

Instituto Nacional
de Salud Pública

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

**DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA SOBRE ATENCIÓN CENTRADA
EN LA PERSONA PARA PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A
ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL GENERAL DE TEMIXCO**

Proyecto de Titulación para obtener el grado de Maestra en Salud Pública con área de
concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento

PATRICIA DE LOS ÁNGELES LEÓN GUERRERO

Generación 2014-2016

Directora de Proyecto de Titulación:

Dra. en C. María Guadalupe Ruelas González

Asesora de Proyecto de Titulación:

Dra. Marcela Sánchez Estrada

Cuernavaca, Morelos, agosto de 2016

Miembros del Jurado

Dra. en C. María Guadalupe Ruelas González
Directora del Proyecto de Titulación/Presidente

Dra. Marcela Sánchez Estrada
Asesora del Proyecto de Titulación/Secretaria

Dr. Ismael Martínez Nicolás
Lector del Proyecto de Titulación/Primer Sinodal

Dedicatoria

Dedico la realización de este Proyecto de Titulación, y por ende la conclusión de mis estudios de maestría a mi hijo, quien espero en un futuro tome este ejemplo y realice todo aquello que se proponga.

A mis padres, por ser ellos mi ejemplo a seguir, y mi apoyo constante en todos los proyectos que he emprendido.

A Miguel, quien como mi compañero de vida ha estado allí para mí, motivándome y apoyándome completamente en todos los ámbitos, y quien recorrió conmigo esta aventura.

Por último, y no menos importante, a todos los pacientes del sector salud, que día a día se enfrentan a las vicisitudes de la búsqueda de la atención en salud.

Agradecimientos

Agradezco a mis padres por la oportunidad de me dieron de estudiar, y por inculcarme el valor de seguir adelante en todo lo que me propongo.

A mi hijo por su tiempo, comprensión y motivación.

A Miguel, por ser paciente, comprensivo, motivante y amoroso ante tantas desveladas, viajes, tareas, trabajos a deshoras, gastos e inversiones emocionales.

A mis amigos por las palabras de apoyo brindadas en momentos difíciles.

A todas las personas del Instituto Nacional de Salud Pública con las que llegué a convivir, docentes, investigadores, coordinadores, personal administrativo y alumnado, las cuales me enseñaron lecciones valiosas no sólo en el ámbito académico, sino que sirvieron para mi crecimiento personal.

A mi comité de titulación por todo su apoyo. Mención especial para la Dra. Marcela Sánchez Estrada, quien como docente me introdujo en los modelos de cambio de comportamiento y como asesora comprendió mi pasión por la modificación conductual en salud.

Al equipo que me apoyó con la recolección de información y la transcripción en algunas técnicas.

A los Servicios de Salud de Morelos, con énfasis al Hospital General de Temixco, quien me abrió sus puertas para la realización de mis prácticas profesionales y me permitió darle contexto a este proyecto. Agradezco todas las facilidades otorgadas durante mi estancia en el hospital, y sobre todo, el apoyo sincero que me brindó el personal.

A los pacientes de los servicios de salud, quienes son mi principal motivación para continuar creciendo como persona y como profesional para lograr realizar cambios en el sistema de salud que impacten la calidad de la atención brindada.

A todos, muchas gracias.

Resumen

En el presente trabajo se desarrolla el diseño de una intervención psicoeducativa dirigida a personal médico y de enfermería que atiende a adultos mayores en el área de consulta externa de un hospital de segundo nivel, para promover prácticas de atención centrada en la persona, siguiendo los tres primeros pasos de la metodología del *Medical Research Council* del Reino Unido para el diseño y la evaluación de intervenciones complejas. El resultado fue una intervención de 12 sesiones, centrada en la conducta, la cual tuvo como base la Teoría Social Cognitiva, con técnicas cognitivo-conductuales para mejorar cogniciones, habilidades individuales y conductas en los participantes, y enfocada en los dominios Claridad de la comunicación y Trato digno, de la atención centrada en la persona.

A falta de intervenciones en salud con un diseño adecuado acorde a los objetivos, conductas y población blanco, se estructuró la intervención contenida en este documento, como una guía para el desarrollo de futuras y efectivas intervenciones en salud.

Índice general

Introducción	4
Antecedentes	6
Justificación	11
Planteamiento del problema	12
Objetivos.....	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos.....	14
Marco teórico-conceptual.....	14
Teorías y modelos de cambio de comportamiento	14
Teoría Social Cognitiva.....	15
Psicoeducación.....	17
Atención centrada en la persona.....	21
Marco del <i>Medical Research Council</i> para intervenciones complejas	26
Material y método	28
Diseño del estudio.....	28
Consideraciones éticas.....	32
Resultados.....	33
Sociodemográficos.....	33
El hospital.....	33
Características de los adultos mayores	34
Atención centrada en la persona	37
Dominios de la atención centrada en la persona.....	37
Discusión	56
Conclusiones	63
Recomendaciones	65
Limitaciones del trabajo	67

Referencias Bibliográficas.....	68
Anexos.....	78

Índice de figuras

Fig. 1.- Modelo de la reciprocidad trádica.....	15
Fig. 2.- Modelo de la TSC para el diseño de la intervención.....	16
Fig. 3.- Elementos de la TSC utilizados para el diseño de la intervención.....	17
Fig. 4.- Elementos psicoeducativos de la intervención.....	18
Fig. 5.- El proceso de la atribución.....	19
Fig. 6.- Dominios de la ACP.....	21
Fig. 7.- Fases secuenciales del desarrollo de intervenciones complejas.....	26
Fig. 8.- Vista iterativa del desarrollo de intervenciones complejas.....	27
Fig. 9.- Integración de los componentes para el diseño de la intervención.....	31
Fig. 10.- Entrada principal del HGT.....	33
Fig. 11.- Área de influencia del HGT.....	34
Fig. 12.- Elementos del dominio Autonomía.....	38
Fig. 13.- Elementos del dominio Confidencialidad de la información.....	40
Fig. 14.- Elementos del dominio Claridad de la comunicación.....	41
Fig. 15.- Elementos del dominio Trato digno.....	46
Fig. 16.- Elementos del dominio Atención pronta.....	48
Fig. 17.- Elementos del dominio Calidad de las comodidades básicas.....	52
Fig. 18.- Elementos del dominio Acceso a redes sociales de apoyo.....	53
Fig. 19.- Elementos del dominio Capacidad de elección.....	54

Índice de tablas

Tabla 1. Comparativa de elementos OMS y elementos para el proyecto, de los 8 dominios de la ACP.....	25
Tabla 2. Técnicas e información recolectada por componente de la TSC.....	28
Tabla 3. Perfil profesional y género de los participantes en las técnicas de recolección de información.....	33
Tabla 4. Población adulta mayor del área de influencia del HGT, 2010.....	34
Tabla 5. Evolución del porcentaje de la población de AM que habita el área de influencia del HGT, 1990-2030.....	35
Tabla 6. Esperanza de vida por sexo en Morelos, 1990-2010.....	35
Tabla 7. Índice de envejecimiento del área de influencia del HGT 1990-2030.....	36
Tabla 8. Razón de dependencia del área de influencia del HGT.....	36
Tabla 9. Resultados de la priorización de los dominios de ACP.....	37
Tabla 10. Modelos actuales e ideales de autonomía existentes en la atención del AM en la C.E.....	39
Tabla 11. Rubros sobre comunicación explorados en el personal de salud.....	43
Tabla 12. Rubros sobre comunicación explorados en los AM.....	44
Tabla 13. Comparativa de ventajas y desventajas entre instituciones de salud.....	55
Tabla 14. Comparativa de resultados de priorización PT y encuesta OMS.....	60

Introducción

Una de las competencias específicas de la maestría en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento, ofertada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), es “generar iniciativas fundamentadas en modelos de cambio de comportamiento para incidir en políticas, entornos y comportamientos”. Para que estas iniciativas sean más efectivas, en primera instancia se requiere seguir pautas establecidas sobre su diseño, como una adecuada base teórica de modelos de cambio de comportamiento, identificando componentes clave, y con métodos funcionales de enseñanza-aprendizaje para la población a intervenir, tomando en cuenta toda la evidencia disponible.

Este Proyecto de Titulación (PT) presenta un ejercicio de un diseño de una iniciativa o intervención de cambio conductual, la cual utiliza la Psicoeducación como método de enseñanza, la Teoría Social Cognitiva (TSC), como base teórica; y siguiendo los pasos de una metodología internacional como la del *Medical Research Council* (MRC) de Reino Unido para el diseño y evaluación de intervenciones complejas.

Para el desarrollo de las actividades contenidas en el diseño de la iniciativa se utilizó información diagnóstica generada mediante métodos cualitativos en la población blanco, así como técnicas cognitivo-conductuales, buscando incidir en la modificación comportamental. La intervención se diseñó en el contexto de la atención en salud hacia los adultos mayores, bajo un enfoque integral como lo es la atención centrada en la persona (ACP), con énfasis en dos dominios que la componen, que son la Claridad de la comunicación y el Trato digno, y con miras a trabajar con el personal médico y de enfermería del área de consulta externa (C.E.) de un hospital de segundo nivel de los Servicios de Salud de Morelos (SSM).

La primera parte del documento presenta los antecedentes de la modificación conductual, de la Psicoeducación, del enfoque de la ACP, y del aporte del MRC en cuanto a la metodología para el diseño y evaluación de intervenciones complejas, además del contexto de los adultos mayores (AM) en el país. Posterior a ello, se enuncian la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos del PT. El marco teórico-conceptual aborda términos generales como las teorías y modelos de cambio de comportamiento, con énfasis en la TSC y sus componentes. Se presentan también los conceptos principales de la Psicoeducación y la ACP; y la metodología del MRC para el diseño y evaluación de intervenciones complejas, con énfasis en sus tres primeras fases, que guían el diseño. En la sección siguiente al marco teórico-conceptual se muestran los materiales y métodos utilizados, con sus correspondientes consideraciones éticas. Posterior a ello, se resumen los resultados principales encontrados, derivados de la investigación cualitativa contenida en la segunda fase de la metodología

del MRC. El documento finaliza con la discusión, conclusiones, recomendaciones y limitaciones derivadas de la realización del PT. Especial énfasis tiene el anexo 3 de este documento, el cual es el Manual para la implementación de la intervención Psicoeducativa sobre atención centrada en el adulto mayor para personal médico y de enfermería de la consulta externa en el Hospital General de Temixco, producto final de este PT.

Antecedentes

La modificación de la conducta es una disciplina aplicada de la Psicología cuyo objetivo es el cambio del comportamiento humano.¹ En el campo de la Salud Pública, ésta disciplina ha sido ampliamente utilizada en múltiples niveles (individual, interpersonal, organizacional, comunitario y política pública) y en un amplio rango de poblaciones y comportamientos relacionados con los procesos de salud, con el fin de disminuir la carga de las enfermedades prevenibles y mejorar la calidad de vida de las poblaciones. A partir de los años 80's, comenzaron a publicarse recomendaciones y guías para el diseño de intervenciones efectivas para el cambio conductual en salud, y por ende, comenzaron a formularse intervenciones para la mayoría de los grandes riesgos conductuales, como el uso del tabaco, las dietas no saludables, los estilos de vida sedentarios y el manejo inadecuado de la Diabetes, y para comportamientos preventivos como los referentes a conductas adictivas y prácticas de sexo seguro, entre otros.²

La mayoría de las intervenciones en salud abordan una o más conductas a modificar dentro de un contexto determinado y mediante diferentes acciones que impactan en componentes individuales interrelacionados, y en las que el “ingrediente activo”, que hace que el cambio de comportamiento se realice, es difícil de especificar, por lo que comúnmente son denominadas como “intervenciones complejas”, a diferencia de otro tipo de intervenciones, como las estructurales, enfocadas comúnmente a un solo componente, y que son conocidas como “intervenciones simples”. En el año 2000, el MRC de Reino Unido publicó un marco para el desarrollo y evaluación de intervenciones complejas para mejorar la salud.³ En este documento menciona algunas intervenciones complejas específicas, como las dirigidas al desarrollo de la comunidad, a grupos escolares y a las conductas de los profesionales de la salud.⁴ De manera regular, éstas últimas se han enfocado en hacer más efectiva y eficiente la atención en salud, ya que los profesionales de la salud son quienes brindan la consulta clínica y están en contacto directo con la persona que solicita la atención. Su interacción tiene un impacto significativo en los resultados en salud, derivados de su desempeño en el espacio clínico, de su comunicación y empatía con el paciente, y de su pericia al diagnosticar, tratar y rehabilitar enfermedades y padecimientos, etc., por lo que son un elemento clave que requiere reforzamiento de conductas que mejoren la efectividad de la atención, y modificación de conductas que disminuyan la satisfacción o el impacto en la salud del paciente. Sin embargo, pocas intervenciones cuentan con un explícito marco teórico que contenga los componentes relevantes de la conducta a modificar, la justificación de la elección del método y las tecnologías a utilizar, lo que ha hecho difícil interpretar sus resultados.^{5,6,7,8,9} En México esta situación es similar, aún y cuando con frecuencia se llevan a cabo intervenciones para personal médico y de enfermería, ya que se carece de información publicada sobre diseños, implementaciones, evaluaciones y resultados de los mismos.¹⁰

Uno de los métodos con resultados potenciales a aplicarse en las intervenciones complejas dirigidas a los profesionales de la salud es la Psicoeducación, definida como la educación, información y entrenamiento para el tratamiento de una enfermedad o trastorno, disminución de algún problema o para el afrontamiento adaptativo de los retos de la vida, con elementos psicoterapéuticos y educativos.^{11,12,13} Este tipo de intervenciones han demostrado un rango amplio de aplicación en diferentes contextos de varios países, por la flexibilidad del método. Desde 1972¹⁴ se ha documentado su uso en el tratamiento de trastornos mentales como esquizofrenia,¹⁵ desórdenes bipolares,^{16,17,18} y depresivos,^{19,20} desórdenes alimenticios,²¹ así como en el tratamiento de diferentes tipos de cáncer,^{22,23} y de enfermedades o padecimientos en general (histerectomía, obesidad, dolor, etc.), con énfasis en condiciones crónicas.^{24,25,26,27,28} Su uso no se ha limitado a intervenciones con personas con enfermedades o problemas relacionados a la salud ya que también brinda conocimientos y habilidades necesarias para prevenir o disminuir disfunciones familiares, sociales o de prestación de servicios.¹² Ejemplo de ello son: intervenciones realizadas para reducir conductas antisociales en jóvenes,²⁹ o para mejorar el tratamiento en mujeres con historial de abuso por su pareja y con diagnóstico de estrés postraumático,³⁰ o para promoción de actitudes y conductas de salud nutricional,³¹ por citar algunos.

Los grupos a los cuales se han dirigido las intervenciones psicoeducativas también han variado, dependiendo de los objetivos planteados, entre los que se encuentran personas con alguna enfermedad o trastorno, cuidadores primarios y familiares, profesionales de diversos ámbitos, o integrantes de la comunidad.¹¹ Las intervenciones psicoeducativas en profesionales de la salud se han enfocado principalmente en el entrenamiento del personal en habilidades cognitivas y conductuales para que sean ellos quienes impartan las sesiones psicoeducativas con sus pacientes; pero también se han desarrollado intervenciones para los profesionales dirigidas al manejo del estrés.^{11,32,33}

En México las intervenciones psicoeducativas se han realizado principalmente para el tratamiento integral de trastornos de la salud mental, a nivel paciente y su familia, con el personal de salud como guía en las sesiones psicoeducativas.^{13,34,35} También se han utilizado para prevenir o disminuir el síndrome de Burnout en distintas profesiones.^{36,37} Al ser un proceso que integra elementos psicoterapéuticos y educacionales con resultados documentados favorables, este método ha sido considerado una de las prácticas basadas en evidencia más efectivas, en ensayos clínicos y en entornos comunitarios.¹¹

Por otro lado, y con el mismo objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud atendiendo la relación médico-paciente se encuentra el enfoque de ACP, de reciente interés y con resultados prometedores en las intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud para mejorar la atención en salud,³⁸ que hace hincapié en brindar servicios de salud basados en las características individuales de los pacientes y su contexto, en vez del enfoque tradicional centrado en la enfermedad.³⁹ Esto se

realiza con trato digno, comunicación adecuada, atención pronta, confidencialidad y respeto por la autonomía, además de ofrecer comodidades básicas limpias, amplias y seguras, el acceso a las redes sociales de apoyo de cada persona y darles la capacidad de elección del proveedor de salud.^{40,41}

Las primeras referencias a la ACP se encuentran en antiguas civilizaciones orientales, con el desarrollo de los sistemas de medicina tradicional china y ayurveda⁴² y en occidente con la griega,⁴³ en donde ambas conceptualizan la salud amplia y holísticamente. Estos sistemas están orientados a la totalidad de la salud del paciente más que sólo a la enfermedad y procuran articular un comprensivo y armonioso entendimiento de la salud promoviendo un acercamiento especializado para tratar enfermedades específicas, con relevancia de la calidad de vida.⁴⁴ En 1940, el médico suizo Paul Tournier buscó re-focalizar la medicina en la persona del paciente, del médico, de los familiares y de los miembros de la comunidad. Descubrió el valor de las experiencias interpersonales y de atender la totalidad de la persona y sus aspectos biológicos, sociales y espirituales de la salud, y sus hallazgos los plasmó en su libro *Medicine de la Personne*.⁴⁵ En la primera definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946,⁴⁶ se hablaba ya sobre un estado dinámico de completo bienestar físico, emocional y social y no sólo ausencia de enfermedad. Una contribución importante fue la realizada por la psicología humanista y su principal exponente, el psicólogo Carl Rogers, en 1960, al asentar las bases de la psicología humanista en donde se plantea a la persona con una existencia en un contexto humano, con conciencia y capacidad de elección. Algunas asunciones básicas son el interés por centrarse en la persona y en el significado que ésta otorga a su propia experiencia; la dignidad de la persona como valor central; la atención a las características específicamente humanas, como la capacidad de decidir, la creatividad o la necesidad de autorrealización; el interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona y la idea de la persona en relación a cómo se describe a sí misma, y en su interdependencia con otros individuos y grupos. La aportación principal de Rogers fue la terapia centrada en el cliente o terapia no directiva, que parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. Cambia el “paciente” por el “cliente”, ya que este último tiene la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico como un agente activo, mientras que el paciente tiene una postura pasiva. Entre sus planteamientos, Rogers menciona que el terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que la persona pueda explotar esos medios mediante la confianza radical en la persona y el rechazo al papel directivo del terapeuta. Se destaca la importancia de tres actitudes y cualidades del terapeuta para el adecuado resultado: a) Aceptación incondicionalmente positiva de la persona que busca ayuda; b) Empatía, como la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente, ponerse en su lugar y llegar a comprender sus vivencias, y c) Autenticidad o congruencia, que permiten el diálogo sincero y constructivo entre los

dos. El terapeuta sigue siendo un experto, pero se comunica también como ser humano al servicio del cliente.⁴⁷

La importancia de la actitud del terapeuta, el modo de relacionarse con el cliente y la visión de la persona suscitaron gran interés en diversos campos profesionales, y el enfoque se trasladó a otros ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda, y conservando principios como la perspectiva centrada en la persona, la capacidad de elección, la autonomía y el trato digno, dominios básicos de la ACP.³⁹

En una revisión sistemática de intervenciones con el enfoque de ACP dirigidas a los profesionales de la salud y llevadas a cabo entre 1966 hasta el 2010,³⁸ se encontraron 29 estudios que cubrían con los criterios de selección, con resultados de efectos positivos en la consulta médica al medir comunicación sobre las opciones de tratamiento, niveles de empatía, percepción de los pacientes sobre la atención del proveedor, y resultados positivos en los pacientes al aumentar la satisfacción por la atención y las conductas saludables. Un hallazgo significativo fue que el entrenamiento corto (de menos de 10 sesiones), es tan exitoso como un entrenamiento largo.

Por las características de la ACP, es ampliamente recomendada en la atención a los adultos mayores (AM). Además de ser el grupo poblacional de más rápido crecimiento en el país,⁴⁸ con 13.07 millones de personas de 60 y más años (equivalente al 10.9% de la población total en México a 2014),⁴⁹ y una proyección a 2050 de 33.8 millones (27.7%, casi triplicando la cifra del 2014),⁵⁰ gran parte de los AM presenta alguna condición de pobreza y vulnerabilidad, problemas o dependencia de índole económica, falta de acceso a la alimentación, carencia de empleo digno, de seguridad social, de apoyos familiares y/o aislados socialmente.^{51,52,53,54,55,56} Son el grupo poblacional con mayores tasas de analfabetismo⁵⁷ y de rezago educativo.⁵¹ En la sociedad mexicana aún abundan estereotipos equivocados de decadencia y fragilidad en la vejez, y como consecuencia de ello, se presentan altos niveles de discriminación, marginación, abandono, exclusión o maltrato de los AM.^{50,52,54-56,58,59}

En el ámbito de la salud, los AM presentan disminución de funcionamiento físico y/o mental conforme la edad incrementa.^{58,59,60,61} Aunque se tienen buenas cifras en cuanto a esperanza de vida al nacer y a los 60 años, no sucede lo mismo en cuanto a esperanza libre de enfermedad y discapacidad, donde México tiene un rezago de al menos 10 años.⁶¹ Consecuencia de ello, se obtienen las cifras más altas de discapacidad en este grupo etario, donde el 60% de las discapacidades son permanentes.⁴⁸ El 20% de los AM se encuentran en la antesala de la discapacidad y dependencia, llamada “condición de fragilidad”.⁶¹ También se encuentran las mayores tasas de morbilidad, por un lado las relacionadas a enfermedades transmisibles y por el otro, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus complicaciones.^{48,54-56,58-60,62} Esta condición corresponde con las mayores cifras de utilización de los

servicios de salud curativos ambulatorios (42%) y hospitalarios (21%) por parte de los AM,^{61,63,64} aún y cuando se reportó que sólo el 71.4% se encontraba afiliado a algún servicio de salud en 2010.⁴⁸ Los AM tienen de 2 a 3 veces mayor probabilidad de ser hospitalizados, por lo que los egresos hospitalarios de AM se han duplicado en las últimas dos décadas.^{61,64} Todas estas características particulares hacen que la atención de salud para la persona mayor requiera compromiso a largo plazo por parte de los establecimientos de salud y el uso de un enfoque holístico al adulto mayor y sus problemas, para lograr resultados positivos.³⁹

Ante el inminente envejecimiento poblacional en los próximos años; y la necesidad de desarrollar intervenciones efectivas para los profesionales de la salud que impacten en la mejora de la calidad de la atención en salud, se plantea el diseño de una intervención psicoeducativa siguiendo la metodología propuesta por el MRC de Reino Unido,³ y dirigida a los profesionales de la salud que brindan atención a la población adulta mayor en el área de C.E. de un hospital de segundo nivel.

Justificación

La modificación del comportamiento es una disciplina muy útil para la creación de estrategias efectivas que impacten desde diversos ámbitos en la mejora del estado de salud de la población. Para lograrlo se requiere desarrollar dichas estrategias mediante un diseño que contenga una adecuada base teórica de modelos de cambio de comportamiento y con métodos funcionales probados mediante evidencia científica para la población a la que va dirigida la estrategia.²

Uno de los ámbitos relevantes para la mejora del estado de salud de la población es el referente a los comportamientos de los profesionales que brindan la atención. Al ser ellos parte fundamental por realizar actividades para el diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, es indispensable que incorporen en su práctica diaria elementos para brindar atención integral y de buena calidad a los usuarios de los servicios de salud. Actualmente, los principales usuarios de los servicios de salud son AM, con un 42% en servicios curativos ambulatorios constantes (primer y segundo nivel) y un 21% en servicios hospitalarios (segundo nivel), registrados a 2013.^{61,63,64} Esta cifra continuará creciendo debido al ineludible envejecimiento poblacional, aumentando la demanda de servicios especializados ambulatorios y hospitalarios continuados para la atención de las ECNT y sus complicaciones, centrados en las características de los AM.

La propuesta de un diseño de intervención de carácter psicoeducativo dirigida a los profesionales de la salud que atienden a AM en el área de C.E. de un hospital de segundo nivel, siguiendo los pasos para el diseño de intervenciones complejas establecidos por el MRC de Reino Unido³ brindará una guía para todo aquel que quiera desarrollar intervenciones complejas efectivas basadas en modelos de cambio de comportamiento, y dirigidas a los profesionales de la salud, bajo el enfoque de la ACP.

Esta propuesta es importante porque al ser un enfoque reciente, son pocas las intervenciones documentadas en temas de ACP que involucren la adquisición y/o desarrollo de habilidades personales para la transición del modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo centrado en la persona en el contexto hospitalario mexicano, en donde la atención ambulatoria es especializada en diagnóstico y tratamiento de enfermedades y padecimientos, e impartida de manera continua, a diferencia de la atención ambulatoria de primer nivel, la cual tiene el componente preventivo y de atención más generalizada, solicitada de manera más esporádica con el objetivo de canalización al segundo nivel de atención. Además, mediante el diseño se conocerán las perspectivas sobre los dominios que integran a la ACP⁴⁰ en el personal médico y de enfermería que atiende a los AM en la atención ambulatoria de segundo nivel, así como de los AM que reciben la atención en salud. Por último, se busca que mediante su implementación, se fortalezcan las habilidades cognitivas y conductuales del personal de salud, y

se mejore la calidad de la atención hacia los adultos mayores ofrecida en la atención en salud en el área de C.E. del Hospital General de Temixco (HGT).

Planteamiento del problema

A pesar del hecho comprobado de que las intervenciones que buscan el cambio conductual basadas en teorías son más efectivas para mejorar la salud de las poblaciones,^{65,66} muchas publicaciones de intervenciones a nivel internacional no contienen información sobre la(s) teoría(s) utilizada(s), los componentes “activos” del cambio de comportamiento considerados para su diseño y el método aplicado, presente en las actividades planteadas a realizarse en su implementación. Para el diseño correcto de una intervención se deben tener en cuenta los diferentes efectos en una población, lo que implica conocer ampliamente su comportamiento. El proceso inicia comprendiendo la conducta a modificar y la elección de la teoría a utilizar, basada en evidencia científica.⁶⁷ Los objetivos a lograr deben ser claros y específicos; y todas las actividades deben realizarse basadas en las características de la población a intervenir, llamada también población blanco.⁶⁸

En México esta situación de vacío de información es similar, ya que se plantean y llevan a cabo continuamente intervenciones para la modificación de conductas saludables y/o de riesgo en ciertos grupos poblacionales a distintos niveles, con un diseño carente de respaldo teórico adecuado, y bajo la perspectiva tradicional de que proporcionar información es suficiente para modificar conductas,⁶⁹ sin tomar en cuenta los múltiples y complejos factores que condicionan el comportamiento.⁶⁸ Esta situación sucede de manera particular en las intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud, comúnmente realizadas como cursos de capacitación o talleres, los cuales buscan la adquisición de nuevos comportamientos y/o la modificación de conocimientos, actitudes y conductas para mejorar la calidad de la atención técnica o interpersonal mediante la transmisión de información y la sensibilización, sin tomar en cuenta las características de la población a la que van dirigidas, ni los medios, mensajes y canales más adecuados para la transmisión o sensibilización efectiva para provocar el cambio. Al no haber registro de publicaciones sobre diseños, implementaciones y resultados de estos procesos, se carece de información sobre el impacto que han podido desarrollar en el ámbito de atención a la salud.¹⁰ Esto trae como consecuencia inversiones constantes de recursos físicos, humanos, financieros y de tiempo, por parte de todos los involucrados, y un pobre o nulo impacto en la modificación de conocimientos, actitudes y conductas en el personal de salud. El no desarrollar intervenciones costo-efectivas además afecta el funcionamiento del sistema de salud, al carecer de herramientas funcionales comportamentales para la implementación adecuada de procedimientos o el uso correcto de tecnologías. También influyen negativamente las necesidades de capacitación no cubiertas del personal de salud, las cuales traen como consecuencia bajos niveles de

calidad técnica o interpersonal, que pueden ocasionar errores en el diagnóstico o tratamiento, eventos adversos, o una mala relación médico-paciente, la cual impacta a su vez en los pacientes reflejado en los bajos niveles de adherencia al tratamiento,⁷⁰ desmotivación para seguir utilizando los servicios y pocas mejorías en su estado de salud.⁷¹

Ante la actual transición epidemiológica en el país de las enfermedades infecto-contagiosas hacia las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales encabezan los primeros lugares de motivo de consulta ambulatoria de la población adulta en instituciones públicas y privadas y sus secuelas son las principales causas de muerte en la población adulta,⁷² conjugada con el fenómeno del envejecimiento poblacional en todo el país a causa del aumento de la esperanza de vida, se requieren redoblar esfuerzos en la formulación de intervenciones efectivas dirigidas a los profesionales de la salud para la atención de buena calidad brindada a los adultos mayores, ya que la respuesta actual del sistema de salud para mejorar la atención y cubrir las necesidades en salud de esta población ha sido inadecuada e insuficiente. Los servicios brindados a los AM no están diseñados acorde a sus características físicas, socioculturales, familiares, económicas, etc., o a sus demandas en salud; y en muchas ocasiones se otorga una atención rutinaria, despersonalizada, con conductas relacionadas al maltrato, de mala calidad, y sin entendimiento real entre el profesional que brinda la atención y los AM que la recibe.^{62,71,73,74} Las decisiones son tomadas por los profesionales sin involucrar a la persona a la que le brindan la atención, además de que predomina el lenguaje clínico y con tecnicismos.⁷⁵ El mismo personal de salud describe como “de gran dificultad”, por las condiciones de fragilidad, discapacidad auditiva, visual, deterioro cognitivo, y en ocasiones abandono familiar, presentes entre el 50% y 80% de los pacientes AM,⁶² y porque la atención se desarrolla en un contexto donde el Sistema Nacional de Salud es complejo y fragmentado, con sobrecargas de trabajo, saturación de los servicios, carencias y mala distribución de recursos materiales, financieros y humanos para brindar atención integral, continuada y de calidad.⁶¹ Los profesionales reconocen también necesidades de capacitación no cubiertas sobre aspectos gerontológicos y atención adecuada e integral a los AM.^{62,73}

La atención de salud para la persona mayor requiere compromiso por parte de los profesionales de la salud, mediante el uso de un enfoque holístico a los AM y sus problemas, como el enfoque de ACP, para lograr resultados positivos en la salud de las poblaciones.³⁹ Ante la falta de intervenciones para el cambio de comportamiento relacionado con la mejora de la atención de los profesionales de la salud y diseñadas bajo una metodología adecuada, se desarrolló el presente proyecto, el cual presenta el diseño de una intervención mediante la metodología propuesta por el MRC de Reino Unido³ para promover prácticas de ACP en personal médico y de enfermería que atiende a AM en el área de C.E. de un hospital de segundo nivel.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una intervención psicoeducativa dirigida a personal médico y de enfermería, basada en los modelos de cambio de comportamiento, para promover prácticas de atención centrada en el adulto mayor, en el área de consulta externa del Hospital General de Temixco.

Objetivos específicos

1. Llevar a cabo los pasos de la metodología propuesta por el *Medical Research Council* de Reino Unido para intervenciones complejas, para el diseño de la intervención psicoeducativa.
2. Realizar una priorización de los tres dominios que la población blanco considere más importantes para que sean la base del diseño de la intervención psicoeducativa.

Marco teórico-conceptual

Teorías y modelos de cambio de comportamiento

En el comportamiento humano intervienen numerosos factores individuales (creencias, conocimientos, actitudes, experiencias, factores genéticos, entre otros), factores sociales (relaciones interpersonales) y contextuales (ambiente o entorno).⁷⁶ Para comprenderlo, las ciencias de la conducta se apoyan en teorías, definidas por Kerlinger como “conjuntos de constructos (conceptos) interrelacionados, definiciones y proposiciones que presentan panoramas sistemáticos de fenómenos, al explicar relaciones entre variables, con el propósito de explicar y predecir fenómenos”;⁷⁷ y en modelos, los cuales unen diferentes teorías para ayudar a entender un problema específico en un entorno o contexto particular, lo cual sería muy complicado utilizando una sola teoría. Las teorías y modelos explican la conducta y sugieren maneras para lograr el cambio conductual y son catalogadas por Glanz y colaboradores en tres tipos: 1) explicatorias; 2) de cambio, e 3) implementadas.⁷⁷ Una teoría explicatoria ayuda a identificar el por qué un problema existe, y a predecir conductas bajo condiciones definidas, lo que guía a buscar factores modificables como el conocimiento, el apoyo social, las actitudes, la falta de recursos, entre otros. Las teorías de cambio guían el desarrollo de intervenciones y forman la base de las evaluaciones, mientras que las teorías implementadas son teorías de cambio que vinculan la teoría específica a un problema, población y contexto concreto.⁷⁸

Los componentes básicos de las teorías son los *conceptos*. Cuando estos conceptos son desarrollados o adaptados para utilizarse en teorías particulares, se convierten en *constructos*.⁷⁹ Por otro lado, las *variables* especifican cómo se mide un constructo en una situación específica. Toda variable está ligada a un constructo.

A la fecha, se han identificado más de sesenta teorías y modelos aplicados al cambio de comportamiento, de los cuales unos han mostrado mayor evidencia de efectividad para ciertas conductas que otros, y funcionan en niveles diferentes de actuación (individual, interpersonal, organizacional y comunitaria).⁸⁰ Las teorías más utilizadas son la del Aprendizaje Social (TAS), la TSC, la de Acción Razonada (TAR) y la del Cambio Planeado (TCP). En cuanto a los modelos, se encuentra el de Creencias en salud, el transteórico, llamado también de etapas de cambio, el Marketing Social, la difusión de innovaciones, el afrontamiento y estrés, el ecológico y el PRECEDE-PROCEDE.⁷⁷

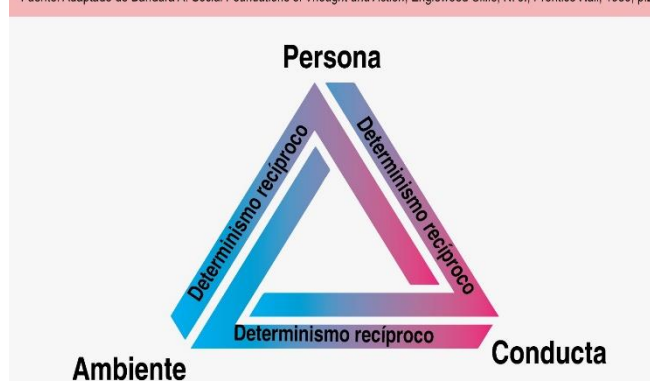
Teoría Social Cognitiva

Llamada en un inicio TAS,⁸¹ al enfocarse en explicar la imitación de la conducta en humanos y animales y estar basada en los principios clásicos del aprendizaje, la TSC explica el comportamiento humano en términos de una interacción dinámica entre tres componentes, a la que denomina “reciprocidad triádica”.

Estos son el componente personal, que abarca al individuo en sus aspectos físicos, psicológicos (emociones, cogniciones, motivación, aprendizaje, etc.), sus habilidades y experiencias individuales; el componente conductual, referente a las conductas en las que se enfoque el análisis; y el componente ambiental, que son todos los factores externos que pueden afectar la conducta de una persona, tanto sociales como físicos (Fig. 1).⁸²

Fig.1.- Modelo de la reciprocidad triádica.

Fuente: Adaptado de Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, 1986, p.24



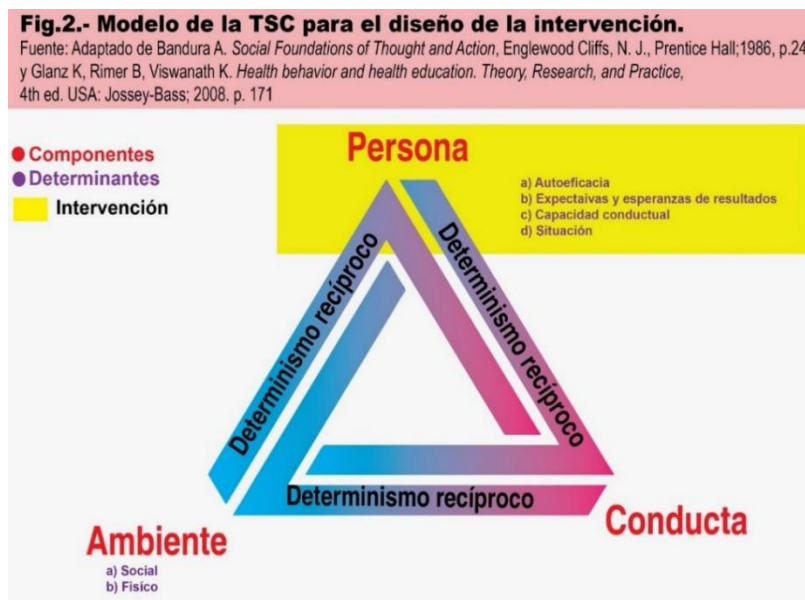
Algunos conceptos clave de la TSC son:⁸³

- **Ambiente:** Factores físicamente externos a la persona. Proveen oportunidades y soporte social. Ejemplo de ellos son los factores institucionales, ocupacionales, familiares, sociales, entre otros.
- **Situación:** Percepción personal del ambiente.
- **Capacidad conductual:** Este concepto consiste en que si una persona va a realizar un particular tipo de conducta, debe de saber qué conducta es (conocimiento de la conducta) y cómo

realizarla (habilidad). Su desarrollo es el resultado de entrenamiento individual, capacidad intelectual y estilos de aprendizaje.

- Expectativas de resultados: Resultados anticipados de una conducta.
- Esperanzas de resultados: Valor que una persona le da a un resultado obtenido, incentivo.
- Autocontrol: Regulación personal de metas dirigidas a una conducta.
- Aprendizaje observacional: Conductas adquiridas mediante la observación de acciones y sus resultados en otros.
- Reforzamientos: Respuestas a la conducta de una persona que incrementan o disminuyen su probabilidad de ocurrencia.
- Autoeficacia: La confianza personal en la realización de una conducta particular.
- Determinismo recíproco: La interacción dinámica de la personal, la conducta y el ambiente en el cuál la conducta es realizada.
- Facilitación: Brindar herramientas, recursos o cambios ambientales que hagan a las nuevas conductas más fáciles de realizar.

Además de reconocer que el ambiente puede moldear las conductas, se enfoca en las habilidades potenciales de las personas para alterar y construir ambientes que funcionen para los propósitos establecidos, mediante el desarrollo de procedimientos o técnicas, que influyen las variables cognitivas subyacentes de los comportamientos, las cuales incrementan la probabilidad del cambio conductual. Al explicar cómo las personas adquieren y mantienen ciertos patrones de conducta, provee la base para desarrollar estrategias de intervención.

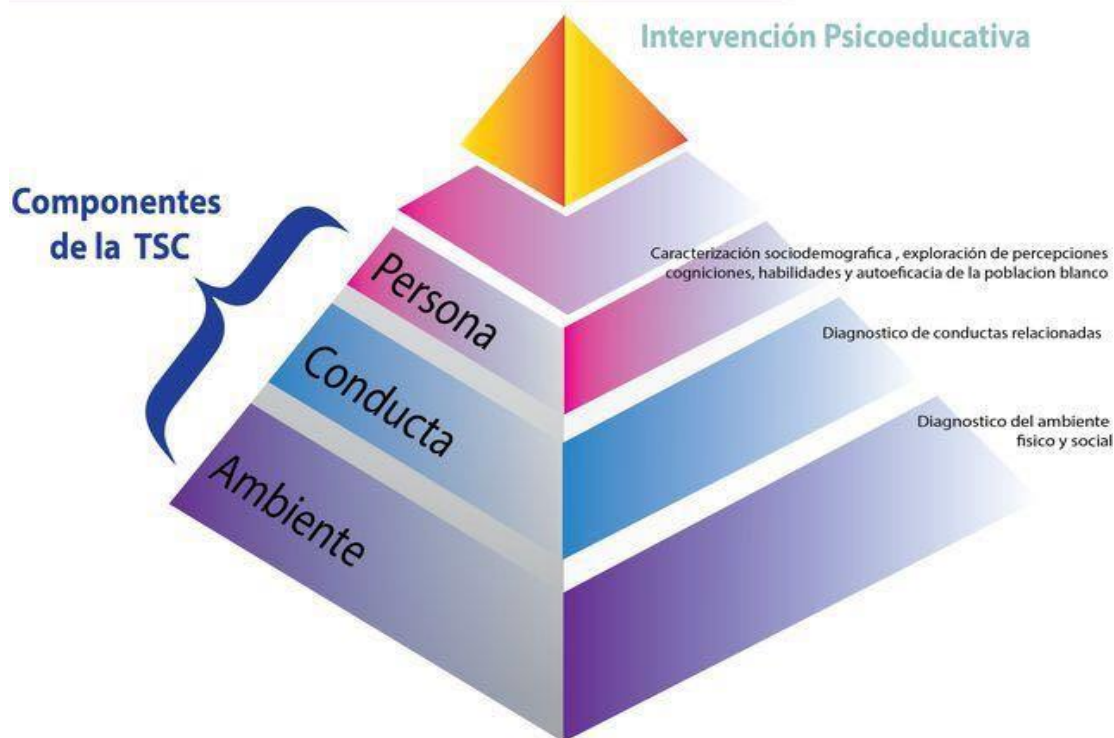


El diseño de la intervención planteada en este documento tiene como base la TSC, ampliamente utilizada y con resultados potenciales positivos documentados en el entrenamiento de profesionales de la salud.^{84,85} Se trabajó desde el componente personal, con la perspectiva del fortalecimiento de conocimientos, la autoeficacia y las expectativas y esperanzas de resultados del personal médico y de enfermería,

para mejorar la capacidad conductual, todo ello mediante la facilitación, que incluye herramientas y técnicas con elementos de aprendizaje observacional y auto-regulación (Fig. 2).

Se realizó un análisis del ambiente físico y social, de las conductas positivas y negativas relacionadas al objetivo de la intervención, y de las características sociodemográficas, conocimientos y habilidades de la población a la que va dirigida la intervención (población blanco). El método elegido para la intervención fue la Psicoeducación. (Fig. 3)

Fig. 3.- Elementos de la TSC utilizados en el diseño de la intervención. Fuente: Elaboración propia.



Psicoeducación

El término hace referencia a la educación, información y entrenamiento ofrecido a las personas para el tratamiento de una enfermedad o trastorno, la disminución o prevención de algún problema en general, o para afrontar de manera más adaptativa los diferentes retos de la vida.¹¹⁻¹³ Es dirigida por un profesional de la salud mental, quien integra elementos de psicoterapia (técnicas) y educativos (contenido) en una intervención. Está basada en competencias y en fortalezas, y hace hincapié en la salud, la colaboración, superación y empoderamiento.^{86,87} La principal herramienta de trabajo es la persona.

Tiene una amplia variedad de enfoques, desde los que enfatizan la entrega de información hasta los que privilegian el entrenamiento de habilidades para solucionar problemas. Se dividen de manera general en dos modelos básicos:⁸⁸

- 1) **Modelos de Psicoeducación centrados en la información:** A través de la construcción de un marco de información científica, actualizada y adecuada a las características

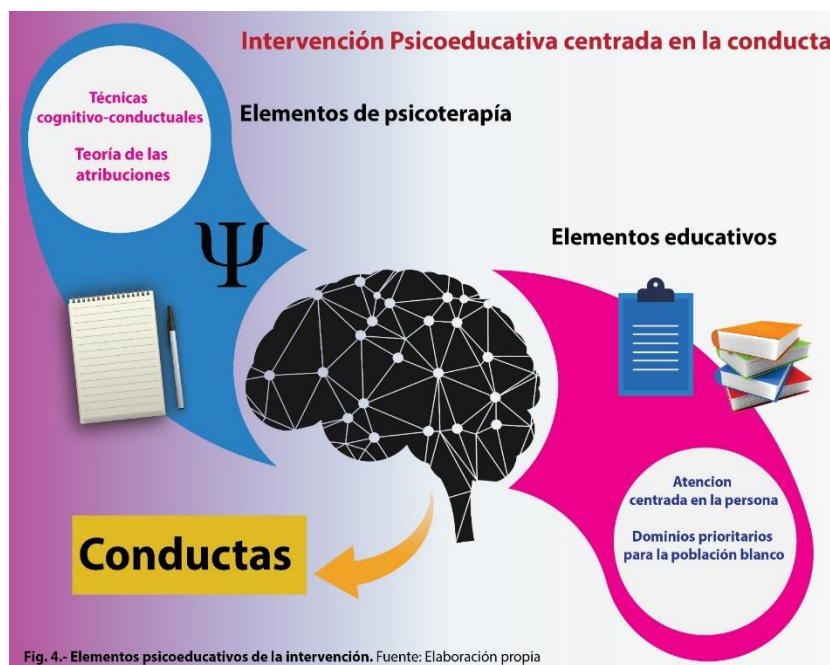
socioculturales, problemas e información previa de la persona, ensancha su punto de vista sobre el tema, y este mayor entendimiento trae como consecuencia mayores resultados positivos. Los programas suelen ser breves (5 a 6 sesiones); y tienen una eficacia limitada.

- 2) **Modelos de Psicoeducación centrados en la conducta:** Son programas largos en los que se priorizan aspectos de manejo de situaciones, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios sobre el problema, identificación de desencadenantes, etc. Se utilizan técnicas de apoyo emocional y de resolución de problemas, a través de las que se refuerzan fortalezas, recursos y habilidades propias para hacer frente al suceso, buscando mejorar su manejo mediante la apropiación de la situación misma.

Ambos modelos permiten desarrollar y fortalecer capacidades personales para afrontar situaciones diversas de modo más adaptativo.¹² Este proyecto plantea el diseño de una intervención psicoeducativa centrada en la conducta.

La Psicoeducación abarca innumerables teorías complementarias y modelos de la práctica clínica, como la teoría ecológica, la teoría cognitivo-conductual, teorías de enseñanza-aprendizaje, modelos de práctica en grupos, modelos de estrés y afrontamiento, de soporte social, y enfoques narrativos, por citar algunos,^{15,89,90} además de utilizar diversas herramientas y medios para la transmisión de información. Puede ser implementada de manera individual, en pares, grupos, en familias, en personas con roles de cuidadores, maestros, profesionales de la salud, amigos, etc., o la comunidad en general, por mencionar algunos. Su duración es variada dependiendo de los objetivos que se planteen.

Al trabajar desde el componente personal de la TSC, los elementos psicoeducativos utilizados para ésta intervención fueron técnicas cognitivo-conductuales y la teoría de las atribuciones, además de los elementos de ACP, con énfasis en dos dominios priorizados por la población blanco (Fig. 4), los cuales se conjugarán para el incremento de conocimientos, la modificación de cogniciones (creencias, percepciones, pensamientos, atribuciones y valores) y la adquisición de habilidades cognitivas y conductuales.

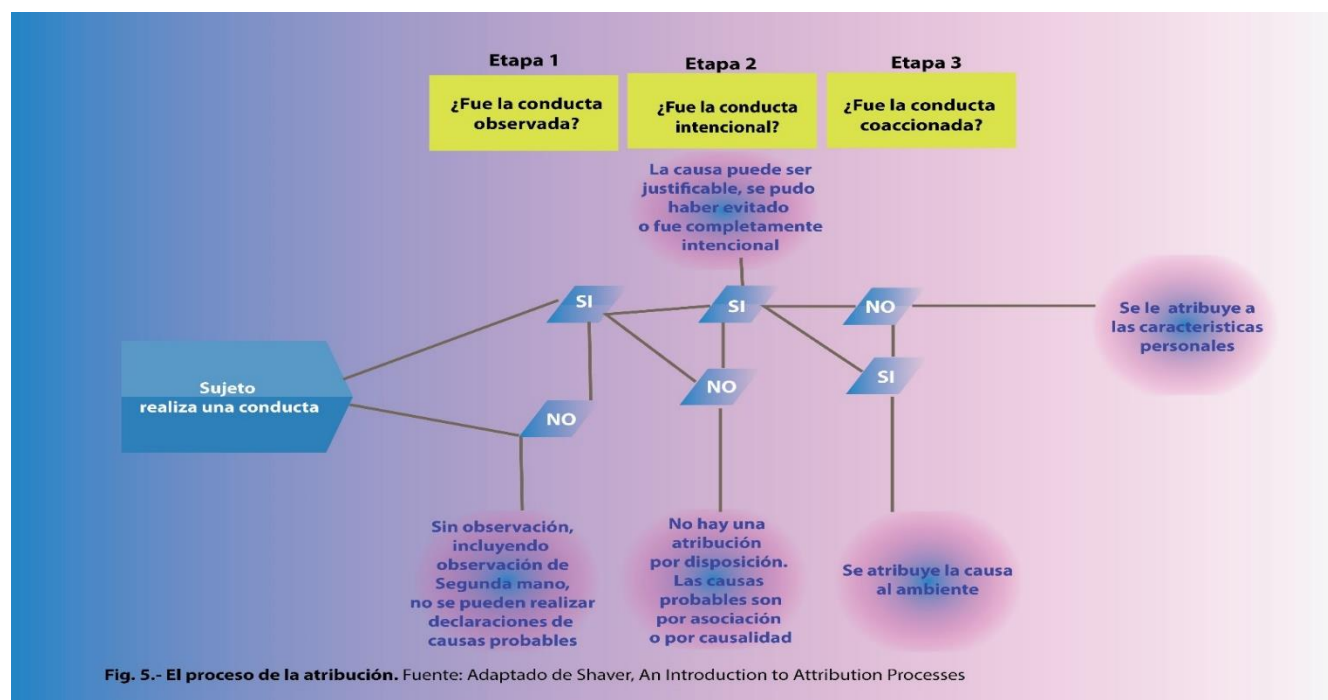


Técnicas cognitivo-conductuales

Las técnicas cognitivo-conductuales son conjuntos de procedimientos utilizados por la terapia cognitivo-conductual para el cambio comportamental. Parten del modelo teórico del aprendizaje, basado en principios de condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje vicario; y de modelos cognitivos, que postulan que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos (percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes).⁹¹ El modelo cognitivo-conductual ayuda a tener mayor claridad del problema, mediante el análisis funcional de la conducta, en el cual se analiza el problema por las siguientes áreas: estímulos disparadores, pensamientos, emociones y síntomas físicos, conducta, consecuencia, y factores medioambientales. Una vez analizado el problema, se pueden seleccionar las técnicas a utilizar. Las más comunes son: técnicas de control físico, como la relajación y respiración, inoculación del estrés y autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, de reforzamiento social, exposición en la imaginación, modelamiento, psicoterapia racional emotiva, condicionamiento cubierto, de resolución de problemas, biblioterapia, entre otras.^{91,92}

Teoría de las atribuciones

Esta teoría de la Psicología Social desarrollada en 1958 por Heider,⁹³ analiza cómo los seres humanos explican el comportamiento (proceso atributivo). Postula que las personas tienden a atribuir la conducta de los otros a una de dos causas posibles: a la causa interna, que incluye rasgos de personalidad, inteligencia, motivación, entre otros; o a una causa externa, que puede ser suerte (buena o mala), a otras personas, a una situación particular, etc. Con la información que se tiene de una conducta, se



hacen juicios personales inevitables para explicarla, en un proceso de tres etapas: 1) Percepción de la acción, 2) Juicio de la intención, y 3) Atribución de la disposición (Fig. 5).⁹⁴

La etapa uno es la percepción de la conducta, de manera directa o por transmisión de otra persona o medio. En la etapa dos, se realiza el juicio de la intención; Heider identificó una escala con cinco causas probables que otorgamos a una conducta.⁹⁵

1. Por asociación.
2. Por causalidad (Sin motivos directos).
3. Justificable.
4. Previsible (Se pudo haber evitado).
5. Intencional.

Heider enfatizó que el asunto del juicio de la intención trasciende de las leyes y normas hacia la moralidad o responsabilidad percibida por la opinión pública. Cuando se juzgan motivos de otros, se pasa de los actos al reino de los valores, y “el deber ser”. La información que se recibe puede opacar el juicio de las personas. Sobre ello, la teoría hace énfasis en cinco tendencias humanas:⁹⁶

1. Tendemos a darle más responsabilidad a los demás de los resultados negativos que de los positivos.
2. Tendemos a darle más responsabilidad a los demás de no esforzarse más, que reconocer su incompetencia.
3. Tendemos a darle más responsabilidad a los demás cuando ellos están dispuestos a mejorar su condición, en vez de evitar una pérdida. (P.E. Se juzga más a una persona hambrienta que roba por comer que a una buena alimentada persona no dispuesta a compartir).
4. Tendemos a darle más responsabilidad a los demás por sus resultados cuando tememos que lo mismo pueda pasarnos a nosotros.
5. Tendemos a darle más responsabilidad a los demás de la que nos damos a nosotros.

Todos nuestros juicios involucran una decisión entre el control personal y el ambiente, esto es muy importante en la etapa 3, atribución de la disposición. La atribución se define como “ejemplo de predecir y controlar el mundo al asignar conductas pasajeras a disposiciones relativas no cambiantes.”⁹³ Bajo esta definición, se atribuye que “La gente que hace cosas así, es así”, por lo que mucho se responsabiliza a la personalidad, y no a la presión ambiental. Cuando se juzga a los demás, la tendencia es el minimizar los factores externos y atribuir todo al lado del carácter.

Esta teoría se utilizó de manera complementaria en el diseño de las actividades de la intervención psicoeducativa, al considerarse valiosa para la modificación de cogniciones del personal de salud.

Atención centrada en la persona

La ACP, con sus variantes de terminología como “Atención Centrada en el Paciente”, “Medicina Centrada en la Persona”, “Atención Centrada en el Paciente, la familia y la comunidad”, “Atención Integral Centrada en la Persona”, entre otras, está dirigida a promover la salud, la mejora de la calidad de vida y bienestar de la totalidad de la persona, respetando su dignidad y derechos, y tomando en cuenta sus intereses y preferencias, todo con su participación efectiva. La persona es el concepto clave, y el centro y meta de la atención de salud.³⁹

La ACP se aborda desde diferentes niveles/enfoques, todos ellos complementarios:

- a) Como una dimensión de la calidad de la atención: Es la atención clínica que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente; y se asegura que esto guía todas las decisiones clínicas.⁹⁷
- b) Como un modelo de atención: Busca la autodeterminación y mayor independencia de las personas en su proceso de atención, para mejorar su calidad de vida y bienestar.⁹⁸
- c) Como metodología: Aporta técnicas e instrumentos para facilitar la intervención personalizada.⁹⁸ Para el desarrollo de la intervención, la ACP se abordará desde este enfoque.

Con fines operacionales de medición, la OMS desagregó el concepto de ACP en elementos o “dominios”, que al igual que en el nombre del concepto, éstos presentan variaciones en la estructura pero el concepto es el mismo.⁹⁹ En México, mediante el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS)¹⁰⁰, a partir del 2006 se establece el uso a nivel nacional del modelo de ocho dominios propuesto por la OMS (Fig. 6), definidos a continuación.



1. Autonomía. Definida como “la libertad de la voluntad”,¹⁰¹ aborda en esencia cuatro elementos: 1) el derecho del paciente (y su familia cuando sea necesario) a recibir información médica sobre su estatus, riesgos y opciones de tratamientos alternativos; 2) el derecho de los pacientes y sus familias (cuando se considere necesario), a tomar decisiones informadas; 3) la necesidad de obtener el consentimiento informado en procedimientos y tratamientos, y 4) el derecho de

los pacientes competentes (con capacidad cognitiva y emocional adecuada para realizar elecciones consistentes con sus valores individuales)¹⁰², a rechazar algún tratamiento.^{101,103} El principio básico de la autonomía implica que los proveedores deben tratar a las personas de manera que respeten sus puntos de vista de lo que es apropiado para ellos,^{102,104} lo que incluye el respeto a los pacientes que quieran tener menos autonomía, y la toma de decisiones sea delegada al personal de salud o a sus familiares. Charles, Gafny y Whelan identificaron cuatro modelos de autonomía:¹⁰⁵

- a) Paternalista: El proveedor de salud toma todas las decisiones por el paciente, al ser considerado como que está mejor informado.
- b) Decisión informada: Impone la necesidad de que el proveedor de salud informe al paciente, y que le delegue la responsabilidad de la toma de decisiones.
- c) Agente profesional: El paciente voluntaria y explícitamente transfiere el rol de tomador de decisiones al proveedor de salud.
- d) Decisión compartida: El proveedor de salud informa y entre él y el paciente toman las decisiones.

La participación de la familia tiene un rol importante en países como México, donde cumplen roles como recolectores de información, apoyos del paciente, traductor, consejero o negociador,¹⁰⁵ sobre todo en la población AM. En la atención en salud brindada a esta población, es importante hacer la distinción entre la autonomía y la dependencia. Como Rodríguez lo menciona,¹⁰⁶ la autonomía es la capacidad de la persona para hacer elecciones y asumir las consecuencias de las mismas; el término opuesto a autonomía no es dependencia, sino heteronomía. Por otro lado, la dependencia se refiere a la necesidad de atenciones por otras personas para realizar tareas cotidianas; su término opuesto es independencia. Los adultos mayores en situación de dependencia pueden tener o no disminuida su autonomía personal.

2. Confidencialidad de la información personal: Es equivalente a privacidad o confianza, definida como “el reclamo individual de controlar los términos bajo la cual la información personal es obtenida, se utiliza y se da a conocer.”¹⁰⁷ Se relaciona a tres elementos específicos: 1) La privacidad del ambiente en el cual la atención se brinda; 2) El concepto de “comunicación privilegiada”, referente al hecho de que un individuo puede revelar información personal con la convicción de que la misma será mantenida confidencial, inclusive para sus familiares; y 3) La confidencialidad del expediente clínico. Situaciones como las urgencias, el deterioro cognitivo de la persona usuaria, personas en situación de riesgo o para sí mismo o para otro, o las situaciones de maltrato o abuso comprometen la confidencialidad de la información. Si la

persona es competente se debe siempre informar sobre los motivos para revelar la información, a quién y qué tanto de ello se transmite, siguiendo el criterio de proporcionar sólo información mínima, evitando incluir asuntos personales prescindibles.¹⁰⁸

3. Claridad de la comunicación: Definida como la claridad en la transmisión de la información y la comprensión.¹⁰¹ Incluye tres elementos: 1) que el profesional de la salud explique de manera clara al paciente y sus familiares la naturaleza de su enfermedad, sin términos técnicos;¹⁰⁴ 2) que ofrezca detalles sobre los tratamientos requeridos y opciones;¹⁰⁹ y 3) el ofrecer tiempo a los pacientes para entender sus síntomas, escucharlos, y preguntar/responder sobre dudas. Este dominio se cruza con el de trato digno, desde el rubro de trato respetuoso y que el personal de salud se dirija al paciente de manera atenta y agradable.

Diferentes tipos de comunicación pueden ocurrir entre el personal de salud y el paciente: social, no enfocada a los problemas, reiteración, aprobación, plática de problemas psicosociales, el n estar de acuerdo, información médica, entre otras.¹¹⁰ Todos los tipos son importantes, ya que se encontró que hay una relación positiva entre un tiempo de consulta más amplio y la satisfacción del paciente,¹¹¹ sugiriendo que las conversaciones crean una atmósfera para un intercambio más claro de información médica. Fomentar un diálogo continuo puede ayudar a superar impedimentos sociales, psicológicos y estructurales de la comunicación.¹¹²

Factores que pueden ayudar a mejorar la comunicación incluyen el uso de un lenguaje no-técnico, la frecuencia de sonrisas y asentimientos con la cabeza, el grado del contacto visual y la calidad de la voz y el uso de un traductor o interprete en caso de requerirse.⁹⁹ Este dominio es ampliamente explorado en la creación de herramientas y estrategias que mejoren el proceso de comunicación entre el personal de salud y el paciente. Herramientas como la escala CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar),¹¹³ desarrollada para valorar la relación clínica mediante las habilidades estratégicas de la recepción, escucha, empatía, cierre, preguntas, integración, comprobación, negociación, información y motivación, son de gran utilidad para diseñar y desarrollar intervenciones que mejoren este dominio.¹¹⁴

4. Trato digno: Definido como “el estado de ser digno de honor o respeto”,¹⁰¹ se refiere a recibir atención con respeto, cuidado y sin discriminación,¹¹⁵ e incluye la privacidad durante las exámenes médicas.

Hay una estrecha relación entre el trato digno y los dominios de comunicación, atención pronta y confidencialidad. La manera en que un profesional de la salud se comunica con un paciente, el tiempo de respuesta de esa atención, y la confidencialidad brindada, complementan al trato digno.

5. Atención pronta: Definida como la atención provista pronto o tan pronto como sea necesaria.¹⁰¹ Incluye 5 elementos: 1) el conocimiento de las personas de que pueden tener acceso a la atención rápidamente en caso de urgencias; 2) cortos periodos de espera para tratamientos y/o cirugías, aun cuando no sea una urgencia; 3) distancias de traslado cortas; 4) tiempos y procedimientos convenientes para el acceso a servicios y 4) servicios de seguimiento.^{99,104,116}

En cuanto a los tiempos y procedimientos convenientes se incluye el poder llegar al establecimiento de salud, la facilidad para hacer una cita sin largos periodos de espera para recibirla, para ser atendido el día de la cita, para recibir el medicamento, y para recibir resultados de exámenes o procedimientos sin demora. En establecimientos de salud donde el sistema de citas está implementado, se agrega la facilidad de ser atendido en el horario establecido mediante el sistema.⁹⁹

En los servicios de seguimiento es importante la continuidad de las citas, sin grandes periodos de espera entre una cita y otra, tomando en cuenta los motivos de consulta y seguimiento.

6. Calidad de las comodidades básicas: Está relacionado al grado en que la infraestructura de un establecimiento de salud es acogedor y agradable.¹⁰¹ Incluye alrededores limpios, mantenimiento regular, mobiliario adecuado, ventilación suficiente, espacio adecuado en salas de espera, agua potable y baños limpios.^{117,118,119,120}

7. Acceso a redes sociales de apoyo: El bienestar del paciente se ve favorecido si tienen acceso al apoyo familiar o comunitario durante su atención.¹²¹ Las personas que apoyan al paciente pueden llevar algo de peso de la enfermedad o padecimiento, y como consecuencia, dar fuerzas y motivar al paciente.^{122,123} Este dominio es más explorado en hospitalización, pero también puede referirse al apoyo de los familiares en la consulta médica si así lo desea el usuario.

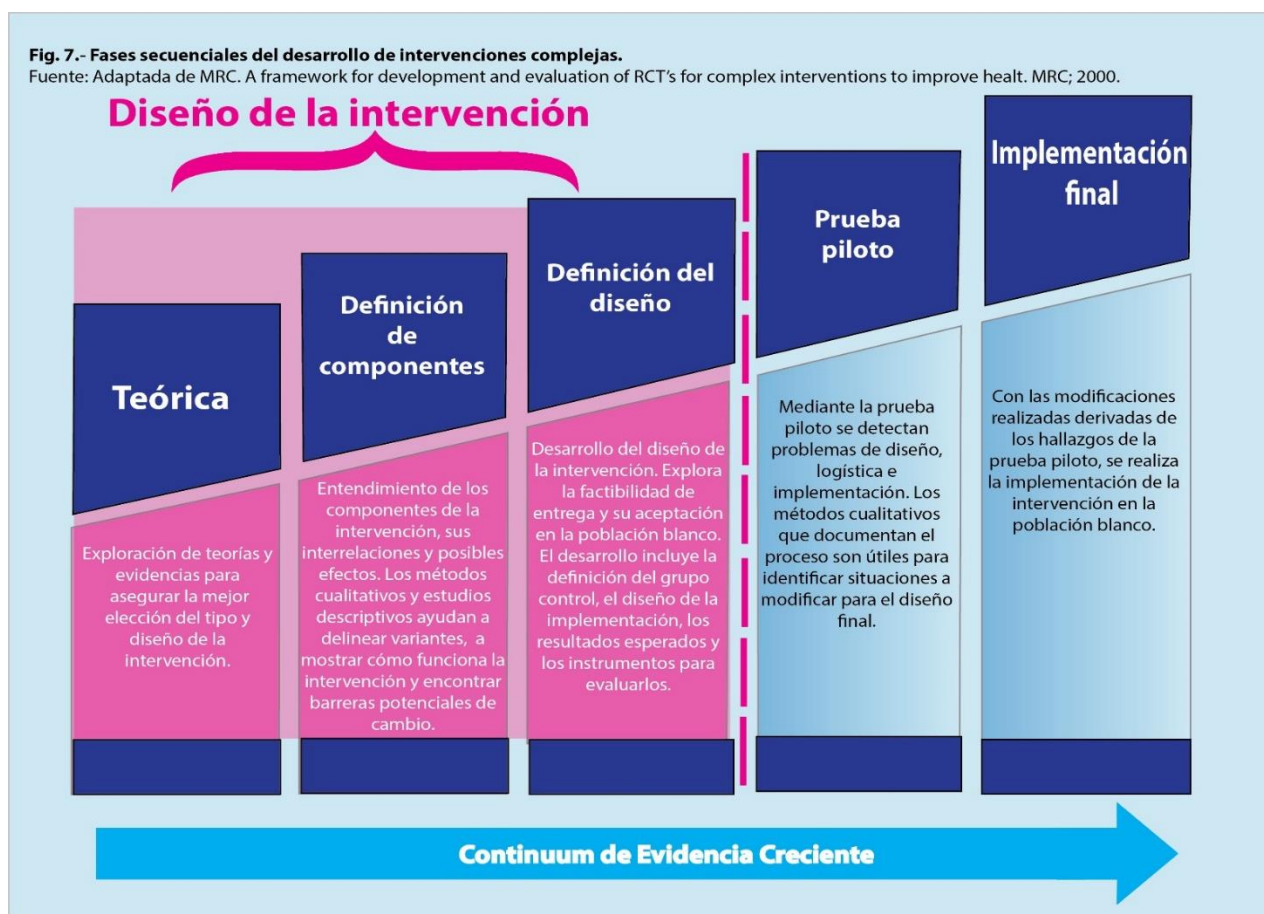
8. Capacidad de elección: El dominio está relacionado a las instituciones y profesionales de la salud.⁹⁹ Es definido como el poder o la oportunidad de seleccionar, por lo que se requiere tener más de una opción.¹⁰¹ Incorpora la habilidad de poder tener una segunda opinión, y acceder a un especialista en caso necesario.¹⁰⁴ Con frecuencia los pacientes buscan ser consultados de manera subsecuente por el mismo personal, sobre todo si regresan por la misma causa, como en las enfermedades degenerativas en las que el seguimiento se otorga hasta por años, y en donde se busca una mejoría significativa que puede lograrse en parte mediante la generación de confianza.¹²⁴

La Tabla 1 muestra los elementos que integran cada dominio de la ACP definidos por la OMS⁹⁹, y los elementos adaptados a la consulta externa del segundo nivel de atención, adaptados para la recolección de información de este proyecto.

Tabla 1. Comparativa de elementos OMS y elementos para el proyecto, de los 8 dominios de la ACP		
Dominio	Elemento OMS	Elemento del proyecto
Autonomía	• Derecho a recibir información médica • Derecho a tomar decisiones informadas • Consentimiento informado • Derecho a rechazar tratamiento • Modelos de autonomía	• Definición • Involucramiento del AM en la toma de decisiones (recibir información y tomar decisiones) • Involucramiento familiar en la toma de decisiones (recibir información y tomar decisiones) • Modelos de autonomía • Promoción individual de la autonomía
Confidencialidad de la información personal	• Privacidad del ambiente • Comunicación “privilegiada” • Expediente clínico	• Definición • Comunicación “privilegiada” • Privacidad del ambiente
Claridad de la comunicación	• Explicación clara • Detalles sobre tratamientos requeridos y opciones • Tiempo para entender síntomas, escucha y preguntas/respuestas de dudas	• Características • Diagnóstico • Tiempo para entender síntomas, escucha y preguntas/respuestas de dudas. • Entrenamiento de habilidades
Trato digno	• Atención respetuosa • No discriminación • Privacidad durante exámenes médicos	• Características • Percepción del trato • Privacidad durante exámenes médicos • Mejoras
Atención pronta	• Acceso a la atención en urgencias • Cortos periodos de espera para tratamientos y/o cirugías, aun cuando no sea urgencias • Distancias cortas de traslados • Tiempo y procedimientos convenientes para el acceso a servicios • Servicios de seguimiento	• Diagnóstico: Cortos periodos de espera para tratamientos, tiempos y procedimientos convenientes para el acceso a servicios • Mejoras
Calidad de las comodidades básicas	• Instalaciones limpias • Mantenimiento regular • Mobiliario adecuado • Ventilación suficiente • Espacio suficiente • Agua potable • Baños limpios	• Instalaciones limpias (incluye mantenimiento regular) • Mobiliario adecuado • Ventilación suficiente • Espacio suficiente • Baños limpios
Acceso a redes sociales de apoyo	• Acompañamiento de familiares en la consulta	• Acompañamiento de familiares en la consulta
Capacidad de elección	• Elección de la institución • Elección de los profesionales • Segunda opinión y acceso a especialistas	• Elección de la institución • Elección de los profesionales
Fuente: Elaboración propia con datos de Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray C, Evans D. Health system responsiveness. Concepts, domains and operationalization. In: Murray C, Evans D, ed. Health systems performance assessment, Debates, methods and empiricism. Geneva: WHO. 2003; p.573-596.		

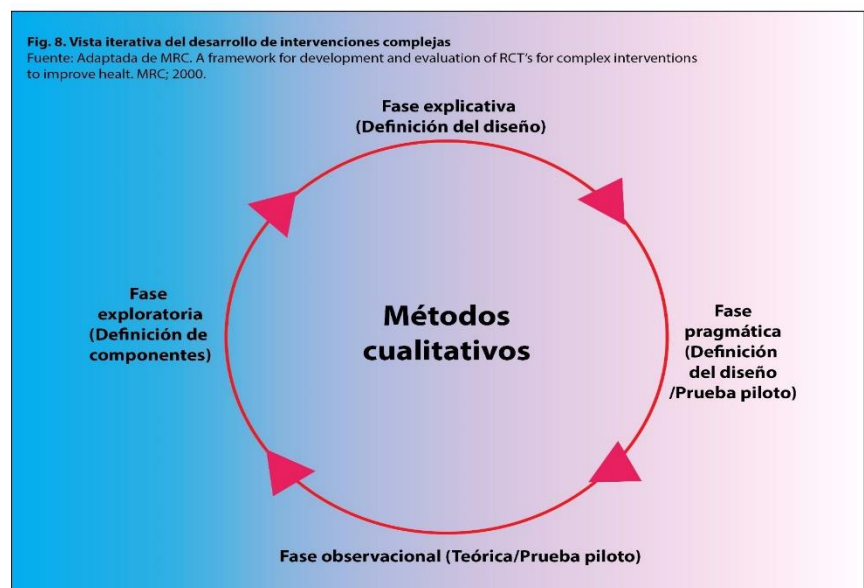
En abril del 2000, el MRC del Reino Unido publicó un marco de referencia para el desarrollo y la evaluación de los ensayos controlados aleatorios para intervenciones complejas dirigidas a mejorar la salud.³ En él, definieron una intervención compleja como aquella construida con varios componentes que podían actuar independiente e interdependientemente, y en la cual no podía distinguirse el “ingrediente activo” para el cambio. Estos componentes regularmente incluían conductas, parámetros conductuales como la frecuencia, y métodos de organización y entrega de esas conductas (población blanco, contexto, etc.), por lo que la mayoría de las intervenciones en salud eran consideradas intervenciones complejas.³

El marco de referencia fue creado con el objetivo de apoyar a resolver los principales problemas presentados a la hora de evaluar una intervención compleja con diseño de ensayos controlados aleatorios, al ser éstos considerados como el tipo de diseño óptimo para reducir desviaciones o sesgos y proveer los beneficios estimados más precisos. Algunos problemas incluían la falta de un diseño que tuviera una adecuada base teórica, así como elementos y actividades desarrolladas congruentes con los objetivos planteados, y con los componentes de la intervención. Se distinguen 5 fases en el marco de referencia (Fig. 7).



1. Teórica: Se establece la base teórica que sugiere que la intervención debe tener los efectos esperados. Mediante la búsqueda y el análisis bibliográfico de teorías y evidencias se identifican las formas preliminares del tipo de intervención requerida y el diseño del estudio. Es requerido un entendimiento claro de los “mecanismos de acción” de una intervención, ya que con ello se busca asegurar la mejor elección de la intervención y la hipótesis (en caso de que haya), y el predecir factores confusores y problemas de diseño.
2. Definición de componentes: Es necesario entender los componentes de la intervención, sus interrelaciones y posibles efectos. Los métodos cualitativos pueden ayudar a definirlos, mientras que los estudios descriptivos pueden ayudar a delinear variantes. La investigación cualitativa también puede ayudar a mostrar cómo funciona la intervención y a encontrar barreras potenciales del cambio.
3. Definición del diseño: La información recopilada en las fases anteriores se utiliza para desarrollar la intervención óptima mediante su diseño. Involucra explorar sobre la factibilidad de entrega de la intervención y su aceptación. El diseño de la intervención es desarrollado e incluye la definición del grupo control, el diseño de la implementación, los resultados esperados y los instrumentos para evaluarlos.
4. Prueba piloto: Mediante la prueba se detectan problemas comunes como los tamaños de muestra, los criterios de inclusión y exclusión, la factibilidad, entre muchos otros. Mediante todos los hallazgos que la prueba piloto genere se realizan correcciones y modificaciones. Los métodos cualitativos son muy útiles para documentar el proceso de implementación de la prueba piloto e identificar hallazgos relevantes.
5. Implementación final: Se realiza la implementación en la población blanco, para probar la efectividad en la “vida real” y a largo plazo.

La fig. 8 muestra las fases del desarrollo de intervenciones complejas de manera continua.



Material y método

Diseño del estudio

Se realizó el diseño de una intervención psicoeducativa, siguiendo los 3 primeros pasos de la metodología del MRC de Reino Unido para el desarrollo de intervenciones complejas,³ correspondientes a la etapa de diseño (Fig. 7). El estudio se dividió en tres fases:

1. Teórica:

Mediante búsqueda y análisis bibliográfico, además de asesoría por parte de expertos sobre el tema, se identificó evidencia de que la intervención de carácter psicoeducativo, y con base en la TSC pudiera tener el efecto deseado. En esta revisión se lograron identificar componentes potencialmente activos para el diseño de la intervención, así como estudios previos. El resultado de esta fase es el marco teórico de éste proyecto.

2. Definición de componentes:

La definición de componentes a utilizar en la intervención y sus interrelaciones se basó en la etapa anterior, con los componentes potencialmente activos identificados. Posteriormente, con apoyo de un equipo capacitado, se recabó información diagnóstica de dichos componentes, mediante técnicas y herramientas cualitativas, fuentes secundarias de acceso abierto, y un análisis del clima laboral del lugar de estudio.¹²⁵ Dentro de ciertas técnicas cualitativas se realizó un ejercicio de priorización de dominios similar al utilizado por la OMS en la encuesta mundial de salud⁹⁹ en el que participó el personal de salud y los AM, y cuyo resultado dio los tres dominios de la ACP considerados de mayor importancia, y los cuáles fueron el eje principal del diseño.

Las técnicas utilizadas, así como la información recolectada de cada una de ellas, organizada por componentes de la TSC, fueron:

Tabla 2. Técnicas e información recolectada por componente de la TSC		
TÉCNICAS UTILIZADAS	COMPONENTE	INFORMACIÓN RECOLECTADA
12 entrevistas semiestructuradas a personal médico y de enfermería 2 Grupos focales: 1 médicos internos de pregrado y 1 de AM 1 entrevistas informales a informantes clave 6 ejercicios de observación participante	Persona	Cogniciones (Creencias, percepciones, pensamientos, valores y atribuciones) relacionadas a la ACP, sus dominios y a la atención de salud de los AM Conocimientos relacionados a la ACP, sus dominios y a la atención de salud de los AM Experiencias relacionadas a la ACP, sus dominios y a la atención de salud de los AM Priorización de los dominios de la ACP Habilidades y fortalezas del personal de salud que atiende AM Barreras potenciales de cambio

Tabla 2. (Cont.) Técnicas e información recolectada por componente de la TSC.		
12 entrevistas semiestructuradas a personal médico y de enfermería 2 Grupos focales: 1 médicos internos de pregrado y 1 de AM 1 entrevistas informales a informantes clave 6 ejercicios de observación participante	Conductas	Conductas relacionadas con el funcionamiento del área de consulta externa del hospital Conductas relacionadas con los procesos de atención en salud otorgados a los AM en el área de consulta externa del hospital Conductas relacionadas a la ACP
	Ambiente	Físico: Ubicación del hospital Medios de arribo más comunes Infraestructura, mobiliario y equipamiento del hospital Barreras potenciales de cambio Social: Caracterización de la población de AM en el área de influencia del hospital Funcionamiento del área de consulta externa del hospital Procesos de atención en salud otorgados a los AM en el área de consulta externa del hospital Procesos de capacitación del personal de salud. Clima laboral Barreras potenciales de cambio
Fuente: Elaboración propia		

El Anexo 1 muestra con más detalle las técnicas y sus herramientas utilizadas por tipo de participante. Se realizó una guía de entrevista y grupo focal por categoría de profesionista: personal médico, personal de enfermería y médicos internos de pregrado, para diferenciar las actividades y áreas de trabajo que cada categoría realiza, además de orientar las preguntas hacia las respuestas relacionadas con habilidades, fortalezas y experiencias individuales.

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los distintos grupos de informantes clave fueron:

Para personal directivo del hospital (Incluye directivo, jefe de enseñanza, gestor de calidad, los criterios de inclusión fueron: a) Personal con el cargo o nombramiento específico; b) Más de 6 meses de antigüedad en el puesto actual; y c) Que accedieran a participar en las distintas actividades de manera verbal o mediante firma de consentimiento informado. El criterio de exclusión fue: a) Personal que durante la etapa de entrevistas informales se encontrara de permiso o comisión.

Para personal médico y de enfermería los criterios de inclusión fueron: a) Personal adscrito al área de consulta externa del hospital; b) Que en sus actividades diarias se encontrara la atención al adulto mayor; c) Con más de seis meses de antigüedad en el puesto actual; d) Del turno matutino y d) Que accedieran a participar en las distintas actividades de manera verbal o mediante firma de consentimiento informado. Los criterios de exclusión utilizados fueron: a) Personal suplente y b) Que durante el levantamiento de datos estuvieran de vacaciones, permiso o comisión.

Para el personal médico interno de pregrado (MIP) los criterios de inclusión fueron: a) Personal que se encontrara realizando su internado de pregrado durante el periodo de levantamiento de datos; b) Que accedieran a participar en las distintas actividades de manera verbal o mediante firma de

consentimiento informado. El criterio de exclusión utilizado fue: a) Personal que durante el levantamiento de datos estuviera de vacaciones, permiso o comisión.

Para los AM los criterios de inclusión fueron: a) Que hubieran recibido atención de salud en la consulta externa en más de una ocasión y en un periodo de antigüedad no mayor a seis meses; y b) Que accedieran a participar en las actividades. El criterio de exclusión utilizado fue: a) Que presentara alguna discapacidad auditiva, de lenguaje o intelectual que limitara a la comunicación.

El criterio de eliminación utilizado para cualquier participante fue que decidiera cancelar su participación.

En cuanto a la selección de participantes, la de los profesionales de la salud se realizó de manera intencionada con apoyo de las jefaturas de enfermería y de enseñanza, quienes indicaron los nombres del personal que cumplía con los criterios de inclusión. Una vez contactados, de manera individual se les explicó en qué consistía el estudio y cuando accedían a participar se fijaba la fecha y hora para la actividad a realizar.

La selección de los AM se realizó de manera intencionada. Mientras se encontraban en la sala de espera, de manera individual se realizaba el abordaje para ver si cumplían con los criterios de inclusión y en caso positivo, se les invitaba a participar en las actividades. En caso de que tuvieran que interrumpir la actividad por ser llamados a consulta, esta se retomaba una vez salieran del consultorio.

Una vez obtenida la información de las entrevistas informales y semiestructuradas, así como de los grupos focales, se procedió a su transcripción con apoyo de personal capacitado, y a su posterior análisis mediante el software ATLAS.ti 7. En el Anexo 2 se presentan los rubros analizados de cada dominio, los códigos utilizados para su análisis, y la correspondencia con las preguntas realizadas en las diferentes técnicas de recolección de la información. Los principales resultados del diagnóstico se muestran en el apartado de resultados.

3. Definición del diseño:

La figura 9 muestra la integración de todos los componentes identificados en las etapas anteriores, para el diseño de una intervención psicoeducativa de 12 sesiones dirigida a personal médico y de enfermería que atiende a AM en el área de C.E. del HGT, con duración aproximada de una hora cada una. Es importante mencionar que aunque la intervención está basada en dos dominios de la ACP, se utilizará información de los 6 restantes, ya que todos se relacionan entre sí.

El producto de esta etapa es el “Manual para la implementación de la intervención psicoeducativa sobre atención centrada en el adulto mayor para personal médico y de enfermería de la consulta externa en el Hospital General de Temixco” (Anexo 3).

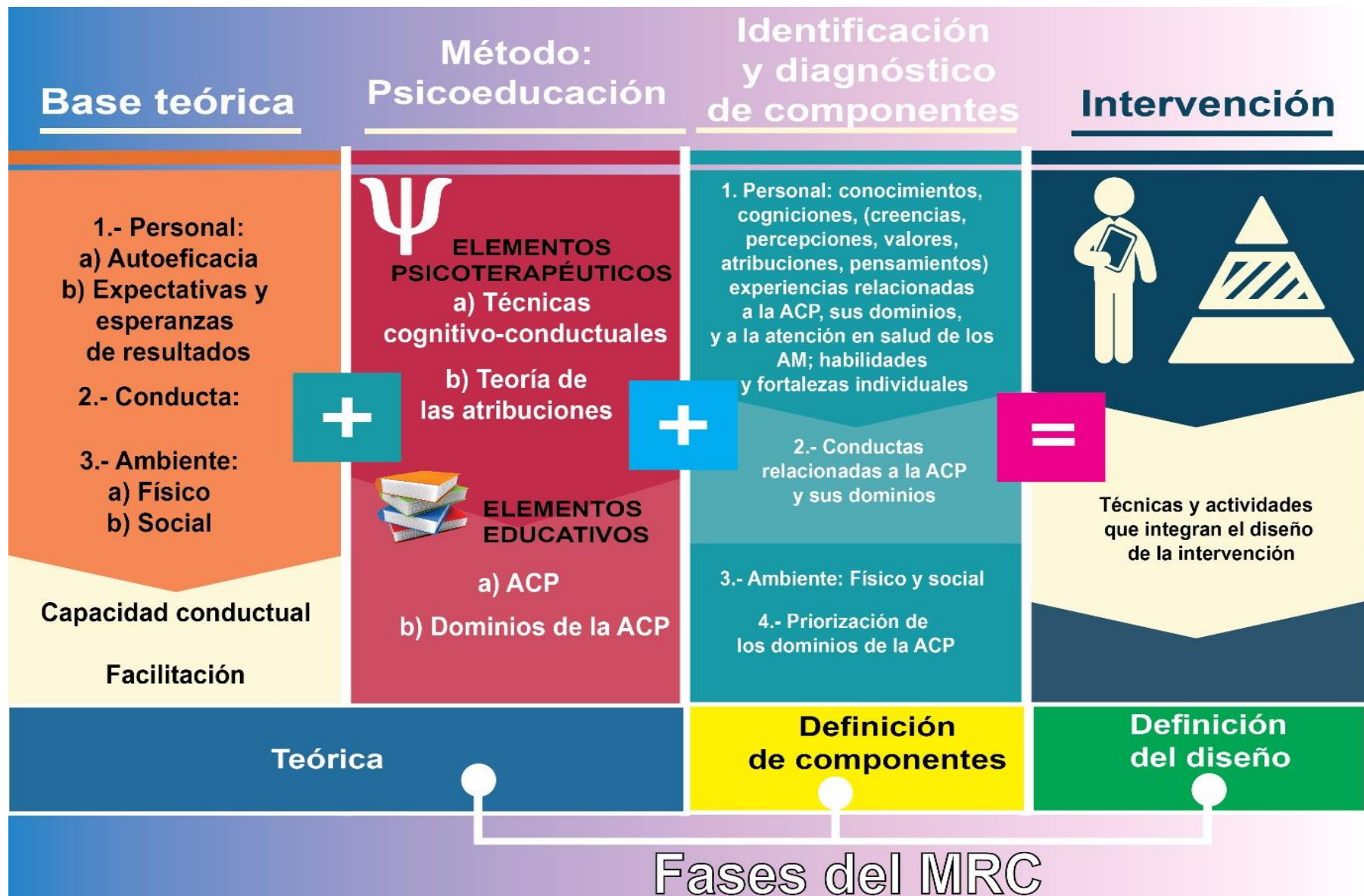


Fig. 9.- Integración de los componentes para el diseño de la intervención
Fuente: Elaboración propia

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó con autorización del HGT y de los SSM, por convenio de colaboración entre ellos y el INSO. Se ajustó a las normas del Comité de Ética del INSP y a los Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación establecidos en el Informe Belmont.¹²⁶

Para la recolección de información mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales se pidió firma de consentimiento informado a cada participante. En ellos se explicaba de manera clara y precisa el procedimiento a seguir, los beneficios obtenidos, los riesgos potenciales, la facilidad de abandonar el estudio en cualquier momento, y la información de contacto con el Comité de Ética del INSP. Para los participantes que requirieron apoyo, el consentimiento informado fue leído y explicado de manera clara, y después se procedió a su firma.

Como garantía de la confidencialidad también se hizo entrega de una carta a la unidad médica, donde se realizó un compromiso para mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos o información relacionada con el presente estudio.

En la recolección, vaciado y análisis de la información se utilizaron los procedimientos convencionales de capacitación y estandarización del equipo de trabajo; y confidencialidad mediante el uso de códigos numéricos de identificación.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud,¹²⁷ esta iniciativa se consideró con riesgo mínimo, al tratarse del diseño de una intervención de carácter psicoeducativo.

Resultados

Sociodemográficos

El perfil profesional y sexo de los participantes en las entrevistas semiestructuradas y grupos focales se muestra en la Tabla 3.

La media de edad del personal médico entrevistado fue de 40 años; la del personal de enfermería fue de 29. En el grupo focal de AM, la edad media registrada fue de 72 años y en el grupo del personal MIP de 23.5.

Cuatro de los AM participantes eran pacientes regulares, de las especialidades de Medicina Interna, Oftalmología y Nutrición. Dos de ellos eran acompañantes de pacientes, uno de la especialidad de Medicina Interna y el otro de Urgencias.

El hospital fue inaugurado en el 2009, por lo que la antigüedad máxima del personal médico y de enfermería es de 6 años, y la mínima, por los criterios de inclusión fue de 1 año.

El hospital

El HGT “Enf. María de la Luz Delgado Morales”, es un establecimiento de salud de segundo nivel de atención perteneciente a los SSM. Está ubicado en la colonia Rubén Jaramillo, una de las pocas colonias urbanas en el municipio de Temixco.

Fue inaugurado el 26 de octubre de 2009 y desde entonces brinda servicios de diagnóstico, atención a urgencias y tratamiento de especialidad mediante consulta externa y hospitalización a la población en su mayoría derechohabiente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), asentada en Temixco, Emiliano Zapata y Xochitepec,

Tabla 3. Perfil profesional y género de los participantes en las técnicas de recolección de información			
	n	H	M
ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS			
Personal médico	5	1	4
Médicos generales	1	0	1
Médicos especialistas	4	1	3
<i>Medicina interna</i>	2	0	2
<i>Ginecología y Obstetricia</i>	1	0	1
<i>Cirugía General</i>	1	1	0
Personal de enfermería	7	3	4
Pasantes de enfermería	2	1	1
Enfermería general	5	2	3
Total	12	4	8
GRUPOS FOCALES			
Adultos mayores	6	1	5
Médicos internos de pregrado	6	2	4
Fuente: Elaboración propia.			



Fig. 10.- Entrada principal del HGT



Fig. 11.- Área de influencia del HGT

municipios ubicados al noreste del estado de Morelos. Tiene un horario de atención de 24 horas los 365 días del año en el área de urgencias y hospitalización, y de 08:00 a 20:00 horas en el área de C.E.

El hospital de 32 camas censables cuenta con las especialidades médicas de Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna, Anestesiología y Optometría; además ofrece atención en Psicología, Nutrición, Medicina Preventiva, la Clínica de Detección Oportuna de Riesgo Obstétrico (DORO) y la Clínica de Lactancia Materna. Los servicios auxiliares y de diagnóstico presentes en la

unidad son: Laboratorio Clínico,Imagenología, Farmacia, Trabajo Social y el módulo de afiliación al Seguro Popular.

Características de los adultos mayores

Por falta de recursos humanos en el HGT, no se cuenta con datos estadísticos precisos sobre la población AM que acude a solicitar atención, (principalmente derechohabientes del Seguro Popular). Para solventar esta falta de información se presentan datos generales sociodemográficos de los AM que habitan en el área de influencia del HGT, comparados con el nivel estatal como referencia, y lo encontrado mediante las técnicas cualitativas utilizadas.

De la población total que habita en el área de influencia del HGT, a 2010 el 8.60% tenían 60 años o más (4.08% hombres y 4.51% mujeres).¹²⁸ Es en el municipio de Temixco donde está ubicado el mayor porcentaje de AM en el área de influencia, abarcando el 46.14%; le sigue Emiliano Zapata con el 30.09%, y por último el municipio de Xochitepec, con el 23.77%. En cuanto a los porcentajes estatales, de los tres municipios, Temixco aporta con un 5.61% de AM, Emiliano Zapata con un 3.66%, y Xochitepec con un 2.89%. En total, con relación a la cantidad de AM que radican en el estado de Morelos, en el área de influencia del HGT se encuentra concentrado el 12.16% (Tabla 4).¹²⁸

Tabla 4. Población adulta mayor del área de influencia del HGT, 2010									
Año: 2010	Sexo		% AM área de influencia				% estatal		
	H	M	TOTAL AM	% H	% M	% TOTAL AM	% H	% M	% TOTAL AM
Emiliano Zapata	3064	3447	6511	14.16%	15.93%	30.09%	3.70%	3.62%	3.66%
Temixco	4681	5305	9986	21.63%	24.51%	46.14%	5.66%	5.57%	5.61%
Xochitepec	2544	2601	5145	11.75%	12.02%	23.77%	3.07%	2.73%	2.89%
Total: Área de influencia HGT	10289	11353	21642	47.54%	52.46%	100%	12.44%	11.92%	12.16%
Estado de Morelos	82681	95197	177878						

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI, 2010.

De acuerdo a registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el porcentaje de la población adulta mayor que habita en el área de influencia del HGT ha incrementado con el paso de los años y se proyecta continuará haciéndolo (Tabla 5). Parte de los cambios se deben al descenso de la tasa de mortalidad y de la tasa de fecundidad, así como al incremento en la esperanza de vida.^{128, 129}

Tabla 5. Evolución del porcentaje de la población de AM que habita el área de influencia del HGT, 1990-2030					
	1990	2000	2010	2016*	2030*
Emiliano Zapata	3.73%	4.61%	5.40%	6.04%	9.52%
Temixco	3.64%	4.79%	6.45%	6.98%	9.90%
Xochitepec	3.75%	4.88%	5.68%	11.81%	9.80%
Total: Área de influencia HGT	3.69%	4.76%	5.92%	7.36%	9.75%
Estado de Morelos	4.43%	5.60%	7.09%	7.76%	11.01%

*NOTA: Los porcentajes del año 2016 y año 2030 están calculados para la población de 65 o más años.
Fuente: Elaboración propia con datos de los censos XI, XII y Censo de Población y Vivienda 2010, y de proyecciones de población 1990-2050. INEGI y CONAPO, 2013.

La tasa de mortalidad en Morelos registró variaciones, al pasar de 5.33 en 1990, a 5.13 en el 2000, y a 5.8 en el 2010. El comportamiento es similar en el área de influencia del HGT, al pasar de una tasa de 3.11 en 1990, a una tasa más baja, de 2.17 en el 2000 y a subir nuevamente en el 2010, a 3.58.¹³⁰ La tasa de fecundidad en el estado mostró un descenso continuo, al pasar de 3.16 en 1990, a 2.45 en el 2000, y a 2.2 en el 2010. No se encontraron datos para los municipios que conforman el área de influencia del hospital.¹³¹ Por otro lado, la esperanza de vida (EV) ha ido en incremento en el estado. La tabla 6 muestra las cifras por municipio y estado. Para el 2030 se proyecta un incremento importante en la sobrevivencia en mujeres.¹³¹

Tabla 6. Esperanza de vida por sexo en Morelos, 1990-2010				
	1990	2000	2010	2030
Hombres	68.33	71.4	78.66	76.75
Mujeres	73.91	76.52	73.61	81.58
Total	71.12	73.96	76.13	79.16

Fuente: Elaboración propia en base en indicadores demográficos, 1990-200. CONAPO, 2013.

El índice de envejecimiento del área de influencia del HGT para el año 2016 se calcula según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 23.67, y para 2030 se calcula que aumentará a 40.83 (Tabla 7). El comportamiento se calcula similar para los municipios que conforman el área de influencia del hospital. Esto quiere decir que en el año 2030 se calcula que en los municipios de Emiliano Zapata, Temixco y Xochitepec, habrá cerca de 40 AM por cada 100 menores de 15 años, mientras que en Morelos, habrá 48 AM por cada 100 menores de 15 años.^{128, 129}

De la mano del índice de envejecimiento, se presenta la disminución de la razón de dependencia. Para el año 2016, en el área de influencia del hospital ésta se calcula en 51.44, similar al 52.06 presente en el estado de Morelos. En las últimas dos décadas la razón disminuyó en el área de influencia de 83.54 en 1990 a 61.88 en el 2010. Para el 2030 se proyecta estará en 50.62, lo que significa que habrá 51

personas dependientes (menores de edad y adultos mayores), por cada 100 personas en edades productivas (Tabla 8).^{128, 129.}

Tabla 7. Índice de envejecimiento del área de influencia del HGT 1990-2030					
Municipio/Año	1990	2000	2010	2016	2030
Emiliano Zapata	13.96	12.84	26.75	21.79	40.25
Temixco	13.64	13.27	31.34	25.35	40.97
Xochitepec	14.63	19.02	28.04	23.42	41.39
Total: Área de influencia HGT	13.94	14.50	29.03	23.67	40.83
Estado de Morelos	17.42	24.00	36.29	29.28	46.74

Fuente: Elaboración propia con datos de los censos XI, XII y Censo de Población y Vivienda 2010, y de proyecciones de población 1990-2050. INEGI y CONAPO, 2013.

Tabla 8. Razón de dependencia del área de influencia del HGT					
Municipio/Año	1990	2000	2010	2016	2030
Emiliano Zapata	84.12	68.17	61.15	51.00	49.66
Temixco	82.82	69.08	63.56	52.74	51.63
Xochitepec	84.59	78.12	60.00	49.90	50.29
Total: Área de influencia del HGT	83.54	70.82	61.88	51.44	50.6250.
Estado de Morelos	79.25	70.91	61.59	52.06	52.79

Fuente: Elaboración propia con datos de los censos XI, XII y Censo de Población y Vivienda 2010, y de proyecciones de población 1990-2050. INEGI y CONAPO, 2013.

En la cuestión física, los informantes manifestaron que los AM que acuden a solicitar atención en el HGT con frecuencia presentan dificultad en la movilidad, sobre todo para caminar. Algunos utilizan apoyos como bastón o silla de ruedas. Cerca del 80% de los AM acuden a solicitar atención relacionada con las ECNT, donde los padecimientos más frecuentes son diabetes, hipertensión arterial e insuficiencia renal. Muchos de ellos presentan además desnutrición, hipoacusia, problemas de agudeza visual, senilidad o deterioro cognitivo, lo que hace que frecuentemente olviden sus citas o tomar su medicamento. En el aspecto emocional resaltó el estado depresivo presente en muchos AM, relacionado con la viudez, la soledad, el abandono, el maltrato y la sensación de no ser necesarios, tomados en cuenta o valorados por su familia o la sociedad. Este estado se manifiesta con labilidad emocional y pensamientos de querer morirse pronto, acompañados de constante búsqueda de plática con el profesional de la salud no relacionada con el motivo de atención y somatización. Se mencionó también que los AM con frecuencia presentan un temperamento “difícil”, reflejado en el enojo constante, en no aceptar ningún tratamiento, en portarse como “niños pequeños” o ser necios.

El nivel de escolaridad de los AM se describe como bajo. Muchos de ellos son analfabetas. Además, en Cuentepec, un municipio que forma parte del área de influencia del HGT, viven indígenas Nahuas, que sólo hablan su idioma.

En el ámbito familiar, muchos AM viven solos o acompañados de otros AM, que por lo regular son amistades o su pareja. Otra situación frecuente es cuando los AM viven en casa de alguno de sus hijos,

pero reciben poca atención. Pocos cuentan aún con un trabajo o con pensión, por lo que generalmente son dependientes económicos de su familia, o reciben el apoyo para personas adultas mayores que otorga el estado. Esta dependencia se extiende al ámbito de la toma de decisiones sobre tratamientos, operaciones, etc., en donde la mayoría requiere consultarlo con sus cuidadores (familiares), o que ellos sean quienes tomen la decisión por ellos. Cerca del 90% de los AM acuden solos a recibir atención en salud, por lo que este tipo de decisiones tienen que ser sujeta a consulta, para comunicar la decisión a los profesionales de la salud en la siguiente visita programada.

Atención centrada en la persona

De 18 participantes, sólo 2 manifestaron conocer el término, por los temas de calidad y las evaluaciones en enfermería. En las definiciones resaltó el papel de los profesionales de la salud como educadores en la atención brindada.

Dominios de la atención centrada en la persona

Ningún participante conocía la clasificación de la OMS⁹⁹ o del MIDAS⁴¹ de los dominios de la ACP.

De acuerdo a los resultados de la priorización (Tabla 8), se seleccionaron Trato Digno y Claridad de la comunicación como los ejes principales para el contenido de la intervención. Aunque Atención pronta se ubicó en 2do lugar, se descartó al ser un dominio dependiente de la organización del sistema de salud, cuya modificación no puede ser abordada mediante una intervención psicoeducativa.

Tabla 8. Resultados de la priorización de los dominios de ACP		
No.	Dominio	Puntaje
1	Trato digno	202
2	Atención pronta	148
3	Claridad de la comunicación	139
4	Confidencialidad de la información	123
5	Autonomía	117
6	Calidad de las comodidades básicas	90
7	Redes sociales de apoyo	84
8	Capacidad de elección	75
Fuente: Elaboración propia.		

Una síntesis de los principales resultados de cada uno de los dominios se presenta a continuación.

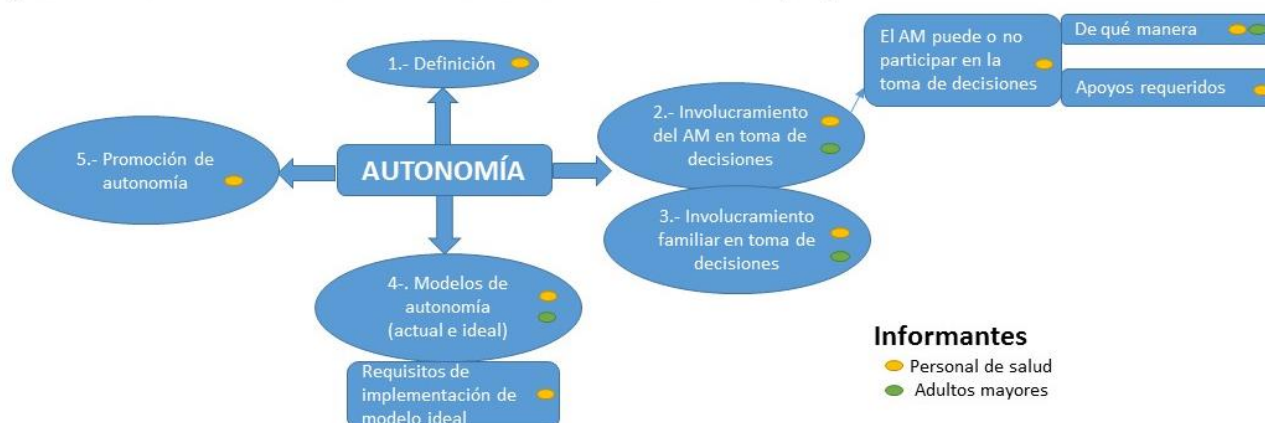
Autonomía

Se exploró en preguntas dirigidas al personal de salud y los adultos AM, agrupadas en 5 elementos. (Fig. 12). El primero de ellos perteneció a la definición del término. La mayoría de los participantes mencionaron definiciones relacionadas con la capacidad y libertad de decisión, de valerse por sí mismo sin apoyos o dependencia; de aceptar o no tratamientos y/o procedimientos plenamente informados, y con la funcionalidad mental adecuada para tomar decisiones.

En el segundo elemento, involucramiento de los AM en la toma de decisiones (incluyendo recepción de información y toma de la decisión), los profesionales en su mayoría opinaron que los AM pueden

participar expresando pensamientos, dudas, negativas a tratamientos o procedimientos, forma de vida, necesidades, satisfacción de la atención, y la toma misma de decisiones, etc., mediante la confianza, y la motivación, siempre y cuando su estado neurológico sea el adecuado. Para ello, los AM requerirían apoyos como la confianza del personal de salud, el respeto a su autonomía y empatía, la aplicación de pruebas para diagnosticar su capacidad de tomar decisiones, y la participación activa de sus familiares. Los AM consideraron que son involucrados en tomar decisiones sobre la vía de administración de sus medicamentos.

Fig. 12.- Elementos del dominio Autonomía. Fuente: Elaboración propia



El elemento 3 exploró el involucramiento que hacen los profesionales de la salud a las familias de los AM en la toma de decisiones. El personal médico comentó que cuando los AM están acompañados, se involucra mucho a la familia. Esto es de gran importancia para la toma de decisiones consensuada con los AM y ellos, sobre todo si hay deterioro cognitivo. Algunos informantes reconocieron el lugar de los AM como tomadores de decisiones primario, antes que a sus familiares, siempre y cuando la persona mayor se encuentre consciente y orientado, en caso contrario son los familiares quienes toman las decisiones. La toma de signos por el personal de enfermería se realiza en muchas ocasiones sin la intervención de familiares.

Se enfatizó la necesidad de participación de familiares en la consulta; pues muchos son cuidadores y es importante conozcan los cambios que los AM pueden presentar por la edad, las enfermedades y sus complicaciones. Ellos recuerdan a los AM horarios y el cómo deben tomar sus medicamentos, además de que los AM les consultan o delegan la toma de decisiones. Se requiere concientizarlos y educarlos sobre la importancia de la atención a los AM y del respeto a su autonomía. Aún y con esta importancia, destacó que pocos AM acuden acompañados, ya que no cuentan con familiares, no están disponibles, o no les importa acudir con los AM.

Otro elemento exploró los modelos actuales e ideales que los participantes consideraban estaban presentes en la atención brindada en el área de C.E. del hospital. Las opciones posibles eran el modelo

paternalista, el de decisión informada, el de agente profesional y el de decisión compartida, identificados por Charles, Gafni y Whelan¹³² (Ver Tabla 9).

El personal médico opinó que los modelos actuales eran los de decisión informada, el paternalista y el de agente profesional. Recurren al modelo paternalista por la baja escolaridad y el deterioro cognitivo presente en la mayoría de sus pacientes AM, lo que hace poco posible que puedan decidir por sí solos. Un médico de la especialidad de cirugía manifestó recurrir este modelo al tener el control del diagnóstico y del tratamiento, y los AM o sus familiares únicamente toman, la decisión de operarse o no. En el personal de enfermería predominaron los modelos de decisión informada y compartida. En los AM los modelos que predominaron fueron el paternalista y el de decisión informada, ya que el médico después de informarles lo que se requiere hacer, decide, pues tiene los conocimientos necesarios, y ellos sólo dan su consentimiento: “haga lo que tenga que hacer”.

Tabla 9. Modelos actuales e ideales de autonomía existentes en la atención del AM en la C.E.								
	1. Modelo paternalista El profesional de la salud decide lo que es mejor para los AM.		2. Modelo de decisión informada Los AM deciden, basados en la información provista por el profesional de la salud		3. Modelo de agente profesional Los AM delegan la decisión al profesional de la salud.		4. Modelo de decisión compartida El profesional de la salud y los AM deciden conjuntamente.	
	Actual	Ideal	Actual	Ideal	Actual	Ideal	Actual	Ideal
Mencionados por el personal médico	2	1	3	2	0	0	0	2
Mencionados por el personal de enfermería	1	0	5	4	2	0	4	3
Mencionados por los AM	3	-	3	-	-	-	-	-
Fuente: Elaboración propia								

Se cuestionó al personal de salud cuál sería el modelo idóneo para la atención de los AM. La mayoría decidió como ideales los de decisión informada y compartida. 7 entrevistados eligieron el mismo modelo (actual e ideal), y 5 entrevistados eligieron otro diferente entre el actual y el ideal (Tabla 9). Los principales argumentos para elegir los modelos de decisión informada y compartida fueron que el adulto mayor tiene el derecho de decidir independientemente de su edad por su cuerpo, y es responsabilidad de los profesionales el informar sobre cualquier riesgo y beneficio; también que si no se está de acuerdo con los tratamientos o medicamentos puede no haber adherencia a los mismos. Sobre lo que se requeriría para implementar el modelo ideal, sugirieron aumentar la información proporcionada por ellos mismos a los AM, y el incremento del nivel cultural de las personas (AM y sus familiares), además del acompañamiento permanente.

El quinto elemento, sobre promoción, exploró propuestas individuales de los profesionales de la salud para promover la autonomía de los AM en la atención que se le brinda en el área de C.E. Se mencionaron: que los profesionales brinden la información sobre opciones y permitan la toma de decisiones a los AM en vez de a sus familiares; educación para ellos y ser educadores de pacientes;

que ellos le informen a los AM sobre su derecho a tomar decisiones; mediante colocación de carteles en áreas visibles solicitando apoyo de los familiares cuando los AM acudan a consulta; y con el apoyo de movilización física sólo en caso de que los AM lo soliciten.

Confidencialidad de la información

El dominio de confidencialidad se exploró en 3 elementos (Fig. 13), en donde el primero fue su definición. El personal de salud concordó en que es la no divulgación de información privada que los AM les confíen, de manera verbal o establecida en el expediente clínico. Esto incluyó no comentarlo con familiares o compañeros de trabajo, a menos de que los AM otorguen su autorización. Se mencionó a la confidencialidad como parte de los principios éticos de la profesión médica y de enfermería y como un derecho de los pacientes.

Fig. 13.- Elementos del dominio Confidencialidad de la información.

Fuente: Elaboración propia



Una observación interesante fue que de manera rutinaria el personal de salud habla abiertamente con los familiares de los padecimientos de los AM, ya que da por hecho que éstos tienen una buena relación y se puede comentar todo; sin embargo, en ocasiones los AM solicitan que los familiares no conozcan cierta información y se retiren de la consulta para poder hablar libremente.

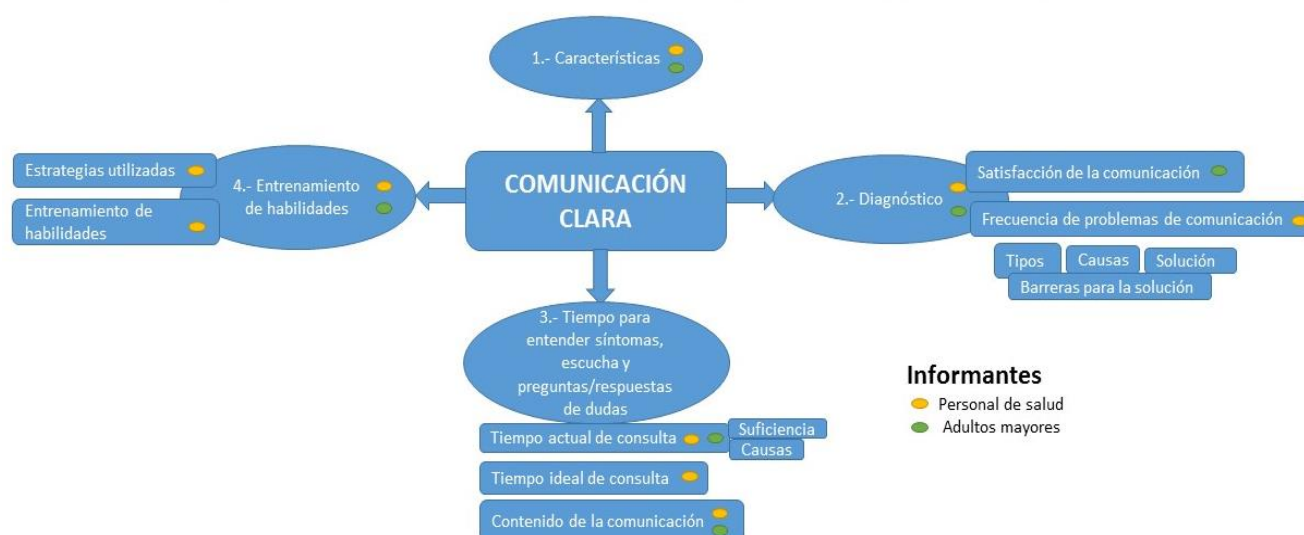
El elemento de comunicación "privilegiada" exploró maneras personales de asegurar la confidencialidad de la información brindada por los AM en su atención. La mayoría comentó mantener en privado las conversaciones cuando los AM piden que no se enteren sus familiares, buscando privacidad en donde se realizó la atención, preguntándoles a los AM si requieren que su familiar entre a consulta y pidiéndoles autorización para hablar del tema con otras personas, no comentando el caso a menos de que sea necesario con otros profesionales o gente externa al hospital, y explicándole a los AM que su información se mantendrá privada en el expediente clínico al que sólo tiene acceso el personal. Los AM consideraron que su información se mantiene confidencial, ya que se trabaja sobre el expediente clínico. Contrastado a esto último, los profesionales comentaron que no pueden asegurar la confidencialidad de la información al no tener control sobre el resguardo del expediente clínico.

El elemento 3, privacidad del ambiente, se exploró preguntando si consideraban que los consultorios proveían la confidencialidad requerida para la consulta. Las opiniones se dividieron entre sí, no y algunos. Los consultorios se comparten, por lo que en ocasiones se brindan 2 consultas al mismo tiempo, y las conversaciones se escuchan. Algunos profesionales consideraron cerrar la puerta como privacidad suficiente; otros agregaron que las mismas se abren y cierran constantemente, lo que impide que se brinde la confidencialidad necesaria. El área de toma de signos de la C.E. carece de toda privacidad, al estar ubicada en la sala de espera, frente a los pacientes que acuden a solicitar atención. Esta percepción es compartida por los AM, quienes manifestaron que a veces que están en consulta se abren las puertas y entran personas al otro consultorio, o en otras ocasiones han recibido consulta con el otro consultorio vacío.

Claridad de la comunicación

Este dominio fue uno de los elegidos como prioritario, y considerado para el diseño de la intervención. Se abordó en 4 elementos (Fig. 14). En el primero se consultaron las características que debería tener la comunicación del personal de salud con los AM en la atención que otorgaban en la C.E. Estas fueron lenguaje claro, sencillo y entendible para el paciente, con voz firme y volumen elevado, sin terminología médica, resumida, precisa, brindando explicaciones a sus dudas, utilizando lenguaje coloquial o en su idioma, mediante apoyo de traductoras o familiares, generando confianza, con respeto y escuchando lo que tiene que decirles, sin desviarse del motivo de consulta.

Fig. 14.- Elementos del dominio Comunicación clara. Fuente: Elaboración propia



En el elemento 2, de diagnóstico, los AM mencionaron sentirse satisfechos con la comunicación actual con sus médicos, la cual consideran clara y breve. Sin embargo, reconocen que se quedan con dudas de la consulta, como pacientes y como acompañantes.

Se preguntó a los profesionales por la frecuencia de los problemas de comunicación que se presentan. De 10 AM que cada uno atendía, el personal manifestó tener problemas en rangos variados (del 10% al 80%), de tipo físico, derivados de alguna enfermedad, como la senilidad, o del deterioro físico propio de la edad, como la hipoacusia o el daño cerebral; o por un bajo coeficiente intelectual, baja escolaridad o carácter difícil. Todas estas condiciones desembocan en problemas para escuchar, entender, expresarse y tomar decisiones. También se presentan con frecuencia problemas por diferencia de lenguaje, ya que algunos pacientes AM sólo hablan Náhuatl. Todos estos problemas son regularmente solucionados mediante búsqueda intencionada de comunicación verbal y no verbal en el paciente, hablando fuerte, claro y modulando la voz hasta que el paciente escuche, y apoyándose en el familiar y las traductoras. La falta de personal médico, de enfermería y de traductoras, así como la saturación del trabajo, fueron mencionadas como barreras para darle solución a estos problemas. Se exploró en los profesionales el por qué creen que los AM se van con muchas dudas de la consulta, aun cuando les preguntan si tienen dudas y normalmente responden que no. Las respuestas fueron: por pena de decir que no entendieron y por el poco tiempo otorgado en la consulta a cada paciente.

El tiempo para entender síntomas, escucha y preguntas/respuestas de dudas es el tercer elemento del dominio. Para explorarlo, se preguntó a los profesionales por el número de minutos que otorgan en promedio a la atención de un adulto mayor en la C.E. El rango promedio de minutos que reportó tardar el personal médico fue de 20-30 minutos, dependiendo de la patología, de los problemas de comunicación que se puedan presentar, de la especialidad en la que se atiende, y si la consulta es de primera vez, que puede extenderse hasta 60 minutos. El personal de enfermería tiene un contacto más breve, que va de los 2 a los 5 minutos para toma de signos. El personal MIP reportó que la atención se da en el rango promedio de 15-20 minutos, y los AM consideraron 20 minutos. La mayoría del personal de salud consideró que este tiempo no era suficiente para brindar una consulta adecuada, escuchar al paciente y sobre todo resolver sus dudas. Una excepción a esto se da en la especialidad de cirugía, donde las consultas son concretas, rápidas, y no se requiere más tiempo. Parte del personal de enfermería manifestó que aunque sólo se toman signos en el área, el tiempo no es suficiente para conocer al paciente o hablar con él. Ambas profesiones reconocieron que existen muchos problemas emocionales que aquejan a los AM, los cuales buscan desahogarse mientras les brindan la atención clínica, pero también se reconoce que no hay mucho tiempo para ello. Un adulto mayor manifestó recibir una atención basada en los resultados de los estudios, lo que le parece adecuado, con pláticas breves con su médico. El escaso tiempo brindado en la consulta se debe principalmente a que en el hospital actualmente hay carencia de personal de salud, y el poco que hay cumple funciones en urgencias, hospitalización y C.E, además de la alta demanda de consultas. Dos médicos manifestaron mantener el control del tiempo de sus consultas, adaptado a las necesidades de los AM.

Se consultó con los profesionales de la salud cuánto sería el tiempo adecuado de atención. El rango promedio que el personal médico consideró fue de 30-60 minutos, y el personal de enfermería de 10-15 min.

Para complementar este elemento se exploraron frecuencias de aspectos considerados relevantes para la comunicación por parte de la OMS⁹⁹ y en la Escala “CICAA”, utilizada para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial.¹¹³ Los resultados de esta exploración en los profesionales se muestran en la Tabla 10 y en los AM en la Tabla 11. En la exploración del personal de salud participaron 5 de la profesión médica y 7 de la de enfermería; en la de los AM, por cuestión de tiempo participaron 4.

Tabla 10. Rubros sobre comunicación explorados en el personal de salud							
Rubro/Aspecto	Se realizan o exploran		Considera deberían realizarse o explorarse		Total		Observaciones
	MED	ENF	MED	ENF	MED	ENF	
1. Motivo a los AM a hablar sobre su estado de salud	4	6	1	2	5	7	Parte del personal médico realiza estas actividades también con los familiares de los AM.
2. Exploro la idea del origen o la causa o naturaleza del síntoma o la enfermedad	5	5	-	2	5	7	
3. Explico a los AM sobre su problema, síntoma, enfermedad o estado de salud	5	7	-	-	5	7	
4. Explico a los AM sobre el tratamiento que debe seguir	5	4	-	1	5	5*	
5. Explico a los AM sobre las indicaciones o cuidados que deben seguir	5	5	-	2	5	7	
6. Explico a los AM los cambios que se llevarán a cabo en su tratamiento y el porqué de los mismos	5	2	-	3	5	5*	
7. Explico a los AM la evolución que puede seguir el síntoma o la enfermedad	5	4	-	1	5	5*	
8. Motivo a los AM a hablar sobre su alimentación y ejercicio	2	5	3	1	5	6*	
9. Motivo a los AM a hablar sobre su estado emocional	2	3	3	3	5	6*	
10. Exploro las emociones o sentimientos del síntoma o enfermedad de los AM	2	3	3	2	5	5*	
11. Exploro las expectativas de los AM sobre la consulta	2	2	3	2	5	4*	
12. Exploro el estado de ánimo de los AM	2	5	3	1	5	6*	
13. Motivo a los AM a hablar sobre su entorno familiar y social	2	3	3	2	5	6*	Considerados por parte del personal de enfermería entrevistado como sólo rubros del área médica
14. Exploro cómo el síntoma o enfermedad afecta a los AM en su vida diaria, entorno socio-familiar o laboral	2	3	3	3	5	6*	
15. Exploro posibles acontecimientos vitales estresantes para los AM.	2	2	3	3	5	5*	
16. Exploro factores de riesgo en los AM no relacionados con el motivo de consulta	2	3	3	4	5	7	
17. Exploro la realización de actividades preventivas por parte de los AM no relacionadas con el motivo de consulta	2	3	2	4	4*	7	
18. Exploro y aclaro las dudas que los AM pueda tener.	5	5	-	2	5	7	
19. Compruebo que los AM han comprendido la información suministrada	5	5	-	2	5	7	
20. Consigo compromisos explícitos por parte de los AM respecto al plan a seguir.	4	2	1	3	5	5*	

*Los profesionales que no contestaron no consideraron necesario realizar o explorar los rubros correspondientes.
Fuente: Elaboración propia.

Aunque todos los rubros explorados son indiferenciados y sugeridos para realizarse por el personal médico y de enfermería, en los resultados obtenidos sobre rubros que se realizan o exploran actualmente, se vieron reflejados aquellos considerados sólo como responsabilidad del médico y parte del proceso de consulta: motivación a los AM a hablar sobre su estado de salud; exploración de la idea del origen o la causa o naturaleza del síntoma o la enfermedad; explicación a los AM sobre su problema, síntoma, enfermedad o estado de salud, sobre el tratamiento, indicaciones o cuidados que debe seguir; sobre los cambios que se llevarán a cabo en su tratamiento y el porqué de los mismos; acerca de la evolución que puede seguir el síntoma o la enfermedad; exploración y aclaración de dudas que los AM puedan tener y comprobación de que los AM han comprendido la información suministrada. Se muestran frecuencias bajas en el personal médico en las cuestiones de motivación sobre alimentación y ejercicio, el estado emocional de los AM, su entorno social y familiar, factores de riesgo y realización de actividades preventivas no relacionadas con la consulta.

Los rubros de mayor frecuencia reportados como realizados por el personal de enfermería fueron sobre la explicación a los AM acerca de su problema, síntoma, enfermedad o estado de salud, y la motivación para que hable sobre esto último. Los rubros con menor frecuencia fueron la explicación a los AM sobre los cambios que se llevarán a cabo en su tratamiento y el porqué de los mismos (considerada una función del médico únicamente); y el conseguir compromisos explícitos por parte de los AM respecto al plan a seguir. La exploración de las expectativas de los AM sobre la consulta y la exploración de posibles acontecimientos vitales estresantes fueron rubros poco realizados por ambas profesiones.

Muchos de los rubros que no se realizan fueron considerados como necesarios de realizar, entre ellos resaltan: motivación hacia los AM para hablar sobre su estado emocional; exploración de emociones o sentimientos del síntoma o enfermedad, de expectativas sobre la consulta, de cómo el síntoma o enfermedad afecta a los AM en su vida diaria, entorno socio-familiar o laboral, de posibles acontecimientos vitales estresantes, factores de riesgo en los AM no relacionados con el motivo de consulta, y realización de actividades preventivas por parte de los AM no relacionadas con el motivo de consulta.

Todos los AM consideraron que los rubros que sí se hablan o realizan en la consulta son: que él hable sobre su estado de salud; que el personal le explique sobre su problema, síntoma, enfermedad o estado de salud y sobre el tratamiento a seguir, sobre la evolución que la enfermedad puede tomar, que se hable sobre la alimentación y el ejercicio; y que aclaren las dudas que se puedan tener.

Los rubros menos realizados en la consulta son: que se hablen sobre los sentimientos o emociones que causa la dolencia o la enfermedad, y sobre lo que se espera de la consulta; que el personal de

salud le pregunte sobre su estado de ánimo; que los AM hablen sobre su entorno familiar y social, y sobre cómo su enfermedad o dolencia ha afectado su vida diaria, sobre lo que le estresa, sobre su estilo de vida y sobre acciones de salud realizadas pero no relacionadas con la consulta médica.

Tabla 11. Rubros sobre comunicación explorados en los AM				
Rubro	Se habla en la consulta	Le gustaría se hablaran	Considera importantes	Observaciones
1. Que usted hable sobre su estado de salud	4	-	3	
2. Que usted hable sobre las causas de su enfermedad/dolencia	3*	-	3	
3. Que el médico/enfermera le explique sobre su problema, síntoma, enfermedad o estado de salud	4	-	3	
4. Que el médico/enfermera le explique sobre el tratamiento que usted debe seguir	4	-	3	
5. Que el médico/enfermera le explique sobre las indicaciones o cuidados que usted debe seguir	4	-	3	
6. Que el médico le explique los cambios que se llevarán a cabo en su tratamiento y el porqué de los mismos.	3*	-	3	
7. Que el médico/enfermera le explique la evolución que puede tomar su dolencia o enfermedad	4	-	3	
8. Que usted hable sobre la alimentación y ejercicio que lleva a cabo	4	-	3	
9. Que usted hable sobre su estado emocional actual	2	2	4	
10. Que usted hable sobre los sentimientos o emociones que le causa la dolencia o enfermedad	0*	2*	4	
11. Que usted hable sobre lo que espera de la consulta	1*	2*	2	
12. Que el médico/enfermera le pregunte sobre su estado de ánimo	1*	1*	2	
13. Que usted hable sobre su entorno familiar y social	1	3	4	
14. Que usted hable sobre cómo su enfermedad o dolencia le ha afectado en su vida diaria	1	3	4	
15. Que usted hable sobre lo que le estresa	0	4	4	
16. Que usted hable sobre el estilo de vida que lleva	1*	3*	4	
17. Que usted hable sobre acciones de salud que realizó y no están relacionadas con la consulta médica	1*	2*	3	
18. Que el médico/enfermera explore y aclare las dudas que los AM pueda tener.	4**	1**	4	
19. Que el médico/enfermera compruebe que usted ha comprendido la información que se le ha dado	3*	0*	4	
20. Que se establezcan compromisos del plan a seguir para que su estado de salud mejore	3	1	4	Este se considera muy importante
*Los AM que no contestaron no consideraron necesario realizar o explorar los rubros correspondientes. Fuente: Elaboración propia.				

Los AM concordaron en que les gustaría que se hablara de lo que los estresa, de su entorno familiar y social, de cómo la dolencia o enfermedad ha afectado su vida diaria, y del estilo de vida que lleva. Por otro lado, no consideraron necesario que se hable de su estado de ánimo.

Los rubros considerados como más importantes, independientemente de si se realizan o les gustaría se realizaran en la consulta fueron: que se hable sobre su estado de ánimo, sobre los sentimientos o emociones que les causa la dolencia o la enfermedad, sobre su entorno familiar y social, sobre cómo su enfermedad o dolencia ha afectado su vida, sobre lo que le estresa, sobre el estilo de vida que lleva; que el personal de salud aclare las dudas que los AM puedan tener, y corrobore que se ha comprendido la información, y que se establezcan compromisos del plan a seguir para que su estado de salud mejore. Los considerados como menos importantes fueron: que se hable sobre lo que espera de la consulta y que se le pregunte sobre su estado de ánimo.

El último rubro, entrenamiento de habilidades se exploró en dos preguntas. La primera referente a las estrategias que utilizan los profesionales de la salud para fomentar la comunicación con los AM en su atención. Las mencionadas fueron: la escucha activa, la paciencia, el establecimiento de confianza, el preguntar por cuestiones personales u otros tópicos pero sin extenderse, la ayuda del familiar, el hacerlo sentir “querido”, y el apoyo mediante dibujos para explicaciones.

La segunda pregunta fue sobre cómo creían que podrían ejercitar sus habilidades de comunicación para con los AM. La mayoría opinó que con la práctica diaria. Se mencionaron además el aprendizaje de técnicas, educación y cursos sobre el manejo de los AM, la paciencia y la empatía. Algunos informantes mencionaron que estas habilidades o aptitudes eran innatas, y se desarrollan con la práctica, de manera individual.

Trato Digno

Trato digno fue el dominio con más alto puntaje en el ejercicio de priorización. Por ello, también fue considerado pilar para el diseño de la intervención. Se consideraron 4 elementos para su exploración (Fig. 15).

Fig. 15.- Elementos del dominio Trato digno. Fuente: Elaboración propia



El primer elemento fue sobre las características que se consideraba debía tener el trato digno hacia los AM. Los profesionales de la salud mencionaron: paciencia, escucha activa, trato cálido, dedicarles tiempo, empatía, respeto, comunicación, confianza, amabilidad y cordialidad, tolerancia, con sentido del humor, ser educado, ser atento, brindarles una atención integral y una estancia agradable, con comunicación clara, estar atento a sus necesidades, con confidencialidad y apego a sus costumbres (folklore). Los AM caracterizaron el trato digno como un trato amable por parte del personal, la explicación otorgada, la facilidad para hacer preguntas al médico y el tener una buena comunicación con él.

La percepción del trato brindado en la consulta fue explorada en el segundo elemento. Los profesionales mencionaron brindar un buen trato a los AM. Esto lo realizan respetándolos, explicándoles su padecimiento, buscando solucionar sus problemas, “apapachándolos”, y brindándoles apoyos físicos para su asistencia a la consulta (P.E. sillas de ruedas). Consideran que para ello se requiere sensibilidad sobre el deterioro físico, el carácter y las consecuencias que impactan en el área de la comunicación de las personas mayores; también se necesita paciencia y tiempo suficiente. Un informante manifestó que antes existían problemas de trato y falta de respeto, que cesaron mediante cursos de sensibilización recibidos.

La mayoría de los profesionales de la salud consideraron que los AM son tratados con respeto por ellos mismos y sus colegas en ocasiones, pues se ha llegado a brindar un trato deficiente. Estas opiniones vienen de las experiencias observadas o en las que son partícipes, en las que se dirigen a los AM por su nombre, son atentos hacia ellos, los respetan, les brindan apoyos físicos, se les reduce el tiempo de espera en caso de ser requerido por sus condiciones de salud, se les trata como “niños” poniéndoles más atención y dedicándoles más tiempo, los apoyan en resolverles dudas, generan confianza y no se presentan indicios de maltrato o groserías. Por otro lado, se reconoce que en ocasiones hay falta de empatía, paciencia y tiempo para lograr que los AM entiendan las explicaciones; no quieren repetirles las indicaciones otorgadas, no le ponen atención a los AM mientras se encuentra hablando o no le hacen caso; y se le contesta de manera grosera, a modo de regaño, o con gritos, al desesperarse de que el AM no los entienda. Complementando este elemento, los AM manifestaron recibir un buen trato (definido como “amabilidad”) por parte del personal de salud, a excepción de las señoritas de la caja.

Las causas para no brindar un buen trato se englobaron en: saturación de trabajo, falta de personal e infraestructura, agotamiento físico y mental, y el estrés que puede aquejar a algunos profesionales de la salud, además de la falta de herramientas útiles para comunicar asertivamente.

El tercer elemento revisó la privacidad de las examinaciones físicas. La mayoría del personal de salud opinó que faltan consultorios, ya que como se mencionó en los resultados del dominio de autonomía,

éstos son compartidos. También se requiere mejorar las condiciones de los mismos, pues falta equipo y mobiliario para brindar exámenes físicos adecuados. Aún con estas carencias se busca que el lugar de exploración sea un consultorio que brinde la privacidad requerida para respetar el pudor del paciente (que no esté ocupado, que no haya visibilidad para alguien externo, o que pueda cerrarse); se trabaja también con la empatía y confianza del paciente, mediante explicaciones. En la consulta de ginecología, a la hora de realizar exploraciones, y en caso de que la paciente lleve a su esposo de acompañante, se le pregunta si prefiere que éste espere afuera. Los AM consideran que sí se respeta su privacidad en las exámenes.

El último elemento exploró las mejoras que se podrían hacer, a nivel personal e individual. En la cuestión personal los profesionales propusieron: otorgarles mayor tiempo para una atención integral, enfocada en ellos y sus asuntos emocionales, y no sólo en la patología; prepararse en cursos sobre temas relacionados al manejo de los AM para entenderlos mejor; brindar un trato con respeto, armonía y dignidad, en conjunto con sus familiares, para que los AM se sienta querido; y cuidar el tiempo de espera para la consulta. En la cuestión institucional se plantearon mejoras como: acortar tiempos de espera, darles prioridad de atención en los servicios, estudios diagnósticos, trámites y medicamentos, y con horarios especiales de atención; mediante la contratación de médicos (se mencionaron las especialidades de medicina interna y geriatría), de educadores para la salud, de personal de enfermería y de personal que brinde informes y trate exclusivamente a los AM; más infraestructura y recursos materiales para poder brindar una atención más completa y adecuada a sus necesidades; brindar información, ya sea mediante folletos o en persona para que asistan desayunados y con acompañantes; realizar cursos de sensibilización, capacitación y educación para los profesionales de la salud, que incluyan motivación y revisión de las necesidades y preocupaciones de los profesionales; llevar a cabo programas institucionales de mejora del trato; fomentar la comunicación adecuada entre el profesional y los AM para llegar a acuerdos, y la habilitación de un área de espera y socialización para los AM.

Atención pronta

El dominio se integra por 2 elementos (Fig. 16): Diagnóstico, que incluye cortos periodos de espera para tratamientos, tiempos y procedimientos convenientes para el acceso a servicios, y mejoras.

Fig. 16.- Elementos del dominio Atención pronta. Fuente: Elaboración propia



El elemento 1 se exploró con varias preguntas relacionadas con los tiempos de espera. El personal de salud y los AM consideran que el tiempo que pasa para recibir atención en el área de consulta externa en general no es adecuado, ya que va de una hasta cinco horas. A estos tiempos se les acumulan otra gran cantidad de minutos que pasan formados para volver a sacar cita, solicitar o realizarse estudios de laboratorio, el surtir su receta en la farmacia, entre otros trámites. Esta situación se complica pues muchos AM padecen diabetes, y acuden a su cita sin desayunar o comer, lo que les ocasiona descompensación, y por lo tanto, malestar. Por otro lado, algunos AM y sus familiares llegan entre 5 y 7 de la mañana al hospital, el cual abre sus puertas a las 7 a.m., con la creencia de que si asisten temprano se les va a atender pronto, “conforme van llegando”, situación que sucede con frecuencia en los centros de salud y en algunas ocasiones en el hospital, aunque este último siempre después de las 9 de la mañana, lo que refuerza dicha creencia.

Para subsanar parte de estos tiempos prolongados, el hospital en algunas especialidades adaptó un sistema de citas, el cual, desde la percepción y experiencias del personal de salud y los AM, no funciona adecuadamente, ya que por la falta de personal y la sobredemanda de atención, los médicos asignados a la consulta externa realizan funciones también en las áreas de urgencias y hospitalización, lo que impide controlar tiempos de atención reales en la consulta externa, y por ende, los horarios de las citas no se respetan, y en ocasiones se llegan a cancelar. Diariamente los médicos pasan visita en el área de hospitalización, y cuando terminan los diferentes procedimientos y trámites que realizan en esa área, acuden a consulta externa a brindar atención, sin un horario fijo establecido o constante. Las citas se programan con espacio de quince a veinte minutos cada una, por lo que cuando comienzan la consulta ya tienen pacientes rezagados a los cuales hay que ver primero, y a los demás pacientes con cita se

les tiene que recorrer el horario de atención. Cuando se llegan a dar cancelaciones de consulta, se hace la reprogramación y en ocasiones se programan hasta tres meses después, por la saturación de la agenda, sobre todo en Medicina Interna.

Los AM tienen la percepción de que los pacientes son atendidos conforme llegan, y no de acuerdo al horario asignado para su cita. El personal de salud comenta que atiende en orden de prioridad de padecimiento.

Se resalta la falta de personal como causa principal de los tiempos de espera prolongados, aún y con el sistema de citas. Se comentó brevemente que la atención en el área de urgencias ante una urgencia real es muy pronta. En cambio, cuando se trata de procedimientos como cambios de sonda, curaciones o toma de electrocardiogramas solicitados en esa área, los tiempos de espera son muy largos, debido al poco personal disponible.

Además del tiempo de espera para recibir atención, se revisó con los AM el intervalo de fechas entre que los AM acuden a solicitar cita, y la fecha en que la cita es programada, el cual es de uno a tres meses.

Se realizó una consulta sobre la pertinencia de los horarios establecidos en el hospital para cada departamento, área o servicio, en los AM y el personal de salud. En general, la mayoría del personal médico y de enfermería concordaron en que los horarios son adecuados para los AM, ya que no son muy temprano, ni tarde, y de esta manera, los AM no se exponen. Comentan que muchos AM viven lejos del hospital, por lo que si su cita es a las 8, tienen que salir de su casa una o dos horas antes para llegar. El que la mayoría de las consultas se brinden en horario matutino permite que los AM puedan desempeñar sus ocupaciones sin invertir tanto tiempo, sólo su mañana. En contraste, el personal que opina que no son adecuados, comentan que al mezclarse con los horarios del público en general, y con citas muy temprano, los AM acuden desde las cinco de la mañana, lo que ocasiona grandes periodos de ayuno, y descompensación. Los adultos mayores opinaron que los horarios no son adecuados por los grandes tiempos de espera que realizan, además de que en ocasiones les programan citas diferentes en la misma hora y fecha, y el personal que las programa no toma en cuenta eso, aún si se lo manifiestan. En el proceso de programación de citas, laboratorios o estudios los AM no tienen la facilidad de decidir cuándo o a qué horas programarlos. También comentaron que para realizarse estudios de laboratorio, el procedimiento no es el adecuado, ya que primero tienen que pasar a caja, donde en ocasiones los tienen formados hasta media hora, para poder pasar luego a hacerse sus estudios en ayunas. Sumando el tiempo de traslado, el de hacer fila en caja, y en laboratorio, además de que en ocasiones se les piden ayunos de seis o doce horas, hace que muchos AM diabéticos tengan problemas de salud en ese momento. Además, el tener que asistir en diferentes ocasiones para

realizarse los análisis, recoger los resultados, surtir medicamento, asistir a consulta y regresar otro día a programar la consulta (ya que esto sólo se realiza hasta las 12:00 del día), es muy complicado para aquellos que viven lejos, no tienen la solvencia económica, o les resulta difícil trasladarse. En sí el asistir a consulta les resulta un proceso tedioso en el que se pierde mucho tiempo.

Para liberar la carga de consultas de seguimiento en las que únicamente se surte el medicamento de manera bimensual en algunas especialidades, sobre todo con pacientes crónicos, se instauró desde el año anterior, un sistema donde la consulta con el médico especialista se realizaría cada seis meses, y cada dos meses se realizarían renovaciones de recetas, para evitar interrupción del tratamiento por carencia de medicamentos. Sin embargo, los adultos mayores manifestaron que este procedimiento es deficiente, ya que se reparten sólo 20 fichas a partir de las 12:00 horas, situación que hace necesario que los AM se presenten cuando menos una hora antes para alcanzar ficha, y en caso de no alcanzar y tener que regresar otro día, les implica nuevamente inversión de tiempo y dinero, además de que es posible que se queden sin medicamento al no renovar antes de tiempo.

En cuanto a las facilidades de consulta que los profesionales de la salud otorgan a los AM se encontraron darles prioridad en su atención si presentan condiciones de salud disminuidas, como usar tanque de oxígeno, caminando con bastón o en silla de ruedas. Otros profesionales mencionaron que no se pueden otorgar facilidades por la falta de personal, y se atienden de acuerdo a los horarios estipulados en sus citas o después de ello cuando el médico llega más tarde de la hora programada, aunque los AM hayan llegado desde temprano; el personal de enfermería realiza la toma de signos inmediatamente que el AM pasa a registrar la asistencia a su cita, para evitar llamarlos una segunda ocasión y que tengan que trasladarse al área de toma de signos nuevamente. También algunos profesionales manifestaron no contar con facilidades de consulta para los AM, por causas como que ellos no pueden hacer nada para brindar facilidades, la falta de personal, o sin razón aparente.

En cuanto al elemento 2, se exploraron las mejoras que se consideraban podrían realizarse en los tópicos de tiempos de espera y horarios. Sobre los primeros, el personal de salud propuso hablar con los responsables de agendar las citas para que éstas se programen en diferente horario, con más espacio entre ellas; contratar más personal de salud para reducir el número de pacientes atendidos por médico, y asignar médicos específicos para el área de hospitalización, con beneficios extra de brindar una atención acorde a las necesidades de cada adulto mayor; aumentar la infraestructura, ya que hay pocos consultorios; y mejorar el sistema de citas, buscando respetar los horarios establecidos. Parte del personal considera que las mejoras corresponden a la administración del hospital únicamente. En complemento, los AM consideraron que el médico no respeta el tiempo asignado para la atención en el área de C.E., al no encontrarse en su lugar de trabajo en el horario en que los citan, por lo que una mejoría que sugirieron fue vigilar la responsabilidad de los médicos; la segunda mejoría coincidió con

la propuesta del personal de salud, sobre aumentar la cantidad de médicos que atienden a los AM, incluyendo geriatras.

Las mejoras que se propusieron sobre los horarios de atención fueron: que conforme fuera el tiempo de traslado del adulto mayor se programara la hora de su cita, recalcándoles que no necesitan llegar dos horas antes para formarse afuera; de igual manera, si el adulto mayor llegará tarde a su cita, que el médico no le diga que ya no lo va a atender; y ajustar los horarios a las actividades que los AM realizan.

Calidad de las comodidades básicas

Este dominio se exploró en 5 elementos: baños limpios, instalaciones limpias, mobiliario adecuado, ventilación y espacio suficiente (Fig. 17).

Los baños en general se consideraron sucios, por la falta de personal para que realice labores de limpieza constante; las instalaciones como sala de espera, consultorios y pasillos fueron catalogados como medianamente limpias, ya que en el hospital, por falta de personal y el tipo de actividad desempeñada, hay áreas asignadas como prioritarias para la limpieza (hospital, quirófano y urgencias), de las cuales consulta externa no forma parte.

Fig. 17.- Elementos del dominio Calidad de las comodidades básicas.

Fuente: Elaboración propia



Se considera que el mobiliario es inadecuado para la atención de los AM, ya que no todo está en buenas condiciones, por falta de limpieza y mantenimiento, o simplemente falta equipo, como biombos, camas de exploración, bancos, y sillas, entre otros. Se puso especial énfasis en la necesidad de infraestructura, mobiliario, servicios y equipo que facilite la movilidad de los AM y evite caídas, como sillas de ruedas, barandales de apoyo, piso anti-derrapante, camas de exploración más bajas, un módulo de información, básculas que no impliquen levantar tanto los pies para subirse, y bancas en la sala de espera más altas y cómodas, con aditamentos que permitan a los AM apoyarse para poder levantarse.

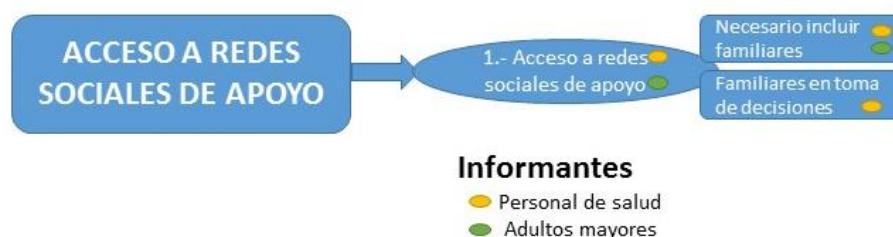
Sobre la ventilación natural, esta se considera insuficiente ya que hay pocas ventanas, o estas se encuentren selladas. Para compensar esto, y por las altas temperaturas presentes en el municipio de Temixco, algunos consultorios cuentan con aparatos de aire acondicionado, y en otros se mantienen las puertas abiertas para permitir la circulación del aire, y únicamente se cierran para hacer exploraciones. La amplitud de los consultorios se cataloga como buena, sin embargo, todos coinciden en que se requieren más consultorios. Las áreas reducidas que se mencionaron fueron la sala de espera, los baños y los pasillos, situación claramente observada cuando se tiene que trasladar a un paciente de un lado a otro, y en donde las sillas de ruedas no caben en el marco de la puerta de los consultorios.

Acceso a redes sociales de apoyo

El dominio se exploró en un elemento. (Fig. 17) Éste incluyó el si los informantes consideraban necesario que el AM ingresara a consulta con sus familiares, los apoyos para hacer esto factible, y el involucramiento de los familiares en la toma de decisiones del AM, preguntas cercanamente enlazadas con el dominio de Autonomía.

Fig. 18.- Elementos del dominio Acceso a redes sociales de apoyo.

Fuente: Elaboración propia



Todos los profesionales coincidieron en dejar ingresar a los familiares directos a consulta con los AM, casi como regla, e inclusive se les insiste para que no asistan solos, situación muy común en el hospital. Hay énfasis en la necesidad de acompañamiento en aquellos AM que presentan discapacidad motora, fragilidad y/o deterioro cognitivo, o a la hora de realizarles algún procedimiento, como aplicación de medicamento. El acompañamiento se considera necesario para profesionales y AM debido a que ellos fungen como testigos ante cualquier exploración, procedimiento, y apoyan en la toma de decisiones. La perspectiva de los AM como acompañantes fue que ellos requieren saber y aprender sobre todos los cuidados que hay que procurarles a los AM, como el tipo y horario de alimentación, el cómo tomar sus medicinas, y el estar enterados del verdadero estado de salud de los AM, en el que suelen mentir para no hacer cambios en su alimentación o no preocupar a su familia. Esto incluye la comprensión de

los síntomas que se pueden presentar de acuerdo al padecimiento, y el seguimiento que se tiene, ya que en ocasiones los familiares creen que los AM exageran sus síntomas.

El acompañamiento está condicionado a si los AM cuentan con familia que los apoye, que tengan disponibilidad de tiempos y horarios, y en el caso de los que aún cuentan con pareja, que ésta no presente problemas de movilidad o deterioro cognitivo.

Los familiares participan en la toma de decisiones y tratamientos de los AM en la consulta en la mayoría de las ocasiones, al menos conociendo la situación, y externando su opinión, ya que en algunos casos los AM tienen la decisión final, al encontrarse aún en pleno uso de sus facultades mentales. En los casos en que esto último no sea posible, es el familiar quien toma la decisión. Los familiares apoyan también a los AM en casa, al estar al pendiente de sus dietas y medicamentos. Si no hay familiares que puedan apoyar, se recurre a Trabajo Social, o mediante testigos que avalen la decisión que se tomó en el momento.

Capacidad de elección

El dominio se exploró con dos elementos: elección de la institución y elección del personal de salud (Fig. 19). El primero de ellos sólo se abordó en los adultos mayores; los principales resultados comparativos por institución de salud se muestran en la tabla 12.

Fig. 19.- Elementos del dominio Capacidad de elección. Fuente: Elaboración propia



De los 6 AM entrevistados, si se tuviera la posibilidad económica de cambiar de institución de salud, 2 de ellos aceptarían cambiarse al ISSSTE; los 4 restantes manifestaron sentirse cómodos con el Seguro Popular y sus establecimientos de salud.

En cuanto a la elección del personal de salud, los profesionales tuvieron opiniones encontradas sobre considerar necesario que los AM puedan decidir qué personal médico y de enfermería los atienda. Quienes consideran que no, es debido a que la atención, al ser dirigida mediante las guías de práctica clínica, no tendría por qué variar según cada médico. En el lado contrario, quienes consideran que sí, es debido a que es un derecho que pueden tener los AM, con ventajas como que el paciente puede identificarse con el trato de cierto especialista en particular, además de que esto podrá ayudar en el

conocimiento de su tratamiento, en explicaciones mejor comprendidas, además de la empatía y confianza desarrollada. Sin embargo, en la cuestión de la factibilidad todos coincidieron en que no es factible debido a la falta de personal en el hospital, en donde sólo hay un médico de cada especialidad, y el personal de enfermería es asignado a áreas específicas.

Se preguntó a los profesionales en qué creían que influía que el adulto mayor fuera atendido por el mismo personal de salud cada que asistía a consulta. Algunos coincidieron en que el médico genera mayor conocimiento en cuanto al paciente, sobre el apego a su tratamiento, el apoyo familiar, y puede brindarle seguimiento, lo que mejora la relación médico-paciente, y por ende la salud de los AM; por otro lado, si es atendido por médicos diferentes, se tiene la posibilidad de la segunda opción. Los AM mencionaron sentirse cómodos con los médicos y personal de enfermería que actualmente les brindan la atención.

Tabla 12. Comparativa de ventajas y desventajas entre instituciones de salud		
<i>Institución de salud</i>	<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
SSM: Hospital General de Temixco	Buen trato, a excepción de las personas de Caja. Se sienten con libertad de preguntar; percepción de ser valorados como persona. La consulta y parte del medicamento es gratuito. Algunos exámenes de laboratorio son gratuitos.	No atienden en C.E. si no se lleva referencia de 1er nivel de atención. En 1er nivel se niega la atención si no se tiene ficha de consulta, las cuales se reparten diariamente conforme van llegando los pacientes, por lo que para alcanzar, es necesario irse a formar muy temprano (4-5 a.m.) Los gastos de traslado de sus casas al hospital ascienden a \$40 pesos, en promedio. Lejanía a los hogares. Las consultas se otorgan de 1 a 3 meses después de solicitadas. Largos procesos para solicitar la consulta. En muchas ocasiones no hay medicamento o insumos de laboratorio para realizarse estudios, por lo que tienen que hacer gastos extra para comprar medicamento o realizarse los estudios por fuera. Hay algunos estudios que no cubre el Seguro Popular y que se requieren pagar. El proceso de renovación de receta para solicitar los medicamentos mensuales es tedioso.
Privados: Farmacias similares y del ahorro	Algunas no cobran la consulta, hay buen trato y cercanía a los hogares Control adecuado de diabetes e HTA. (Percepción de buenos resultados) Se obtiene una receta con la que sus familiares pueden comprarles el medicamento. El lunes es día de descuento en medicamentos, por lo que sale a muy bajo costo.	Similares tiene un costo de \$35 pesos. El medicamento no es gratuito. Se madruga para ser de los primeros, ya que se junta mucha gente, sobre todo los lunes.

Tabla 12. (Cont.) Comparativa de ventajas y desventajas entre instituciones de salud		
IMSS		Se paga una cuota cada determinado tiempo. Mala atención del médico: No levanta la vista para mirar al paciente, sólo pregunta qué pasa y receta. Percepción de falta de comunicación y confianza.
ISSSTE	Buen trato por parte del personal médico y de enfermería. Experiencias positivas en atención a otros familiares. Se cuenta con Geriatra	Cuestiones administrativas tediosas, que llegan al maltrato.
Fuente: Elaboración propia		

Discusión

El presente proyecto tuvo como propósito el diseño una intervención psicoeducativa dirigida a personal médico y de enfermería, basada en los modelos de cambio de comportamiento, para promover prácticas de atención centrada en el adulto mayor, en el área de C.E. del HGT, mediante la metodología del MRC de Reino Unido para intervenciones complejas. A continuación se discuten los principales hallazgos:

La metodología establecida por el MRC tiene como principal objetivo el presentar una guía para la evaluación de intervenciones complejas, mediante pruebas controladas aleatorias, consideradas como el diseño óptimo para disminuir desviaciones y estimar de manera más precisa sus beneficios. A diferencia de modelos ampliamente utilizados para el diseño de intervenciones como el modelo PRECEDE-PROCEDE, o el Intervention Mapping,¹³³ que parten de un amplio diagnóstico comunitario en el que participa activamente la población mediante la identificación de sus necesidades prioritarias, sobre las que se trabaja y se diseña la iniciativa, la metodología del MRC parte de la elección de resultados deseados en una población específica.³ Otra diferencia visible es la organización de sus fases. En PRECEDE-PROCEDE las 5 primeras fases corresponden a la elaboración del diagnóstico en sus diferentes componentes, la 6ta es la implementación de la intervención y las últimas tres están relacionadas con la evaluación.¹³³ La metodología del MRC está conformada por 5 fases iterativas: la primera está relacionada con la elección de la base teórica relacionada con los resultados esperados, la segunda aborda la elaboración del diagnóstico y la tercera es el diseño de la intervención. La cuarta propone la realización de una prueba piloto, y la quinta plantea la implementación.³ En este sentido, ambas metodologías carecen de elementos importantes que la otra ofrece, y que podrían complementarse.

De manera particular, en la primera fase del MRC se establece la base teórica que brindará los efectos esperados. Esto se realiza mediante búsqueda bibliográfica exhaustiva de evidencias de efectividad en cambios comportamentales, la cual no debe limitarse a teorías, modelos, métodos o enfoques relacionados con las ciencias de la salud, pues se ha documentado que teorías o metodología de corte administrativo o social son igualmente útiles.³ La metodología indica que esta revisión también puede guiar a cambios en las hipótesis, si es que las hay, y a mejorar especificaciones de ingredientes potenciales activos. Una dificultad en este paso puede presentarse si no se encuentra información disponible sobre los resultados esperados en poblaciones y contextos similares, como fue el caso del diseño abordado en este PT. A partir del planteamiento del resultado esperado, de mejorar la calidad de la atención brindada a los AM en el área de C.E. del HGT, se realizó el análisis y proyección de las necesidades de atención en salud de los AM, la capacidad instalada de los SSM para dar respuesta a estas necesidades, y los principales aspectos a través de los cuales se podría influir para mejorar. De allí la inclusión de la ACP como contenido, ampliamente utilizada en otros países para brindar atención a los AM,^{39,98} por su especial énfasis en la personalización, promoción de la autonomía e independencia, integralidad, participación, bienestar subjetivo y continuidad. La OMS, desde su propuesta de sistemas basados en la Atención Primaria a la Salud (APS), también impulsa una atención integral e integrada centrada en las personas, ya que los mismos usuarios de los servicios de salud identifican falta de acceso por una demanda reprimida e insatisfecha, pérdida de oportunidad en la atención, pobre continuidad de los procesos asistenciales y falta de congruencia de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios, que no toman en cuenta las particularidades culturales.¹³⁴ En palabras de la organización, “El actual modelo de prestación episódica de cuidados agudos no es costo-efectivo y puede producir pobres resultados en el manejo de personas con condiciones crónicas”, y por ello impulsan el modelo de atención centrada en la persona, el cual tiene un enfoque de derechos, se ve a la persona como un todo, existen procesos de decisión clínica compartidos, todo bajo un enfoque intercultural y de género.¹³⁴ En México, este cambio de enfoque en los modelos de atención se encuentra ya presente, al menos en la publicación del documento de arranque del Modelo de Atención Integral de Salud (MAI),¹³⁵ que plantea seguir las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018,¹³⁶ y que incluyen la calidad en el servicio, con un modelo basado en la atención integral de los usuarios. El MAI se plantea como un modelo centrado en las personas, con elementos transversales de derechos humanos, interculturalidad, género y recursos humanos. Aunque falta mucho camino por recorrer para lograr un cambio real del modelo de atención centrado en la enfermedad hacia la ACP, pero al menos el tema ya está colocado en la agenda pública.

A la par del análisis realizado, y de la definición del contenido de la intervención, fue necesario definir la teoría a utilizar. Se consideró a la TSC como la base teórica principal, debido al enfoque de trabajo individual con los profesionales de la salud que desde un inicio se planteó, por la naturaleza del objetivo

general de la intervención, de promover prácticas de atención centrada en la persona y por los resultados esperados. No se encontró evidencia científica sobre su uso en México, ni en intervenciones dirigidas a profesionales de la salud con esa temática, sin embargo, el conocimiento de la situación y de las teorías del cambio de comportamiento, alineada con los objetivos y resultados esperados de la intervención, dieron la pauta para su uso, debido a que el modelo plantea la relación entre el comportamiento, la situación y las características individuales (en el determinismo recíproco). Aunque el abordaje de la teoría ecológico es altamente recomendado,² en contextos como el de los establecimientos de salud en el estado de Morelos, donde actualmente es muy complicado realizar cambios a nivel estructural y ambiental, por la carencia de recursos, fue necesario plantear el trabajo desde el componente de la persona de la TSC, para incidir en la conducta. Es en la relación personal de salud-paciente donde se presentan las conductas relacionadas, por lo que el cambio de comportamiento debe generarse desde el individuo. La elección de la Psicoeducación como método también se definió de acuerdo al objetivo general de la intervención, a la población blanco y al enfoque, al trabajar en el desarrollo de fortalezas individuales, las cuales podía realizarse mediante técnicas psicoterapéuticas, como las cognitivo-conductuales, ampliamente utilizadas en la modificación conductual desde la reflexión y el análisis interno.

En la fase dos, definición de componentes, se desglosó el diseño para desarrollar el entendimiento de la intervención y sus posibles efectos, mediante la delimitación de sus componentes e interrelaciones, además de los resultados esperados. Esto, según la metodología del MRC se realiza de la mano de análisis cualitativos como grupos focales, encuestas, estudios de casos, entre otros, o de técnicas de simulación o modelaje. La investigación cualitativa también puede ser utilizada para identificar los procesos de cambio y para encontrar barreras potenciales. Es un proceso iterativo ya que al encontrar e incorporar información nueva a la investigación, permite realizar ajustes a las fases anteriores. En la intervención desarrollada en este PT, la identificación de componentes se desarrolló de la mano de la investigación cualitativa, construida bajo la temática de la ACP y sus ocho dominios, y del diagnóstico contextual del área de influencia del HGT. En cuanto a la construcción del diagnóstico, el MRC no es tan preciso como la metodología PRECEDE-PROCEDE, que requiere del diagnóstico social, epidemiológico, educativo y ecológico, y político, sino que presenta una apertura mayor a que el investigador decida qué elementos contextuales debe tomar en cuenta para la elaboración del diagnóstico. Los instrumentos utilizados exploraron opiniones, creencias, percepciones, pensamientos, experiencias y conocimientos, de la situación actual de la atención otorgada al adulto mayor, e incluyeron el ambiente. Éstos fueron construidos ya bajo el enfoque de la TSC y la Psicoeducación, buscando obtener información valiosa para el diseño de las actividades de la intervención, relacionada con los objetivos de fomentar prácticas de ACP, en los ámbitos del conocimiento, habilidades cognitivas

y conductuales. Los resultados obtenidos de la investigación cualitativa son dignos de una investigación aparte, por lo que sólo se presentó un breve bosquejo en el apartado de resultados.

Este diagnóstico permitió identificar las condiciones particulares de la situación desde las características estructurales hasta la percepción de los AM, las características de formación de los profesionales de la salud y los conocimientos y habilidades que actualmente tienen. Se encontró que la situación del recorte presupuestal en el estado impacta en la carencia de recursos humanos, equipo, mobiliario e insumos en el hospital, situación reconocida por todo el personal del establecimiento y sus pacientes; aun con ésta situación, el establecimiento de salud cuenta con la acreditación desde 2013, considerada un elemento de Garantía de la Calidad en cuanto a capacidad, seguridad y calidad, para garantizar los servicios ofrecidos a los derechohabientes del Seguro Popular.

La configuración actual de las funciones y horarios del personal de salud busca dar respuesta a la mayor cantidad de necesidades del hospital. Éste se encuentra rebasado en demanda de atención, como la mayoría de los establecimientos de salud en México. En contraste, hay una subutilización de la C.E. en el horario vespertino, al no contar con personal que brinde atención por las tardes en las diferentes especialidades. Para la atención de los AM se hace presente la necesidad de que las especialidades presentes en el hospital como Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia y Psiquiatría, cuenten con capacitación y preparación para tratar pacientes de la tercera edad, independientemente de la posible y necesaria incorporación de la especialidad de Geriatria, todo ello debido al fenómeno del envejecimiento poblacional.

El complemento de la ACP es la atención centrada en el proveedor de la atención. Esto incluye tomar en cuenta la situación actual del clima organizacional en riesgo como un factor importante que afecta la calidad de la atención, por su influencia en la motivación y el desempeño de los profesionales, lo que conlleva consecuencias notables en satisfacción, productividad, compromiso y la calidad del trabajo.¹³⁷

El clima organizacional se ve influenciado también, según palabras de los entrevistados y reforzado por los resultados obtenidos en el estudio realizado en el 2015 en el HGT de medición de clima organizacional,¹²⁵ por la saturación de trabajo, falta de personal, infraestructura, mobiliario, equipo e insumos, y trae como consecuencia agotamiento físico y mental y el estrés que puede aquejar a algunos profesionales de la salud. La falta de herramientas y estrategias útiles para comunicarse asertivamente, conjugadas con el tipo de contratación actual del hospital, la falta de oportunidades de promoción, de estímulos relacionados a la productividad y el desempeño, y de motivación,¹²⁵ influyen y distorsionan las atribuciones que los profesionales de la salud otorgan a las acciones relacionadas con la atención.⁹⁶ En este sentido, el proceso atributivo establecido por Heider, plantea que las personas creen que un suceso se explica de manera satisfactoria, cuando descubren por qué ocurrió, utilizando normas de inferencia.⁹⁶ Dado el contexto de desgaste, sobredemanda y estrés encontrado en el diagnóstico, los

profesionales tienden a explicar los comportamientos de los pacientes bajo un enfoque de enojo, demanda, impaciencia e inconformidad para con ellos, cuando, de acuerdo a los resultados en el trato digno, los pacientes identifican bien la mala organización de los servicios de salud, y a su vez, reconocen el buen trato por parte del personal.

La investigación diagnóstica también permitió identificar acciones sencillas relacionadas con habilidades conductuales de los profesionales que se han identificado en otros estudios,^{138,139} como el preguntar siempre a los AM antes de iniciar la atención si requiere a su familiar con él, o si gusta que lo espere afuera para que no escuche la conversación; mantener puertas cerrada y fomentar el hábito de tocar en caso de necesitar algo; canalización al área de psicología para tratar asuntos emocionales a profundidad; elaboración de material de apoyo para explicar procedimientos sencillos y para que recuerden la fecha y horario de citas de consulta, exámenes o estudios, toma de medicamentos e indicaciones especiales, en español y Náhuatl, con y sin ayuda del familiar. Todas estas acciones pueden tener un impacto importante en la satisfacción del paciente, menor estrés, mayor apego a los planes de tratamiento, mejoría del estado de salud del paciente, manejo más efectivo de enfermedades crónicas, y en la mejoría de la relación médico paciente.^{138,140,141}

La priorización realizada en los informantes contemplados en el PT sobre los dominios de la ACP tuvo resultados similares a los encontrados en la *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001* aplicada en México vía cuestionario, a 4812 pacientes mayores de 18 años.¹⁴² Aún y cuando las muestras que realizaron la priorización fueron diferentes, al tratarse de pacientes mayores de edad en una (OMS), y de AM y personal de salud en otras (PT), los tres dominios considerados como prioritarios fueron los mismos en diferente orden (Tabla13).

Tabla 13. Comparativa de resultados de priorización PT y encuesta OMS.		
No.	Dominios PT	Dominios OMS
1	Trato digno	Atención pronta
2	Atención pronta	Trato digno
3	Comunicación Clara	Comunicación Clara
4	Confidencialidad de la información	Confidencialidad de la información
5	Autonomía	Autonomía
6	Calidad de las comodidades básicas	Capacidad de elección
7	Redes sociales de apoyo	Calidad de las comodidades básicas
8	Capacidad de elección	Redes sociales de apoyo
Fuente: Elaboración propia con datos de Valentine N, Salomon J. Weights for Responsiveness Domains: Analysis of Country Variation in 65 National Sample Surveys.		

Destaca también la capacidad de elección de los AM como el dominio considerado como más bajo, y derivado de la falta de autonomía relacionada con la edad adulta.⁶¹

Se encontró que la atención pronta es prioritaria para los AM que acuden a solicitar atención al HGT, y al igual que lo mencionado por Grol, Wensing y Mainz,¹⁴³ influye en la percepción de la buena o mala

calidad en el establecimiento por parte de los AM. Cabe mencionar que aún y cuando este dominio es considerado prioritario en el área de C.E., el actual sistema de indicadores de la calidad en salud (INDICAS) para establecimientos de salud de segundo nivel,¹⁴⁴ no mide este dominio, y únicamente se aboca al tiempo de espera para la atención en el área de Urgencias. La OMS planea que este dominio no está limitado a los servicios médicos personales, sino se expande a cortos periodos de espera en la asignación de citas para laboratorio, estudios y cirugía, aun cuando no se trate de una emergencia, tiempos convenientes de traslado, que incluyen cortas distancias, y procesos para acceder a servicios curativos y preventivos, y que la falta de pronta atención en términos de procesos administrativos que rodean a una consulta pueden afectar el bienestar de las personas.⁹⁹ Estos elementos también fueron considerados por los AM entrevistados, quienes identificaron realizar largos traslados que les ocupaban en promedio de 30 minutos a 2 horas, además de los inadecuados procesos administrativos, y el disfuncional sistema de citas implementado en el hospital, los cuales impactan en su estado anímico y físico.

Actualmente, la mejora de habilidades de comunicación particulares a aplicar en el corto tiempo que se tiene para brindar atención no se considera una prioridad en la formación y capacitación de los equipos de salud.¹⁴¹ La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) señala que las habilidades de comunicación de los médicos mexicanos no cumplen en la atención en salud, ni en la satisfacción del paciente, y mucho menos fortalecen los resultados en salud.¹⁴⁵ En la acelerada y compleja dinámica de la atención en la C.E. los AM entrevistados identificaron elementos que les causan molestia, como el sentir que el personal de salud tarda por estar ocupado en actividades no relacionadas con la atención; que el médico no asista a trabajar y no avise con tiempo; que atienda antes a otros pacientes que tienen menos tiempo esperando, y no respete el orden de llegada ni la hora de consulta asignada con anterioridad por el sistema de citas. Todos estos elementos relacionados con la comunicación se tomaron en cuenta para el diseño de la intervención, buscando desarrollar habilidades de comunicación que incluyan empatía, transmisión asertiva de mensajes, análisis del contexto y la situación, con énfasis en la diferencia de percepciones de los AM y el personal de salud, además de la generación de estrategias de acción en base a ello; y la sensibilización y revalorización de la figura del profesional de la salud y sus objetivos, como factores importantes para mejorar el estado anímico de los AM, la calidad de la atención y por consecuencia, el estado de salud de los AM. Estos resultados positivos relacionados con profesionales que se comunican de manera asertiva y adecuada se han encontrado en diversos estudios.¹³⁹ Glanz los tipifica en tres: proximales, intermedios y resultados en salud; los primeros son el entendimiento con el paciente, satisfacción, confianza, el paciente se siente “conocido” e “involucrado”, el desarrollo de rapport, y los acuerdos médico-paciente que se pueden realizar; los intermedios incluyen el acceso a la atención, calidad en las decisiones médicas, compromiso al tratamiento, confianza en el sistema, soporte social, desarrollo del autocuidado y gestión emocional; y

los resultados en la salud del paciente, donde se han documentado mejorías, cura, menos sufrimiento, bienestar emocional, control del dolor y vitalidad.¹³⁹

De acuerdo a los resultados obtenidos, para mayor efectividad en una atención centrada en el adulto mayor se requieren modificaciones conductuales en el personal médico y de enfermería, así como cambios estructurales en diferentes rubros: ampliación, remodelación y adaptación de la infraestructura de la consulta externa del hospital, buscando la confidencialidad, amplitud, ventilación y seguridad de los consultorios; compra y mantenimiento preventivo y correctivo de equipo; compra de mobiliario adaptado para los AM; contratación de personal en todas las áreas: médica, de enfermería, paramédica, de administración, personal de traducción y servicios auxiliares, incluyendo limpieza; reorganización, automatización y simplificación de los procesos de programación de cita y servicios auxiliares (laboratorio y rayos x), surtimiento de receta, recolección de resultados de servicios auxiliares, sistema de citas, entre otros; y mejora de los procesos de comunicación en la cobertura de padecimientos, medicamentos y servicios auxiliares que ofrece el Seguro Popular, además de los apoyos ofrecidos mediante Trabajo Social. Sin embargo, se desarrolló una intervención psicoeducativa con el objetivo de impactar y mejorar habilidades en los profesionales de la salud, que permitan con los recursos que actualmente tienen, brindar una atención de calidad en la que se identifican las necesidades y características de los AM

En cuanto a los hallazgos relacionados a la tercera fase de la metodología, resalta la relevancia de que quien realiza el diseño de la intervención mantenga siempre los objetivos de la intervención alineados con su base teórica y método; y no pierda de vista el enfoque de los elementos clave que trabajará con las actividades de la intervención, conjugados con el contexto que conoció a profundidad en la fase 2. Realizar el diseño de una intervención debe ser un proceso cauteloso, en donde todas las actividades incluidas aporten desde su objetivo particular, elementos que sumen para alcanzar los objetivos generales. Utilizar actividades sólo porque el facilitador las conoce, las considera simpáticas o se han realizado con éxito en otras intervenciones no garantiza que en cada iniciativa particular vayan a ser idóneas. Ninguna actividad debe realizarse como relleno, sin objetivos alineados al objetivo general.

Considerar el contexto significa también tomar en cuenta el tiempo disponible que tendrán los participantes contemplados para la intervención, el punto de vista que los mismos tienen respecto a las intervenciones en las que han participado, los recursos materiales, humanos y económicos con los que se contará para su implementación, entre otros. Estos elementos también aportan información clave para la formulación de actividades, ya que pueden encontrarse o formularse actividades que se consideran idóneas, pero bajo un contexto poco real, en el que requiere mejor actitud de los participantes, o mayor cantidad de tiempo o recursos para llevarlos a cabo.³

Para evitar diseños incompletos o que no se encuentren bien definidos, se requiere enumerar los elementos mínimos que debe incluir el documento del diseño: Se identifican: a) presentación; b) propósito de la intervención; c) descripción de la población blanco; d) carta descriptiva de la intervención; e) descripción detallada de las actividades que incluya temas, objetivos, material requerido y bibliografía; f) Formatos y herramientas que se utilizarán en la intervención (se incluye material audiovisual); g) Formatos de evaluación de procesos y resultados; h) Explicación de la evaluación de proceso y resultados; i) Aspectos logísticos a considerar para su implementación; j) perfil de los facilitadores. Este debe estar escrito de manera sencilla y entendible, de manera que cualquier persona con el perfil idóneo establecido para la implementación pueda realizarla sin complicaciones. Es altamente recomendable que las actividades, herramientas y evaluaciones se encuentren validadas, ya que esto puede generar resultados estadísticamente significativos, pero a su vez se requiere poner especial atención en que los instrumentos de evaluación elegidos midan realmente aquello que se busca medir, de lo contrario se pueden obtener resultados confusos, que no aportarán el valor real de la intervención.

La fase 4 de la metodología, prueba piloto, es el complemento necesario del diseño, ya que arroja información para realizar correcciones y modificaciones a problemas encontrados en la implementación. De allí que el MRC plantea en su metodología el diseño como un proceso iterativo.

Conclusiones

La elaboración de este Proyecto Terminal, y la consecución de sus objetivos planteados, permitió obtener las siguientes conclusiones:

El diseño de intervenciones para lograr cambios de comportamiento necesita mayor desarrollo e investigación. Existen pocas publicaciones de diseño, y la mayoría de ellas carecen de congruencia entre los modelos de comportamiento planteados como base teórica, las actividades que conforman el diseño, las herramientas de evaluación y los resultados obtenidos. Para minimizar estas situaciones, es de gran relevancia llevar a cabo una adecuada revisión bibliográfica con el fin de obtener y analizar evidencia disponible sobre intervenciones ya realizadas, sus resultados y hallazgos principales, y con ello, decidir la base teórica y método a desarrollar para la intervención en gestación. Esto permitirá no caminar a ciegas en sobre si el uso de determinada teoría funcionará para lograr los resultados deseados. No hay que olvidar la consigna de buscar diseñar intervenciones efectivas, y esto incluye elegir actividades idóneas para que integren la intervención, no perdiendo de vista el objetivo general planteado, que es el eje que guiará todas las acciones y actividades

Las metodologías más utilizadas actualmente para el diseño de intervenciones tienen un uso deficiente, reflejado en las inadecuadas propuestas, consideradas poco efectivas para alcanzar los objetivos particulares planteados. Todas ellas requieren mayor desarrollo teórico y documentación práctica para hacer más fácil y frecuente su utilización, entre las personas interesadas en la modificación conductual, y en los responsables de los procesos de capacitación y enseñanza en salud. La metodología propuesta por el MRC se abre camino como una herramienta útil para el diseño de intervenciones complejas, que parten de la elección de resultados deseados en una población particular.

Ante la creciente carencia de recursos financieros, humanos y de infraestructura que aquejan al sector salud, la Psicoeducación se plantea como un método útil para trabajar a partir de lo disponible y modificable, como lo es la autoeficacia en los individuos, pues al contener elementos de psicoterapia, se trabaja a partir de la persona. Este método se complementa bien con la Teoría Social Cognitiva.

Se requiere de manera urgente poner especial atención en el desarrollo de mayores y mejores intervenciones de cambio de comportamiento dirigidas hacia los profesionales de la salud, población con la que hasta ahora se ha trabajado poco bajo este enfoque. Los profesionales de la salud son pieza clave en el sistema de salud al ser ellos quienes imparten la atención; son ellos el mecanismo mediante el que funciona el sistema, y en los cuales se reconocen carencias importantes sobre conocimientos, habilidades cognitivas y conductuales para brindar atención de buena calidad a los usuarios. Es necesario replantear sus procesos de capacitación actuales, los cuales carecen de bases teóricas, y por ende, se obtienen pobres resultados de cambio conductual. Se están invirtiendo recursos financieros, materiales y humanos en una capacitación que no da frutos. Los temas en los que se reconoce la necesidad de intervenciones de cambio de comportamiento son: calidad y seguridad del paciente (que incluyen la prevención de infecciones asociadas a la salud, mortalidad materna, apego a las Guías de Práctica Clínica, eventos adversos, entre otros); modelos de atención integrales en salud, como la ACP; y sobre la relación médico-paciente, con énfasis en la comunicación efectiva, que incluya temas como el estado emocional del paciente, su alimentación, ejercicio y estilo de vida, entorno familiar, social y laboral, acontecimientos estresantes, factores de riesgo, y realización de actividades preventivas no relacionadas con el motivo de consulta, por mencionar algunos.

En lo particular, para brindar una atención integral centrada en la persona adulta mayor, los profesionales de salud del HGT tienen que estar preparado para brindar servicios a pacientes que en su mayoría acuden o viven solos, que habitan en medios rurales, con un nivel económico y escolar bajo, llegando hasta el analfabetismo, dependientes en lo económico y en la toma de decisiones, de ideología conservadora, una parte de ellos indígenas Nahuas que no hablan español, con problemas de movilidad, visión, comunicación y entendimiento (por deterioro cognitivo o senilidad); que requieren atención continuada de sus padecimientos crónico degenerativos, y que viven situaciones y

condiciones relacionadas con el abandono y maltrato, como la anemia, la falta de aseo personal, y la depresión, al sentirse solos, desvalorizados, poco útiles, incomprensidos, y más como una carga. Es necesario que los profesionales de la salud generen estrategias personales en su atención, respaldadas por estrategias institucionales, todas a favor de la mejora de la salud y la calidad de vida de los AM.

En lo institucional, es necesario implementar modelos de atención para la salud integrales, no sólo para los adultos mayores, sino para la población en general. La configuración de los modelos actuales, enfocada a la enfermedad, es ineficiente para brindar una atención a individuos que se encuentran grandemente influenciados por el ambiente físico y social, y en donde los patrones de morbilidad están evolucionando del esquema agudo e infeccioso, al esquema de enfermedades crónicas no transmisibles. El Sistema Nacional de Salud se plantea cada vez más como insuficiente, aún y cuando se realizan inversiones grandes destinadas a cubrir con el gasto en salud. En este sentido, la ACP se plantea como un modelo de atención novedoso y funcional, con resultados documentados exitosos en aumento, con respecto a su implementación.

Recomendaciones

Derivado de las conclusiones obtenidas, se extienden las siguientes recomendaciones:

Se recomienda realizar mayor investigación sobre el diseño de intervenciones en salud, que aporte evidencia útil para que los futuros diseñadores desarrollen intervenciones de cambio de comportamiento más efectivas. Esto incluye realizar mayor investigación sobre metodologías para el diseño, como el modelo PRECEDE-PROCEDE, el Intervention Mapping y la propuesta del MRC, que aporte evidencias para fortalecer su uso. Es necesario incluir descripciones completas y detalladas de cada una de las fases, que permitan realizar diseños de manera más precisa. Los tipos de diagnóstico de las cinco primeras fases de PRECEDE-PROCEDE podrían integrarse de manera explícita a la fase 2 de la metodología del MRC, así como las 3 fases de la evaluación.

Quien se adentra en el diseño de una intervención no debe olvidar realizar revisiones bibliográficas para localizar evidencia disponible que le permitirá no caminar a ciegas. Asimismo, no se deben olvidar los objetivos de la intervención, y los resultados deseados, que son los ejes que guiarán las acciones y actividades a plantear en el diseño.

Se recomienda realizar mayor investigación sobre la efectividad de la Psicoeducación como método para las intervenciones de cambio conductual en salud que trabajen a partir de la persona, con teorías

y modelos como el de creencias en salud, la Teoría de Acción Razonada y de Cambio Planeado, y la Teoría Social Cognitiva.

El Sistema Nacional de Salud debe realizar acciones que verdaderamente impacten en mejorar la salud de la población mediante iniciativas y servicios costo-efectivos, y prepararse para el envejecimiento poblacional y los cambios en la morbi-mortalidad que ello conlleva, mediante el planteamiento de servicios basados en las necesidades de los AM, con un enfoque multidisciplinario para la atención en salud de los pacientes. Esto incluye realizar mayor difusión sobre el cambio planteado en cuestión del modelo de atención en salud, que ayudaría a que los establecimientos de salud públicos que conforman el Sistema Nacional de Salud avancen hacia la adopción del modelo de atención centrado en la persona.

Los SSM deben poner especial atención a sus establecimientos de segundo nivel, y calcular la asignación de recursos basados en análisis de cobertura y capacidad de respuesta, ya que el HGT está siendo subutilizado.

Se recomienda que el Hospital General de Temixco realice cambios en sus procesos administrativos de asignación de fecha de cita para consulta y laboratorios, y en los de surtimiento de recetas. Se debe poner especial atención en el sistema de citas, ya que funciona parcialmente. Todos estos cambios deben estar guiados por las características y necesidades de la población a la que brindan servicio, como su nivel económico y escolar, la distancia a la que viven del establecimiento de salud, su cultura y padecimientos más comunes. Se requieren estrategias institucionales que busquen mejorar la calidad de vida del adulto mayor en todos sus ámbitos: familiar, social, económico, de salud, entre otros, las cuales deben ser interinstitucionales e integradas. El establecimiento puede buscar alternativas de financiamiento, como los acuerdos de gestión, para subsanar aspectos de equipo y mobiliario básicos, que serán de gran utilidad en la atención de sus pacientes, así como estrategias de comunicación efectiva centrada en los pacientes, las cuales ayudarán a transmitir mensajes claros y adecuados sobre las diversas situaciones que ocurren en el hospital y que impactan directamente en la atención otorgada.

Se recomienda desarrollar más y mejores intervenciones de cambio de comportamiento dirigidas a mejorar conocimientos y habilidades cognitivas y conductuales del personal de salud, que impacten en la calidad de la atención que brindan. De manera específica se requieren intervenciones que mejoren las habilidades de los profesionales de la salud en cuanto al manejo del estado emocional de los pacientes AM, su alimentación, ejercicio y estilos de vida, entornos familiares, sociales y laborales. En cuanto a los dominios de la ACP, se hace necesario aclarar diferencias entre los términos autonomía,

heteronomía, dependencia e independencia a los profesionales de la salud, ya que existe confusión y se cree que autonomía implica independencia, y por lo tanto, se tiene la creencia de que un adulto mayor dependiente no goza de autonomía.

Limitaciones del trabajo

La principal limitación del trabajo es que se requiere su implementación para comprobar los resultados esperados. La falta de tiempo en la elaboración del PT no permitió llegar a la fase 4 del MRC, referente a la prueba piloto, por lo que los instrumentos planteados en el Manual para la implementación de la intervención psicoeducativa no se encuentran validados. En un inicio, el Proyecto estaba contemplado para llegar hasta la fase de evaluación, sin embargo, por cuestiones de cambios en los SSM, la autorización del proyecto abarcó más tiempo, por lo que fue necesario acortarlo hasta su diseño.

Otra limitación fueron los recursos económicos para el desarrollo del PT, sobre todo para la fase de la recolección de la información para integrar el diagnóstico. Además, la falta de información estadística sobre morbi-mortalidad en adultos mayores en el HGT, y sus características sociodemográficas, no permitió realizar una contextualización más precisa de la población.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Santacreu J. Apuntes para la definición de la modificación de la conducta como un tratamiento psicológico. En: Técnicas de intervención Psicológica. Universidad Autónoma de Madrid.
- ² Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice, 4th ed. USA: Jossey-Bass; 2008.
- ³ Medical Research Council. A framework for development a evaluation of RTC's for complex interventions to improve health. MRC; 2010.
- ⁴ Campbell M et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ Education and debate. 2000; 312: 694-696.
- ⁵ Eccles M, Grimshaw J, Walker A, Johnston M, Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. Journal of Clinical Epidemiology. 2005; 58: 107-112
- ⁶ Bero L, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by health care professionals. BMJ. 1998; 317: 465–468.
- ⁷ Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Can Med Assoc J. 1995; 153: 1423–1431.
- ⁸ Grimshaw JM, Shirran L, Thomas RE, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A, O'Brien MA. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care. 2001; 39: 1112–1145.
- ⁹ Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles M, Matowe L, Shirren L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004; 8: 1–72.
- ¹⁰ Saturno P, et al. Componente 5. Capacidad organizacional. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Calidad del primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca: INSP. 2014; 183-194.
- ¹¹ Lukens E, McFarlane W. Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention. 2004; 4(3): 205-225.
- ¹² Rojas J. Propuesta de intervención con el modelo psicoeducativo para padres y madres de familia de la escuela “Ciudad de Cuenca” 2011-2012. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2010.
- ¹³ Secretaría de Salud. Boletín de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud, febrero 2010;2(1):1-4.
- ¹⁴ Brown G, Birley J, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Brit. J. Psychiat. 1972; 121(562): 241-258.
- ¹⁵ McFarlane W, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. Journal of Marital and Family Therapy. 2003; 29: 223-245.

-
- ¹⁶ Fristad M, Gavazzi S, Soldano K. Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders: A program description and preliminary efficacy data. *Contemporary Family Therapy*. 1998; 20: 385-403.
- ¹⁷ Fristad M, Goldberg-Arnold J, Gavazzi S. Multifamily psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29: 491-504.
- ¹⁸ Colom F, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60: 402-407.
- ¹⁹ Honey K, Bennet P, Morgan M. Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 76: 201-210.
- ²⁰ Dowrick C, et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomized controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *BMJ*. 2000; 321(7274): 1450-1454.
- ²¹ Peterson C, Mitchell J, Engboom S, Nugent S, Mussel M, Miller J. Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: A comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders*. 1998; 24: 125-136.
- ²² Cunningham, A. Adjuvant Psychological therapy for cancer patients: Putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology*. 2000; 9: 367-371.
- ²³ Bultz B, Specia M, Brasher P, Geggie P, Page S. A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psychooncology*. 2000; 9: 303-313.
- ²⁴ Cheung L, Callaghan P, Chang A. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40: 207-216.
- ²⁵ Ciliska, D. Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research*. 1998; 20: 119-135.
- ²⁶ McGillion M, Watt-Watson J, Stevens B, LeFort S, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008; 3(2): 126-140.
- ²⁷ Olmsted M, Daneman D, Rydall A, Lawson M, Rodin G. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*. 2002; 32: 230-239.
- ²⁸ LeFort S, Gray-Donald K, Rowat K, Jeans M. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the management of chronic pain. *Pain*. 1998; 74: 297-306.
- ²⁹ Gibbs J, Potter G, Goldstein A, Brendtro L. Frontiers in psychoeducation. The EQUIP model with antisocial youth. *Reclaiming Children and Youth*. 1996; 4: 22-28.
- ³⁰ Kubay E, Hill E, Owens J, Iannce-Spencer C, McCaig M, Tremayne K. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 2004; 72(1): 3-18.

-
- ³¹ Rocco P, Ciano R, Balestrieri M. Psychoeducation in the prevent of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *BJM Psych.* 2001; 74(3): 351-358
- ³² Asuero A, Rodríguez T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit*, 2013;27(6)521-528
- ³³ Navas C, Villegas H, Hurtado R, Zapata E. Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncer. *Rev. venez. Oncol.* 2007; 1 9(1).
- ³⁴ Rascon M, Hernández V, Casanova L, Alcántara H, Sampedor A. Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2011.
- ³⁵ Albarrán A, Macías T. Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud.* 2007; 9(2): 118-124.
- ³⁶ Cabrera C, Ruiz L, González G, Vega M, Valadez I. Intervención psicoeducativa para disminuir el síndrome burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. *Salud Mental.* 2009; 32(3): 215-221.
- ³⁷ Balseiro L. Taller de base psicoeducativa para intervenir en la prevención del síndrome de burnout en el docente. Tesis. México: Universidad Pedagógica Nacional; 2011.
- ³⁸ Dwamena F et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.
- ³⁹ Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013.
- ⁴⁰ Puentes E, Garrido F. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud, Coordinación General de Planeación estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.
- ⁴¹ Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS. México: Secretaría de Salud; 2006.
- ⁴² Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N (2005): Ayurvedic and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2: 465-473.
- ⁴³ Plato. *Harmidis Dialogue*. Athens: 156 E. Papyros; 1975.
- ⁴⁴ Mezzich J. Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. *Acta Med Per.* 2010; 27(2): 148-150.
- ⁴⁵ Tournier P. *Medicine de la Personne*. Neuchatel, Switzerland, Delachaux et Niestle; 1940.
- ⁴⁶ World Health Organization. *WHO Constitution*. Geneva: WHO; 1946.
- ⁴⁷ Rogers C. *on Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin; 1961.

-
- ⁴⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perfil sociodemográfico de adultos mayores. INEGI, México; 2014.
- ⁴⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. ENADID 2014. Principales resultados. INEGI, México; 2015.
- ⁵⁰ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2011. INEGI, México; 2012.
- ⁵¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Anexo estadístico de pobreza en México, 2012-2014.
- ⁵² Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. ENADIS 2010. Resultados sobre personas adultas mayores. INAPAM, México, 2011.
- ⁵³ Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. SINAIS/SINAVE/DGCE/SALUD, México, 2011.
- ⁵⁴ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Reporte sobre la discriminación en México 2012. Trabajo. CONAPRED, México, 2012.
- ⁵⁵ Observatorio de política social y derechos humanos. La situación de los derechos laborales de los adultos mayores en México. México, 2013.
- ⁵⁶ Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(4):284–90.
- ⁵⁷ Narro J, Moctezuma D. Analfabetismo en México: Una deuda social. Real Datos Espacio. 2012;3(3):5–17
- ⁵⁸ Secretaría de Salud. Guía técnica para la cartilla nacional de salud. Adultos Mayores de 60 años o más. Secretaría de Salud. México, 2008.
- ⁵⁹ Gallegos-Carrillo J, Durán Arenas J, López Carrillo L, López-Cervantes M. Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. Rev Invest Clin 2003; 55 (3): 260-269.
- ⁶⁰ Tuirán R. Prevención de la Violencia. Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. CNDH, México, 2003.
- ⁶¹ Instituto Nacional de Geriátrica. Serie Cuadernillos de Salud Pública. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. ING, México; 2013.
- ⁶² Instituto Nacional de Salud Pública. Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados, resumen ejecutivo. Cuernavaca: INSP; 2013.
- ⁶³ González-González C, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo L, García-Peña C. Health care utilization in elderly Mexican population: Expenditures and determinants. BMC Public Health 2011, 11:192

-
- ⁶⁴ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. INSP, México, 2013.
- ⁶⁵ National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE Public Health Guidance 6 'Behaviour change at population, community and individual levels'. London: NICE; 2007.
- ⁶⁶ Michie S, Johnston M. Theories and techniques of behaviour change: Developing a cumulative science of behaviour change. *Health Psychology Review*. 2002; 6(1): 1-6
- ⁶⁷ Michie S, Van Stralen NM & West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2001; 6:42.
- ⁶⁸ European Food Information Council. Cómo motivar el cambio conductual. Informe EUFIC 07/2014. [acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/expid/Como-motivar-el-cambio-conductual/>
- ⁶⁹ Speller V. The prevention paradox. Principles and practice of health promotion: health promotion models and theories, in *HealthKnowledge Public Health Textbook*, Public Health Action Support Team (PHAST); 2007.
- ⁷⁰ Haynes R, Ackloo E, Sahota N, McDonald H, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, Oxford: Update Software Ltd. 2008; 4.
- ⁷¹ Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*. 1998; 40: 3-12.
- ⁷² Vera J. El futuro del Sistema Nacional de Salud en México. AMECIDER – CRIM, UNAM, 2015. [acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://ru.iiec.unam.mx/2899/1/Eje4-069-Vera.pdf>.
- ⁷³ Gutiérrez L, Lezana A. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriátria; 2013.
- ⁷⁴ Pacheco-Ríos A, Herrera-Basto E, Sánchez-Ahedo R, Santibañez-Freg M, Martínez-Plascencia X, Fernández-Ortega M. Utilización de los servicios de salud por población anciana. *Rev Fac Med UNAM*, 2001;44(6):239-243.
- ⁷⁵ Sevilla J, Abellán R, Herrera G, Pardo C, Casas X, Fernández R. Un concepto de planificación centrada en las personas para el siglo XXI. Fundación Adapta; 2009.
- ⁷⁶ Blancafort S. Cambiando los comportamientos en salud. Fundació Saut i Envel·liment. [acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.envellimentsaludable.com/portfolio/canviant-els-comportaments-en-salut/?lang=es>
- ⁷⁷ Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Theory, research, and practice in health behavior and health education. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, ed. *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice*, 4th ed. USA: Jossey-Bass Publishers; 2008: p.23-40.
- ⁷⁸ Institute of Medicine, Committee on Communication for Behavior Change in the 21st Century: Improving the Health of Diverse Populations. *Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2002.

-
- ⁷⁹ Kerlinger, F. N. Foundations of Behavioral Research. (3rd ed.) New York: Holt, Rinehart & Winston; 1986.
- ⁸⁰ Darnton A. Reference report: an overview of behaviour change models and their uses. London: GSR; 2008.
- ⁸¹ Miller N, Dollard J. Social Learning and Imitation. New Haven, Conn.:Yale University Press; 1941.
- ⁸² McAlister A, Perry Ch, Parcel G. How individuals, environments, and health behaviors interact. Social Cognitive Theory. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, ed. Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice, 4th ed. USA: Jossey-Bass Publishers; 2008: p.169-188.
- ⁸³ Baranowski T, Perry Ch, Parcel G. How individuals, environments, and health behavior interact. Social Cognitive Theory. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, ed. Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice. 2nd ed. USA: Jossey-Bass Publishers; 1997: 153-178.
- ⁸⁴ Norgaard B, Ammentorp J, Ohm Kyvik K, Kofoed PE. Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. J Contin Educ Prof. 2012 Spring; 32(2):90-97.
- ⁸⁵ Parle m, Maguire P, Heaven C. The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. Social Science & Medicine. 1997; 44(2):231-240.
- ⁸⁶ Dixon L, Goldman H, Hiraad A. State policy and funding of services to families of adults with serious and persistent mental illness. Psychiatric Services, 1999;50:551-553.
- ⁸⁷ Marsh D. Working with families of people with serious mental illness. In: VandeCreek L, Knapp S, Jackson T, eds. Innovations in clinical practice: A sourcebook. Sarasota: Professional Resource Press, 1992; 11:389-402.
- ⁸⁸ Universidad de Oviedo. Psicoeducación. [acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2012-13/15PC-PSICOEDUCACION.pdf>
- ⁸⁹ Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press; 1986.
- ⁹⁰ Lukens E, Thorning H, Herman D. Family psychoeducation in schizophrenia: emerging themes and challenges. Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health, 1999;5:314-325.
- ⁹¹ Kazdin A. Tratamiento con base cognoscitiva. En: Kazdin A. Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. 2da ed. México: Manual Moderno; 2000: p. 291-326.
- ⁹² Ibañez-Tarín C, Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en la atención primaria (I). Semergen. 2012; 38(6):377-387.
- ⁹³ Heider F. The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley; 1958.
- ⁹⁴ Griffin E. Attribution Theory of Fritz Heider. In: Griffin E. A First Look at Communication Theory. McGraw-Hill.

-
- ⁹⁵ Shaw M, Sulzer J. An Empirical Test of Heider's Levels in Attribution of Responsibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1964; 69:39-46.
- ⁹⁶ Harvey J, Ickes W, Kid R. *New Directions in Attribution Research Vol.1*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum ssociates; 1981.
- ⁹⁷ Committee on Quality of Health Care in America. Improving the 21st century health care system. In: Comitte on Quality of Health Care in America, ed. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington: Institute of Medicine; 2001.
- ⁹⁸ Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011.
- ⁹⁹ Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray C, Evans D. Health system responsiveness. Concepts, domains and operationalization. In: Murray C, Evans D, ed. *Health systems performance assessment, Debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO. 2003; p.573-596.
- ¹⁰⁰ Secretaria de Salud. Modelo de atención a la salud, MIDAS. 2da ed. México: Secretaría de Salud; 2006.
- ¹⁰¹ Allen RE, ed. *The Concise Oxford Dictionary of Current English*, New York: Oxford University Press; 1990.
- ¹⁰² Hebert PC. *Doing right – a practical guide to ethics for medical trainees and physicians*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- ¹⁰³ Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Scienice & Medicine*, 1997; 45:1829-1843.
- ¹⁰⁴ Van Campen C et al. Assessing patients priorities and perceptions of the quality of health care. The development of the QUOTE-Rheumatic patients instrument. *British Journal of Rheumatology*. 1998; 37:362-368.
- ¹⁰⁵ Charles C, Gafni A, Whelen T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 1997; 44:681-692.
- ¹⁰⁶ Martínez T. Primer asunto importante: la atención personalizada desde la autonomía y la independencia. En: Martínez T. *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2011; p.43-108.
- ¹⁰⁷ Lowe M, Hardy D. Privacy and confidentiality of health information. *Journal of Pediatric Health Care*. 1998; 12:42-46.
- ¹⁰⁸ Martínez T. Segundo asunto importante: lo privado, lo íntimo y la confidencialidad. En: Martínez T. *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2011; p.133-156.
- ¹⁰⁹ Bruster S et al. National survey of hospital patients. *British Medical Journal*. 2002; 309:1542-1546.

-
- ¹¹⁰ Hail JA et al. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Medical Care*. 1994; 32: 1216-1223.
- ¹¹¹ Gross DA et al. Patient satisfaction with time spent with their physician. *Journal of Family Practice*. 1998; 47:133-137.
- ¹¹² Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *British Medical Journal*. 2002; 324:648-651.
- ¹¹³ Ruiz R. Escala "CICAA" Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Grupo Comunicación & Salud; 2006.
- ¹¹⁴ Moral E, Moral R, Perula L, Parras J. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Aten Primaria*. 2010;42(3):162-168.
- ¹¹⁵ De Silva A. A framework for measuring responsiveness. EIP Discussion Paper No. 32. Geneva: World Health Organization; 2000.
- ¹¹⁶ Ware JE et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 6:247-263.
- ¹¹⁷ Haddad S, Fournier P, Potvin P. Measuring lay perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20 item scale. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998; 10:93-104.
- ¹¹⁸ Mansour A, Muneera H, Al-Osimy R. A study of satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia. *Journal of Community Health*. 1993; 18:163-173.
- ¹¹⁹ Pascoe G, Attkinsson C. The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 6:335-347.
- ¹²⁰ Minnick A et al. What influences patients' reports of three aspects of hospital services? *Medical Care*. 2003; 35:339-409.
- ¹²¹ Kruse G, Rubland B, Wu B. Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. *Psychiatric Services*. 2002; 53:1173-1176.
- ¹²² Tekle B, Mariam D, Ali A. Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi one in Ethiopia. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease*. 2002; 6:573-579.
- ¹²³ Tomaszewska W et al. Antecedent life events, social supports and response to antidepressants in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 94:352-357.
- ¹²⁴ Eziji P, Sarvela P. Health-care behavior of the Ibo tribe of Nigeria. *Health Values*. 1992; 16(6)31-35.
- ¹²⁵ Lopez G. Proyecto Terminal Profesional: Clima organizacional del Hospital General de Temixco "Enf, María de la Luz Delgado Morales" Cuernavaca, Mor: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.
- ¹²⁶ Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont, Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. 2003.

-
- ¹²⁷ Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. [acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/5/2292/63.pdf>
- ¹²⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censos de población y vivienda. INEGI. [acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/>
- ¹²⁹ Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población 2010-2050. CONAPO. [acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- ¹³⁰ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Registros administrativos. Mortalidad. INEGI. acceso el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/>
- ¹³¹ Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. ENCUESTA Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Morelos. CENAPRECE, 2015.
- ¹³² Charles C, Gafni A, Whelen T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 1997, 44:681-692.
- ¹³³ Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125(5):193-197.
- ¹³⁴ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de la Salud. Modelo de Atención: Centrado en las personas. [acceso el 28 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/09/Modelos-Reynaldo-Holder.pdf>
- ¹³⁵ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) Documento de arranque. México: Secretaría de salud, 2015.
- ¹³⁶ Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Gobierno de la República, 2013.
- ¹³⁷ Bernal I, Pedraza N, Sánchez M. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales* 31. 2015; 8-19.
- ¹³⁸ Burkitt E, Holcombe C, Salmon P. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ* 2004;328:864
- ¹³⁹ Street R, Epstein R. Key interpersonal functions and health outcomes. Lessons from Theory and Research on Clinician-Patient Communication. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice*, 4th ed. USA: Jossey-Bass. 2008; 237-269.
- ¹⁴⁰ Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., and Lammes, F. B. "Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature." *Social Science & Medicine*, 1995, 40, 903-918.
- ¹⁴¹ Arora, N. K. "Interacting with Cancer Patients: The Significance of Physicians' Communication Behavior." *Social Science & Medicine*, 2003, 57, 791-806.
- ¹⁴² Valentine N, Salomon J. Weights for Responsiveness Domains: Analysis of Country Variation in 65 National Sample Surveys. . In: Murray C, Evans D, ed. *Health systems performance assessment, Debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO. 2003; p.631-642.

¹⁴³ Grol R, Wensing M, Mainz J. Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice*, 1999, 16:4-11.

¹⁴⁴ Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS). [acceso el 28 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>

¹⁴⁵ Durante I. La comunicación e interacción en el ejercicio médico. Seminario: El ejercicio actual de la medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. [acceso el 28 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/ago_01_ponencia.html

ANEXOS

Anexo 1: Técnicas y herramientas utilizadas para la recolección de información por tipo de participante.

TÉCNICA	HERRAMIENTA	NO. Y TIPO DE PARTICIPANTE
I. Observación participante	I. I. Guía de observación participante del funcionamiento del área de consulta externa del hospital GOP-O1H. I.II. Guía de observación participante de los procesos de atención en salud otorgados al AM en el área de consulta externa del hospital GOP-02AM.	Participantes no requeridos
II. Entrevista informal	Herramientas no requeridas	2.1 Un directivo del hospital 2.2 El gestor de calidad del hospital 2.3 El jefe de enseñanza del hospital 2.4 La responsable de la jefatura de enfermería del hospital 2.5 Dos integrantes del personal médico adscritos al área de consulta externa el hospital del turno matutino, sin importar especialidad o tipo de consulta otorgada 2.6 Dos integrantes del personal de enfermería adscritos al área de consulta externa del hospital del turno matutino 2.7 Cuatro adultos mayores que acudieron a consulta 2.8 Un integrante del personal de vigilancia del turno matutino 2.9 El jefe de los médicos internos de pregrado del hospital 2.10 La responsable de la jefatura de recursos humanos del hospital
III. Entrevista semiestructurada	III. I. Guía de entrevista semiestructurada para personal médico GES-02PM. III. II. Guía de entrevista semiestructurada para personal de enfermería GES- 03PE. Para ambas guías, se incluyen instrumentos complementarios: III.III. Hoja de Rubros B. III. IV. Gráfico Modelos de Autonomía. III. V. Priorización de dominios.	3.1 Cinco integrantes del personal médico que atienden a adultos mayores en el área de consulta externa del hospital 3.2 Siete enfermeros/enfermeras que atienden a adultos mayores en el área de consulta externa del hospital.
IV. Grupo focal	IV.I. Guía de grupo focal para médicos internos de pregrado. Se incluyen instrumentos complementarios III.III. Hoja de Rubros B III.IV. Gráfico Modelos de Autonomía. III. V. Priorización de dominios IV. II. Guía de grupo focal para adultos mayores. Se incluyen instrumentos complementarios: IV. III. Hoja de Rubros C IV. IV. Tarjetas de Dominios ACP.	4.1 Seis adultos mayores que recibieron atención en el área de consulta externa del hospital. 4.2. Seis médicos internos de pregrado que brindan atención a adultos mayores en el hospital.
V. Búsqueda en fuentes secundarias	V. I. Información a recolectar en fuentes secundarias.	Participantes no requeridos

Fuente: Elaboración propia



I. I. GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Folio: _____

Iniciales del observador: _____ Fecha: _____

Lugar de observación: _____

Hora de inicio: _____ Hora final: _____ Turno: M V

Objetivo: Documentar el funcionamiento del área de consulta externa del Hospital General de Temixco.

RUBROS A OBSERVAR

- I. Entorno del hospital
 - a. Condiciones del entorno (ubicación céntrica del hospital, pavimentación, alumbrado público, percepción de seguridad)
 - b. Accesibilidad (Caminos, transportes, localización sencilla del hospital, calles e infraestructura para personas con discapacidad, facilidad de acceso al hospital)
- II. Instalaciones relacionadas con C.E.
 - a. Infraestructura de las áreas relacionadas con C.E. (amplitud, suficiencia)
 - b. Limpieza de las áreas (Archivo, pasillos, sala de espera, baños, área de toma de signos, consultorios, oficinas, farmacia)
 - c. Condiciones de las comodidades básicas (Iluminación, comodidad, saturación, facilidad para el acceso, ambiente, etc. en: archivo, sala de espera, baños, área de toma de signos consultorios, farmacia, oficinas)
 - d. Ubicación de las áreas estratégicas (Recepción, archivo, sala de espera, toma de signos, consultorios, farmacia, oficinas, caja)
 - e. Infraestructura para personas con discapacidad (recepción, archivo, sala de espera, pasillos, baños, oficinas, escaleras, área de toma de signos, consultorios, farmacia)
 - f. Acceso a servicios de agua potable, baños, comida y botes de basura.
 - g. Condiciones del equipo y mobiliario de los consultorios.
 - h. Otros: ¿Se encuentran publicados los derechos de los pacientes y los médicos? ¿Son visibles? ¿Las personas los notan? ¿Se cuenta con buzón de quejas? ¿Existen periódicos murales? ¿Qué información presentan?
- III. Recursos humanos relacionados con C.E.
 - a. Presencia de personal que se encuentra en el área (vigilancia, recepción/informes, personal administrativo, personal de enfermería, personal médico, farmacéuticos, etc.)
- IV. Procesos de atención relacionados con C.E.
 - a. Descripción general del proceso para pasar a consulta
 - b. ¿Se cuenta con sistema de citas? ¿Con sistema de fichas? ¿Horarios escalonados? ¿Hay un número determinado de pacientes que se atienden al día?
 - c. Requisitos solicitados para pasar a C.E.
 - d. Horario de apertura del área de C.E./Horarios de atención en las diferentes áreas (recepción, archivo, área de toma de signos, oficinas, consultorios, farmacia)
 - e. Demanda de la atención por especialidad y características de los usuarios
 - f. Tiempos de espera para recibir atención en las diferentes áreas (recepción, archivo, área de toma de signos, consultorios, oficinas, farmacia)
 - g. Proceso de referencia/contra-referencia
- V. Usuarios
 - a. Horarios en los que acuden a solicitar atención
 - b. Acompañantes
 - c. Respuestas emocionales
 - d. Interacción con el personal de salud



I. II. GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Folio: _____

Iniciales del observador: _____ Fecha: _____

Lugar de observación: _____

Hora de inicio: _____ Hora final: _____ Turno: M V

Objetivo: Documentar los procesos de atención en salud otorgados al AM en el área de consulta externa del Hospital General de Temixco.

RUBROS A OBSERVAR

- I. Procesos de atención al AM en el área de C.E.
 - a. Descripción general del proceso para pasar a consulta/Diferencias con el proceso de la población general
 - b. Requisitos solicitados para pasar a C.E./Diferencias con el proceso de la población general
 - c. Horario de apertura del área de C.E./Horarios de atención en las diferentes áreas (recepción, archivo, área de toma de signos, oficinas, consultorios, farmacia)/ Diferencias con el proceso de la población general
 - d. Demanda de la atención (principales servicios, tipo de usuarios (por servicio al que asisten)
 - e. Tiempos de espera para recibir atención en las diferentes áreas (recepción, archivo, área de toma de signos, consultorios, oficinas, farmacia)/ Diferencias con el proceso de la población general
 - f. Condiciones de espera en las diferentes áreas (comodidad, consideración, etc.)
 - g. Tiempo de atención en la consulta
 - h. Proceso de referencia/contra-referencia/Diferencias con el proceso de la población general
- II. Usuarios AM
 - a. Solicitud de atención: Horarios/ ¿Quién solicita la atención?
 - b. Medios de arribo más comunes del AM al hospital
 - c. Acompañantes
 - d. Condiciones físicas/discapacidad/apoyos para la movilidad
 - e. Respuestas emocionales
 - f. Interacciones con el personal de salud

III.I GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA PERSONAL MÉDICO

Instrucciones:

1. Identificarse con la credencial del INSP, al inicio de la reunión.
2. Asegurar la total confidencialidad de la entrevista.
3. Leer el consentimiento informado para entrevistas semiestructuradas con personal de salud junto con el entrevistado y proceder a su firma. Entregar una copia del consentimiento.
4. Iniciar la grabación de audio (comprobar el correcto funcionamiento).
5. Llenar los datos del formato de registro de entrevistas semiestructuradas de manera audible para la grabación.
6. Iniciar la entrevista tomando como guía las preguntas detonadoras.

Objetivo: Entrevistar a informantes clave que puedan brindar información valiosa para la elaboración del diagnóstico sobre los procesos de atención en salud centrados en el adulto mayor, que se otorgan en el área de consulta externa del Hospital General de Temixco.

PREGUNTAS DETONADORAS

Antes de iniciar la entrevista: De acuerdo al tiempo que tiene para la atención en consulta externa, de los siguientes rubros, marque con una X los que usted realiza o explora y los que considera usted debería realizar o explorar. (Ver hoja de rubros B)

A) Sobre los dominios de la Atención Centrada en la Persona

¿Ha escuchado el término de Atención Centrada en la Persona?

[¿Dónde lo escuchó? ¿En qué consiste? ¿Cuáles son los dominios que la integran?]

Autonomía

¿Cómo definiría el concepto de autonomía del AM en la consulta que brinda en el área de consulta externa?

Voy a mostrarle un gráfico que ejemplifica los 4 modelos existentes de autonomía (Gráfico Modelos de Autonomía). En el gráfico identifique por favor:

- El modelo actual que utiliza dentro de la consulta médica en el área de consulta externa para los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo?
- El modelo que considera, dado el contexto actual del establecimiento de salud, debe utilizar dentro de la consulta médica para los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo? ¿Qué se requiere para implementarlo?

¿Considera que el AM puede participar en el proceso de toma de decisiones que se realiza en la consulta? ¿De qué manera considera pueden participar? ¿Qué apoyos requerirían para su participación?

¿Qué tanto usted involucra a la familia del AM en la toma de decisiones? [¿De qué manera?]

¿De qué manera promueve/podría promover usted la autonomía del AM en la consulta médica?

Confidencialidad

¿Cómo definiría el concepto de confidencialidad en la consulta del AM que brinda en el área de consulta externa?

¿Cree usted que los consultorios proveen la privacidad requerida para la consulta del AM?

¿De qué manera usted asegura la confidencialidad de la información proporcionada por el AM en la consulta?

Comunicación

¿Qué características considera debe tener su comunicación con el AM en la consulta?

De 10 AM atendidos por usted ¿con cuántos considera que se presentan problemas de comunicación en la consulta? ¿De qué tipo? ¿A qué se deben? ¿Cómo los podría solucionar?

¿Qué estrategias para estimular la comunicación del AM utiliza en la consulta?

¿Cómo cree que podría ejercitar sus habilidades de comunicación para con los AM?

En promedio, ¿Cuánto dura en minutos la consulta que usted brinda al AM? ¿Considera este tiempo suficiente?

¿Por qué destina ese tiempo? ¿Cuánto tiempo usted asignaría a brindar consulta del AM?

III.I GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA PERSONAL MÉDICO

Trato digno

- ¿Qué características considera debe tener su trato hacia el AM en la consulta?
- ¿Considera que el AM es tratado con respeto por el personal médico? ¿Por qué?
- ¿Cómo garantiza la privacidad de las examinaciones físicas y tratamientos del AM?
- ¿Cómo considera que puede mejorar su trato hacia el AM en la consulta externa?
- ¿Qué acciones considera deberían efectuarse en la institución para mejorar el trato hacia el AM por parte de todos los prestadores de servicios?

Atención pronta

- ¿Considera que el tiempo que esperan los AM para recibir consulta en el área de consulta externa, desde que ingresan al hospital, es adecuado? ¿Qué podría hacer usted para mejorar?
- ¿Considera que los horarios de atención en consulta externa son adecuados para el AM? ¿Por qué? ¿Qué podría hacer usted para mejorar?
- ¿Hay alguna facilidad de pronta atención para el AM que usted otorgue en la consulta externa? ¿En qué consiste?

Condiciones de las comodidades básicas

- ¿Considera limpias las instalaciones de la consulta externa? (Recepción, sala de espera, baños, consultorios y oficinas)
- ¿Considera seguras las instalaciones de la consulta externa?
- ¿Considera las instalaciones de la consulta externa, amplias y bien ventiladas?
- ¿Considera que la infraestructura, el mobiliario y el equipo de la consulta externa están adaptados a los AM?

Acceso a redes sociales de apoyo

- ¿Cuándo permite que los familiares entren a consulta con el AM?
- ¿Considera necesario incluir a los familiares en la toma de decisiones y tratamientos del AM en la atención de consulta externa que usted brinda? ¿Qué se requiere para hacer esto factible?

Capacidad de elección

- ¿Considera necesario que el AM pueda decidir qué médico lo atienda cuando viene a consulta? ¿Por qué?
- ¿Considera factible que el AM pueda decidir qué médico lo atienda cuando viene a consulta? ¿Por qué?
- ¿En qué cree que influya que el AM sea atendido por el mismo personal médico cada que asiste a consulta?

B) Sobre experiencias

- ¿Recuerda alguna experiencia positiva/negativa en la atención al AM que usted brinda? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvió? ¿Qué factores considera intervinieron en la experiencia para hacerla positiva/negativa? (personales, contextuales, del AM, etc.)

NO OLVIDAR APLICAR PRIORIZACIÓN DE DOMINIOS

GRABAR TODAS SUS OBSERVACIONES, AMBIENTE, CONTEXTO, ESTADO FÍSICO DE LOS AM, INTERFERENCIAS.
CIERRE ENTREVISTA, AGRADECER EL APOYO, GRABAR HORA DE TÉRMINO DE ENTREVISTA

III.II. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

Instrucciones:

1. Identificarse con la credencial del INSP, al inicio de la reunión.
2. Asegurar la total confidencialidad de la entrevista.
3. Leer el consentimiento informado para entrevistas semiestructuradas con personal de salud junto con el entrevistado y proceder a su firma. Entregar una copia del consentimiento.
4. Iniciar la grabación de audio (comprobar el correcto funcionamiento).
5. Llenar los datos del formato de registro de entrevistas semiestructuradas de manera audible para la grabación.
6. Iniciar la entrevista tomando como guía las preguntas detonadoras.

Objetivo: Entrevistar a informantes clave que puedan brindar información valiosa para la elaboración del diagnóstico sobre los procesos de atención en salud centrados en el adulto mayor, que se otorgan en el área de consulta externa del Hospital General de Temixco.

PREGUNTAS DETONADORAS

Antes de iniciar la entrevista: De acuerdo al tiempo que tiene para la atención en consulta externa, de los siguientes rubros, marque con una X los que realice o explora y los que considera debería realizar o explorar. **(Ver hoja de rubros B)**

A) Sobre los dominios de la Atención Centrada en la Persona

¿Ha escuchado el término de Atención Centrada en la Persona?

[¿Dónde lo escuchó? ¿En qué consiste? ¿Cuáles son los dominios que la integran?]

Autonomía

¿Cómo definiría el concepto de autonomía del AM en la atención que usted le brinda en el área de consulta externa?

Voy a mostrarle un gráfico que ejemplifica los 4 modelos existentes de autonomía (Gráfico Modelos de Autonomía). En el gráfico, identifique por favor:

- El modelo actual, que utiliza con los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo?
- El modelo que considera, dado el contexto actual del establecimiento de salud, debe utilizar con los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo? ¿Qué requiere para implementarlo?

¿Considera que los AM pueden participar en el proceso de toma de decisiones que realiza su atención? ¿De qué manera considera pueden participar? ¿Qué apoyos requeriría para su participación?

¿Qué tanto involucra a la familia en la toma de decisiones? [¿De qué manera?]

¿De qué manera promueve/podría promover la autonomía del AM en su atención en el área de consulta externa?

Confidencialidad

¿Cómo definiría el concepto de confidencialidad en la atención del AM en el área de consulta externa?

¿Cree usted que sus áreas de trabajo proveen la privacidad requerida para la atención del AM en el área de consulta externa?

¿De qué manera asegura la confidencialidad de la información proporcionada por el AM en su atención en el área de consulta externa?

Comunicación

¿Qué características considera debe tener su comunicación en la atención del AM en el área de consulta externa?

De 10 AM atendidos por usted, ¿con cuántos considera que se presentan problemas de comunicación en su atención en consulta externa? ¿De qué tipo? ¿A qué se deben? ¿Cómo podría solucionarlos?

¿Qué estrategias para estimular la comunicación del AM utiliza en su atención?

¿Cómo puede ejercitar sus habilidades de comunicación para con los AM?

En promedio, ¿Cuánto dura en minutos la atención que usted otorga al AM? ¿Considera este tiempo suficiente?

¿Por qué destina ese tiempo? ¿Cuánto tiempo considera debería utilizarse para brindar atención a cada adulto mayor en el área de consulta externa?

III.II. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

Trato digno

- ¿Qué características considera debe tener su trato hacia el AM, en el área de consulta externa?
- ¿Considera que el AM es tratado con respeto por el personal de enfermería? ¿Por qué?
- ¿Cómo garantiza la privacidad de las examinaciones físicas y tratamientos del AM en el área de consulta externa?
- ¿Cómo considera que pueden mejorar su trato digno al AM en el área de consulta externa?
- ¿Qué acciones considera deberían efectuarse en la institución para mejorar el trato hacia el AM por parte de todos los prestadores de servicios?

Atención pronta

- ¿Considera que el tiempo que esperan los AM para recibir consulta en el área de consulta externa, desde que ingresan al hospital, es adecuado? ¿Qué podría hacer usted para mejorar?
- ¿Considera que los horarios de atención en consulta externa son adecuados para el AM? ¿Por qué? ¿Qué podría hacer ustedes para mejorar?
- ¿Hay alguna facilidad de pronta atención para el AM en la consulta externa que usted brinde? ¿En qué consiste?

Condiciones de las comodidades básicas

- ¿Considera limpias las instalaciones de la consulta externa? (Recepción, sala de espera, baños, consultorios y oficinas)
- ¿Considera seguras las instalaciones de la consulta externa?
- ¿Considera las instalaciones de la consulta externa, amplias y bien ventiladas?
- ¿Considera que la infraestructura, el mobiliario y el equipo de la consulta externa están adaptados a los AM?

Acceso a redes sociales de apoyo

- ¿Cuándo permite que los familiares acompañen al AM en su atención en consulta externa?
- ¿Consideran necesario incluir a los familiares en la toma de decisiones y tratamientos del AM en la atención que usted brinda en la consulta externa? ¿Qué requiere para hacer esto factible?

Capacidad de elección

- ¿Considera necesario que el AM pueda decidir qué personal de enfermería lo atienda cuando viene a solicitar atención? ¿Por qué?
- ¿Considera factible que el AM pueda decidir qué personal de enfermería lo atienda cuando viene a solicitar atención? ¿Por qué?
- ¿En qué cree que influya que el AM sea atendido por el mismo personal de enfermería cada que asiste a solicitar atención en consulta externa?

B) Sobre experiencias

- ¿Recuerda alguna experiencia positiva en la atención al AM que ustedes otorgan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvió? ¿Qué factores considera intervinieron en la experiencia para hacerla positiva? (personales, contextuales, del AM, etc.)
- ¿Recuerda alguna experiencia negativa en la atención al AM que ustedes otorgan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvió? ¿Qué factores considera intervinieron en la experiencia para hacerla negativa? (personales, contextuales, del AM, etc.)

NO OLVIDAR APLICAR PRIORIZACIÓN DE DOMINIOS

GRABAR TODAS SUS OBSERVACIONES, AMBIENTE, CONTEXTO, ESTADO FÍSICO DE LOS AM, INTERFERENCIAS.
CIERRE ENTREVISTA, AGRADECER EL APOYO, GRABAR HORA DE TÉRMINO DE ENTREVISTA

III. III. HOJA DE RUBROS B – COMPLEMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA; Y DE GRUPO FOCAL A MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO

FOLIO: _____

De acuerdo al tiempo que tiene para la atención del AM en consulta externa, de los siguientes rubros, marque con una X los que realiza o explora, los que considera debería usted realizar o explorar y los que considera importantes.

No.	Rubro	Se realizan o exploran	Considera deberían realizarse o explorarse	Considera importantes	Observaciones
1	Motivo al AM a hablar sobre su estado de salud				
2	Exploro la idea del origen o la causa o naturaleza del síntoma o la enfermedad				
3	Explico al AM sobre su problema, síntoma, enfermedad o estado de salud				
4	Explico al AM sobre el tratamiento que debe seguir				
5	Explico al AM sobre las indicaciones o cuidados que debe seguir				
6	Explico al AM los cambios que se llevarán a cabo en su tratamiento y el porqué de los mismos				
7	Explico al AM la evolución que puede seguir el síntoma o la enfermedad				
8	Motivo al AM a hablar sobre su alimentación y ejercicio				
9	Motivo al AM a hablar sobre su estado emocional				
10	Exploro las emociones o sentimientos del síntoma o enfermedad del AM				
11	Exploro las expectativas del AM sobre la consulta				
12	Exploro el estado de ánimo del AM				
13	Motivo al AM a hablar sobre su entorno familiar y social				
14	Exploro cómo el síntoma o enfermedad afecta al AM en su vida diaria, entorno socio-familiar o laboral				
15	Exploro posibles acontecimientos vitales estresantes para el AM				
16	Exploro factores de riesgo en el AM no relacionados con el motivo de consulta				
17	Exploro la realización de actividades preventivas por parte del AM no relacionadas con el motivo de consulta				
18	Exploro y aclaro las dudas que el AM pueda tener.				
19	Compruebo que el AM ha comprendido la información suministrada				
20	Consigo compromisos explícitos por parte del AM respecto al plan a seguir.				

III.IV GRÁFICO MODELOS DE AUTONOMÍA

1

La toma de decisiones sobre las intervenciones a seguir son delegadas voluntariamente por el adulto mayor a los proveedores de salud que lo atienden. El adulto mayor se encuentra informado por parte de los proveedores de salud sobre las diferentes opciones de tratamiento, sus riesgos y efectividad, y aún así opta porque sean estos últimos quienes tomen las decisiones.

2

Los proveedores de salud utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del adulto mayor y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados para restaurar la salud del adulto mayor o calmar su dolor. El médico da a la persona mayor información seleccionada y toma las decisiones sobre el tratamiento a seguir.



3

Los proveedores de salud informan sobre las diferentes opciones de tratamiento, riesgos y efectividad al adulto mayor, quien decide qué intervenciones tomará y cuáles descartará, con el fin de mejorar su salud.

4

Los proveedores de salud informan sobre las diferentes opciones de tratamiento, riesgos y efectividad al adulto mayor y entre ambos deciden qué intervenciones se tomarán y cuáles se descartarán, con el fin de mejorar la salud del adulto mayor.

III.V PRIORIZACIÓN DE DOMINIOS

FOLIO: _____

Por favor asigne un valor entre 1 y 8, para evaluar de manera personal cuál aspecto considera más importante, en la consulta de salud del AM. 8 es el más importante y 1 el menos importante. Los números no se pueden repetir.

Aspecto en la consulta de salud del AM	Valor
Ser tratado dignamente	
Tener autonomía de elección/decisión de tratamientos	
Que la información personal permanezca confidencial	
Ser atendido rápidamente	
Tener acceso a apoyo social durante el cuidado	
Que las comodidades básicas (baños, mobiliario, equipo, sala de espera) en el ambiente hospitalario sean de un mínimo aceptable. (En limpieza, seguridad, comodidad, amplitud)	
Poder elegir la institución de salud y el personal que quieren que les atienda	
Que el personal de salud se comunique de manera entendible y adecuada para el AM	

IV.I. GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA MÉDICOS INTERNO DE PREGRADO

Instrucciones:

1. Realizar la presentación formal del equipo de trabajo.
2. Leer el consentimiento informado para grupo focal en médicos internos con los participantes y proceder a su firma. Entregar una ficha informativa a cada participante.
3. Solicitar el llenado de la lista de asistencia al grupo focal y auxiliar a los participantes en su llenado.
4. Iniciar la grabación de audio (comprobar el correcto funcionamiento).
5. Iniciar el grupo focal tomando como guía las preguntas detonadoras.

Objetivo:

Recolectar información valiosa de informantes clave para la elaboración del diagnóstico sobre los procesos de atención en salud centrados en el adulto mayor, que se otorgan en el área de consulta externa del Hospital General de Temixco.

PREGUNTAS DETONADORAS

ANTES DE INICIAR: De acuerdo al tiempo que se tiene para la atención en consulta externa. De los siguientes rubros, marque con una X los que se realizan o exploran en el hospital y los que considera deberían realizarse o explorarse. (Ver hoja de rubros B)

A) Sobre los dominios de la Atención Centrada en la Persona

¿Han escuchado el término de Atención Centrada en la Persona?

[¿Dónde? ¿En qué consiste? ¿Cuáles son los dominios que la integran?]

Autonomía

¿Cómo definirían el concepto de autonomía del AM en la consulta que se brinda en el área de consulta externa? Voy a mostrarles un gráfico que ejemplifica los 4 modelos existentes de autonomía (Gráfico Modelos de Autonomía). En el gráfico identifiquen por favor:

- El modelo actual que se utiliza dentro de la consulta médica en el área de consulta externa para los adultos mayores ¿Por qué eligieron ese modelo?
- El modelo que consideran, dado el contexto actual del establecimiento de salud, se debe utilizar dentro de la consulta médica para los adultos mayores ¿Por qué eligieron ese modelo? ¿Qué se requiere para implementarlo?

¿Consideran que el AM puede participar en el proceso de toma de decisiones que se realiza en la consulta? ¿De qué manera considera pueden participar? ¿Qué apoyos requerirían para su participación?

¿Qué tanto ustedes involucran a la familia del AM en la toma de decisiones?

¿De qué manera promueven/podrían promover usted la autonomía del AM en la consulta médica?

Confidencialidad

¿Cómo definirían el concepto de confidencialidad en la consulta del AM que se brinda en el área de consulta externa?

¿Creen ustedes que los consultorios proveen la privacidad requerida para la consulta del AM?

¿De qué manera ustedes aseguran la confidencialidad de la información proporcionada por el AM en la consulta?

Comunicación

¿Qué características consideran debe tener su comunicación con el AM en la consulta?

¿Qué características considera debe tener su comunicación con el AM en la consulta?

De 10 AM atendidos por usted ¿con cuántos considera que se presentan problemas de comunicación en la consulta? ¿De qué tipo? ¿A qué se deben? ¿Cómo los podría solucionar?

¿Qué estrategias para estimular la comunicación del AM utiliza en la consulta?

¿Cómo cree que podría ejercitar sus habilidades de comunicación para con los AM?

En promedio, ¿Cuánto dura en minutos la consulta que usted brinda al AM? ¿Considera este tiempo suficiente?

¿Por qué destina ese tiempo? ¿Cuánto tiempo usted asignaría a brindar consulta del AM?

IV.I. GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA MÉDICOS INTERNO DE PREGRADO

Trato digno

- ¿Qué características consideran debe tener su trato hacia el AM en la consulta?
- ¿Consideran que el AM es tratado con respeto por el personal médico? ¿Por qué?
- ¿Cómo garantizan la privacidad de las examinaciones físicas y tratamientos del AM?
- ¿Cómo consideran que puede mejorar su trato hacia el AM en la consulta externa?
- ¿Qué acciones considera deberían efectuarse en la institución para mejorar el trato hacia el AM por parte de todos los prestadores de servicios?

Atención pronta

- ¿Consideran que el tiempo que esperan los AM para recibir consulta en el área de consulta externa, desde que ingresan al hospital, es adecuado? ¿Qué podrían hacer usted para mejorar?
- ¿Consideran que los horarios de atención en consulta externa son adecuados para el AM? ¿Por qué? ¿Qué podrían hacer ustedes para mejorar?
- ¿Hay alguna facilidad de pronta atención para el AM que ustedes otorguen en la consulta externa? ¿En qué consiste?

Condiciones de las comodidades básicas

- ¿Consideran limpias las instalaciones de la consulta externa? (Recepción, sala de espera, baños, consultorios y oficinas)
- ¿Consideran seguras las instalaciones de la consulta externa?
- ¿Consideran las instalaciones de la consulta externa, amplias y bien ventiladas?
- ¿Consideran que la infraestructura, el mobiliario y el equipo de la consulta externa están adaptados a los AM?

Acceso a redes sociales de apoyo

- ¿Cuándo permiten que los familiares entren a consulta con el AM?
- ¿Consideran necesario incluir a los familiares en la toma de decisiones y tratamientos del AM en la atención de consulta externa que ustedes brindan? ¿Qué se requiere para hacer esto factible?

Capacidad de elección

- ¿Consideran necesario que el AM pueda decidir qué médico lo atienda cuando viene a consulta? ¿Por qué?
- ¿Consideran factible que el AM pueda decidir qué médico lo atiende cuando viene a consulta? ¿Por qué?
- ¿En qué creen que influya que el AM sea atendido por el mismo personal médico cada que asiste a consulta?

B) Sobre experiencias

- ¿Recuerdan alguna experiencia positiva en la atención al AM que ustedes brindan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvieron? ¿Qué factores consideran intervinieron en la experiencia para hacerla positiva? (personales, contextuales, del AM, etc.)
- ¿Recuerdan alguna experiencia negativa en la atención al AM que ustedes brindan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvieron? ¿Qué factores consideran intervinieron en la experiencia para hacerla negativa? (personales, contextuales, del AM, etc.)

NO OLVIDAR APLICAR PRIORIZACIÓN DE DOMINIOS

GRABAR TODAS SUS OBSERVACIONES, AMBIENTE, CONTEXTO, ESTADO FÍSICO DE LOS AM, INTERFERENCIAS.
CIERRE ENTREVISTA, AGRADECER EL APOYO, GRABAR HORA DE TÉRMINO DE ENTREVISTA

IV. II. GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA ADULTOS MAYORES

Instrucciones:

1. Realizar la presentación formal del equipo de trabajo.
2. Leer el consentimiento informado para grupo focal en adultos mayores junto con los participantes y proceder a su firma. Entregar una ficha informativa a cada participante.
3. Solicitar el llenado de la lista de asistencia al grupo focal y auxiliar a los participantes en su llenado.
4. Iniciar la grabación de audio (comprobar el correcto funcionamiento).
5. Iniciar el grupo focal tomando como guía las preguntas detonadoras.
6. Se propone a los participantes recordar la última vez que acudió a consulta al hospital, y se preguntará acerca de los recuerdos que guarda de esta experiencia.

Objetivo: Recolectar información valiosa de informantes clave para la elaboración del diagnóstico sobre los procesos de atención en salud centrados en el adulto mayor, que se otorgan en el área de consulta externa del Hospital General de Temixco.

PREGUNTAS DETONADORAS

A) Acceso a consulta externa del hospital

Quando requieren una cita para consulta externa, ¿Les otorgaron la cita tan rápido como ustedes la requerían?

¿En promedio, cuántos días pasan entre que les agendan la cita y el día de la consulta?

En el proceso para pasar a consulta (ir a recepción, archivo, toma de signos, sala de espera), ¿Cuál es el área o departamento de la consulta externa donde se tardan más? ¿A qué creen que se deba? [¿Cuál paso consideran genera más problemas?] ¿Qué se podría hacer para mejorar?

¿Acuden solos o con algún acompañante? ¿Cómo consideran el tiempo de espera en el hospital para recibir consulta? ¿Qué se podría hacer para mejorar?

¿Qué opinan de los horarios y días de atención que maneja el área de consulta externa del hospital? ¿En qué horarios acuden a consulta? El turno y horario ¿Ustedes lo eligieron? ¿Tienen algún problema con el turno y horario en el que acuden a consulta regularmente?

B) Recepción

Si pudieran decidir cada vez que viene al hospital con cuál médico y enfermera pasar a consulta/toma de signos, ¿lo harían? ¿Por qué?

¿En algún momento han requerido solicitar el cambio del personal médico y de enfermería que les atienden? ¿Por qué?

C) Condiciones generales de la consulta externa

Consideran las instalaciones de la consulta externa... ¿limpias? ¿Seguras? ¿Amplias y bien ventiladas? (Recepción, sala de espera, baños, consultorios y oficinas)

¿Consideran que el mobiliario del hospital en el área de consulta externa es adecuado para ustedes?

¿Qué se podría hacer para mejorar?

e) Sala de espera

¿Cuánto tiempo en minutos aproximadamente esperan después de la hora de consulta en que los citan? ¿Qué opinan de este tiempo de espera?

f) Consulta/Toma de signos

¿Se les permite a sus acompañantes estar presentes en la consulta/toma de signos? ¿Consideran esto importante? ¿Por qué?

¿Consideran suficiente el tiempo asignado actualmente para la consulta médica/toma de signos? ¿Cuánto sería el adecuado? ¿Por qué?

¿Cómo describirían la comunicación del personal médico y de enfermería para con ustedes en la consulta/toma de signos? ¿Cómo sugieren que deba ser?

¿Han tenido problemas de comunicación con el personal médico/de enfermería en la consulta/toma de signos? ¿De qué tipo?

¿Cómo consideran el trato del personal médico y de enfermería que los atienden? ¿Cómo sugieren que debería ser el trato al AM?

IV. II. GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA ADULTOS MAYORES

Cuando van a consulta, ¿consideran que el personal médico y de enfermería mantienen su información personal confidencial? (Que nadie que usted no quiera no sepa de su condición de salud)

¿Creen que los consultorios respetan la privacidad para que nadie más escuche lo que ustedes hablan con su médico/enfermera?

Cuando les hacen revisiones físicas o en tratamiento, ¿Sienten que se respeta la privacidad de su cuerpo?

De los siguientes temas ¿Cuáles se hablan en la consulta médica? y ¿Cuáles les gustaría que se hablaran durante la consulta médica en consulta externa? (Ver hoja de rubros C)

¿Quién toma las decisiones acerca de su tratamiento, exámenes, vías de administración o estudios sugeridos por lo médicos para hacerse?

¿El personal médico y de enfermería les han dado información sobre diversas opciones de tratamiento, de acuerdo a lo que ustedes prefiere?

¿Se les pregunta si están de acuerdo antes de probar o comenzar tratamientos nuevos o hacerse exámenes o estudios, o utilizar cierta vía de administración?

¿Consideran que el personal médico y de enfermería los involucran como ustedes quisieran en la toma de decisiones sobre tratamientos, exámenes o estudios? ¿De qué manera les gustaría ser involucrados o son involucrados?

g) Otros

Si tuvieran la posibilidad de elegir en dónde atenderse, ¿Irían a otro lado? ¿Cuál? ¿Por qué?

¿En qué sugiere se capacite el personal de salud para brindarle mejor atención?

¿Qué sugerencias harían en torno a la atención brindada a los pacientes AM en el área de consulta externa del hospital?

NOTA: REALIZAR PRIORIZACIÓN DE DOMINIOS CON LAS TARJETAS DE DOMINIOS ACP

GRABAR TODAS SUS OBSERVACIONES, AMBIENTE, CONTEXTO, ESTADO FÍSICO DE LOS AM, INTERFERENCIAS.

CIERRE GRUPO FOCAL, AGRADECER EL APOYO, GRABAR HORA DE TÉRMINO DE GRUPO FOCAL

IV. III. HOJA DE RUBROS C - COMPLEMENTO DE GRUPO FOCAL A AM

Folio: _____

De los siguientes temas, ¿cuáles se hablan en la consulta médica? y ¿Cuáles le gustaría que se hablaran durante la consulta médica en consulta externa?

No.	Rubro	Se habla en la consulta	Le gustaría se hablaran	Considera importantes	Observaciones
1	Que usted hable sobre su estado de salud				
2	Que usted hable sobre las causas de su enfermedad/dolencia				
3	Que el médico/enfermera le explique sobre su problema, síntoma, enfermedad o estado de salud				
4	Que el médico/enfermera le explique sobre el tratamiento que usted debe seguir				
5	Que el médico/enfermera le explique sobre las indicaciones o cuidados que usted debe seguir				
6	Que el médico le explique los cambios que se llevarán a cabo en su tratamiento y el porqué de los mismos.				
7	Que el médico/enfermera le explique la evolución que puede tomar su dolencia o enfermedad				
8	Que usted hable sobre la alimentación y ejercicio que lleva a cabo				
9	Que usted hable sobre su estado emocional actual				
10	Que usted hable sobre los sentimientos o emociones que le causa la dolencia o enfermedad				
11	Que usted hable sobre lo que espera de la consulta				
12	Que el médico/enfermera le pregunte sobre su estado de ánimo				
13	Que usted hable sobre su entorno familiar y social				
14	Que usted hable sobre cómo su enfermedad o dolencia le ha afectado en su vida diaria				

IV. III. HOJA DE RUBROS C - COMPLEMENTO DE GRUPO FOCAL A AM

Folio: _____

15	Que usted hable sobre lo que le estresa				
16	Que usted hable sobre el estilo de vida que lleva				
17	Que usted hable sobre acciones de salud que realizó y no están relacionadas con la consulta médica				
18	Que el médico/enfermera explore y aclare las dudas que el AM pueda tener.				
19	Que el médico/enfermera compruebe que usted ha comprendido la información que se le ha dado				
20	Que se establezcan compromisos del plan a seguir para que su estado de salud mejore				

IV. IV. TARJETAS DE DOMINIOS ACP

Folio: _____

Voy a mostrarles ocho tarjetas que contienen cada una de ellas un elemento importante en la atención de la consulta externa para los AM (Tarjetas Dominios ACP). La primera es... (Se leen todas las tarjetas con su definición). **No hay respuestas buenas ni malas, sólo se trata de saber sus opiniones. ¿Podrían decirme cuál de estos ocho elementos es el más importante para usted? (Mostrar las tarjetas) ¿Cuál es el siguiente más importante?... De estos ocho elementos... ¿_____ sería el menos importante?**

Orden de importancia	Elemento
1 (Más importante)	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8 (Menos importante)	

IV. IV. TARJETAS DE DOMINIOS ACP

Folio: _____

TRATO DIGNO Significa: - Ser tratado con respeto. - Que los exámenes físicos sean realizados en privado.	AUTONOMÍA Significa: - Ser involucrado en decidir su tratamiento si usted quiere. - Que el personal de salud pida su permiso antes de empezar estudios o tratamientos.
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL Significa: - Que su expediente sea mantenido confidencial. - Que las pláticas con el personal de salud sean privadas, de manera que las personas que no quiera que escuchen, no puedan hacerlo.	ATENCIÓN PRONTA Significa: - Que haya una distancia y tiempo de viaje razonable de su casa al hospital. - Que espere poco para recibir consulta, con o sin cita.

IV. IV. TARJETAS DE DOMINIOS ACP

Folio: _____

ALREDEDORES Y AMBIENTE Incluye: - Tener suficiente espacio, asientos suficientes y aire fresco en la sala de espera. - Que el lugar se encuentre limpio (Incluyendo baños).	ELECCIÓN Significa: - Poder elegir al personal de salud y de enfermería que lo atienda. - Poder elegir ir a otro establecimiento de salud para que lo atiendan, si usted así lo quiere
APOYO SOCIAL Significa: - Que su familiar o redes de apoyo participen en la consulta médica, si usted así lo requiere.	COMUNICACIÓN Significa: - Que el personal médico y de enfermería lo escuche atentamente. - Que el personal médico y de enfermería le explique cosas de manera entendible para usted. - Que usted tenga tiempo de preguntar en caso de dudas.

V. I. INFORMACIÓN A RECOLECTAR EN FUENTES SECUNDARIAS

A) Descripción del área de influencia del Hospital General de Temixco	
Tipo de información	Fuente
Ubicación geográfica en el municipio; clima y temperatura; superficie y división geopolítica.	INEGI, SSM
Colonias y localidades.	INEGI, SEDESOL, SSM
Demografía de la población: pirámide poblacional y evolución; envejecimiento poblacional y evolución; entre otros.	INEGI, COESPO
Instituciones y establecimientos de salud presentes en el área de influencia: tipo, servicios prestados, características generales, camas instaladas por servicio, actividades y ubicación.	INEGI, DGIS, SSM
Personal de salud por categoría profesional y sexo.	DGIS, SSM
Características sociodemográficas y de salud de los AM en el área de influencia del hospital	INEGI, INAPAM, COESPO, SSM, DGIS

B) Descripción del Hospital General de Temixco	
Tipo de información	Fuente
Ubicación geográfica en el área de influencia	INEGI, SSM
Servicios con los que cuenta (con énfasis en los que brinda al AM)	SSM
Utilización por áreas (hospitalización, consulta externa, urgencias, área quirúrgica, con énfasis en la utilización por el AM) y por especialidades. % de utilización por el AM	SSM
Principales motivos de consulta por áreas, con énfasis en los motivos de consulta del AM.	SSM
Personal de salud por categoría profesional, área, turno y sexo; con énfasis en el personal de salud que atiende a AM	SSM
Derechohabiencia, con énfasis en la población AM	SSM
Estadísticas de morbilidad y mortalidad, con énfasis en la población AM	SSM, DGIS
Características sociodemográficas y de salud de los AM que acuden a solicitar atención de salud	SSM
Clima organizacional	PTP Clima organizacional
Indicadores de calidad de la atención	DGCES

V. I. INFORMACIÓN A RECOLECTAR EN FUENTES SECUNDARIAS

C) Descripción del área de consulta externa del Hospital General de Temixco	
Tipo de información	Fuente
Principales motivos de atención al AM en el área	SSM
Personal de salud del área de consulta externa que atiende a AM por categoría profesional, área, turno y sexo	SSM
Tiempo de trabajar en el área del personal de salud de consulta externa	SSM
Tipo de contrato del personal de salud en el área	SSM
Demanda de atención de la población por servicio y turnos en consulta externa	SSM
Morbilidad en el área de consulta externa	SSM
Información estadística de continuidad de la atención en consulta externa	SSM
Derechohabiencia de los AM que acuden a consulta externa	SSM
Indicadores de tiempo de espera en consulta externa	SSM
Características sociodemográficas y de salud de los AM que reciben atención en consulta externa	SSM

ANEXO 2: Comparativa de preguntas realizadas por tipo de informante y códigos utilizados para su análisis

Tabla comparativa de preguntas por dominio, tipo de informante y códigos utilizados para su análisis				
I. Atención centrada en la persona				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Definición	¿Ha escuchado el término de Atención Centrada en la Persona? ¿Dónde lo escuchó? ¿En qué consiste?	¿Ha escuchado el término de Atención Centrada en la Persona? ¿Dónde lo escuchó? ¿En qué consiste?	¿Han escuchado el término de Atención Centrada en la Persona? ¿Dónde? ¿En qué consiste?	
b) Dominios de ACP	¿Cuáles son los dominios que la integran?	¿Cuáles son los dominios que la integran?	¿Cuáles son los dominios que la integran?	
II.- Autonomía				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Definición	¿Cómo definiría el concepto de autonomía del AM en la consulta que brinda en el área de consulta externa?	¿Cómo definiría el concepto de autonomía del AM en la atención que usted le brinda en el área de consulta externa?	¿Cómo definirían el concepto de autonomía del AM en la consulta que se brinda en el área de consulta externa?	
b) Involucramiento del AM en la toma de decisiones (recibir información y tomar decisiones)	¿Considera que el AM puede participar en el proceso de toma de decisiones que se realiza en la consulta? ¿De qué manera considera pueden participar? ¿Qué apoyos requerirían para su participación?	¿Considera que los AM pueden participar en el proceso de toma de decisiones que realiza su atención? ¿De qué manera considera pueden participar? ¿Qué apoyos requeriría para su participación?	¿Consideran que el AM puede participar en el proceso de toma de decisiones que se realiza en la consulta? ¿De qué manera considera pueden participar? ¿Qué apoyos requerirían para su participación?	¿Consideran que el personal médico y de enfermería los involucran como ustedes quisieran en la toma de decisiones sobre tratamientos, exámenes o estudios? ¿De qué manera les gustaría ser involucrados o son involucrados?
c) Involucramiento familiar en la toma de decisiones (recibir información y tomar decisiones)	¿Qué tanto usted involucra a la familia del AM en la toma de decisiones? ¿De qué manera? ¿Considera necesario incluir a los familiares en la toma de decisiones y tratamientos del AM en la atención de consulta externa que usted brinda? ¿Qué se requiere para hacer esto factible?	¿Qué tanto involucra a la familia en la toma de decisiones? ¿De qué manera? ¿Consideran necesario incluir a los familiares en la toma de decisiones y tratamientos del AM en la atención que usted brinda en la consulta externa? ¿Qué requiere para hacer esto factible?	¿Qué tanto ustedes involucran a la familia del AM en la toma de decisiones? ¿Consideran necesario incluir a los familiares en la toma de decisiones y tratamientos del AM en la atención de consulta externa que ustedes brindan? ¿Qué se requiere para hacer esto factible?	

Tabla comparativa de preguntas por dominio, tipo de informante y códigos utilizados para su análisis (Cont.)

d) Modelos de autonomía	Voy a mostrarle un gráfico que ejemplifica los 4 modelos existentes de autonomía En el gráfico identifique por favor: El modelo actual que utiliza dentro de la consulta médica en el área de consulta externa para los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo? El modelo que considera, dado el contexto actual del establecimiento de salud, debe utilizar dentro de la consulta médica para los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo? ¿Qué se requiere para implementarlo?	Voy a mostrarle un gráfico que ejemplifica los 4 modelos existentes de autonomía. En el gráfico, identifique por favor: El modelo actual, que utiliza con los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo? El modelo que considera, dado el contexto actual del establecimiento de salud, debe utilizar con los adultos mayores ¿Por qué eligió ese modelo? ¿Qué requiere para implementarlo?	Voy a mostrarles un gráfico que ejemplifica los 4 modelos existentes de autonomía. En el gráfico identifiquen por favor: El modelo actual que se utiliza dentro de la consulta médica en el área de consulta externa para los adultos mayores ¿Por qué eligieron ese modelo? El modelo que consideran, dado el contexto actual del establecimiento de salud, se debe utilizar dentro de la consulta médica para los adultos mayores ¿Por qué eligieron ese modelo? ¿Qué se requiere para implementarlo?	¿Quién toma las decisiones acerca de su tratamiento, exámenes, vías de administración o estudios sugeridos por lo médicos para hacerse? ¿El personal médico y de enfermería les han dado información sobre diversas opciones de tratamiento, de acuerdo a lo que ustedes prefiere? ¿Se les pregunta si están de acuerdo antes de probar o comenzar tratamientos nuevos o hacerse exámenes o estudios, o utilizar cierta vía de administración?
e) Promoción individual de la autonomía	¿De qué manera promueve/podría promover usted la autonomía del AM en la consulta médica?	¿De qué manera promueve/podría promover la autonomía del AM en su atención en el área de consulta externa?	¿De qué manera promueven/podrían promover usted la autonomía del AM en la consulta médica?	
III.- Confidencialidad de la información				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Definición	¿Cómo definiría el concepto de confidencialidad en la consulta del AM que brinda en el área de consulta externa?	¿Cómo definiría el concepto de confidencialidad en la atención del AM en el área de consulta externa?	¿Cómo definirían el concepto de confidencialidad en la consulta del AM que se brinda en el área de consulta externa?	Cuando van a consulta, ¿consideran que el personal médico y de enfermería mantienen su información personal confidencial? (Que nadie que usted no quiera no sepa de su condición de salud)
b) Comunicación "privilegiada"	¿De qué manera usted asegura la confidencialidad de la información proporcionada por el AM en la consulta?	¿De qué manera asegura la confidencialidad de la información proporcionada por el AM en su atención en el área de consulta externa?	¿De qué manera ustedes aseguran la confidencialidad de la información proporcionada por el AM en la consulta?	

Tabla comparativa de preguntas por dominio, tipo de informante y códigos utilizados para su análisis (Cont.)				
c) Infraestructura	¿Cree usted que los consultorios proveen la privacidad requerida para la consulta del AM?	¿Cree usted que sus áreas de trabajo proveen la privacidad requerida para la atención del AM en el área de consulta externa?	¿Creen ustedes que los consultorios proveen la privacidad requerida para la consulta del AM?	¿Creen que los consultorios respetan la privacidad para que nadie más escuche lo que ustedes hablan con su médico/enfermera?
IV.- Claridad de la comunicación				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Características	¿Qué características considera debe tener su comunicación con el AM en la consulta?	¿Qué características considera debe tener su comunicación en la atención del AM en el área de consulta externa?	¿Qué características consideran debe tener su comunicación con el AM en la consulta?	¿Cómo describirían la comunicación del personal médico y de enfermería para con ustedes en la consulta/toma de signos? ¿Cómo sugieren que deba ser?
b) Diagnóstico	De 10 AM atendidos por usted ¿con cuántos considera que se presentan problemas de comunicación en la consulta? ¿De qué tipo? ¿A qué se deben? ¿Cómo los podría solucionar?	De 10 AM atendidos por usted, ¿con cuántos considera que se presentan problemas de comunicación en su atención en consulta externa? ¿De qué tipo? ¿A qué se deben? ¿Cómo podría solucionarlos?	De 10 AM atendidos por usted ¿con cuántos consideran que se presentan problemas de comunicación en la consulta? ¿De qué tipo? ¿A qué se deben? ¿Cómo los podrían solucionar?	¿Han tenido problemas de comunicación con el personal médico/de enfermería en la consulta/toma de signos? ¿De qué tipo?
c) Tiempo para entender síntomas, escucha y preguntas/respuestas de dudas.	En promedio, ¿Cuánto dura en minutos la consulta que usted brinda al AM? ¿Considera este tiempo suficiente? ¿Por qué destina ese tiempo? ¿Cuánto tiempo usted asignaría a brindar consulta del AM?	En promedio, ¿Cuánto dura en minutos la atención que usted otorga al AM? ¿Considera este tiempo suficiente? ¿Por qué destina ese tiempo? ¿Cuánto tiempo considera debería utilizarse para brindar atención a cada adulto mayor en el área de consulta externa?	En promedio, ¿Cuánto dura en minutos la consulta que ustedes brindan al AM? ¿Consideran este tiempo suficiente? ¿Por qué destinan ese tiempo? ¿Cuánto tiempo ustedes asignarían a brindar consulta del AM?	¿Consideran suficiente el tiempo asignado actualmente para la consulta médica/toma de signos? ¿Cuánto sería el adecuado? ¿Por qué?
d) Entrenamiento de habilidades	¿Qué estrategias para estimular la comunicación del AM utiliza en la consulta? ¿Cómo cree que podría ejercitar sus habilidades de comunicación para con los AM?	¿Qué estrategias para estimular la comunicación del AM utiliza en su atención? ¿Cómo puede ejercitar sus habilidades de comunicación para con los AM?	¿Qué estrategias para estimular la comunicación del AM utilizan en la consulta? ¿Cómo creen que podría ejercitar sus habilidades de comunicación para con los AM?	¿En qué sugiere se capacite el personal de salud para brindarle mejor atención?

Tabla comparativa de preguntas por dominio, tipo de informante y códigos utilizados para su análisis (Cont.)				
V.- Trato digno				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Características	¿Qué características considera debe tener su trato hacia el AM en la consulta?	¿Qué características considera debe tener su trato hacia el AM, en el área de consulta externa?	¿Qué características consideran debe tener su trato hacia el AM en la consulta?	¿Cómo consideran el trato del personal médico y de enfermería que los atienden?
b) Percepción del trato	¿Considera que el AM es tratado con respeto por el personal médico? ¿Por qué?	¿Considera que el AM es tratado con respeto por el personal de enfermería? ¿Por qué?	¿Consideran que el AM es tratado con respeto por el personal médico? ¿Por qué?	
c) Privacidad durante exámenes médicos	¿Cómo garantiza la privacidad de las exámenes físicos y tratamientos del AM?	¿Cómo garantiza la privacidad de las exámenes físicos y tratamientos del AM en el área de consulta externa?	¿Cómo garantizan la privacidad de las exámenes físicos y tratamientos del AM?	¿Cuándo les hacen revisiones físicas o en tratamiento, sienten que se respeta la privacidad de su cuerpo?
d) Mejoras	¿Cómo considera que puede mejorar su trato hacia el AM en la consulta externa? ¿Qué acciones considera deberían efectuarse en la institución para mejorar el trato hacia el AM por parte de todos los prestadores de servicios?	¿Cómo considera que pueden mejorar su trato digno al AM en el área de consulta externa? ¿Qué acciones considera deberían efectuarse en la institución para mejorar el trato hacia el AM por parte de todos los prestadores de servicios?	¿Cómo consideran que puede mejorar su trato hacia el AM en la consulta externa? ¿Qué acciones considera deberían efectuarse en la institución para mejorar el trato hacia el AM por parte de todos los prestadores de servicios?	¿Cómo sugieren que debería ser el trato al AM?

Tabla comparativa de preguntas por dominio, tipo de informante y códigos utilizados para su análisis (Cont.)

VI.- Atención pronta				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Diagnóstico: Cortos periodos de espera para tratamientos, tiempos y procedimientos convenientes para el acceso a servicios.	¿Considera que el tiempo que esperan los AM para recibir consulta en el área de consulta externa, desde que ingresan al hospital, es adecuado? ¿Considera que los horarios de atención en consulta externa son adecuados para el AM? ¿Por qué? ¿Hay alguna facilidad de pronta atención para el AM que usted otorgue en la consulta externa? ¿En qué consiste?	¿Considera que el tiempo que esperan los AM para recibir consulta en el área de consulta externa, desde que ingresan al hospital, es adecuado? ¿Considera que los horarios de atención en consulta externa son adecuados para el AM? ¿Por qué?	¿Consideran que el tiempo que esperan los AM para recibir consulta en el área de consulta externa, desde que ingresan al hospital, es adecuado? ¿Consideran que los horarios de atención en consulta externa son adecuados para el AM? ¿Por qué?	Cuando requieren una cita para consulta externa, ¿Les otorgaron la cita tan rápido como ustedes la requerían? ¿En promedio, cuántos días pasan entre que les agendan la cita y el día de la consulta? En el proceso para pasar a consulta (ir a recepción, archivo, toma de signos, sala de espera), ¿Cuál es el área o departamento de la consulta externa donde se tardan más? ¿A qué creen que se deba? ¿Cuál paso consideran genera más problemas? ¿Acuden solos o con algún acompañante? ¿Cómo consideran el tiempo de espera en el hospital para recibir consulta? ¿Qué opinan de los horarios y días de atención que maneja el área de consulta externa del hospital? ¿En qué horarios acuden a consulta? El turno y horario ¿Ustedes lo eligieron? ¿Tienen algún problema con el turno y horario en el que acuden a consulta regularmente? ¿Cuánto tiempo en minutos aproximadamente esperan después de la hora de consulta en que los citan? ¿Qué opinan de este tiempo?
b) Mejoras	¿Qué podría hacer usted para mejorar? (Tiempo de espera y horarios de atención)	¿Qué podría hacer usted para mejorar? (Tiempo de espera y horarios de atención)	¿Qué podrían hacer ustedes para mejorar? (Tiempo de espera y horarios de atención)	¿Qué se podría hacer para mejorar? (Tiempos de espera y procesos para pasar a consulta)

Tabla comparativa de preguntas por dominio, tipo de informante y códigos utilizados para su análisis (Cont.)

VII.- Condiciones de las comodidades básicas				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Instalaciones limpias (incluye mantenimiento regular)	¿Considera limpias las instalaciones de la consulta externa? (Recepción, sala de espera, consultorios y oficinas)	¿Considera limpias las instalaciones de la consulta externa? (Recepción, sala de espera, consultorios y oficinas)	¿Consideran limpias las instalaciones de la consulta externa? (Recepción, sala de espera, consultorios y oficinas)	Consideran las instalaciones de la consulta externa... ¿limpias? (Recepción, sala de espera, consultorios y oficinas)
b) Mobiliario adecuado	¿Considera que la infraestructura, el mobiliario y el equipo de la consulta externa están adaptados a los AM?	¿Considera que la infraestructura, el mobiliario y el equipo de la consulta externa están adaptados a los AM?	¿Consideran que la infraestructura, el mobiliario y el equipo de la consulta externa están adaptados a los AM?	¿Consideran que el mobiliario del hospital en el área de consulta externa es adecuado para ustedes? ¿Qué se podría hacer para mejorar?
c) Ventilación suficiente	¿Considera las instalaciones de la consulta externa bien ventiladas?	¿Considera las instalaciones de la consulta externa bien ventiladas?	¿Consideran las instalaciones de la consulta externa bien ventiladas?	Consideran las instalaciones de la consulta externa... ¿Bien ventiladas? (Recepción, sala de espera, baños, consultorios y oficinas)
d) Espacio suficiente	¿Considera las instalaciones de la consulta externa, amplias?	¿Considera las instalaciones de la consulta externa, amplias?	¿Consideran las instalaciones de la consulta externa, amplias?	Consideran las instalaciones de la consulta externa... ¿amplias? (Recepción, sala de espera, baños, consultorios y oficinas)
e) Baños limpios	¿Considera limpios los baños?	¿Considera limpios los baños?	¿Consideran limpios los baños?	¿Consideran limpios los baños?
VIII.- Acceso a redes sociales de apoyo				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Acompañamiento de familiares en la consulta	¿Cuándo permite que los familiares entren a consulta con el AM?	¿Cuándo permite que los familiares acompañen al AM en su atención en consulta externa?	¿Cuándo permiten que los familiares entren a consulta con el AM?	¿Se les permite a sus acompañantes estar presentes en la consulta/toma de signos? ¿Consideran esto importante? ¿Por qué?
IX.- Capacidad de elección				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Elección de la institución				Si tuvieran la posibilidad de elegir en dónde atenderse, ¿Irían a otro lado? ¿Cuál? ¿Por qué?

Tabla comparativa de preguntas por dominio, tipo de informante y códigos utilizados para su análisis (Cont.)				
b) Elección de los profesionales	¿Considera necesario que el AM pueda decidir qué médico lo atiende cuando viene a consulta? ¿Por qué? ¿Considera factible que el AM pueda decidir qué médico lo atiende cuando viene a consulta? ¿Por qué? ¿En qué cree que influya que el AM sea atendido por el mismo personal médico cada que asiste a consulta?	¿Considera necesario que el AM pueda decidir qué personal de enfermería lo atiende cuando viene a solicitar atención? ¿Por qué? ¿Considera factible que el AM pueda decidir qué personal de enfermería lo atiende cuando viene a solicitar atención? ¿Por qué? ¿En qué cree que influya que el AM sea atendido por el mismo personal de enfermería cada que asiste a solicitar atención en consulta externa?	¿Consideran necesario que el AM pueda decidir qué médico lo atiende cuando viene a consulta? ¿Por qué? ¿Consideran factible que el AM pueda decidir qué médico lo atiende cuando viene a consulta? ¿Por qué? ¿En qué creen que influya que el AM sea atendido por el mismo personal médico cada que asiste a consulta?	Si pudieran decidir cada vez que viene al hospital con cuál médico y enfermera pasar a consulta/toma de signos, ¿lo harían? ¿Por qué? ¿En algún momento han requerido solicitar el cambio del personal médico y de enfermería que les atienden? ¿Por qué?
X.- Experiencias en la atención a AM				
Subtema/Código	Pregunta personal médico	Pregunta personal de enfermería	Pregunta médicos internos de pregrado	Preguntas adultos mayores
a) Positivas	¿Recuerda alguna experiencia positiva en la atención al AM que usted brinda? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvió? ¿Qué factores considera intervinieron en la experiencia para hacerla positiva? (personales, contextuales, del AM, etc.)	¿Recuerda alguna experiencia positiva en la atención al AM que ustedes otorgan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvió? ¿Qué factores considera intervinieron en la experiencia para hacerla positiva? (personales, contextuales, del AM, etc.)	¿Recuerdan alguna experiencia positiva en la atención al AM que ustedes brindan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvieron? ¿Qué factores consideran intervinieron en la experiencia para hacerla positiva? (personales, contextuales, del AM, etc.)	
b) Negativas	¿Recuerda alguna experiencia negativa en la atención al AM que usted brinda? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvió? ¿Qué factores considera intervinieron en la experiencia para hacerla negativa? (personales, contextuales, del AM, etc.)	¿Recuerda alguna experiencia negativa en la atención al AM que ustedes otorgan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvió? ¿Qué factores considera intervinieron en la experiencia para hacerla negativa? (personales, contextuales, del AM, etc.)	¿Recuerdan alguna experiencia negativa en la atención al AM que ustedes brindan? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo resolvieron? ¿Qué factores consideran intervinieron en la experiencia para hacerla negativa? (personales, contextuales, del AM, etc.)	
Fuente: Elaboración propia				

**Manual para la implementación de la
intervención psicoeducativa sobre
atención centrada en el adulto mayor para
personal médico y de enfermería de la
consulta externa en el Hospital General de
Temixco**

Agosto 2016

Hospital General de Temixco “Enf. María de la Luz Delgado Morales”
Av. Independencia, #120, Col. Rubén Jaramillo
C.P. 62587, Temixco, Morelos.
Tel: 01 (777) 32 69 478
Correo electrónico: hqtemixco@hotmail.com

Contenido

Presentación	3
Introducción.....	4
Encuadre general de la intervención	6
Sesión 1	10
Sesión 2	17
Sesión 3	26
Sesión 4	31
Sesión 5	40
Sesión 6	47
Sesión 7	54
Carta descriptiva	54
Sesión 8	58
Sesión 9	63
Sesión 10	68
Sesión 11	70
Sesión 12	73
Evaluación general.....	78
Referencias bibliográficas	79

Presentación

La modificación de la conducta es una disciplina aplicada de la Psicología cuyo objetivo es el cambio del comportamiento humano. En Salud Pública es considerada como una herramienta muy útil y costo-efectiva para la promoción de comportamientos saludables, la disminución de comportamientos de riesgo y la mejora de la calidad de la atención, al influir en comportamientos relacionados con procesos, procedimientos, comunicación organizacional y relación médico-paciente, entre otros.

El Hospital General de Temixco se reconoce como un hospital comprometido con la mejora de la calidad de la atención. Por ello, en febrero del 2016 se autorizó el desarrollo del diseño de una intervención de cambio de comportamiento como parte de las estrategias para mejorar la calidad interpersonal, con énfasis de la población adulta mayor, en el área de consulta externa. Mediante esta iniciativa, el hospital reconoce la necesidad de nuevos modelos y enfoques de atención, centrados en las características individuales de sus pacientes, y adaptados a la situación económica, política, y organizacional actual de los Servicios de Salud de Morelos.

Para lograrlo, se integraron elementos teóricos sobre los modelos de cambio de comportamiento, métodos de educación, y del diagnóstico situacional, trabajados a lo largo de 5 meses, dando como resultado el presente manual, el cual pretende ser una guía sencilla para la implementación de la intervención.

Se espera que los objetivos planteados de la intervención se cumplan, una vez que se implemente, y que este documento sea un apoyo para generar un cambio de enfoque en los procesos de educación y capacitación de los profesionales de la salud, buscando un verdadero cambio conductual mediante el diseño de intervenciones efectivas.

Maestranda Patricia de los Ángeles León Guerrero

*Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales
y del Comportamiento*

Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción

Una intervención de cambio de comportamiento es un grupo de acciones concretas orientadas a lograr el cambio perseguido, con base en la modificación conductual. Las dirigidas a los profesionales médicos y de enfermería, en su mayoría están diseñadas para fortalecer o mejorar conocimientos y habilidades relacionadas con el proceso de atención. Este es el caso de la iniciativa presentada en este manual, la cual busca mejorar la calidad de la relación médico-adulto mayor en el área de Consulta Externa, mediante el aumento de conocimientos y el fortalecimiento de habilidades cognitivas y conductuales relacionadas con una atención personalizada y centrada en el usuario, denominada Atención Centrada en la Persona (ACP).

La ACP, de reciente interés y con resultados prometedores en las intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud para mejorar la calidad de la atención en salud,¹ hace hincapié en brindar servicios de salud basados en las características individuales de los pacientes y su contexto, en vez del enfoque tradicional centrado en la enfermedad.² Esto se realiza alrededor de ocho dominios: trato digno, comunicación adecuada, atención pronta, confidencialidad y respeto por la autonomía, además de ofrecer comodidades básicas limpias, amplias y seguras, el acceso a las redes sociales de apoyo de cada persona y darles la capacidad de elección del proveedor de salud.^{3,4} Por las características de la ACP, es ampliamente recomendada en la atención a los adultos mayores. Además de ser el grupo poblacional de más rápido crecimiento en el país,⁵ gran parte presenta alguna condición de pobreza y vulnerabilidad, problemas o dependencia de índole económica, falta de acceso a la alimentación, carencia de empleo digno, de seguridad social, de apoyos familiares y/o aislados socialmente.^{6,7,8,9,10,11} Son el grupo poblacional con mayores tasas de analfabetismo y de rezago educativo.¹² En la sociedad mexicana aún abundan estereotipos equivocados de decadencia y fragilidad en la vejez, y como consecuencia de ello, se presentan altos niveles de discriminación, marginación, abandono, exclusión o maltrato del AM.^{13,14} En el ámbito de la salud, presentan disminución de funcionamiento físico y/o mental conforme la edad incrementa.^{15,16} Aunque se tienen buenas cifras en cuanto a esperanza de vida al nacer y a los 60 años, no sucede lo mismo en cuanto a esperanza libre de enfermedad y discapacidad, donde México tiene un rezago de al menos 10 años. Consecuencia de ello, se obtienen las cifras más altas de discapacidad en este grupo etario, donde el 60% de las discapacidades son permanentes. El 20% de los AM se encuentran en la antesala de la discapacidad y dependencia, llamada “condición de fragilidad”. También se encuentran las mayores tasas de morbilidad, por un lado las relacionadas a enfermedades transmisibles y por el otro, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus complicaciones.¹⁷ Esta condición corresponde con las mayores cifras

de utilización de los servicios de salud curativos ambulatorios (42%) y hospitalarios (21%) por parte de los AM,^{18,19} aún y cuando se reportó que sólo el 71.4% se encontraba afiliado a algún servicio de salud en 2010. Todas estas características particulares hacen que la atención de salud para la persona mayor requiera compromiso a largo plazo por parte de los establecimientos de salud y sus profesionales y el uso de un enfoque holístico al adulto mayor y sus problemas, para lograr resultados positivos. El manual para la implementación de la Intervención Psicoeducativa sobre Atención Centrada en el Adulto Mayor para personal médico y de enfermería de la consulta externa en el Hospital General de Temixco ayuda a ese objetivo. Presenta de manera clara y sencilla la estructura de la intervención planteada, y contiene explicaciones claras de cada una de las actividades propuestas, e incluye la evaluación de proceso y resultados.

El documento se encuentra organizado presentando primero un encuadre general, para después desglosar cada una de las 12 sesiones en las que se divide la intervención, y dentro de las que se integran las actividades, técnicas, formatos y evaluaciones correspondientes. Se concluye con la evaluación general de la intervención.

Encuadre general de la intervención

La intervención de carácter psicoeducativo contenida en este documento tiene como objetivo general el mejorar las prácticas centradas en la persona sobre trato digno y comunicación clara del personal médico y de enfermería que atiende a adultos mayores en el área de Consulta Externa (CE) del hospital, para mejorar la calidad de la relación médico-paciente.

Se cataloga como psicoeducativa ya que en su diseño se integraron elementos de psicoterapia, específicamente técnicas cognitivo-conductuales y la teoría de las atribuciones, y elementos educativos, que en este caso corresponden a los elementos informativos teóricos sobre atención centrada en la persona.

Los objetivos específicos planteados son:

- Aumentar conocimientos sobre la calidad interpersonal y la atención centrada en la persona adulta mayor (AM) en el personal médico y de enfermería que atiende a adultos mayores en la CE del HGT.
- Mejorar habilidades cognitivas relacionadas con la atención del AM en el personal médico y de enfermería que atiende a AM en la CE del HGT.
- Mejorar habilidades conductuales relacionadas con la atención del AM en personal médico y de enfermería que atiende a AM en la CE del HGT.

La intervención consta de 12 sesiones con duración de una hora cada una. Las actividades están planteadas para llevarse a cabo en dos grupos de mínimo 8 y máximo 12 profesionales médicos y de enfermería que desempeñan funciones que incluyan atención al adulto mayor en el área de consulta externa del hospital. Los temas son subsecuentes y se entrelazan unos con otros. Se abordan de manera teórica y práctica, y en algunas ocasiones se solicitan tareas para realizarse en casa.

El esquema general de la intervención se presenta en la figura 1, y la carta descriptiva general en la tabla 1.

Se plantea trabajar mediante Lista de espera, una forma de intervención controlada aleatoria, donde el primer grupo a trabajar será el grupo de intervención, mientras el grupo en espera se convierte en el grupo control.

Figura 1. Esquema general de la intervención. Fuente: Elaboración propia.



Perfil de los participantes:

Personal médico y de enfermería que atienda a adultos mayores en la CE en el HGT.

Personal becario médico y de enfermería que atienda a adultos mayores en la CE en el HGT.

Tabla 1. Carta descriptiva general de la intervención					
No. Sesión	Duración	Tema general	Subtemas	Actividades	Marco referencial
1	75 min	Encuadre general de la intervención	a) Bienvenida b) Presentación entre participantes c) Encuadre general d) Evaluación diagnóstica	a) Registro y entrega de materiales. b) Bienvenida e inauguración. c) Técnica de presentación de participantes "Fiesta de presentación" (Variación) d) Exposición del encuadre. e) Evaluación diagnóstica f) Cierre	Acevedo A. Aprender jugando 1. Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría. Ed. Limusa: México, 1987: p. 200-201. Gómez M. Manual de técnicas y dinámicas. Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco. Villahermosa, 2007: p. 3-4.
2	52 min	Atención Centrada en la Persona	a) Definición de ACP b) Generalidades de ACP c) Dominios de la ACP	a) Registro de asistencia b) Presentación "Atención Centrada en la Persona" (ACP) c) Técnica de reforzamiento sobre la ACP d) Cierre	Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013.
3	52 min	Atención centrada en el AM	a) Características b) La ACP en la Consulta Externa	a) Registro de asistencia b) Técnica de reconocimiento de características de la ACP en el AM. c) Técnica de reflexión sobre los beneficios de la ACP en la práctica individual. d) Cierre	No aplica
4	62 min	Relación interpersonal médico-paciente	a) Comunicación clara	a) Registro de asistencia b) Comunicándonos claramente c) Indicaciones para actividad en casa Cierre	No aplica
5	70 min	Relación interpersonal médico-paciente	a) Lenguaje no verbal	a) Registro de asistencia b) Reflexiones de la actividad en casa c) Técnica de análisis de lenguaje no verbal. d) Indicaciones de la actividad para casa. e) Cierre	Ruiz R. Escala "CICAA" Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Grupo Comunicación & Salud; 2006.

Tabla 1. (Cont.) Carta descriptiva general de la intervención					
6	60 min	Relación interpersonal médico-paciente	a) Escucha activa	a) Registro de asistencia b) Conocimientos sobre escucha activa/técnica c) Indicaciones de la actividad para casa d) Cierre	Video: https://www.youtube.com/watch?v=L04UaMn18CM
7	62 min	Relación interpersonal médico-paciente	a) Escucha activa (Cont).	a) Registro de asistencia b) Presentación de resultados sobre actividad de escucha activa c) Indicaciones de la actividad para casa d) Cierre	No aplica
8	62 min	Relación interpersonal médico-paciente	a) Identificación de barreras de comunicación	a) Registro de asistencia b) Técnica sobre barreras de comunicación. c) Trabajando la autoeficacia sobre barreras de comunicación. d) Cierre	No aplica
9	56 min	Atribuciones	Atribuciones	a) Registro de asistencia b) Presentación de resultados sobre actividad para casa c) Técnica sobre atribuciones d) Indicaciones de la actividad para casa e) Cierre	No aplica
10	47 min	Habilidades en situaciones específicas	Habilidades en situaciones específicas	a) Registro b) Técnica emociones-atribución. c) Cierre	No aplica
11	52 min	Habilidades en situaciones específicas	Habilidades en situaciones específicas	a) Registro b) Técnica de identificación de habilidades en situaciones específicas. c) Cierre	No aplica
12	62 min	Cierre, entrega de constancias, aplicación post y convivio	a) Cierre del curso	a) Cierre del curso y entrega de constancias b) Aplicación post c) Convivio	No aplica

Sesión 1

Carta descriptiva

Sesión 1: Encuadre y bienvenida				Duración total: 75 minutos
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
10 min	Registro y entrega de materiales	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (REG-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
10 min	Bienvenida e inauguración	1. Participar en la inauguración formal de la intervención.	Ninguno	No aplica
30 min	Técnica de presentación “Fiesta de presentación” (variación)	1. Conocer a los participantes de la intervención. 2. Generar un ambiente de confianza entre los participantes.	a) 25 Hojas en blanco. b) 25 Marcadores de agua de colores visibles. c) Cinta adhesiva/Masking tape	a) Acevedo A. Aprender jugando 1. Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría. Ed. Limusa: México, 1987: p. 200-201. b) Gómez M. Manual de técnicas y dinámicas. Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco. Villahermosa, 2007: p. 3-4.
10 min	Evaluación diagnóstica	1. Realizar la evaluación pre-intervención.	a) Formatos de evaluación diagnóstica (PRE-01) b) Lápices c) Sacapuntas	No aplica
10 min	Encuadre general	1. Conocer el esquema general de la intervención y sus objetivos.	a) Medios y materiales que el facilitador elija para dar a conocer el esquema general a los participantes.	No aplica
5 min	Cierre y despedida	1. Dar cierre a las actividades del día.	Ninguno	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 1: ENCUADRE Y BIENVENIDA

a) Registro y entrega de materiales

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención, en la parte externa del salón sede. Como recursos mínimos se requiere una mesa de registro (mesa y silla), una persona encargada, 3 formatos de registro REG-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a nombre completo, profesión y correo electrónico del participante, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias, estadísticas del curso y envío de información, por lo que es importante que la persona encargada informe esto al participante, y corrobore que estos datos estén escritos de manera completa y legible. El llenado de la hoja de registro también será el pase de asistencia a la primera sesión. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Bienvenida e inauguración

Parte importante en los eventos de enseñanza y capacitación es la bienvenida a los participantes y la inauguración formal por parte de las autoridades correspondientes. Al igual que en la actividad de registro y entrega de materiales, la ceremonia de bienvenida e inauguración se organizará tomando en cuenta los recursos materiales, financieros y humanos disponibles. Como recursos mínimos se requiere la participación de una persona quien dará la bienvenida, y de un funcionario público, quien realizará la inauguración del evento.

Uno de los objetivos de esta actividad es dar la bienvenida a todos los participantes mediante un discurso corto que motive a la consecución de todos los propósitos del curso, con interés y disposición de aprender. El orador puede hacer énfasis en la necesidad de éste tipo de intervenciones para dar respuesta a la problemática de la atención de la salud de los adultos mayores en el hospital.

El segundo objetivo es realizar la inauguración formal de la intervención. Similar al objetivo de bienvenida, se busca que el discurso motive a los participantes y reitere la disposición de las autoridades del hospital para la realización de acciones de mejora, en pro de la calidad de la atención en salud de los adultos mayores.

c) Técnica de presentación “Fiesta de presentación” (variación) ^{20,21}

Ésta actividad se realiza con el objetivo de lograr un conocimiento interpersonal rápido y sin temor, mediante la búsqueda de actividades afines, objetivos comunes o intereses específicos. Es conveniente que tenga una duración de 30 minutos, sin excederse, por lo que hay que estar muy pendientes de los tiempos establecidos para cada fase de la actividad.

Como recursos mínimos se requiere un salón suficientemente iluminado y amplio para que el grupo pueda trabajar eficientemente, una hoja de papel y un marcador de color visible por cada participante, masking tape, además de la participación de un facilitador.

Desarrollo:

1. El facilitador reparte la hoja de papel y el marcador a cada participante.
2. Una vez que cada participante cuenta con su material, el facilitador da la siguiente instrucción:
- En su hoja, tienen tres minutos para responder mediante texto o dibujo a la pregunta ¿qué es lo que más me gusta de mí trabajo aquí en el hospital? –
3. Una vez que los participantes hayan respondido a su pregunta, el facilitador procede a pegar la hoja en la espalda de cada participante, de manera que ésta sea visible.
4. Cuando todos los participantes cuenten con su hoja en la espalda, el facilitador les pide que circulen alrededor del salón, leyendo las respuestas de sus compañeros. Conforme se van encontrando compañeros con respuestas afines, se van formando grupos. Para esta fase de la actividad se darán 8 minutos. Un ejemplo de la indicación del facilitador podría ser: *- Bien, ahora les pido que circulen en el salón, leyendo las respuestas de todos sus compañeros. Conforme encuentren compañeros con respuestas similares a las suyas, se van formando grupos. Para esto tenemos ocho minutos, adelante. -*
5. Una vez que la mayoría se haya formado en grupos, el facilitador da 8 minutos para que intercambien entre sí el porqué de las respuestas de sus tarjetas, para posteriormente exponer en plenaria la base de su afinidad, cuál es la idea del grupo sobre el tema y el nombre de sus integrantes. La indicación podría ser: *– El grupo tiene ocho minutos para intercambiar entre sus miembros el porqué de las respuestas que pusieron en sus hojas. Luego, entre ustedes nombren a un representante quien nos explicará a todos cuál fue la base de su afinidad, el por qué dieron esa respuesta y los nombres de los integrantes del equipo.-*
6. Pasados los ocho minutos se procede a escuchar cada una de las presentaciones de los equipos conformados. Los compañeros que están solos exponen igualmente su respuesta. Si el facilitador lo considera necesario, puede realizar preguntas para aclarar cuestiones a cada grupo. El tiempo aproximado de exposición por grupo será de dos minutos.

Es importante que el facilitador esté atento en todo momento para darle agilidad a la presentación. Las instrucciones tienen que quedar muy claras a cada participante.

La utilidad de ésta técnica radica en sentar las bases para comenzar el trabajo con el grupo y en el conocer la opinión de los participantes sobre algún aspecto en particular sobre el cual se va a trabajar durante el curso o actividad.

d) Evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica consiste en la aplicación individual a los participantes del cuestionario PRE-01 que mide conocimientos y actitudes relacionados a la atención centrada en la persona. En cuanto a los componentes de la Teoría Social Cognitiva, modelo en el que está basada la intervención, se explora la autoeficacia. La aplicación tiene una duración estimada de 10 minutos, y los recursos mínimos requeridos son un formato de cuestionario y un lápiz por participante, un facilitador y un lugar donde los participantes estén cómodos y de manera individual puedan responder de manera escrita.

El objetivo de la evaluación es obtener la información diagnóstica sobre los conocimientos, actitudes y la percepción de autoeficacia de cada participante, con fines de medición comparativa de resultados, con el cuestionario post-intervención.

El cuestionario por sí mismo contiene las instrucciones a seguir. Se sugiere que el facilitador haga hincapié a los participantes que las respuestas son individuales y no tienen valor para calificación, por

lo que se debe contestar sinceramente; además de que no se deben dejar preguntas sin responder, los datos de identificación deben ser llenados y la escritura debe ser legible.

e) Encuadre general

Una vez que los participantes terminaron con la evaluación pre-intervención, se procederá a presentar de manera general la intervención, en cuanto a estructura, duración y actividades. Es importante no presentar con detalle las actividades de cada sesión, para evitar la predisposición y el sesgo. Los recursos mínimos necesarios son una computadora y un medio de proyección, además del facilitador que realizará el encuadre.

El objetivo de esta actividad es que los participantes conozcan la estructura general de la intervención, el tipo de actividades a realizar y la duración total de curso. Se sugiere que el facilitador motive a los participantes a asistir a todas las sesiones y a realizar las actividades extemporáneas que en algunas sesiones se pueden llegar a solicitar.

La estructura general de la intervención aquí presentada se debe respetar en cuanto a secuencia, tiempo y actividades por sesión, incluyendo las tareas en casa. La programación en cuanto a los horarios y días de las sesiones está a criterio de los organizadores del hospital. Se recomienda que no se exceda de una semana entre una y otra sesión, y que tengan una separación mínima de 2 días.

f) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

FORMATO DE REGISTRO

(Nombre de la intervención)

No.	Nombre completo	Profesión	Correo electrónico	Firma

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Nombre completo: _____

INSTRUCCIONES: Contesta las siguientes preguntas

I. ¿Sabes qué es la Atención Centrada en la Persona?

_____ Sí

_____ No

Escribe su definición: _____

II. ¿Sabes cuáles son los 8 dominios que integran la Atención Centrada en la Persona?

_____ Sí

_____ No

Menciona los 8 dominios: _____

III.- ¿Cómo te sientes en el presente ante las siguientes situaciones? Utiliza la siguiente escala numérica:

ME SIENTO...										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>nada seguro</i>		<i>poco seguro</i>		<i>moderadamente seguro</i>				<i>bastante seguro</i>		<i>totalmente seguro</i>

DE PODER...	
Situación	Respuesta numérica
1. Brindar información clara a mis pacientes adultos mayores.	()
2. Mantener confidencial la información que mis pacientes me proporcionen.	()
3. Hacer que mis pacientes adultos mayores se sientan en confianza conmigo	()
4. Darles a mis pacientes adultos mayores la atención necesaria, en el tiempo destinado para su atención.	()
5. Aclarar todas las dudas que mis pacientes adultos mayores puedan tener.	()
6. Brindar atención adecuada a mis pacientes adultos mayores, aún con la falta de recursos que tiene el hospital.	()
7. Respetar las creencias y decisiones de mis pacientes adultos mayores, aún si no estoy de acuerdo con ellas.	()
8. Utilizar técnicas o estrategias para mejorar la comunicación con mis pacientes adultos mayores	()
9. Explicar a mis pacientes adultos sobre el tratamiento establecido, de manera que no haya dudas al respecto.	()
10. Hablar con mis pacientes adultos mayores, de sus sentimientos, en la consulta o atención que les brindo, cuando es necesario	()
11. Tener paciencia para resolver problemas de comunicación con mis pacientes adultos mayores	()
12. Empatizar con mis pacientes adultos mayores.	()
13. Ser creativo(a) para resolver problemas que se presenten en la atención de mis pacientes adultos mayores.	()
14. Atender a todos mis pacientes adultos mayores programados en la consulta externa, sin que el cansancio o el estrés influyan en la atención que les brindo.	()
15. Modificar conductas en mí para mejorar la atención que brindo a mis pacientes adultos mayores	()
16. Mantenerme tranquilo cuando un paciente me reclama algo.	()
17. Manejar situaciones estresantes que se puedan presentar en la atención de mis pacientes adultos mayores.	()
18. Calmar a un paciente alterado emocionalmente (enojado, en llanto, etc.)	()
19. Mantener contacto visual con mis pacientes adultos mayores.	()
20. Dar solución a los problemas que mis pacientes adultos mayores me llegan a externar.	()

Sesión 2

Carta descriptiva

Sesión 2: Atención centrada en la persona				Duración total: 52 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
15 min	Presentación “Atención Centrada en la Persona” (ACP)	1. Conocer los conceptos básicos de la ACP.	a) Presentación ACP b) Computadora c) Equipo de proyección	Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013.
30 min	Técnica de reforzamiento sobre la ACP	1. Reflexionar sobre los beneficios de la ACP en la práctica individual. 2. Identificar los dominios de la ACP.	a) Formato ACP-01 b) Rotafolios con los nombres de cada uno de los dominios de la ACP. c) Marcadores d) Cinta adhesiva	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.		No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 2: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Presentación “Atención Centrada en la Persona”

La duración de la presentación se calcula en aproximadamente 15 minutos. Con ello se busca que los participantes conozcan los conceptos básicos relacionados con la ACP, los cuales son: definición de la ACP, contexto histórico de la ACP y dominios.

Los facilitadores utilizando los recursos a su disposición (video, audio, diapositiva, rotafolio), elaborarán los materiales pertinentes para la presentación, siguiendo el siguiente guion. Los recursos humanos mínimos necesarios son un facilitador. Si el facilitador lo considera conveniente, al final de la presentación se puede dar pie a preguntas y comentarios.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Definición

La Atención Centrada en la Persona (ACP), tiene variadas definiciones. En todas, el punto de partida común es que reconoce a la persona usuaria de los servicios como un agente central y activo en su atención y vida, con énfasis en la autonomía y los derechos de las personas. Esta variedad es dada por los diversos campos de aplicación donde se ha desarrollado.

En el campo de la salud y los cuidados de las personas, la ACP se reconoce como una estrategia para mejorar la calidad asistencial en los servicios de salud y cuidados a las personas. El término “Atención centrada en el Paciente” es el más frecuente, aunque también se utilizan de manera tradicional “Medicina Centrada en el Paciente”, “Prácticas centradas en el paciente” o “Cuidados centrados en el paciente”. La tendencia actual es sustituir el término “paciente” por “persona”, al considerarlos diferentes, entendiendo que este último es más coherente con el enfoque de reconocer a la persona como sujeto activo y situarla en el centro del proceso de atención y de la toma de decisiones. Expresiones como “Atención o práctica personalizada”, “Atención individualizada”, “Atención conducida o dirigida por la persona”, “Atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad”, “Atención integral centrada en la persona”, entre otras, están dirigidas a promover la salud, la mejora de la calidad de vida y bienestar de la totalidad de la persona, respetando su dignidad y derechos, y tomando en cuenta sus intereses y preferencias, todo con su participación efectiva. La persona es el concepto

clave, y el centro y meta de la atención de salud.²² Este enfoque se aleja de modelos paternalistas, donde el profesional como experto es quien tiene la información y quien toma las decisiones en relación a la salud y atención de las personas a quien atiende, basándose en su exclusiva consideración sobre lo que es mejor o beneficioso para otros. La ACP otorga un papel central a las personas usuarias, siendo ellas las principales protagonistas en lo relacionado con su salud, sus cuidados y su vida cotidiana.

Referencias históricas

Las primeras referencias a la ACP se encuentran en antiguas civilizaciones orientales, con el desarrollo de los sistemas de medicina tradicional china y ayurveda²³ y en occidente con la griega,²⁴ en donde ambas conceptualizan la salud amplia y holísticamente. Estos sistemas están orientados a la totalidad de la salud del paciente más que sólo a la enfermedad y procuran articular un comprehensivo y armonioso entendimiento de la salud promoviendo un acercamiento especializado para tratar enfermedades específicas, con relevancia de la calidad de vida.²⁵ En 1940, el médico suizo Paul Tournier buscó re-focalizar la medicina en la persona del paciente, del médico, de los familiares y de los miembros de la comunidad. Descubrió el valor de las experiencias interpersonales y de atender la totalidad de la persona y sus aspectos biológicos, sociales y espirituales de la salud, y sus hallazgos los plasmó en su libro *Medicine de la Personne*.²⁶ En la primera definición de salud de la OMS en 1946,²⁷ se hablaba ya sobre un estado dinámico de completo bienestar físico, emocional y social y no sólo ausencia de enfermedad. Una contribución importante fue la realizada por la psicología humanista y su principal exponente, el psicólogo Carl Rogers, en 1960, al asentar las bases de la psicología humanista en donde se plantea a la persona con una existencia en un contexto humano, con conciencia y capacidad de elección. Algunas asunciones básicas son el interés por centrarse en la persona y en el significado que ésta otorga a su propia experiencia; la dignidad de la persona como valor central; la atención a las características específicamente humanas, como la capacidad de decidir, la creatividad o la necesidad de autorrealización; el interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona y la idea de la persona en relación a cómo se describe a sí misma, y en su interdependencia con otros individuos y grupos. La aportación principal de Rogers fue la terapia centrada en el cliente o terapia no directiva, que parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. Cambia el “paciente” por el “cliente”, ya que este último tiene la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico como un agente activo, mientras que el paciente tiene una postura pasiva. Entre sus planteamientos, Rogers menciona que el terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que la persona pueda explotar esos medios mediante la confianza radical en la persona y el rechazo al papel directivo del terapeuta. Se destaca la importancia de tres actitudes y cualidades del terapeuta para el adecuado resultado: a) Aceptación incondicionalmente positiva de la persona que busca ayuda; b) Empatía, como la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente, ponerse en su lugar y llegar a comprender sus vivencias, y c) Autenticidad o congruencia, que permiten el diálogo sincero y constructivo entre los dos. El terapeuta sigue siendo un experto, pero se comunica también como ser humano al servicio del cliente.²⁸

La importancia de la actitud del terapeuta, el modo de relacionarse con el cliente y la visión de la persona suscitaron gran interés en diversos campos profesionales, y el enfoque se trasladó a otros ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda, y conservando principios como la perspectiva centrada en la persona, la capacidad de elección, la autonomía y el trato digno, dominios básicos de la ACP.²²

Dominios

Con fines operacionales de medición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desagregó el concepto de ACP en elementos o “dominios”, que al igual que en el nombre del concepto, éstos presentan variaciones en la estructura pero el concepto es el mismo.²⁹ En México, mediante el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS)³⁰, a partir del 2006 se establece el uso a nivel nacional del modelo de ocho dominios propuesto por la OMS (Fig. 6), definidos a continuación.

1. Autonomía. Definida como “la libertad de la voluntad”,³¹ aborda en esencia cuatro elementos: 1) el derecho del paciente (y su familia cuando sea necesario) a recibir información médica sobre su estatus, riesgos y opciones de tratamientos alternativos; 2) el derecho de los pacientes y sus familias (cuando se considere necesario), a tomar decisiones informadas; 3) la necesidad de obtener el consentimiento informado en procedimientos y tratamientos, y 4) el derecho de los pacientes competentes (con capacidad cognitiva y emocional adecuada para realizar elecciones consistentes con sus valores individuales)³², a rechazar algún tratamiento.³³ El principio básico de la autonomía implica que los proveedores deben tratar a las personas de manera que respeten sus puntos de vista de lo que es apropiado para ellos,³⁴ lo que incluye el respeto a los pacientes que quieran tener menos autonomía, y la toma de decisiones sea delegada al personal de salud o a sus familiares. Charles, Gafny y Whelan identificaron cuatro modelos de autonomía:³⁵
 - a) Paternalista: El proveedor de salud toma todas las decisiones por el paciente, al ser considerado como que está mejor informado.
 - b) Decisión informada: Impone la necesidad de que el proveedor de salud informe al paciente, y que le delegue la responsabilidad de la toma de decisiones.
 - c) Agente profesional: El paciente voluntaria y explícitamente transfiere el rol de tomador de decisiones al proveedor de salud.
 - d) Decisión compartida: El proveedor de salud informa y entre él y el paciente toman las decisiones.

La participación de la familia tiene un rol importante en países como México, donde cumplen roles como recolectores de información, apoyos del paciente, traductor, consejero o negociador, sobre todo en la población adulta mayor. En la atención en salud brindada a esta población, es importante hacer la distinción entre la autonomía y la dependencia. Como Rodríguez lo menciona,³⁶ la autonomía es la capacidad de la persona para hacer elecciones y asumir las consecuencias de las mismas; el término opuesto a autonomía no es dependencia, sino heteronomía. Por otro lado, la dependencia se refiere a la necesidad de atenciones por otras personas para realizar tareas cotidianas; su término opuesto es independencia. Los adultos mayores en situación de dependencia pueden tener o no disminuida su autonomía personal.

2. Confidencialidad de la información personal: Es equivalente a privacidad o confianza, definida como “el reclamo individual de controlar los términos bajo la cual la información personal es obtenida, se utiliza y se da a conocer.”³⁷ Se relaciona a tres elementos específicos: 1) La privacidad del ambiente en el cual la atención se brinda; 2) El concepto de “comunicación privilegiada”, referente al hecho de que un individuo puede revelar información personal con la convicción de que la misma será mantenida confidencial, inclusive para sus familiares; y 3) La confidencialidad del expediente clínico.

Situaciones como las urgencias, el deterioro cognitivo de la persona usuaria, personas en situación de riesgo o para sí mismo o para otro, o las situaciones de maltrato o abuso comprometen la confidencialidad de la información. Si la persona es competente se debe siempre informar sobre los motivos para revelar la información, a quién y qué tanto de ello se transmite, siguiendo el criterio de proporcionar sólo información mínima, evitando incluir asuntos personales prescindibles.³⁸

3. Claridad de la comunicación: Definida como la claridad en la transmisión de la información y la comprensión. Incluye tres elementos: 1) que el profesional de la salud explique de manera clara al paciente y sus familiares la naturaleza de su enfermedad, sin términos técnicos; 2) que ofrezca detalles sobre los tratamientos requeridos y opciones;³⁹ y 3) el ofrecer tiempo a los pacientes para entender sus síntomas, escucharlos, y preguntar/responder sobre dudas. Este dominio se cruza con el de trato digno, desde el rubro de trato respetuoso y que el personal de salud se dirija al paciente de manera atenta y agradable.

Diferentes tipos de comunicación pueden ocurrir entre el personal de salud y el paciente: social, no enfocada a los problemas, reiteración, aprobación, plática de problemas psicosociales, el no estar de acuerdo, información médica, entre otras.⁴⁰ Todos los tipos son importantes, ya que se encontró que hay una relación positiva entre un tiempo de consulta más amplio y la satisfacción del paciente,⁴¹ sugiriendo que las conversaciones crean una atmósfera para un intercambio más claro de información médica. Fomentar un diálogo continuo puede ayudar a superar impedimentos sociales, psicológicos y estructurales de la comunicación.⁴²

Factores que pueden ayudar a mejorar la comunicación incluyen el uso de un lenguaje no-técnico, la frecuencia de sonrisas y asentimientos con la cabeza, el grado del contacto visual y la calidad de la voz y el uso de un traductor o interprete en caso de requerirse. Este dominio es ampliamente explorado en la creación de herramientas y estrategias que mejoren el proceso de comunicación entre el personal de salud y el paciente. Herramientas como la escala CICA⁴³, desarrollada para valorar la relación clínica mediante las habilidades estratégicas de la recepción, escucha, empatía, cierre, preguntas, integración, comprobación, negociación, información y motivación, son de gran utilidad para diseñar y desarrollar intervenciones que mejoren este dominio.⁴⁴

4. Trato digno: Definido como “el estado de ser digno de honor o respeto”, se refiere a recibir atención con respeto, cuidado y sin discriminación,⁴⁵ e incluye la privacidad durante las exámenes médicos.

Hay una estrecha relación entre el trato digno y los dominios de comunicación, atención pronta y confidencialidad. La manera en que un profesional de la salud se comunica con un paciente, el tiempo de respuesta de esa atención, y la confidencialidad brindada, complementan al trato digno.

5. Atención pronta: Definida como la atención provista pronto o tan pronto como sea necesaria. Incluye 5 elementos: 1) el conocimiento de las personas de que pueden tener acceso a la atención rápidamente en caso de urgencias; 2) cortos periodos de espera para tratamientos y/o cirugías, aun cuando no sea una urgencia; 3) distancias de traslado cortas; 4) tiempos y procedimientos convenientes para el acceso a servicios y 4) servicios de seguimiento.⁴⁶

En cuanto a los tiempos y procedimientos convenientes se incluye el poder llegar al establecimiento de salud, la facilidad para hacer una cita sin largos periodos de espera para recibirla, para ser atendido el día de la cita, para recibir el medicamento, y para recibir resultados de exámenes o procedimientos sin

demora. En establecimientos de salud donde el sistema de citas está implementado, se agrega la facilidad de ser atendido en el horario establecido mediante el sistema.

En los servicios de seguimiento es importante la continuidad de las citas, sin grandes periodos de espera entre una cita y otra, tomando en cuenta los motivos de consulta y seguimiento.

6. Calidad de las comodidades básicas: Está relacionado al grado en que la infraestructura de un establecimiento de salud es acogedor y agradable. Incluye alrededores limpios, mantenimiento regular, mobiliario adecuado, ventilación suficiente, espacio adecuado en salas de espera, agua potable y baños limpios.^{47,48,49,50}
7. Acceso a redes sociales de apoyo: El bienestar del paciente se ve favorecido si tienen acceso al apoyo familiar o comunitario durante su atención.⁵¹ Las personas que apoyan al paciente pueden llevar algo de peso de la enfermedad o padecimiento, y como consecuencia, dar fuerzas y motivar al paciente.^{52,53} Este dominio es más explorado en hospitalización, pero también puede referirse al apoyo de los familiares en la consulta médica si así lo desea el usuario.
8. Capacidad de elección: El dominio está relacionado a las instituciones y profesionales de la salud. Es definido como el poder o la oportunidad de seleccionar, por lo que se requiere tener más de una opción. Incorpora la habilidad de poder tener una segunda opinión, y acceder a un especialista en caso necesario. Con frecuencia los pacientes buscan ser consultados de manera subsecuente por el mismo personal, sobre todo si regresan por la misma causa, como en las enfermedades degenerativas en las que el seguimiento se otorga hasta por años, y en donde se busca una mejoría significativa que puede lograrse en parte mediante la generación de confianza.⁵⁴

c) Técnica de reforzamiento sobre la ACP

Mediante esta actividad se buscan reforzar los conocimientos sobre la ACP, brindados en la presentación sobre la ACP. La duración total aproximada es de 30 minutos. Como recursos mínimos se requiere un facilitador. La técnica se divide en 3 partes:

I.- La primera parte de la actividad es individual. Se le otorgará a cada participante una hoja con preguntas a contestar (ACP-01), las cuales responderán en un lapso de 5 minutos.

II.- Terminando, cada uno compartirá sus respuestas a las dos preguntas con el resto del grupo. El facilitador podrá hacer preguntas para complementar las respuestas, o brindar retroalimentación. En esta parte de la actividad, las respuestas a la segunda pregunta *De los 8 dominios de la ACP, ¿cuál consideras como el más importante en la atención que brindas, y por qué?*, se anotarán en rotafolios, como una lluvia de ideas de cada uno de los dominios. Duración estimada: 15 min.

III.- Una vez expuestas y escritas las respuestas en los rotafolios, se invitará a la reflexión a los participantes sobre la priorización de los dominios y el por qué se consideraron importantes, en el contexto del hospital. El facilitador conjuntará las respuestas de los participantes a manera de conclusión y dará cierre a la actividad. Esta parte abarca un tiempo estimado de 10 min.

El facilitador recolectará los formatos ACP-01 requisitados con el nombre completo de cada participante y sus respuestas, para fines de evidencia.

d) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

Fecha: _____

No. de sesión: _____

FORMATO DE REGISTRO
(Nombre de la intervención)

No.	Nombre completo	Firma

ACP-01

Nombre completo: _____

Contesta las siguientes preguntas:

¿Con cuál término referente a la Atención Centrada en la Persona (ACP) te identificaste más y por qué?

De los 8 dominios de la ACP, ¿cuál consideras como el más importante en la atención que brindas, y por qué?

Sesión 3

Carta descriptiva

Sesión 3: Atención centrada en el adulto mayor				Duración total: 52 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
45 min	Técnica de identificación de dominios en la atención de los adultos mayores	1. Identificar los dominios aprendidos de la ACP en la atención de los AM. 2. Identificar los beneficios de la ACP en la atención de los AM.	a) Nombres de los dominios de la ACP en papel o cartulina. b) Formatos ACPAM-01, uno por participante. c) Lápices d) Marcadores e) Rotafolios f) Cinta adhesiva	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.		No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 3: ATENCIÓN CENTRADA EN EL ADULTO MAYOR

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Técnica de identificación de dominios en la atención de los adultos mayores

La actividad se realiza con el fin de consolidar los conocimientos adquiridos en la sesión pasada, así como traspolarlos a la atención de los adultos mayores.

Para llevar a cabo esta actividad se requieren preparar con anticipación los nombres de los dominios de la ACP en papelitos o cartulinas, como si fuera una tómbola. Esta actividad se divide en 4 fases, y está contemplada para realizarse en 45 min.

I.- En la primera fase, se les pide a los participantes que pasen al frente y cada uno de ellos tome tres papelitos o cartulinas de la tómbola. Los dominios que resulten, le serán asignados para la segunda fase de la actividad. Esto se realiza de manera individual con cada participante. Se les entrega además el formato ACPAM-01. Se contemplan 5 minutos para la realización de esta actividad.

II.- Una vez que todos los participantes tengan sus dominios y formatos asignados, se les dará la indicación de contestar todos los rubros solicitados en el formato ACPAM-01 de manera individual. Se asignan aproximadamente 15 minutos.

III.- Después de la actividad individual, se procederán a compartir las respuestas por dominio, las cuales se anotarán en un rotafolio. Las respuestas que brinden los participantes darán pie a la discusión sobre las siguientes preguntas:

- *De todos los momentos compartidos en los que se incorporan los dominios, ¿lograron identificar algunos de los cuales ustedes no tenían conocimiento?*
- *Si la aplicación de los dominios ofrece beneficios positivos, ¿por qué no se realiza de manera constante en la atención?*
- *¿Qué beneficios no habías considerado para ese dominio?*
- *¿Cuáles estrategias que compartieron sus compañeros para influir en la calidad de la atención del AM consideran útiles para incorporarlas a su práctica diaria?*
- *¿Qué influyó para que consideraras un dominio como más sencillo o difícil de incorporar en tu atención hacia el AM?*

La discusión tiene una duración aproximada de 15 minutos. Los participantes no deben limitarse a la discusión de los dominios asignados, sino que pueden aportar ideas en todos los dominios.

IV- El facilitador debe buscar la reflexión de los participantes hacia los beneficios de utilizar la ACP de manera personal, en los adultos mayores, independientemente de las barreras que el sistema pueda tener. Para terminar realiza una pequeña conclusión de la actividad. Se dan entre 5 y 10 minutos para esta última parte.

El facilitador recolectará los formatos ACPAM-01 requisitados con el nombre completo de cada participante y sus respuestas, para fines de evidencia.

d) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

ACPAM-01

Nombre: _____

RUBROS	DOMINIO 1:	DOMINIO 2:	DOMINIO 3:
Describe 1 momento en el que este dominio se aplica a la atención que brindas al AM			
Describe otro momento en el que este dominio se aplica a la atención que brindas al AM			
Qué beneficios en tu atención hacia los AM consideras que puede tener el dominio?			

RUBROS	DOMINIO 1:	DOMINIO 2:	DOMINIO 3:
De los beneficios que identificaste, ¿cuáles haz experimentado en tu atención al AM? Menciona ejemplos			
Describe de qué manera puedes tú influir para mejorar la calidad de la atención al AM brindada mediante ese dominio			

- Enumera del 1 al 8 los dominios de la ACP según los consideres PRIORITARIOS en la atención del AM; 1 es el menor y 8 es el mayor.

___ Autonomía ___ Confidencialidad ___ Comunicación clara ___ Elección del proveedor de salud ___ Acceso a redes de apoyo
 ___ Trato digno ___ Calidad de las comodidades básicas ___ Atención pronta

- Enumera del 1 al 8 los dominios de la ACP según los consideres sencillos de realizar en tu atención del AM; 1 es el menos sencillo y 8 es el más sencillo.

___ Autonomía ___ Confidencialidad ___ Comunicación clara ___ Elección del proveedor de salud ___ Acceso a redes de apoyo
 ___ Trato digno ___ Calidad de las comodidades básicas ___ Atención pronta

Sesión 4

Carta descriptiva

Sesión 4: Relación interpersonal médico-paciente				Duración total: 62 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
45 min	Comunicándonos claramente	1. Fortalecer las habilidades cognitivas y conductuales relacionadas con la comunicación clara.	a) Guiones de comunicación emisor-receptor (1 por par de profesionales) b) Pañuelos c) Orejeras/Tapones para oídos d) Cinta masking tape e) Cronómetro	No aplica
5 min	Indicaciones para actividad en casa	1. Que el participante conozca bien las indicaciones de la actividad de "tarea"	b) Formato COM-01, 1 por participante	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 4: RELACION INTERPERSONAL MÉDICO-PACIENTE (COMUNICACIÓN CLARA)

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Comunicándonos claramente

Esta actividad se realiza en parejas, y tiene como objetivo que los participantes fortalezcan las habilidades cognitivas y conductuales relacionadas con la comunicación clara. La actividad está destinada para 45 min y se divide en 7 fases:

1.- En la primera fase se les pide a los participantes elijan su rol de emisor o receptor. Los emisores deben concentrarse en una parte del salón, y los receptores en otra. Debe haber números iguales de emisores y receptores, y en caso de no haberlos, se pedirá apoyo a alguna persona externa. 3 minutos para esta actividad.

2.- Una vez definidos los roles, se procederá a entregar los guiones de comunicación. El facilitador debe entregar adecuadamente el guion correspondiente a cada rol. Es importante que la información contenida en su guion no sea compartida con ningún otro participante. Para la lectura de su guion se les darán 3 minutos. Es importante recalcar que la lectura debe realizarse en silencio y ningún compañero no debe saber de qué trata su guion. En este manual se presentan 4 guiones, por lo que en caso de contar con un número mayor que 8 de asistentes a la sesión, se requieren reenumerar los guiones, en donde el guion 5 será igual al guion 1, el guion 6 será igual al guion 2, y así sucesivamente.

3.- Mientras los emisores leen sus roles, a los receptores se les otorgarán los aditamentos especificados en el guion. (Pañuelos, tapones para oídos, cinta masking tape)

4.- Una vez que los aditamentos sean repartidos, y los emisores terminen de leer su guion, se darán las indicaciones generales de la actividad, de manera que todos escuchen. Estas son:

“Cada uno de ustedes tiene un no. de guion y un rol que realizar. El emisor 1 hará equipo con el receptor 1. Los emisores buscarán a toda costa transmitirles el mensaje a los receptores, quienes presentan ciertas características que harán más difícil la recepción del mensaje. La única regla es que no se puede mostrar el guion. La meta es la transmisión del mensaje, y para ello se tendrán 8 minutos. Los equipos que vayan logrando la transmisión del mensaje levantarán la mano. ¿Alguna duda?”

5.- Una vez dada la indicación y resueltas las dudas, se procederán a conformar los equipos y a dar por iniciada la técnica. Es necesario cronometrar el tiempo.

6.- Una vez que hayan transcurrido los 8 min, se da por terminada la fase 5 de la actividad, y se procede a que cada profesional tome su lugar.

7.- Se procede a una discusión sobre la experiencia. El facilitador puede utilizar las siguientes preguntas para guiar.

- *Que cada equipo comparta su experiencia*
- *¿Cómo se sintieron?*
- *¿Fue fácil o difícil transmitir el mensaje?, ¿Por qué?*
- *¿Qué técnicas o soluciones utilizaron para comunicar el mensaje?*
- *¿Qué relación tiene la situación planteada en la técnica, con respecto de la comunicación en la atención con los AM?*
- *¿Qué se puede concluir?*

La discusión tiene una duración de 15 a 20 min. El facilitador brinda el cierre correspondiente conjuntando la participación de todos.

c) Indicaciones para actividad en casa

Esta actividad tiene como objetivo que el participante comprenda de manera clara lo que tiene que realizar en casa. La actividad consiste en un formato de registro que implica realizar una actividad mientras brinda la atención.

La actividad consiste en elegir un paciente al azar, y al cual el profesional de la salud tendrá el reto de hacerle sonreír tres veces, mientras le brinda la atención.

Para constancia de la actividad, es necesario que el profesional conteste el formato de registro COM-01, y lo lleve para la siguiente sesión. Las indicaciones deben quedar comprendidas, sin dudas; el formato de registro. Se utilizarán los recursos disponibles para mostrar un ejemplo del formato llenado.

d) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. Un aviso importante es que para la siguiente sesión los participantes lleven de manera individual un dispositivo de grabación, con espacio disponible de 4 minutos. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

GUION 1: EMISOR

Receta de enchiladas potosinas

20 Tortillas de Maíz
100 gramos de Chile Ancho
20 gramos de Queso fresco
3 Diente(s) de Ajo
1 Manojó(s) de Cebollas de rabo
1 Raja(s) de Canela
Aceite
1/4 litro(s) de Crema de Leche

Preparación

1. Se tuestan, desvenan y remojan los chiles. después se muelen con el ajo, la canela y un poco de agua en la que se remojaron.
2. Se ponen a hervir la salsa con un poco de sal.
3. Se dejan enfriar, la salsa debe de quedar caldosa.
4. Pase la tortilla en esta salsa y luego fría la tortilla en el aceite muy caliente, sin dorarlas.
5. Rellénelas con queso, cebolla picada y dóblelas. Acomódelas en un platón refractario engrasado, báñelas con lo que quedo de la salsa, póngales crema y métalas al horno
6. Se sirven muy calientes.

GUIÓN 1: RECEPTOR

Presentas dificultad para escuchar, por lo que se te asignarán tapones para oído y orejeras.

GUION 2: EMISOR

Entre 1896 y 1898 Antoine-Henri Becquerel, Pierre Curie y Maria Curie (Maria Sklodowska) descubrieron que algunos elementos pesados como el uranio y el torio emiten espontáneamente radiaciones penetrantes, capaces de velar una placa fotográfica. Haciendo pasar un haz colimado de estas radiaciones a través de un campo magnético, se encontraron tres componentes que fueron denominados radiación α , β y γ . Los rayos γ no son desviados por el campo magnético, lo que indica que no tienen carga eléctrica; en cambio, los rayos α y β se desvían, mostrando que los primeros tienen carga positiva y los segundos, negativa. Estos experimentos se realizaron bajo vacío. Introduciendo aire en el dispositivo, se observó que bastan pocos centímetros de aire para detener la radiación α , pero no las otras dos componentes. Interponiendo láminas de distintos espesores se encontró que pocos mm de un material denso son suficientes para detener la radiación β ; en cambio, la radiación γ sólo disminuye apreciablemente si se interpone un bloque de plomo de varios cm de espesor. Actualmente sabemos que la radiación β está compuesta por electrones de gran energía, y que los rayos γ son radiación electromagnética de longitud de onda extremadamente corta. La naturaleza de las partículas α fue descubierta por Rutherford, quien encontró que se trata de átomos de Helio doblemente ionizados. Al estudiar la radioactividad del torio, Rutherford y Frederick Soddy descubrieron en 1902 que la radioactividad está asociada con profundos cambios dentro del átomo, que lo transforman en un elemento distinto. Encontraron que el torio produce continuamente una sustancia químicamente diferente, que es intensamente radioactiva. Si el elemento así producido se separa del torio, desaparece con el correr del tiempo, dado que a su vez se transmuta en otro elemento. Observando este proceso, Rutherford y Soddy formularon la ley del decaimiento exponencial, que establece que en cada unidad de tiempo, decae una fracción fija del elemento radioactivo. El descubrimiento de la radioactividad y la transmutación de los elementos obligó a los científicos a modificar radicalmente sus ideas sobre la estructura atómica, pues demostró que el átomo no es ni indivisible ni inmutable. En vez de ser simplemente un receptáculo inerte que contiene electrones, se vio que el átomo puede cambiar de forma y emitir cantidades prodigiosas de energía. Además, las radiaciones mismas sirvieron de instrumento para investigar el interior del átomo.

GUION 2: RECEPTOR

Presenta dificultad para hablar, por lo que tendrás la boca sellada con cinta.

GUIÓN 3: EMISOR

Cesar Estrada Chavez (1927-1993) was a Mexican American labor leader who used non-violent methods to fight for the rights of migrant farm workers in the southwestern United States. Migrant workers often move from farm to farm or from town to town to find work. It is usually difficult work and does not pay a high wage. Chavez was influenced greatly by the peaceful philosophies of St. Francis of Assisi and Mohandas Gandhi. Chavez was born in Arizona. When he was ten-years-old, his parents lost the family farm because of the Great Depression. They were forced to become migrant workers themselves. Chavez worked part-time in the farm fields with his family in Arizona and later in California, when his family lived there. After graduating from 8th grade, Chavez worked full-time to help support his family. He served in the U.S. Navy during WWII, married Helen Fabela in 1948, and eventually helped raise a family of eight children. Chavez and his wife helped teach Mexican immigrants to read and helped them with voting registration. Chavez was concerned over the health and working conditions of the migrant population. He did not like the use of pesticides, the name of the chemicals used to kill bugs on the crops. He knew that pesticides could make human beings sick. He organized a group of people to help work for the rights of farm workers. They worked on many goals like increasing the wages for the workers, improving their working conditions, and improving the safety for the farm workers. Chavez helped organize strikes, whereby the workers chose to stop working to protest some important issues related to work. For example, the migrant workers went on strike to protest the poor wages, poor working conditions, and lack of safety on their jobs. After a lifetime of working to help these people, Chavez died in 1993. He received the Presidential Medal of Freedom after his death. Chavez's children and grandchildren continue in his footsteps to help fight for the rights for migrant workers.

GUION 3: RECEPTOR

Presentas dificultad para ver, por lo que tus ojos estarán tapados durante la dinámica.

GUION 4: EMISOR

Para Nietzsche la voluntad es la verdadera "esencia" de la realidad. La realidad no es más que la expresión de la voluntad: ser es querer (...ser). La realidad no es algo estático, permanente, inmutable; ni la consecuencia de algo estático, permanente, inmutable. Siendo el fruto de la voluntad ha de ser multiforme y cambiante, como aquella. La realidad es devenir, cambio, y no está sometida a otra determinación que a la de su propio querer. Y el querer de la voluntad, al igual que el de todo lo real, es un querer libre, que rechaza toda determinación ajena a su propio devenir. La voluntad, el querer, no se somete a lo querido, sino que se sobrepone a todos sus posibles objetos. No quiere "esto" o "lo otro", sino sólo su propio querer. Se trata de una voluntad libre y absoluta a la que Nietzsche denomina "voluntad de poder": es una voluntad vital, expansiva, dominante... una voluntad que se engendra a sí misma y que quiere su propio querer.

A la nueva concepción de la realidad corresponde una nueva concepción de la verdad. La verdad no reside en el juicio, ni en la adecuación del intelecto con el objeto. Todos los juicios son falsos, en la medida que consisten en una "congelación" de un determinado aspecto de la realidad mediante el uso de conceptos. Siendo la realidad cambiante no podría dejarse encerrar por conceptos, que son estáticos, inmutables. Y siendo los conceptos la base de todos los juicios estos no pueden expresar ni captar la realidad, el devenir de lo real. Los conceptos no nos sirven para captar lo real, ni los juicios para expresar la verdad de lo real.

La verdad ha de ser un resultado de la intuición de lo real, de la captación directa de la realidad. Por ello, no podrá ser una verdad inmutable, y ni siquiera única, pues el mismo cambio de lo real no está exento de contradicciones.

En la medida en que la expresión de la verdad se realiza mediante el lenguaje éste se convierte en algo fundamental a la hora de hablar de la verdad. Nietzsche verá en el lenguaje una supeditación a los conceptos que hacen de él un instrumento poco útil para reflejar la verdad de lo real, por lo que la construcción de un nuevo lenguaje será una de sus tareas prioritarias, buscando en la metáfora, en la alusión, en la ironía, elementos útiles para forzar el nuevo sentido de las palabras.

GUIÓN 4: RECEPTOR

Presentas dificultad para escuchar, por lo que se te asignarán tapones para oído y orejeras.

COM-01

Formato de registro

Nombre:

1.- Descripción general del paciente con el que realicé la actividad:

2.- ¿Por qué lo elegí para realizar la actividad?

3.- ¿Cuál fue el primer momento en que lo hice sonreír?, ¿Me costó trabajo?, ¿Qué requerí para hacerlo?

4.- ¿Cuál fue el segundo momento en que lo hice sonreír?, ¿Me costó trabajo?, ¿Qué requerí para hacerlo?

5.- ¿Cuál fue el tercer momento en que lo hice sonreír?, ¿Me costó trabajo?, ¿Qué requerí para hacerlo?

6.- ¿Fue la actividad más fácil/difícil de lo que pensé?, ¿Por qué?

7.- ¿Qué resultados esperaba obtener, antes de realizar la actividad?, ¿Qué resultados obtuve en realidad?

Sesión 5

Carta descriptiva

Sesión 5: Relación interpersonal médico-paciente.				Duración total: 70 minutos
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
10 min	Revisión de la actividad para casa	1. Reflexionar y compartir sobre la actividad en casa realizada	a) Formato COM-01	No aplica
45 min	Técnica de análisis de lenguaje no verbal	1. Que el participante autoevalúe y analice su comunicación no verbal.	a) Dispositivos de grabación de video, con capacidad de 4 minutos de grabación. (Uno por participante). b) Guión-01, 1 por participante. c) Check-list de autoevaluación. 1 por participante.(Checklist-01) d) Plumas	Ruiz R. Escala "CICAA" Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Grupo Comunicación & Salud; 2006.
8 min	Indicaciones de la actividad para casa	1. Que el participante conozca bien las indicaciones de la actividad de "tarea"	a) Presentación PPT b) Formato LENG-01, 1 por participante. c) Plumas d) CheckI-list de autoevaluación (Checklist-01)	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 5: RELACION INTERPERSONAL MÉDICO-PACIENTE

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Revisión de la actividad en casa

Retomando la actividad realizada en casa, y con el formato COM-01, los participantes compartirán sus experiencias, y las respuestas que dieron a cada una de las preguntas del formato de registro. El facilitador fomentará la discusión y reflexión entre los participantes, para luego realizar un cierre englobando los puntos de vista. 10 minutos para la realización de la actividad.

c) Técnica de análisis de lenguaje no verbal

La técnica tiene como objetivo que el participante autoevalúe y analice su comunicación no verbal, en el contexto de la atención en salud. La duración estimada es de 45 minutos, e incluye una grabación de 4 minutos de consultas simuladas por participante. Es importante mencionar que para la realización de la técnica se utilizarán grabaciones de los participantes, quienes serán los únicos que tendrán acceso a dichas grabaciones, y una vez que termine la técnica, los archivos serán borrados. Esto debe mencionarse antes de iniciar la técnica, para en caso de que algún asistente no desee participar.

La técnica consta de 6 partes:

- 1.- Los participantes se dividen en equipos de 3. En caso de no sean un número múltiplo de 3, quienes queden sin equipo pueden integrarse a otros ya conformados, para ser equipos de 4.
- 2.- Por equipo, se designarán temporalmente los roles de: 1 profesional de la salud (personal médico o de enfermería), 1 paciente, y 1 camarógrafo.
- 3.- Una vez asignados los roles, al paciente se le otorgará un guion con un perfil sencillo a desarrollar, contenido en el formato Guión-01. A todo el grupo se le dará la indicación de que se realizarán consultas simuladas, siendo el profesional de la salud (médico o enfermera), quien realizará la consulta o la atención en la manera que regularmente lo realiza, durante 4 minutos, y con la participación de su paciente. En caso de los profesionales de enfermería, la atención debe ser simulada en el ámbito de la consulta externa, como si el paciente solicitara atención, y se requiriera toma de signos, además de un pequeño interrogatorio para la aplicación de un medicamento vía intravenosa. El camarógrafo realizará la grabación de la consulta con el dispositivo proporcionado por el profesional y fijando especial atención a este mismo, más que a los pacientes.

4.- Después de realizarse la primera grabación, los roles se reasignarán, de tal manera que todos los participantes lleguen a tener el rol de profesionales, y sean grabados con su dispositivo. En total la parte de las grabaciones se calcula en 20 minutos.

5.- Una vez que cada participante de la técnica tenga su grabación, se les entregará el formato de Checklist-01, para que realicen de manera individual, una autoevaluación a su lenguaje no verbal. Para ello, se darán 15 minutos.

6.- La última parte corresponde a compartir los resultados y las conclusiones a las que llegaron después de realizar esta actividad. La participación es voluntaria y se darán 10 minutos de exposición. El facilitador dará cierre a la actividad conjuntando las reflexiones y conclusiones de los participantes.

d) Indicaciones de la actividad para casa.

Utilizando el checklist de la técnica anterior, el facilitador dará la indicación de que cada participante elegirá uno de los ítems que marcó negativamente, y que considera importante incluir en su práctica diaria. La tarea incluye que en su práctica diaria busque incorporar de manera intencional ese ítem, y realice el llenado del formato LENG-01. Para dar estas indicaciones, responder hasta la pregunta 4 del formato y resolver dudas el facilitador dará 8 minutos.

e) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

GUIÓN-01

GUÍON PARA EL PACIENTE

Consulta con personal médico:

Eres un(a) paciente adulto mayor de 67 años, que asiste a consulta por primera vez al Hospital con el especialista. Acudes solo debido a que no cuentas con el apoyo de tu familia. Tú eliges el padecimiento por el que asistes al médico y los síntomas que presentas.

Consulta con personal de enfermería:

Eres un(a) paciente adulto mayor de 67 años, que asiste a consulta por primera vez al Hospital, y pasas con el personal de enfermería para preguntar por el proceso para pasar a consulta, que incluye toma de signos. Enfermería también realizará la aplicación de un medicamento vía intravenosa que requieres en ese momento.

No.	Checklist-01	SI	NO
1	¿Saludé verbalmente al paciente?		
2	¿Salude no verbalmente al paciente?		
3	¿Me incorporé del asiento para saludar no verbalmente al paciente?		
4	¿Establecí contacto físico con el paciente? (Di la mano, toques en ciertos momentos de la entrevista, en el acompañamiento o la exploración)		
5	¿Mantuve contacto visual adecuado durante toda la consulta?		
6	¿Sonreí en algunos momentos de la consulta?		
7	¿Llamé por su nombre al paciente?		
8	¿Inicié o respondí a algún comentario social? (Comentarios no relacionados con el motivo de consulta; son conversaciones coloquiales, temas triviales)		
9	¿Despejé el escenario de posibles barreras?		
10	¿Mantuve una actitud de escucha atenta al paciente?		
11	¿Llegué a interrumpir al paciente, mientras hablaba?		
12	¿Desatendí al paciente para hacer anotaciones?		
13	¿Utilicé expresiones que facilitaron el discurso del paciente aun cuando estaba yo estaba ocupado?		
14	¿Evité silencios prolongados tensos y disfuncionales?		
15	¿Di ánimo al paciente?		
16	¿Me interesé por aspectos de charla social, que el paciente sacó a colación?		
17	¿Realicé muecas, gestos o ademanes mientras el paciente hablaba?		
18	¿Mi volumen de voz fue adecuado?		
19	¿El tono de mi voz fue adecuado?		
20	¿La velocidad de mi voz fue la adecuada?		
21	¿Asentí o negué con la cabeza mientras el paciente hablaba?		
22	¿Crucé los brazos en algún momento?		
23	¿Me mostré inquieto durante la consulta?		
24	¿Bostecé en algún momento?		
25	¿Me mostré serio?		
26	¿Señalé al paciente?		
27	¿Establecí alguna proximidad física con el paciente?		
28	¿En algún momento de la consulta puse mi mano en mi boca mientras hablaba?		
29	¿Dirigí la mirada hacia otro lado mientras el paciente hablaba?		
30	De acuerdo a las respuestas arriba contestadas, ¿cuál es la conclusión general de mi lenguaje no verbal, en la consulta?		
¿Cuál sería una sugerencia para mejorar mi comunicación no verbal con el paciente?			

LENG-01

Nombre completo:

Para ser respondidas en la sesión 05

1. ¿Cuál es el ítem de comunicación no verbal que me comprometo a trabajar e incorporar en mi práctica diaria?

2. ¿Por qué elegí ese ítem?

3. ¿Considero que su implementación será fácil o difícil?, ¿Por qué?

4. ¿Qué resultados espero obtener?

Para ser respondidas después de incorporar el ítem en mi consulta o atención.

5. Describe el proceso de incorporación del ítem en tu consulta o atención.

6. ¿Su incorporación resultó tan fácil o difícil como pensaba que era?

7. ¿Obtuve los resultados que esperaba?

8. ¿Qué necesito para incorporar ese ítem en mi práctica diaria?

Sesión 6

Carta descriptiva

Sesión 6: Relación interpersonal médico-paciente				Duración total: 60 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
48	Conocimientos sobre escucha activa/técnica	1. Conocer sobre la escucha activa. 2. Reflexionar sobre la propia escucha activa.	a) Formato de escucha activa ESC-01 b) Plumas c) Medio de proyección audiovisual d) Bocinas	Video: https://www.youtube.com/watch?v=L04UaMn18CM
5	Indicaciones de la actividad para casa	1. Que el participante conozca bien las indicaciones de la actividad de "tarea"	a) Presentación PPT b) Formato ESC-01, 1 por participante. c) Formato ESC-02, 1 por participante c) Plumas	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 6: RELACION INTERPERSONAL MÉDICO-PACIENTE (ESCUCHA ACTIVA)

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Conocimientos sobre escucha activa/técnica

Después de dar la bienvenida a los participantes, se les comentará sobre la actividad, la cual consiste en 5 fases, y tiene una duración de XX minutos.

La primera fase es ver un video. Este se puede encontrar en la siguiente liga: <https://www.youtube.com/watch?v=L04UaMn18CM>.

Una vez visto el video, cada participante recibirá el Cuestionario sobre escucha activa, ESC-01, y procederá a contestarlo; para esta parte de la actividad tiene 10 min. Es importante recalcar que las respuestas son individuales y no se pueden compartir. El facilitador debe cuidar esto mientras los participantes responden el cuestionario.

La tercera fase incluye preguntar de manera abierta al grupo las primeras 5 cuestiones del formato ESC-01. El objetivo es revisar si los participantes supieron escuchar en el video en 5 min. Al no haber recibido instrucciones de poner atención al video, muchos participantes no podrán dar respuesta a las preguntas. Las preguntas y respuestas son:

- **¿Cómo se llamaba el presentador del video?** *Mario García*
- **Según el video, ¿cuánta de la información que oímos, llegamos a perder?** *Tres cuartas partes*
- **¿Cuál es el consejo que da el presentador para disminuir la influencia de los prejuicios en una conversación?** *Piense en lo que se está diciendo, no en quién lo está diciendo.*
- **¿Cuáles son las tres maneras que el video menciona, para hacer saber a alguien que ha sido escuchado?** *1) Dar respuestas alentadoras, 2) Parafrasear o repetir lo que escuchó; 3) Reflejar los sentimientos de la persona que habla.*
- **6 reglas para ser un buen oyente:**
 1. *Adopte una actitud corporal receptiva*
 2. *Aproveche la velocidad de su pensamiento constructivamente*

De allí se da pie a las siguientes preguntas. Se hace la invitación a quien quiera compartir su análisis, el cuál debe estar centrado en:

- Que de manera honesta se reflexione a que en ocasiones todas las personas no hemos llegado a ser buenos oyentes, pero esto puede cambiar al adquirir la habilidad de la escucha activa.
- Que identifiquen de manera personal los errores que se cometen como oyentes, en la atención.
- Que identifiquen los principales distractores personales.
- Que identifiquen los prejuicios sociales e individuales que se tienen hacia los adultos mayores, al brindarles atención, y analicen cómo estos afectan a su atención.
- Que analicen las 6 reglas para ser un buen oyente, e identifiquen cuál es en la que tienen que trabajar más.

Se da cierre a esta actividad, la cual se enlaza de manera directa con la siguiente.

c) Indicaciones de la actividad para casa

La actividad en casa se trabajará con el formato ESC-01 que cada participante respondió en la actividad anterior, y el formato ESC-02, que llenará en casa. Se tiene como objetivo que el participante comprenda de manera clara lo que tiene que realizar.

Para constancia de la actividad, es necesario que el profesional conteste el formato de registro ESC-02, y lo lleve para la siguiente sesión. Las indicaciones deben quedar comprendidas, sin dudas; el formato de registro. Se utilizarán los recursos disponibles para mostrar un ejemplo del formato llenado.

e) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

CUESTIONARIO SOBRE ESCUCHA ACTIVA

Nombre: _____

De acuerdo a lo revisado en el video, da respuesta de manera individual a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se llamaba el presentador del video?
 - Según el video, ¿cuánta de la información que oímos, llegamos a perder?
 - ¿Cuál es el consejo que da el presentador para disminuir la influencia de los prejuicios en una conversación?
 - ¿Cuáles son las tres maneras que el video menciona, para hacer saber a alguien que ha sido escuchado?
 - Escriba de manera breve y concisa las 6 reglas que menciona el video para ser un buen oyente.
- 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
- Ahora que viste el video sobre escucha activa, y diste respuesta a las primeras preguntas... ¿te consideras un buen oyente?, ¿por qué?

- ¿Cuáles errores como oyente que el video menciona identificaste en ti?
- ¿Cuál es la regla para ser un buen oyente con la que debes trabajar más?, ¿por qué?, ¿cómo podrías trabajarla?
- ¿Qué distractores identificas como los principales para ti, que derivan en no ser un buen oyente?
- Recuerda que todos tenemos prejuicios, ¿qué prejuicios identificas tener hacia los adultos mayores?
- Analiza, ¿cómo afectan esos prejuicios hacia los adultos mayores en la atención que les brindas?

ESC-02

1. De los distractores identificados en la actividad anterior, elige uno con el que quieras trabajar.
2. Analiza el distractor. Para ello, utiliza la siguiente tabla.

Distractor elegido:	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuándo he notado que el distractor se hace presente?	
¿Identifico algún detonante que favorezca su aparición? (Aburrimiento, ansiedad, etc.)	
¿Cómo creo que perjudica el distractor en la atención en salud que ofrezco?	
¿Cómo puedo disminuir/eliminar el distractor?	
¿El distractor me genera alguna emoción/sentimiento?	

3.- Tomando en cuenta la información que realices del análisis, traza un plan de acción en formato libre para disminuir/eliminar el distractor elegido, tu plan debe incluir:

- a) **¿Qué pretendo lograr? Sé claro y concreto.**
- b) **¿Cómo pretendo hacerlo?**
- c) **¿Cuándo pretendo hacerlo?** *Para efectos de este ejercicio, ponte metas cortas, a realizarse en una semana.*
- d) **¿En cuánto tiempo pretendo lograrlo?**
- e) **¿Qué necesito para hacerlo?**
- f) **¿Cómo mediré los resultados de lo que logré?**
- g) **¿Qué grado de dificultad tiene lo que pretendo realizar?**
- h) **¿A qué voy a renunciar si disminuyo/elimino el distractor?**
- i) **¿Qué voy a ganar si disminuyo/elimino el distractor?**

4.- Lleva a cabo el plan de acción para disminuir/eliminar el distractor elegido. Una vez realizado, responde las siguientes preguntas en formato libre.

- i. **¿Se cumplieron los objetivos planteados?**
- ii. **¿Qué influyó para el cumplimiento o no de los objetivos planteados?**
- iii. **¿Fue tan complicado o sencillo como pensaste que sería?**
- iv. **¿Qué cambios percibiste, al disminuir/eliminar el distractor?**
- v. **¿Qué se realizó diferente del plan de acción que tenías trazado?**

Recuerda llevar este formato y las respuestas a tus preguntas para la siguiente sesión.

Sesión 7

Carta descriptiva

Sesión 7: Relación interpersonal médico-paciente				Duración total: 62 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
50 min	Presentación de resultados de actividad sobre escucha activa	1. Presentar los resultados obtenidos de la actividad en casa.	a) ESC-01 B) ESC-02	No aplica
5 min	Indicaciones de la actividad para casa	1. Conocer bien las indicaciones de la actividad de "tarea"	b) Formato LENG-02, 1 por participante. c) Plumas	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 7: RELACION INTERPERSONAL MÉDICO-PACIENTE (ESCUCHA ACTIVA)

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Presentación de resultados de actividad sobre escucha activa.

Se plantea como una actividad en la cual los participantes retomarán lo reflexionado en la sesión pasada, y platicarán cómo les fue con la implementación de la actividad para casa, respaldada con el formato ESC-02. Cada participante cuenta con 5 minutos para contar su experiencia, y las conclusiones a las que llegaron. Los demás participantes pueden hacer comentarios o preguntas al expositor.

El tiempo total considerado para la actividad es de 50 min. El facilitador cerrará la actividad conjuntando las experiencias y motivando a los participantes a trabajar sobre otros distractores que pueden encontrar, o sobre el mismo distractor elegido.

c) Indicaciones de la actividad para casa

El facilitador dará las instrucciones de llenado del formato LENG-02, a realizarse en casa. Este consiste en identificar 3 barreras de comunicación en su atención al adulto mayor por tipo, catalogadas en: barreras físicas/ambientales, individuales, y del paciente. Se utilizarán los recursos disponibles para mostrar un ejemplo del formato llenado con cada tipo de barreras.

El objetivo de esta actividad es que el participante comprenda las indicaciones de la actividad, y se familiarice con el formato a requisitar; además, en caso de tener dudas se aclararán en este momento. Se hará hincapié en que se requiere el formato con las barreras identificadas, para trabajar en la siguiente sesión. Esta actividad tiene una duración estimada de 10 min.

Físicas: Hacen referencia a barreras de corte físico, tangibles, del medio en el cual se imparte la atención. Ejemplo es la lejanía de una persona, un muro que separa, etc.

Ambientales: Hacen referencia al contexto en el que se desenvuelven las personas. Son barreras intangibles pero presentes, en el medio físico. Ejemplo de ello es el ruido de fondo.

Individuales: Hacen referencia a las barreras relacionadas con la persona, que es el profesional, incluye su cultura, idioma, códigos de lenguaje, educación, empatía, paciencia, entre otros.

Del paciente: Hacen referencia a las barreras relacionadas con la persona con quien el profesional se comunica. Incluye su cultura, idioma, códigos de lenguaje, problemas físicos, educación, entre otros.

d) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

Nombre del participante: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: En la siguiente tabla identifica tres barreras de cada tipo, presentes en tu atención.

BARRERAS FÍSICAS		BARRERAS AMBIENTALES	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
BARRERAS INDIVIDUALES		BARRERAS DEL PACIENTE	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

Sesión 8

Carta descriptiva

Sesión 8: Relación interpersonal médico-paciente				Duración total: 62 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
50 min	Identificación de barreras de comunicación	1. Ejercitar las habilidades de identificación de barreras de comunicación. 2. Reflexionar sobre la solución a las barreras de la comunicación, presentes en la atención	a) Formatos de registro LENG-02 b) Plumas c) Rotafolios d) Marcadores e) Cinta adhesiva	No aplica
5 min	Indicaciones de la actividad para casa	1. Que el participante conozca bien las indicaciones de la actividad de "tarea"	b) Formato LENG-03, 1 por participante. c) Plumas	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 8: RELACIÓN INTERPERSONAL MÉDICO-PACIENTE (BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN)

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Identificación de barreras de comunicación

Los objetivos de esta actividad son que el participante ejercite las habilidades relacionadas con la identificación de barreras de comunicación, y realice una reflexión sobre la solución a las barreras de comunicación, presentes en la atención, con un llamado a la acción. La duración estimada de esta actividad es de 50 min.

Para la realización de actividad se requieren los formatos de registro LENG-02, previamente llenados por cada participante, en cuanto a la identificación de barreras de comunicación. La actividad se divide en 5 fases:

1.- Lluvia de ideas, con un rotafolio por tipo de barrera. Cada participante pasará a integrar sus aportaciones, y a explicar sus barreras identificadas. Para esta actividad se asignarán 10 min.

2.- Después de la lluvia de ideas, el facilitador fomentará a la discusión grupal mediante las siguientes preguntas guía:

- ¿El proceso de identificación fue fácil o difícil?, ¿Qué tipo de barreras se identificaron más fácil/difícilmente, y por qué? ¿Por qué se considera barrera?
- ¿Cuáles fueron las barreras que no identifiqué?
- En consenso, ¿cuáles son las barreras más frecuentes presentadas en el proceso de atención?

La discusión tendrá una duración de entre 5 y 8 minutos.

3.- Se darán 2 minutos para que cada participante agregue a su formato las barreras que no identificó pero considera importantes.

4.- Una vez agregadas todas las barreras consideradas por cada participante al formato, se procederá a la tercera fase, de clasificación de barreras de manera individual, directamente en el formato. El participante clasificará cada una de las barreras que describió como MODIFICABLES o NO MODIFICABLES por él, además de escribir una pequeña explicación de por qué la considera modificable o no.

Después de clasificarla como modificable o no modificable, junto con su explicación, se requiere que el participante otorgue en una escala del 0 al 10 en el formato, la capacidad que considera tiene, para realizar la modificación. La indicación para ello es

En una escala del 0 al 10, ¿qué tan capaz me siento para modificar cada barrera que identifiqué?

5.- El participante elegirá una barrera de cada tipo para realizar la modificación como trabajo en casa. Para ello, indicará en el formato cuáles eligió. El facilitador debe hacer hincapié en el compromiso de la modificación de cada tipo de barrera, por cada uno de los participantes.

c) Indicaciones de la actividad para casa

Esta actividad va de la mano con la identificación de barreras realizada en la actividad anterior. Una vez que el participante tenga elegidas las barreras de cada tipo, se le entregará el formato LENG-03, para que lo revise y le quede claro lo que tiene que realizar o contestar en casa.

La duración de la actividad es de 5 minutos, en los que el facilitador explicará de manera clara las indicaciones contenidas en el formato, y resolverá dudas.

Se hace hincapié en la necesidad de traer el formato contestado, y de realizar el compromiso de la modificación de cada tipo de barrera.

d) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN - EJEMPLO

Nombre del participante: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: En la siguiente tabla identifica tres barreras de cada tipo, presentes en tu atención.

BARRERAS FÍSICAS		BARRERAS AMBIENTALES	
1. MONITOR DE LA COMPUTADORA QUE IMPIDE LA VISIBILIDAD	MODIFICABLE. PORQUE SÓLO REQUIERE REUBICAR EL MONITOR A OTRO LADO. (ME SIENTO CAPAZ DE MODIFICARLA EN UN 10)	1. RUIDO DE PERSONAS EN LA CONSULTA	NO MODIFICABLE. PORQUE EL RUIDO QUE HACEN LAS PERSONAS EN LA SALA DE ESPER ES NORMAL. (ME SIENTO CAPAZ DE MODIFICARLA EN UN 0)
2.		2.	
3.		3.	
BARRERAS INDIVIDUALES		BARRERAS DEL PACIENTE	
1. HABLAR EN TONO BAJO	MODIFICABLE. REQUIERE TRABAJAR MI MODULACIÓN DE VOZ. (ME SIENTO CAPAZ DE MODIFICARLO EN UN 6).	1. IDIOMA	NO MODIFICABLE. PORQUE ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA DEL PACIENTE, Y NO SABE HABLAR OTRO IDIOMA (ME SIENTO CAPAZ DE MODIFICARLO EN UN 0).
2. IMPACIENCIA	INMODIFICABLE. PORQUE ASÍ ES MI CARÁCTER (ME SIENTO CAPAZ DE MODIFICARLO EN UN 1)	2. CARÁCTER	NO MODIFICABLE. PORQUE ASÍ ES EL CARÁCTER DE LAS PERSONAS. (ME SIENTO CAPAZ DE MODIFICARLO EN UN 0).
3.		3. HIPOACUSIA	NO MODIFICABLE. PORQUE ES UNA CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE. (ME SIENTO CAPAZ DE MODIFICARLO EN UN 0).

LENG-03

Sección para ser llenada en la Sesión 8

Yo _____ me comprometo a realizar las modificaciones de las siguientes barreras de la comunicación:

- a) Barrera física: _____
- b) Barrera ambiental: _____
- c) Barrera individual: _____
- d) Barrera del paciente: _____

Sección para ser llenada en casa

De acuerdo a los resultados obtenidos del ejercicio de modificación de barreras contesta las siguientes preguntas:

1.- En una escala del 0 al 10, ¿qué tan capaz fuiste de realizar cada una de las modificaciones?

Barrera física ()

Barrera individual ()

Barrera ambiental ()

Barrera del paciente ()

2.- Compara las calificaciones otorgadas después de realizar cada una de las modificaciones, con las calificaciones otorgadas antes de realizar las modificaciones. ¿Variaron?, ¿En qué? ¿A qué crees que se deba?

3.- ¿Cómo realicé cada una de las modificaciones?, ¿Qué cambios se obtuvieron de realizar estas modificaciones?, ¿Considero que los cambios que voy a obtener son a corto o largo plazo?, ¿Qué creo que se va a modificar con el paso del tiempo?

Sesión 9

Carta descriptiva

Sesión 9: Atribuciones				Duración total: 56 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
15 min	Exposición de los resultados de la actividad en casa	1.- Presentar los resultados y reflexión derivada de la actividad en casa.	a) Formato LENG-03	No aplica
34 min	Técnica sobre atribuciones	1. Reconocer que en todo momento realizamos atribuciones de los actos de las personas.	a) Hojas blancas b) Plumas c) Fotografías de AM.	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 9: ATRIBUCIONES

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Exposición de los resultados de la actividad en casa

Se plantea como una actividad en la cual los participantes retomarán lo reflexionado en la sesión pasada, y platicarán cómo les fue con la implementación de la actividad para casa, respaldada con el formato LENG-03. Cada participante cuenta con 3 minutos para contar su experiencia, y las conclusiones a las que llegaron. Los demás participantes pueden hacer comentarios o preguntas al expositor.

El tiempo total considerado para la actividad es de 20 min. El facilitador cerrará la actividad conjuntando las experiencias y motivando a los participantes a trabajar sobre otras barreras de comunicación que pueden encontrar, o sobre la misma barrera elegida.

c) Técnica sobre atribuciones

Mediante esta actividad se pretende que los profesionales de la salud reconozcan cómo funciona el proceso de las atribuciones, y busquen adoptar una postura más neutra a la hora de atribuir o interpretar.

Se realizarán equipos de 3 personas. A cada equipo se le entregará una fotografía de un AM, quien está realizando una acción. La consigna que dará el facilitador es que, de acuerdo a lo que ven y conocen, cada uno de los participantes realice una descripción completa del paciente, en sus aspectos físico, psicológico, familiar, y socioeconómico. Además de la descripción, va a realizar una pequeña explicación de qué se encuentra haciendo y pensando, y por qué está realizando esa acción. Para esta actividad se plantean 8 minutos.

Una vez concluidas las descripciones, cada miembro del equipo compartirá con los demás su descripción y explicación. Para esta actividad se designarán 8 minutos. Cuando todos terminen de compartir su descripción y explicación, se fomentará la discusión en el equipo sobre los siguientes puntos:

- *¿Las características descritas por todos los integrantes del equipo fueron las mismas?*
- *¿La explicación de lo que se encuentra haciendo y pensando, fue similar?*
- *¿Por qué creen que se llegaron a esas conclusiones?*
- *¿En qué nos basamos para realizar atribuciones de las personas?*

- *¿Nuestras atribuciones siempre son ciertas?*

La discusión tendrá lugar en otros 8 minutos. Los últimos 10 estarán destinados a presentaciones breves por equipo de las conclusiones a las que se llegaron, para cerrar con discusión grupal sobre las mismas preguntas.

e) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

IMÁGENES A UTILIZAR PARA LA TÉCNICA DE LAS ATRIBUCIONES

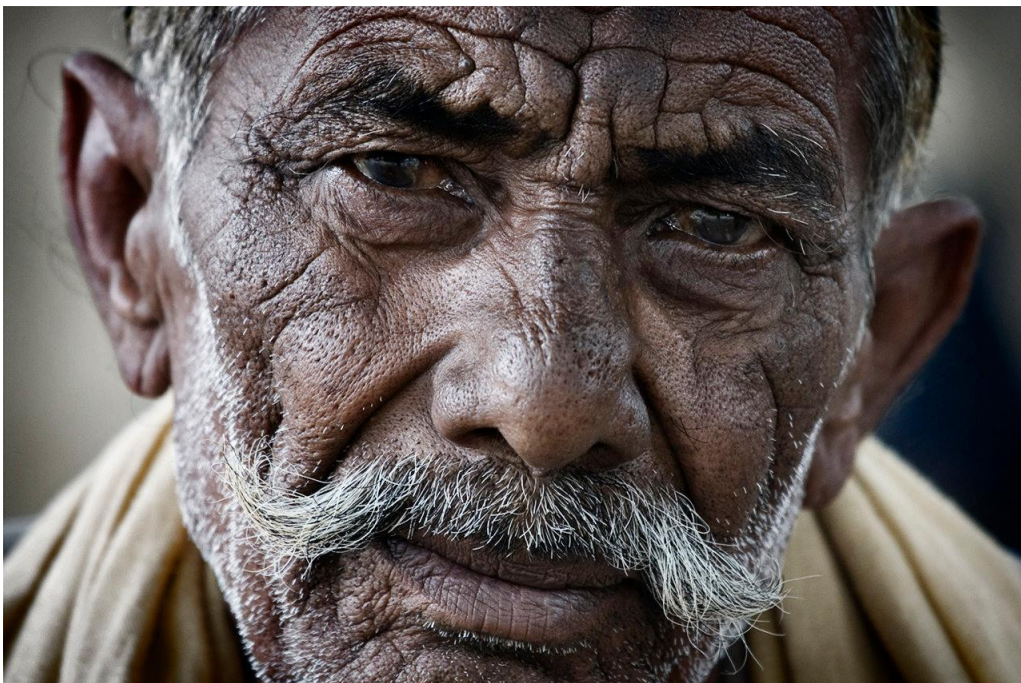


Todas las imágenes fueron extraídas de la www, mediante búsqueda con las palabras adulto mayor.





Todas las imágenes fueron extraídas de la www, mediante búsqueda con las palabras adulto mayor.



Sesión 10

Carta descriptiva

Sesión 10: Habilidades de comunicación en situaciones específicas				Duración total: 47 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
40 min	Habilidades de comunicación en situaciones específicas	1. Practicar las habilidades de comunicación en situaciones específicas de la mano de la teoría de la atribución	No aplica	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 10: HABILIDADES EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Técnica sobre habilidades de comunicación en situaciones específicas.

Bajo equipos en pareja confirmados, uno adopta el rol de profesional de la salud y otro de paciente. A estos últimos se les asigna por parte del facilitador un estado emocional al azar de los siguientes: ansiedad, enojo, tristeza, depresión, desesperación, alegría, euforia. Acorde a este estado, los pacientes buscarán comunicar una necesidad relacionada con la expresión emocional (como hambre, sueño, necesidad de compañía, atención en salud, miedo etc.). El profesional da respuesta a la solicitud, buscando identificar las acciones del paciente y las atribuciones que realiza. Para esta actividad se darán 10 minutos.

En la reflexión, los participantes con rol de profesionales tratarán de identificar la emoción observada en el otro, lo que esto causó en ellos, la respuesta que dieron a la situación, y qué otras opciones hubieran podido tener para responder. Cada profesional tendrá 4 min para hablar, por lo que la actividad completa se calcula en 20 min.

e) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

Sesión 11

Carta descriptiva

Sesión 11: Habilidades en situaciones específicas				Duración total: 52 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
40 min	Técnica de comunicación en habilidades específicas	1. Analizar los recursos personales ante la necesidad de comunicación en habilidades específicas	No aplica	No aplica
5 min	Cierre	1. Dar cierre a las actividades del día.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 11: HABILIDADES EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Técnica de comunicación en situaciones específicas.

El facilitador presentará a los participantes la siguiente lista de situaciones frecuentes a las que se enfrentan los profesionales de la salud en la atención al AM:

- *Diferencias culturales (incluye lenguaje)*
- *Con familiares del AM*
- *Con discapacidad para comunicarse*
- *Analfabetismo*
- *Con enfermedades crónicas*
- *Con enfermedades terminales*
- *Con depresión*
- *Con dolor crónico*
- *Con problemas especiales de personalidad (no cooperadores, hostiles, sobredependientes, inhibidos, sobredefensivos)*
- *En situaciones clínicas especiales (malas noticias, temas delicados, preparación para procedimientos diagnósticos y/o de tratamiento amenazantes), al hablar a los parientes, contacto breve*

De manera individual, cada participante identificará y asignará una calificación del 0 al 10, al identificar cuáles son las más complicadas de manejar para él.

El facilitador invitará a los participantes a dar su calificación en cada una de las situaciones, y en algunos casos fomentará a la discusión con él y el grupo de por qué le dio esa calificación. Esto permitirá observar las diferencias individuales, basadas en experiencias y habilidades, y dará pie a que los demás le aporten sugerencias para que esa situación sea menos complicada.

e) Cierre

La última actividad del día corresponde a realizar el cierre de la sesión. Es un espacio abierto a dudas, comentarios y sugerencias de los participantes, así como para dar avisos y recordatorios. También se puede abrir el espacio a conclusiones derivadas de las actividades del día. Los recursos mínimos necesarios son un facilitador que dirija esta actividad. El tiempo estimado para ello es de 5 minutos.

Sesión 12

Carta descriptiva

Sesión 12: Cierre, entrega de constancias de participación, evaluación post y convivio.				Duración total: 62 min
Duración	Nombre de la actividad	Objetivos	Material a utilizar	Bibliografía
2 min	Registro de asistencia	1. Registrarse y recibir el material del curso.	a) Formatos de registro (ASIS-01) b) Plumas c) Material de los participantes: - Cuaderno de apuntes - Pluma	No aplica
10 min	Cierre del curso	1. Dar cierre formal al curso.	No aplica	No aplica
10 min	Entrega de constancias	1. Recibir un reconocimiento con valor curricular.	a) Constancias elaboradas por las autoridades correspondientes	No aplica
10 min	Evaluación post intervención	1. Realizar la evaluación post-intervención.	a) Formatos de evaluación diagnóstica (POST-01) b) Lápices c) Sacapuntas	No aplica
30 min	Convivio	1. Celebrar el término de las sesiones de la intervención.	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 12: CIERRE, ENTREGA DE CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN, EVALUACIÓN POST Y CONVIVIO.

a) Registro de asistencia

El registro de asistencia se realiza de manera informal conforme los participantes lleguen a la sede del curso. Este se realiza entregando el formato ASIS-01 a uno de los participantes, con la indicación de llenarlo y al finalizar, haga la misma indicación a alguno de sus compañeros.

De acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos disponibles con los que cuente la institución se organizará el registro de los participantes. Se sugiere éste se realice 10 minutos antes del inicio formal de la intervención. Como recursos mínimos se requiere una persona encargada, 3 formatos de registro ASIS-01 y 25 plumas.

Uno de los objetivos de la actividad es obtener la información referente a la asistencia diaria, la cuál será utilizada posteriormente para la elaboración de constancias y estadísticas del curso. El segundo objetivo de esta actividad es entregar al participante los materiales que utilizará en la sesión, como pueden ser libreta de apuntes y pluma. Este objetivo es opcional.

b) Cierre del curso

Al igual que la bienvenida, parte importante en los eventos de enseñanza y capacitación es el cierre formal por parte de las autoridades correspondientes. Esta ceremonia se organizará tomando en cuenta los recursos materiales, financieros y humanos disponibles. Como recursos mínimos se requiere la participación de una persona quien dará el cierre, y de un funcionario público, quien brindará unas palabras a los participantes, que motiven al desarrollo y mantenimiento de lo aprendido en la intervención. Similar al objetivo de bienvenida, se busca que el discurso motive a los participantes y reitere la disposición de las autoridades del hospital para la realización de acciones de mejora, en pro de la calidad de la atención en salud de los adultos mayores.

c) Entrega de constancias

La elaboración y entrega corresponde a la jefatura de Enseñanza, Investigación y Capacitación del hospital, y tiene como objetivo brindar un reconocimiento con valor curricular y a la vez motivacional al participante.

Esta actividad es opcional, y depende de los recursos humanos, físicos y financieros con los que cuente el establecimiento de salud.

d) Aplicación post

La evaluación post consiste en la aplicación individual a los participantes del cuestionario POST-01 que mide conocimientos y actitudes relacionados a la atención centrada en la persona. En cuanto a los componentes de la Teoría Social Cognitiva, modelo en el que está basada la intervención, se explora la autoeficacia. La aplicación tiene una duración estimada de 10 minutos, y los recursos mínimos requeridos son un formato de cuestionario y un lápiz por participante, un facilitador y un lugar donde los participantes estén cómodos y de manera individual puedan responder de manera escrita.

El objetivo de la evaluación es obtener los cambios sobre los conocimientos, actitudes y la percepción de autoeficacia de cada participante, con fines de medición comparativa de resultados, con el cuestionario pre-intervención.

El cuestionario por sí mismo contiene las instrucciones a seguir. Se sugiere que el facilitador haga hincapié a los participantes que las respuestas son individuales y no tienen valor para calificación, por lo que se debe contestar sinceramente; además de que no se deben dejar preguntas sin responder, los datos de identificación deben ser llenados y la escritura debe ser legible.

e) Convivio

Esta actividad es opcional, y se planea de acuerdo a los recursos materiales, humanos y financieros con los que cuente la institución.

EVALUACIÓN POST-INTERVENCIÓN

Nombre completo: _____

INSTRUCCIONES: Contesta las siguientes preguntas

I. ¿Sabes qué es la Atención Centrada en la Persona?

_____ Sí

_____ No

Escribe su definición: _____

II. ¿Sabes cuáles son los 8 dominios que integran la Atención Centrada en la Persona?

_____ Sí

_____ No

Menciona los 8 dominios: _____

III.- ¿Cómo te sientes en el presente ante las siguientes situaciones? Utiliza la siguiente escala numérica:

ME SIENTO...

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>nada seguro</i>		<i>poco seguro</i>		<i>moderadamente seguro</i>			<i>bastante seguro</i>			<i>totalmente seguro</i>

DE PODER...

Situación	Respuesta numérica
1. Brindar información clara a mis pacientes adultos mayores.	()
2. Mantener confidencial la información que mis pacientes me proporcionen.	()
3. Hacer que mis pacientes adultos mayores se sientan en confianza conmigo	()
4. Darles a mis pacientes adultos mayores la atención necesaria, en el tiempo destinado para su atención.	()
5. Aclarar todas las dudas que mis pacientes adultos mayores puedan tener.	()
6. Brindar atención adecuada a mis pacientes adultos mayores, aún con la falta de recursos que tiene el hospital.	()
7. Respetar las creencias y decisiones de mis pacientes adultos mayores, aún si no estoy de acuerdo con ellas.	()
8. Utilizar técnicas o estrategias para mejorar la comunicación con mis pacientes adultos mayores	()
9. Explicar a mis pacientes adultos sobre el tratamiento establecido, de manera que no haya dudas al respecto.	()
10. Hablar con mis pacientes adultos mayores, de sus sentimientos, en la consulta o atención que les brindo, cuando es necesario	()
11. Tener paciencia para resolver problemas de comunicación con mis pacientes adultos mayores	()
12. Empatizar con mis pacientes adultos mayores.	()
13. Ser creativo(a) para resolver problemas que se presenten en la atención de mis pacientes adultos mayores.	()
14. Atender a todos mis pacientes adultos mayores programados en la consulta externa, sin que el cansancio o el estrés influyan en la atención que les brindo.	()
15. Modificar conductas en mí para mejorar la atención que brindo a mis pacientes adultos mayores	()
16. Mantenerme tranquilo cuando un paciente me reclama algo.	()
17. Manejar situaciones estresantes que se puedan presentar en la atención de mis pacientes adultos mayores.	()
18. Calmar a un paciente alterado emocionalmente (enojado, en llanto, etc.)	()
19. Mantener contacto visual con mis pacientes adultos mayores.	()
20. Dar solución a los problemas que mis pacientes adultos mayores me llegan a externar.	()

Evaluación general

La evaluación general del curso va acorde a los objetivos de la institución. A continuación se presentan los indicadores utilizados más frecuentes:

- Proceso: Indicador de asistencia: Que mide las personas que asistieron al curso, y cuántos de ellos completaron todas las sesiones. La información se extrae del formato de registro y las listas de asistencia ASIS-01 de cada día.
- Proceso: Mediante mapas de progreso, y de la mano de las actividades realizadas en formatos, que arrojan información cualitativa, se puede monitorear el aprendizaje individual de cada participante.
- Proceso. Otra evaluación de proceso puede, y se sugiere se realice al término de cada sesión, mediante una lluvia de ideas o el llenado de un formato sencillo, que incluya las siguientes preguntas:
 - ¿Qué te gustó de la sesión de hoy?
 - ¿Qué no te gustó de la sesión de hoy?

Los tópicos a abordar se mantienen generales, pero si los facilitadores desean acortarlos a materiales utilizados, calidad de las exposiciones, pertinencia de las técnicas, pertinencia de las tareas en casa, etc., también pueden realizarse.

- Proceso: Al finalizar el curso también puede realizarse una dinámica de retroalimentación con respecto a los aspectos que han cambiado a lo largo del taller, sus dudas y recomendaciones.
- Resultados: Medidos con el resumen comparativo de la evaluación pre y la evaluación post. Se evalúa si los participantes adquirieron nuevos conocimientos, y mejoraron su percepción de autoeficacia.

Referencias bibliográficas

- ¹ Dwamena F et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.
- ² Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013.
- ³ Puentes E, Garrido F. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud, Coordinación General de Planeación estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.
- ⁴ Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS. México: Secretaría de Salud; 2006.
- ⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perfil sociodemográfico de adultos mayores. INEGI, México; 2014.
- ⁶ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Anexo estadístico de pobreza en México, 2012-2014.
- ⁷ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. ENADIS 2010. Resultados sobre personas adultas mayores. INAPAM, México, 2011.
- ⁸ Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. SINAIS/SINAVE/DGCE/SALUD, México, 2011.
- ⁹ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Reporte sobre la discriminación en México 2012. Trabajo. CONAPRED, México, 2012.
- ¹⁰ Observatorio de política social y derechos humanos. La situación de los derechos laborales de los adultos mayores en México. México, 2013.
- ¹¹ Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Pública. 2014;35(4):284–90.
- ¹² Narro J, Moctezuma D. Analfabetismo en México: Una deuda social. Real Datos Espacio. 2012;3(3):5–17
- ¹³ Secretaría de Salud. Guía técnica para la cartilla nacional de salud. Adultos Mayores de 60 años o más. Secretaría de Salud. México, 2008.
- ¹⁴ Gallegos-Carrillo J, Durán Arenas J, López Carrillo L, López-Cervantes M. Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. Rev Invest Clin 2003; 55 (3): 260-269.

-
- ¹⁵ Tuirán R. Prevención de la Violencia. Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. CNDH, México, 2003.
- ¹⁶ Instituto Nacional de Geriátría. Serie Cuadernillos de Salud Pública. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. ING, México; 2013.
- ¹⁷ Instituto Nacional de Salud Pública. Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados, resumen ejecutivo. Cuernavaca: INSP; 2013.
- ¹⁸ González-González C, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo L, García-Peña C. Health care utilization in elderly Mexican population: Expenditures and determinants. BMC Public Health 2011, 11:192
- ¹⁹ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. INSP, México, 2013.
- ²⁰ Acevedo A. Aprender jugando 1. Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría. Ed. Limusa: México, 1987: p. 200-201.
- ²¹ Gómez M. Manual de técnicas y dinámicas. Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco. Villahermosa, 2007: p. 3-4.
- ²² Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013.
- ²³ Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N (2005): Ayurvedic and traditional Chinese medicine: a comparative overview. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine 2: 465-473.
- ²⁴ Plato. Harmidis Dialogue. Athens: 156 E. Papyros; 1975.
- ²⁵ Mezzich J. Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. Acta Med Per. 2010; 27(2): 148-150.
- ²⁶ Tournier P. Medicine de la Personne. Neuchatel, Switzerland, Delachaux et Niestle; 1940.
- ²⁷ World Health Organization. WHO Constitution. Geneva: WHO; 1946.
- ²⁸ Rogers C. on Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
- ²⁹ Valentine N, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray C, Evans D. Health system responsiveness. Concepts, domains and operationalization. In: Murray C, Evans D, ed. Health systems performance assessment, Debates, methods and empiricism. Geneva: WHO. 2003; p.573-596.
- ³⁰ Secretaria de Salud. Modelo de atención a la salud, MIDAS. 2da ed. México: Secretaría de Salud; 2006.

³¹ Allen RE, ed. The Concise Oxford Dictionary of Current English, New York: Oxford University Press; 1990.

³² Hebert PC. Doing right – a practical guide to ethics for medical trainees and physicians. Oxford: Oxford University Press; 1996.

³³ Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: a review of issues and concepts. Social Science & Medicine, 1997; 45:1829-1843.

³⁴ Van Campen C et al. Assessing patients priorities and perceptions of the quality of health care. The development of the QUOTE-Rheumatic patients instrument. British Journal of Rheumatology. 1998; 37:362-368.

³⁵ Charles C, Gafni A, Whelen T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine. 1997; 44:681-692.

³⁶ Martínez T. Primer asunto importante: la atención personalizada desde la autonomía y la independencia. En: Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2011; p.43-108.

³⁷ Lowe M, Hardy D. Privacy and confidentiality of health information. Journal of Pediatric Health Care. 1998; 12:42-46.

³⁸ Martínez T. Segundo asunto importante: lo privado, lo íntimo y la confidencialidad. En: Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2011; p.133-156.

³⁹ Bruster S et al. National survey of hospital patients. British Medical Journal. 2002; 309:1542-1546.

⁴⁰ Hail JA et al. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Medical Care. 1994; 32: 1216-1223.

⁴¹ Gross DA et al. Patient satisfaction with time spent with their physician. Journal of Family Practice. 1998; 47:133-137.

⁴² Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. British Medical Journal. 2002; 324:648-651.

⁴³ Ruiz R. Escala "CICAA" Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Grupo Comunicación & Salud; 2006.

⁴⁴ Moral E, Moral R, Perula L, Parras J. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. Aten Primaria. 2010;42(3):162-168.

⁴⁵ De Silva A. A framework for measuring responsiveness. EIP Discussion Paper No. 32. Geneva: World Health Organization; 2000.

⁴⁶ Ware JE et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 6:247-263.

⁴⁷ Haddad S, Fournier P, Potvin P. Measuring lay perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20 item scale. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998; 10:93-104.

⁴⁸ Mansour A, Muneera H, Al-Osimy R. A study of satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia. *Journal of Community Health*. 1993; 18:163-173.

⁴⁹ Pascoe G, Attkinsson C. The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 6:335-347.

⁵⁰ Minnick A et al. What influences patients' reports of three aspects of hospital services? *Medical Care*. 2003; 35:339-409.

⁵¹ Kruse G, Rubland B, Wu B. Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. *Psychiatric Services*. 2002; 53:1173-1176.

⁵² Tekle B, Mariam D, Ali A. Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi one in Ethiopia. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease*. 2002; 6:573-579.

⁵³ Tomaszewska W et al. Antecedent life events, social supports and response to antidepressants in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 94:352-357.

⁵⁴ Eziji P, Sarvela P. Health-care behavior of the Ibo tribe of Nigeria. *Health Values*. 1992; 16(6):31-35.



Patricia de los Ángeles León Guerrero, originaria de Torreón, Coahuila, es Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Noreste, campus Torreón. Sus tres pasiones son el cambio de comportamiento, la calidad de la atención y seguridad del paciente en los establecimientos de atención médica, y los profesionales de la salud, los cuales aborda en el presente Proyecto de Titulación.

Su camino en la calidad de la atención inició como gestora de calidad del Hospital General de Gómez Palacio, puesto en el cual logró ganar un Acuerdo de Gestión en beneficio del área de urgencias del hospital. En 2011 fue Jefe de Departamento de la Dirección de Seguridad del Paciente en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), teniendo a su cargo las Líneas de Acción de Cultura de Seguridad del Paciente y Capacitación en Seguridad del Paciente. Ha participado en numerosos cursos de capacitación para los profesionales de la salud, como ponente y facilitadora. Se desempeñó también como acreditadora de calidad de los establecimientos públicos del Sistema Nacional de Salud del año 2011 al 2015. Además colaboró en la publicación Seguridad del paciente al alcance de todos, de editorial Alfil.

Actualmente cursa la licenciatura en Gerencia en Servicios de Salud, y está por terminar la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento, a partir de los cuales buscará continuar mejorando el Sistema Nacional de Salud, en beneficio de los pacientes.



Patricia de los Ángeles León Guerrero, originaria de Torreón, Coahuila, es Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Noreste, campus Torreón. Sus tres pasiones son el cambio de comportamiento, la calidad de la atención y seguridad del paciente en los establecimientos de atención médica, y los profesionales de la salud, los cuales aborda en el presente Proyecto de Titulación.

Su camino en la calidad de la atención inició como gestora de calidad del Hospital General de Gómez Palacio, puesto en el cual logró ganar un Acuerdo de Gestión en beneficio del área de urgencias del hospital. En 2011 fue Jefe de Departamento de la Dirección de Seguridad del Paciente en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), teniendo a su cargo las Líneas de Acción de Cultura de Seguridad del Paciente y Capacitación en Seguridad del Paciente. Ha participado en numerosos cursos de capacitación para los profesionales de la salud, como ponente y facilitadora. Se desempeñó también como acreditadora de calidad de los establecimientos públicos del Sistema Nacional de Salud del año 2011 al 2015. Además colaboró en la publicación Seguridad del paciente al alcance de todos, de editorial Alfil.

Actualmente cursa la licenciatura en Gerencia en Servicios de Salud, y está por terminar la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento, a partir de los cuales buscará continuar mejorando el Sistema Nacional de Salud, en beneficio de los pacientes.