la empatía. El género, el tipo de residencia y el grado académico no ocasionaron diferencias significativas en el funcionamiento familiar y la empatía.²⁷

1.3-Justificación

El médico debe comprometerse con el paciente, siendo empático y brindando sus conocimientos y apoyo, sin embargo, en muchas ocasiones el médico no cumple de manera activa con los objetivos de una atención de calidad y esto se puede encontrar relacionado con un mal funcionamiento familiar.

Con el paso de los años el médico ha ido perdiendo esa relación estrecha con el paciente y su pobre empatía afecta los sentimientos y emociones de los pacientes y de su familia, generando una pobre comunicación y en conjunto una deficiente calidad de atención.

La importancia de identificar esta problemática en esta unidad médica nos permitirá conocer la magnitud del problema, para de esta manera poder hacer acciones futuras que nos lleven un cambio positivo.

Es posible realizar esta investigación debido a que se cuenta con los recursos tanto materiales como humanos y con la autorización para llevarlo a cabo.

1.4-Planteamiento del problema

El tema a investigar pretende relacionar el funcionamiento familiar y la empatía en el personal de salud adscrito a la UMF 28.

Sabemos que diversos estudios han relacionado la empatía del médico con diferentes factores intrínsecos tales como factores de tipo personal, trastornos emocionales, así como también factores relacionados con la autoestima, pero pocos son los estudios que la relacionan con factores extrínsecos tales como la familia y su funcionamiento.

Por lo tanto, investigar su relación, así como sus características es importante y beneficioso, ya que la pobre empatía se relaciona con pérdida de la relación médico paciente, así como falta de comunicación entre los mismos. A su vez es un tema de

mucha importancia médica al que se le ha prestado poca atención, y es razonable pensar que la presencia de algún tipo de disfunción familiar va a afectar de uno u otra manera el grado la empatía del médico, lo cual repercute directamente sobre los sentimientos y emociones del paciente y de su familia.

Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

1.4.1-Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No.28, Mexicali BC?

1.5- Objetivos

1.5.1- Objetivo General.

Evaluar la relación entre Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC

1.5.2-Objetivos específicos.

- Medir el funcionamiento familiar en el personal médico, mediante la aplicación de la escala Faces III
- Medir la empatía en el personal médico mediante la aplicación de la escala de empatía de Jefferson.

1.6-Hipótesis.

1.6.1-Hipótesis alterna:

El funcionamiento familiar se relaciona con la empatía del personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC.

1.6.2-Hipótesis nula:

El funcionamiento familiar no se relaciona con la empatía del personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC

1.7- Materiales y métodos

1.7.1-Diseño de investigación:

Estudio Observacional, analítico, transversal.

1.7.2-Población de estudio: 57 Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 ambos turnos y 53 médicos residentes de medicina familiar de los tres grados, adscritos a la unidad de estudio.

1, 7,3-Lugar de estudio:

Unidad de medicina familiar No. 28 IMSS, Mexicali B.C.

1.7.4- Periodo de estudio:

Agosto 2021- octubre 2021

1.7.5-Muestreo y determinación del tamaño de muestra:

El tipo de muestreo empleado en esta investigación es un muestreo aleatorio simple con una confianza del 95%, el cual se basa en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 p (1 - p)}{N \delta^2 + Z_{\alpha/2}^2 p (1 - p)}$$

Donde:

n : es el tamaño de la muestra

Z : es el nivel de confianza, al 95% = 1.96

$p (1-p)$: es el estimador de varianza, donde $p = 0.5$

N : es el tamaño de la población= 110

δ : es la precisión = 5%

$$n = \frac{(1.96)^2 (.5) (.5) (105)}{(105) (.05)^2 + (1.96)^2 (.5) (.5)} = 85$$

Lo que resultó en una muestra de 85 médicos.

43 médicos de la muestra corresponderán a residentes y el resto a médicos familiares adscritos a la unidad de estudio, elegidos de forma aleatoria.

1.8-Criterios de Selección

1.8.1-Criterios de inclusión

- Ser personal médico con cedula profesional de médico familiar
- Ser personal médico residente en medicina familiar
- Acepte participar previa firma de consentimiento informado
- Estar adscrito a la UMF No. 28 IMSS Mexicali BC

1.8.1-Criterios de exclusión

- Médicos que no cuenten con una convivencia familiar física. (vivan solos)
- Médicos en periodo de duelo por muerte de algún familiar
- Médicos residentes que se encuentren en rotación de campo al momento de la recolección de información.

1.8.2-Criterios de eliminación

- Entregar encuestas incompletas

1.9- Procedimiento

Con previa autorización del comité local de ética e investigación y con fecha asignada en el cronograma de actividades, se procederá a solicitar la autorización mediante un consentimiento informado, a todos aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y acepten participar, esto con previa explicación del proyecto de investigación.

Se procederá a la recolección de datos mediante la aplicación de las herramientas de estudio. Los médicos responderán las escalas de Jefferson para empatía y la de FACES III para funcionamiento familiar (impresas en papel), las cuales se aplicarán en un consultorio médico el cual se encontrará vacío, deberán responderlas sin ayuda del investigador, ya que son autoaplicadas, se les informará que los

resultados solo serán manejados por el investigador principal y que sus datos personales no serán expuestos ni se identificarán en ningún documento.

1.9.1-Instrumentos para realizar la medición

Se utilizará el cuestionario Faces III para funcionalidad familiar, creado a partir del modelo circunflejo de Olson y validado para su aplicación en español en 1985, cuenta con más de 25 años de experiencia en investigación y se ha utilizado en más de 700 publicaciones.

La escala de Faces III cuenta con 20 ítems, los cuales se dividen en nones y pares, los primeros miden la variable de cohesión y los segundos la variable de adaptabilidad. Las respuestas posibles son nunca, a veces, casi siempre, siempre, a las cuales se les aplica un valor del 1 al 5 respectivamente, los resultados se suman por separado en nones y pares y según la amplitud de clase en la que se encuentre la suma, la familia se puede clasificar como desprendida, separada, conectada y enredada para la variable de cohesión, y caótica, flexible, estructurada y rígida para la variable de adaptabilidad. A su vez las familias se subclasifican según el rango medio o extremo en el cual hayan ubicado, correspondiendo la clasificación de familia funcional al rango medio y disfuncional al rango extremo.

Se realizará la aplicación de la escala de Jefferson para empatía en su versión en español el instrumento contiene 20 reactivos tipo Likert en una escala de siete puntos (1=fuertemente en desacuerdo, 7= fuertemente de acuerdo). (Tanto Faces III como Jefferson se muestran en la sección de anexos).

Todo esto se llevará a cabo previa autorización y firma de los médicos participantes, después de haberles informado a través de la carta de consentimiento acerca del objetivo del proyecto, haciéndoles saber de manera explícita que la información será manejada bajo estricta confidencialidad apegándose a las normas éticas correspondientes.

A su vez se procederá a pedir autorización a las autoridades académicas correspondientes mediante oficio foliado, expedido para tal efecto.

2.1- Conceptualización y operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Valor
Funcionamiento familiar	Dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión y adaptabilidad.	Es la medición que se realiza a través de la escala Faces III.	Cualitativa, ordinal	Cohesión 1-Desprendida:10-13 2-Separada:35-40 3-Conectada:41-45 4-Enredada:46-50 Adaptabilidad 1-Rígida:10-19 2-Estructurada:20-24 3-Flexible: 25-28 4-Caótica:29-50
Empatía	Capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y experiencias.	Es la medición que se realiza con el cuestionario de Jefferson	Cualitativa, ordinal	Expresada como: 114-140: Alto 88-113: Sobresaliente 62-87: Intermedio 36-61: Bajo 20-35: Deficiente
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Dato de la edad en años anotado en su tarjeta de afiliación	Cuantitativa, discreta	Expresado en años, de acuerdo a la fecha de nacimiento obtenida en su tarjeta de afiliación.
Sexo	Condición anatómica que diferencia al hombre de la mujer.	Dato obtenido de tarjeta de citas.	Cualitativa, nominal	Se expresa en: 1- Masculino 2- Femenino

2.2 Análisis Estadístico

Los datos que se generen de la aplicación de los instrumentos Faces III y Jefferson, se capturarán en la hoja electrónica de Excel. Se describirán las variables cuantitativas con media y desviación estándar, mientras que aquellas variables de naturaleza cualitativa se describirán haciendo uso de tablas de frecuencia. Los resultados serán descritos haciendo uso de gráficas de barra y de pastel. La relación entre las variables funcionamiento familiar y empatía se evaluará utilizando el estadístico Chi-cuadrada en una tabla de doble entrada, bajo la hipótesis nula de independencia entre los resultados de las dos variables. Si la hipótesis nula es rechazada, la asociación se estimará con el coeficiente de contingencia y con el coeficiente de correlación de Spearman. El criterio para el rechazo de la hipótesis nula se establece a un valor de $p < 0.05$. El análisis se realizará con el apoyo del programa estadístico SPSS ver 25.

2.2.1-Aspectos Éticos

El presente estudio de investigación se realizará bajo las normas establecidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos así como en lo estipulado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud sobre población subordinada plasmado el capítulo V, artículos 57 el cual señala que se entiende por grupos subordinados a los estudiantes y trabajadores de hospitales, entre otros, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad y el artículo 58 el cual menciona que cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión.

Este estudio el cual no genera ningún riesgo para la salud, será enviado a evaluación al Comité Local de Investigación vigente, para ser revisado y analizado esperando cumpla con las normas antes mencionadas y autorización de las autoridades de la unidad.

Se le entregará a cada paciente una carta de consentimiento informado el cual se procederá a leer donde se explicará la finalidad de dicha encuesta y donde se especificará que sus resultados serán absolutamente confidenciales.

Se pedirá al paciente si está de acuerdo voluntariamente, en participar que firme dicho documento.

2.3 Recursos

2.3.1 Recursos humanos.

Investigador principal: R3MF Daniela Altamirano Álvarez

Investigador responsable: Dra. Johanna Vanessa Caro

Asesor Metodológico: Dr. Alberto Barreras Serrano

2.3.2 Recursos materiales.

Ficha de identificación.

Encuesta de empatía de Jefferson y funcionamiento familiar FACES III.

Hojas blancas.

Lápiz.

Computadora.

2.3.3 Recursos financieros.

Serán proporcionados por el investigador principal.

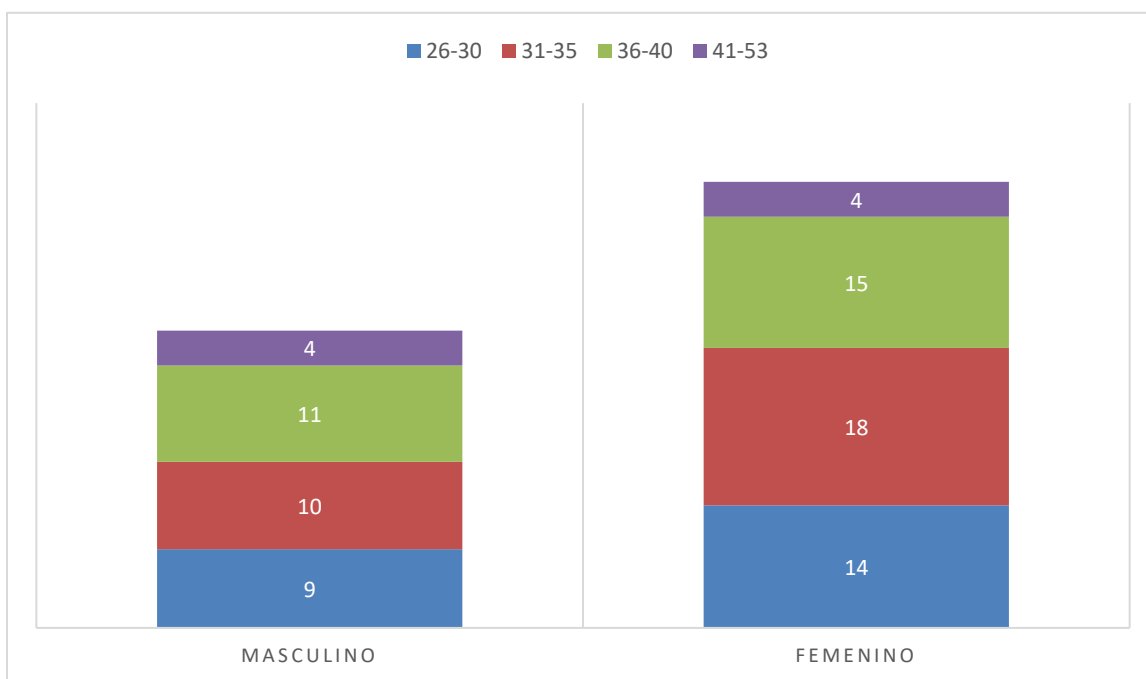
2.4 Factibilidad

Es factible realizarse este protocolo de investigación en base a que solo se requiere material de bajo costo (copias de encuestas y de consentimientos informados).

Las personas a estudiar son personal médico adscrito a la UMF 28 IMSS de Mexicali, B.C y ya fue otorgado el permiso por los directivos de dicha institución para llevar a cabo este estudio; por lo que esto no traerá consigo ningún inconveniente.

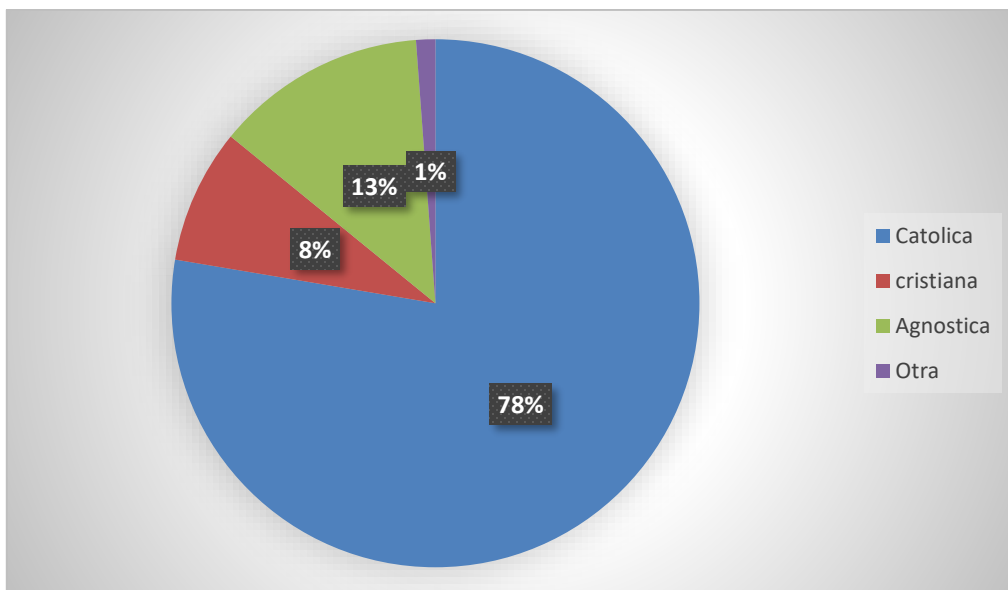
2.5 Resultados

La investigación contó con la participación de 85 médicos que corresponde a 42 médicos familiares y 43 médicos residentes de los tres grados, adscritos a la unidad de medicina familiar numero 28 Mexicali B.C. La media para edad fue de 34.25 ± 5.49 años, con un mínimo de 26 años y máximo de 53 años de edad, siendo en su mayoría mujeres las cuales representan el 60% y hombres en un 40%, lo que se ve representado en la gráfica 1.



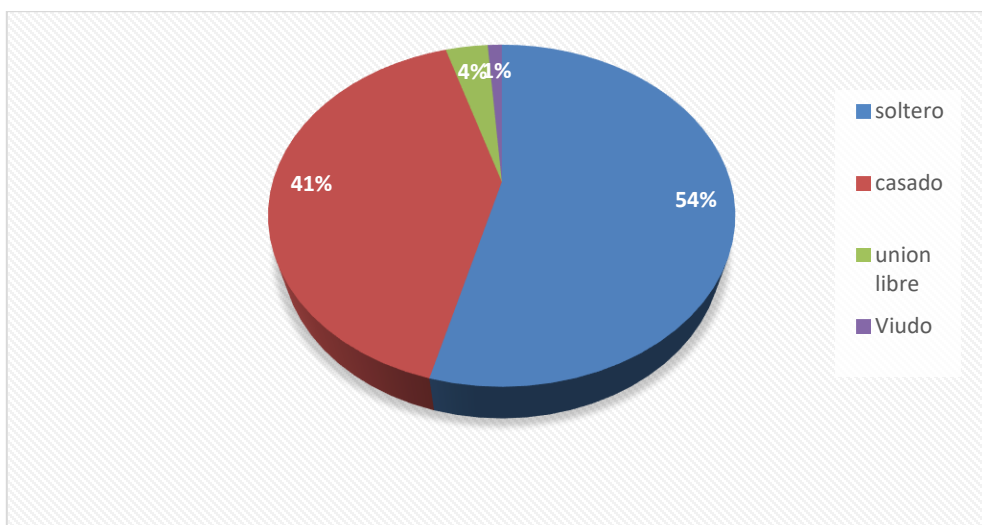
Grafica 1. Distribución de grupos de edad por género.

En lo que respecta a la religión el catolicismo predominó con un 77.6% que corresponde a 66 médicos, seguido del agnosticismo con un 13%, en tercer lugar, el cristianismo con un 8.2% que corresponde a 7 médicos y por último el 1% refirió profesar otra religión distinta a las mencionadas, esto se puede ver reflejado en la gráfica 2.



Grafica 2. Religión profesada en porcentajes.

En lo que concierne a estado civil 46 (54.1%) de los médicos se encontraban solteros al momento de la recolección de datos y 1 (1.2%) se encontraba viudo, lo que se ve reflejado en la gráfica 3. 74 de los médicos contaban con una familia de origen de tipo nuclear que corresponde al 87.1% y 3 de los participantes que corresponde al 3.5% contaba con una familia extensa. En la tabla 1 se muestran las frecuencias de las variables sociodemográficas en estudio.



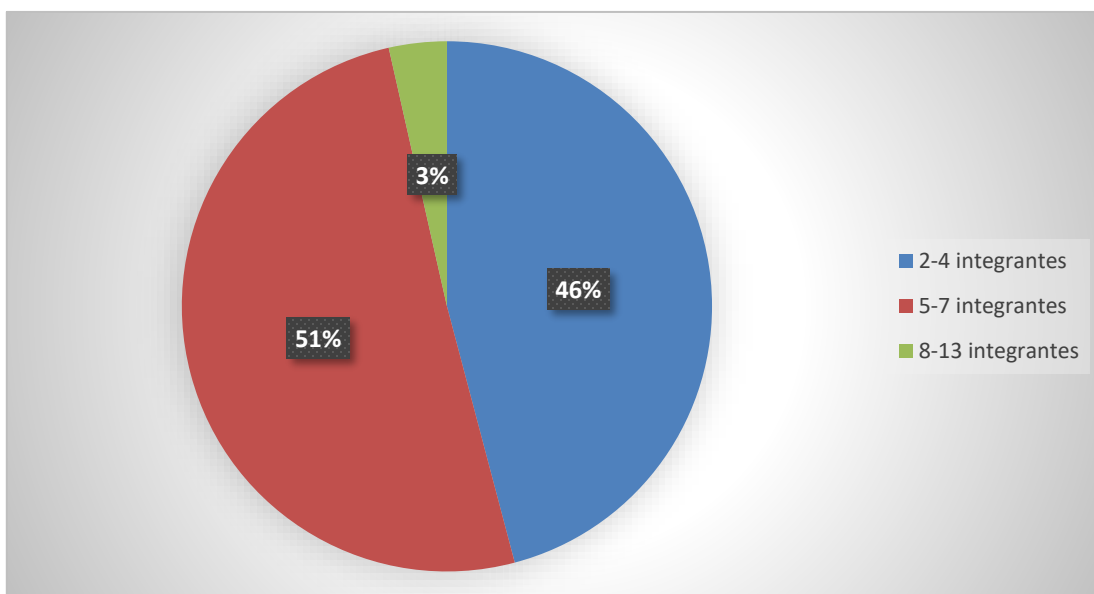
Grafica 3. Estado civil en porcentajes.

Tabla 1. Frecuencias para variables sociodemográficas en estudio

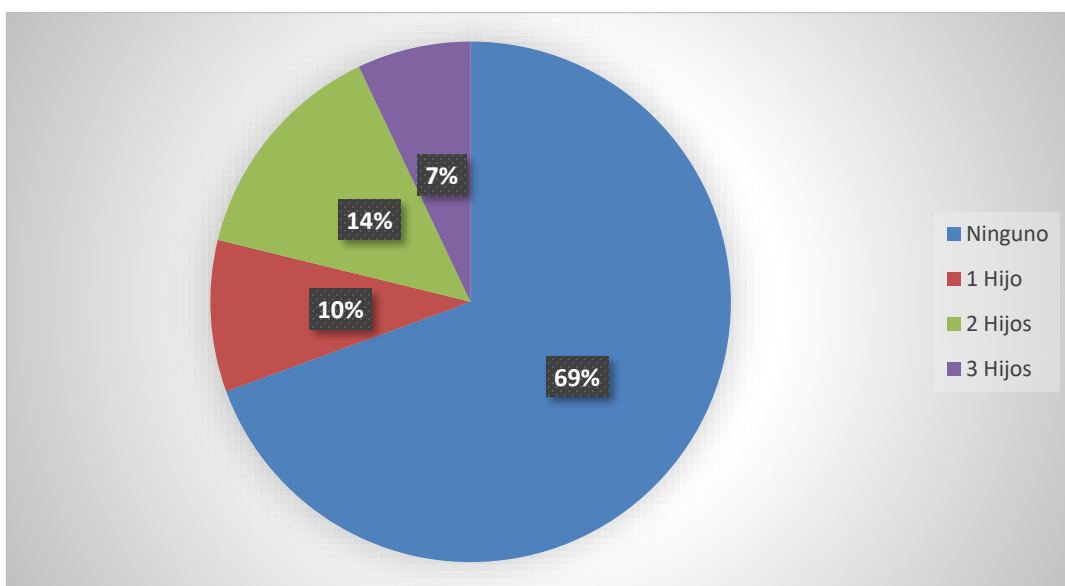
	n (%)
Edad promedio (Rango de edad)	34.25 ± 5.49 (26-53)
Sexo	
Masculino	34(40)
Femenino	51(60)
Religión	
Católico	66 (77.6)
Cristiano	7(8.2)
Agnóstico	11(12.9)
Otro	1(1.2)
Estado civil	
Soltero	46(54.1)
Casado	35(41.2)
Unión libre	3(3.5)
Viudo	1(1.2)
Categoría medica	
Medico familia	42(49.2)
R2MF	16(18.8)
R1MF	14(16.5)
R3MF	13(15.3)
Tipo de familia	
Nuclear	74(87.1)
Monoparental	7(8.2)
Extensa	3(3.5)
Otra	1(1.2)

En relación a los integrantes de la familia 39 (46%) médicos contaban con familias de 2 a 4 integrantes, 43(51%) de 5 a 7 integrantes y 3(3%) con 8 a 13 integrantes. Grafica 4.

El 69.4% de los médicos encuestados no contaba con hijos que representa a la mayoría de los mismo y 7.1% contaba con 3 hijos, representando a la minoría. Grafica 5.



Grafica 4. Integrantes de la familia en porcentajes.



Grafica 5. Número de hijos en porcentajes.

Resultados de los instrumentos de medición para funcionamiento familiar y empatía

Posterior a la aplicación del cuestionario sociodemográfico se realizó la aplicación de la escala de faces III la cual evalúa las variables cohesión y adaptabilidad en las familias de los médicos en estudio. Lo que respecta a la variable cohesión 37 médicos obtuvieron una cohesión relacionada que corresponde al 43.5% y 5 médicos una cohesión no relacionada que corresponde al 5.9%. Con respecto a la variable adaptabilidad 35 de los médicos presentaron una adaptabilidad caótica que corresponde al 41.2% y 8 una adaptabilidad rígida que corresponde al 9.4%. Tabla 2.

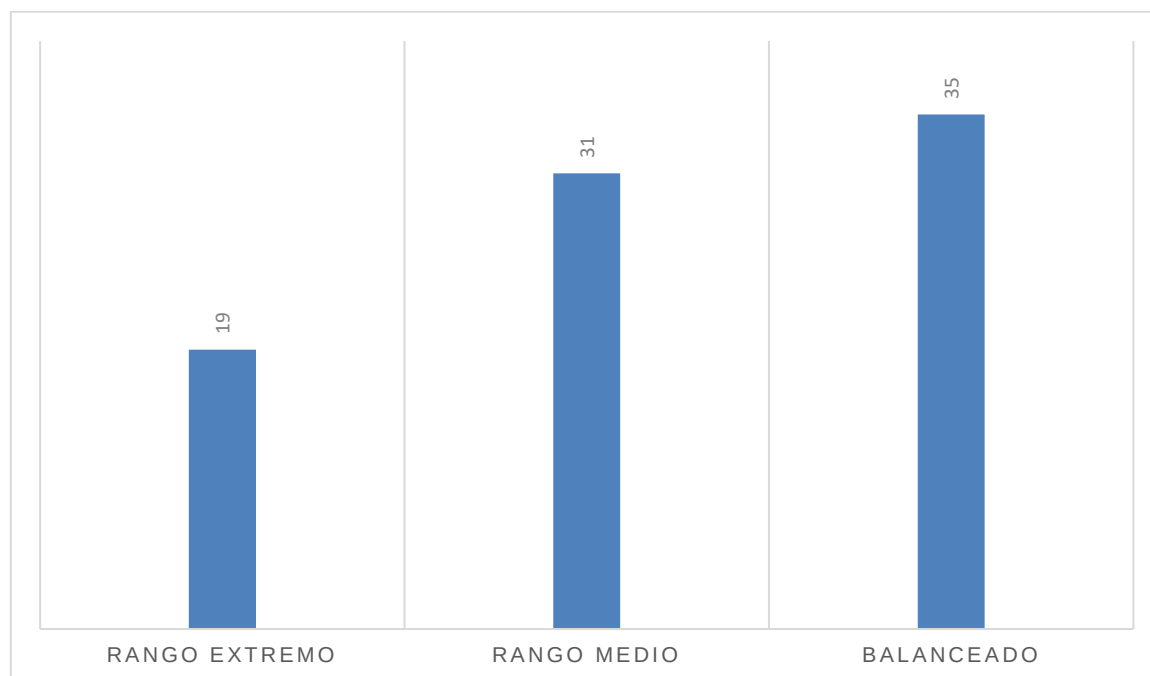
Tabla 2. Frecuencias para variables cohesión y adaptabilidad.

	n (%)
Cohesión	
No relacionada	5(5.9)
Semirelacionada	22(25.9)
Relacionada	37(43.5)
Aglutinada	21(24.7)
Adaptabilidad	
Rígida	8(9.4)
Estructurada	18(21.2)
Flexible	24(28.2)
Caótica	35(41.2)

En relación con las variables del Faces III 15 médicos presentaron una familia relacionada-caótica que en relación a la caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y adaptabilidad se encuentra en rango medio. Grafica 4. Un médico presento una familia aglutinada-rígida y estructurada- No relacionada respectivamente que en relación a la caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y adaptabilidad se encuentran en rango extremo. En general 35 médicos presentaron una familia balanceada que corresponde al 41%. Tablas 3,4.

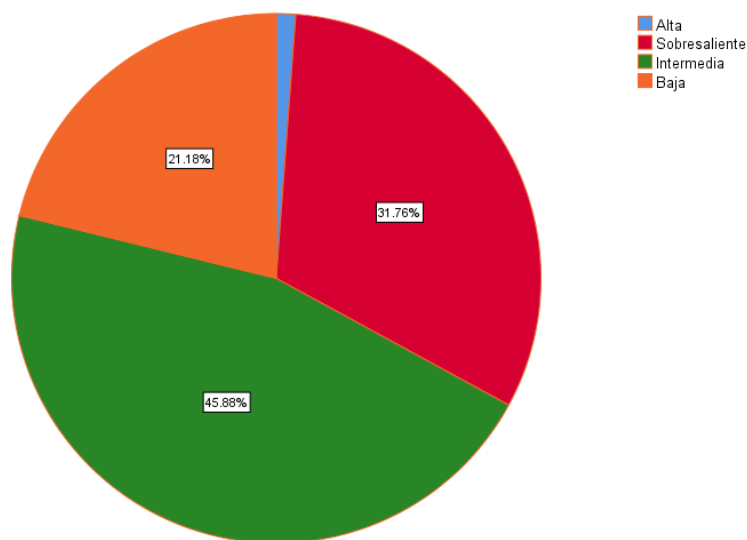
Tabla 3. Tabla cruzada de variables cohesión y adaptabilidad.

			Adaptabilidad			
			Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Cohesión	No relacionada	Recuento	3	1	0	1
		% Dentro de Cohesión	60.0%	20.0%	0.0%	20.0%
	Semirelacionada	Recuento	2	6	9	5
		% Dentro de Cohesión	9.1%	27.3%	40.9%	22.7%
	Relacionada	Recuento	2	7	13	15
		% Dentro de Cohesión	5.4%	18.9%	35.1%	40.5%
	Aglutinada	Recuento	1	4	2	14
		% Dentro de Cohesión	4.8%	19.0%	9.5%	66.7%



Grafica 4. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y adaptabilidad.

En lo que respecta a la escala de Jefferson, se evaluó el nivel de empatía de los médicos, encontrando que 39 (45.88%) participantes presentaron una empatía intermedia, 27(31.76%) médicos presentaron empatía sobresaliente, 18 (21.18%) tuvieron empatía baja y que solo 1(1%) de los participantes presento empatía alta.



Grafica 5. Nivel de empatía en población estudiada.

El género Femenino presento una mayor empatía hacia el paciente presentando un 20% de ellas una empatía sobresaliente en comparación con el género masculino el cual presento una empatía sobresaliente en un 11%.

En lo que respecta a la edad los médicos de entre 26 y 35 años presentaron una mayor empatía, obteniendo el 20% una empatía sobresaliente.

Catorce (16.5%) de los médicos que presentaron cohesión relacionada contaban con un nivel de empatía intermedio, 14 (16.5 %) más contaban con empatía intermedia. Un médico contaba con cohesión no relacionada y empatía baja. Tabla 5.

Tabla 5. Tabla cruzada Cohesión-Empatía del médico hacia el paciente

		Empatía del médico hacia el paciente					
		Alta	Sobresaliente	Intermedia	Baja	Total	
Cohesión	No relacionada	Recuento	0	1	3	1	5
		Recuento esperado	.1	1.6	2.3	1.1	5.0
		% dentro de Cohesión	0.0%	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
		% dentro de Empatía del médico hacia el paciente	0.0%	3.7%	7.7%	5.6%	5.9%
		% del total	0.0%	1.2%	3.5%	1.2%	5.9%
	Semirelacionada	Recuento	1	5	11	5	22
		Recuento esperado	.3	7.0	10.1	4.7	22.0
		% dentro de Cohesión	4.5%	22.7%	50.0%	22.7%	100.0%
		% dentro de Empatía del médico hacia el paciente	100.0%	18.5%	28.2%	27.8%	25.9%
		% del total	1.2%	5.9%	12.9%	5.9%	25.9%
	Relacionada	Recuento	0	14	14	9	37
		Recuento esperado	.4	11.8	17.0	7.8	37.0
		% dentro de Cohesión	0.0%	37.8%	37.8%	24.3%	100.0%
		% dentro de Empatía del médico hacia el paciente	0.0%	51.9%	35.9%	50.0%	43.5%
		% del total	0.0%	16.5%	16.5%	10.6%	43.5%
	Aglutinada	Recuento	0	7	11	3	21
		Recuento esperado	.2	6.7	9.6	4.4	21.0
		% dentro de Cohesión	0.0%	33.3%	52.4%	14.3%	100.0%
		% dentro de Empatía del médico hacia el paciente	0.0%	25.9%	28.2%	16.7%	24.7%
		% del total	0.0%	8.2%	12.9%	3.5%	24.7%
Total	Recuento	1	27	39	18	85	
	Recuento esperado	1.0	27.0	39.0	18.0	85.0	
	% dentro de Cohesión	1.2%	31.8%	45.9%	21.2%	100.0%	
	% del total	1.2%	31.8%	45.9%	21.2%	100.0%	

Según la tabla número 6, se puede apreciar la relación entre la variable cohesión y empatía en la que la significación asintótica (bilateral) es de 0.762 que es mayor de 0.05 por lo que no se rechaza la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis H_a .

Tabla 6. Pruebas de chi-cuadrado, variables cohesión y empatía.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5.779 ^a	9	.762	.768		
Razón de verosimilitud	5.746	9	.765	.814		
Prueba exacta de Fisher	6.652			.786		
Asociación lineal por lineal	.336 ^b	1	.562	.614	.311	.057
N de casos válidos	85					

De los médicos en estudio 15 presentaron una adaptabilidad caótica y una empatía baja que corresponde a 17.6% y solo un médico presento una adaptabilidad rígida con empatía alta que corresponde al 1.2%. Tabla 7.

Tabla 7. Tabla cruzada Adaptabilidad-Empatía del médico hacia el paciente

		Empatía del médico hacia el paciente					
		Alta	Sobresaliente	Intermedia	Baja	Total	
Adaptabilidad	Rígida	Recuento	1	3	4	0	8
		Recuento esperado	.1	2.5	3.7	1.7	8.0
		% dentro de Adaptabilidad	12.5%	37.5%	50.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Empatía del medico hacia el paciente	100.0%	11.1%	10.3%	0.0%	9.4%
		% del total	1.2%	3.5%	4.7%	0.0%	9.4%
	Estructurada	Recuento	0	5	13	0	18
		Recuento esperado	.2	5.7	8.3	3.8	18.0
		% dentro de Adaptabilidad	0.0%	27.8%	72.2%	0.0%	100.0%
		% dentro de Empatía del medico hacia el paciente	0.0%	18.5%	33.3%	0.0%	21.2%
		% del total	0.0%	5.9%	15.3%	0.0%	21.2%
	Flexible	Recuento	0	11	10	3	24
		Recuento esperado	.3	7.6	11.0	5.1	24.0
		% dentro de Adaptabilidad	0.0%	45.8%	41.7%	12.5%	100.0%
		% dentro de Empatía del medico hacia el paciente	0.0%	40.7%	25.6%	16.7%	28.2%
		% del total	0.0%	12.9%	11.8%	3.5%	28.2%
	Caótica	Recuento	0	8	12	15	35
		Recuento esperado	.4	11.1	16.1	7.4	35.0
		% dentro de Adaptabilidad	0.0%	22.9%	34.3%	42.9%	100.0%
		% dentro de Empatía del medico hacia el paciente	0.0%	29.6%	30.8%	83.3%	41.2%
		% del total	0.0%	9.4%	14.1%	17.6%	41.2%
Total		Recuento	1	27	39	18	85
		Recuento esperado	1.0	27.0	39.0	18.0	85.0
		% dentro de Adaptabilidad	1.2%	31.8%	45.9%	21.2%	100.0%
		% del total	1.2%	31.8%	45.9%	21.2%	100.0%

Según la table 8, se puede apreciar la relación entre la variable adaptabilidad y empatía en la que la significación asintótica (bilateral) es de 0.000 que es menor de 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis Ha.

Tabla 8. Pruebas de chi-cuadrado, variables adaptabilidad y empatía.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	30.166 ^a	9	.000	.000		
Razón de verosimilitud	28.731	9	.001	.000		
Prueba exacta de Fisher	24.360			.001		
Asociación lineal por lineal	10.173 ^b	1	.001	.001	.001	.000
N de casos válidos	85					

2.6 Discusión

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la relación entre funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC. Hasta donde se tiene conocimiento, no existen muchos estudios en población mexicana, en los que se relacionen estas dos variables en médicos y médicos residentes de medicina familiar, a su vez no se cuenta con estudios en los que se relacionen las dos escalas utilizadas en la presente investigación.

Los resultados que se discuten a continuación son en base a la respuesta de las encuestas aplicadas, así como al cuestionario sociodemográfico. Al comparar esta investigación con la realizada por Galindo R, Guillermo F y Saiz M. donde su población formada por médicos residentes de medicina familiar de los tres grados, presentó en su mayoría una cohesión conectada o relacionada con un 36 % y una adaptabilidad caótica con un 59%, se pudo observar una asociación positiva entre ambos estudios ya que en el presente estudio se obtuvo en su mayoría una cohesión relacionada en 37% de la población y una adaptabilidad caótica de 35%. En lo que respecta a la caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y adaptabilidad en el estudio realizado por Galindo R, Guillermo F y Saiz M. se encontró en su mayoría un rango medio que en comparación con el estudio en cuestión este contó en su mayoría con un rango balanceado.³¹

En este estudio se intenta comprobar que la formación recibida en la familia de origen repercutirá en el tipo de aspectos que los individuos valoran y en las capacidades que las personas desarrollan, como la empatía. La Escala de Empatía Médica de Jefferson es la mejor para ser aplicada en profesionales de la salud, ya que se basa en la relación médico-paciente. La misma ha sido traducida a más de 30 idiomas y se ha utilizado en más de 50 países. En el estudio realizado por Mayo G. y colaboradores en la cual se evaluó la empatía de los residentes con la escala de Jefferson existió un nivel de empatía intermedio en el 50% de los médicos al igual que en la presente investigación y además se observó que la minoría de los participantes presentaron un nivel de empatía bajo. Otra similitud con la presente investigación fue que en su mayoría la población fue del género femenino.³²

En un estudio realizado por Mayo G, Ponce D y Quijano E. en la que se evaluó la empatía y los factores relacionados en médicos residente se observó que, en comparación con esta investigación, los residentes presentaron una media en empatía de 112 puntos en la escala de Jefferson colocándolos en una empatía alta y en esta investigación la mayoría de los pacientes presento una empatía intermedia con un 45.9%. En la cuestión sociodemográfica se encontraron algunas similitudes ya que en el estudio de Mayo G y Quijano E. en su mayoría los médicos eran solteros (84%) y no contaban con hijos (91%), al igual que en la presente investigación en la que 46% son solteros y 69.4% no cuentan con hijos.

Aunque en el presente estudio no se evaluó la satisfacción en la relación médico paciente, se realiza una comparación con el estudio realizado por Márquez A. y colaboradores en el que se estudió la empatía y satisfacción de la relación médico paciente, en este se encontró una media de empatía de 85 puntos en la escala de Jefferson, que corresponde a un nivel intermedio, además en su mayoría los participantes contaban con una familia de tipo nuclear, datos similares a los obtenidos en el presente estudio.

El único estudio encontrado en el cual se relaciona el funcionamiento familiar y la empatía realizado por Sandoval L, Reducindo R e Islas A. se encontró una alta correlación entre el funcionamiento familiar y la empatía de $r = 0.456$; en nuestro estudio se encontró una significación asintótica (bilateral) entre las variables empatía y adaptabilidad de 0.000 que es menor de 0.05 por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis Ha. Pero en lo que respecta a la variable cohesión se encontró una significación asintótica (bilateral) es de 0.762 que es mayor de 0.05 por lo que no se rechazó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis Ha. ²⁷

La adaptabilidad es la capacidad de la familia para cambiar su estructura con el objetivo de superar sus dificultades. En la presente investigación pudimos observar que existe una relación entre la adaptabilidad y la empatía del médico hacia el paciente, a su vez que la mayoría de los estudiados contaban con familias de tipo nuclear, por lo que podría existir una relación entre estas variables, ya que el tener una familia integrada por ambas figuras paternas podría influir en el desarrollo de la

personalidad del individuo, así como en la adquisición de valores desde la infancia que podrían verse reflejados en su empatía durante su edad adulta.

En este estudio también se observó una relación entre el género femenino y una empatía sobresaliente, en otros estudios en los que se ha evaluado la empatía, se han obtenido resultados similares, esto se puede deber a que las personas de este género cuentan con una mayor capacidad para entender las emociones y sentimientos de los demás, en este caso hacia los pacientes.

2.7 Conclusiones

En relación a las variables sociodemográficas la mayoría de los participantes son del género femenino, estado civil soltero y no cuentan con hijos. Además de que el tipo de familia de origen según su conformación es predominantemente nuclear, la mayoría cuenta con 5 a 7 integrantes y la religión católica fue predominante.

En relación a los instrumentos de evaluación se determinó que existe una relación entre variable empatía y adaptabilidad calculado por medio de la prueba de chi cuadrada con un valor de $p < 0.05$, donde se acepta la hipótesis alterna. Los médicos presentan adaptabilidad de predominio caótica y una empatía baja.

En lo que respecta a la cohesión y empatía se encontró que no existe una relación entre ambas variables, por lo que se rechazó la hipótesis alterna presentando un valor de $p > 0.05$. La mayoría de los médicos presentan una cohesión relacionada, la mitad de estos con empatía sobresaliente y el resto intermedia.

2.8 Recomendaciones

Con base a los resultados de la presente investigación, se recomienda profundizar con respecto a la relación de estas dos variables ya que cuenta con pocos estudios de este tema, además sería de utilidad integrar una encuesta de satisfacción por parte de los pacientes, para valorar el efecto de la pobre empatía en los pacientes. Otro aspecto importante a recomendar es el estudio de los médicos en relación a su funcionamiento familiar, para de esta manera poder proporcionar terapia familiar oportuna en caso de ser necesaria.

2.9-Referencias Bibliográficas

- 1-Baquero J, Callizo A, Carballo F, Cerame A, Expósito B, et al. La Relación Médico Paciente patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. España: OMC; 2017.
- 2-Huerta J. El expediente clínico familiar, estudio de salud familiar. México: Intersistemas; 1999.
- 3-Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu*. 2016; 14(2): 247-283.
- 4-García E. La empatía en la medicina. *Rev. Latinoam Patol Clin Med Lab*.2015; 62 (4): 204-205.
- 5-Donoso C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *pers.bioét*. 2015; 18(2): 184-193.
- 6-Huerta J. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Primera edición. México, D.F: Editorial Alfil; 2005.
- 7-Moraga R. Factores biopsicosociales que influyen en el funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a los CESFAM de chillan. [Tesis doctoral]. Chile: Universidad de Concepción Facultad de Medicina; 2014.
- 8-Aguilar C. Funcionamiento familiar según el modelo circunflejo de Olson en adolescentes tardíos. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Cuenca Facultad de Psicología; 2017.
- 9-Escobar R, Vela J. Funcionamiento familiar y proyecto de vida en adolescentes del hogar San José ciudad de Trujillo. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo Facultad de Enfermería; 2014.
- 10-Calero R. El funcionamiento familiar y su influencia en el rendimiento académico de los estudiantes de octavo año de educación general básica del Colegio Nacional Técnico. [Tesis doctoral]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2013.

- 11- Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarre J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria*.2016; 48(1): 8-14.
- 12-Loya L, Landgrave S, Ponce E, González A. Nivel de empatía en médicos del servicio de urgencias de un hospital público de la Ciudad de México. *ATEN FAM*. 2015; 22(2): 43-45.
- 13-Montilva M, García M, Torres A, Puertas M, Zapata E. Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. *Inv. Ed Med*. 2015; 4(16): 223-228.
- 14- Granado S, Rodríguez C, Olmedo M, Chacón A, Vigil D, et al. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Rev. Esp. Salud Pública*.2007; 81(6): 637-645.
- 15-Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(1): 22-29.
- 16-Sanchez L. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León. [Tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey; 2012.
- 17-Garcia E, Rosales A, Cueva E, Monerroso J, De León J, Ranero J. Empatía médica en residentes del instituto guatemalteco de seguridad social IGSS. *Rev. Asociación de Medicina Interna de Guatemala*.2017; 3: 14-17.
- 18-Madera M, Tirado L, González F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. *REV CLÍN MED FAM*. 2015; 8(3): 185-192.
- 19-Morales L, Carita K, Marroquín J, Atamari N. Evaluación de la empatía en estudiantes de medicina humana en una universidad pública de la sierra sur del Perú. *Educ Med*. 2018; 19(6): 327-332.

- 21-Indacochea S. Reflexiones sobre la relación médico paciente-reflections on the patient medical relationship. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2017; 17(1): 84-88.
- 22- Cuevas L. Funcionalidad familiar en los residentes de medicina familiar de la delegación Veracruz Norte [Tesis doctoral]. México: Curso universo de Médicos Residentes de Especialización en Medicina Familiar de la Delegación Veracruz Norte, Veracruz; 2014.
- 23-Celedón C. Relación médico paciente Doctor-patient relationship. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello.* 2016; 76: 51-54.
- 24- Parra G, Camara R. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Inv. Ed. Med.* 2016; 6(24): 221-227.
- 25-Marques J, Saad W. La relación médico-paciente bajo la influencia de la referencia bioética de la autonomía. *Rev. Bioét. (Impr.).* 2015; 23 (2): 308-1508-15.
- 26-Franco M, Tello M, Chávez J, Barreto I. La complejidad en la relación médico paciente: Una mirada actual. 2019; 3(1): 90-107.
- 27-Sandoval L, Reducindo R, Islas A. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 2011; 16(4): 221-228.
- 28-Mora A, Rojo A. Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2005; 3 (1): 8.
- 29-Suárez M, Alcalá M. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Rev. Med La Paz.* 2014; 20(1): 53-57.

30-Costa D, González M, Masjuan N, Trápala M, Del Arca D, et al. Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES IV. *Ciencias Psicológicas*.2008; 3 (1): 43-56.

31-Alcorta A, González J, Tavitas S, Rodríguez F, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28(5): 57-63.

32-Galindo R, Guillermo F y Saiz M. Funcionamiento familiar en los residentes de medicina familiar 61, Veracruz,Ver. [Tesis doctoral]. México: Universidad veracruzana; 2011.

33-Mayo G, Quijano E, Ponce D, Ticse R. Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019; 82(2):131-140.

3-Anexos.Anexo 1. Consentimiento informado: Médicos

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC							
Nombre del estudio:							
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Unidad Médica Familiar No.28, IMSS, Mexicali, Baja California, agosto del 2021.						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Los estamos invitando a participar en un estudio de investigación titulado "Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC" debido a que usted forma parte del personal médico de la institución en estudio. El propósito de este estudio es evaluar si existe una relación entre funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico. Para lograr este objetivo al igual que usted participaran otros 81 médicos adscritos a la UMF No. 28. Su participación es completamente voluntaria, por lo que antes de decidir si desea o no participar, le pedimos que lea la información que a continuación le proporcionamos y si así lo desea puede hacer las preguntas que considere necesarias.						
Procedimientos:	Su participación en el estudio consiste en lo siguiente: Se le aplicará la escala de Jefferson la cual nos ayudará a evaluar el nivel de empatía que presenta hacia sus pacientes, así como también se le aplicará la escala de Faces III la cual nos evalúa su funcionamiento familiar. Se le aplicarán en un consultorio, donde las deberá responder sin ayuda del investigador y con un tiempo aproximado de 30 minutos. Se le informará acerca de los resultados del estudio de forma personal y respetando su privacidad en todo momento.						
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no implica ningún riesgo para su salud.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio se le dará a conocer el nivel de empatía que muestra hacia sus pacientes y su funcionamiento familiar.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le otorgará información actualizada sobre los beneficios que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para usted. Una vez terminado el estudio se le darán a conocer los resultados finales de la investigación en cuestión.						
Participación o retiro:	Usted es libre de abandonar la investigación en el momento que desee. Sin consecuencias en su situación laboral.						
Privacidad y confidencialidad:	La información que proporcione no será expuesta y mantendremos su confidencialidad.						
Beneficios al término del estudio:	Conocer el grado de su percepción del funcionamiento familiar, conocer el nivel de empatía que presenta hacia sus pacientes y los resultados de la investigación respecto a la relación posible entre las variables en estudio.						
Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndoselo explicado todas mis dudas de este estudio: <table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>No acepto participar en este estudio.</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.</td> </tr> </table>		☐	No acepto participar en este estudio.	☐	Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio.	☐	Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.
☐	No acepto participar en este estudio.						
☐	Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio.						
☐	Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Principal: Dra. Daniela Altamirano Álvarez Residente de tercer Año Med. Fam. Sede UMF 28, Mexicali, Mat. 98028265, correo dany_alva.04@hotmail.com Teléfono: (686) 331 4326 Investigador Responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro. Médico Familiar, adscrito a UMF No.28,Mexicali, Mat. 99264825 vanessa.caro@imss.gob.mx Teléfono: (686) 555 5085 Colaboradores: Dr. Alberto Barreras Serrano, Investigador Titular Nivel C TC, Teléfono: (686) 225 53 42, Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión Local de Ética de Investigación del CLIS 204 del IMSS: Blvd. Díaz Ordaz esquina Lázaro Cárdenas s/n La Mesa, Tijuana Baja California CP 22450. Tel. Conmutador 664 6296350 Ext.31315. Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx							
<table border="0"> <tr> <td>_____ Nombre y firma del participante Testigo 1</td> <td>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</td> </tr> <tr> <td>_____ Nombre, dirección, relación y firma</td> <td>_____ Nombre, dirección, relación y firma</td> </tr> </table>		_____ Nombre y firma del participante Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2	_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma		
_____ Nombre y firma del participante Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2						
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013							

Anexo 2-Consentimiento informado: Población subordinada

 SEGURO Y SOLIDARIDAD SOCIAL	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC		
Patrocinador externo (si aplica):			
Lugar y fecha:	Unidad Médica Familiar No.28, IMSS, Mexicali, Baja California, agosto del 2021.		
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:	Los estamos invitando a participar en un estudio de investigación titulado "Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC" debido a que usted forma parte del personal médico de la institución en estudio. El propósito de este estudio es evaluar si existe una relación entre funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico. Para lograr este objetivo al igual que usted participaran otros 81 médicos adscritos a la UMF No. 28. Su participación es completamente voluntaria, por lo que antes de decidir si desea o no participar, le pedimos que lea la información que a continuación le proporcionamos y si así lo desea puede hacer las preguntas que considere necesarias.		
Procedimientos:	Su participación en el estudio consiste en lo siguiente: Se le aplicará la escala de Jefferson la cual nos ayudará a evaluar el nivel de empatía que presenta hacia sus pacientes, así como también se le aplicará la escala de Faces III la cual nos evalúa su funcionamiento familiar. Se le aplicarán en un consultorio, donde las deberá responder sin ayuda del investigador y con un tiempo aproximado de 30 minutos. Se le informará acerca de los resultados del estudio de forma personal y respetando su privacidad en todo momento.		
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no implica ningún riesgo para su salud.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio se le dará a conocer el nivel de empatía que muestra hacia sus pacientes y su funcionamiento familiar.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le otorgará información actualizada sobre los beneficios que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para usted. Una vez terminado el estudio se le darán a conocer los resultados finales de la investigación en cuestión.		
Participación o retiro:	Usted es libre de abandonar la investigación en el momento que desee. Sin consecuencias en su situación académica y laboral.		
Privacidad y confidencialidad:	La información que proporcione no será expuesta y mantendremos su confidencialidad.		
Beneficios al término del estudio:	Conocer el grado de su percepción del funcionamiento familiar, conocer el nivel de empatía que presenta hacia sus pacientes y los resultados de la investigación respecto a la relación posible entre las variables en estudio.		
Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas de este estudio: <table border="0"> <tr> <td data-bbox="305 1291 354 1396"> ☐ ☐ ☐ </td> <td data-bbox="516 1291 1523 1396"> No acepto participar en este estudio Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio. Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años. </td> </tr> </table>		☐ ☐ ☐	No acepto participar en este estudio Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio. Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.
☐ ☐ ☐	No acepto participar en este estudio Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio. Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Principal: Dra. Daniela Altamirano Álvarez Residente de tercer Año Med. Fam. Sede UMF 28, Mexicali, Mat. 98028265, correo dany_alva.04@hotmail.com Teléfono: (686) 331 4326 Investigador Responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro. Médico Familiar, adscrito a UMF No.28,Mexicali, Mat. 99264825 vanessa.caro@imss.gob.mx Teléfono: (686) 555 5085 Colaboradores: Dr. Alberto Barreras Serrano, Investigador Titular Nivel C TC, Teléfono: (686) 225 53 42, Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión Local de Ética de Investigación del CLIS 204 del IMSS: Blvd. Díaz Ordaz esquina Lázaro Cárdenas s/n La Mesa, Tijuana Baja California CP 22450. Tel. Conmutador 664 6296350 Ext.31315. Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del participante Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2		
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma		
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013			

Anexo 3. Encuesta Faces III

FACES III

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE	VALOR
1.	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si				
2.	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
3.	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
4.	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
5.	Nos gusta convivir sólo con los familiares más cercanos				
6.	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
7.	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
8.	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
9.	Nos gusta pasar tiempo libre en familia				
10.	Padres e hijos se ponen de acuerdo con los castigos				
11.	Nos sentimos muy unidos				
12.	En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
13.	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente				
14.	En nuestra familia las reglas cambian				
15.	Con facilidad podemos planear actividades en familia				
16.	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
17.	Consultamos unos a otros para tomar decisiones				
18.	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad				
19.	La unión familiar es importante				
20.	Es difícil decir quien hace las labores del hogar				

Calificación, según cohesión: 10-34 no relacionada, 35-40 semirrelacionada, 41-45 relacionada, 46-50 aglutinada.

Calificación, según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

COHESIÓN (NONES)	RANGO	ADAPTABILIDAD (PARES)	RANGO
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semi relacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

RESULTADO:

Anexo 4. Escala de empatía de Jefferson

Escala médica de empatía de Jefferson (versión para español)

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

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones, marcando con una (x) el número apropiado que se encuentra al lado de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (mayor número de escala indica mayor acuerdo)

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

Anexo 5. Cronograma de actividades

	Julio-agosto 2019	Septiembre-octubre 2019	Noviembre-diciembre 2019	Enero-febrero 2020	Marzo-abril 2020	Mayo-junio 2020	Julio-agosto 2020	Septiembre-octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020 y Febrero 2021	Marzo a junio 2021	Julio a Septiembre 2021	Octubre 2021
Identificación del tema y Revisión de bibliografía	X												
Planteamiento del problema		X											
Elaboración de protocolo		X	X		X	X	X						
Presentación de avances				X				X	X	X	X		
Registro en comité local de investigación												X	
Recolección de información												X	
Análisis de información												X	
Presentación de resultados													X

Anexo 6. Carta de autorización

CARTA DE NO INCONVENIENTE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD

Mexicali, B.C. 13 de Julio del 2021

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No.204

Presente

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

“Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No.28, Mexicali BC”.

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en unidad médica familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Vanessa Johana Caro, con matrícula 99264825 adscrito a unidad médica familiar No. 28 como investigador responsable.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

Atentamente



Dra. Gabriela Lopez Agüero



Dra. Gabriela Lopez Agüero
Dirección UMF 28
Mat. 11547219 C.P. 2663183

Director de la unidad de medicina familiar No.28

Anexo 7. Dictamen Aprobatorio



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Miércoles, 25 de agosto de 2021

Mtra. vanessa johanna caro

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Funcionamiento familiar y la empatía hacia el paciente, en el personal médico de la UMF No. 28, Mexicali BC.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-204-045

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Juan Pablo Robles Noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL