



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

**"COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR PARA
PROPORCIONAR CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE
TERMINAL Y SU FAMILIA EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTA

DRA. TREJO CABALLERO LUCERO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.**

2017

**REGISTRO
634-101-0216.**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

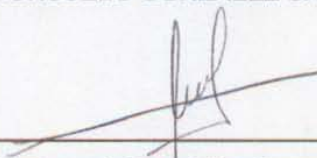
**“COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR PARA PROPORCIONAR
CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

PRESENTA

DRA. TREJO CABALLERO LUCERO

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS.



Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Coordinadora de Enseñanza
Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana".
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ



Director de Educación e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



**SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN**

**“COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR PARA PROPORCIONAR
CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

PRESENTA

DRA. TREJO CABALLERO LUCERO

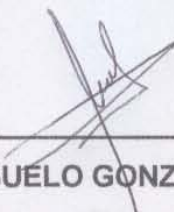
DIRECTOR DE TESIS.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.

Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

ASESORA DE TESIS.



DRA. CONSUELO GONZÁEZ SALINAS.

Profesora Titular del Curso de Especialización
en Medicina Familiar.
Coordinadora de Enseñanza e Investigación.
Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana".
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

DEDICATORIA.

A mi padre Rubén Trejo Moreno que su muerte inspiró este trabajo y por quien sigo adelante cada día.

Caminante son tus huellas el camino y nada más
Caminante, no hay camino se hace camino al andar.

AGRADECIMIENTOS.

HE SIDO UN HOMBRE AFORTUNADO EN LA VIDA: NADA ME FUE FÁCIL.
(SIGMUD FREUD)

A mi madre. Por su apoyo en todo momento de mi vida por tu paciencia y por ser la mujer más fuerte del mundo, sin ti este sueño no hubiera sido posible.

A mi esposo Gian Franco. Por alentarme a iniciar esta experiencia, por tu apoyo incondicional, gracias por hacer que la vida en el hogar continuara a pesar de mis ausencias.

A mi hijo. Por ser el motor que me impulsa a vivir y salir adelante.

A mi asesor, maestro y ejemplo Dr. Isaías Hernández Torres por su paciencia en esta carrera hacia la meta y grandes enseñanzas.

A mi asesora, profesora y amiga. Dra. Consuelo González Salinas, quien siempre estuvo a mi lado en mi desarrollo profesional y quien me brindó la fortaleza necesaria para salir de los obstáculos que se presentaban. Gracias por confiar en mi y ser mi ejemplo a seguir y una amiga en todo momento.

A mis maestros: Por guiarme y brindarme sus conocimientos y amistad.

A la UNAM. Quien ha sido mi alma Mater y gracias a ella soy una mujer con la preparación y conocimiento necesario para brindar a la sociedad lo mejor de mí, bajo los preceptos de ética y humanismo que caracteriza a esta institución.

A la Secretaría de Salud. Gracias por contribuir a mi preparación y permitir ser parte del equipo de esta gran institución.

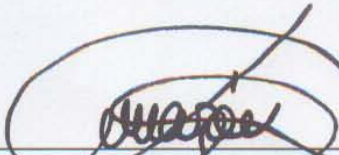
**"COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR PARA PROPORCIONAR CUIDADOS
PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. TREJO CABALLERO LUCERO

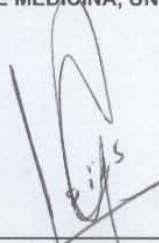
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

RESUMEN

Introducción. La medicina actual está orientada a prolongar las expectativas de vida de la población y no brindar calidad de la misma. Lo que trae como consecuencia, que con más frecuencia los prestadores de salud deben hacer frente a estos problemas y complicaciones de los pacientes en fases terminales. Se llevo a cabo una revisión, un análisis y una interpretación de la categorización de ideas en relación a las diferentes prácticas de los médicos expertos en cuidados paliativos sobre la atención de los pacientes terminales y su impacto en los aprendizajes que requieren desarrollar los médicos familiares en primer nivel de atención.

Objetivo. Determinar las competencias que necesita desarrollar el médico familiar en cuidados paliativos para proporcionar la adecuada atención del paciente terminal y su familia en el primer nivel de atención médica.

Material y métodos. Observacional, descriptivo, transversal. Se estudió a médicos residentes de tercer año con la especialidad en Medicina familiar en la SSCMX y médicos paliativistas que laboran en Hospitales de segundo nivel de ISSSTE y SSCMX, que tuvieran algún estudio en materia de cuidados paliativos dentro del periodo de estudio, junio-julio del 2016. El propósito de la investigación fue conocer las competencias que necesita desarrollar el médico de familia para brindar cuidados paliativos en primer nivel de atención. Con una muestra no probabilística tipo teórico por saturación de conceptos, se realizó con variables cualitativas, la información fue capturada en microsoft word mediante el análisis de discurso y teoría fundamentada, se categorizó la información dada por los expertos previa autorización de los Jefes de enseñanza de las unidades. Se llevó a cabo en una sola sesión por unidad durante los días académicos de cada sede, el primer grupo estuvo supervisado por asesor de tesis llevándose a cabo la aplicación de las técnicas TKJ e Incidente Crítico.

Resultados. Se estudiaron 45 médicos con conocimientos en cuidados paliativos, Las ideas proporcionadas por los médicos expertos a través de la técnica de TKJ, sumaron un total de 359 ideas, las cuales se agruparon en 104 categorías y La técnica del Incidente Crítico, tuvo un total de 55 incidentes con 347 ideas que se agruparon en 34 categorías, aplicándose a 45 médicos. Se observó que la comunicación asertiva, la esfera actitudinal que involucra ética, profesionalismo, valores y el abordaje familiar fueron las categorías más recomendadas por los médicos expertos como pilares de la adecuada atención sin embargo obtuvimos resultados con menor valor en puntuación como la atención social, marco legal y atención psicológica al médico.

Conclusiones: Se identificaron las competencias que debe desarrollar el médico familiar en materia de cuidados paliativos para brindar un servicio integral y digno a la población con necesidades específicas en este rubro. Se observa que los pilares básicos son: comunicación asertiva, esfera actitudinal y abordaje familiar como las categorías que debemos fortalecer en nuestro quehacer médico, sin embargo las categorías de menos puntaje como: redes de apoyo, visitas domiciliarias, cuidado psicológico al médico poseen un tinte social y psicológico que el médico experto deja de lado y es ahí donde el médico de familia debe poner en práctica todas sus conocimientos, habilidades destrezas y valores para complementar y darle el enfoque biopsicosocial que la medicina demanda en nuestros tiempos.

Palabras clave: Conocimientos, Competencias, Cuidados Paliativos

ABSTRACT

Introduction.

Modern medicine is aimed at prolonging life expectancy of the population and not provide the same quality. Which brings as a consequence, most often health care providers must deal with these problems and complications of patients in terminal stages. It took place a review, analysis and interpretation of the categorization of ideas in relation to the different practices of medical experts in palliative care on the care of terminally ill patients and their impact on learning that require develop family doctors first level of care.

Objective. Determine the competences needed to develop the family physician in palliative care to provide proper care of terminally ill patients and their families on the first level of care.

Material and methods. Observational, Descriptive, Transversal. medical residents third year with specialization in Family Medicine at the SSA and paliativistas doctors working in hospitals second level of ISSSTE and SSA, they had some study on palliative care within the study period, from June to July was studied 2016. The purpose of the research was to learn the skills needed to develop the family doctor to provide palliative care in primary care. With a nonrandom sample theoretical type saturation of concepts, was done with qualitative variables, the information was captured in Microsoft Word by analyzing speech and grounded theory. The information given by experts prior authorization of heads of teaching categorized units, took place in a single session per unit during the academic days of each site, the first group was supervised by thesis advisor taking with just the application of the Critical Incident TKJ and techniques.

Results. 45 physicians with expertise in palliative care were studied, ideas provided by medical experts through the technique TKJ, totaled 359 ideas, which were grouped into 104 categories and the critical incident technique, had a total of 55 incidents with 347 ideas were grouped into 34 categories, applied to 45 doctors. It was observed that assertive communication, attitudinal sphere involving ethics, professionalism, values and family approach were the most recommended by medical experts as pillars of categories however proper care we obtained results with less value score as social care, legal framework and psychological care to the doctor.

Conclusion. skills to be developed by the family physician in palliative care to provide comprehensive and worthy service to the population with specific needs in this area were identified, it is noted that the basic pillars are: assertive communication, attitudinal sphere and family approach as categories that we must strengthen our medical task however the categories of less score as support networks, home visits, psychological care physician have a social and psychological dye expert medical leaves out and that is where the family doctor should implement all their knowledge, skills, abilities and values to complement biopsychosocial approach and give the medicine in our times demand.

Keywords: knowledge, competence, palliative care.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. MARCO TEÓRICO | 1 |
| 1.1 Antecedentes | 1 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 10 |
| 1.3 Justificación | 11 |
| 1.4 Objetivos | 12 |
| 1.4.1 Objetivo general | 12 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 12 |
| 1.5 Hipótesis..... | 12 |
| 2. MATERIAL Y MÉTODOS | 13 |
| 2.1 Tipo de estudio | 13 |
| 2.2 Diseño de investigación del estudio..... | 13 |
| 2.3 Población, lugar y tiempo..... | 13 |
| 2.4 Muestra | 14 |
| 2.5 Criterios de selección..... | 14 |
| 2.5.1 Inclusión..... | 14 |
| 2.5.2 No inclusión | 14 |
| 2.5.3 Eliminación..... | 14 |
| 2.6 Variables (tipo y escala de medición) | 15 |
| 2.6.1 Definición operacional..... | 15 |
| 2.7 Instrumento(s) de recolección de datos..... | 16 |
| 2.8 Método de recolección de datos | 17 |
| 2.9 Prueba piloto..... | 18 |
| 2.10 Maniobras para evitar o controlar sesgos | 18 |
| 2.11 Procedimientos estadísticos | 19 |
| 2.11.1 Diseño y construcción de la base de datos | 19 |
| 2.11.2. Análisis estadístico | 19 |
| 2.12 Cronograma | 19 |
| 2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio | 19 |
| 2.14 Consideraciones éticas..... | 20 |
| 3. RESULTADOS | 22 |
| 4. DISCUSIÓN | 30 |
| 5. CONCLUSIONES | 32 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 33 |
| 7. ANEXOS..... | 37 |

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Antecedentes. Cuidados Paliativos.

Historia.

En el recuento histórico se ha visto que en occidente, el hombre ha venido tomando diversas actitudes frente a la muerte. En la edad media existía la llamada “muerte doméstica”, donde la persona moribunda ante su propio deceso y estando consciente, llamaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho. En esto consistía la “buena muerte”, de este modo podía arreglar todos sus asuntos sociales, personales e incluso espirituales. Este pensamiento luego se vio reemplazado por la individualización de la muerte o “muerte de uno mismo”. En el siglo XIX inicia la fascinación por la “muerte del otro”. En la primera guerra mundial inicia la llamada “muerte prohibida”, en donde se intenta apartar la muerte de la vida cotidiana viéndola como un fenómeno lejano y vergonzoso. Actualmente se ha considerado a la muerte como el principal enemigo a vencer^{1,2}

En Londres en el año 1967 surge el término de “Hospice” que son lugares de reposo con atención médica, social, familiar e incluso espiritual. En 1974, surge la Asociación Internacional para el estudio del dolor y la asociación Americana de Oncología clínica en el apoyo y cuidado social a los enfermos terminales de oncología, posteriormente en Europa en 1982, surgen las primeras unidades de cuidados paliativos en Inglaterra. En al año de 1987, se reconoce el cuidado paliativo como una especialidad tanto en médicos como en enfermeras.^{3,4} La OMS realiza la junta de expertos en 1990 para establecer los lineamientos sobre el alivio del dolor por cáncer y otros síntomas. Como consecuencia se forma la SECPAL en Madrid que es una asociación encargada del cuidado paliativo. Fue así que en 1993, el Childrens Hospice Internacional acuña el concepto de cuidados paliativos: “administrar tratamiento curativo y paliativo simultáneamente”. En el mismo año se incluyó una propuesta de darles seguimiento a los miembros más significativos de la familia. Estos cuidados deberían prolongarse hasta finalizar el duelo, es decir posteriormente al fallecimiento del paciente.^{5,6}

La OMS estableció que la meta de los cuidados paliativos era lograr la máxima calidad de vida tanto del paciente como de su familia. Consideró importante el control del dolor y de los síntomas acompañantes, ocasionados no solo por la enfermedad en sí misma, sino también por los problemas psicológicos o sociales que los rodean. Por tal motivo, considero que los cuidados paliativos deben comenzar al momento del diagnóstico y se deben continuar independientemente de si el paciente recibe o no una terapéutica dirigida a la curación. Hoy en día existen 8,000 servicios de cuidados paliativos en el mundo. Estos servicios se encuentran formados por unidades móviles de apoyo intrahospitalarios, unidades de cuidados paliativos intrahospitalarios, unidades hospitalarias, casa de reposo para pacientes terminales, equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario.⁷

En México 1989, la pionera en materia de cuidados paliativos la Dra. Silvia Allende implementa los cuidados paliativos en la clínica en el Instituto nacional de cancerología (INCAN), creando al año siguiente un programa de atención domiciliaria y consulta externa. En el año de 1992, En Guadalajara se crea la unidad de cuidados paliativos en el Hospital “Dr. Juan Menchaca”. En 1994, se crea el primer diplomado de cuidados paliativos básicos en la UNAM y Universidad de Guadalajara. Posteriormente, en el año 2000, se funda la Asociación mexicana de cuidados (AMECUP) y se agrega la asignatura sobre el tema en el plan de estudios de pregrado de medicina. En el 2009, se aprueba la ley federal de cuidados paliativos a nivel nacional y en 2010, se lleva a cabo la formación del grupo interinstitucional de cuidados paliativos de la comisión coordinadora de Institutos nacionales de salud y hospital de alta especialidad. Sin embargo, en México solo existen 7 residencias tipo hospicio en centros de primer nivel, 34 hospitales de segundo nivel de atención y 10 para el tercer nivel. La atención multidisciplinaria es llevada por trabajadores sociales, psicólogos, tanatólogos, nutriólogos, consejeros espirituales y voluntarios de acuerdo al modelo de atención integral.⁸

En México, el día 5 de enero de 2009, fue publicado en el diario oficial de la federación la reforma al artículo 184 de la ley general de Salud y se adiciona el artículo 166 Bis que contiene la Ley en materia de cuidados paliativos. Finalmente el 2 de abril de 2014, la Ley General de Salud se modifica para hacerla congruente con la Ley anterior y establece entre otras cosas que los enfermos terminales podrán pedir la suspensión de su tratamiento curativo. Lo que significa cancelar todo tratamiento que pretenda alargar la vida de los enfermos, quienes sólo recibirán medicamentos para disminuir el dolor, así como cuidados paliativos adecuados a su enfermedad para que mueran dignamente. Esto no tiene nada que ver con la eutanasia pero si tiene que ver con la ortotanasia que significa poder recibir en su domicilio tratamientos o cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.^{9,10}

Definición:

La palabra paliar deriva del latín palliatus (manto o cubierta); recordando el acto de aliviar el sufrimiento. En 1990 la OMS definió los cuidados paliativos como el “cuidado activo integral” de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Su finalidad era lograr la mejor calidad de vida en los pacientes y sus familias, aliviando estrés físico, psicológico y social. Para lograrlo se requiere de un acercamiento multidisciplinario que incluya a la familia y la comunidad. Siendo la unidad básica de los cuidados paliativos el paciente y su familia.

La última definición de cuidados paliativos la realiza la OMS de 2002 “cuidado paliativo e integral “cuidado paliativo activo e Integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéutica curativas, su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes, y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El término medicina paliativa se refiere al quehacer de los médicos dedicados a esta disciplina, mientras que los cuidados paliativos son un concepto más amplio. Consideran la intervención de un equipo multidisciplinario, incorporado en la definición, el trabajo médico integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales.¹¹

Objetivo y criterios.

El objetivo de los cuidados paliativos es el derecho a la protección de la salud. Tiene como finalidad la prolongación y mejoría de la calidad humana. Es importante mencionar que el dolor es una de las principales manifestaciones y puede llevar a la persona a un estado de tal sufrimiento y desesperación que en su entorno afectivo y social esté rezagado a último plano, y esto da como resultado una pobre calidad de vida. Otros objetivos son: no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, reafirmar la importancia de la vida, considerar la muerte como algo natural, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible y brindar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.¹² Los cuidados paliativos nacen de la atención a pacientes oncológicos pero este concepto ha cambiado ya que los pacientes con enfermedades crónico degenerativas progresivas o terminales también requieren de la medicina paliativa. Los cuidados paliativos se pueden clasificar en: Paliación específica que corresponde al tratamiento de la enfermedad principal, es decir. El uso de quimioterapia, radioterapia o cirugía. Dentro de las mismas incluye el tratamiento de soporte cuya finalidad es eliminar o reducir los efectos secundarios del tratamiento y aumentar la tolerancia a su administración. También se incluyen las transfusiones, la antibioticoterapia y el manejo del dolor y paliación no específica: Es aquella dirigida a mejorar el estado general y alivio de los síntomas cuando no se administra el tratamiento primario de la enfermedad terminal. Los mismos incluyen: medidas físicas, psicológicas, sociales y espirituales, generalmente se asocian con la fase terminal de la enfermedad caracterizada por un proceso agónico muy cercano a la muerte, en la cual se requiere apoyo del equipo multidisciplinario para el paciente y familia con la finalidad de lograr una muerte digna.¹³

Enfermedad terminal.

La Norma oficial mexicana define como enfermedad terminal a todo padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable que se encuentra en estado avanzado, donde existe certeza razonable de muerte a corto plazo cercano a seis meses. El enfermo terminal es aquel con diagnóstico de alguna enfermedad reconocida, progresiva, irreversible e incurable, en donde el tratamiento recomendado es el paliativo. El tratamiento paliativo son todas aquellas medidas orientadas a reducir el sufrimiento físico y emocional, producto de una enfermedad terminal, sin afectar el curso natural de la misma, llevadas a cabo por los profesionales de la salud.¹⁴ Los criterios de terminalidad. Se clasifican en criterios para enfermedad oncológica y Criterios de terminalidad en enfermedad no oncológica como: Enfermedad cardíaca, Enfermedad pulmonar, Demencia, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Enfermedad renal, Evento vascular cerebral (EVC), Esclerosis Lateral Amiotrofia (ELA), Enfermedad Hepática.

La OMS nos sugiere la existencia de un programa de acciones, que centrado en la atención primaria, se establezca en estrecha relación con los niveles de atención secundario y terciario, la necesidad de procedimientos efectivos para la capacitación del personal de salud, dotándolo de habilidades para brindar los cuidados al paciente moribundo, así como la necesidad de desarrollar y validar instrumentos para evaluar el impacto de las acciones sobre la calidad de vida del enfermo y sus familiares, monitoreando la repercusión de estos cuidados en los equipos de salud.^{14,15}

Equipo multidisciplinario y cuidados paliativos.

Primer nivel de atención: Recursos específicos: equipos básicos: médico tratante, enfermera o si se dispone de otros profesionales de la salud como psicólogos, odontólogos, nutriólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales u otros también
Infraestructura: Centro de salud (personal adscrito) y dependiendo de la cobertura un centro de atención telefónica disponible las 24 horas. En Segundo nivel de atención: Dificultad en el control sintomático, escasa respuesta a terapéutica convencional Familias o paciente, Implementación de equipos multidisciplinarios, consulta externa y ambulatoria. Se recomienda que la atención domiciliaria se realice en primer y segundo nivel de atención y en tercer nivel de atención se debe contar con un equipo multidisciplinario, hospitalización para control de síntomas difíciles, urgencias y/o sedación paliativa, favorecer la referencia y contra referencia al primer y segundo nivel tener un área de consulta externa y áreas de atención de los cuidados paliativos. El equipo multidisciplinario tiene el objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia, lo conforman:

-Médico: Cuenta con un papel muy importante en cuidados paliativos, debe ser competente en el manejo del dolor y otros síntomas; como parte del manejo de paliación de enfermos en etapa terminal. Sus funciones incluyen la asesoría y el monitoreo del tratamiento de la enfermedad primaria, manejo de la información del diagnóstico y pronóstico del proceso de enfermedad. Selección de fármacos, procedimientos terapéuticos, evaluar el costo beneficio al brindar alivio a los síntomas y ver que puede paliarse con cirugía o radioterapia. De igual manera dirige al equipo multidisciplinario tal cual lo menciona la ley y participa en la educación continua sobre el tema y se adentra en temas específicos de investigación.

-Enfermería: En países con mayor desarrollo son los que dirigen los programas en cuidados paliativos con excelentes resultados. En México aun se tienen limitaciones, pero en el entorno hospitalario, enfermería es quien tiene el contacto directo con el paciente y sus familiares, conociendo de manera más cercana sus necesidades y angustias, haciéndola participante en brindar Cuidados Paliativos.

-Nutrición: Realiza valoración nutricional del paciente, a través de visitas diarias y calcula dietas específicas de acuerdo a las necesidades de cada uno de los pacientes y sus enfermedades, tomando en cuenta vías de administración y gustos del paciente.

-Trabajo Social: Promueve el cambio social para la resolución de problemas en las relaciones familiares, ayuda al manejo de situación de tensión, valora las necesidades humanas y sociales del paciente y su familia, además de facilitar el ingreso hospitalario y/o fomentar la visita domiciliaria.

-Psicología: Durante la progresión de la enfermedad brinda el apoyo necesario continuando el manejo posterior a la muerte del paciente con sus familiares y a pasar el proceso de duelo.

-Tanatología: Acompaña escucha y hace un enlace entre el equipo multidisciplinario de los procesos que enfrentan con respecto al proceso de morir. Cooperar e instruye

en la resolución de problemas durante la crisis y es el pilar de manejo del duelo.

-Asesor espiritual: tiene la capacidad de escuchar al paciente y su familia sin prejuicios con respeto de sus creencias espirituales, auxiliar en situaciones que involucren el significado de la vida, facilitar el recuerdo de su pasado y preparación para lo que está por venir, transformándose para el paciente, que sea un confidente, por medio de varias visitas hospitalarias.^{15,}

Sin duda el final de la vida es un tiempo difícil y confuso para todos y ha ido avanzando en el desarrollo de la asistencia que pueda responder a esta dificultad. Existe voluntad política y posiblemente motivación en los profesionales de salud. Sin embargo, en el momento actual de expansión y de universalización de la atención de los procesos de fin de vida, no significa que los problemas o las disfunciones del sistema estén resueltos.

Los profesionales formados en los actuales planes de estudio ¿tienen la suficiente competencia clínica y la sensibilidad para tratar los múltiples y cambiantes problemas de los enfermos y sus familias al querer aliviar sus sufrimientos? El abandono sanitario al que están expuestos muchos pacientes hace aflorar emociones y sentimientos como miedo, inseguridad, tristeza, ira y frustraciones ante situaciones de incapacidad o preocupaciones espirituales o existenciales como sentimientos de culpa, frustración por tareas inacabadas y angustia respecto al futuro propio o de la familia debido a la escasa información que han recibido de los profesionales de salud. Para el avance de los cuidados paliativos, es necesario corregir las deficiencias formativas existentes.¹⁶

El avance de los cuidados paliativos dependerá de la capacidad de los profesionales para incorporar en su práctica una orientación terapéutica paliativa, de manera que los pacientes terminales se vean favorecidos con el menor sufrimiento en el tiempo de vida que les quede. “Pensar en Paliativo” y mejorar la relación médico paciente así como los valores y competencias a desarrollar en el personal de salud.^{17, 18,}

Los profesionales evidencian la ignorancia del proceso de morir en su práctica asistencial, al relacionar este proceso con los últimos instantes de agonía. Reconocen la tensión que existe con los pacientes terminales y lo vinculan al sentimiento de angustia personal y de importancia profesional, y a la difícil y exigente relación con la familia e incluso con el propio enfermo. Creen importante que el paciente esté informado de su situación, que pueda hablar de ello y consideran que esto ayudará a aceptar su muerte, pero reconocen que no facilitan la comunicación con ellos. Manifiestan necesitar formación específica para abordar en la práctica profesional la atención del enfermo y apoyarse en espacios de encuentro con otros profesionales donde puedan compartir experiencias y clarificar posiciones personales y profesionales. Existe dificultad de los profesionales de salud para afrontar su propia muerte y para asistir y acompañar en el proceso de morir a los enfermos.^{19,20}

En la medida que falta el entendimiento y la incomunicación entre el médico y el paciente se producen el aislamiento de los enfermos, también el aislamiento del profesional. Impide compartir la misma realidad al profesional y su paciente y destruye la base de la relación y el soporte asistencial para la planificación de cuidados paliativos. Esta actitud incluye sentimientos como dependencia, dolor, la soledad y el

posible rechazo de los demás.^{21,22} Son muchos los que dudan como se debe actuar en estas situaciones, tanto con los pacientes como los familiares. El afrontamiento ante la muerte, por su relación con aspectos como la vida laboral y la calidad de la atención de los profesionales, es una competencia que los profesionales deben de tener. Estudios recientes muestran que este afrontamiento lo tienen los médicos que se encuentran en constante contacto con la muerte como los paliativistas y las demás especialidades carecen de dicha cualidad. . Por lo tanto es de suma importancia en el área educativa trabajar con las competencias del equipo de salud.^{23,24}

Competencias.

La palabra competencia deriva del latín *competere*, “aspirar”, ir al encuentro o pretender algo al mismo tiempo que otros, de ahí también deriva del verbo *competere* investido de autoridad para ciertos asuntos, es quien se desenvuelve con eficacia en un determinado dominio de la actividad humana. Según María Moliner, competente se aplica a “quien tiene aptitud legal o autoridad para resolver cierto asunto”. La Real Academia de la Lengua Española define competencia como; .Disputa o contienda entre dos o más personas sobre algo. Definir el concepto de competencias es complejo, pues tiene diferentes interpretaciones, el enfoque de cada autor y el idioma desde el cual se traduce^{25,26}

Educación Basada en competencias.

Las competencias son un enfoque para la educación y no un modelo pedagógico, ya que no pretenden ser el ideal para un proceso educativo, determinando como debe llevarse a cabo el proceso educativo. Las competencias solo son un enfoque porque solo se centra en algunos aspectos de la docencia, del aprendizaje y de la evaluación. En este sentido como lo expone Tobón, el enfoque de competencias puede llevarse a cabo desde cualquiera de los modelos pedagógicos existentes o también desde una integración de ellos. Gonzi concibe la competencia como una actividad cognitiva compleja que implica atributos (conocimientos, habilidades, valores y actitudes) que se utilizan en diferentes combinaciones para llevar a cabo tareas ocupacionales. La competencia es un producto de una interacción entre el sujeto, su mundo, su práctica, el lugar donde la desarrolle y la calidad de dicha interacción. Para el “saber actuar” implica que el profesional vaya más allá de lo que se le pide (saber actuar, querer actuar y poder actuar).^{27, 28}

En 1998 la UNESCO, en su conferencia Mundial sobre Educación Superior, ya proponía el desarrollo en el ámbito curricular de la educación superior a partir de los cuatro pilares de la educación: aprender a conocer, aprender a hacer y aprender a ser. Entonces cuando hablamos de competencias nos referimos a una capacidad cognitiva del sujeto que desarrolla desde una serie de saberes que le permiten desarrollar tareas, actividades prácticas sociales e intelectuales, en contextos laborales, académicos y sociales. Existen dos clases de competencias: competencias genéricas y específicas. Las primeras se refieren a las competencias que son comunes a una rama profesional (Ej. salud, ingeniería y educación) o a todas las profesiones. Las específicas son propias de la profesión y le dan identidad a una ocupación.²⁹

El concepto de competencias tiene sus antecedentes desde los años veinte como lo menciona Taylor. Algunos otros autores se remontan hasta los años treinta, que bajo un enfoque conductista aparece en Estados Unidos; en Inglaterra surge dentro de un enfoque funcionalista y en Francia con un enfoque constructivista. Estos programas se han desarrollado en países industrializados y son los anglosajones quienes han estado a la vanguardia en cuestión de competencias como sistema de aprendizajes. Otras aportaciones surgen en la década de los 70s con base en la lingüística de Chomsky y la psicología conductista de Skinner. El primero propone el concepto de competente performance así el concepto de competencias comienza a tener múltiples desarrollos, críticas y nuevas elaboraciones, tanto en la psicología conductual y cognitiva como en la educación.³⁰ Desde mediados de la década de los 90s, esta concepción de competencias ha sido implementada en instituciones educativas de varios países, buscando formar personas que tengan las competencias adecuadas para generar un impacto y puedan tener rápida inserción laboral. En México, hasta mediados de los noventa, las instituciones como el Colegio Nacional Formación Profesional (CONALEP) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN) adoptaron el enfoque de competencia laboral a nivel técnico. Actualmente esto está en uso en universidades. El centro de educación para la Educación Superior (CENEVAL 2005), define las competencias como la capacidad para realizar una actividad o tarea profesional determinada que implica poner en acción en forma armónica diversos conocimientos, habilidades y actitudes valores.³¹ El término de educación basada en competencias puede prestarse a confusión, al haber sido creado relativamente hace poco tiempo. Definición: La educación basada en competencias es una nueva orientación educativa que pretende dar respuestas a la sociedad de la información.

La educación basada en competencias se centra en las necesidades, estilos de aprendizaje y potencialidades individuales para que el alumno llegue a manejar con maestría las destrezas señaladas. De esta manera es posible decir que una competencia en la educación es una convergencia de los comportamientos sociales, afectivos y las habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea.³² Las competencias detectan una nueva dimensión, que va más allá de las habilidades o destrezas, por ejemplo, dos personas pueden haber desarrollado sus habilidades al mismo nivel, pero no por eso pueden construir un producto con la misma calidad y excelencia. Competencia implica algo más, que se expresa en el desempeño. El desempeño en la educación está determinado por una manifestación externa que evidencia el nivel de aprendizaje del conocimiento y el desarrollo de las habilidades y de los valores del alumno. El resultado del desempeño es un fin planificado que también requiere se planifique el desarrollo de ciertas habilidades y destrezas específicas, que se habrán elegido de acuerdo con el objetivo deseado.^{33,34}

Medicina Familiar

El plan único de Especialidades Médicas en Medicina Familiar marca como temas de tercer año: Paciente crónico, Paciente en etapa terminal, Paciente con discapacidad cuidador Principal, cuidados paliativos domiciliarios, farmacología en el paciente terminal, atención de la familia con el paciente terminal, derechos del paciente terminal, duelo y muerte donde se puede observar que no se especifica el aprendizaje por competencias y al parecer el rubro declarativo del conocimiento es el que se pone en prioridad.³⁵

Construcción de competencias.

La construcción de competencias debe realizarse desde el marco conceptual de la institución y desde las metodologías que las determinen. El producto o desempeño debe presentarse de acuerdo con los términos o criterios de las exigencias de calidad que previamente se habrán acordado o establecido para la presentación o el desempeño. La construcción de competencias debe relacionarse con una comunidad específica, es decir, desde los otros y con los otros, respondiendo a las necesidades de los demás y de acuerdo con las metas, requerimientos y expectativas cambiantes de una sociedad abierta. Para el estudio y la construcción de competencias los podemos estudiar en tres conocimientos:

Conocimiento Declarativo: La educación en general orienta el aprendizaje hacia los conocimientos disciplinares en campos específicos; donde la mayoría de sus cursos se centran en los conocimientos del campo que estudian. Siendo evaluados con exámenes o de reportes escritos y de algunas otras formas de evaluación para medir el aprendizaje del alumno sobre los temas que el curso o asignatura.

Conocimiento Procedimental: La definición de los conceptos habilidades y competencias varía considerablemente. Habilidad es un concepto sumamente complicado: Es la destreza para hacer algo, pero la palabra también se relaciona, por ejemplo, con el desarrollo mismo de una habilidad, Las habilidades se componen de un conjunto de acciones relacionadas. No se desarrollan aisladamente, se asocian a los conocimientos y a los valores y unos a los otros se refuerzan. Richard Boyatzis (1982) expresa que: “una competencia es la destreza para demostrar la secuencia de un sistema del comportamiento que funcionalmente está relacionado con el desempeño o con el resultado propuesto para alcanzar una meta, y debe demostrarse en algo observable, algo que una persona dentro del entorno social pueda observar y juzgar”. Las competencias en relación con las habilidades determinan qué tan efectivamente se desempeñan las habilidades y qué tanto se desarrollaron en secuencia para alcanzar una meta.:

Conocimiento Actitudinal. “Un valor es un principio abstracto y generalizado del comportamiento que provee normas para juzgar algunas acciones y metas específicas, hacia las cuales los miembros de un grupo sienten un fuerte compromiso emocional” .Los valores son el contexto en el que las habilidades y la aplicación de los conocimientos se basan. Saber optar por algo valioso, según señala el “Análisis sobre las habilidades para una educación permanente”. Al proponer que los estudiantes construyan competencias, en ningún momento significa que deban abandonar sus valores. Los egresados de instituciones a nivel superior en Canadá encuentra seis valores fundamentales que se relacionan con la educación (Evers y Ohara, 1995). Seis valores fundamentales en instituciones a nivel superior en Canadá: Actitudes morales y éticas.³⁶

Métodos para la definición de competencias.

Los métodos de evaluación abarcan tanto lo cuantitativo como los cualitativos. Las técnicas e instrumentos para evaluar el saber hacer puede ser a través de los test de actuación, de escalas de observación, estudio de casos y diarios. Existen algunas otras técnicas que evalúan el saber ser mediante los test basados en el contexto de ensayo y pruebas orales de grupos de discusión, escalas de valoración y algunas otras que evalúan pruebas objetivas de conocimientos, orales o escritas, la evaluación vía informática.^{37,}

En la investigación cualitativa una técnica muy socorrida es delphos. Se trata de un método original y práctico para el análisis y la resolución de problemas abiertos. Fue desarrollado a mitad del siglo XX por la rand corporation. Se utiliza en Marketing para anticiparse a las tendencias del futuro. Una de las principales ventajas del Método Delfos es que se puede realizar a distancia y no precisa la constitución formal de un grupo porque no permite que en ningún momento se reúnan las personas En el presente trabajo utilizaremos las siguientes técnicas cualitativas:

Técnica Incidente crítico: El consenso de expertos es una modalidad ampliamente usada para definir los contenidos de una disciplina, así como los componentes de las competencias. Se logra a partir de un grupo de expertos que puede variar desde aproximadamente diez hasta cincuenta personas, quienes desarrollan las especificaciones en forma detallada, luego son recolectadas, revisadas y discutidas hasta que se logra el consenso final.³⁸

En el abordaje mediante el incidente crítico, descrito por Flanagan en 1954, se interroga a un gran número de médicos para identificar, desde su propia experiencia profesional, aquellos incidentes que parezcan tener efectos positivos o negativos sobre la calidad del cuidado que proporcionan a sus pacientes. Los incidentes pueden referirse a conocimientos, razonamientos, toma de decisiones, actitudes y habilidades. Es una fuente inagotable de sugerencias para la formación de especialistas.

Técnica TKJ. Para la formación de un plan curricular surge mucha polémica y problemas sin embargo pueden ser abordados y están sujetos a crítica e incertidumbre, esto no puede ser definido por información disponible, se debe identificar en función de las necesidades. Esta técnica será un taller donde se reúne a un grupo de expertos, en diversas áreas del tema en estudio. Proceso estructurado de participación colectiva orientado al análisis y solución de problemas. Así se generan ideas, se analizan problemas y se plantean algunas soluciones de forma sistemática por parte del grupo de expertos.

La técnica fue desarrollada en Japón 1974 y es una modificación de TKJ la cual fue utilizada por Sony corporación. Lo utilizaron para establecer prioridades financieras entre sus altos funcionamientos. Posteriormente Kaboyashi realiza modificaciones que ayuda aplicar este método en áreas como las sociales y administrativas se ha utilizado para determinación de prioridades, definir estrategias. Es una técnica muy eficiente y confiable. Se ha utilizado para diseño curricular de programas de estudio.³⁹

1.2. Planteamiento del problema.

El panorama epidemiológico en nuestro país nos ha llevado a un incremento en la esperanza de vida, con ello las enfermedades crónicas que incrementan las posibilidades de padecer una enfermedad poco tratable. A esta situación no escapa el trabajo del médico familiar, sin embargo en el primer nivel de atención no existe una adecuada orientación al paciente terminal y su familia con respecto a su padecimiento.

Algunos pacientes llegan al centro de salud solicitando documentos tales como: certificado de discapacidad o resúmenes clínicos y simplemente se expide el mismo sin estudiar más a fondo al paciente y su familia, quienes habitualmente tienen necesidades específicas acerca de las patologías que los llevan a esta condición de pacientes terminales.

Los cuidados paliativos no se llevan a cabo en el primer nivel de atención ya que no se tiene claro cuáles son los conocimientos ni habilidades específicas para desempeñarse en esta área, dando así un manejo insuficiente del paciente y su familia. Los servicios de urgencias y de segundo nivel no tienen la capacidad de recibir a los pacientes terminales que reinciden y el gasto público incrementa, siendo difícil costear dichas patologías. Por otra parte, también se observa que los programas de estudio de la especialidad de medicina familiar a la fecha contemplan de manera parcial los conocimientos acerca de los cuidados paliativos que debe proporcionar el prestador de servicio de salud. Con esta panorámica, en la realidad el médico de primer nivel de atención recurre al envío de los pacientes a servicios como: psicología, trabajo social o enfermería con lo cual termina evadiendo su responsabilidad de orientar y resolver o manejar al paciente y su familia.

Por las anteriores consideraciones, como pregunta para este trabajo de investigación se plantea la siguiente cuestión:

¿Cuáles son las competencias que debe desarrollar el Médico Familiar para proporcionar Cuidados Paliativos al paciente terminal y su familia en el primer nivel de atención?.

1.3 Justificación.

La medicina actual está orientada a prolongar las expectativas de vida de la población y no brindar calidad de la misma. Lo que trae como consecuencia, un aumento en la esperanza de vida y disminución en tasa de natalidad. Así pues, tenemos como resultado mayor incidencia en las enfermedades crónicas degenerativas. Se prevé que para el 2025, un tercio de la población tendrá más de 65 años.^{40,41}

La OMS reporta que en el mundo, debido a las enfermedades crónicas, mueren 38 millones de personas cada año. Podemos observar que la afluencia de pacientes con enfermedades crónicas aumenta, los servicios de urgencias de segundo y tercer nivel de atención se saturan y el gasto público incrementa. Esto significa que con más frecuencia los prestadores de salud deben hacer frente a estos problemas y complicaciones de los pacientes en fases terminales⁴¹. Se pretende dar una mejor atención a través del equipo multidisciplinario competente en materia de cuidados paliativos.⁴²

Por lo que en el presente estudio se pretendió realizar un análisis y una interpretación en relación a las diferentes prácticas de los médicos expertos en cuidados paliativos sobre la atención de los pacientes terminales y su impacto en los aprendizajes que requieren desarrollar los médicos familiares en primer nivel de atención con el fin de ofrecer recomendaciones que propicien una mejora en la calidad de vida de los pacientes y calidad en la atención. El presente trabajo es de suma importancia e interés para el que hacer del médico de primer contacto.

El análisis de los datos recolectados contribuirá con propuestas o guías para la mejora de prácticas médicas en el primer nivel de atención en el proceso de evaluación por competencias. La investigación es viable ya que se tiene acceso a clínicas y hospitales del distrito federal donde laboran médicos expertos en materia de cuidados paliativos para llevarla a cabo y es posible obtener la autorización de las autoridades, profesores y residentes para realizar el estudio.

1.4. Objetivos.

Objetivo General.

Determinar las competencias que necesita desarrollar el médico familiar en cuidados paliativos para proporcionar la adecuada atención del paciente terminal y su familia en el primer nivel de atención médica.

Objetivos Específicos.

-Establecer los conocimientos que debe poseer el médico familiar para proporcionar cuidados paliativos al paciente terminal y su familia, en el primer nivel de atención médica.

-Determinar las principales habilidades y destrezas que debe poseer el médico familiar para proporcionar cuidados paliativos al paciente terminal y su familia, en el primer nivel de atención médica.

-Identificar las actitudes más importantes que debe tener el médico familiar para proporcionar cuidados paliativos al paciente terminal y su familia, en el primer nivel de atención médica

1.5. Hipótesis.

No aplica porque es un estudio descriptivo.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1 Tipo de Estudio.

Observacional, Descriptivo, Transversal.

2.2 Diseño de la investigación.



2.3 Población, lugar y tiempo.

Se estudió a los médicos, tomando en cuenta a quienes se consideró podían conocer mejor el tema en estudio, así mismo se consideró la facilidad para acceder a la población médica y por tal motivo se incluyeron los siguientes grupos:

-Médicos residentes de tercer año del curso de especialización de medicina familiar del centro de Salud José Castro Villagrana SSCDMX / UNAM.

-Médicos paliativistas que cursen alta especialidad, diplomado o curso que los avale en cuidados paliativos de la SS, SSCDMX e ISSSTE. Citados en el Centro Salud Castro villagrana y vía electrónica. En el periodo de tiempo junio y julio 2016.

2.4 Muestra.

Por tratarse de un estudio tipo cualitativo se realizó un muestreo tipo teórico.

La teoría Fundamentada utiliza una serie de procedimientos que, a través de la inducción, genera una teoría explicativa de un determinado fenómeno estudiado en este sentido, las ideas expresadas por los expertos en ambas técnicas fueron producidos y examinados continuamente hasta la obtención de categorías que generan nuevo conocimiento, complementándose también con el análisis de discurso que en este caso fue analizado mediante los textos que nos proporcionaron los expertos a través de la técnica Incidente crítico.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión

- Médicos residentes de tercer año del curso de especialización en medicina familiar, que por lo menos cuenten con dos años de experiencia de práctica clínica ante pacientes y conocen sobre el cuidado paliativo ya que se brinda como tema de tercer año.

- Médicos paliativistas.

- Tener adscripción a la unidad de clínica de dolor y cuidados paliativos.

- Realizar actividades de atención médica paliativista en su unidad laboral.

- Médicos de cualquier especialidad avalados en cuidados paliativos.

- Contar con formación en cuidados paliativos mediante: Curso, diplomado o materia curricular.

- Realizar actividades de atención a pacientes terminales en su unidad laboral.

No inclusión:

- Médicos residentes de primero o segundo grado, por considerarse con escasa experiencia ante la problemática de cuidado paliativo.

- Médicos que no cuenten con algún aval académico en materia de cuidados paliativos.

- Médicos con tareas tipo administrativas que no brinden atención clínica directa con el paciente.

Eliminación:

- Se eliminarán los cuestionarios incorrectos con letra no legible o insuficientemente contestados, que no competen la dinámica de trabajo.

2.6 Variables.

TABLA DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.

| VARIABLE/ CATEGORÍA | TIPO | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | ESCALA MEDICIÓN | CALIFICACIÓN |
|---|--------------|---|--------------------|---|
| Edad | Cuantitativo | Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de estudio. | INTERVALAR | Edad en años cumplidos. |
| Género | Cualitativo | Conjunto de características biológicas por lo que se diferencian los hombres de las mujeres. | NOMINAL | Masculino. Femenino. |
| Grado académico | Cuantitativa | Condición laboral o académica del médico. | ORDINAL | Médico de pregrado. Médico Residente Médico Paliativista Médico Académico. |
| Institución donde laboran | Cualitativo | Instituto de Salud en el cual prestan sus servicios los profesionales médicos. | NOMINAL | SSA IMSS ISSSTE |
| Institución donde realizó su formación en cuidados paliativos | Cualitativo | Institución de salud donde realizó estudios en materia de Cuidados Paliativos. | NOMINAL | SSA IMSS ISSSTE Otro |
| Tipo de formación en Cuidados Paliativos. | Cualitativo | Tipo de preparación que curso para obtener conocimientos en Cuidados Paliativos. | NOMINAL | Diplomado Curso Especialidad Asignatura en Especialidad Otro. |
| Competencias. | Cualitativo | Se define como la acción de conocer, que significa averiguar mediante el ejercicio de facultades intelectuales la naturaleza, propiedades y relaciones de las cosas, Incluye también manejo de las técnicas y procedimientos así como valores dentro de las tres esferas para brindar cuidados paliativos.. | NOMINAL | Categorías encontradas mediante la técnica TKJ e Incidente crítico. |

2.7 Instrumento para la recolección de datos.

Ficha de identificación: Recabando los datos personales de los entrevistados así como, edad, lugar donde laboran, su formación profesional en materia de cuidados paliativos.

Técnica TKJ.

Es un instrumento para que se crea para definir competencias por medio de categorías encontradas para investigación cualitativa. Se diseñó la siguiente pregunta: En el contexto de las competencias médicas ¿Cuáles son los conocimientos, habilidades y actitudes que usted propone para diagnosticar y manejar correctamente a los pacientes y sus familias con necesidad de cuidados paliativos?.

Posteriormente mediante la saturación de conceptos y un consenso de expertos se llega a la información deseada para la formación de conocimiento nuevo.

Técnica Incidente Crítico (IC).

Es un Instrumento para que se crea para obtener categorías para investigación cualitativa, creando dos preguntas una que nos brindara el conocimiento mediante un incidente positivo y un incidente negativo, se solicitó a los médicos, por escrito en un formato preestablecido, en el Incidente crítico positivo la pregunta que se formuló fue relato médico en el que, ante situaciones clínicas difíciles o importantes en el manejo del paciente y familia con necesidades de cuidados paliativos.

Su intervención como médico, haya brindado resultados positivos y se formuló otra para el Incidente negativo sobre un relato médico en el que, ante situaciones clínicas difíciles o importantes en el manejo del paciente y familia con necesidades de cuidados paliativos, su intervención como médico, haya brindado resultados negativos. Esto con la finalidad de obtener por saturación de conceptos ideas que nos lleven a un conocimiento nuevo.

2.8 Método de recolección de datos.

Con el propósito de observar y perfeccionar tanto la técnica de investigación cualitativa como la pregunta, a partir de la cual los médicos iniciarían las descripciones de los problemas más comunes a los que se enfrentan cuando brindan atención al paciente terminal y su familia, se realizó una prueba con siete médicos internos, a quienes se les mostro la pregunta de investigación, esto con la finalidad de saber si la pregunta elegida funciona adecuadamente para obtener la información requerida, así como para estimar el tiempo necesario para la aplicación de las técnicas.

Posterior a esto se procedió a la investigación directamente con los médicos seleccionados bajo las siguientes técnicas cualitativas TKJ e incidente crítico. El investigador responsable cito a los médicos en la unidad del centro de salud José castro villagrana. Se escogió el día académico, esto con el fin de no interrumpir su trabajo clínico asistencial.

Se dio inicio al estudio con los médicos residentes de tercer año de la especialidad en medicina familiar, en las instalaciones del “Centro de Salud José Castro Villagrana “, este grupo cuenta con una materia en cuidados paliativos y tiene un conocimiento de novato en el área pero se decidió su participación ya que puede brindar la visión de las necesidades que ellos perciben hacen falta en el primer nivel de atención con respecto a los cuidados paliativos. En esta sesión estuvo presente el asesor de tesis para corroborar y perfeccionar la aplicación de las técnicas. Una vez reunidos los participantes, se les explicó el objetivo del trabajo y se les otorgó la carta de consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo 1). Posteriormente se dio una introducción en presentación power point sobre los cuidados paliativos y las competencias médicas, los objetivos del trabajo y la importancia del mismo con una duración aproximada de 30 minutos.

Se inició con la técnica TKJ, explicándoles el procedimiento de trabajo y se declaró la pregunta seleccionada anotándola en el pizarrón, a continuación los médicos registraron sus ideas en tarjetas. (Anexo 2) Posteriormente, clasificaron sus tarjetas de acuerdo a la prioridad que ellos mismos le dieron a sus ideas conforme a una tabla previamente especificada, cada participante dio la calificación o peso a cada idea según la prioridad establecida. (Anexo 3) Finalmente, por consenso, clasificaron las ideas contenidas en las tarjetas, bajo un título que representaba cada agrupación de pensamientos. Posteriormente, en trabajo individual, el investigador responsable se dio a la tarea de revisar el trabajo y reubicar alguna tarjeta que equivocadamente estuviera mal clasificada. El procedimiento tuvo una sencillez adecuada, y no existieron dudas. Los participantes lograron expresar sus ideas, pero se observó que los participantes al final estaban muy agotados para poder redactar con claridad sus ideas y algunas letras no fueron muy legibles en el análisis de datos.

Se continuó con la entrega de un formato previamente establecido donde se les solicita ficha de identificación y la redacción de incidentes.

Durante la aplicación de la técnica del incidente crítico. Se explicó en qué consistía el procedimiento y se solicitó a cada participante contribuyera con la redacción de un

incidente positivo y un incidente negativo de su práctica real. Esta etapa de aplicación concluyó con las revisiones, clasificación de las descripciones de los médicos.

Los siguientes grupos de investigación fueron médicos expertos en cuidados paliativos que laboran en la Secretaría de salud y del Instituto mexicano del seguro social, citados en el centro de salud castro villagrana donde de se brindó el consentimiento informado para la aplicación de las técnicas una vez reunidos los participantes por grupos, se les explicó el objetivo del trabajo.

Con estos grupos, por la experiencia previa se decidió hacer más breve la plática de 15 minutos donde se le dio más peso a las competencias médicas para su entendimiento dando por sentado que ellos ya no requerían información más extensa de cuidados paliativos y se explicó los objetivos resaltando la importancia de su colaboración. Posteriormente se aplicó la técnica TKJ donde se llevó un rota folio con la pregunta establecida previamente para que fuera más dinámico, los médicos registraron sus ideas en tarjetas las cuales ya estaban previamente marcadas con sus iniciales. (Anexo 3) Posteriormente, clasificaron sus tarjetas de acuerdo a la prioridad que ellos mismos le dieron a sus ideas conforme a una tabla previamente especificada, cada participante dio la calificación o peso a cada idea según la prioridad establecida. (Anexo 4) Finalmente, por consenso, clasificaron las ideas contenidas en las tarjetas, bajo un título que representaba cada agrupación de pensamientos. Posteriormente, en trabajo individual, el investigador responsable se dio a la tarea de revisar el trabajo y reubicar alguna tarjeta que equivocadamente estuviera mal clasificada. El procedimiento tuvo una sencillez adecuada, no existieron dudas y los participantes no se sintieron tan agotados. Esta etapa de aplicación concluyó con las revisiones, clasificación de las descripciones de los médicos expertos en Cuidados Paliativos.

2.9 Prueba piloto.

Con el propósito de observar y perfeccionar tanto la técnica de investigación cualitativa como la pregunta, a partir de la cual los médicos iniciarían las descripciones de los problemas más comunes a los que se enfrentan cuando brindan atención al paciente terminal y su familia, se realizó una prueba con siete médicos internos, a quienes se les mostro la pregunta de investigación, esto con la finalidad de saber si la pregunta elegida funciona adecuadamente para obtener la información requerida, así como para estimar el tiempo necesario para la aplicación de las técnicas.

2.10. Maniobras para controlar sesgos.

Se puede mencionar el sesgo de selección, ya que la muestra se selección o por conveniencia, sesgo del entrevistador.

2.11. Procedimientos estadísticos.

Diseño y construcción de base de datos.

Una vez realizadas las técnicas Incidente crítico y TKJ se capturó la información de los sobres y de los formatos en microsoft word 15.0.4517.1510 y microsoft Excel 2013 15.0.4551.1011 para su posterior análisis.

Análisis estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva para análisis de variables cualitativas.

Por tratarse de un estudio cualitativo se amplió la teoría Fundamentada por medio de la técnica TKJ para que través de la inducción, genera una teoría explicativa.⁴³ En este sentido, las ideas expresadas por los expertos se examinaron continuamente hasta la obtención de categorías que generaron nuevo conocimiento. Para complementar se analiza mediante la teoría de discurso y así complementándose para la definición de categorías, se realizó mediante el análisis de discurso este hace referencia a una disciplina cuyo objeto de estudio es el discurso esto es, el uso que de la lengua hacen los hablantes en situaciones específicas.^{44,45}

De este modo, la totalidad de enunciados que da una sociedad, bien sean orales o escritos, se convierte en objeto de estudio. Se trata de un campo de estudio que se aplica a todo tipo de contextos. Los discursos constituyen tal vez la herramienta más persuasiva para conseguir modelar actitudes, es decir, formas de pensar, sentir y actuar. Teniendo el poder de dar forma y transmitir los discursos, se posee también la oportunidad de construir realidad.

2.12. Cronograma. Ver anexo 5.

2.13. Recursos.

Recursos humanos.

Investigador principal: médico residente de la especial en medicina familiar, asesor de tesis.

Recursos materiales.

Hojas blancas para formatos, rota folio, sobres, fichas bibliográficas, lápices y plumas, computadora portátil para proyección de diapositivas.

Recursos físicos.

Instalaciones del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana".

Financiamiento del estudio. Autofinanciado

2.14. Consideraciones éticas.

La investigación se apegará a la declaración de Helsinki del párrafo B, donde se habla de los principios básicos de realización de investigaciones:

XIII. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, este debe enviarse para consideración, comentario y cuando sea necesario aprobación del comité de Evaluación Ética especialmente designado que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

XX. Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

XXI. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad, debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

XXVII. Tanto los autores como los editores tienen la obligación ética al publica resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

XVIII. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico; cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

Respecto a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México, basados en el capítulo I de los aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos.

Art 13. Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Art. 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones que este reglamento señala.

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias

competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Se llevará a cabo cuando se tenga autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso de la Secretaría.

Art. 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificado solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Art. 17. Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínico y otros en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Art. 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto a quien se realice la investigación. Así mismo será suspendida de inmediato cuando así lo justifique.

Art. 20. Se entiende por consentimiento informado al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art. 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos.

Art. 23. En caso de investigación de riesgo mínimo, la Comisión de Ética por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito y, tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador del consentimiento informado.

El estudio se clasifica como un estudio de riesgo mínimo, el cual, según el artículo 23 de la Ley General de Salud y la Comisión de Ética. Podrá autorizar que el consentimiento se obtenga sin formularse por escrito. Sin embargo, ésta se otorgó a cada uno de los pacientes estudiados. Se realizó un formato de consentimiento informado, basado en los puntos XX y XXI de la Declaración de Helsinki, así como en los artículos 13,14,16,20 y 23 de la Ley General de Salud, a fin de salvar, en todo momento, la dignidad de los pacientes y garantizar que su participación fuera completamente voluntaria.^{46,47}

3. RESULTADOS.

Fueron estudiados 42 médicos que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales se eliminaron dos formatos por letra no legible e incompleta.

En la siguiente tabla se describen las características demográficas de la población estudiada. (Ver tabla 1, 2,3).

Tabla 1.

Distribución por institución donde laboran.

| INSTITUCIÓN | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| SS | 31 | 73.80 |
| ISSSTE | 11 | 26.19 |
| Total | 42 | 100.0 |

Fuente: Cédula de Datos, junio - julio 2016

Tabla 2.

Distribución por género de los médicos

| Género | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 20 | 47.6 |
| Femenino | 22 | 52.3 |
| Total | 42 | 100.0 |

Fuente: Cédula de Datos, junio - julio 2016

Los resultados con respecto a la edad muestran el predominio del grupo de 31 a 40 años y el grupo menor representado fueron los de 41 a 50 años. Tabla 3.

Tabla 3.

Distribución por grupo de edad De los médicos.

| Años | Frecuencia | Porcentaje |
|------|------------|------------|
| A 30 | 9 | 23.8 |
| A 40 | 19 | 45.2 |
| A 50 | 4 | 9.5 |
| A 61 | 10 | 21.4 |
| al | 42 | 100.0 |

Fuente: Cédula de Datos, junio - julio 2016

La tabla 4 señala el grado académico de los médicos encuestados, en ella se advierte que la mayoría está conformada por médicos residentes con 73.8 %.

Tabla 4.

Distribución de los médicos por grado académico

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Médico residente | 31 | 73.8 |
| Médico Base | 9 | 21.4 |
| Médico profesor | 2 | 4.76 |
| Total | 42 | 100.0 |

Fuente: Cédula de Datos, junio - julio 2016

Los resultados en relación con los estudios que efectuaron los médicos en materia de cuidados paliativos, se encontró que solo uno realizó sus estudios en IMSS siendo el 2.38% y la mayoría los realizó en la Secretaría de Salud. (Ver tabla 5)

Tabla 5.

Distribución sobre el Instituto donde realizó su preparación en materia de Cuidados Paliativos.

| INSTITUCIÓN | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| IMSS | 1 | 2.38% |
| ISSSTE | 10 | 23.8% |
| SSA | 31 | 73.8% |
| Total | 42 | 100 % |

Fuente: Cédula de Datos, junio - julio 2016

En la tabla número 6 se observa las técnicas aplicadas en los médicos en estudio.

Tabla 6.

Número de médicos de acuerdo a la técnica de investigación aplicada.

| Médicos | Técnica aplicada | Cantidad de médicos |
|-------------------|-------------------------|---------------------|
| Médicos residents | TKJ + Incidente crítico | 28 |
| Profesores | TKJ + Incidente crítico | 2 |
| Médicos de base | TKJ + Incidente crítico | 12 |
| Total | | 42 |

Fuente: Cédula de Datos, junio - julio 2016

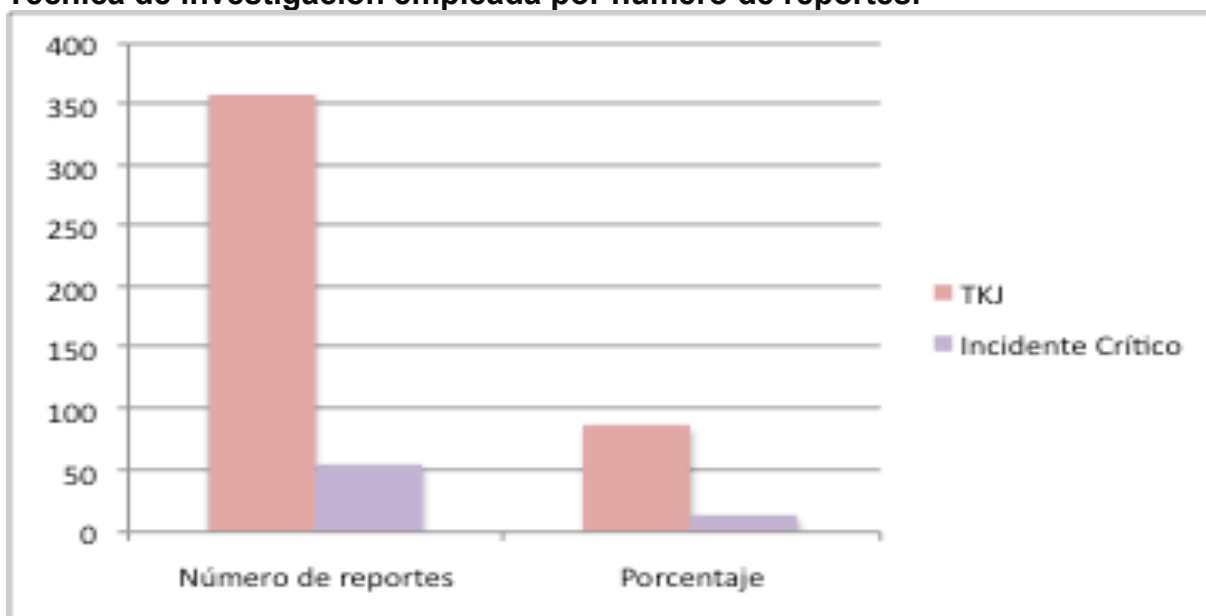
Las ideas proporcionadas por los médicos investigados a través de la técnica de TKJ, sumaron un total de 359 ideas, las cuales se agruparon en 104 categorías. El nombre de tales categorías fue sugerido por los mismos participantes, quienes como parte del procedimiento acordaban el nombre de la categoría que representaba mejor la agrupación de sus ideas.

La técnica del incidente crítico se redujo el número de reportes ya que muchos se excluyeron por letra poco legible o no se concluyó la dinámica por parte de los participantes, se obtuvo un total de 55 incidentes con 347 ideas, agrupados en 35 categorías. El nombre de estas categorías fue sugerido por los mismos participantes y algunos reportes encontrados en la literatura .

La Figura 1. Representa la suma de las ideas emitidas por ambas técnicas da un total de 414 narraciones de eventos, en los cuales los médicos participantes identifican situaciones de importancia y de difícil resolución con sus pacientes. Figura 1.

Figura 1.

Técnica de investigación empleada por número de reportes.

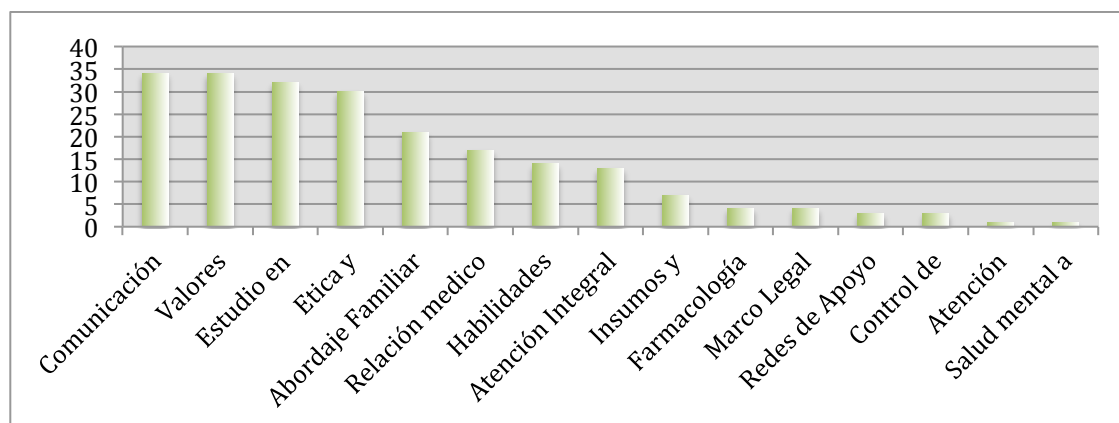


A continuación expondremos las categorías identificadas mediante la técnica TKJ por residentes en primer nivel de atención médica, seguidas de las identificadas por los paliativistas en segundo nivel de atención por hospitales, brindando las categorías ordenadas de acuerdo al puntaje.

La Técnica TKJ en residentes del Centro de Salud José Castro Villagrana. Nos muestra que la Comunicación asertiva y el enfoque actitudinal representan una de las principales preocupaciones de este grupo y la atención domiciliaría junto con atención psicológica a médicos se encuentran en los últimos lugares de la categoría. Figura 2.

Figura 2.

Categorías difíciles de abordar en materia de Cuidados Paliativos, Identificadas por los Residentes de Medicina Familiar grupo 1.

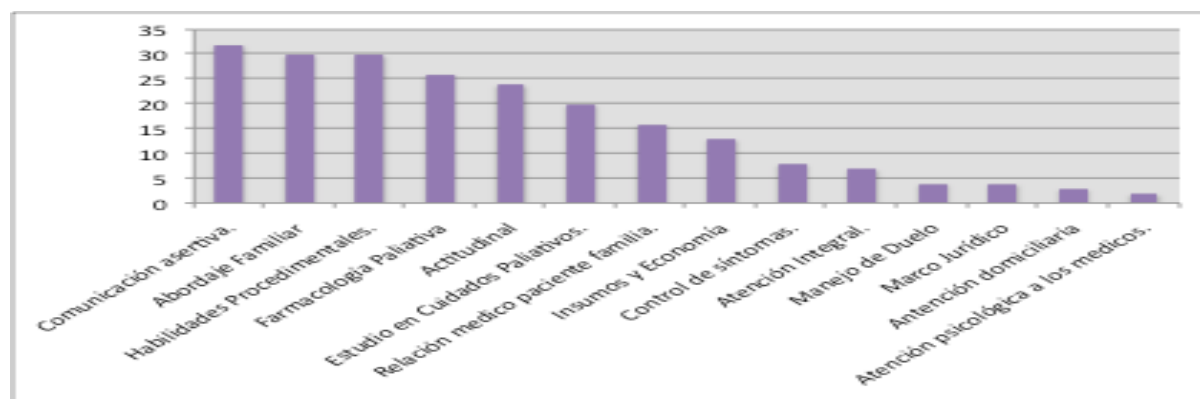


Fuente: Técnica TKJ, junio - julio 2016

Las categorías identificadas por el grupo de médicos segundó nivel con alta especialidad en cuidados paliativos de la SS. En primer lugar la comunicación asertiva y abordaje familiar, no así la atención domiciliaría y las atención psicológica a médicos que se colocan en última posición. Figura 3.

Figura 3.

Categorías más frecuentes y difíciles de abordar en materia de Cuidados Paliativos, Identificadas por los paliativistas gurpo 2.

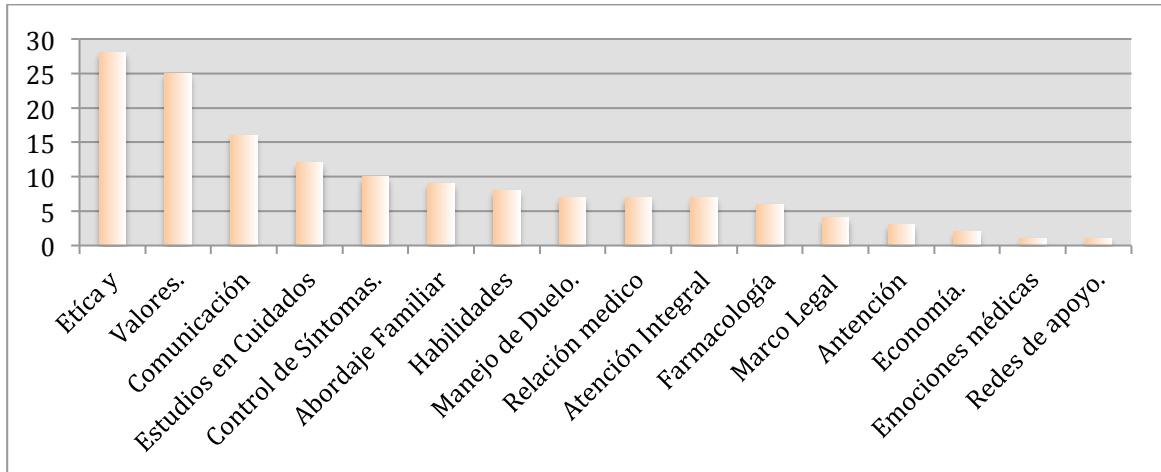


Fuente: Técnica TKJ, junio - julio 2016

En la figura 4 podemos observar las categorías identificadas por el grupo de médicos del ISSSTE. En primer lugar lo actitudinal siendo la ética profesionalismo y valores lo que más preocupa a estos expertos, con menor puntaje las redes de apoyo, economía y manejo de emociones del médico.

Figura 4.

Categorías difíciles de abordar en materia de Cuidados Paliativos, Identificadas por los paliativistas grupo 3 .

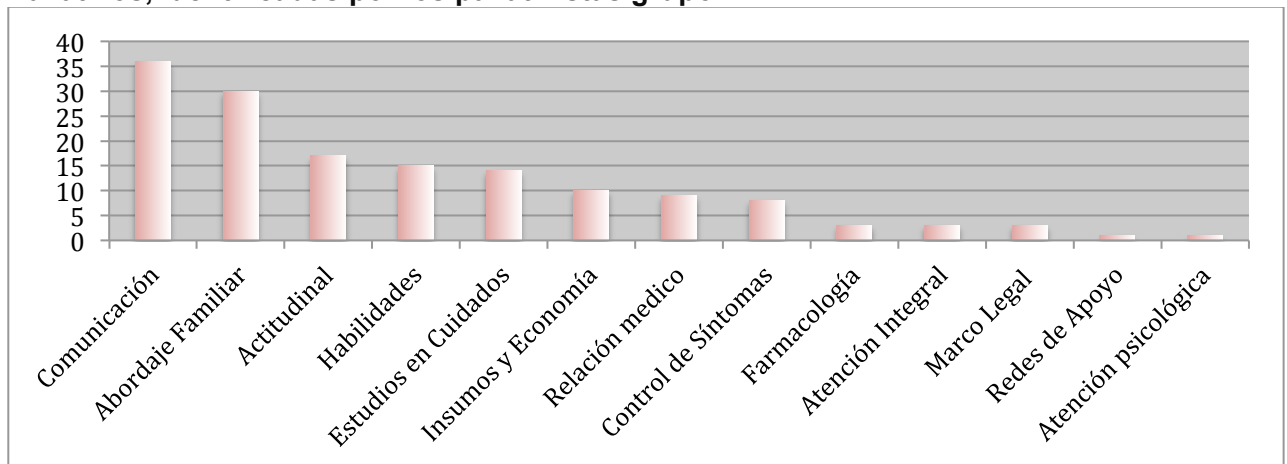


Fuente: Técnica TKJ, junio - julio 2016

Se observan las categorías identificadas por el grupo de médicos paliativistas de SSA. En los primeros lugares la comunicación asertiva y el Abordaje familiar. De igual forma la atención ambulatoria y las necesidades médicas que se colocan en última posición. Figura 5.

Figura 5.

Figura 5. Categorías más frecuentes y difíciles de abordar en materia de Cuidados Paliativos, Identificadas por los paliativistas grupo 4

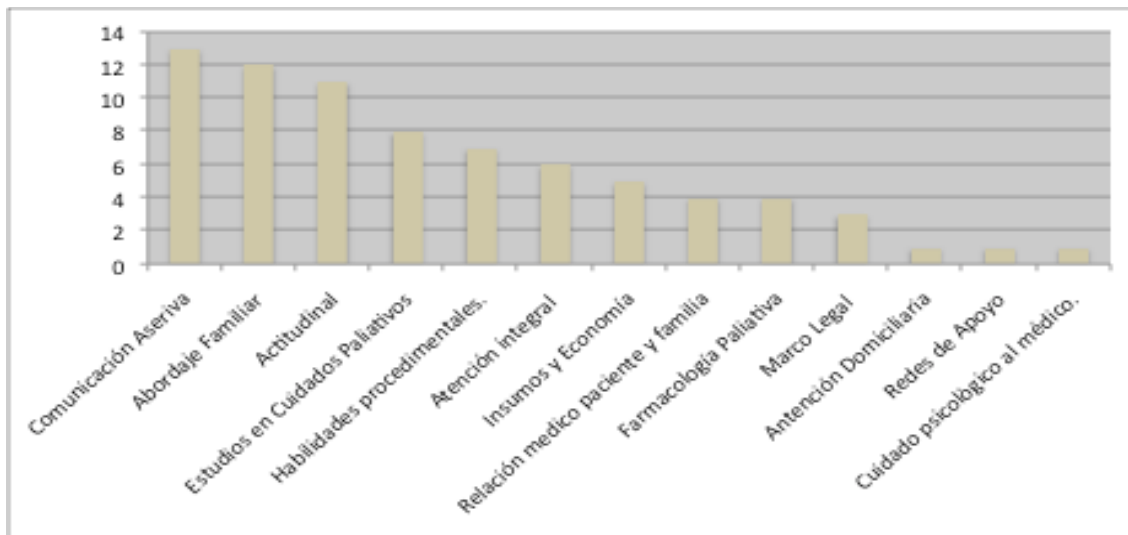


Fuente: Técnica TKJ, junio - julio 2016

Se observan las categorías identificadas por el grupo de médicos paliativistas de segundo nivel de atención. En primer lugar la comunicación asertiva y el Abordaje familiar y con menor puntaje atención domiciliaría, el cuidado psicológico al médico .Figura 6.

Figura 6.

Categorías más frecuentes y difíciles de abordar en cuidados paliativos, Identificadas por los paliativistas grupo 5.



Fuente: Técnica TKJ, junio - julio 2016

Posterior al ordenamiento anterior, se revisaron nuevamente todas las tarjetas (ideas) por categorías identificadas, y se observó que en varias de ellas, no en todas, se podían formar diferentes subcategorías las cuales parecen dar mayor detalle acerca de dónde centraban su preocupación los médicos participantes. Se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Subcategorías más importantes de los expertos en cuidados paliativos, identificadas mediante la técnica TKJ. Presentadas por prioridad.

| | |
|---|--|
| <p>1) Comunicación en cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comunicación asertiva -Comunicación clínica efectiva -Comunicación con equipo médico -Comunicación malas noticias | <p>Abordaje familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> manejo de información a la familia manejo de conflicto intrafamiliar instrumentos de evaluación familiar Cuidados a la familia. capacitación a la familia -Taller cuidadores. -Taller de duelo -Taller de acompañamiento -Taller manejo de emociones. studio de dinámica familiar. |
|---|--|

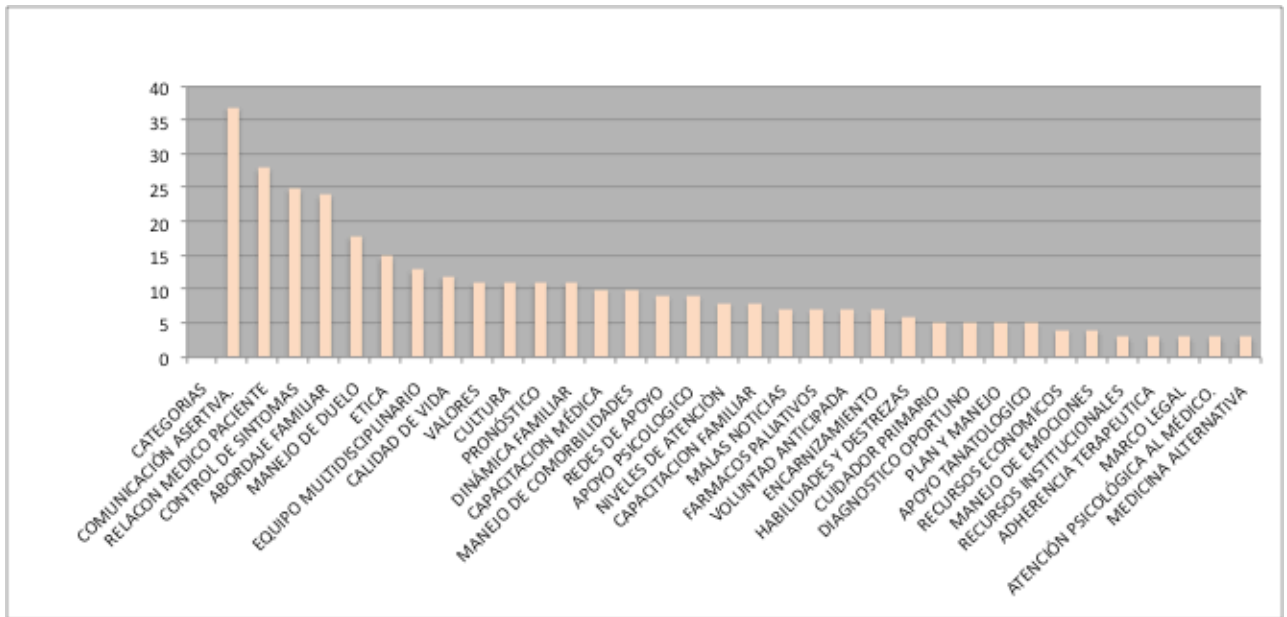
| | |
|--|--|
| <p>3) Habilidades procedimentales.</p> <p>Habilidades clínicas -Elaboración de historia clínica -Entrevista médica -Interrogatorio médico</p> <p>B) Habilidades para resolver problemas diagnósticos y planes de manejo. -Diagnóstico y pronóstico oportuno - Maneo y control de comorbilidades.</p> <p>C) Habilidades técnicas -Procedimientos para la aplicación de sondas y catéteres. -Aplicación de dispositivos subdérmicos. -Aplicación y cuidados de colostomía y gastrostomía. -Manejo de heridas y úlceras. -Rehabilitación.</p> | <p>4) Farmacología paliativa.</p> <p>A) Conocimientos en farmacología. -Farmacocinética y farmacodinamia. -Interacciones medicamentosas -Rotación de opiáceos. -Escalera analgésica. -Sinergismo entre medicamentos. -Ventana analgésica -Sedación paliativa. -Conocimiento de fármacos : Opioides y no Opioides</p> <p>B) Legislación farmacológica.</p> <p>C) Vía de administración de fármacos.</p> <p>D) Capacitación médica en farmacología.</p> |
| <p>5). Actitudinal</p> <p>A. Ética y profesionalismo. . -Muerte digna -Calidad de vida -obstinación terapéutica -Bioética. - Autonomía.</p> <p>B) Valores: Respeto, Tolerancia, compasión.</p> | <p>6) Conceptualización en cuidados paliativos. -Misión y visión de los cuidados paliativos -Concepto de cuidados paliativos -Criterios de terminalidad -Términos usados en cuidados paliativos (distanacia, eutanasia, ortotanacia). - Niveles de atención</p> |
| <p>9) control de síntomas.</p> <p>A) Manejo de síntomas en el cuidados paliativo: Prurito, náusea, vómito, disnea</p> <p>b) Manejo del dolor en cuidados paliativos</p> | <p>88) Insumos y economía -Recursos institucionales - Recursos humanos.</p> |

La técnica del incidente crítico, se recolectaron un total de 55 incidentes aplicándose a 42 médicos .

En Figura 7 se muestran las categorías encontradas con la técnica Incidente crítico. Se puede observar la principal preocupación esta en el área de comunicación asertiva y medicina alternativa, la atención psicológica a médicos en los últimos lugares de nuestras categorías.

Figura 7.

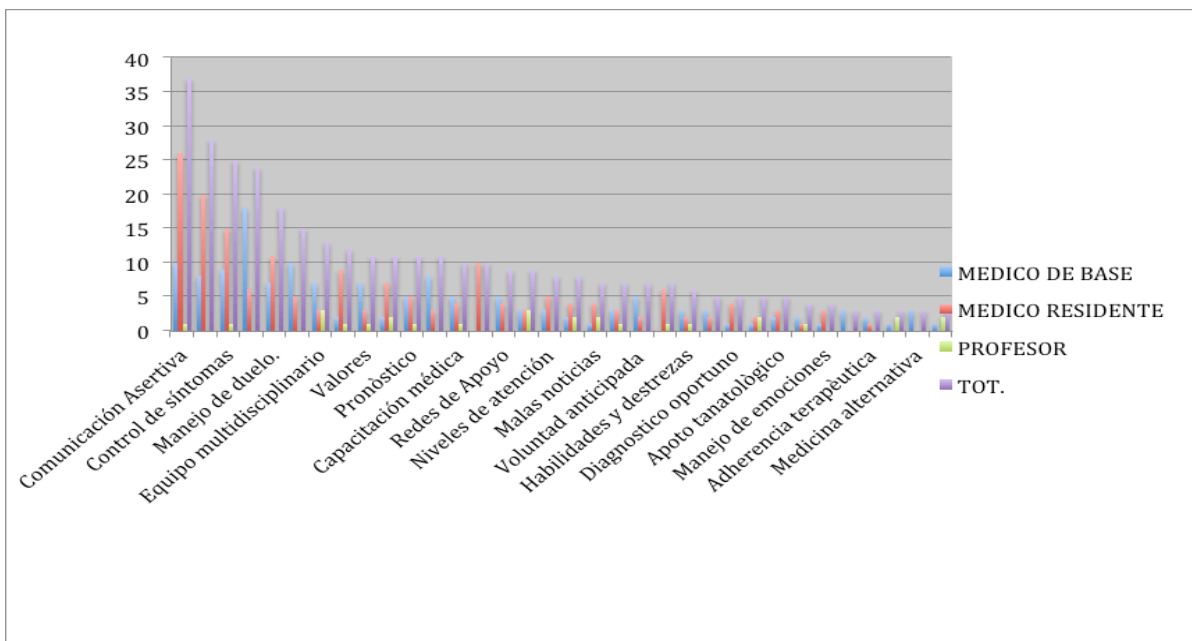
Categorías más importantes de los expertos en materia de cuidados paliativos, identificadas mediante la técnica Incidente crítico. Presentadas por prioridad.



Fuente: Técnica Incidente Crítico, junio - julio 2016

Figura 8 .

Incidentes críticos totales reportados por los médicos de base, residentes y profesores.



Fuente: Técnica Incidente Crítico, junio - julio 2016

A continuación se muestra las competencias que debe proporcionar el médico de familia para la atención de cuidados paliativos en primer nivel de atención.

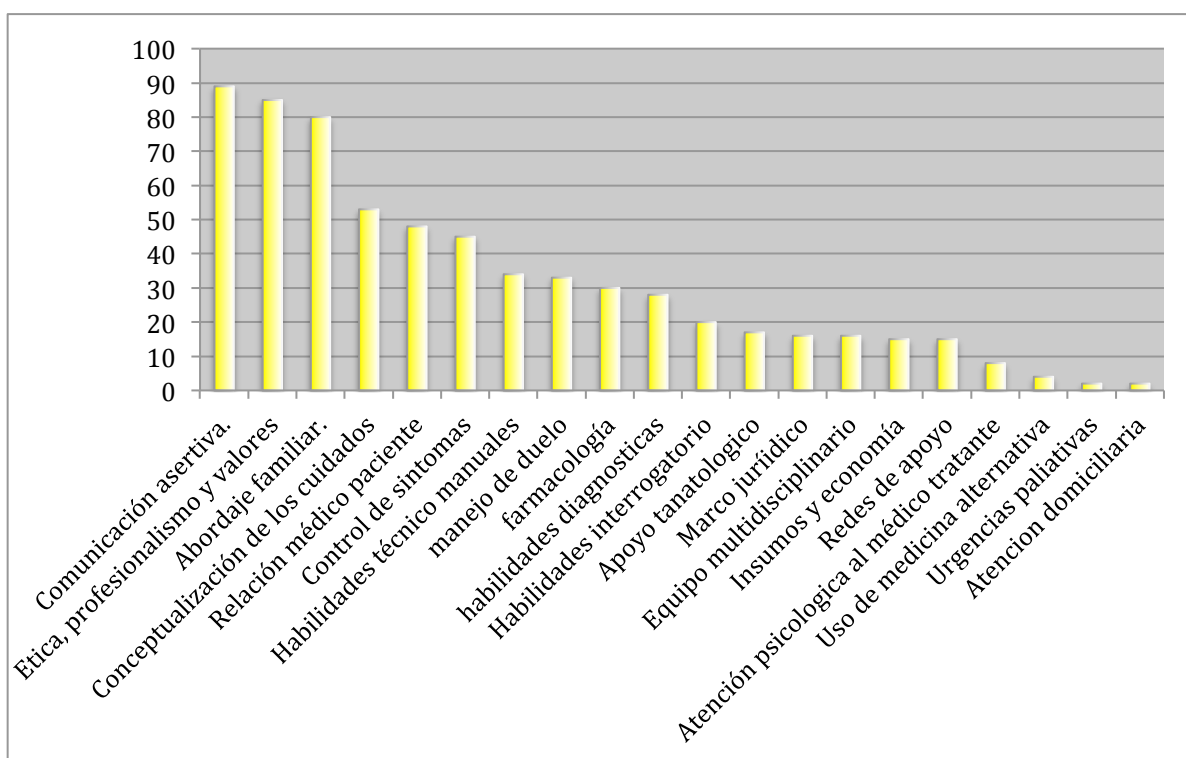
Tabla 8 .

**Categorías de competencias en cuidados paliativos para el médico familiar,
Suma de categorías y subcategorías obtenidas mediante la técnica TKJ e Incidente crítico.**

| | CATEGORÍA | FRECUENCIA |
|----|---|------------|
| 1 | Comunicación asertiva <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación clínica efectiva • Comunicación con el equipo médico • Comunicación de malas noticias | 89 |
| 2 | Ética y profesionalismo <ul style="list-style-type: none"> • Muerte digna • Calidad de vida • Obstinación terapéutica • Bioética • Autonomía • Respeto • Tolerancia • Compasión | 85 |
| 3 | Abordaje familiar <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de información a la familia • Manejo de conflicto intrafamiliar • Instrumentos de evaluación familiar • Capacitación de la familia • Estudio de la dinámica familiar | 80 |
| 4 | Conceptualización de los cuidados paliativos <ul style="list-style-type: none"> • Misión y visión de los cuidados paliativos • Concepto de cuidados paliativos • Criterios de terminalidad • Distanacia, eutanasia y ortotanasia | 53 |
| 5 | Relación médico paciente | 48 |
| 6 | Control de síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de síntomas como prurito , nausea, vómito y disnea Manejo del dolor | 45 |
| 7 | Habilidades técnico-manuales. <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para aplicación de sondas y catéteres • Aplicación de dispositivo subdérmico • Cuidados de colostomía y gastrostomía Manejo de úlceras y heridas | 34 |
| 8 | Manejo de duelo. | 33 |
| 9 | Farmacología paliativa <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento en farmacología • Legislación en farmacología • Vía de administración en fármacos. • Capacitación médica en farmacología. | 30 |
| 10 | Habilidades diagnosticas <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y pronóstico oportuno • Manejo y control de comorbilidades | 28 |
| 11 | Habilidades clínicas de interrogatorio <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de historia clínica • Entrevista médica | 20 |

| | | |
|----|---|----|
| 12 | Apoyo teratológico | 17 |
| 13 | Marco jurídico | 16 |
| 14 | Equipo multidisciplinario | 16 |
| 15 | Insumos y economía <ul style="list-style-type: none"> • Recursos institucionales • Recursos humanos | 15 |
| 16 | Redes de apoyo | 15 |
| 17 | Atención psicológica al médico tratante | 8 |
| 18 | Uso de medicina alternativa | 4 |
| 19 | Control urgencias paliativas | 2 |
| 20 | Atención domiciliaria | 2 |

FIGURA 9



4. Discusión

Dentro de los aspectos demográficos se observó que la gran mayoría fueron médicos residentes con edades entre 21 y 30 años, no hubo gran diferencia con respecto al género y sus estudios fueron la mayor parte cursados en la Secretaría de salud. En la muestra se tomó la opinión de algunos médicos residentes menos expertos ya que tienen la visión de la atención en primer nivel y al estar en tercer año la formación holística que brinda la medicina familiar. Ellos coinciden con los expertos en que la comunicación asertiva, la esfera actitudinal y el abordaje familiar son pilares fundamentales de la atención a pacientes terminales y sus familias.⁵⁶

Las categorías señaladas por todos los participantes y obtenidas mediante las dos técnicas de investigación son 20 como se observa en la tabla 8. Donde podemos observar las categorías que se presentan en orden de frecuencia sin embargo dado que el estudio tiene un enfoque cualitativo para considerar las categorías más significativas no solo debe considerarse la frecuencia de estas si no también lo más destacado de la categoría en si misma por ejemplo la categoría visita domiciliaria obtuvo una frecuencia baja , comparada con el resto pero a pesar de ello debe tomarse muy en consideración en la formación de los médicos que se están preparando para esta área porque esto permite obtener un panorama más real no solo de la condición biológica del enfermo sino nos permite también dimensionar su estado emocional en forma directa así como conocer su entorno social en el que vive el enfermo lo cual finalmente permitirá al médico tener una visión más amplia del proceso que vive el paciente y familia así como las subcategorías que las integran

Las categorías relativas a aspectos relacionados con la comunicación fueron de relevancia en todas las sedes donde se aplicó el estudio, ya que la comunicación es un elemento central para las relaciones humanas y se asocia con la satisfacción del paciente, mejor adaptación a su enfermedad y una salud mental futura, además que facilita que los pacientes y sus familias procesen malas noticias y tomen decisiones para el cuidado.^{56,57} Dentro de la comunicación las subcategorías más importantes fueron: comunicación clínica efectiva, comunicación con otros miembros del equipo médico y comunicación de malas noticias. Coincidiendo con artículos que corroboran la difícil tarea que tiene el médico para brindar malas noticias y comunicarse asertivamente con sus pacientes y familia^{58,59} Con respecto a la esfera actitudinal, la opinión de los expertos coincide en que se respete la autonomía del paciente y se labore con los principios éticos y morales respectivamente. Se anexan algunos de los comentarios que reflejan dicha aseveración.

“El personal debe ser amable emocionalmente estable y con alta tolerancia a la frustración para dar una consulta de calidad.”

“ Respeto de directrices avanzados de paciente y en segundo lugar familiares y su autonomía”.

En algunas sedes de segundo nivel los expertos recomiendan el abordaje familiar como prioridad de la atención que deben dar los médicos de primer contacto, sin embargo no se ve reflejado en las recomendaciones que brindan los residentes. Esto puede ser un dato importante que señala la necesidad de la atención a la familia. Esta categoría a su vez se desglosa en: el adecuado manejo de la información a la familia, resolución de conflictos familiares y evaluación de la dinámica familiar. Tomando esto en cuenta podríamos generar estrategias para la resolución de crisis y duelos auxiliándonos de las herramientas con las que ya cuenta el médico de familia.

Los médicos evalúan con puntajes más bajos pero no por ello menos importantes categorías como: visitas domiciliarias, redes de apoyo, el cuidado psicológico del médico y aspectos jurídicos, estas categorías poseen un tinte social y psicológico que el médico experto deja de lado y es ahí donde el médico de familia debe poner en práctica todas sus conocimientos, habilidades destrezas y valores para complementar y darle el enfoque biopsicosocial que la medicina demanda en nuestros tiempos.

El incidente crítico es la segunda técnica utilizada en este estudio la cual complementa la técnica anterior, aunque no necesariamente deben tener las mismas categorías, se denota que la comunicación asertiva sigue siendo crucial para dicha atención, los recursos institucionales son mencionados con poco puntaje pero son de igual importancia como parte fundamental para esta atención ya que se requiere instancias gubernamentales que apoyen a las instituciones de salud para brindar mejoras de los servicios.

Durante el estudio se encontraron obstáculos al tratar de encuestar a los participantes lo cual denota que existe poca cultura de la investigación en México, por tal motivo se aplicó el estudio en más hospitales para tener un acervo de información amplio. Finalmente se logró el objetivo a través de las ideas que proporcionaron los expertos formándose categorías que nos dieron una panorámica más actual del pensamiento médico en México con respecto a cuidados paliativos.

Es necesario realizar más estudios en este ámbito para una mayor comprensión de las condiciones en las que deben ser formados los médicos con el fin último de otorgar un mejor cuidado al paciente y su familia. Nuevos estudios deberán tomar en cuenta a otros actores del fenómeno, desde el enfoque espiritual, legal o estadístico. Con estudios probablemente cuantitativos con parámetros más rigurosos en cuanto a expertos seleccionados. Es conveniente también, animar el desarrollo de estudios cualitativos en tanto no contemos con otros que permitan realizar estudios cuantitativos para probar hipótesis más firmes.

Es posible que este trabajo pueda servir de punto de partida para elaborar estudios en los cuales se puedan experimentar hipótesis más duras. Sin embargo, en la actualidad y al ser un tema tan poco explorado en nuestro país en la investigación en el campo, los diseños descriptivos parece que pueden seguir siendo convenientes. El empleo de herramientas de la metodología cualitativa quizá sea debilidad, desde la visión de la metodología cuantitativa, pero tal vez también resulte conveniente analizarlo desde otro punto de vista.

Los estudios cuantitativos son adecuados para responder preguntas tales como si alguna intervención es benéfica o mala, o cuánto un factor de riesgo puede predisponer al paciente a una enfermedad. Sin embargo la medicina no solo se centra en mediciones sino el principio básico es la observación y pues no solo es una ciencia dura tiene también carácter humanista. Ante tal panorama y tratándose de un fenómeno con características inherentemente subjetivas, es probable que haya sido correcta la aproximación realizada utilizando técnicas de la metodología cualitativa.

Las categorías detectadas, comparten ciertas dificultades señaladas por otros autores, incluyendo la falta de bases teóricas, falta de definiciones operativas adecuadas para su medición, y quedaría aún pendiente la atención por otros investigadores acerca de la confiabilidad de las observaciones. Sin embargo en conjunto con el asesor de tesis se hicieron revisiones subsecuentes. Acerca del lugar donde se efectuó la investigación habrá que tomar en cuenta que aunque se trabajó con médicos que laboran en dos de las principales instituciones del sector salud de nuestro país, el estudio se condujo solamente en unidades médicas del Distrito Federal por lo que las situaciones detectadas pueden diferir en otras áreas del país.

La falta de experiencia del investigador responsable puede señalarse como otra limitante del trabajo, pues fue durante la aplicación de las técnicas que se fue adquiriendo la experiencia necesaria para obtener los datos buscados, haciendo los ajustes pertinentes para el acercamiento más productivo con la población estudiada y posteriormente también influyó para un lento análisis de la información.

5. Conclusión.

En conclusión se da respuesta al problema suscitado sobre el desarrollo de esta investigación, muy por encima de las limitantes señaladas, como se observa en la Tabla 8.

Se logró la identificación de categorías para el desarrollo de las competencias en las que se debe formar al médico familiar en materia de cuidados paliativos, a saber: comunicación asertiva, ética profesionalismo y valores, abordaje familiar, conceptualización de los cuidados paliativos, relación médico paciente, control de síntomas, habilidades técnico manuales, manejo del duelo, farmacología paliativa, habilidades diagnósticas, habilidades de interrogatorio, apoyo terapéutico, marco jurídico, equipo multidisciplinario, insumos y economía, redes de apoyo, atención psicológica al médico, uso de medicina alternativa, urgencias paliativas, atención domiciliaria.

Este estudio cualitativo ha permitido un acercamiento inicial a lo que debe aspirar el médico familiar para otorgar una atención integral y trato digno a la población con necesidades específicas en este tema, no solo en enfermedades oncológicas sino también en patologías crónicas a las que diario se enfrentan los médicos en el primer nivel de atención. Como pilar fundamental las habilidades comunicativas en la relación médico paciente influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento del plan terapéutico. También es crucial la comunicación entre especialidades esto con la finalidad de evitar la fragmentación del ejercicio de la medicina, favoreciendo la llamada por Balint, "dilución de responsabilidades una estrategia es la formación del equipo multidisciplinario bien comunicado.

En la esfera actitudinal dado que el profesional de la salud especialmente el médico desempeña un rol de alto valor e impacto social. No es alguien que solo aplica una técnica aprendida sino que debe tomar decisiones que afectan a otro ser humano de forma íntegra, los valores humanísticos de respeto, empatía, compasión, dignidad en el trato son básicos para el perfil del médico, las materias relacionadas con esto deberían impregnar todo el currículum, ante la toma de decisiones clínicas se debe plantear siempre la problemática de los valores morales que sustentan las decisiones y que fomentan la responsabilidad del médico ante el individuo como ser humano por otro lado el abordaje familiar indispensable para la atención de los enfermos con necesidades paliativas, donde el médico de familia posee por el tipo de formación que tiene la visión holística y herramientas que facilitan la identificación de crisis familiares y dinámica familiar etc. Que serán de suma importancia para evitar posteriores complicaciones como depresión, duelos patológicos, familias disfuncionales.

No debemos olvidar las otras categorías que aporta el estudio ya que aunque tengan

puntajes menores son importantes y muy probablemente se tendrá que brindar una mayor atención como el aspecto social dentro de estas redes de apoyo, visitas domiciliarias y el aspecto psicológico no solo para el paciente sino buscar la salud mental de todos los integrantes del equipo de salud. Al final los expertos y los médicos residentes de primer contacto también vislumbran la necesidad de capacitar al personal médico en materia de cuidados paliativos ya que cada vez son más los pacientes con enfermedades terminales y crónicas, la falta de información y la complejidad del manejo, la atención de las necesidades del paciente, la búsqueda de atención integral, la mejora en la calidad de vida, la evitación de sufrimiento y la necesidad de generar una cultura de autocuidado emocional nos da la pauta para generar esa competencia y mejorar la calidad de la atención.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1 Ariès P. Morir en Occidente desde la Edad Media hasta la actualidad. 2ed. Barcelona: Acantilado; 2000.
- 2 Ariès P. El hombre ante la muerte. 2ed. Madrid España: Taurus; 2011.
- 3 Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaría de Salud, 2010.
- 4 Montes de Oca GA. Historia de los cuidados paliativos. Rev. Digital Universitaria 2006., 7(4): 1067-6079.
- 5 Paliativos S de C. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. SECPAL [Internet]. 2002; 1–52.
- 6 SECPAL. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos [Internet]. Medicina Paliativa. Recuperado de <http://www.secpal.com/index.php>; 2015. 36 p.
- 7 Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta bioética 2006; 12(2): 231-242.
- 8 Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C (2013). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica 2013. Houston: IAHP Press.
- 9 Cossio JR et al. Regulación de los cuidados paliativos y muerte asistida. Gac Med Mex 2015;151:119-130.
- 10 De Salud S. Ley federal en materia de cuidados paliativos. Diario Oficial de la Federación[Internet].2009;Availablefrom:http://www.cenaprese.salud.gob.mx/programas/descargas/pdf/marco_juridico.pdf.
- 11 McGrath PA. Development the World Health Organization Guidelines on Cancer Pain Relief and Palliative Care in children. J Pain Symptom Manage [Internet]. 1996;12(2):87-92.
- 12 Núñez A, et al. Análisis asistencial de la unidad de cuidados paliativos oncológicos de un sanatorio privado en la ciudad de Montevideo. Enfermería: Cuidados Humanizados 20015; (4) 2: 1688-8375
- 13 De Lima L. Pérez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A AM. Indicadores de cuidados paliativos ALCP. Asoc Latinoam Cuid Paliativos.2013; 1:18.
- 14 Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. J pain symptom ... [Internet]. 2002;24(2):91–6.
- 15 NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.
- 16 Gómez Esteban R. El médico frente a la muerte. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.2012;32(113): 67-82.
- 17 Muñoz-Pino IP. Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. Invest Educ Enferm. 2014;32(1): 87-94.
- 18 López AM, Reyes MC. Cuidados Paliativos Una necesidad en la atención reumatológica . Revista Cubana de Reumatología. Ene-Abr 2013;Volumen XV(1): 25-29.
- 19 Nuñez A. Análisis asistencial de la unidad de cuidados palliativos oncológicos en un sanatorio privado de la ciudad de Montevideo. Enfermería: Cuidados Humanizados, Vol. 4, nº 2 - Diciembre 2015 - ISSN: 1688-8375
- 20 Hernandez Cabrera G et al.actitud ante la muerte en los médicos de familia.Rev

Cubana Med Gen Integr 2002;18(1):22-32

- 21 Sepúlveda-Sánchez JM, Morales-Asencio JM, Morales-GillIM, Canca-Sánchez JC, Crespillo-García E, Timonet-AndreuEM.El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 2014;Vol. 24(4): 211-218.
- 22 Borrego OD et al. Preferencias por el lugar al final de la vida de los pacientes con cáncer y cuidado paliativo en el hospital regional de alta especialidad Bajío. *Rev. Evidencia médica e investigación en salud*. 2013;6(1): s20-s26.
- 23 Galiana L, et al. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Med Paliat*. 2015;1-10.
- 24 Sinclair S. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *CMAJ*. 2011;183:180-7.
- 25 Ortiz Garcia M et al. Las múltiples definiciones del término «competencia» y la aplicabilidad de su enfoque en ciencias médicas. *Edumecentro* 2015;7(3):20-31
- 26 González Villega M. ¿qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicologica.*Revista Cubana de Educación Superior*. Vol. XXII No.1. 2002, pp. 45-53
- 27 Posadas Alvarez R. Formación superior basada en competencias,interdisciplinaridad y trabajo autónomo del estudiante.*Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653)
- 28 Jones, L, Moore R. La apropiación del significado de competencia: el movimiento de la competencia, la Nueva Derecha y el proyecto de "cambio cultural" Profesorado. *Revista de Curriculum y Formacion de Profesorado,Granada España*;2008 vol. 12 (3): 1-20.
- 29 UNESCO: «Declaración sobre la Educación Superior en América Latina y el Caribe». En: Informe Final: Conferencia Mundial sobre la Educación Superior, UNESCO, 1998.
- 30 Salas P, Ramón S et al. Las competencias y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud. *Educ Med Super* [online]. 2012, vol.26, n.4, pp. 604-617. ISSN 0864-2141.
- 31 Abreu H. L.F. "Competencias profesionales: aspectos introductorios". Documento preparado para el Comité de Planeación de la AMFEM. Facultad de Medicina. UNAM. Abril de 2001.
- 32 García-García JA, González-Martínez JF, Estrada-Aguilar L, Uriega-González Plata S. Educación médica basada en competencias. *Rev Med Hosp Gen Mex* [Internet]. 2010;73(1):57–69.
- 33 Emiliano P, Flores F, De Guadalajara U. Técnicas y herramientas de enseñanza-aprendizaje útiles en la formación médica basada en competencias profesionales integradas (CPI).
- 34 Farfán F. I. Competencias Profesionales Integradas. Una propuesta para la evaluación y reestructuración curricular en la educación superior. Universidad de Guadalajara; 2010. 204 p.
- 35 PUEM Plan Unico de Espacialización en Medicina Familiar UNAM 2009.- [ultima actualizacion 2008 ACCESO 21 MAYO 2016]disponible en : <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/puem2009NV3final.pdf>
- 36 Loria Castellanos J. Aptitudes clínicas de residentes de urgencias médicas en el manejo. de patología traumática.*Rev Med IMSS* 2005; 43 (1): 17-24
- 37 Manso M., J.M. ¿Qué enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales (2ª. Parte). *Educación Médica*. 2000; 3(3): 11-16.

- 38 Flanagan, J. C. (1973). A técnica do incidente crítico. *Arquivos brasileiros de psicologia aplicada*, 25(2), 99-141.
- 39 Gómez-Clavelina, F., Hernández-Torres, I., & Grijalva, M. G. (2015). Identificación y clasificación de competencias profesionales en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 22(1), 19-25.
- 40 Instituto nacional de salud publica. Líneas de investigación de control y prevención del cáncer .[<http://www.insp.mx/el-instituto.html>.] ENSANUT 2012-[última actualización Martes, 30 de Junio de 2015. Acceso 20 noviembre 2015] . disponible en : <http://www.insp.mx/el-instituto.html>.
- 41 Instituto nacional de estadística y geografía. Mujeres y hombres en México.[http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_1.pdf] Aguascalientes :2009 [2013 acceso 20 noviembre 2015] acceso en : <http://www.inegi.org>.
- 42 World Health Organization [Homepage on the internet]. World Health Organization; 2011 [Acceso 28 de Marzo de 2011]. WHO Definition of Palliative Care [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> .
- 43 Abela, Andréu, et al. *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Centro de Investigaciones Sociológicas,, 2007.
- 44 Maingueneau, D. M. (1980). Introducción a los métodos de análisis del discurso: problemas y perspectivas.
- 45 Lozano, J., Peña-Marín, G., Lozano, C., Peña-Marín, C., & Abril, G. (1993). Análisis del discurso: hacia una semiótica de la interacción textual. Cátedra,.
- 46 Helsinki, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 18 Asamblea Médica Mundial, Finlandia. Junio 1964.
- 47 Ley General de Salud, Aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo 1, Última Reforma DOF. 24-04-2013.

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

México, D.F. a _____ de _____ 2016

Por este medio se le invita a participar en un estudio de investigación médico educativa. Antes de decidir si participa o no, debo hacer de su conocimiento y comprensión cada uno de los siguientes apartados.

Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta confianza para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. El presente estudio de investigación tiene como finalidad identificar cuáles son las competencias que debe desarrollar el médico familiar para brindar adecuada atención al paciente terminal y su familia en primer nivel de atención, la decisión de participar es totalmente voluntaria, no implica ningún riesgo, no hará gasto alguno y no recibirá pago por su participación. La información recabada en la investigación será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigación.

Mi participación consiste en responder a tres preguntas que competen a las competencias en materia de cuidados paliativos por medio de las técnicas TKJ e Incidente crítico. Los datos proporcionados por mí serán totalmente confidenciales sin que exista la posibilidad de identificación individual, también puedo dejar de participar o continuar el estudio de esta investigación si así lo decido en el momento que lo desee sin que se origine problema alguno.

El residente de la Especialidad de Medicina Familiar Lucero Trejo Caballero me ha informado que es la responsable de este estudio que está realizando como medio para obtener el grado de médico especialista.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser difundidos con fines educativos para validar y enriquecer la literatura en dicho tema. Convengo en participar de manera voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales y sin ningún tipo de presión en este estudio de investigación.

Está usted de acuerdo en realizar este cuestionario: SI _____ NO _____

Nombre completo y firma de autorización _____

ANEXO 2

TÉCNICA "TKJ"

Ejemplo de las tarjetas empleadas:

| | |
|--|--|
| Prioridad (con número) | Peso o calificación de acuerdo a su equivalencia |
| Redacción de la idea acerca de la pregunta formulada | |

Iniciales de quien
genera la idea

Anexo 3.

TÉCNICA "TKJ"
TABLA DE CALIFICACIONES EMPLEADA PARA CONVERTIR
LA PRIORIDAD EN UN NÚMERO QUE OTORGUE PESO A LA IDEA

| PRIORIDAD | PESO Ó CALIFICACIÓN |
|------------------|----------------------------|
| 1 | 20 |
| 2 | 19 |
| 3 | 18 |
| 4 | 17 |
| 5 | 16 |
| 6 | 15 |
| 7 | 14 |
| 8 | 13 |
| 9 | 12 |
| 10 | 11 |
| 11 | 10 |
| 12 | 9 |
| 13 | 8 |
| 14 | 7 |
| 15 | 6 |
| 16 | 5 |
| 17 | 4 |
| 18 | 3 |
| 19 | 2 |
| 20 | 1 |
| 21 | 0.9 |
| 22 | 0.8 |
| 23 | 0.7 |
| 24 | 0.6 |
| 25 | 0.5 |

Anexo 4.

COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR PARA PROPORCIONAR CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

El objetivo del presente formato es detectar parte de la problemática de las competencias que debe poseer el médico para la atención de los pacientes terminales y sus familias, a fin de poder implementar medidas que contribuyan a realizar una práctica clínica más efectiva.

La finalidad del formato es instrumentar proyectos educativos. No existen respuestas buenas ni malas, y es completamente anónimo por lo que se puede contestar con sinceridad.

Le pedimos nos proporcione algunos datos generales. Evite anotar su nombre:

| | |
|---|--|
| DATOS GENERALES. | |
| 1) Edad en años: _____ | |
| 2) Género: 1-Masc. _____ 2-Fem. _____ | |
| 3) Categoría Laboral: 1. Interno _____ 2. Residente _____ 3. Médico Base _____ 4. Profesor _____ 5. Otro _____ | |
| 4) Institución en la que laboran: 1.SSA _____ 2. ISSSTE _____ 3.IMSS _____ 4.OTRO ¿Cuál? _____ | |
| 5) Institución donde se realizó los estudios sobre cuidados paliativos: 1.SSA _____ 2.ISSSTE _____ 3.IMSS _____ 4.Otro ¿Cuál? _____ | |
| 6) Tipo de Estudios en Cuidados Paliativos: 1.curso _____ 2.Diplomado _____ 3.Alta especialidad _____ 4. Otro.¿Cuál? _____ | |

I. Formato para la descripción de un incidente positivo:

Relate un caso médico en el que, ante situaciones clínicas difíciles o importantes en el manejo del paciente con necesidades de cuidados paliativos, su intervención médica haya brindado resultados positivos.

| | |
|--|--|
| Un relato médico en el que, ante situaciones clínicas difíciles o importantes en el manejo del paciente y familia con necesidades de cuidados paliativos, su intervención como médico, haya brindado resultados positivos. | |
| Que hizo usted? | |
| Que resultados obtuvo? | |
| De esta interacción con el paciente o familiar ¿qué considera usted que permitió un resultado positivo? | |
| Qué evidencias firmes demostraron que su desempeño fue positivo. | |

II. Formato para la descripción de un incidente negativo:

Relate un caso médico en el que, ante situaciones clínicas difíciles o importantes en el manejo del paciente con necesidades de cuidados paliativos, su intervención médica haya brindado resultados negativos.

| | |
|--|--|
| Un relato médico en el que, ante situaciones clínicas difíciles o importantes en el manejo del paciente y familia con necesidades de cuidados paliativos, su intervención como médico, haya brindado resultados negativos. | |
| Qué hizo usted? | |
| Que resultados obtuvo? | |
| De esta interacción con el paciente o familiar, ¿qué considera usted que permitió un resultado negativo? | |

