



Evaluación de la integración de la medicina centrada en el paciente en los profesionales de la salud

Trabajo de fin de grado en la modalidad de investigación epidemiológica

Autor: Adrián Valero Rodríguez

Tutor: Francisco Herrero Machancoses

Convocatoria Junio 2021

*“La variabilidad es la ley de la vida, y al igual que no hay dos caras iguales,
no hay dos cuerpos iguales, ni dos individuos se comportan igual
bajo las condiciones anormales que conocemos como enfermedad”*

- William Osler



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: Evaluación de la integración de la medicina centrada en el paciente en los profesionales de la salud

ALUMNO/A: ADRIAN VALERO RODRÍGUEZ

DNI: 20083254 - E

PROFESOR/A TUTOR/A: FRANCISCO HERRERO MACHANCOSES

FRANCISCO| Firmado digitalmente
HERRERO| por FRANCISCO|
MACHANCOSE| HERRERO|
S MACHANCOSES
Fecha: 2021.06.14
17:39:30 +02'00'

Fdo (Tutor/a):

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Extended summary	3
1. Introducción	5
<i>El paradigma médico actual</i>	5
<i>Medicina centrada en el Paciente (MCP)</i>	6
<i>Cómo evaluar la MCP</i>	6
2. Material y Métodos	8
<i>Diseño del estudio</i>	8
<i>Instrumentos</i>	8
<i>VARIABLES</i>	9
<i>Muestra</i>	10
<i>Criterios de inclusión/exclusión</i>	11
<i>Procedimiento de recogida de datos</i>	11
<i>Análisis de datos</i>	11
<i>Aspectos éticos</i>	12
3. Resultados	13
<i>Descripción de la muestra</i>	13
<i>Validación de la escala Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ)</i>	14
<i>Correlaciones PPRQ y Burnout</i>	16
<i>Contrastes PPRQ y Factores socio-demográficos</i>	16
4. Discusión	17
<i>Propuestas a futuro</i>	18
<i>Limitaciones</i>	18
<i>Conclusiones</i>	18
Agradecimientos	19
Bibliografía	20
Anexo I: Cuestionario Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ)	23
Anexo II - Maslach Burnout Inventory (MBI)	24
Anexo III- Resolución de la Comisión Deontológica	25

Resumen

Antecedentes: Nos encontramos en una época de cambios en los sistemas sanitarios cómo nunca antes se había visto. El paradigma que constituye las bases de las ciencias de la salud varía casi a diario con la aportación de nuevos estudios, tecnologías y evidencia disponibles. Dicha evidencia parece indicar que la tendencia actual incluye la medicina centrada en el paciente cómo piedra angular en los nuevos modelos sanitarios a seguir.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es identificar el grado de integración de la medicina centrada en el paciente entre los profesionales sanitarios de la provincia de Castellón y su relación con agentes como el Burnout y factores sociodemográficos mediante la búsqueda, elección y validación de una herramienta para tal fin.

Material y métodos: Mediante el instrumento propuesto por Gremigni et al. "Provider-Patient Relationship Questionnaire" (PPRQ), El Maslach Burnout Inventory (MBI) y varios ítems para medir factores psico-sociales y el grado de burnout, se ha realizado una encuesta entre los profesionales sanitarios de la provincia de Castellón.

Resultados: En la validación de la escala se observó un α de Cronbach de 0.895, así como unos índices de ajuste adecuados (BBNNFI y CFI > .9; RMSEA < .8), y una correlación significativa entre Medicina Centrada en Paciente y Burnout. Se observaron diferencias significativas en Burnout según la edad. No se observaron diferencias significativas en Medicina Centrada en el Paciente ni en Burnout según otras variables de estudio.

Palabras clave

Autoevaluación; Cuestionario; Paciente; Burnout; Medicina Centrada en el Paciente; Provider-Patient Relationship Questionnaire

Abstract

Background: We are currently standing in an age of constant changes in our health care systems as we have never seen before. The paradigm in which the foundations of health sciences are being established fluctuates almost every day due to new findings in studies, technologies and available evidence. Said evidence seems to point out that the actual trend tends to include patient centered care as one of the cornerstones of emerging health care models.

Objectives: The main purpose of this paper is to identify the degree of integration that patient centered care has in health care workers in Castellon province and its relation with agents such as Burnout and sociodemographic factors, searching, selecting and validating a tool for this end.

Materials and methods: Health care workers from Castellon province have been surveyed, making use of the instrument proposed by Gremigni et al., the “Provider-Patient Relationship Questionnaire” (PPRQ), the Maslach Burnout Inventory (MBI) and various other items in order to value psychosocial aspects and the level of burnout they are subjected to.

Results: Validation of the scale showed a Cronbach’s alpha coefficient of 0.895, as well as appropriate fit indices (BBNNFI and CFI > .9; RMSEA < .8) and a significative correlation between Patient Centered Care and Burnout. Significative differences were observed in the burnout scale according to age. No significative differences were observed either in Patient Centered Care and Burnout on any other study variable.

Keywords

Self-assessment; Questionnaire; Patient; Burnout; Patient Centered Care; Provider-Patient Relationship Questionnaire

Extended summary

During the last decades, the medical paradigm has been progressively shifting from a paternalistic doctor-patient relationship, based on the inductive reasoning and guided by population-oriented research to a patient-centered model, which focuses basically on the patient-oriented research and is founded on the principle of autonomy. Thereby, the two main schools of thoughts can be defined as the Evidence Based Medicine (EBM) and the Patient Centered Care (PCC). This paper won't discuss whether one of those trends of thought is better, as it would be but a barren effort to compare two sides of the same coin. Instead, it will focus the efforts in defining what is and how can we measure PCC to answer the main objective of this paper: What is the degree of integration of PCC in the day-to-day routine of healthcare professionals in the province of Castellon?

While a common definition to address when we refer to PCC doesn't seem to exist, all of the current descriptions seem to share certain features that could be summarized in "the health model whose main goal aims to improve the outcomes on single patients while taking in to account their personal preferences, expectations, values as well as social-economic resources".

Once defined the conceptual framework, a research was done in order to look for a tool that could help us evaluate different aspects of PCC. Thus, a systematic review on the main health-related article providers, such as Pubmed, Scholar or Ibecs, was conducted. Amongst these databases, the PPRQ, a short 16-item self-assessment was chosen to help us score 4 of the main care-centered competences and the possible relations that could exist between various features, such as the amount of Burnout accumulated within our health care workers, measured with de Maslach Burnout Inventory, and other personal and professional parameters.

With our research concluded, the members of our team proceeded to develop a questionnaire that could fulfil our hypothesis, and thus, proceeded to validate the project through the Ethical Committee of Jaume I University. While doing so, we came in contact with the main communication managers of the Medicine and Nursing Colleges of Castellon, and permission was asked to mail our survey amongst their affiliates once the Committee was done deliberating its validity.

After the mailing process, a sample of 141 responses was collected, 51 of them not meeting the criteria to make the cut and therefore, the final sample was built with the remaining 90 subjects.

A description of the main data features was carried out by performing a univariate descriptive analysis of the sample.

In order to establish possible differences between different groups, we performed a bivariate analysis based on the Chi-Squared (χ^2) procedure to test the dependence relationship between categorical variables; to do so, we resorted to non-parametric analysis (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H) and Spearman's rank correlation coefficient due to the non-normal distribution of the data.

A factorial validity analysis was also performed with the final purpose of carrying out a first evaluation of the underlying dimensions and their relationship between each one of the other dimensions raised in the study. Then it was determined whether the indices fitted the theoretical model used in the elaboration of this instrument. Finally, a contrast analysis was performed between the PPRQ and MBI variables and factors as the likes of group of age, sex, career degree, working environment (urban, rural or both) and public, private or mixed scoped job.

A Cronbach's alpha coefficient of 0.895 total score was achieved, indicating its high reliability and similar fit indices when compared to the original article. Correlation analysis between PCC and Burnout scores seemed to establish an inverse significant relationship between the negative aspects of the Maslach Burnout Inventory: Emotional Exhaustion and Depersonalization whereas it showed a direct significant relationship between the positive aspect of Maslach Burnout Inventory: Personal Accomplishment. These findings seemed to establish the 4 main competences of the MCP evaluated as protective factors to avoid being burned out, but future research should be carried out in order to offer more evidence to support this claim.

On the opposite site, out of all the factors evaluated, only Age seemed to play an important role interacting with two of the variables under study, being each of those Emotional Exhaustion and the global score of burnout registered. Data showed how older segments of the population seemed to suffer higher levels of Emotional Exhaustion and Burnout, establishing a clear statement: older people are more prone to suffer Burnout.

1. Introducción

El paradigma médico actual

La medicina se encuentra en una situación de profundos cambios en todos los sentidos, ya sea por los últimos hallazgos en investigación, la inclusión de nuevas tecnologías en gran parte del proceso médico y, sobre todo, los constantes cambios sociales, han modelado a pasos agigantados el paradigma que conforma las bases de las ciencias de la salud (1).

Por lo general, y tradicionalmente hablando, la investigación médica se ha basado fundamentalmente en el razonamiento inductivo como eje sobre el que pivotar la mayor parte de la investigación biomédica, de tal forma que el análisis de múltiples hechos individuales nos permite extraer deducciones extrapolables a la población general. Esta forma de entender la medicina, amplia y generalista, hace hincapié en la evaluación y tratamiento de las enfermedades y tiene como piedra angular a los ensayos clínicos aleatorizados para demostrar la superioridad comparada de cada procedimiento. Retrospectivamente hablando, la mayoría de los países desarrollados han venido adoptando modelos sanitarios basados en “el proveedor de los cuidados” o lo que es lo mismo, modelos paternalistas que ponen el foco en el trabajador sanitario, y no en el propio paciente (2).

No obstante, la tendencia actual indica que la importancia creciente del paciente en los nuevos modelos de salud es más que evidente. Los sistemas sanitarios actuales huyen de los arcaísmos y el autoritarismo médico, migrando hacia formas de entender la medicina, cuya máxima fundamental ensalza el principio de autonomía sobre el de beneficencia a la hora de establecer decisiones. El paciente posee cada vez más información, quiere participar más de una u otra forma en su enfermedad y, en definitiva, es más consciente de su papel como centro sobre el que deben pasar todas las decisiones (3).

Así pues, tenemos estas dos corrientes de pensamiento: una centrada en datos a nivel poblacional, el razonamiento inductivo, la agregación y análisis de casos para extraer conclusiones sobre cuál es el mejor resultado en el paciente medio, cuya herramienta principal son los ensayos clínicos y que tiene su máximo exponente en la voz del médico; y la otra, que se basa en el enfoque individual, la disgregación y el análisis de las diferencias entre individuos para ver cuál es el mejor resultado para según qué paciente, basando su estudio en la observación de casos clínicos y que pone en la diana de la investigación al paciente (4). Estas dos corrientes, son nada más y nada menos que los fundamentos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

y la Medicina Centrada en el Paciente (MCP). A pesar que a primera vista, uno pudiera pensar que la una y la otra son formas de ver la ciencia médica diametralmente opuestas y que la aplicación simultánea carece de sentido si nos remitimos estrictamente a las definiciones, es de vital importancia su uso combinado en el día a día de todo profesional sanitario que busque la excelencia en su trabajo, pues ambas forman parte de una misma entidad y ambas deberían beber la una de la otra para alcanzar su objetivo común, que al fin y al cabo es la atención integral del paciente, buscando su mejora tanto en salud como en bienestar personal.

Medicina centrada en el Paciente (MCP)

Pese a que no existe un consenso absoluto, La MCP se podría definir como “la atención sanitaria cuyo objetivo es el de mejorar los resultados sanitarios de pacientes individuales, teniendo en cuenta sus preferencias, objetivos y valores, así como los recursos económicos disponibles” o como una forma de “respetar y responder a los deseos, necesidades y preferencias de los pacientes, de modo que puedan tomar decisiones en el cuidado que mejor convenga a sus intereses personales” (5). Esta definición va más allá del concepto que tenemos de la medicina personalizada o de precisión, ambas centradas en la variabilidad biológica y el estudio del perfil genético de los individuos (6) y trata de explorar también las necesidades psicológicas, sociales y culturales. Estos factores hacen que lo realmente característico de la nueva medicina sea redescubrir cómo un individuo puede responder de forma completamente diferente a un mismo tratamiento.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la relación médico-paciente se centra en última instancia en los problemas que presenten dichos pacientes y dado que las soluciones a escoger no siempre son claras, y que a menudo requieren de la involucración personal durante un tiempo prolongado, se acaba produciendo estrés en el personal sanitario. Esto puede llevar a que estos profesionales se agoten emocionalmente, despersonalizándose y reduciendo su realización personal, lo que se traduce en el fenómeno del “burnout”. Las consecuencias de este fenómeno en los trabajadores sanitarios pueden ser muy negativas, tanto a nivel personal (insomnio, disfunción personal, problemas maritales y abuso de alcohol y drogas) como a nivel profesional, provocando un deterioro en la calidad de los cuidados (7).

Cómo evaluar la MCP

Como ya se ha comentado, los conocimientos sobre la MCP aún son relativamente recientes. Pese a que los marcos actuales en los que se engloba la MCP apuntan en la misma dirección (8),

según qué autor se consulte, se encontrarán ciertas diferencias a la hora de objetivar cuales son los componentes que limitan su campo de estudio, lo cual es lógico si se entiende que existe cierto matiz subjetivo a la hora de llegar a establecerlos. Del mismo modo, existen varias formas de estudiar la integración de la MCP; ya sea en pacientes, habitualmente mediante el uso de observación directa y la entrevista clínica (9), como en los proveedores de salud.

En estos últimos se han propuesto formas variadas de evaluación; desde el uso de la observación directa, entrevistas grabadas con audio o video, evaluación por compañeros o pacientes y autoevaluaciones mediante simulaciones, entrevistas clínicas estandarizadas o encuentros reales. De entre estas, destaca el uso de las autoevaluaciones, pues han sido señaladas como como un aspecto clave en la formación y el profesionalismo médico, ya que determinan las fortalezas, debilidades y lagunas en el aprendizaje del evaluado y es capaz de reflejar las ideas o preceptos que pueda tener sobre el paciente (10). No obstante, de los muchos cuestionarios disponibles, buena parte de ellos carecen de adecuada validez o se centran puramente en la evaluación objetiva del profesional de la salud en este campo (9,11).

Es por ello que con este trabajo se pretende estudiar el grado de percepción sobre la integración de la MCP en el día a día de nuestros profesionales de la salud junto a otras variables, como el Burnout, que pudieran estar interviniendo en los constructos evaluados para así, mejorar nuestra sanidad y el día a día de todos los sanitarios. Con este fin, en primer lugar, se traducirá y validará la escala Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ) de Gremigni et al. (12), una escala de autoevaluación sencilla que permita determinar el grado de uso de la MCP en su praxis diaria y posibilite establecer la relación con diferentes características personales y profesionales. Los resultados en esta escala permitirán estudiar la relación entre el grado de aplicación de la MCP con el Burnout de los profesionales sanitarios, evaluados a partir de la escala Maslach Burnout Inventory" (13) de la cual ya existe una adaptación en castellano. Además de esta valoración de la aplicación de la MCP y del Burnout, podremos determinar la existencia de diferencias significativas tanto entre características personales como profesionales de los profesionales sanitarios evaluados.

En resumen, el objetivo principal de este estudio es el de comprobar el grado de integración de la MCP en el día a día de los profesionales sanitarios de la provincia de Castellón, así como estudiar su posible relación con el Burnout, y determinar aquellos factores que pudieran estar influenciando a ambas variables.

2. Material y Métodos

Diseño del estudio

El estudio sigue un diseño Observacional, Transversal, analítico-descriptivo de tipo Diseño de Cohortes. Para tal fin, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Google Scholar y IBECs, basada los términos “PCC”, “Patient-Centered”, “Self-assesment”, “Questionnaire” para encontrar una herramienta que valore de forma rápida y eficaz algunos de los aspectos más importantes de la MCP, escogiendo así el “Provider-Patient Relationship Questionnaire” (PPRQ) (12). Se ha recabado información de aquellas dimensiones que componen la MCP según el modelo teórico planteado por Gremigni et al., así como también la escala de Burnout “Maslach Burnout Inventory” (13) para determinar la relación entre ambas escalas.

Instrumentos

El Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ) – Gremigni et al.: Se trata de cuestionario de 16 ítems que basa su estudio en la autoevaluación de las habilidades que el personal sanitario pueda tener en el campo de la Medicina Centrada en el Paciente. El cuestionario se divide en 4 esferas o competencias básicas, y cada una de estas esferas se subdivide a su vez en 4 ítems. Dichas competencias son: Empatía (EMP), Interés en la agenda del Paciente (IAP), Participación del Paciente en la Atención (PPA) y Comunicación Eficaz (CEF) (Ver Anexo I).

La elección de estas competencias se basa en la síntesis de algunos de los componentes más importantes dentro del marco de trabajo de la MCP delimitado por la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos (anteriormente conocida como Instituto de Medicina de los Estados Unidos) en su informe del 2001 “Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century”, el cual constituye uno de los principales pilares sobre el que se basan gran parte de las investigaciones en calidad de cuidados de la salud (14):

- El interés en la agenda del paciente es el primer paso para descubrir las expectativas, necesidades y conocimientos que el paciente pueda tener sobre el tratamiento, y se relaciona con una menor tasa a posteriori de consultas sin solventar o menores oportunidades perdidas de recabar información potencialmente importante para su historia clínica (15). El efecto beneficioso de recabar esta información se ve potenciado si se involucra al paciente en la atención (16).

- La participación del paciente en la atención mide la predisposición a ofrecer tiempo para que el paciente hable, exprese su punto de vista y pueda llegar a un consenso al elegir la opción terapéutica que más le beneficie (17).
- La empatía evalúa la capacidad de entender las emociones de los pacientes, de ponerse en su lugar y de mostrar confianza al estar cerca de éstos. La empatía es considerada como un elemento básico de todas las relaciones terapéuticas y un componente fundamental del profesionalismo (18).
- Por último, la comunicación eficaz hace alusión a ciertas conductas comunicativas, como dar información clara, realizar una escucha activa, mantener un tono adecuado y mostrar respeto. Esta forma de comunicación ha demostrado su relación con la mejora de la adherencia terapéutica, satisfacción y eficiencia de los cuidados y reduce la incomodidad ante procedimientos físicos y la demanda de más pruebas diagnósticas (19).

Maslach Burnout Inventory (MBI) - Maslach et al: La escala Maslach Burnout Inventory (MBI) consta de 22 ítems subdivididos en 3 componentes que han sido traducidos y adaptados para este artículo (Ver anexo II). Dichos componentes son:

- **Agotamiento emocional:** Se compone de 9 ítems que evalúan en grado de extralimitación y agotamiento sobre el trabajo realizado. Una mayor puntuación en este aspecto indicará un mayor grado de Burnout.
- **Despersonalización:** Se compone de 5 ítems que miden el grado de respuesta impersonal hacia las personas de su entorno. Una mayor puntuación en este aspecto indicará mayor grado de burnout.
- **Realización personal:** Se compone de 8 ítems que analizan el grado de satisfacción personal y competencia en su trabajo. Una menor puntuación en este aspecto indicará un menor grado de burnout.

Variables

Variables de resultado

- **Indicadores de Burnout en el personal sanitario:** Medido a través del *Maslach Burnout Inventory*.

- **Conocimiento sobre comunicación eficaz, interés en la agenda del paciente, empatía y participación del paciente en la atención sanitaria:** Medido mediante el cuestionario sobre la interacción profesional-paciente (PPRQ).

Covariables

- Edad (<= 40, 40 – 55, >55); género (H/M); tipo de especialista (medicina o enfermería); ámbito de trabajo (público, privado, ambos); situación laboral (en Activo, No activo [indicar año]); especialidad (servicio donde ha estado trabajando la mayor parte del tiempo en los últimos 5 años); medio de trabajo (rural, urbano, mixto); año en el que se colegió; años ejerciendo.

Muestra

La población objeto de estudio consistió, principalmente, en los integrantes del colegio de médicos de Castellón y el colegio de enfermería de Castellón que accedieron a hacer la encuesta de forma telemática. Para ello, se estableció contacto previo con los principales responsables de comunicación de ambas entidades. Tras la aprobación por parte del comité de ética de la Universitat Jaume I, se remitió el proyecto para la aprobación por los órganos pertinentes de ambos estamentos colegiales, tras el cual se realizó un “mailing” a cargo de dichos responsables de comunicación entre los facultativos adscritos. Se dio un margen de 15 días tras el “mailing” para recabar datos, tras la cual se procedió con la confección de la matriz de datos final para llevar a cabo los análisis.

De los 6008 profesionales consultados, un total de 141 participaron en la realización de la encuesta. Tras un cribado en el que se eliminaron aquellos profesionales que no cumpliesen los criterios anteriormente establecidos de exclusión o que no cumplimentasen por completo la encuesta, se estableció la muestra definitiva en 90 sujetos. En la tabla 1 se presentan el número total de colegiados en los diferentes colegios profesionales en el año 2020.

Tabla 1. Universo muestral a partir de los datos proporcionados por los colegios profesionales de Enfermería y Medicina de la provincia de Castellón en el año 2020.

	Enfermería	Medicina	Total
Hombres	446 (7.42%)	1304 (21.70%)	1750 (29.13%)
Mujeres	2811 (46.79%)	1447 (24.08%)	4258 (70.87%)
Total	3257 (54.21%)	2751 (45.79%)	6008

Criterios de inclusión/exclusión

- Criterios de inclusión: Profesional sanitario en activo los últimos 5 años, inscrito en el Colegio Oficial de Médicos o en el Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Castellón, que se presten voluntarios a la cumplimentación de los instrumentos de medida.
- Criterios de exclusión: Profesionales sanitarios no activos en los 5 últimos años, inscritos en el Colegio Oficial de Médicos o en el Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Castellón. Profesionales sanitarios no inscritos en el Colegio Oficial de Médicos o en el Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Castellón.

Procedimiento de recogida de datos

A través de los diferentes colegios profesionales se remitió un correo electrónico en abril con la presentación del proyecto y sus objetivos (carta de información), así como el enlace a la plataforma On-Line (Qualtrics) a todos los profesionales sanitarios inscritos en el Colegio Oficial de Médicos o en el Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Castellón solicitando su participación en el proyecto, informando de la finalidad del mismo y de los diferentes pasos que se han llevado a cabo. En todo momento se hizo hincapié en que los datos recogidos son únicamente con fines de investigación.

Antes de iniciar la encuesta los sujetos participantes firmaron el consentimiento informado, confirmando de forma inequívoca que habían leído la carta de información, se les había informado adecuadamente y se les había dado la opción de consultar las dudas acerca del proyecto a través de un correo electrónico, así como la información sobre su derecho de acceso y revocación del consentimiento, en el caso de querer abandonar el estudio. Se ha creado una base de datos que incluye únicamente el código identificativo de cada participante para garantizar el anonimato de la información en el proceso de análisis de resultados.

Análisis de datos

En primer lugar, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo univariado, tanto de las variables sociodemográficas como de las principales, utilizando frecuencias y porcentajes para la descripción de estas variables en la muestra. Posteriormente, una vez categorizadas las variables necesarias y analizada la normalidad de las variables continuas mediante la prueba Kolmogorov-

Smirnov, se ha recurrido a un análisis bivariado para establecer las posibles diferencias entre los grupos de análisis. En este análisis bivariado, se llevaron a cabo análisis no paramétricos (U de Mann-Whitney o H de Kruskal-Wallis) y análisis de correlación Rho de Spearman, dada la no normalidad observada de las variables cuantitativas. En todos los casos se exigió una significación estadística del 5% ($p < 0,05$). Estos análisis estadísticos han sido realizados mediante el programa estadístico SPSS, en su versión 26.0, con el apoyo de ciertos complementos de cálculo proporcionado por el programa Microsoft Excel.

Para la validación del instrumento adaptado al castellano se ha llevado a cabo un análisis de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach y un análisis factorial confirmatorio para determinar si los datos ajustan al modelo teórico utilizado en la elaboración del instrumento por parte de Gremigni et al. Para ello se ha utilizado el programa Multivariate Software EQS 6.2 (20). El AFC proporciona un método estadístico para evaluar las relaciones entre los indicadores y las variables latentes en un modelo hipotetizado, y proporciona índices causales de ajuste estadístico del modelo hipotetizado. Las ventajas del software EQS respecto a otros, es que introduce el estadístico robusto de Satorra-Bentler (21,22) el cual permite contrastar hipótesis sobre relaciones entre variables latentes e indicadores, incluyendo las diferentes interrelaciones entre ellos, cuando no se dan los supuestos de normalidad y heterocedasticidad. El EQS también ofrece la Prueba del multiplicador de Lagrange, un procedimiento diseñado para estudiar la necesidad de restricciones en el modelo, tanto las restricciones de igualdad que pueden haber sido incluidas, como la covarianza no incluida inicialmente y que deben contarse como parámetros libres (23).

El modelo ajustado se determinará por los siguientes índices: Robust Independent Model χ^2 y Satorra-Bentler Scaled χ^2 ; Non-Normed Fit Index, Normed Fit Index and Comparative Fit Index que deben tomar valores superiores a .9; y el Root Mean Square Error of Approximation, que debe ser menor que .08. Según MacCallum et al. (24), valores de RMSEA entre 0.06 y 0.08, junto a otros coeficientes mayores o iguales a 0.9 indican un ajuste apropiado.

Aspectos éticos

El proyecto ha sido presentado y aprobado por el comité ético de investigación de la Universitat Jaume I, en fecha 18/02/2021 y con número de expediente "CD/10/2021 ("Medicina basada en la evidencia y centrada en el paciente. Percepciones del personal sanitario colegiado en Castellón de la Plana"), presentado por Francisco Herrero Machancoses. Se certifica que los

procedimientos que se han empleado respetan los criterios éticos del comité responsable y se ajustan a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento UE general de protección de datos 2016/679 (Se aporta la certificación del comité de ética de la Universitat Jaume I en el Anexo III).

3. Resultados

Descripción de la muestra

La población a estudio se compuso de un 75.6% de personal Médico (n = 68) y un 24.4% de personal de Enfermería (n = 22); concretamente 30 (33.7%) fueron Hombres Médicos, 37 (41.6%) fueron Mujeres Médicos, 7 (7.9%) Hombres Enfermeros y 15 (16.9%) Mujeres Enfermeras. En total, la muestra estuvo compuesta de un 57,8% (n = 52) de mujeres, la mayor parte pertenecientes al segmento de edad distribuido entre los 40-55 años (n = 25, 28.10%), y un 41.2% (n= 37) de hombres, con una distribución en función de la edad más homogénea (entre el 12% y el 15%). En cuanto a la clasificación en función del ámbito de trabajo, tan solo un 6.7% (n=6) de los encuestados aseguró trabajar exclusivamente en un puesto de la atención privada, frente al 74.4% (n=67), que afirmó trabajar en sanidad pública y un 18,9% (n=17) que confirmó trabajar en ambas. La mayor parte del personal de enfermería (n=18, 20%) como personal médico (n= 49, 54.4%) desarrollan su profesión en un medio urbano, con un total del 74.4% (n=67) de la muestra. En la tabla 2 se presenta la distribución de la muestra en función de diferentes variables objeto de estudio.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la población, por Género y por Titulación

		Total		H (37, 41.1%)		M (52, 57.8%)		P. Médico 68 (75.6%)		P. Enfermería 22 (24.4%)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ámbito	Público	67	74.4%	22	24.70%	44	49.40%	49	54.40%	18	20.00%
	Privado	6	6.7%	2	2.20%	4	4.50%	4	4.40%	2	2.20%
	Ambos	17	18.9%	13	14.60%	4	4.50%	15	16.70%	2	2.20%
Medio	Rural	8	8.9%	3	3.40%	5	5.60%	7	7.80%	1	1.10%
	Urbano	67	74.4%	30	33.70%	37	41.60%	49	54.40%	18	20.00%
	Mixto	15	16.7%	4	4.50%	10	11.20%	12	13.30%	3	3.30%
Edad	<=40	25	27.8%	11	12.40%	14	15.70%	20	22.20%	5	5.60%
	40-55	37	41.1%	12	13.50%	25	28.10%	26	28.90%	11	12.20%
	>55	28	31.1%	14	15.70%	13	14.60%	22	24.40%	6	6.70%

H: Hombres; M: Mujeres; P. Médico: Personal Médico; P. Enfermería: Personal de Enfermería

Validación de la escala Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ)

Las fiabilidades de las dimensiones de la escala resultaron en su mayoría adecuadas ($\alpha > .7$), exceptuando Participación del Paciente en la Atención ($\alpha = .511$), aunque la fiabilidad de la escala total resultó excelente ($\alpha = .895$), lo que podría indicar la unidimensionalidad de la misma. El modelo factorial propuesto por los autores, así como las saturaciones en valores estandarizados obtenidas en el AFC, se presentan en la **Figura 1**. Los índices de ajuste fueron adecuados, tal y como puede observarse en la tabla 3.

TABLA 3: Estadísticos de fiabilidad

	Estadísticas de fiabilidad		Índices de ajuste		
	α	n	Satorra-Bentler Scaled χ^2	130.76 55	0.01789
Comunicación Eficaz	.713	4	BBNF		.807
Interés en la Agenda del Paciente	.762	4	BBNNFI		.931
Empatía	.824	4	CFI		.943
Participación del Paciente en la Atención	.511	4	RMSEA		.06 (.026 - .086)
TOTAL	.895	16	α Ajustado al Modelo		.900

BBNF: Normed Fit Index; BBNNFI: Non-Normed Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

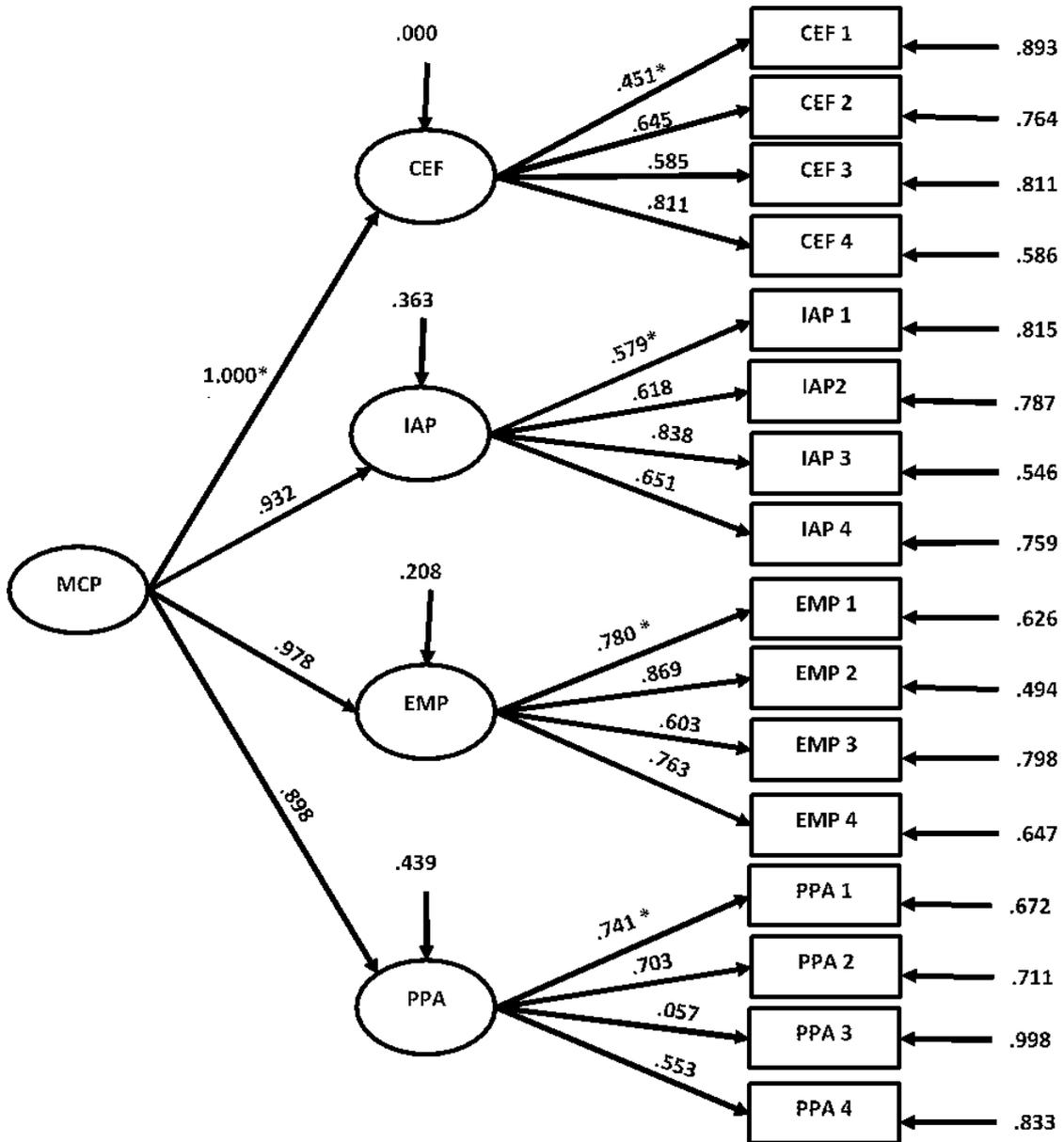


Figura 1: AFC del modelo teórico propuesto para la escala Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ) - Gremigni et al., 2016.

Correlaciones PPRQ y Burnout

Los valores según los análisis de correlación mediante Rho de Spearman (Tabla 4) nos indican la existencia de una relación significativa inversa entre los coeficientes de las competencias de la MCP y las dimensiones de despersonalización y agotamiento emocional, mientras que se observa una relación significativa directa a la realización personal.

Tabla 4. Tabla de correlaciones Rho de Spearman entre las puntuaciones directas de las subescalas del PPRQ y BURNOUT

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización Personal
PD CEF	-.229*	-.484**	.488**
PD IAP	-.223*	-.445**	.482**
PD EMP	-.241*	-.556**	.630**
PD PPA	-.310**	-.490**	.426**

PD CEF: Puntuación Directa Comunicación Eficaz; PD IAP: Puntuación Directa Interés en la Agenda del Paciente; PD EMP: Puntuación Directa Empatía; PD PPA: Puntuación Directa Participación del Paciente

Contrastes PPRQ y Factores socio-demográficos

Únicamente se observan diferencias significativas en la subescala Agotamiento del MBI y los grupos de edad, y en la puntuación total del MBI y esa misma variable (Tabla 5). Concretamente, se observan diferencias en Agotamiento entre los grupos ≤ 40 y >55 ($Z-U_{MW} = -2.016$, $p = .044$) y los grupos $40-55$ y >55 ($Z-U_{MW} = -3.302$, $p = .001$); y se observan diferencias en el Burnout Total entre los grupos ≤ 40 y >55 ($Z-U_{MW} = -2.800$, $p = .005$) y los grupos $40-55$ y >55 ($Z-U_{MW} = -3.148$, $p = .002$). En todos los contrastes significativos, la puntuación del grupo >55 es mayor.

Tabla 5. Contrastes dimensiones escalas PPRQ (a) y MBI (b)

(a)	CEF	IAP	EMP	PPA	MCPTOT
Sexo	-.935 (.350)	-.859 (.39)	-.233 (.816)	-.815 (.415)	-.722 (.471)
Titulación	-.261 (.794)	-.104 (.917)	-.844 (.399)	-.632 (.527)	-.466 (.641)
Edad	1.581 (.454)	4.587 (.101)	2.788 (.248)	.336 (.845)	1.861 (.394)
Ámbito	2.986 (.225)	5.199 (.074)	2.083 (.353)	4.209 (.122)	4.787 (.091)
Medio	.587 (.746)	1.663 (.435)	2.971 (.226)	.849 (.654)	1.427 (.49)
(b)	AE	D	RP	BURNOUT	
Sexo	-1.054 (.292)	-.963 (.336)	-1.505 .132	-.516 (.606)	
Titulación	-.695 (.487)	-.576 (.565)	-.63 .529	-1.113 (.266)	
Edad	10.618 (.005)	4.228 (.121)	2.103 .349	11.858 (.003)	
Ámbito	1.753 (.416)	1.494 (.474)	1.462 .481	.723 (.697)	
Medio	.853 (.653)	.851 (.653)	1.544 .462	1.583 (.453)	

CEF: Comunicación Eficaz; IAP: Interés en la Agenda del Paciente; EMP: Empatía; PPA: Participación del Paciente; MCPTOT: Medicina Centrada en el Paciente Total; AE: Agotamiento Emocional D: Despersonalización; RP: Realización Personal

4. Discusión

Analizados los resultados, podemos determinar que la herramienta propuesta por Gremigni et al. constituye una herramienta válida y constante debido al índice de fiabilidad global que presenta ($\alpha = .895$), el cual indica la constancia de los resultados cuando el proceso de autoevaluación se repite. Del mismo modo, en el artículo original la herramienta asoció estabilidad y buenos índices de fiabilidad, con un coeficiente α de Cronbach de 0.90 (12), con lo que podemos corroborar como válidos dichos resultados.

En cuanto a la relación entre la escala de medición de MCP y el Burnout, se observa que las variables de “Agotamiento Emocional” y “Despersonalización” parecen establecer una relación inversa bastante acusada con las competencias básicas descritas por Gremigni et al. Esto es, cuanto mayor es la puntuación en cada una de estas competencias, menor es la tasa de Agotamiento y despersonalización, lo cual refleja que un alto grado de integración de los conocimientos en MCP parece tener un efecto protector ante las variables negativas de Burnout (26). De la misma forma, parece establecerse una relación directa de las variables de MCP y la Realización personal, lo que se traduciría en una mayor realización personal cuanto mayor es la integración de la Medicina centrada en el Paciente (4).

A priori, estos resultados parecen postular a las esferas que integran la MCP como factores protectores o reductores de desgaste emocional, mental y físico, y arrojan luz sobre otros factores, quizás no tan conocidos, para hacer frente ante el síndrome del burnout.

Por último, en cuanto al análisis de los contrastes, no parecieron existir diferencias significativas en la mayoría de las variables a estudio excepto en dos concretas. Mientras que factores como el sexo, la titulación, el ámbito de trabajo o el medio en el que desempeñan su labor los profesionales no parecieron afectar significativamente a las variables a estudio, tanto el “Agotamiento” como el “Burnout” general sí parecieron mostrar diferencias significativas en función de la edad (7). Pruebas no paramétricas por U de Mann-Whitney revelaron que, a grandes rasgos, las diferencias entre los segmentos de la población parecieron establecerse entre aquellos con un rango de edad mayor a 55 años y aquellos por debajo de dicho rango, siendo las personas de mayor edad las que presentaban un grado de Burnout más acusado.

Este hallazgo parece poseer cierta lógica si entendemos que en los profesionales sanitarios que trabajan bajo ciertas circunstancias, el estrés emocional se tiende a cronificar con el paso del tiempo provocando el síndrome del Burnout (7).

Por lo tanto, se puede afirmar que los profesionales sanitarios de la provincia de Castellón con más de 55 años tienen unos niveles de Burnout mucho mayores que el resto de sus compañeros.

Propuestas a futuro

En caso de querer seguir con las investigaciones relacionadas en torno a la MCP, el artículo que publicó el mismo grupo de trabajo, llamado “The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to assess patient centered care from the patient’s perspective” (25) sería una buena opción a seguir, puesto que este artículo ofrece un cambio de paradigma del mismo objeto de estudio, es decir, se busca comprobar el grado de integración de la MCP en los profesionales sanitarios, solo que esta vez son los propios pacientes los que evaluarían al sanitario. Los ítems utilizados son los mismos que los de este estudio (12), solo que, adaptados al punto de vista del paciente, lo cual, ofrecería un interesante contraste a la hora de contrastar datos entre uno y otro cuestionario.

Limitaciones

Si bien es cierto que el cuestionario mostró ser robusto y replicable, las competencias con las que evalúa la MCP parecen ser al mismo tiempo su punto débil. Pese a que previamente se ha justificado la importancia de las 4 esferas que lo componen, muchos otros artículos señalan a otros componentes como aspectos clave para establecer marcos de trabajo sobre los que formular la investigación en MCP (11). Así mismo, al realizar la revisión bibliográfica, se puede comprobar que una buena parte de los autores parecieron basarse en un número concreto de aspectos (17), ignorando otros que podrían haber tenido repercusiones positivas, quizás por querer estudiar más profundamente aspectos concretos de la MCP, o quizás por lo extenso de las múltiples facetas que la componen.

Conclusiones

El PPRQ se postula como una herramienta de acceso fácil, de rápida cumplimentación y de construcción fiable para analizar el grado de integración de la MCP entre el profesional sanitario. Del mismo modo, unos índices de integración altos obtenidos a través de este cuestionario parecen indicar una mayor protección ante la despersonalización y el agotamiento emocional, al igual que mejora el grado en que los profesionales se sienten más realizados personalmente. Finalmente, la mayoría de los factores parecieron no influir en la significación de las variables. Solo la relación entre la Edad, Agotamiento Emocional y Burnout es suficientemente

significativa, indicando que, a mayor edad, más Burnout parece haber en los profesionales sanitarios.

Agradecimientos

Finalmente, me gustaría agradecer a mi tutor Francisco Herrero Machancoses y a mi compañera Núria Elena Sancho Miralles por todo el apoyo y esfuerzo realizado para hacer que este TFG haya sido posible.

Bibliografía

1. Sacristán JA. Medicina centrada en el paciente, medicina personalizada y medicina de precisión ¿de qué estamos hablando? *Med Centrada en el Paciente Reflexiones a la Cart.* 2018;(June):33–9.
2. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *J Am Med Assoc.* 1996;275(2):152–6.
3. Truog RD. Patients and Doctors — The Evolution of a Relationship. *N Engl J Med* [Internet]. 2012 Feb 16;366(7):581–5. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1110848>
4. Sacristán JA. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Rev Clin Esp.* 2013;213(9):460–4.
5. Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine. *Shaping the Future; Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century.* Institute of Medicine. National Academies Press; 2001. 1–8 p.
6. Joyner MJ, Paneth N. Seven Questions for Personalized Medicine. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2015;314(10):999–1000.
7. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory Manual.* Maslach Burn Invent. 1997;3(May 2016):191–217.
8. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):1–9.
9. Catherine H, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med.* 2011;9(2):155–64.
10. Blanch-Hartigan D. Medical students' self-assessment of performance: Results from three meta-analyses. *Patient Educ Couns.* 2011;84(1):3–9.
11. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018 Dec;18(1):866.
12. Gremigni P, Casu G, Sommaruga M. Dealing with patients in healthcare: A self-

- assessment tool. *Patient Educ Couns*. 2016;99(6):1046–53.
13. Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab RL. Maslach burnout inventory. Palo alto, CA Consult Psychol Press. 1986;Vol. 21:3463–4.
 14. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Heal Expect*. 2018;21(2):429–40.
 15. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient’s agenda: Have we improved? *J Am Med Assoc*. 1999;281(3):283–7.
 16. Brand PLP, Stiggebout AM. Effective follow-up consultations: The importance of patient-centered communication and shared decision making. *Paediatr Respir Rev*. 2013;14(4):224–8.
 17. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301–12.
 18. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):76–84.
 19. Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers’ communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Commun*. 2004;16(3):363–84.
 20. Software IM. EQS – Structural Equation Modeling Software. Multivariate software, Inc.; 2007.
 21. Satorra A, Bentler PM. Model conditions for asymptotic robustness in the analysis of linear relations. *Comput Stat Data Anal [Internet]*. 1990 Dec;10(3):235–49. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0167947390900042>
 22. Yuan K-H, Bentler PM. 3. Multilevel Covariance Structure Analysis by Fitting Multiple Single-Level Models. *Sociol Methodol [Internet]*. 2007 Aug 23;37(1):53–82. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2007.00182.x>
 23. Bentler PM. SEM with simplicity and accuracy. *J Consum Psychol [Internet]*. 2010 Apr;20(2):215–20. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.jcps.2010.03.002>
 24. MacCallum RC, Browne MW, Sugawara HM. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychol Methods [Internet]*.

1996;1(2):130–49. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1082-989X.1.2.130>

25. Casu G, Gremigni P, Sommaruga M. The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to assess patient centered care from the patient's perspective. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):126–33.
26. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: Improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13(1).

Anexo I: Cuestionario Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ)

MBP: CEF - Proporciono información clara a mis pacientes

MBP: CEF - Mantengo un tono tranquilo y calmado cuando me dirijo a mis pacientes

MBP: CEF - Respeto a mis pacientes

MBP: CEF - Presto atención a lo que dicen mis pacientes

MBP: IAP - Me intereso en el estado de salud actual de mis pacientes

MBP: IAP - Trato de explorar los conocimientos que el paciente pueda tener sobre su motivo de consulta

MBP: IAP - Me intereso en las necesidades de mis pacientes

MBP: IAP - Me intereso en lo que el paciente espera del tratamiento

MBP: EMP - Trato de comprender las emociones de mis pacientes

MBP: EMP - Trato de escuchar a mis pacientes

MBP: EMP - Puedo ponerme en el lugar de mis pacientes

MBP: EMP - Trato que los pacientes se sientan cómodos cuando he de establecer contacto físico

MBP: PPA - Doy tiempo suficiente al paciente para hablar y preguntar sobre su motivo de consulta

MBP: PPA - Pregunto al paciente para que pueda expresar su punto de vista

MBP: PPA - Trato de animar al paciente y mostrarme optimista

MBP: PPA - Doy la oportunidad al paciente de dialogar y decidir juntos las “cosas a hacer”

Anexo II - Maslach Burnout Inventory (MBI)

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.

Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.

Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

Trato muy eficazmente los problemas personales.

Me siento quemado por mi trabajo.

Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas

Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente.

Me siento muy activo.

Me siento frustrado en mi trabajo.

Creo que estoy trabajando demasiado.

Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes.

Trabajar directamente con las personas me produce estrés.

Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.

Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.

He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

Me siento acabado.

En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.

Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

Anexo III- Resolución de la Comisión Deontológica



Beatriz Susana Tomás Mallén, secretaria de la Comisión Deontológica de la
Universitat Jaume I de Castellón de la Plana,

CERTIFICO; que la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I ha emitido
informe sobre el proyecto con número de expediente "CD/10/2021" Medicina basada
en la evidencia y centrada en el paciente. Percepciones del personal sanitario
colegiado en Castellón de la Plana., presentado por Francisco Herrero Machancoses,
por considerar que cumple con las normas deontológicas exigidas.

Castellón de la Plana, 18 de febrero de 2021