

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA

PRESENTADO POR ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

ESTE FORMATO DEBERÁ REQUISITARSE EN ESTRICTO APEGO AL INSTRUCTIVO CORRESPONDIENTE SIN DEJAR NINGÚN APARTADO EN BLANCO.

1.- Título del Proyecto: Se deberá señalar el tema central de la investigación u objeto de estudio relacionado con uno de los cinco temas prioritarios señalados en la convocatoria, deberá ser claro, breve y preciso, así como delimitar el marco espacio temporal

CALIDAD DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE Y SU IMPACTO SOBRE EL CONTROL CLINICO DE INDIVIDUOS CON SINDROME METABOLICO: EFICACIA DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN BIOETICA CON ENFOQUE PARTICIPATIVO Y REFLEXIVO

2.- Tema prioritario que abordará y componentes a través de los cuales se desarrollará el proyecto de investigación: En este apartado deberá seleccionar en primera instancia, uno de los cinco temas prioritarios, como tema principal del Proyecto para posteriormente elegir un apartado de cada uno de los cuatro componentes, mediante los cuales se abordará el tema principal, a fin de contribuir a la mejora de la calidad.

COMPONENTES		TEMAS PRIORITARIOS				
		Mejora de la calidad en la atención materna y perinatal	Mejora de la calidad en la atención al paciente con síndrome metabólico	Mejora de la calidad en la atención al paciente con Cáncer Cérvico Uterino	Mejora de la calidad en la atención al paciente con Cáncer de Mama	Mejora de la Calidad en la salud mental
1.- Dimensión Técnica de la Calidad	1.- SEGURIDAD DEL PACIENTE Metas Internacionales (modificado de Joint Commission): <i>1.1. Identificar correctamente a los pacientes</i>					
	<i>1.2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales</i>					
	1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos 1.3.1 Uso Racional de Medicamentos 1.3.2 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo 1.3.3 Disminución de riesgos por alergia a medicamentos 1.3.4 Prevención de errores en las etapas del proceso de medicación					
	1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto					
	1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica 1.5.1 Bacteriemia Zero: Reducción de infecciones asociadas a catéter 1.5.2 Reducción de Neumonía asociada a ventilador 1.5.3 Reducción de infecciones asociadas a vías urinarias 1.5.4 Reducción de infecciones asociadas a herida quirúrgica					
	1.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas					
	Gestión de riesgos.					
	2.- MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A TRAVÉS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.					
	3.- PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. 3.1 Clínica de heridas y ostomías					
	4.- CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA.					
5.- CUIDADOS PALIATIVOS						
Dimensión Interpe de	6.- PARTICIPACIÓN CIUDADANA: AVAL CIUDADANO					
	7.- SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD					

	8.- CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA					
3.-Efectividad Clínica	9.- CONTROL DE DIABETES					
	10.- CONTROL DE HIPERTENSIÓN					
	11.- DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER DE MAMA, CÁNCER CÉRVICO UTERINO					
	12.- DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE ENFERMEDADES MENTALES					
4.- Acceso Efectivo	13.- REDES DE ATENCIÓN					
	14.- RED DE URGENCIAS					
	15.- EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD.					
	16.- APOYO A LA ACREDITACIÓN					
	17.- MODELO DE GESTIÓN PARA LA CALIDAD TOTAL					

3.- Introducción: Deberá sintetizar de manera precisa y discursiva sin necesidad de abundar a fondo, y solo mencionar los siguientes elementos que intervienen en la investigación: tema u objeto de estudio, relevancia, metodología, resultados, así como sus alcances espacio temporales; lo anterior a fin de contar con una panorama general de la investigación.

El rápido progreso científico y tecnológico de la medicina así como la sobrecarga de trabajo, que no siempre es remunerado acorde con la responsabilidad y el saber del profesional médico, han conducido a la deshumanización de la profesión médica. (Bascuñan, 2005). Estas condiciones han conducido a quejas por la falta de compromiso, responsabilidad profesional y social limitada, una inadecuada relación médico–paciente, problemas de actitud en sus actividades diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, que no siempre están acordes con la ética (Girón et al, 2002; Guix et al.; Lavielle-Sotomayor et al., 2008). Esta asignatura de ética o bioética se encuentra en el currículo en pocas escuelas y facultades de medicina (Gutiérrez Samperio, o, 2009). A este respecto, en un intento por corregir este hecho, el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) propuesto por la UNAM y adoptado por otras escuelas y universidades, incluye a la bioética como una asignatura formal. Sin embargo, su impartición se lleva a cabo en forma tradicional, es decir con desvinculación de la teoría y la práctica, por lo que no se ha logrado un cambio de conducta evidente en los nuevos médicos ante una sociedad cambiante (Lifshitz y García, 2006).

La formación del médico en la técnica didáctica tradicional, memorística y pasiva, en la que no existe la discusión y la reflexión, impide tener una visión holística del individuo enfermo y del sano (Morín, 2006 y Viniegra 2008); por otra parte, la necesidad imperiosa de adquirir un bien monetario o profesional y el poco interés en las ciencias humanísticas, impide la adquisición de los valores morales de la profesión médica.

Estos hechos, nos han llevado a lo que expresa Pereyra en su estudio publicado en 2009, en el cual refiere que en la actualidad estamos viviendo una crisis en la relación médico-paciente, y es necesaria una reflexión profunda de modo que entendamos las causas originales de esta crisis. Ahora bien, las enfermedades crónico degenerativas son la principal causa de mortalidad tanto en países desarrollados como en aquellos con economías emergentes. Por ello, el manejo apropiado y la prevención primaria y secundaria de sus complicaciones es de primordial importancia.

Es bien conocido que los profesionales de la salud que trabajan en centros de atención primaria y secundaria tienen un papel fundamental en su manejo. Sin embargo, en la práctica real, la adherencia de los pacientes a las recomendaciones terapéuticas recomendadas es escasa. La respuesta del paciente a intervenciones conductuales orientadas a mejorar la adherencia terapéutica depende también de las actitudes de los miembros del equipo de soporte en atención primaria, como médicos, enfermeras, nutricionistas, etc.

No es fácil motivar al paciente para que cambie su estilo de vida. El entorno de la práctica de

atención primaria (tiempo, espacio físico, recursos) limita la comunicación entre el paciente y su equipo de salud. Además, la eficacia del tratamiento depende en gran medida de la confianza del paciente tanto en su equipo de salud como en la medicación recibida. Desafortunadamente, muchos médicos consideran la esfera emocional del paciente como desligada de su marco de intervención y competencia.

Por esta razón se considera necesario conocer y valorar la actitud del personal de salud del Hospital General 450 con respecto a la relación médico-paciente y evaluar el impacto de esta sobre los resultados clínicos de control en el paciente con síndrome metabólico. Así mismo, se planeó este estudio con el objetivo de evaluar el cambio de actitud en la relación médico-paciente por medio de una estrategia educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo.

4.- Antecedentes: Síntesis de las investigaciones o trabajos realizados sobre el tema, con el fin de dar a conocer cómo ha sido tratado y qué se sabe del mismo. Son el punto de partida para delimitar el problema, en la medida en que permite aclarar la problemática en que se ubica la investigación propuesta.

El humanismo forma parte importante en la esencia del médico, se refiere a la actitud médica en la que una persona debe ser considerada en función no sólo de sus características biológicas, sino también de los aspectos psicológicos espirituales y sociales. Por lo que es importante retomar los aspectos que caracterizan a un ser humano e incorporarlos a la práctica de la medicina; lo que condiciona la relación entre el médico y el paciente (González, 2009)

Pereyra (2009) refiere que en la actualidad estamos viviendo una crisis en la relación médico-paciente, y es necesaria una reflexión profunda de modo que entendamos las causas originales de esta crisis.

En primer término se requiere definir la relación médico-paciente, Alcota Garza et al., (2005) la definen como el intercambio de información entre ambos, respecto al proceso salud-enfermedad, y toman como la piedra angular de la práctica médica, la confianza, la empatía, el compromiso, así como una comunicación eficiente (González y León, 2009; Hernández Torres et al., 2006). Dentro de esta relación la empatía, y la buena comunicación, permiten que el médico obtenga una impresión diagnóstica más correcta, una mejor alianza terapéutica una mejor satisfacción, confianza y aceptación del paciente hacia su médico (Alcorta-Garza et al., 2005; Bascuñán, 2005; Carvajal et al., 2004; Kane et al., 2007; Hojat et al., 2011).

El médico debe lograr el acercamiento afectivo con el enfermo de manera que el paciente perciba que éste lo trata como persona, que entiende sus sentimientos, y la situación por la que está pasando, que no lo ve como un portador de enfermedad, al que tiene la obligación de atender, y a esto se le conoce como empatía. Las organizaciones educativas y profesionales recomiendan reconocerla, no sólo en futuros médicos sino también en médicos ya dedicados a la práctica profesional como un aspecto esencial en la medicina (Alcota-Garza, 2005; Kane, 2007; Rojas-Serey et al., 2009).

A pesar de esto, todavía se ve dentro del área médica, un declive en los aspectos humanísticos de la medicina, donde el profesional no sabe tomar decisiones adecuadas en relación a los dilemas éticos que se le presentan en su quehacer diario, y la relación médico paciente cada vez se deteriora más, el paciente se queja de no ser escuchado por su médico, de no recibir un trato digno por parte de éste, de no recibir información completa y clara sobre su padecimiento y el manejo del mismo, refiere que muchos de los médicos de la actualidad, no son empáticos, y no son respetuosos con ellos (Oseguera Rodríguez, 2006).

En relación a lo anteriormente mencionado, la relación de los médicos con sus enfermos es el primer y más importante tema que se les debe enseñar a los diferentes actores que integran el equipo de salud, sin embargo, es un tópico sumamente descuidado (Altamirano et al., 2006).

5.- Planteamiento del problema: Es la exposición detallada del tema de investigación y de los elementos que lo constituyen, así como su relación e interacción; es recomendable que en la redacción de este punto se dé respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué? El Hecho
- ¿Cómo? El modo
- ¿Por qué? La causa
- ¿Dónde? Lugar
- ¿Cuándo? Periodicidad

Recientemente se ha documentado una progresiva e infrenable afectación de la valiosa relación entre el personal de salud y sus pacientes. Este hecho impacta de manera preocupante en los indicadores de satisfacción de los usuarios, satisfacción también del personal de salud y sobre todo en la calidad de la atención y los resultados esperados de esta.

Las causas de esta problemática son incontables: Exceso de trabajo, deshumanización de la medicina a consecuencia del avance tecnológico, trabajo mal remunerado, insatisfacción laboral, falta de oportunidades de crecimiento institucional para el personal de salud, etc.

Cualquiera que sea, el resultado es indudablemente el mismo: Insatisfacción de los usuarios que repercute de manera directa en factores relacionados con el manejo de su enfermedad: Falta de adherencia al tratamiento, descontrol metabólico, afectación de la autoestima del paciente, infravaloración, etc.

Estos elementos han sido descritos en diversas unidades de atención médica a lo largo de nuestro país y Durango no es la excepción a esta problemática. Por lo que se propone realizar una intervención en busca de imoactar de manera favorable en la misma y buscar alternativas de solución que puedan posteriormente implementarse en otras unidades hospitalarias.

6.- Diagnóstico situacional: Es la identificación y análisis descriptivo de la situación actual de la problemática que se pretende solucionar. Dicha descripción deberá estar sustentada con datos, cifras o herramientas que permitan la detección de las causas que la originaron, así como su prioridad de solución frente a otras problemáticas de la organización.

En el contexto internacional, León y cols (León et al, 2009) realizaron un estudio cualitativo en pacientes hospitalizados en el piso de medicina interna para valorar su percepción sobre los problemas éticos que se presentan en la relación médico-paciente. Los problemas reportados con mayor frecuencia fueron la falta de información respecto a la solicitud del consentimiento informado, entrega y nivel de información, recursos, tiempo de atención, autodeterminación del paciente, proporcionalidad del tratamiento y problemas con la intimidad en otros pacientes.

A nivel nacional, en la ciudad de México, Rivera y cols. (Rivera Cisneros et al., 2003) reportaron los resultados de un estudio de investigación en residentes de diferentes especialidades médicas sobre el impacto de una intervención educativa para mejorar la comunicación humana en la práctica médica. En este estudio se encontraron que un 80% de los sujetos participantes presentaron importantes deficiencias de conocimiento y habilidades de pensamiento para la comunicación clínica.

Por otro lado, otro estudio reportado también en nuestro país identificó los factores de riesgo asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. A este respecto, los resultados obtenidos permitieron identificar que la información deficiente por parte del médico presentó un OR de 2.64, alta voluntaria por mala

relación médico paciente con un OR de 7.2, falta de vigilancia durante la hospitalización un OR de 19.12 (Peña-Viveros R, 2004).

Hall y colaboradores en 2007 compararon la satisfacción del paciente tanto en usuarios atendidos en unidades médicas de México y de Estados Unidos. A este respecto, se observó que en ambos países los problemas percibidos por los pacientes fueron los mismos. El uso de términos médicos (y malentendidos), afecta mucho la percepción del paciente acerca del interés del médico en su atención. Así mismo las interrupciones durante la consulta tienen mucho que ver con la comunicación y la relación médico-paciente y por consecuencia con el éxito de la consulta.

Un estudio más, realizado por investigadores mexicanos en la ciudad de Querétaro, evaluó las características humanísticas del médico solicitadas por la sociedad en Querétaro. Los pacientes consideraron como características importantes que un médico debe tener: el trato amable, el ser escuchados, la información clara y completa sobre su padecimiento, así como tomar en cuenta los puntos de vista del enfermo, así mismo que los revisen, que sean sensibles y cálidos, y de acuerdo a esto se debe considerar al humanismo como conductas en lugar de rasgos de personalidad o carácter (Oseguera-Rodríguez, 2006).

7.- Justificación del proyecto: Describir las razones que fundamentan la metodología utilizada para la ejecución del proyecto, así como los argumentos que justifiquen la elección de los componentes a través de los cuales se dará atención al tema prioritario.

El médico debe lograr el acercamiento afectivo con el enfermo de manera que el paciente perciba que éste lo trata como persona, que entiende sus sentimientos, y la situación por la que está pasando, que no lo ve como un portador de enfermedad, al que tiene la obligación de atender, y a esto se le conoce como empatía. Las organizaciones educativas y profesionales recomiendan reconocerla, no sólo en futuros médicos sino también en médicos ya dedicados a la práctica profesional como un aspecto esencial en la medicina (Alcota-Garza, 2005; Kane, 2007; Rojas-Serey et al., 2009).

A pesar de esto, todavía se ve dentro del área médica, un declive en los aspectos humanísticos de la medicina, donde el profesional no sabe tomar decisiones adecuadas en relación a los dilemas éticos que se le presentan en su quehacer diario, y la relación médico paciente cada vez se deteriora más, el paciente se queja de no ser escuchado por su médico, de no recibir un trato digno por parte de éste, de no recibir información completa y clara sobre su padecimiento y el manejo del mismo, refiere que muchos de los médicos de la actualidad, no son empáticos, y no son respetuosos con ellos (Oseguera Rodríguez, 2006).

La realización del presente proyecto permitirá aportar estrategias efectivas para mejorar la actitud del personal de salud con relación a la importante de proteger una asertiva relación entre el médico y sus pacientes.

De manera adicional a través de la realización del presente proyecto se obtendrá información útil para la toma de decisiones en salud en nuestro Hospital General 450, al generar bases de datos sobre satisfacción del usuario, satisfacción del propio personal de salud y el impacto de estos sobre el control metabólico de los pacientes atendidos por diagnóstico de síndrome metabólico.

8.- Marco teórico: En este apartado se deberá presentar el marco de referencia que fundamenta la investigación, en donde se analice y exponga los enfoques teóricos y metodológicos que se consideren pertinentes para abordar el objeto de estudio y argumenten la adopción de algún enfoque particular.

Méndez et al., (2003) define a la actitud como “Un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Morales et al., (2003), la entiende como un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinados estímulos.

Sin embargo, a pesar de que esta definición es bastante completa, se puede asumir que la actitud constituye también una forma de orientación del proceder de las personas, dependiente de la norma grupal y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido.

Otros autores plantean un concepto diferente, en donde las actitudes dirigen las conductas con poca intervención del pensamiento, en forma automática, de esto, se desprende la influencia clave del hábito en la relación entre actitud y conducta en los hábitos. Así, el hábito se define como aquellas conductas que se originan en situaciones particulares de forma tan automática, tan es así que las personas se encuentran en medio de la acción antes de darse cuenta de que han actuado. Son automáticas y no requieren esfuerzo consciente (Llorens et al., 2004).

Tomando el ámbito laboral relacionan a la actitud directamente con la organización de la institución, el estatus y el rol del profesional así como la relación entre los distintos profesionales, otros médicos, enfermeras y trabajadores sociales (Ramírez et al., 2008).

Si bien la actitud no determina la conducta, su estudio es importante ya que existe una estrecha relación entre ambas, al actuar sobre la primera es posible controlar o aun cambiar la conducta final (Ramírez et al., 2008). Las actitudes pueden resultar positivas o negativas, según faciliten u obstruyan el desempeño laboral, una actitud positiva al enfrentar una nueva tarea en el trabajo es una oportunidad de desarrollo y crecimiento tanto personal como laboral, mientras que una actitud negativa es un obstáculo latente para quien la presenta y para quienes están alrededor de quien la presenta (Bellon, 2001).

De acuerdo a lo anteriormente dicho, el cambio de actitudes del personal es un elemento fundamental para lograr el éxito de cualquier tipo de organización.

El estudio sobre el comportamiento humano ha sido y es el interés de diferentes ciencias que comparten un objetivo común, el de comprender e interpretar los porqués de las actuaciones de los seres humanos, para orientar su comportamiento dentro de los requerimientos que impone la sociedad, de ahí que, en el centro de sus análisis se hallen los conflictos y las soluciones entre el ser y el deber ser, y derivado de ello, entre el saber hacer y el saber ser y el valer (Ramos-Rodríguez, 2008; Girón et al., 2002).

En relación a la premisa de que las actitudes juegan un papel importante en la conducta de un individuo ante una determinada situación, objeto o persona, este actuar diario del médico ante el humanismo, se deteriora cada vez más, ya que los avances científicos y tecnológicos aplicados a la medicina han colocado al médico ante situaciones, que hacía poco tiempo se consideraban terreno de la ciencia ficción, lo que a su vez lo ha enfrentado a responsabilidades que no tenían contempladas, ya que en la actualidad, surgen cuestiones muy diferentes a las que se existían en los tiempos de Hipócrates, que van desde la concepción hasta la muerte, apoyados por argumentos de la eugenesia, eutanasia y la importante relación médico-paciente, pero con una carga afectiva humana social, política y ética (Genina, 1996). Esto ha ocasionado que las conductas del médico con el paso del tiempo se encuentren en constante cambio, ya que ciertas reglas morales se han modificado de un país a otro; como el caso de la aprobación de la eutanasia en algunos países, los trasplantes de órganos, la reproducción asistida, el daño

yatrogénico, la investigación en seres humanos y distribución de recursos económicos para la salud, la ingeniería genética y más actualmente el genoma humano, así como la tecnología que está por venir, ciertamente en muchos aspectos son avances científicos y tecnológicos favorables para la humanidad, pero por otra parte también pueden ser causa de la aparición de dilemas bioéticos (Kuthy-Porter, 2003).

Además de esto, la medicina es cada vez, mas especializada, y aunque en muchos de los casos, esto permite la resolución de problemas específicos de salud, así mismo puede crear un problema al dejar de ver al enfermo como un todo, como ser bio-psico-social, sin embargo, se pone mas atención a la enfermedad, en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y se olvida la visión del enfermo como ser humano, como un ser único e irrepetible, que interactúa continuamente con otros seres humanos, el ambiente y la sociedad, de la cual forma parte (Gutiérrez-Samperio et al., 2003).

Por otra parte la profesión médica puede tener diferentes fines, puede ser el resultado de una genuina vocación médica cuya base es la filantropía, o bien resolver un problema técnico o científico, lo cual tiene mérito, pero es altamente criticable, si es el único motivo; también puede ser por el afán del médico de ganar prestigio o dinero, lo que lo convierte en un negociante de la medicina (Altamirano et al., 2006).

Si a esto le aunamos un sistema de salud de primer nivel de atención burocrático, muchas veces frío, de consulta rápida, por el gran número de pacientes por atender, con mucha frecuencia no hay insumos necesarios; o los enfermos tienen que acudir a otras unidades por sus medicamentos, trámites en muchos sitios con una tardanza extrema, ya que lo citan a determinada hora, y lo atienden muchas horas después, podemos entender por qué se genera una relación médico-paciente inadecuada (Altamirano et al., 2006; Bascuñán, 2005).

En este contexto se inserta el presente proyecto de investigación operativa, enfrentando la problemática comentada a través del uso de una intervención educativa. A este respecto, la educación al igual que todas las instituciones educativas nacidas en la modernidad, enfrentan un reto muy importante que es ajustar las funciones y prácticas a las demandas sociales de nuestro tiempo. Desafortunadamente, muchos de los profesores y autoridades, pretenden de una manera por demás ingenua que la relación médico paciente y la ética se aprendan en los congresos, simposios, conferencias magistrales (Altamirano et al., 2006).

Ahora, bien ¿qué debe saber el personal de salud acerca de la bioética? ¿quién debe enseñarla? ¿cuándo y en dónde enseñarla? ¿cómo se debe enseñar?. Es importante que esta ciencia se enseñe como una materia integral con contenidos que permitan inducir cambios profundos y duraderos (Kuthy- Porter, 2003). Para poder conseguir estos cambios, es importante que se pueda llegar a un punto de reflexión, donde lejos de una escuela tradicional totalmente pasiva y memorística (Medina-Rodríguez et al, 2009), pueda llegarse a la reflexión por medio de la experiencia vital, la crítica, y la autocrítica.

Dentro de estos enfoques derivados de los principios epistemológicos surgen ideas pedagógicas propias de la educación participativa, opuestas a los presupuestos de la educación tradicional como crítica de la experiencia donde el auténtico aprendizaje es ser protagonista de su propio conocimiento. La experiencia reflexiva es la vía de acceso a la elaboración del conocimiento. Se propone el concepto de experiencia vital para referirse al conjunto de vínculos con gran significado afectivo que caracterizan a cada persona en su relación con el mundo (Viniegra, 2008).

El aprendizaje significativo es un proceso que permite al alumno enriquecer sus conocimientos por medio de los temas que le sirvan para la vida diaria, por medio de sus experiencias, necesidades, gracias a esto, encuentra en este conocimiento una explicación práctica y por lo que adquiere significado en su vida personal. Se apoya en técnicas vivenciales y motivadoras en las que se aprovechen las experiencias individuales y entren en interacción con las del resto del grupo (Díaz-Barriga y Hernández-Rojas, 1999). Consiste en incorporar y asimilar los conocimientos, respuestas, valores conductas y actitudes, para así enriquecerse de estos. Este

tipo de aprendizaje requiere motivaciones, intereses y predisposiciones del educando; en esta premisa, el que aprende es crítico, y trabaja activamente para atribuir los significados (Rodríguez-Palmero, 2004).

Modalidades educativas de tipo participativo Dentro de los modalidades educativas con las que se puede apoyar para que el alumno adquiriera la capacidad de crítica de reflexión y propuestas se encuentran las siguientes:

Estudio de caso: Es una técnica didáctica que identifica y analiza la situación específica de una realidad concreta, planeando colectivamente soluciones, alternativas que promueven un cambio, se requiere conocer la situación a profundidad, narrar claramente la situación describiendo por escrito el contexto general y el problema particular. Introduce al tema mediante la lectura reflexiva, para introducir cambios, presentar informes, síntesis, conclusiones y aprendizaje (Torres et al., 2003).

Sociodrama: Esta estrategia permite al alumno ampliar la percepción de varios aspectos de la comunicación que inciden en las interacciones humanas, brinda una nueva perspectiva de lo que sería la realidad si se incluyeran otros cambios específicos en las interacciones personales (Torres et al., 2003).

Presentación interactiva: La interacción entre los alumnos sirve para compartir nuevos conocimientos teóricos y/o técnicos sobre algún tema en específico, por lo que se requiere dominar el tema, organizar los puntos, realizar un resumen y entregarlo, lo que le permita la reflexión por segmentos, así como identificar cambios para incorporarlos a la práctica cotidiana (Torres et al., 2003).

Demostración: Esta técnica ayuda al profesor demostrar las etapas o fases de un procedimiento técnico-médico, por lo que se requiere planear el procedimiento a realizar, dominar la teoría y la práctica del procedimiento, contar con el instrumental y recursos necesarios para hacer dicha demostración (Torres et al., 2003).

Trabajo en pequeños grupos: Una estrategia didáctica que permite el trabajo en equipo, la discusión y la interacción de los alumnos es esta, ya que permite desarrollar tareas específicas de carácter teórico o práctico, reflexionar sobre un tema determinado, por lo que se requiere de la elaboración de un material necesario para dar las instrucciones correspondientes a cada grupo (Torres et al., 2003).

9.- Objetivo general: Es el enunciado que expresa el propósito o intención de la investigación, así como la meta que se pretende lograr y los alcances de la misma. El objetivo general y la pregunta de investigación que da lugar a la hipótesis deberán estar relacionados, por lo tanto deben ser coherentes entre sí.

Evaluar la eficacia de una intervención educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo para mejorar la calidad de la relación médico-paciente y el control clínico de individuos con síndrome metabólico

10.- Objetivos específicos: Deberán describir lo que se pretende realizar para lograr el objetivo general, y presentarse en una secuencia lógica y conectada, es decir deberán ser logros parciales que en su conjunto permitan garantizar la consecución de la investigación. Deben ser claros, congruentes, factibles y medibles a través de las metas e indicadores definidos en el apartado correspondiente.

1.- Evaluar en condiciones basales las actitudes del personal de salud con relación a la relación

médico-paciente

2.- Implementar una intervención educativa basada en bioética con un enfoque participativo y reflexivo dirigida a promover un cambio de actitud y una elevación de la calidad en la relación médico-paciente

3.- Evaluar la efectividad de la intervención a través de la medición de 3 indicadores: 1) La repetición de las evaluaciones sobre actitudes del personal sobre la relación médico-pacientes y 2) Biomarcadores de control metabólico en el paciente con síndrome metabólico y 3) Aplicación de escalas para evaluar satisfacción del usuario

9.- Hipótesis: deberá ser definida como una suposición o conjetura que pretende constituirse como posible respuesta o explicación tentativa del objeto de estudio, permite la relación entre la teoría y la observación, y debe ser formulada como proposición que incluya al menos dos variables.

La aplicación de una intervención educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo es eficaz para mejorar la calidad de la relación médico-paciente y el control clínico de individuos con síndrome metabólico

6.- Metodología: Es el esquema global que indicará cómo se alcanzarán los objetivos, y deberá mostrar de manera precisa, ordenada, sistemática y coherente los procedimientos y técnicas que se utilizarán para alcanzar los objetivos propuestos, así como, se especificará cuál será el diseño experimental y/o método estadístico empleado. La metodología debe reflejar la estructura lógica y el rigor científico del proceso de investigación.

Diseño: Estudio cuasi-experimental de tipo antes y después, en el cual se incluirá a todo el personal de salud del Hospital General 450 (personal médico, de enfermería, nutriólogos, residentes de medicina interna, urgencias, ortopedia, cirugía y anestesiología).

Se les aplicarán dos instrumentos de evaluación:

1. Auto-evaluación por medio de la escala de Jefferson modificada y validada en México en el año 2005, diseñada para medir las actitudes de profesionales de la medicina, cuenta con 20 reactivos tipo Likert que va desde totalmente de acuerdo a totalmente desacuerdo, tiene una consistencia interna de 0.74, y un alfa de Cronbach de 0.79.

Incluye 3 dimensiones:

- 1) "Toma de perspectiva" que corresponde a los ítems que van del 1 al 10, y está relacionada con: a) La comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico; b) Comprensión de los sentimientos de los familiares del paciente como medio para establecer buenas relaciones; c) Atender al paciente desde su perspectiva; d) Mantener un buen sentido del humor; e) Valorar el lenguaje verbal y no verbal del paciente y e) Considerar a la empatía como una habilidad médica y como una estrategia terapéutica en sí misma

- 2) "La atención por compasión" que corresponde a los ítems que van del 11 al 17 y está relacionada con: a) Poner atención a las experiencias personales de los pacientes como elementos importantes en la efectividad del tratamiento; b) Conocer que es lo que pasa en la vida del paciente para conocer su relación con su dolencia física; c) Entender que su formación como profesional debe ser integral y d) Poner atención a los sentimientos del paciente en la entrevista médica.

- 3) "La habilidad para ponerse en los zapatos del paciente" que corresponde a los ítems 18, 19 y 20, que contempla: a) El comprender la importancia en la clínica en las interrelaciones

sentimentales del paciente con sus familias son importantes en la clínica médica; b) Ver las cosas desde el contexto de paciente y c) Debe ser comprensivo con su paciente a pesar de ser distinto al él (Sánchez, 2009).

2. El segundo instrumento que se aplicará será la escala de Jefferson para pacientes , modificada aumentando de 9 a 14 ítems. Las tres dimensiones que incluye esta escala son: 1) "Toma de perspectiva"; 2) "Atención por compasión" y las preguntas relacionadas con "la habilidad para ponerse en los zapatos del paciente". Posee una confiabilidad de 0.8 de alfa de Cronbach, y mide la percepción que tiene el paciente sobre la empatía y comunicación con el médico que la atendió. Este instrumento se aplicará a los pacientes atendidos por los médicos durante la consulta.

Un mes posterior a la aplicación de los instrumentos se llevará a cabo una estrategia educativa con un enfoque de tipo participativo y reflexivo. Esta constará de 16 sesiones, con una duración de 2 horas por sesión lo que da un total de 32 horas. Dentro de la metodología didáctica se realizarán técnicas con enfoque participativo y reflexivo basado en la crítica de la experiencia. Al inicio del curso se le entregará a los participantes el material bibliográfico junto con las guías de estudio. Éstas últimas incluirán preguntas que permitan la capacidad de crítica, la reflexión sobre la práctica actual de la medicina y la actitud deshumanizada del médico, así como la proposición de alternativas ante determinada situación. Dentro de las sesiones se utilizaran técnicas diferentes tales como foros de discusión del documento previamente leído, con guía de lectura contestada, sociodramas, taller de autoimagen, películas con temas bioéticos con discusión dirigida, debates, casos clínicos bioéticos problematizados y su discusión, talleres con realización de un video final relacionado con una consulta que favorezca la relación médico paciente.

De manera adicional, los residentes serán asesorados también en consulta, en donde se le invitará a la reflexión sobre la forma de dar su consulta en relación a la empatía con el paciente, el lenguaje utilizado tanto verbal como no verbal, el pudor del enfermo, la utilización del lenguaje técnico-médico y la repercusión en la relación médico-paciente, el tiempo utilizado para la tribuna libre, las explicaciones al paciente sobre la enfermedad y la toma de sus medicamentos tomando en cuenta el contexto del paciente, la privacidad de la consulta.

Un mes posterior a la finalización del curso se aplicarán nuevamente los instrumentos antes mencionados y se promediarán los resultados obtenidos para poder determinar la actitud y compararlos con los obtenidos antes de la intervención educativa.

Análisis estadístico Se realizará un análisis estadístico univariado, el que incluirán medias y desviaciones estándar, además de un análisis bivariado, por medio de la t pareada con una significancia < 0.05 para la comparación de antes y después.

12y 13.- - Metas e Indicadores Deberá registrar la información en la tabla correspondiente para cada indicador, de acuerdo a lo siguiente:

Metas. Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y que permitirán medir el grado de avance y cumplimiento de los mismos. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recurso humanos y financieros, por lo que se deberá hacer referencia concreta al cuánto y al cuándo, y mediante su definición se deberá garantizar un avance de las mismas de al menos un 50% de cumplimiento al primer semestre.

Indicadores. El indicador permitirá medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas en el proyecto y deberá contener los siguientes elementos para su adecuado seguimiento y evaluación:

- **Nombre del Indicador.**- Deberá señalarse la denominación precisa con la que se distingue al indicador. Debe ser claro, entendible y consistente con el método de cálculo.
- **Definición del indicador:** Se debe explicar brevemente y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Debe precisar qué se quiere medir del objetivo al que está asociado (no debe repetir el nombre del indicador).
- **Método de cálculo.** Será la expresión numérica del indicador y determinará la forma en que se relacionan las variables establecidas para el mismo. La fórmula deberá estar compuesta por un numerador que represente los eventos observados y un denominador que describa los factores de referencia; el numerador y denominador se diferenciarán entre sí al momento de su registro con una diagonal (/).
- **Unidad de medida.** Será la forma en que se quiere expresar el resultado de la medición al aplicar el indicador; deberá estar relacionada invariablemente con el método de cálculo y los valores expresados en la línea base y las metas.
- **Frecuencia de medición.** Se hará referencia a la periodicidad con que se realizará la medición del indicador (será importante considerar que los informes de seguimiento solicitados a nivel federal serán de frecuencia trimestral)
- **Sentido del indicador.** Se hará referencia a la dirección que debe tener el comportamiento del indicador para identificar su desempeño. Cuando el sentido es ascendente, la meta siempre será mayor a la línea base y si el resultado es mayor al planeado, representará un desempeño positivo. Cuando el sentido es descendente, la meta siempre será menor a la línea base y si el resultado es menor a la meta planeada, representará un desempeño positivo.
- **Línea base.** Será el valor del indicador que se establece como punto de partida para evaluarlo y darle seguimiento.
- **Parámetros de semaforización.** Deberá establecerse los parámetros de semaforización que identifiquen si el cumplimiento del indicador fue el adecuado o esperado. Mediante los parámetros se indicará cuando el cumplimiento del indicador es: aceptable (verde), con riesgo (amarillo) y Crítico (rojo)
- **Medios de verificación.** Indican las fuentes de información que se utilizarán para medir y verificar el cumplimiento de los indicadores, esta información podrá ser tomada de sistemas de información, reportes diarios, libretas de registro, entrevistas, bitácoras, etc.

Indicador 1

Meta	90%				
Indicador					
Nombre	Percepción de la satisfacción del usuario				
Definición	Será evaluada mediante la Escala de Jefferson de percepción del paciente				
Dimensión	(Número de usuario satisfechos/total de la muestra) x 100				
Método de cálculo	Técnica de la calidad				
Unidad de medida	Porcentaje	Sentido	Ascendente	Frecuencia de medición	En cada consulta o visita al hospital
Línea base	30%				
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre	
	25%	50%	75%	100%	
Parámetros de semaforización	Verde		Amarillo		Rojo
	90%		75%		50%

Indicador 2

Meta	90%				
Indicador					
Nombre	Nivel de Satisfacción del personal de salud				
Definición	Encuesta de Satisfacción del personal de salud				
Dimensión	Técnica de la calidad				
Método de cálculo	(Número de usuario satisfechos/total muestra) x 100				
Unidad de medida	Porcentaje	Sentido	Ascendente	Frecuencia de medición	Al inicio y al término del estudio
Línea base	30%				
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre	
	25%	50%	75%	100%	
Parámetros de semaforización	Verde		Amarillo		Rojo
	90%		75%		50%

Indicador 3

Meta	50%				
Indicador					
Nombre	Control metabólico del paciente con síndrome metabólico				
Definición	Mediciones somatométricas y biomarcadores bioquímicos de control metabólico				
Dimensión	Interpersonal de la calidad				
Método de cálculo	(Número de pacientes controlados/Total de pacientes con síndrome metabólico)x100				

Unidad de medida	Porcentaje	Sentido	Ascendente	Frecuencia de medición	Cada consulta
Línea base	25%				
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre	
	25%	50%	75%	100%	
Parámetros de semaforización	Verde		Amarillo		Rojo
	50%		40%		30%

Bibliografía: Es el listado de las fuentes a utilizar en la investigación. Para la redacción de cada tipo de fuente (libro, artículo, documento de archivo, etcétera), se debe elegir un sólo modelo de los varios propuestos en los manuales que tratan acerca de las técnicas de investigación.

- Albaronero V, Cuberli M. 2009. La comunicación como acto y disciplina en la formación de médicos. *Rev Pilquen* 11:1-10.
- Alcorta-Garza A, González-Guerrero J, Tavitas -Herrera S, Rodríguez-Lara F, Hojat M. 2005. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental* 28(5):57-62
- Alivoni V, Serafini R y Alfie J. 2004. ¿Cómo entienden lo padres las indicaciones médicas?. *Arch Atent Pediatr* 102(1):22-25.
- Alonso S, Fuentes J y Muños M. 2008. Como interpretar la comunicación no verbal. *FMC*; 15(5):275-81.
- Altamirano M, Garduño Espinosa J, García Peña M, Muñoz Hernández O.2006. Ética Clínica Una perspectiva transfusional editorial Corinter primera edición pp 47-48, 243- 246.
- Anneliese A. 2004. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Med Chile*; 132:1431-36.
- Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui J, Arroyo C, Estremera V. 2006. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿Como se sientes tratados por sus médicos? *An.Sist.Sanit Navar*;29(1):47-5.
- Ausubel D. 2002. Adquisición y retención de conocimiento, una perspectiva cognitiva. *Edit Paidos* 212-14.
- Bascuñán M .2005. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chile*; 133:11-16
- Barrón-Rivera A, Torreblanca-Roldan F, Sánchez Casanova L, Martín Beltran M. 1998. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública Mex*; 40:503-509.
- Bellón JA. 2001. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas en atención primaria. *Anales Sis San Navarra*;24(2):7-14.
- Biltrán M, Zúñiga D, Flots P, Opadilla O, Moreno R. 2009. Mejoría de las habilidades de comunicación escrita en estudiantes de medicina: Impacto de un taller de escritura. *Rev Med Chile*;137:617-624. 43
- Dörr A.2004. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica *Rev Méd Chile* 132: 1431-1436
- García M. 2000. Análisis de dilemas éticos en atención primaria. *Medicina de Familia* (1):89-93.
- García M, Bernabew-Wittel M, Cassani M, Rincón M, Yerro V, Ollero M. 2007. Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación médico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos. *Rev Clin Esp* 207(8):379-82.
- Garrafa V, Albuquerque M.2001.Enfoque bioético de la comunicación en la relación médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. *Acta Bioethica*; 7 (2): 355-367.
- Genina J, García G. Bioética. *Revista Neurobios* 1996;1(2): 23-24
- Girón M, Bevia B, Medina E, Talero M. 2002 Calidad de la relación medico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: un estudio de grupos focales. *Rev Esp Salud pública* 76(5): 561- 75.
- Gobbo. 2009. Habilidades de comunicación con el paciente, la perspectiva del psicólogo. *Reumatol Clin* 5(2):7-14.
- Guix J, Fernández J, Sala J. 2006. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit* 20(6):465-72. 44
- Gutiérrez-Meléndez L. 2007. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?.*Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 15(3):121-123.
- González M, Kraftchenko O. 2003. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super* ;17(1):38-45.
- Gutiérrez-Samperio C. 2009. Filosofía, investigación y docencia en medicina. *Costa-Amic*: 279-296.
- Gutiérrez-Samperio C, Cholula A, Escartín M. 2008. Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un Servicio de Cirugía de segundo nivel. *Cirujano General*;30(2): 101-108.
- Gutiérrez- Samperio C, Vela.Castañeda M, Corona-García L, Kuthy-Porter J, Quesada- Aldana S.2003. Las

ciencias humanísticas y la bioética en la formación del médico. *Gaceta Médica de Querétaro*; 2 :28-29.

Hernández-Torres I, Fernández- Ortega M, Irigoyen-Coria A .2006. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med fam* 8 (2) 137-143.

Hojat M, Louis D, Markham F, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella J. 2011. Physicians' Empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 86(3):359-64.

Ihler E. 2003. Patient-physician communication. *Jama* 289(1):92-94.

Kane G, Gotto J, Mangione S, West S, Hojat M. 2007. Jefferson Scale of patient 's perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J* 48:81-86.

Lavielle-Sotomayor M, Cerón-Ruíz M, Tovar-Larrea P, Bustamante-Rojano J. 2008. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Rev Med IMSS* 46(2):129-34. 45

León T, Bedregal P, Shand B. 2009. Prevalencia de problemas éticos en los servicios de medicina, desde la perspectiva del paciente. *Rev Med Chile* 137:759-65.

Mingote A, Moreno-Jimenez B, Rodríguez-Carbajal R, Gálvez M, Ruiz-López P. 2008 Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Esp Psiquiatr* 36(0):00-00.

Ortega J. 2006. La ética y los estudiantes de medicina. *Inversión en investigación y educación en salud* :81-84.

Oseguera-Rodríguez J, Rodríguez Gálvez A, Viniegra Velázquez L. 2006. Aplicación de juicio ético pragmático por médicos residentes y estudiantes internos de medicina. *Aspectos de investigación en educación y desarrollo social* 196-213.

Peña-Viveros R, Rodríguez Moctezuma JR, López-Carmona JM. 2004. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex*; 46(3): 210- 215.

Ramírez O, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, López-Serrano A, BailletEsquivel L. 2008. Calidad del usuario interno: actitud de médicos de atención primaria hacia el equipo de salud en ciudad de México, México. *MPA e-Journal de Med.Fam. & At. Prim* 2(3):149-154