



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Instituto Nacional De Psiquiatría Ramon De La Fuente Muñiz

Validación de la escala “Engagement Measure” en español. (Escala Alianza Terapéutica médico-paciente)

Tesis

Para obtener el diplomado de la especialización en Psiquiatría

P R E S E N T A

Claudia Elena Mascareñas Maldonado

Tutor teórico

Tutor metodológico

Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco.

Dra. Claudia Becerra Palars

Ciudad de México 2021



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.

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | <u>INTRODUCCIÓN</u> | 1 |
| 2. | <u>DEFINICIONES</u> | 1 |
| 3. | <u>ANTECEDENTES</u> | 2 |
| 5. | <u>JUSTIFICACIÓN</u> | 8 |
| 6. | <u>METODOLOGÍA</u> | 8 |
| 7. | <u>MATERIAL Y MÉTODOS</u> | 8 |
| 8. | <u>INSTRUMENTOS Y ESCALAS DE MEDICIÓN</u> | 10 |
| 9. | <u>VARIABLES</u> | 11 |
| 10. | <u>DIAGRAMA DE FLUJO</u> | 12 |
| 11. | <u>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</u> | 13 |
| 12. | <u>RECURSOS HUMANOS Y RECURSOS MATERIALES</u> | 14 |
| 13. | <u>PROCEDIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO</u> | 15 |
| 14. | <u>TAMAÑO DE LA MUESTRA</u> | 18 |
| 15. | <u>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u> | 18 |
| 16. | <u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u> | 19 |
| 17. | <u>RESULTADOS</u> | 19 |
| 18. | <u>DISCUSIÓN</u> | 24 |
| 19. | <u>CONCLUSIONES</u> | 28 |
| 20. | <u>AGRADECIMIENTOS</u> | 29 |
| 21. | <u>BIBLIOGRAFÍA</u> | 30 |
| 22. | <u>ANEXOS</u> | 34 |

1. Introducción

Engagement o alianza terapéutica médico-paciente, se describe como una relación colaborativa entre pacientes y proveedores de salud, la cual se convierte en un factor clave para el tratamiento en psiquiatría. La alianza terapéutica es más que confianza y buen rapport, no se limita a la asistencia y consistencia de las consultas, implica más calidad que cantidad e involucra la interacción, actitud y percepciones tanto del servidor como del paciente. La alianza terapéutica es una dinámica multidimensional que se caracteriza por la interacción médico-paciente que involucra la participación activa de ambas partes y tiene como fin alcanzar el bienestar terapéutico. (Warren, et al 2015)¹

2. Definiciones

Calidad en salud: La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando el mejor resultado con el mínimo de riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso. (OMS)

Escala de intervalo: Definir una unidad de medida y asignar a cada elemento medido un número indicativo de la cantidad de variable que posee según la medida establecida. Se utiliza para medir el grado de satisfacción y el grado de acuerdo o desacuerdo con una determinada afirmación. Los números permiten afirmar si un elemento es mayor o menor que otro.

3. Antecedentes

La práctica psiquiátrica es una disciplina diversa que se dedica a el diagnóstico, tratamiento y prevención de la salud mental, incluyendo el uso de sustancias, debe involucrar el aspecto de neurociencias y ser una disciplina basada en evidencia. Sin embargo, esta disciplina es más que técnica y practica con un fin en específico, ya que constituye involucrarse con el paciente de manera cultural, moral, biológica y de lenguaje. (Warren, et al 2015)¹

Dentro de las intervenciones en psiquiatria, tanto para reducir el número de suicidos, como para un tratamiento psiquiátrico efectivo para la población, se propone el término alianza terapéutica, el cual tiene diversas definiciones y abordajes. Lizardi e tal, 2010² , propone que dicho concepto englobe el compromiso del proceso terapéutico con una participación activa en la relación médico-paciente con el fin de mejorar la condición psiquiátrica. Aunque esta participación es de suma importancia, se ha visto desplazada, siendo en este momento prioridad para los servicios de atención psiquiátrica.

Actualmente se ha visto la efectividad de los tratamientos farmacológicos y terapéuticos en las y los pacientes, sin embargo, hay problemáticas en la vía de intervenciones, lo cual resulta en una terminación prematura de el tratamiento. Aunque no se sabe con certeza, estudios han indicado que la terminación prematura de los tratamientos puede ser de hasta el 82%. (Tetley, et al 2011)³.

Una pobre alianza terapéutica o el abandono temprano puede tener consecuencias negativas y afectar el curso clínico de las y los pacientes, causando que disminuya el costo-efectividad de los servicios clínicos (Tetley, et al 2011)³. Si se pretende aumentar la alianza terapéutica se tienen que cumplir ciertas condiciones específicas, tales como identificar los factores que contribuyen a una alianza

terapéutica pobre y realizar intervenciones efectivas para pacientes con difícil abordaje para fortalecer este compromiso.

Los pacientes faltan al menos el 20% a sus consultas psiquiátricas, casi el doble que en otras especialidades, más del 50% que falta a sus consultas deja el tratamiento por completo (Tair.et.al 2003)⁴, Uno de los factores que predice que las y los pacientes no acudan a sus consultas, es la pobre alianza terapéutica. (Dixon,L.et.al 2016)⁵.

Se propone que la alianza terapéutica se extienda a que la y el paciente participe en la selección de tratamientos, acude a sus sesiones y termine el curso del tratamiento, no excluyendo la voluntad de compartir pensamientos, problemas, sentimientos e historia de este mismo. Esto incluye a las tareas o indicaciones que se tienen que cumplir entre sesión y sesión.

Los factores psicosociales involucrados en el proceso de construir la alianza terapéutica han sido poco estudiados. Hay razones válidas para que un paciente decida suspender el servicio, como puede ser la poca sensibilidad a las necesidades culturales y personales de las y los pacientes, situación que dentro de los servicios de salud comunitarios es frecuente. Mantener la alianza terapéutica es una inquietud en los modelos de atención clínica. (Dixon,L.et.al 2016)⁵.

Una de las estrategias primordiales es identificar a los individuos con pobre alianza terapéutica y realizar intervenciones específicas en las áreas concernientes en esta alianza. Diversos estudios se han enfocado en la asistencia de las y los pacientes a las consultas y en el total de sesiones acudidas, así como en intervenciones dirigidas a reducir las conductas suicidas, en otros estudios se han identificado que la atención centrada en el paciente y la manera de comunicarse para lograr un acuerdo mutuo pueden llevar a cabo la estrategia de tratamiento. (Dixon,L.et.al 2016)⁵

El costo aproximado de las faltas en las consultas en el National Health Service (NHS) se ha estimado en 360 millones de euros por año. Se ha demostrado que medidas como proveer suficiente información sobre las consultas (costos, direcciones, estacionamiento etc.), puede aumentar la asistencia. Sin embargo, estos problemas son frecuentemente ignorados, posiblemente por la incomodidad de examinar la práctica médica propia. (Mitchell & Selmes, 2007)¹⁰

Hay diversas razones que explican las faltas a las consultas, y en muchos casos las y los pacientes acudirán posteriormente sin consecuencias adversas, sin embargo, una proporción considerable no acudirán y sufrirán deterioro sin recibir atención médica. Entrevistas a pacientes revelan que, la mayoría de las personas experimenta ansiedad al acudir con un médico, especialmente con un psiquiatra o cuando hay un potencial de recibir “malas noticias”. Una pregunta válida es porque los pacientes no llaman para cancelar en vez de no acudir a su cita, datos preliminares sugieren que un tercio de ellos lo olvida o no considera cancelar debido a estar apenados y otra proporción del grupo se encuentran en una mala condición clínica o no pueden acceder a realizar una llamada. Otra razón importante en las faltas a citas son problemas en la alianza terapéutica. (Mitchell & Selmes, 2007)¹⁰

La severidad del estado clínico es un importante predictor, tanto la gravedad como la mejoría puede influir en la asistencia, la razón más común para no acudir es sentirse mejor, y la razón más seria o alarmante es sentirse muy mal. (Mitchell & Selmes, 2007)¹⁰

Más allá de aumentar la alianza terapéutica es de suma importancia tener una medida basada en evidencia para planear e implementar iniciativas que sostengan la alianza en los pacientes (Graffigna et al. 2015)⁸. En el mismo sentido, se desarrolló una escala de medición (PHE) Patient Health Engagement en el Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Mlián, compuesto de 5 ítems autoaplicados en los cuales se mide la percepción que

tiene la o el paciente de la enfermedad, mismos que proponen un proceso de alianza terapéutica en el 2013.

El proceso se compone de cuatro etapas y tres categorías. Las tres categorías se conforman de “pensar”, “sentir” y “actuar”. En la primera etapa de “bloqueo mental”, hay paralización, negación y ceguera cognitiva; cuando las y los pacientes experimentan vulnerabilidad debido a un nuevo diagnóstico, sintomatología nueva o recaída, se tiene que asumir un estilo de vida distinto para tratar esta condición. En esta etapa las y los pacientes suelen sentirse paralizados, tristes y enojados, para superar la fase de “blackout” requieren apoyo emocional y psicológico. (Graffigna et al. 2015)⁸

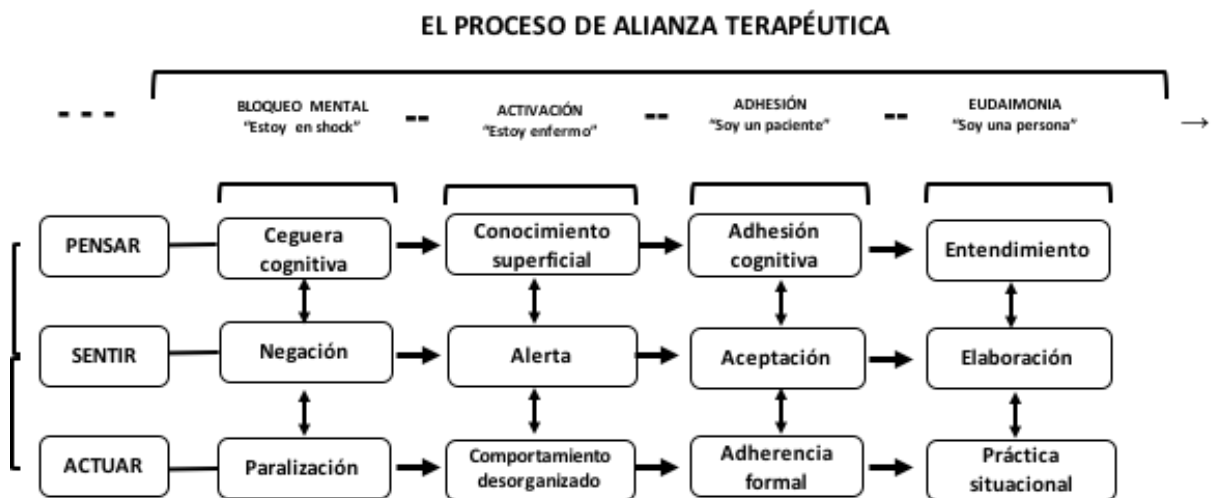
En la segunda etapa de “activación” hay una desorganización del comportamiento, alertamiento y conocimiento superficial, han adquirido un conocimiento inicial de su condición de salud, sin embargo esta es superficial y todavía no logran adaptarse en la vida diaria, en estos momentos es posible que los pacientes estén hipervigilantes de sus síntomas, cada cambio causa alarma y respuestas emocionales abrumadoras, es importante para los proveedores de servicios de salud apoyar al paciente al enfrentarse y manejar su enfermedad, ya que el abandono terapéutico es común en esta etapa. (Graffigna et al. 2015)⁸

En la tercera etapa “adhesión” hay una adherencia formal, aceptación y adherencia cognitiva. Las y los pacientes han desarrollado aceptación de su enfermedad y han superado el estrés psicológico del diagnóstico. En consecuencia aumentan el conocimiento sobre como manejar su enfermedad y tratamientos; aunque dependen del soporte y asesoramiento del servidor de salud, empiezan a percibir la importancia de jugar un rol activo en su tratamiento. (Graffigna et al. 2015)⁸

La cuarta etapa es la “eudamonía” en la cual hay prácticas relacionadas con la elaboración y creación de sentido. La o el paciente está totalmente consciente de su enfermedad, las implicaciones dentro de su estilo de vida y requerimientos

terapéuticos. Son capaces de ser un agente activo para lograr calidad de vida, y de manera sinérgica integrar el manejo de la salud y enfermedad dentro de sus metas de vida. Finalmente, en esta etapa las y los pacientes logran que los servidores de salud respondan a sus necesidades y expectativas, considerándolos aliados y formando parte activa de su tratamiento. (Graffigna et al. 2015)⁸

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad o trastorno es posible que no exista una adherencia total hacia el tratamiento debido a la inestabilidad emocional que esto conlleva. En el proceso de la alianza terapéutica la o el paciente adquiere conocimiento, en consecuencia esto estabiliza, mejora la confianza y la habilidad de llegar a la eudamonia. (Graffigna et al. 2015)⁸



Graffigna, G., Barello, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the patient health engagement (PHE) scale. *Frontiers in Psychology*, 6(MAR), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00274>

Este modelo pretende aumentar la alianza terapéutica generando estrategias efectivas y flexibles que promuevan un rol activo en las y los pacientes y su manejo terapéutico. La estructura en ítems de esta escala se desarrolló con base a un revisión sistemática y un estudio cualitativo que investigó a las y los pacientes crónicos y su trayecto en el manejo recibido.

Otra escala que pretende incidir en la alianza terapéutica es la desarrollada por Hibbard et. al. (2005)⁷, Patient Activation Measure, la cual se compone de 13 ítems autoaplicados que evalúa el conocimiento de la condición crónica, las creencias sobre la enfermedad, el tratamiento médico y la autoeficacia en el autocuidado, sin embargo, esta escala está enfocada únicamente a enfermedades médicas, no psiquiátricas.

Debido a que existen pocas escalas para medir este fenómeno, tomando en consideración el pobre consenso tanto en la definición, como en los factores involucrados en esta interacción, se decidió utilizar la escala de Engagement Measure. Esta escala permite evaluar de manera concisa algunas de las variables de interés en calidad de atención. Fue desarrollada por el departamento de psicología clínica de la Universidad de Birmingham (Hall et al., 2001)⁶. Esta conformada por 11 ítems calificados por el observador (paciente o médico), y evalúa 7 aspectos que se han considerado importantes dentro de el manejo clínico para promover mayor alianza terapéutica: Asistencia a las citas, (2 ítems) Interacción médico paciente, (1 ítem), Comunicación/Confianza,(3 ítems), Utilidad del tratamiento (1 ítem), Compromiso con el tratamiento (3 ítems) y Toma de medicamentos (1 ítem).

4. Planteamiento del problema

La alianza terapéutica es un concepto que repercute dentro de la calidad de atención a las y los pacientes, así como de las estrategias para mejorar la salud mental en nuestro país. Estudiar las causas del mal apego a tratamiento, falta a citas médico-paciente y bajas terapéuticas dentro de el Instituto Nacional de Psiquiatría es de suma importancia para posteriormente modificar y proveer un servicio de calidad y mayor entendimiento de las y los usuarios.

5. Justificación

Debido a el riesgo clínico que implica la falta de asistencias a las citas médico-psiquiatra, pobre apego a los tratamientos farmacológicos y tener una percepción incorrecta o negativa sobre el manejo clínico dentro de las instituciones de Psiquiatría, se propone medir estas características inicialmente para tener información válida y confiable de este fenómeno y posteriormente para identificar posibles estrategias de mejora en la relación terapéutica de las y los pacientes y de sus médicas y médicos, lo cual conlleva una mejor calidad de atención y menor tasa de faltas, lo cual se traduce en menor pérdida económica. (Dixon,L.et.al 2016)⁵.

6. Metodología

Se realizó un estudio de proceso metodológico, en el cual se buscó establecer la validez y confiabilidad de una escala de intervalo con variables cuantitativas calificadas por pacientes y personal médico, en relación a la alianza terapéutica percibida dentro de la relación médico-paciente en la consulta externa de Psiquiatría.

Objetivos

Validar la escala Engagement Measure en español para evaluar a pacientes y personal médico de la consulta externa.

7. Material y métodos

Población:

- Pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría que acudan a consulta subsecuente de Psiquiatría General con médicas y médicos residentes de segundo año, independiente de diagnóstico, edad y género.

- Médicas y médicos residentes de segundo año que se encuentran en la consulta externa de Psiquiatría General.

Criterios de inclusión (pacientes):

- Pacientes de la consulta externa de Psiquiatría General en consulta subsecuente que acudan con médicas y médicos residentes de segundo año.
- Pacientes que cumplan por lo menos 6 meses de atención psiquiátrica en esta institución.

Criterios de inclusión (médicos)

- Médicas y médicos residentes de segundo año que se encuentren en el área de consulta externa.

Criterios de exclusión (pacientes):

- Pacientes que acudan a consulta subsecuente con médicas y médicos residentes de segundo año que tengan menos de 6 meses de atención psiquiátrica en esta institución
- Pacientes que no hayan acudido a su consulta subsecuente en más de 1 año.

Criterios de eliminación (pacientes):

- Pacientes que después de haber dado su consentimiento para formar parte de la investigación soliciten su exclusión de este.
- Pacientes que no completen las pruebas.

Criterios de eliminación (médicos):

- Médicas y médicos que no completen las pruebas.

8. Instrumentos y escalas de medición

Engagement Measure (Versión paciente y médico):

Engagement measure es una escala desarrollada por el departamento de psicología clínica de la Universidad de Birmingham (Hall et al., 2001)⁶. Esta conformada por 11 ítems calificados por el observador (paciente o personal médico), se aplica al paciente y al médico o médica tratante del mismo, posterior a recibir la consulta. Se divide en seis dimensiones que tienen una puntuación máxima de 5, mientras más alta la puntuación se indica mayor alianza terapéutica. La puntuación máxima es de 55 puntos y se considera una adecuada alianza terapéutica si el puntaje es igual o mayor a 33, menor a esto se considera una pobre alianza terapéutica.

Las dimensiones se conforman por: 1. Asistencia a las citas, (2 ítems) 2. Interacción médico paciente, (1 ítem) 3. Comunicación/Confianza,(3 ítems), 4. Utilidad del tratamiento (1 ítem), 5. Compromiso con el tratamiento (3 ítems) 6. Toma de medicamentos (1 ítem).

Para el desarrollo de esta escala se seleccionaron 13 profesionales de la salud mental y un equipo conformado por psiquiatras, trabajadores sociales, y personal de psicología clínica, con experiencia media de 8 años con participantes psiquiátricos para desarrollar un banco de ítems y discutir los aspectos relevantes que involucran la alianza terapéutica, posterior a desarrollar los ítems se reclutaron a 44 trabajadores de salud mental (trabajadores sociales, psicología y enfermería) que conocieran al participante por una media de 28 meses, realizando la escala en diadas participante/trabajador(a), para evaluar la confiabilidad entre evaluadores, las y los participantes fueron evaluados por dos clínicos que conocieran al participante de la misma manera. La confiabilidad del test-retest tuvo una puntuación total de correlación de 0.90, la confiabilidad entre evaluadores fue de 0.95 y la confiabilidad interna de 0.89, lo cual sugiere que la escala es consistente. Debido a que es la única escala en diada para evaluar este fenómeno se consideró relevante utilizarla para este estudio. Tienen una puntuación máxima de 5, mientras más alta la puntuación se indica mayor alianza terapéutica. La puntuación máxima

es de 55 puntos y se considera una adecuada alianza terapéutica si el puntaje es igual o mayor a 33, menor a esto se considera una pobre alianza terapéutica.

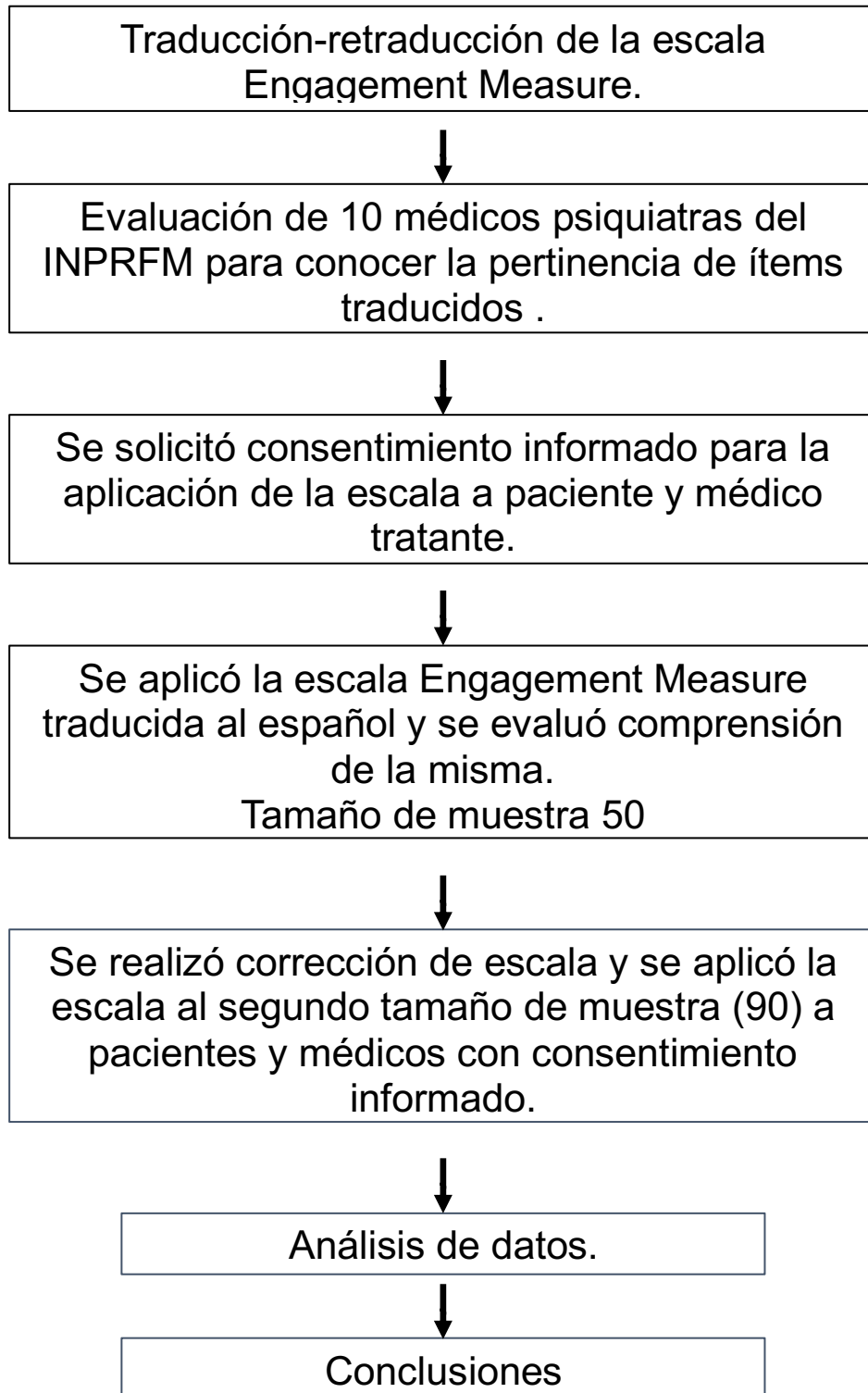
Consistencia interna: Alfa de Cronbach 0.89.

Consistencia externa: Correlación de Spearman $R=0.95$, Coeficiente de correlación 0.86-1, Fiabilidad test-retest (Total Spearman $R=0.90$, Coeficiente de correlación 0.71-0.84) Validez de criterio concurrente.

9. Variables

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Unidad de medición o categorías de variables |
|-------------------------------|--|---|------------------|--------------------|--|
| Género | Identificarse de género femenino, masculino u otro | De acuerdo con lo que conteste en la encuesta: masculino, femenino u otro. | Cualitativa | Nominal | Masculino Femenino Otro |
| Edad | Años cumplidos | De acuerdo con lo que conteste en la encuesta: años cumplidos | Cuantitativa | Discreta | Edad en años cumplidos |
| Ocupación | Ocupación actual | De acuerdo con lo que contesta en la encuesta Trabajo no remunerado, trabajo remunerado, no trabajo si remunerado, no trabajo no remunerado | Cualitativa | Nominal | Trabajo no remunerado, trabajo remunerado, no trabajo si remunerado, no trabajo no remunerado. |
| Tiempo con el paciente | Meses que el paciente acude con el médico | De acuerdo con lo que contesta en la encuesta en número de meses | Cuantitativa | Discreta | Número de meses con el paciente. |

10. Diagrama de Flujo



11. Cronograma de actividades

| Actividades | R2 Segundo semestre (01/08/2018- 01/03/2020) | R3 Primer semestre (01/03/2020- 01/09/2020) | R3 Segundo semestre (01/09/2020- 01/03/2021) | R4 Primer semestre 01/03/2021- 01/07/2021 |
|---|---|--|---|--|
| Elaboración del anteproyecto, aprobación por los comités de tesis y ética. Traducción de escala y aplicación de primer tamaño de muestra. | | | | |
| Se aplicó segundo tamaño de muestra | | | | |
| Se aplicó segundo tamaño de muestra y concentración de datos | | | | |
| Análisis de resultados | | | | |
| Elaboración de informe final y entrega de tesis | | | | |

12. Recursos humanos y recursos materiales

Recursos humanos:

- Tesista: Dra. Claudia Elena Mascareñas Maldonado
- Tutora metodológico: Dra. Claudia Becerra Palars
- Tutor teórico: Dr. Raúl Ivan Escamilla Orozco
- Participantes: Pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que acudan a una cita subsecuente de Psiquiatría General y acepten participar en la aplicación de la escala, y médicas y médicos residentes de segundo año que aceptaron participar y contestar la escala correspondiente posterior a una cita subsecuente del paciente que aceptó.

Recursos materiales:

- Hojas blancas
- Computadora MacBook Air (13-inch) personal de tesista.
- Escala de Engagement Measure traducida y re-traducida al español.
- Instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría para realizar la aplicación de la escala que se realizó a las y los pacientes y sus médicas y médicos tratantes.

13. Procedimiento y consentimiento informado

En la primera fase del proyecto de tesis se tradujo al español la escala de Engagement Measure y se evaluó la comprensión y redacción de la escala por 10 médicas y médicos del Instituto Nacional de Psiquiatría, quienes hicieron las recomendaciones correspondientes. Posteriormente se realizó un primer tamaño de muestra a 50 pacientes con sus 50 médicas y médicos en donde se evaluó la comprensión de los ítems tanto por el personal médico como por los pacientes. Se corrigieron las fallas en la redacción y comprensión de la escala, con el fin de aumentar la fiabilidad de la escala.

Posterior al primer tamaño de muestra se recabó la información en el segundo tamaño de muestra de 90 pacientes con sus médicas o médicos y se consideraron parte de la segunda muestra a los primeros 50 pacientes.

Para iniciar con la obtención de tamaño de muestra se colocaron carteles en las áreas de consulta externa (3º, 4º y 5º piso de la torre de especialidades y módulo E) invitando a las y los médicos residentes de segundo año a participar en esta investigación, explicando brevemente el propósito y requisitos para participar, ahí mismo se encontró el mail de la investigadora principal para que la o el médico interesado enviara un correo electrónico. Al participante médico se le envió la información por correo electrónico en donde se le explicarían los riesgos y las ventajas, beneficios directos e indirectos del estudio, asegurando que este estudio se realizara de manera confidencial en cuanto a sus respuestas, que su participación en el mismo sería voluntario, libre de implicaciones académicas y laborales, sin repercusión en la calificación y desempeño, ejerciendo su autonomía y capacidad de decisión, ya que en ningún caso sería coaccionado o persuadido para su participación. Es importante aclarar que esta escala no tuvo la intención de evaluar su desempeño como médica o médico residente, únicamente tiene la intención de tener información válida sobre este fenómeno para posteriormente

desarrollar posibles estrategias de mejora, cabe mencionar que se omitieron los datos de los tutores investigadores para que los posibles participantes no se sintieran coaccionados.

Al contar con las y los médicos participantes, y con conocimiento de sus horarios de atención, la investigadora principal estuvo pendiente de la salida de los pacientes de consulta, y se acercó a ellos. Primero se confirmó que fueran pacientes de alguno de las o los médicos participantes a través de pregunta directa ¿Es usted paciente del médico...?. En caso de obtener una respuesta afirmativa, la investigadora principal invitó al individuo a participar en el estudio. Se le explicó al posible participante que la investigación consistía en aplicar una escala con la intención de evaluar la alianza terapéutica para mayor comprensión de las necesidades de la población del Instituto Nacional de Psiquiatría, que las y los médicos no tendrían acceso sus respuestas y que este documento no sería para evaluar a sus médicos ni tendría repercusión sobre ellos. Se destacó su participación voluntaria y que su decisión no tendrá implicaciones en el tratamiento que están recibiendo en el instituto, ya que esto no condiciona la atención médica que recibe, enfatizando la libertad de decisión y autonomía que poseen, así como los riesgos mínimos a los que se exponen.

Durante esta breve entrevista la investigadora se aseguró que el participante cumpliera con los criterios de inclusión, se leyó el consentimiento informado, externando los beneficios directos e indirectos de la investigación, así como los beneficios a largo plazo. Se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos de esta escala, ya que sus respuestas únicamente fueron revisadas por la investigadora y no se plasmaron datos de identificación en el informe final. Al recabar las firmas del participante, se solicitó la firma de dos testigos, para garantizar la comprensión de los procedimientos del protocolo de investigación y se procedió a la aplicación de la escala, la investigadora permaneció cerca del participante en caso de tener dudas o presentar malestar. Si la o el participante

deseaba realizarlo posterior a su consulta por tiempo o por preferencia, se realizó al término de la misma.

Se les explicó a los participantes y a su familiar responsable de que en caso de que lo desearán, podrían salirse del estudio sin ninguna repercusión en su seguimiento en el instituto.

Posteriormente se aproximó a la o el médico para la realización de la escala, externando el nombre completo o número de expediente del usuario para que este pudiera completar el cuestionario de alianza terapéutica, se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos de esta escala, ya que sus respuestas únicamente fueron revisadas por la investigadora y no se plasmaron datos de identificación en el informe final, fue importante garantizar a las y los participantes que las y los pacientes, otros médicos y superiores jerárquicos no sabrán sus respuestas, ni tendrá repercusión sobre ellos. Al recabar las firmas del participante médico, se solicitó la firma de dos testigos, para garantizar la comprensión de los procedimientos del protocolo de investigación y se procedió a la aplicación de la escala, la investigadora permaneció cerca del participante en caso de tener dudas.

Los datos obtenidos fueron resguardados por la investigadora principal. Se realizó la asignación de un número de folio en los resultados de la escala para cada diada y se vació en la base de datos sin datos personales del participante. Cada escala quedó en resguardo con acceso únicamente a la investigadora principal y en cuanto se vaciaron los datos, fueron eliminadas. No se compartieron los datos obtenidos con ningún individuo que no fuera la tesista y sus tutores (quienes sólo tendrán acceso a la base de datos, sin datos personales), manteniendo la confidencialidad de la información. La escala de “Engagement Measure” tuvo una duración aproximada de 10 minutos. Se les ofreció un tríptico con información sobre el significado de la alianza terapéutica a participantes pacientes y a participantes médicos.

No se requirió de financiamiento externo para realizar el estudio por lo que no existe ningún conflicto de interés.

14. Tamaño de la muestra

Considerando los criterios de Green (1991)⁹ se utilizaron el mínimo de 50 sujetos para la evaluación de la traducción de la escala; una vez que se tuvo la escala definitiva la muestra se definió por medio del cálculo de muestra para una matriz de correlaciones, que es la base para el cálculo de regresión múltiple y que también lo es para el análisis factorial, Green (1991)⁹ propone $n \geq 104 + m$, donde m es el número de ítems, si se consideran 11 ítems entonces $n=115$, los cuales serán en diadas médico-paciente.

15. Análisis estadístico

La descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables de tipo continuas.

Respecto a la consistencia interna, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad.

En lo concerniente a la validez, se efectuó primeramente un análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación varimax. También se efectuó un análisis factorial confirmatorio utilizando el software AMOS. Se realizó una Correlación de Pearson entre los ítems de la escala de las y los pacientes y de las y los médicos.

16. Consideraciones éticas

Este protocolo de tesis se apega a la Ley general de Salud, en el artículo 7 respecto a la investigación en humanos. Además de los lineamientos promulgados de los principios éticos para la investigación médica en la Declaración Mundial de Helsinki. No existen riesgos en la salud física ni mental para la población de pacientes de este estudio.

Los pacientes se verán beneficiados en la atención clínica promoviendo una mejor calidad de atención y mayor entendimiento de las problemáticas que involucra el seguimiento en Psiquiatría.

17. Resultados

Se realizaron 90 escalas en diadas médico-paciente que cumplieron con los criterios de inclusión. Estas escalas se aplicaron en el periodo de enero 2021 a mayo 2021, participaron 12 médicos y 90 pacientes. El 72% de las participantes fueron mujeres (n=65) y el 28% hombres (n=25). Las y los participantes tuvieron una media de edad de 41 años con desviación estándar de 16.4.

El 44% (n=40) respondieron que tienen un trabajo no remunerado (estudiantes, hogar), el 39% (n=32) cuentan con un trabajo remunerado, el 15% (n=14) se encuentran en desempleo y el 2% (n=3) están jubilados(as) o pensionados(as). El promedio de atención que mantuvo la diada antes de realizar la escala fue de 3.2 meses.

Las primeras dos preguntas de la escala concernientes a la asistencia fueron descritas como variables categóricas y se excluyeron del análisis factorial. El 35% de las y los participantes acuden regularmente solas o solos a sus citas, el 23%

acuden regularmente acompañadas o acompañados y el 23% en ambas modalidades.

Considerando los 9 ítems relacionados con interacción médico-paciente, comunicación/confianza, utilidad del tratamiento, compromiso con el tratamiento y toma de medicamentos se obtuvo un promedio de puntuación total en pacientes de 39.7 con una desviación estándar de 4.6 y un promedio total en las y los médicos de 37.8 con una desviación estándar de 4.6.

El modelo de medición que se propuso para evaluar la consistencia interna de la escala de alianza terapéutica fue el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad. El cual presentó un valor general para la escala de pacientes de 0.88 y para la escala de médicos de 0.78, los cuales se consideraron muy alto y alto respectivamente.

Para realizar la correlación de Pearson y el análisis factorial, se asignó a cada pregunta un código, debido a que cada pregunta se realiza tanto al médico como participante, se les asignó el mismo código a ambas.

(RELACION) ¿Qué tan buena es mi relación con el o la médico (participante)?

(EXPEMOC) ¿Qué tan frecuente expreso (a) mis (sus) emociones?

(EXPROB) ¿Qué tan frecuente expreso(a) mis (sus) problemas?

(EXPSINT) ¿Qué tan frecuente expreso(a) mis (sus) síntomas?

(UTILIDADTX) ¿Qué tan frecuente creo (cree) que es útil el tratamiento?

(ACUERDOTX) ¿Qué tan frecuente estoy (está) de acuerdo con el tratamiento?

(CUMPLIRTX) ¿Qué tan frecuente cumplo (cumple) con mi (su) tratamiento?

(INVOLCTX) ¿Qué tan frecuente me (se) involucro (involucra) activamente con mi (su) tratamiento?

(TOMARTX) ¿Qué tan frecuente me (se) tomo (toma) los medicamentos como están indicados?

Correlación de Pearson

| | | MÉDICOS | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|----------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|--|
| PACIENTES | VARIABLE | RELACION | EXPEMOC | EXPPROB | EXPSINT | UTILIDATX | ACUERDOTX | CUMPLIRTX | INVOLCTX | TOMARTX | |
| | | RELACION | .503*** | | | | | | | | |
| | EXPEMOC | | .403** | | | | | | | | |
| | EXPPROB | | | .543*** | | | | | | | |
| | EXPSINT | | | | .519*** | | | | | | |
| | UTILIDATX | | | | | .461*** | | | | | |
| | ACUERDOTX | | | | | | .386** | | | | |
| | CUMPLIRTX | | | | | | | .419** | | | |
| | INVOLCTX | | | | | | | | .634*** | | |
| | TOMARTX | | | | | | | | | .448** | |

| |
|--------------------------|
| N=90 |
| ***p < 0.00001 |
| **p < 0.0001 |
| *p < 0.001 |

Al realizar la correlación de estos dos grupos de variables cuantitativas encontramos que todas son positivas entre moderadas y débiles. Existiendo mayor correlación entre los items de involucramiento al tratamiento y relación médico-paciente, con una baja correlación en el acuerdo al tratamiento (0.386), entre las y los médicos y las y los pacientes.

Se realizó el análisis factorial con matriz de componentes rotados de dos componentes para participantes pacientes (Fig1) y para participantes médicos (Fig2).

Se asignaron las variables de la *relación médico-paciente* al componente 1 y las variables relacionadas con la *adherencia a tratamiento* al componente 2, en el caso

del grupo de participantes pacientes. Para el caso del grupo de participantes médicos, fue de manera inversa, componente 1: *adherencia a tratamiento* y componente 2: *relación médico-paciente*

| | Componente | |
|-----------|------------|------|
| | 1 | 2 |
| RELACION | .763 | .243 |
| EXPEMOC | .886 | .071 |
| EXPPROB | .774 | .081 |
| EXPSINT | .630 | .204 |
| UTILIDATX | .331 | .734 |
| ACUERDOTX | .557 | .541 |
| CUMPLIRTX | -.046 | .859 |
| INVOLCTX | .555 | .569 |
| TOMARTX | .176 | .781 |

Fig1

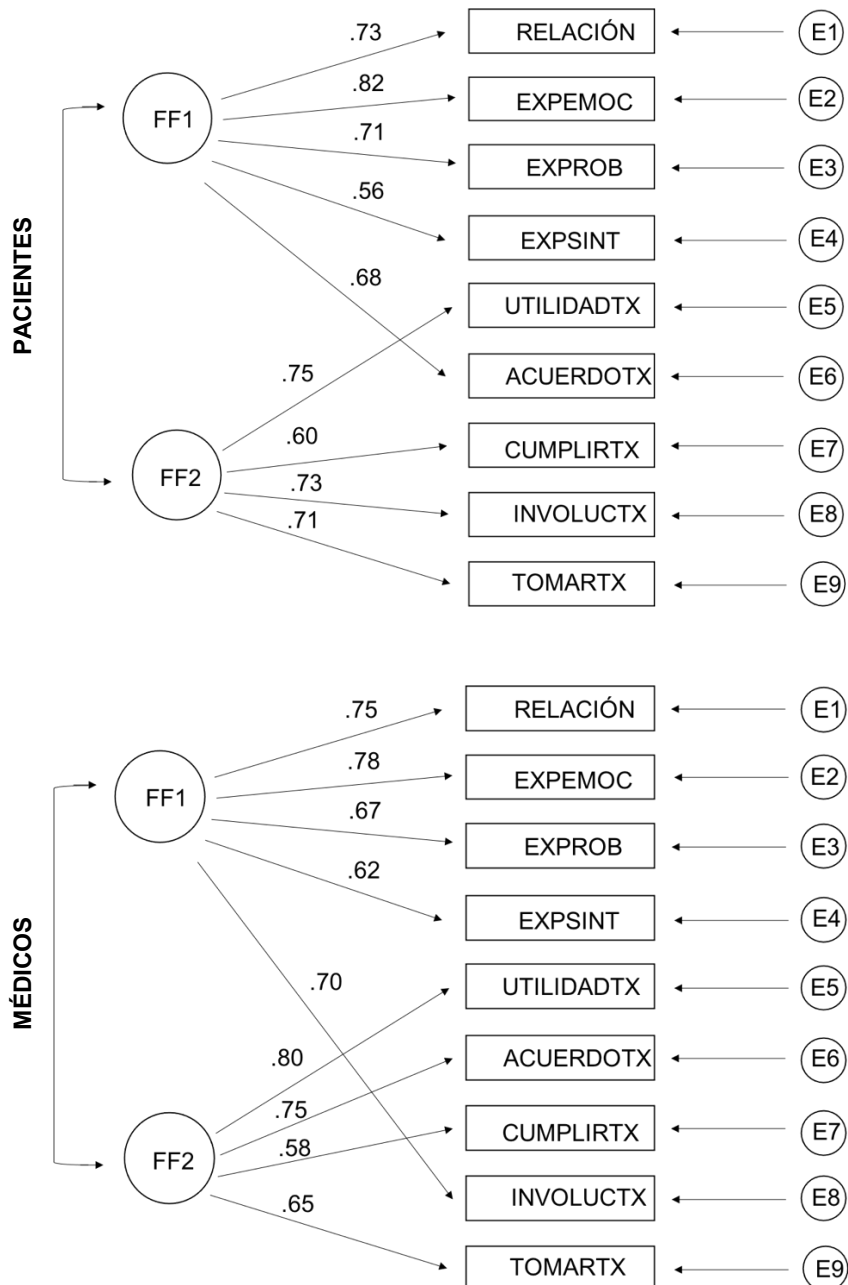
| | Componente | |
|-----------|------------|------|
| | 1 | 2 |
| RELACION | .398 | .504 |
| EXPEMOC | .112 | .830 |
| EXPPROB | .104 | .866 |
| EXPSINT | .055 | .725 |
| UTILIDATX | .722 | .214 |
| ACUERDOTX | .806 | .265 |
| CUMPLIRTX | .900 | .123 |
| INVOLCTX | .369 | .628 |
| TOMARTX | .894 | .034 |

Fig2

Ambos componentes mostraron similitudes entre los dos grupos, sin embargo, la variable relacionada con acuerdo a tratamiento (ACUERDOTX), se encuentra dentro de la *relación médico paciente* en el grupo de las y los pacientes y dentro de la *adherencia a tratamiento* en el grupo de las y los médicos. En el caso de las y los pacientes, puede influir en el mantenimiento de una buena relación bidireccional, y en el caso de las y los médicos es un factor que predice la buena adherencia al tratamiento. Otra diferencia que encontramos es en relación con el involucramiento (INVOLCTX), en el cual en el grupo de los participantes pacientes se vincula con *adherencia a tratamiento* y en el grupo de participantes médicos con la *relación médico-paciente*.

Análisis factorial confirmatorio

Al realizar el análisis factorial confirmatorio con el software AMOS, se identificaron los mismo componentes en el grupo de pacientes FF1: *Relación médico paciente* y FF2: *Adherencia a tratamiento*, y de manera inversa en el grupo de médicos, encontramos la misma agrupación, por lo que se confirmó la sustentabilidad empírica del modelo de medida propuesto.



| Indicador | Valores favorables | Valor Obtenido Pacientes | Valor Obtenido Médicos |
|--------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|
| Razón $\chi^2/ g $ | > 3 | 3.764 | 3.740 |
| (RMSEA) * | .05 a.08 | 0.176 | 0.175 |

*Error cuadrático medio de aproximación

Debido a que la mayoría de los índices de ajuste no son estables cuando no se pueden controlar los tamaños de la muestra y su distribución, se recomienda considerar el (RMSEA) pues es relativamente el índice de ajuste más estable. Tanto para el caso de la razón de chi cuadrada sobre grados de libertad y el error cuadrático medio de aproximación, observamos que los valores en el grupo de pacientes y en el grupo de médicos, muestran ajustes adecuados.

18. Discusión

Los resultados nos muestran que el alfa de Cronbach tuvo una consistencia interna alta para ambos grupos, ($\alpha = 0.88$ para pacientes y $\alpha = 0.78$ para médicos), demostrando así la confiabilidad del instrumento. Estos resultados son similares ($\alpha = 0.89$) a los obtenidos en el análisis realizado al desarrollar esta escala. (Hall et al., 2001₆) En lo que respecta a la correlación de Pearson, se obtuvieron asociaciones positivas, que fueron de débiles a moderadas, demostrando una dependencia lineal entre las respuestas obtenidas por ambos grupos.

Es posible inferir que la fortaleza de la alianza terapéutica es la participación activa, más que el vínculo afectivo y la capacidad de seguir las indicaciones. La pérdida de autonomía e identidad como parte de la experiencia de un paciente psiquiátrico es un factor que predice la baja alianza terapéutica, así como un lapso mayor de tiempo entre la búsqueda de atención y la primera consulta. (Roeg, D. 2014) ²⁷.

Al analizar los datos arrojados por el análisis factorial de esta escala, podemos identificar dos componentes, *adherencia a tratamiento* y *relación médico paciente*,

agrupando tanto en el personal médico como en las y los pacientes items similares, lo cual nos indica la validez de este instrumento. Estas variables pueden ser evaluados a través de ciertas preguntas directas, tales como lo muestra la escala. Una diferencia que llama la atención en cuanto al vínculo médico-paciente, es que la muestra de pacientes agrupa el estar de acuerdo con el tratamiento como parte de la relación médico-paciente y en el grupo de médicos con la adherencia a tratamiento, lo cual podría estar relacionada con la percepción de verticalidad que ha existido en la atención médica. Por lo que el empoderamiento de los pacientes en cuanto a la toma de decisiones dentro de una atención psiquiátrica, podría ser una estrategia accesible para mejorar esta alianza, así como la psicoeducación para pacientes y familiares en cuanto a los medicamentos administrados (KayesKim, J. 2018)¹⁵.

Para mantener un servicio de salud mental exitoso, es necesario evaluar y entender las razones que mantienen a unos pacientes y a otros no, dentro de los servicios de psiquiatría. En un meta análisis sobre la alianza terapéutica y el desenlace de pacientes en psicología, se encontró una menor predicción del desenlace con las escalas reportadas por las y los médicos, que en las escalas reportadas por las y los pacientes, lo cual nos indica la importancia de evaluar esta percepción y relación que la o el paciente reporta. (Horvath, 1991)³⁸. Analizar ambos grupos, tal como lo realiza la escala Engagement Measure, nos permite tener una perspectiva más amplia, específica y categórica para evaluar ésta alianza terapéutica.

En una revisión sistemática de evaluaciones utilizadas para medir la alianza terapéutica en psicología, se concluyó que existe un pobre consenso tanto en la definición, como en los factores involucrados en esta participación. Pocas escalas pueden ser generalizadas y utilizadas en el ámbito clínico para diferentes tipos de poblaciones. (Tetley, et al 2011)³. Por esta razón es importante seleccionar las escalas válidas, que cumplen las características que quieres medir en la población específica, como la analizada en este caso, pacientes que acuden a un servicio de salud mental, que cuentan con una mayoría de edad, que tienen la capacidad de

tomar decisiones en cuanto a su tratamiento psiquiátrico y seguimiento, que buscan la mejoría clínica y su bienestar.

Estas mismas características también se convierten en limitantes para esta escala, considerando que los pacientes pueden estar cursando con algún episodio agudo que les dificulte la toma de decisiones, sean menores de edad, tengan limitaciones en la capacidad intelectual, estén renuentes a mantener una atención médica-psiquiátrica o sean pacientes que acudan de manera esporádica a recibir atención ya sea en el servicio de urgencias o no acudan de manera regular a la consulta externa.

El tipo de población que fue evaluada es otra limitante, ya que la muestra es de pacientes que pertenecen a un hospital de tercer nivel, que se encuentra en un medio urbano en la capital de nuestro país, lo que hace que la muestra sea poco heterogénea. Será importante evaluar este instrumento en centros de salud mental, otros grupos poblacionales, entidades federativas y quizás otros países hispanohablantes.

Como parte de esta validación, se buscaron herramientas para evaluar la percepción en cuanto a calidad de la atención de pacientes y médicos, identificando y seleccionando la escala Engagement Measure, ya que esta se adapta a los principales factores en la alianza terapéutica: participación activa y trabajo conjunto. Este instrumento se podrá aplicar en los servicios de psiquiatría, primeramente, para evaluar la relación médico-paciente y posteriormente proponer metas que se puedan lograr con intervenciones y estrategias específicas.

Tomando en cuenta que las necesidades de los servicios de salud mental en México incluyen una falta de recursos económicos, personal e infraestructura, es necesario enfocarnos en los recursos disponibles y modificables. Mejorar esta experiencia para los pacientes e involucrarlos en el proceso, puede tener un impacto positivo que no requiere una inversión económica directa. (PAHO,2018)³⁹.

Otra de las intervenciones que se pueden implementar de manera inmediata en los servicios médicos en general y en este caso en salud mental, es eliminar la discriminación y el estigma en las poblaciones minoritarias, personas transgénero o miembros de la comunidad LGBTTTIQ, personas que cuentan con diagnóstico de VIH, Hepatitis C, discapacidad física, usuarias y usuarios de sustancias psicoactivas y personas privadas de la libertad. El trato adecuado que promueva la comunicación, el respeto y la voluntad de aprender puede ser trascendental en la calidad de la asistencia sanitaria y el desenlace. Puede ser tan sencillo como preguntar desde el primer contacto de las y los pacientes como desean que se les nombre, mantener las instalaciones e información de manera neutra y con accesibilidad, hasta informarse de las necesidades específicas de estas poblaciones. (Hoffkling, A. 2017)⁴⁰

En esta era en donde el internet, las redes sociales y las aplicaciones funcionan para conectar a las personas, es apropiado considerar el uso de esta tecnología para promover la alianza terapéutica, como páginas web, foros de preguntas, alertas y mensajes para recordar la toma de medicamentos, información didáctica en redes sociales, videos educativos, guías en formatos animados, monitorización de horas de sueño, ejercicio y signos vitales. Estas son estrategias que todos los proveedores de salud pueden utilizar como parte del abordaje de tratamiento. (Dixon,L.et.al 2016)⁵.

Existen distintas formas innovadoras para mejorar la alianza terapéutica, con métodos prácticos y herramientas, sin embargo, lo que se busca de manera global, es ayudar a cambiar la actitud y percepción en el tratamiento médico psiquiátrico en pacientes y médicos. (Dixon,L.et.al 2016)⁵.

19. Conclusiones

Los resultados del análisis factorial confirmatorio y la confiabilidad interna de esta escala, permiten corroborar la sustentabilidad empírica para el modelo propuesto para medir la alianza terapéutica en pacientes y médicos dentro de la consulta médico-psiquiátrica.

Esta escala nos permite tener una aproximación a este fenómeno, al ser una escala breve y concisa, que mide seis áreas involucradas en la alianza terapéutica. Sin embargo, su uso es limitado para las y los pacientes que no son conocidos dentro de un servicio o por un médico(a) en particular (Hall et al., 2001)⁶. Finalmente, no nos permite evaluar específicamente las causas que generan las faltas y terminaciones prematuras de tratamiento.

Tomando en cuenta las fortalezas y limitantes de la Escala de Alianza Terapéutica, se concluye que es un instrumento confiable y válido para poblaciones similares a las estudiadas y un preámbulo en la investigación de esta interacción que involucra la calidad de atención en México.

20. Agradecimientos

Agradezco a mis tutores, la Dra. Claudia Becerra y el Dr. Raúl Escamilla, por su tiempo, apoyo, asesoría y consejos. Agradezco también al Ing. José Cortés, quien me ayudó a realizar la metodología y análisis estadístico con mucha paciencia y expertiz. A mis compañerxs R2 del año 2020 y 2021 que aceptaron participar sin condiciones y me apoyaron en todo momento. A las y los pacientes que participaron y a todas y todos los que me han dado la oportunidad de conocerles, son la razón de este trabajo.

Por último, pero no menos importante, le doy gracias a mi familia, a mi novia, a mis compañerxs de residencia, maestrxs y amigxs que estuvieron al pendiente y que me han amado y apoyado en el curso de esta especialidad.

21. Bibliografía

1. Kinghorn, W. (2015). Moral Engagement, Combat Trauma, and the Lure of Psychiatric Dualism. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000042>
2. Lizardi D, & Stanley B. (2010). Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1183–1191. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.61.12.1183>
3. Tetley, A., Jinks, M., Huband, N., & Howells, K. (2011). A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 927–941. <https://doi.org/10.1002/jclp.20811>
4. Tait, L., Birchwood, M. A. X., & Trower, P. (1996). *Tair.et.al (2003) Predicting engagement with services for psychosis. Insight, symptoms and recovery style_BJPsych_182*. 3–8.
5. Dixon, L. B., Holoshitz, Y., & Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 15(1), 13–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20306>
6. Hall, M., Meaden, A., Smith, J., & Jones, C. (2001). Brief report: The development and psychometric properties of an observer-rated measure of engagement with mental health services. *Journal of Mental Health*, 10(4), 457–465. <https://doi.org/10.1080/09638230120041227>
7. Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Services Research*, 39(4p1), 1005–1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>
8. Graffigna, G., Barello, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the patient health engagement (PHE) scale. *Frontiers in Psychology*, 6(MAR), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00274>
9. Green, S. B. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499–510. doi:10.1207/s15327906mbr2603_7
10. Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(6), 423–434.
11. Graffigna, G., & Barello, S. (2018). Spotlight on the patient health engagement model (PHE model): A psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. *Patient Preference and Adherence*, 12, 1261–1271. <https://doi.org/10.2147/PPA.S145646>
12. Tjörnstrand, C., Bejerholm, U., & Eklund, M. (2013). Participation in day centres for people with psychiatric disabilities - A focus on occupational engagement. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 144–150. <https://doi.org/10.4276/030802213X13627524435225>

13. Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. A cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*(2), 160–166. Bright, F. A. S., Pushparajah, D. S. (2018). Making Patient Engagement a Reality. *Patient*, *11*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0264-6>
14. Domecq, J. P., PrutskyPolacek, M. J., Allen, D. E., Damin-Moss, R. S., Schwartz, A. J. A., Sharp, D., Shattell, M., ... Delaney, K. R. (2015). Engagement as an Element of Safe Inpatient Psychiatric Environments. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *21*(3), 181–190. <https://doi.org/10.1177/1078390315593107>
- 15., G., Elraiyah, T., Wang, Z., Nabhan, M., Shippee, N., ... Murad, M. H. (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-89>
16. KayesKim, J. M., Suarez-Cuervo, C., Berger, Z., Lee, J., Gayleard, J., Rosenberg, C., ... Dy, S. (2018). Evaluation of Patient and Family Engagement Strategies to Improve Medication Safety. *Patient*, *11*(2), 193–206. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0270-8>
17. N. M., Worrall, L., & McPherson, K. M. (2015). A conceptual review of engagement in healthcare and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, *37*(8), 643–654. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.933899>
18. Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Zarate, R., Fox, L., Feldman, J., ... Clark, R. E. (2009). Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: Participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, *34*(10), 867–877. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.025>
19. Gillespie, M., Smith, J., Meaden, A., Jones, C., & Wane, J. (2004). Clients' engagement with assertive outreach services: A comparison of client and staff perceptions of engagement and its impact on later engagement. *Journal of Mental Health*, *13*(5), 439–452. <https://doi.org/10.1080/09638230400006767>
20. Wheeler, A. J., Roennfeldt, H., Slattery, M., Krinks, R., & Stewart, V. (2018). Codesigned recommendations for increasing engagement in structured physical activity for people with serious mental health problems in Australia. *Health and Social Care in the Community*, *26*(6), 860–870. <https://doi.org/10.1111/hsc.12597>
21. Csipke, E., Williams, P., Rose, D., Koeser, L., McCrone, P., Wykes, T., & Craig, T. (2016). Following the Francis report: Investigating patient experience of mental health in-patient care. *British Journal of Psychiatry*, *209*(1), 35–39. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.171124>
22. McKeown, E., Weir, H., Berridge, E. J., Ellis, L., & Kyratsis, Y. (2016). Art engagement and mental health: Experiences of service users of a community-based arts programme at Tate Modern, London. *Public Health*, *130*(0), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.09.009>
23. Brunton, G., Thomas, J., O'Mara-Eves, A., Jamal, F., Oliver, S., & Kavanagh, J. (2017). Narratives of community engagement: A systematic

- review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4958-4>
24. Pratt, B., & de Vries, J. (2018). Community engagement in global health research that advances health equity. *Bioethics*, 32(7), 454–463. <https://doi.org/10.1111/bioe.12465>
 25. Hamilton, A. B., Farmer, M. M., Moin, T., Finley, E. P., Lang, A. J., Oishi, S. M., ... Bean-Mayberry, B. (2017). Enhancing Mental and Physical Health of Women through Engagement and Retention (EMPOWER): A protocol for a program of research. *Implementation Science*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0658-9>
 26. Meaden, A., Nithsdale, V., Rose, C., Smith, J. O., & Jones, C. (2004). Is engagement associated with outcome in assertive outreach? *Journal of Mental Health*, 13(4), 415–424. <https://doi.org/10.1080/09638230410001729852>
 27. Higgins, T., Larson, E., & Schnall, R. (2017). Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>
 28. Roeg, D., van de Goor, I., & Garretsen, H. (2014). Predicting Initial Client Engagement with Community Mental Health Services by Routinely Measured Data. *Community Mental Health Journal*, 51(1), 71–78. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9740-9>
 29. Spector, R. (2001). Is there racial bias in clinicians' perceptions of the dangerousness of psychiatric patients? A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 10(1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/09638230020023570>
 30. Bradley, S. (2006). *Engagement in assertive outreach: compliance or alliance?* U223329, 1. Retrieved from http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/301676068?accountid=13835%0Ahttp://sfxhosted.exlibrisgroup.com/sherbrooke?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ
 31. Brickell, T., Nicholls, T., Procyshyn, R., McLean, C., Dempster, R., Lavoie, J., ... Wang, E. (2009). *Patient Safety in Mental Health*. Retrieved from <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/MentalHealthPaper.pdf>
 32. Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2014). "Difficult Patients" in Mental Health Care: A Review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795–802. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.795>
 33. Wood, L., & Alsawy, S. (2016). Patient experiences of psychiatric inpatient care: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 12(1), 35–43. <https://doi.org/10.20299/jpi.2016.001>
 34. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003202>
 35. Kinghorn, W. (2015). Moral Engagement, Combat Trauma, and the Lure of Psychiatric Dualism. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000042>
 36. Standard, N., & Care, M. H. (n.d.). *A New Standard for Mental Health Care*.

37. Manley, G. (2013). *Public Access NIH Public Access*. 71(2), 233–236. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.182.doi>
38. Tjörnstrand, C., Bejerholm, U., & Eklund, M. (2013). Participation in day centres for people with psychiatric disabilities - A focus on occupational engagement. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 144–150. <https://doi.org/10.4276/030802213X13627524435225>
39. Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
40. Pan American Health Organization. (2018) *The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018*. Washington, D.C.: PAHO.
41. Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 332 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>

22. ANEXOS
ENGAGEMENT MEASURE (VERSIÓN MÉDICO)
ALIANZA TERAPÉUTICA

Tiempo que tengo con la o el paciente (meses):

Instrucciones: Selecciona en cada inciso el número con la oración que mejor describa tu experiencia con la o el paciente.

(1) Asistencia a citas.

A) ¿Qué tan frecuente asiste a sus citas? (acompañado)

| | | | | |
|-------|-------------|---------|--------------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Raras veces | A veces | Casi siempre | Siempre |

B) ¿Qué tan frecuente asiste a sus citas? (sin compañía)

| | | | | |
|-------|-------------|---------|--------------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Raras veces | A veces | Casi siempre | Siempre |

(2) Interacción médico paciente.
Calidad de la relación.

(A) ¿Qué tan buena es mi relación con el (la) paciente?

| | | | | |
|-------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca es buena | Rara vez es buena | A veces es buena | Casi siempre es buena | Siempre es buena |

(3) Comunicación/Confianza con el (la) paciente

(A) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente expresa sus emociones? (enojo, tristeza)

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca las expresa | Rara vez las expresa | A veces las expresa | Casi siempre las expresa | Siempre las expresa |

(B) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente expresa sus problemas personales?

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca las expresa | Rara vez las expresa | A veces las expresa | Casi siempre las expresa | Siempre las expresa |

(C) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente expresa sus síntomas? (insomnio, bajo apetito)

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca los expresa | Rara vez los expresa | A veces los expresa | Casi siempre los expresa | Siempre los expresa |

(4) Utilidad del tratamiento.

(A) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente cree que es útil el tratamiento?

| | | | | |
|------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca es útil | Rara vez es útil | A veces es útil | Casi siempre es útil | Siempre es útil |

(5) Compromiso con el tratamiento.

(A) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente esta de acuerdo con el tratamiento?

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca esta de acuerdo | Rara vez esta de acuerdo | A veces esta de acuerdo | Casi siempre esta de acuerdo | Siempre esta de acuerdo |

(B) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente cumple con el tratamiento? (indicaciones, horarios, tareas)

| | | | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca lo cumple | Rara vez lo cumple | A veces lo cumple | Casi siempre lo cumple | Siempre lo cumple |

(C) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente se involucra activamente en el tratamiento? (involucra en el proceso, toma de decisiones)

| | | | | |
|------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca se involucra. | Rara vez se involucra. | A veces se involucra | Casi siempre se involucra | Siempre se involucra |

(6) Toma de medicamentos.

(A) ¿Qué tan frecuente el (la) paciente se toma los medicamentos como están indicados?

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca se los toma | Rara vez se los toma | A veces se los toma | Casi siempre se los toma | Siempre se los toma |

ENGAGEMENT MEASURE (VERSIÓN PACIENTE)
ALIANZA TERAPÉUTICA

FICHA DEMOGRÁFICA:

Nombre completo:

Número de expediente:

Edad:

Género:

Ocupación: (Selecciona uno)

1. Trabajo no remunerado (estudiantes, amas de casa)
2. Trabajo remunerado (medio tiempo, tiempo completo)
3. No trabajo, si remunerado (jubilados, pensionados)
4. No trabajo y no remunerado (desempleo)

Instrucciones: Selecciona en cada inciso el número con la oración que mejor describe tu experiencia.

(1) Asistencia a citas.

C) ¿Qué tan frecuente asisto a mis citas? (acompañado)

| | | | | |
|-------|----------|---------|--------------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Rara vez | A veces | Casi siempre | Siempre |

D) ¿Qué tan frecuente asisto a mis citas? (sin compañía)

| | | | | |
|-------|----------|---------|--------------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Rara vez | A veces | Casi siempre | Siempre |

(2) Interacción médico paciente.

Calidad de la relación.

(A) ¿Qué tan buena es mi relación con la o el médico(a)?

| | | | | |
|-------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca es buena | Rara vez es buena | A veces es buena | Casi siempre es buena | Siempre es buena |

(3) Comunicación/Confianza con la o el médico.

(D) ¿Qué tan frecuente expreso mis emociones con la o el médico? (enojo, tristeza)

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca las expreso | Rara vez las expreso | A veces las expreso | Casi siempre las expreso | Siempre las expreso |

(E) ¿Qué tan frecuente expreso mis problemas personales con la o el médico?

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca los expreso | Rara vez los expreso | A veces los expreso | Casi siempre los expreso | Siempre los expreso |

(F) ¿Qué tan frecuente expreso mis síntomas con la o el médico? (insomnio, bajo apetito)

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca los expreso | Rara vez los expreso | A veces los expreso | Casi siempre los expreso | Siempre los expreso |

(4) Utilidad del tratamiento.

(A) ¿Qué tan frecuente creo que es útil mi tratamiento?

| | | | | |
|------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca es útil | Rara vez es útil | A veces es útil | Casi siempre es útil | Siempre es útil |

(5) Compromiso con el tratamiento.

(D) ¿Qué tan frecuente estoy de acuerdo con mi tratamiento?

| | | | | |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca estoy de acuerdo | Rara vez estoy de acuerdo | A veces estoy de acuerdo | Casi siempre estoy de acuerdo | Siempre estoy de acuerdo |

(E) ¿Qué tan frecuente cumplo con mi tratamiento? (indicaciones, horarios, tareas)

| | | | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca lo cumplo | Rara vez lo cumplo | A veces lo cumplo | Casi siempre lo cumplo | Siempre lo cumplo |

(F) ¿Qué tan frecuente me involucro activamente en mi tratamiento? (me involucro en el proceso, toma de decisiones)

| | | | | |
|------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca me involucro. | Rara vez me involucro. | A veces me involucro | Casi siempre me involucro | Siempre me involucro |

(6) Toma de medicamentos.

(A) ¿Qué tan frecuente me tomo el tratamiento como esta indicado por el médico?

| | | | | |
|---------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca me lo tomo | Rara vez me lo tomo | A veces me lo tomo | Casi siempre me lo tomo | Siempre me lo tomo |

CONSENTIMIENTO INFORMADO (PARTICIPANTES)
Validación de la escala “Engagement Measure” en español

Código:

Se está realizando un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. A continuación, se brinda información sobre el estudio y la participación en el mismo.

Objetivos del estudio:

La alianza terapéutica entre médico y participante es un concepto que repercute dentro de la calidad de atención en salud, por lo que se pretende validar una escala que nos permita medir este fenómeno, con el objetivo de entender las causas del mal apego a tratamiento y falta a citas médico-participante dentro de el Instituto Nacional de Psiquiatría, para posteriormente modificar y proveer un servicio de mayor calidad y entendimiento a los participantes.

Procedimiento:

Este estudio se está realizando con el fin de validar una escala de alianza terapéutica entre participantes usuarios y participantes médicos, esto se esta realizando de manera voluntaria, lo cual implica que usted es libre de decidir participar o no participar en base a sus creencias personales e intereses, sin repercusión alguna en su tratamiento y seguimiento en la institución. Esta decisión no condiciona de ninguna manera la atención médica que recibe. La información plasmada no tiene la intención evaluar el desempeño de su médico y no tendrá repercusión alguna sobre este. Cabe mencionar que esta información no será compartida con su médico tratante o cualquier otra persona, ya que es únicamente de acceso a los investigadores. Si acepta participar en este estudio contestará una escala conformada por 11 incisos que usted mismo llenará y se aplicará antes o posterior a recibir la consulta médico-participante.

Se requerirá recolectar algunos datos sociodemográficos como nombre, número de expediente, edad, género y ocupación, sin embargo estos datos serán resguardados y de acceso solo a los investigadores, su nombre o algún otro dato personal no serán utilizados ni aparecerán en ningún reporte o publicación, ya que únicamente se le asignará un número de folio para su identificación. La participación no tendrá costo alguno y tiene una duración aproximada de 10 minutos.

Esta es una investigación con riesgo mínimo, debido a que puede existir cierta incomodidad al contestar las preguntas, por lo que, en caso de presentar malestar durante la aplicación, favor de comentarlo y se ofrecerá apoyo psicológico en el momento por parte de la investigadora, sin embargo no representa riesgo para la salud física.

El beneficio indirecto para los participantes es tener una escala validada y confiable que nos permita medir la alianza terapéutica de participantes y médicos, ya que al identificar las causas de mal apego y faltas a las citas dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría, se podrá mejorar la atención clínica, promoviendo una mejor calidad de atención y mayor entendimiento de las problemáticas que involucra el seguimiento en Psiquiatría. El beneficio directo para los participantes será recibir información sobre lo que involucra una

adecuada alianza terapéutica y las estrategias que pueden mejorar esta interacción, con esto podrá entender y ser participe en mejorar la calidad de los servicios de salud, por lo que si desea esta información la investigadora se lo proporcionará en un tríptico.

¿Desea recibir la información?

NO

SI

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

He leído la carta del consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis dudas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquiera momento sin que esto tengo ninguna consecuencia directa en mi tratamiento y seguimiento dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, si decido no participar. Recibí una copia de la carta del consentimiento informado.

| | | |
|-------------------------|-------|-------|
| Nombre del Participante | Firma | Fecha |
|-------------------------|-------|-------|

| | | |
|----------------------|-------|-------|
| Nombre del Testigo 1 | Firma | Fecha |
|----------------------|-------|-------|

| | | |
|----------------------|-------|-------|
| Nombre del Testigo 2 | Firma | Fecha |
|----------------------|-------|-------|

| | | |
|-------------------------|-------|-------|
| Nombre del Investigador | Firma | Fecha |
|-------------------------|-------|-------|

Si requiere de información adicional o presenta alguna duda respecto al estudio, puede comunicarse con la Dra. Claudia Elena Mascareñas Maldonado al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, delegación Tlalpan o al teléfono 41605331 de las 8:00 a las 17:00 horas, email: claudia.mascarenas@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO (MÉDICOS)

Validación de la escala “Engagement Measure” en español

Código:

Se está realizando un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. A continuación, se brinda información sobre el estudio y la participación en el mismo.

Objetivos del estudio:

La alianza terapéutica o “engagement” entre médico y participante es un concepto que repercute dentro de la calidad de atención a los participantes de los servicios de salud, por lo que se pretende validar una escala que permita estudiar y entender este fenómeno, para posteriormente identificar las estrategias para mejorar la salud mental en nuestro país.

Procedimiento:

Este estudio se está realizando con el propósito de validar una escala, con la cual se pretende tener mejor entendimiento de la alianza terapéutica entre participantes y médicos. Este estudio se está realizando de manera voluntaria, lo cual implica que usted decide si quiere participar o no participar en base a sus creencias personales e intereses, por lo que es completamente libre de repercusiones en el ámbito laboral y académico, calificaciones y evaluaciones, teniendo en cuenta el principio de autonomía y la libertad de expresión. Esta escala será contestada a su vez por el participante atendido, quien haya previamente aceptado colaborar. Cabe mencionar que esta escala no pretende evaluar su desempeño, únicamente tiene como fin obtener información de este fenómeno que se considera importante para una mejor calidad de atención médica. Los datos obtenidos durante el estudio serán resguardados y de acceso solo a los investigadores, lo cual implica que esta información no será compartida con otros médicos, ni con sus pacientes.

Si acepta participar en este estudio usted contestará la escala “Engagement Measure” para médicos traducida al español, esta escala está conformada por 11 ítems autoaplicables, la cual se aplicará posterior a recibir la consulta médico-participante. Se requerirá recolectar algunos datos sociodemográficos tales como tiempo que tengo con el participante (meses) y número de expediente del participante atendido. La participación no tendrá costo alguno y tiene una duración aproximada de 10 minutos.

La base de datos para el análisis no contendrá datos personales ni nombre de los participantes médicos, por lo que no aparecerán en ningún reporte o publicación, únicamente se les asignará un número de folio a la escala para su identificación.

Esta es una investigación con riesgo mínimo, debido a que puede existir cierta incomodidad al contestar las preguntas, sin embargo no representa riesgo para la salud física.

El beneficio indirecto para los participantes es tener una escala validada y confiable que nos permita medir la alianza terapéutica de participantes y médicos, ya que al identificar las

causas de mal apego y faltas a las citas dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría, se podrá mejorar la atención clínica, promoviendo una mejor calidad de atención y mayor entendimiento de las problemáticas que involucra el seguimiento en Psiquiatría. El beneficio directo para los participantes será recibir información a través de un tríptico sobre lo que involucra una adecuada alianza terapéutica y las estrategias que pueden mejorar esta interacción, con esto podrá entender y ser participe en mejorar la calidad de los servicios de salud.

¿Desea recibir la información?

SI

NO

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

He leído la carta del consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis dudas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquiera momento sin que esto tengo ninguna consecuencia directa o tendrá repercusiones dentro del ámbito laboral y académico en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, si decido no participar. Recibí una copia de la carta del consentimiento informado.

| | | |
|-------------------------|-------|-------|
| Nombre del Participante | Firma | Fecha |
|-------------------------|-------|-------|

| | | |
|----------------------|-------|-------|
| Nombre del Testigo 1 | Firma | Fecha |
|----------------------|-------|-------|

| | | |
|----------------------|-------|-------|
| Nombre del Testigo 2 | Firma | Fecha |
|----------------------|-------|-------|

| | | |
|-------------------------|-------|-------|
| Nombre del Investigador | Firma | Fecha |
|-------------------------|-------|-------|

Si requiere de información adicional o presenta alguna duda respecto al estudio, puede comunicarse con la Dra. Claudia Elena Mascareñas Maldonado al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, delegación Tlalpan o al teléfono 41605331 de las 8:00 a las 17:00 horas, email: claudia.mascarenas@gmail.com

TRÍPTICOS



CONTACTO

DRA. CLAUDIA ELENA
MASCAREÑAS MALDONADO
claudia.mascarenas@gmail.com

ALIANZA TERAPÉUTICA



¿EN QUÉ PUEDE AYUDAR ?

- Terminar de manera óptima el tratamiento.
- Tener menor riesgo de recaídas.
- Tener un mejor curso clínico
- Reducir situaciones de riesgo.
- Ayudar a las y los proveedores de salud a entender las problemáticas que conlleva el seguimiento en Psiquiatría.
- Mejorar la calidad de salud que se proporciona a las y los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Dixon, L. B., Holoshitz, Y., & Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 15(1), 15. <https://doi.org/10.1002/wps.20306>
- Durling, C., Barrio, S., Bonaccorsi, A., & Lizza, E. (2019). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the patient health engagement (PHE) scale. *Frontiers in Psychology*, 10(MAR), 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00274>
- Lloyd, D., & Stanley, S. (2010). Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(11), 1834-1841. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.12.118>
- Taitley, A., Jinks, M., Hubbard, N., & Howells, K. (2011). A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 927-941. <https://doi.org/10.1002/jclp.20811>

¿QUÉ ES ALIANZA TERAPÉUTICA?

Es el vínculo que se establece entre las y los pacientes con su médica o médico tratante. El objetivo es desarrollar una relación colaborativa de ambas partes que busca el mejorar la calidad de atención, así como el máximo bienestar.



¿QUÉ PUEDO HACER PARA MEJORAR ESTA ALIANZA?

- Promover una buena relación con la o el médico
- Intentar acudir a mis citas puntualmente y en caso de no poder acudir, solicitar una nueva cita para no perderla.
- Tratar de manifestar y describir en cada consulta mis emociones, sentimientos y problemáticas actuales.
- Identificar las causas específicas de las faltas a consulta y buscar junto con tu médica o médico una solución.
- Involucrarme en la decisión de mi tratamiento.
- Buscar el cumplimiento de las metas y objetivos del tratamiento (farmacológico y no farmacológico).
- Externar dudas e inquietudes.

¿QUÉ ES CALIDAD EN SALUD?

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos de la y el paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso. (OMS)





CONTACTO

DRA. CLAUDIA ELENA
MASCAREÑAS MALDONADO
claudia.mascarenas@gmail.com

¿EN QUÉ PUEDE AYUDAR ?

- Terminar de manera óptima el tratamiento
- Tener menor riesgo de recaídas
- Tener un mejor curso clínico
- Reducir situaciones de riesgo
- Entender las problemáticas del seguimiento en Psiquiatría
- Mejorar la calidad de salud que se proporciona a los pacientes


BIBLIOGRAFÍA

- Dixon, L. B., Holoshitz, Y., & Howell, I. (2018). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 18(3), 33. <https://doi.org/10.1002/wps.20100>
- Craftina, C., Barreto, S., Bonassoni, A., & Lottza, E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the patient health engagement (PHE) scale. *Frontiers in Psychology*, 6(MAR), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00274>
- Uband, D., & Stanley, S. (2010). Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1195-1199. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.12.1195>
- Tetley, A., Jinks, M., Hubbard, N., & Howells, K. (2011). A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 927-941. <https://doi.org/10.1002/jclp.20811>



¿QUÉ ES ALIANZA TERAPÉUTICA?

Es el vínculo que se establece entre las y los pacientes con su médica o médico tratante. El objetivo es desarrollar una relación colaborativa de ambas partes que busca el mejorar la calidad de atención, así como el máximo bienestar.




¿QUÉ PUEDO HACER PARA MEJORAR LA ALIANZA TERAPÉUTICA?

- Promover una buena relación con la o el paciente
- Proporcionar apoyo a las necesidades específicas del paciente
- Promover la expresión de sus problemáticas, emociones, síntomas e inquietudes.
- Involucrar a los pacientes en la decisión del tratamiento
- Identificar las causas específicas de las faltas a consulta de la o el paciente y buscar juntos una solución.
- Buscar el cumplimiento de las metas y objetivos del tratamiento (farmacológico y no farmacológico)

¿QUÉ ES CALIDAD EN SALUD?

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso. (OMS)



ATRIBUTOS DE CALIDAD

- Continuidad:** Favorecer atención sin interrupción.
- Seguridad:** Evitar eventos adversos y/o negligencias.
- Pertinencia:** Asociada a utilización de recursos según evidencia.
- Oportunidad:** Recibir atención en el momento adecuado.
- Accesibilidad:** No tener barreras para recibir atención.