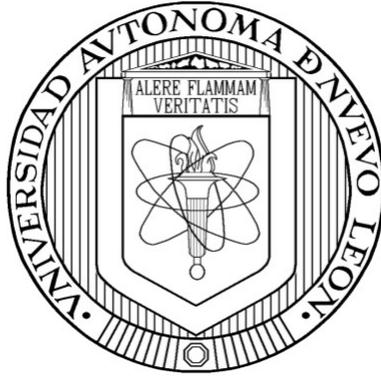


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**EMPATÍA MÉDICA Y TRABAJO COLABORATIVO:  
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA  
SOBRE PACIENTES CON CÁNCER PARA RESIDENTES  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "JOSÉ E. GONZÁLEZ" UANL**

**Por**

**DR. JAVIER ALEJANDRO MARTÍNEZ MOYANO**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA**

**NOVIEMBRE DE 2023**

**EMPATÍA MÉDICA Y TRABAJO COLABORATIVO:  
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA  
SOBRE PACIENTES CON CÁNCER PARA RESIDENTES  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “JOSÉ E. GONZÁLEZ” UANL**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. med. Oscar Vidal Gutiérrez**  
Director de Tesis



---

**Dra. med. Adelina Alcorta Garza**  
Co-directora de Tesis



---

**Dra. Daneli Ruiz Sánchez**  
Coordinadora de Enseñanza



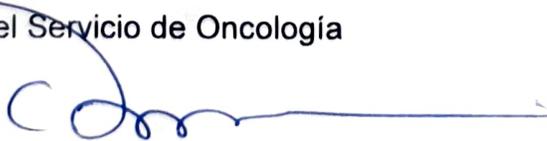
---

**Dra. María Fernanda Noriega Iriondo**  
Coordinadora de Investigación



---

**Dr. med. Oscar Vidal Gutiérrez**  
Jefe del Servicio de Oncología



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mi familia por su apoyo incondicional, quienes siempre han creído en mí y siempre me han guiado. Gracias por su paciencia y amor incondicional, si me levanto todos los días con ese ánimo de lograr mis metas es por ese amor y confianza que siempre han depositado en mí. Porque si hago algo es para ustedes y por ustedes.

Quiero agradecer al Dr. med. Oscar Vidal Gutiérrez quien desde un inicio me brindó el apoyo y fe en el trabajo, por la confianza y el siempre tener la disposición de apoyar y ayudar, por las ganas que siempre contagia de ver crecer a cada uno de los residentes de toda la institución y por su apoyo incondicional.

Quiero agradecer a la Dra. med. Adelina Alcorta Garza por su guía; por contagiar siempre las ganas de apoyar a los pacientes y estudiantes, siempre fomentando la mejora continua. Por guiarme en momentos difíciles y estar siempre al pie del cañón. Por su confianza y sobre todo por ese interés tan puro en siempre ayudar, estaré eternamente agradecido con cada una de sus enseñanzas.

Quiero agradecer al Dr. med. Juan Francisco González por siempre estar al tanto del proyecto, por sus asesorías y motivaciones, por creer en el estudio, así como su apoyo durante todo este proceso. Por siempre buscar el “como si” contagiarnos siempre de alegría y de amor, y orientarnos en momentos difíciles. ¡Un ejemplo a seguir!

Dra. Paola López, muchas gracias por siempre estar al tanto, por siempre tener ese ímpetu de ayudar y de ver crecer este trabajo.

Daniela, viniste a este mundo a contagiarme de tu alegría y de las ganas de siempre ver por los pacientes, sé que desde el cielo nos estuviste motivando; además, éste es un proyecto del cual se que estarías muy orgullosa.

A mis cómplices y compañeros de residencia, a Celia Beatriz González Alcorta, Roberto Reyna de la Garza, Eduardo Rey Torres Cisneros de lo mejor con quien pude coincidir en la residencia Fernando Peña y Felipe quienes siempre con su apoyo hicieron que cada día en el Centro fuera una nueva aventura.

Quiero agradecer a todo el Centro Universitario Contra el Cáncer y sus profesores, a todos los residentes, personal médico, paramédico y administrativo quienes hacen que este enormemente orgulloso de formar parte de la historia del Centro.

Agradezco enormemente a la Universidad Autónoma de Nuevo León y el Hospital Universitario “José Eleuterio González” por brindarme siempre la oportunidad de crecer como persona y brindarnos las herramientas para lograr y buscar siempre la excelencia hacia el trato digno del paciente.

Agradezco muchísimo a todos los colegas residentes que aceptaron participar en el trabajo, ver su importancia motivándonos con sus inquietudes y sus ganas de ayudar.

¡Gracias infinitas a todos!

## TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	
<b>RESUMEN</b> .....	1
CAPÍTULO II	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
2.1. Marco teórico .....	4
2.2. Definición del problema de investigación .....	11
2.3. Justificación .....	12
2.4. Originalidad y contribución .....	12
CAPÍTULO III	
<b>HIPÓTESIS</b> .....	13
3.1. Hipótesis alterna .....	13
3.2. Hipótesis nula .....	13
CAPÍTULO IV	
<b>OBJETIVOS</b> .....	14
4.1. Objetivo general .....	14
4.2. Objetivos específicos .....	14
CAPÍTULO V	
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	15
5.1. Diseño del estudio .....	15
5.2. Población de estudio .....	16
5.2.1. Criterios de selección .....	16
5.2.2. Técnica muestral .....	16
5.3. Definición de variables .....	17
5.4. Procedimiento de análisis .....	19

5.5. Consideraciones éticas .....	19
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>RESULTADOS</b> .....	21
6.1. Impacto de la intervención psicoeducativa en mejora de creencias hacia la atención del paciente oncológico .....	23
6.2. Determinantes de mejora de creencias hacia la atención del paciente oncológico .....	26
6.3. Impacto de la intervención psicoeducativa en mejora de actitudes hacia la atención del paciente oncológico .....	26
6.4. Determinantes de mejora de actitudes hacia la atención del paciente oncológico .....	29
6.5. Relación médico-paciente .....	29
<b>CAPÍTULO VII</b>	
<b>DISCUSIÓN</b> .....	31
7.1. Limitaciones .....	36
7.2. Aprendizaje a seguir .....	37
<b>CAPÍTULO VIII</b>	
<b>CONCLUSIONES</b> .....	38
8.1. Sugerencias y recomendaciones .....	39
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	40
REFERENCIAS .....	45

## ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

### Figuras

Figura 1. Diagrama del diseño del estudio .....	15
Figura 2. Impacto de la intervención psicoeducativa en la mejora de creencias de los residentes hacia la atención del paciente oncológico .....	24
Figura 3. <i>Impacto de la intervención psicoeducativa en la mejora de las actitudes de los residentes hacia la atención del paciente oncológico</i> .....	27

### Cuadros

Cuadro 1. Características de las variables analizadas .....	17
Cuadro 2. <i>Perfil sociodemográfico y antecedentes personales y familiares de los médicos residentes</i> .....	22
Cuadro 3. <i>Tipo de especialidad o subespecialidad de los médicos residentes</i> ...	22
Cuadro 4. <i>Comparación de creencias favorables de los residentes hacia la atención del paciente oncológico antes y después de la intervención, según tipo de creencia</i> .....	25
Cuadro 5. <i>Determinantes de mejora de las creencias de los residentes hacia la atención del paciente oncológico</i> .....	26
Cuadro 6. <i>Comparación del porcentaje de residentes médicos con actitudes favorables hacia la atención del paciente oncológico antes y después de la intervención, según tipo de creencia</i> .....	28
Cuadro 7. <i>Determinantes de mejora de actitudes de los residentes hacia la atención del paciente oncológico</i> .....	29
Cuadro 8. <i>Características personales de los residentes que aportan más a una mejor práctica clínica hacia el paciente con cáncer</i> .....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS

- **RMP:** Relación Médico-Paciente
- **MCP:** Médico Cirujano y Partero
- **OM:** Oncología Médica
- **DM:** Diabetes Mellitus
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **Kg:** Kilogramos
- **IC:** Intervalo de Confianza

## **CAPÍTULO I**

### **RESUMEN**

**Dr. Javier Alejandro Martinez Moyano**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Título: EMPATÍA MÉDICA Y TRABAJO COLABORATIVO: INTERVENCIÓN  
PSICOEDUCATIVA SOBRE PACIENTES CON CÁNCER PARA  
RESIDENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “JOSÉ E. GONZÁLEZ”  
UANL**

**Número de páginas: 46**

**Candidato al grado de Médico Especialista en Oncología Médica**

**Área de estudio: Oncología Médica**

#### **Introducción**

El abordaje de manera integral sobre el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con cáncer tiene como pilar la empatía médica, siendo éste un componente cognitivo esencial para lograr el mejor tratamiento de estos enfermos. El trabajo colaborativo es un como componente esencial que refleja empatía, por ser clave para que el médico dirija todos sus esfuerzos a brindar el mejor tratamiento disponible bajo su experiencia. El médico que atiende un paciente con cáncer debe de incluir a otros especialistas requeridos para la condición del padecimiento del paciente; así logrará brinda su

consejo experto, con las referencias de forma inter y transdisciplinarias que favorezcan el éxito del tratamiento. Actitudes y creencias del profesional pueden interferir con la parte cognitiva, afectiva y de perspectiva de la empatía, limitando inconsciente o conscientemente oportunidades de mejores resultados para todos (paciente y equipo médico). (1)

### **Material y métodos**

Estudio de intervención en un grupo, no aleatorizado, con mediciones pre y post intervención. Previo registro ante Comité de Ética e Investigación del estudio (clave ON-2300003) se solicitó a las autoridades de educación de cada especialidad consentimiento para el programa de intervención. A los sujetos se les explicaron los objetivos del estudio y se les pidió firmar su consentimiento informado para aplicar el cuestionario de perfiles, creencias y actitudes previo a la intervención y al terminarla, con un total de 180 minutos en tres sesiones de 60 minutos o dos de 90 minutos.

### **Resultados**

La media de edad de la población de estudio fue de  $27.8 \pm 2.8$ ; predominó el estado civil sin pareja y la religión católica; y poco más de la mitad de los participantes era del sexo masculino. El 75% se encontraba en una especialidad y el 51.7% estaba en una especialidad/subespecialidad cuyo contacto con el paciente es estrecho y duradero. La media de creencias favorables postintervención fue superior a la registrada antes de la psicoeducación ( $4.6 \pm 1.4$  vs.  $3.6 \pm 1.3$ ,  $p < 0.001$ ) (rango posible 0 a 10). Más del 60% de los residentes médicos mejoró las creencias bajo estudio. El análisis por tipo de creencia mostró un mayor porcentaje con creencias favorables en tres rubros:

el médico tratante es quien debe dar el diagnóstico de cáncer, la mejor forma de llamarle al cáncer es como el paciente desee mientras éste acepte tratarse y, el motivo de solicitar autoexploración de cáncer de mama es conocer el cuerpo y tener conciencia de la enfermedad. Esta última similar a la hipótesis planteada ( $p > 0.05$ ). La media de actitudes favorables postintervención fue superior a la registrada antes de la psicoeducación ( $10.8 \pm 1.7$  vs  $12.1 \pm 1.6$ ,  $p < 0.001$ ) (rango posible 0 a 15). Más del 60% de los participantes mejoró las actitudes bajo estudio.

### **Conclusiones**

El modelo de intervención psicoeducativa focalizado a facilitar la empatía y el trabajo colaborativo entre el personal de salud y en la relación con pacientes con cáncer es útil y logra impactar en la calidad de la relación médico-paciente y equipo colaborativo de sus cuidadores médicos asentados en una relación de empatía médica bajo el concepto descrito (1). Post intervención hubo mayor disposición en actitudes y creencias de los residentes para la mejor atención de los pacientes con cáncer, virtud de considerar mayor necesidad de trabajo colaborativo del equipo médico, apertura a brindar el diagnóstico en el lenguaje del paciente y referirlo más oportunamente como médico primario al oncólogo; con mayor respeto al derecho del paciente de usar el vocablo que prefiera para llamar a la enfermedad mientras decida tratarse.

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

Poco se ha escrito en México sobre los factores del médico en la relación médico-paciente que podrían limitar la adherencia del paciente con cáncer a tratamiento. No encontramos nada específico sobre este tema que afecta tan gravemente el desenlace de los enfermos y que nos ubica entre los países con mayor mortalidad por cáncer entre Latinoamérica y en el mundo. Esto lo demuestra el reporte de que la tasa de defunciones por tumores malignos aumentó en nuestro territorio de 6.09 defunciones por cada 10 mil personas en 2010, a 7.06 en 2021. (2)

Igualmente, no se encuentran reportes de los esfuerzos que las instituciones hacemos por mejorar esta situación. Esta tesis pone el acento en este punto que es capital para los educadores médicos.

#### **2.1. Marco teórico**

El abordaje de manera integral sobre el diagnóstico y el tratamiento de pacientes viviendo con cáncer tiene como pilar la empatía médica, siendo éste un componente cognitivo esencial para lograr el correcto abordaje de los pacientes. (3-5)

Así, es clave que el médico y su equipo dirijan todos sus esfuerzos a brindar el mejor tratamiento disponible bajo su experiencia. El médico y el equipo funcionalmente cooperativo deben de empatizar entre sí y con el paciente, para ofrecer una

comunicación clara de su consejo experto, incluidas las posibles referencias inter y transdisciplinarias que el paciente requiera.

Las actitudes y creencias del médico y su equipo pueden interferir con esta parte cognitiva, afectiva y de perspectiva, limitando inconsciente o conscientemente, oportunidades de mejores resultados para todos. (1)

Aquí, empieza a jugar un papel importante la cultura del personal de salud, que como los pacientes, frecuentemente asocian la enfermedad del cáncer y otros padecimientos, a dolor, sufrimiento y fatalidad, con la idea de que dicha enfermedad está asociada desde un inicio a muerte. (5)

Los profesionales de salud, como los estudiantes de posgrado de primer ingreso a las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, de manera frecuente expresan que hablar del diagnóstico de cáncer con el paciente está entre las tareas más difíciles que confrontaron en su tiempo de entrenamiento. Los residentes sufren temor e incertidumbre ante la tarea de hablar del cáncer con pacientes desde el momento de mencionar el diagnóstico, al hablar del tratamiento, y mucho más con el tema del pronóstico; saben y ellos mismos están conscientes que este tema implica connotaciones desafortunadas para el paciente. (6)

Esta percepción y visión negativa se agrava aún más cuando son los residentes quienes están en primera línea con los pacientes; se vuelve aún más complicado cada vez que se encuentran en el momento de dar informes al paciente. (7)

Existe una falta de formación curricular sobre la manera correcta de dar malas noticias, lo que aumenta la inquietud del médico en formación, que termina por alienar al paciente, quien, a su vez, pierde entonces la oportunidad de recibir esta comunicación de forma eficiente y con la dignidad de que es merecedor. Toda esta

situación tiene como base la falta de conocimiento sobre los beneficios de la relación médico-paciente, en donde la comunicación efectiva es clave. (8)

Los familiares, además, forman parte de otro factor importante para la atención adecuada del paciente. Es ideal para el equipo médico identificar una red de apoyo que fomentará el cuidado del paciente. Sin embargo, los médicos en formación ven de manera inquietante el encuentro con los familiares que le inquietan y demandan resultados que pueden ser diferentes a los esperados. Es difícil que los médicos de reciente ingreso estén seguros de sus respuestas y a la par logren hablar en conjunto con el paciente sobre las necesidades y decisiones sobre su tratamiento, incluyendo temas del final de la vida. (9)

Existe otro fenómeno que complica las labores de los residentes que trabajan con pacientes con cáncer, éste se conoce como “conspiración del silencio”, en donde los médicos en formación pueden llegar a ser cómplices de evitar dar información al paciente ante la creencia de que lo mejor para el paciente es no tener esta información como es su derecho, aliados o no con la familia o la negación del paciente, e incurriendo en faltar al respeto y autonomía del paciente.

Lo anterior se observa cuando existe una falta de conocimiento por parte del personal de salud sobre la comunicación efectiva, la relación médico-paciente y la correcta entrega de malas noticias. (10). Cuando esto sucede, los pacientes comienzan a navegar en un sinfín de falta de información que termina por aislarlos de todas las oportunidades terapéuticas actualmente existentes. (11)

En el servicio de Oncología, el oncólogo y radio oncólogo se enfrenta a pacientes a quienes no se les comunicó el diagnóstico a pesar de tener todos los estudios confirmatorios correspondientes. Otros más reciben este diagnóstico de

maneras inapropiadas sin tener toda la información correcta, que, sin estar bien documentados, agobian al paciente y su familia y el personal de salud. En el trayecto, todas estas situaciones fomentan que se pierda el seguimiento del paciente, teniendo un detrimento en su morbilidad. Con ello, se alarga la incertidumbre del enfermo y se revelan las dificultades primarias en las tareas de comunicación que deben de enfrentar los residentes de todas las especialidades. (11)

Ante este panorama se observan los múltiples desafíos de calidad de atención, junto a la importancia de disponer que el proceso de educación, así como el de formación clínica de los estudiantes de posgrado en las residencias médicas, la introducción del tema de calidad en la atención a pacientes con cáncer, trabajo colaborativo y empatía, con lo cual se podría lograr una apropiada relación médico-paciente (RMP) entendiéndose que es una corresponsabilidad tanto del estudiante como de la labor del equipo de trabajo institucional. (12)

Debido a esto, es de carácter prioritario que se considere la implementación estricta y obligatoria de este tema en todos los programas de posgrado de residencias médicas; con la aplicación de programas de talleres teórico-prácticos que favorezcan la comunicación efectiva, apoyando el desarrollo de mayores habilidades de comunicación, no solamente verbal si no considerando la comunicación no verbal, que a futuro ejercen una correlación muy importante en la calidad de la relación del médico con pacientes, familiares y equipo de salud. Todas estas competencias tienen un carácter central y juegan un papel crítico en la mejora de la relación médico-paciente y la meta que es una calidad de atención digna al paciente. (9,12,13)

Es importante mencionar el fenómeno llamado el “fracaso de la comunicación”, en donde los médicos, al no tener una buena comunicación con el paciente o

familiares, sufren por sentimientos de incompetencia. Ellos buscan controlar el dolor y síntomas de los pacientes y, al no lograrlo, terminan con actitudes y conductas evitativas hacia el paciente. (14)

La creencia o la experiencia de los médicos de que los pacientes experimenten sentimientos de frustración ante la comunicación que les ofrecen sobre su enfermedad hace que los médicos se encuentren ante una encrucijada con el deber moral de enfrentar sus inseguridades o miedos y dar a conocer la noticia vs no hacerlo por la dificultad de que esto puede conllevar no tener un equipo de apoyo que ofrezca soporte para poder realizar dicha tarea junto al conocimiento de la manera correcta de realizarlo. (15)

Es aquí donde la empatía médica tiene ese rol importante en donde se ha asociado a tener un mayor éxito en la comunicación general con los pacientes, así como con familiares, cuidadores y red de apoyo. (15)

Existen claros ejemplos en donde la empatía médica, al formar parte de la relación médico-paciente, se asocia a mejor calidad de vida de los pacientes. Entre dichos indicadores se encuentra la hemoglobina glicosilada y niveles de colesterol, tomándolos como marcadores en pacientes con Diabetes Mellitus, en donde se logró un mejor control de dicho marcador y mayor adherencia a tratamiento cuando el personal de salud tenía mayores niveles en la destreza de comunicación empática (5)

El médico, al ser empático, puede llegar a mejorar la calidad de vida y con ello afectar la supervivencia del paciente; influye especialmente en el mantener informados a los pacientes y entender sus necesidades bajo el contexto de conocimiento médico y una actitud colaborativa con sus colegas.

Al dar información sobre la progresión de la enfermedad, el médico y el paciente deben de estar en el contexto de que siempre habrá una oportunidad a tratamiento, sin dejar pasar por alto la gran importancia que tiene el papel de los cuidados paliativos. Estos, sabemos actualmente, siempre deben de ir de la mano desde el momento del diagnóstico de un paciente con cáncer. (5)

Está demostrado que los pacientes llegarán a presentar un peor pronóstico cuando el médico presenta la información de progresión de enfermedad y tratamiento de manera no empática. Los médicos bajo estas condiciones de relación terminan por transmitir desesperanza e impotencia en los pacientes; mientras que, los médicos con mayor sensibilidad empática y trabajo de equipo podrían lograr un mejor apego del paciente al tratamiento, al otorgar y considerar opciones hasta el final de la vida, concepto que muchos médicos no consideran bajo ciertos diagnósticos o etapas del tratamiento del cáncer. (16)

El trabajo colaborativo facilita a los especialistas abordar los problemas complejos de salud del cáncer. El médico de atención primaria es el que recibe y pasa la estafeta del paciente al oncólogo, quien debe de ser el eje de coordinación del paciente desde ese momento y requerir interconsultas y apoyo con casi todas las especialidades médicas por los órganos que afecta el cáncer. Un paciente con cáncer de páncreas, por ejemplo, puede ser referido y requerir seguimiento por gastroenterología, cirugía, neurología, traumatología, psicooncología, medicina interna, urgencias, geriatría, clínica de dolor, entre otras. En nuestra experiencia, advertimos que éste es uno de los causales de la mayoría de las oportunidades perdidas desde el diagnóstico, hasta tratamiento y adherencia a éste, respecto a la calidad de vida y posible cura de los enfermos con cáncer en México. (16)

Hay evidencia en diferentes foros clínicos y académicos de que mejorar los resultados en la enseñanza a residentes en estos escenarios requiere de monitoreo previa evaluación. Así mismo, la complejidad de la práctica médica confronta día a día a diagnósticos con estigmas de diferente índole que pueden incidir en el abordaje del médico en la práctica. Éste es el caso del abordaje del paciente con cáncer, que particularmente envuelto en la cultura popular, se asocia a la ecuación de que el cáncer es igual a muerte. Los médicos residentes deben de abordar con este bagaje su formación e instrucción sobre la atención a la unidad del paciente y su entorno, junto a un creciente conocimiento que cambia con suma rapidez. (3-5,8-17)

Para una buena práctica clínica, en la relación médico-paciente se deben de considerar ambas partes; en el caso del médico en formación se requiere subrayar sus capacidades de auto evaluación, no sólo de conocimientos teóricos, clínicos y técnicos, sino de su sistema de creencias que incide en las actitudes y juicios clínicos que asume. (15)

Un abordaje reflexivo con capacidad de auto observación permitirá al profesional beneficiarse, a la par que apoya a su paciente y a su sistema laboral. Un registro pre y post intervención educativa permitirá que las instituciones de salud formadoras redirijan y actualicen sus recursos humanos hacia mejores prácticas. Esto es esencial en el tratamiento de los pacientes con cáncer, donde la prevención primaria y secundaria inicial puede, en muchos casos, llevar a la curación y, de no ser así, en estos casos o en los más avanzados, llevará a tratamientos más oportunos, con mejores resultados en calidad de vida y sobrevida. (15)

Sin embargo, estos ejercicios requieren tiempo del médico y consciencia de su importancia, lo que se olvida ante el abrumador trabajo sin espacios considerados en

los programas académicos; por lo general, sólo se recuerdan cuando el *burnout* destaca o alguien del equipo cae en problemas con otros miembros del staff, institución o con la unidad paciente-familia. (14)

Así, diseñar una estrategia de intervención se debe de adaptar a cada centro particular, después de considerar los recursos, personal experto con el que se cuenta, filosofía de trabajo de cada centro, población a la que se dirige y tiempo del que se dispone sin afectar la actividad diaria de los servicios brindados.

Esta tesis tomó en consideración todos estos aspectos para su desarrollo y aspira a lograr evaluar y reportar el efecto de un modelo propuesto bajo el principio de trabajo colaborativo entre diferentes especialidades médicas, para favorecer la reflexión en la auto observación, empatía, y calidad de la atención entre los profesionales que día a día comparten el objetivo común de mejorar sus abordajes al paciente con cáncer, en un entorno saludable de trabajo. El facilitador del grupo con experiencia en salud mental, psiquiatría de enlace y análisis de grupo, pareja y familia llevó un rol participante para activar al grupo sobre el tema de experiencia con los pacientes que los médicos habían conocido con cáncer.

## **2.2. Definición del problema de investigación**

¿Logra una intervención psicoeducativa mejorar las creencias y actitudes hacia la atención del paciente oncológico en residentes de primer ingreso de las distintas especialidades médicas?

### **2.3. Justificación**

En comparación con el pasado, los médicos están más dispuestos a compartir el diagnóstico de cáncer con los pacientes. Sin embargo, la falta de habilidades de comunicación adecuadas en los cuidadores y sus creencias y actitudes sobre el cáncer, junto a sus preocupaciones sobre el manejo de las reacciones emocionales de los pacientes, reducen su tendencia a revelar malas noticias a los pacientes. (11,15)

Por lo tanto, la psicoeducación del personal médico sobre sus creencias y actitudes hacia el cáncer y el papel que les corresponde para una buena práctica clínica y colaboración con el equipo de oncología es indispensable para nuestros programas de calidad y certificación. Un programa como tal a su vez es recomendado entre los reportes de la literatura para una mejora en su ejercicio con mayor respuesta empática. (12,13,18)

### **2.4. Originalidad y contribución**

En cuanto a la originalidad del estudio, es pertinente mencionar que a la fecha no se ha descrito una intervención particular a nivel de posgrado sobre los conocimientos, técnicas efectivas de comunicación y actitudes que inciden en la disposición del personal de salud hacia los enfermos con cáncer, que favorezcan el trato digno para los pacientes oncológicos en México.

Por otro lado, la principal contribución del reporte de la intervención es que se podrán evaluar las creencias y actitudes de los residentes en el primer año de posgrado de especialidad y subespecialidad e informar sobre el estado educacional inicial y posterior a la intervención educativa.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS

#### **3.1. Hipótesis alterna**

La intervención psicoeducativa mejora las creencias y actitudes hacia la atención del paciente oncológico en residentes de primer ingreso.

#### **3.2. Hipótesis nula**

La intervención psicoeducativa no mejora las creencias y actitudes hacia la atención del paciente oncológico en residentes de primer ingreso.

## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **4.1. Objetivo general**

Evaluar el impacto de una intervención psicoeducativa en la mejora de las creencias y actitudes hacia la atención del paciente oncológico en médicos residentes de primer ingreso.

#### **4.2. Objetivos específicos**

1. Comparar la media de creencias y actitudes favorables antes y después de la intervención psicoeducativa.
2. Comparar el porcentaje de residentes con creencias y actitudes favorables antes y después de la intervención psicoeducativa.
3. Identificar factores determinantes de mejora de creencias y actitudes (tipo de especialidad, sexo, edad, estado civil, religión y antecedente familiar de cáncer).

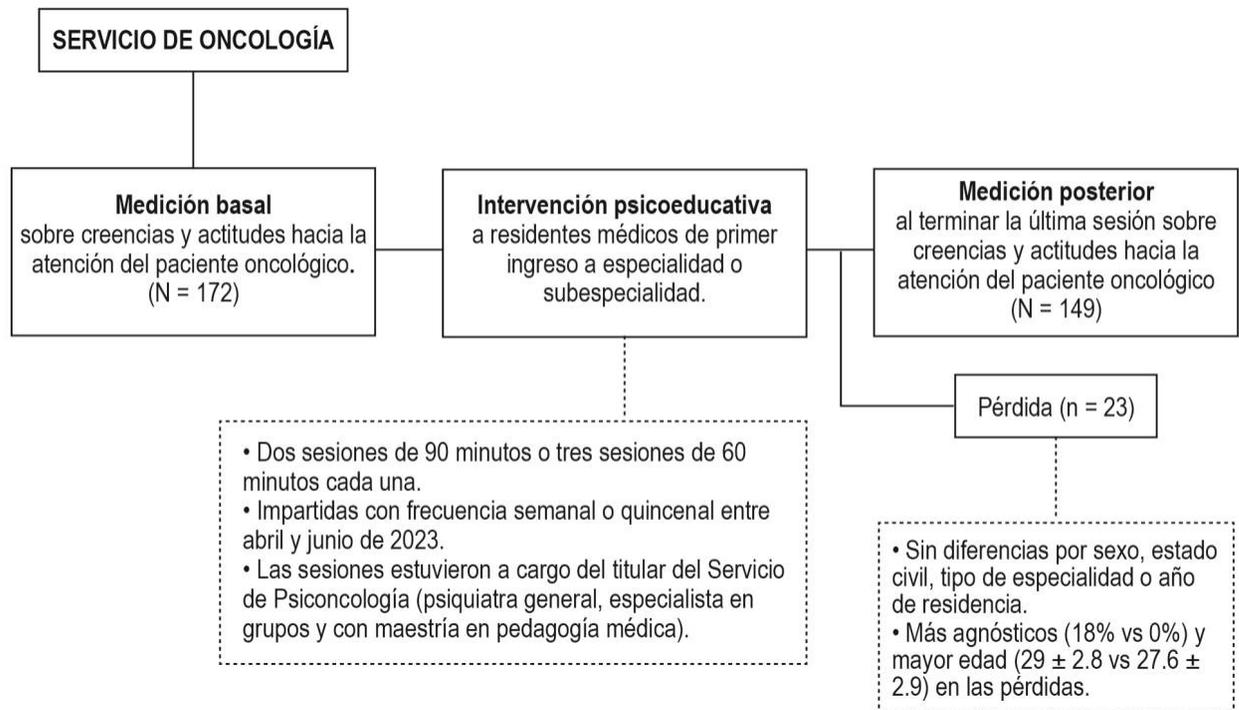
## CAPÍTULO V

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 5.1. Diseño del estudio

Para alcanzar los objetivos propuestos se planteó un estudio no aleatorizado con medición antes y después de una intervención psicoeducativa. La *Figura 1* presenta el flujo de actividades implementadas.

Figura 1. *Diagrama del diseño del estudio*



## 5.2. Población de estudio

La población de estudio se compone por médicos residentes del Hospital Universitario “José E. González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León cuyo ingreso a la especialidad o subespecialidad fue entre marzo 2022 y 2023.

### 5.2.1. Criterios de selección

La conformación de la muestra estuvo condicionada a los siguientes criterios:

- **Inclusión:** Primer ingreso a especialidad o subespecialidad
- **Exclusión:** No aceptar firmar el consentimiento informado
- **Eliminación:** < 80 % de asistencia a las sesiones

### 5.2.2. Técnica muestral

La técnica de muestreo consistió en la selección consecutiva de los residentes que cumplieran con los requisitos de selección.

Para el cálculo del tamaño mínimo de la muestra se partió de la hipótesis: “El porcentaje de médicos residentes con creencias y actitudes favorables es de 30% pre-intervención y de 50% post-intervención” ( $H_0$  de una sola cola).

Asumiendo una potencia de 80%, nivel de confianza del 95% y 15% de pérdida, el tamaño mínimo de muestra requerido sería de 86 participantes.

### 5.3. Definición de variables

A continuación (*Cuadro 1*) se detallan las variables que han sido contempladas en el marco de este estudio.

Cuadro 1. *Características de las variables analizadas*

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Psicoeducación	Indep	La intervención consistió en dos sesiones de 90 minutos o, tres sesiones de 60 minutos cada una, impartidas con frecuencia semanal o quincenal durante abril-junio 2023. Las sesiones estuvieron a cargo de la titular del Servicio de Psico oncología (psiquiatra general, especialista en grupos y con maestría en pedagogía médica).	Nominal
Creencias	Dep	Creencia sobre la atención del paciente oncológico (10 ítems). Por ejemplo, “El médico tratante es quien debe de dar el diagnóstico de cáncer, después podrá referirlo al oncólogo”. Se cuantificó el número de creencias pre- y post-intervención y se categorizó el cambio post-intervención de acuerdo con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empeoró:</b> <math>\sum</math> número de creencias favorables post-intervención &lt; <math>\sum</math> número de creencias favorables pre-intervención.</li> <li>• <b>Empate:</b> <math>\sum</math> número de creencias favorables post-intervención = <math>\sum</math> número de creencias favorables pre-intervención.</li> <li>• <b>Mejóro:</b> <math>\sum</math> número de creencias favorables post-intervención &gt; <math>\sum</math> número de creencias favorables pre-intervención.</li> </ul>	Nominal (0=no favorable, 1=favorable)

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Actitudes	Dep	<p>Creencia sobre la atención del paciente oncológico (10 ítems). Por ejemplo, “El médico tratante es quien debe de dar el diagnóstico de cáncer, después podrá referirlo al oncólogo”.</p> <p>Se cuantificó el número de actitudes pre- y post-intervención y se categorizó el cambio post-intervención de acuerdo con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empeoró:</b> <math>\sum</math> número de actitudes favorables post-intervención &lt; <math>\sum</math> número de actitudes favorables pre-intervención.</li> <li>• <b>Empate:</b> <math>\sum</math> número de actitudes favorables post-intervención = <math>\sum</math> número de actitudes favorables pre-intervención.</li> <li>• <b>Mejóro:</b> <math>\sum</math> número de actitudes favorables post-intervención &gt; <math>\sum</math> número de actitudes favorables pre-intervención.</li> </ul>	Nominal (0=no favorable, 1=favorable)
Especialidad médica	Indep	Tipo de especialidad médica.	Nominal
Perfil sociodemográfico	Indep	Edad. Sexo. Estado civil. Religión.	Continua Nominal Nominal Nominal
Antecedentes familiares	Indep	Cáncer en la familia (sí vs no).	Nominal
Antecedentes personales	Control	Ansiedad actual (auto reporte). Depresión actual (auto reporte). Otro comorbilidad.	Nominal
Calificación durante la carrera de medicina	--	Promedio de calificación durante la carrera de medicina (auto reporte).	Continua
Relación médico-paciente	--	Calidad de la relación médico-paciente (autovaloración). Características personales de la relación médico-paciente con cáncer que aportan más a una mejor práctica clínica (auto reporte).	Continua Nominal
Conflictos	--	Conflicto con pacientes, familiares, colegas o jefes.	Nominal

#### **5.4. Procedimiento de análisis**

Para el análisis de los datos recolectados, se utilizó estadística descriptiva, medias y desviaciones estándar para las variables continuas; y distribución de frecuencias para las variables categóricas.

Por otro lado, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para poblaciones relacionadas para comparar la media de creencias/actitudes favorables pre- y post-intervención, así como la prueba de diferencia de proporciones, para comparar el porcentaje de médicos residentes con creencias/actitudes favorables pre- y post-intervención.

Para examinar factores determinantes de mejora se utilizó regresión logística múltiple ordinal. Un modelo consistió en cambio de creencias post-intervención como variable dependiente (1=empeoró, 2=empató, 3=mejoró) y otro, en cambio de actitudes post-intervención como variable dependiente (1=empeoró, 2=empató, 3=mejoró). En ambos, el tipo de especialidad, el sexo, la edad, el estado civil, la religión y el antecedente de cáncer en la familia, fueron consideradas como variables independientes; y la ansiedad y depresión actual, como variables de control.

#### **5.5. Consideraciones éticas**

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adaptada por 52a Asamblea General, en Edimburgo, Escocia, en el año 2000 en su Artículo 11, y considerando también los artículos 13 y 15 y las últimas enmiendas de la declaración, que señalan que la investigación debe

basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico, se revisó detalladamente la bibliografía para redactar los antecedentes y la metodológica del proyecto.

Esta investigación está de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, considerándose como investigación con riesgo mínimo.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

La media de edad de la población de estudio fue de  $27.8 \pm 2.8$ ; predominó el estado civil sin pareja y la religión católica, y poco más de la mitad de los participantes era del sexo masculino (*Cuadro 2*).

*Cuadro 2. Perfil sociodemográfico y antecedentes personales y familiares de los médicos residentes*

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo, masculino	87	50.6
Estado civil, sin pareja	147	85.5
Religión		
Ninguna	27	15.7
Católica	126	73.3
Cristiana/evangélica	18	10.5
Antecedente familiar, cáncer	44	25.6
Antecedentes personales	63	36.6
Ansiedad actual	59	34.3
Depresión actual	32	18.6
Conflicto c/pacientes	60	34.9
Conflicto c/familiares	60	34.9
Conflicto c/colegas	62	36.0
Conflicto c/jefes	37	21.5

*N = 172*

Entre los participantes del estudio, el promedio de calificación durante la carrera de medicina fue de  $86.9 \pm 4.6$ .

El 75% se encontraba en una especialidad. El 51.7% estaba en una especialidad/subespecialidad cuyo contacto con el paciente es estrecho y duradero (Deportes y rehabilitación, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátría, Hematología, Infectología, Medicina familiar, Medicina interna, Neumología, Psiquiatría, Reumatología y Nefrología), mientras que el 29.7% pertenecía a especialidades con contacto leve con el paciente (Anestesiología, Cirugía, Medicina crítica, Otorrinolaringología y Urgencias). El 11.6% correspondía a especialidades con contacto íntimo, esporádico y potencialmente duradero con el paciente (Biología de la reproducción humana, Ginecología y obstetricia y Medicina materno fetal), y el 7%, a especialidades con contacto esporádico y a distancia con el paciente (Genética, Medicina nuclear y Patología clínica).

Las frecuencias específicas por cada tipo de especialidad/subespecialidad se muestran en el *Cuadro 3*.

Cuadro 3. *Tipo de especialidad o subespecialidad de los médicos residentes*

<b>Especialidad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Medicina interna	30	17.4
Cirugía	21	12.2
Ginecología y obstetricia	11	6.4
Radiología	10	5.8
Anestesiología	9	5.2
Medicina Familiar	7	4.1
Patología clínica	7	4.1
Psiquiatría	7	4.1
Urgencias	7	4.1
Gastroenterología	6	3.5
Infectología	6	3.5
Medicina materno fetal	6	3.5
Reumatología	6	3.5
Deportes y rehabilitación	5	2.9
Dermatología	5	2.9
Endocrinología	4	2.3
Hematología	4	2.3
Medicina nuclear	4	2.3
Neumología	4	2.3
Biología de la reproducción	3	1.7
Geriatría	3	1.7
Medicina crítica	2	1.2
ORL	2	1.2
Nefrología	2	1.2
Genética	1	0.6

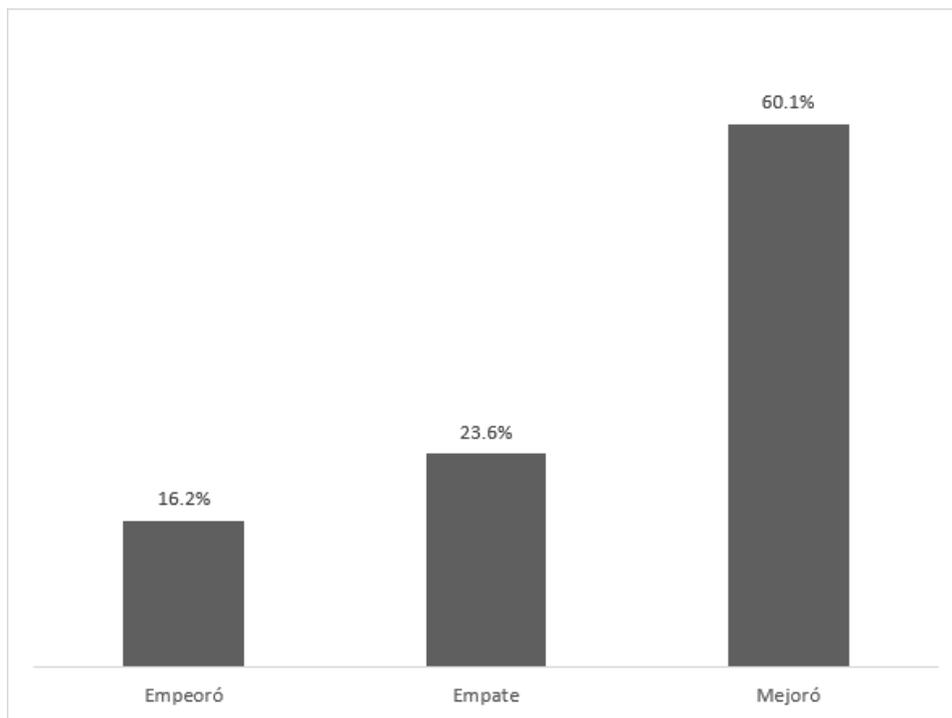
*N* = 172

### **6.1. Impacto de la intervención psicoeducativa en mejora de creencias hacia la atención del paciente oncológico**

La media de creencias favorables postintervención fue superior a la registrada antes de la psicoeducación ( $4.6 \pm 1.4$  vs  $3.6 \pm 1.3$ ,  $p < 0.001$ ) (rango posible 0 a 10). Más del 60% de los residentes médicos en estudio mejoró las creencias tras la intervención (*Figura 2*).

El análisis por tipo de creencia mostró un mayor porcentaje con creencias favorables en tres rubros: 1) el médico tratante es quien debe dar el diagnóstico de cáncer, 2) la mejor forma de llamarle al cáncer es como el paciente desee mientras este acepte tratarse y, 3) el motivo de solicitar autoexploración de cáncer de mama es conocer el cuerpo y tener conciencia de la enfermedad. Esta última mejora es similar a la hipótesis planteada ( $p > 0.05$ ) (Cuadro 4).

Figura 2. Impacto de la intervención psicoeducativa en la mejora de creencias de los residentes hacia la atención del paciente oncológico



**Empeoró:**  $\sum$  número de creencias favorables post-intervención  $<$   $\sum$  número de creencias favorables pre-intervención. **Empate:**  $\sum$  número de creencias favorables post-intervención =  $\sum$  número de creencias favorables pre-intervención. **Mejóro:**  $\sum$  número de creencias favorables post-intervención  $>$   $\sum$  número de creencias favorables pre-intervención  
 $N = 148$

Cuadro 4. Comparación de creencias favorables de los residentes hacia la atención del paciente oncológico antes y después de la intervención, según tipo de creencia

Tipo de creencia	Creencia favorable				Valor de $p^*$
	Antes (N = 172)		Después (N = 149)		
	n	%	n	%	
1. La oncología es la rama de la medicina que se especializa en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.	12	7.0	6	4.0	0.57
2. El médico tratante es quien debe de dar el diagnóstico de cáncer, después podrá referirlo al oncólogo.	117	68.0	128	85.9	<b>0.0001</b>
3. No hay forma de calcular el tiempo de vida de un paciente oncológico.	86	50.3	90	60.8	0.08
4. Se debe atender con urgencia al paciente con cambio súbito de estado de alerta, independiente del antecedente de cáncer de mama metastásico.	151	89.3	139	94.6	0.30
5. El cáncer de pulmón es curable/ se estabiliza con buena calidad de vida.	33	19.3	41	27.9	0.10
6. El cáncer se distingue de otras patologías porque incluye más de 200 enfermedades.	103	60.2	96	67.6	0.11
7. El tratamiento oncológico médico incluye oncología médica, radio oncología, cirugía, psiquiatría, nutrición, clínica del dolor y genética.	12	7.1	10	6.8	0.84
8. En estas enfermedades oncológicas existe tamizaje (cáncer de mama, cervicouterino, pulmón y colon).	9	5.3	14	9.5	0.36
9. El motivo de solicitar autoexploración de cáncer de mama es conocer el cuerpo y tener conciencia de la enfermedad.	50	29.2	73	49.3	<b>0.004</b>
10. La mejor forma de llamarle al cáncer es como el paciente desee, mientras este acepte tratarse.	64	37.4	81	54.7	<b>0.003</b>

\* Prueba diferencia de proporciones

## 6.2. Determinantes de mejora de creencias hacia la atención del paciente oncológico

En este ámbito, sólo el tipo de contacto con el paciente determinó la mejora de creencias. Aquellas especialidades/subespecialidades con contacto leve disminuyeron las posibilidades de mejora en comparación a las ubicadas en categorías con contacto estrecho y duradero (*Cuadro 5*).

*Cuadro 5. Determinantes de mejora de las creencias de los residentes hacia la atención del paciente oncológico*

	Cambio en creencias			RM <sup>a</sup> (IC95%)
	Empeoró	Empate	Mejóro	
Tipo de contacto				
Contacto esporádico y a distancia	0.0%	2.9%	11.2%	5.8 (0.67, 50.3)
Contacto leve	58.3%	28.6%	24.7%	0.5 (0.21, 0.97)*
Contacto íntimo, esporádico y potencialmente duradero	8.3%	8.6%	16.9%	1.8 (0.58, 5.9)
Contacto estrecho y duradero	33.3%	60.0%	47.2%	1.0 (referente)

<sup>a</sup> Otras variables presentes en el modelo con valor de  $p > 0.05$ : Sexo, edad, estado civil, religión, ansiedad actual, depresión actual y antecedente de cáncer en la familia.

\*  $p = 0.04$ . RM = Razón de momios

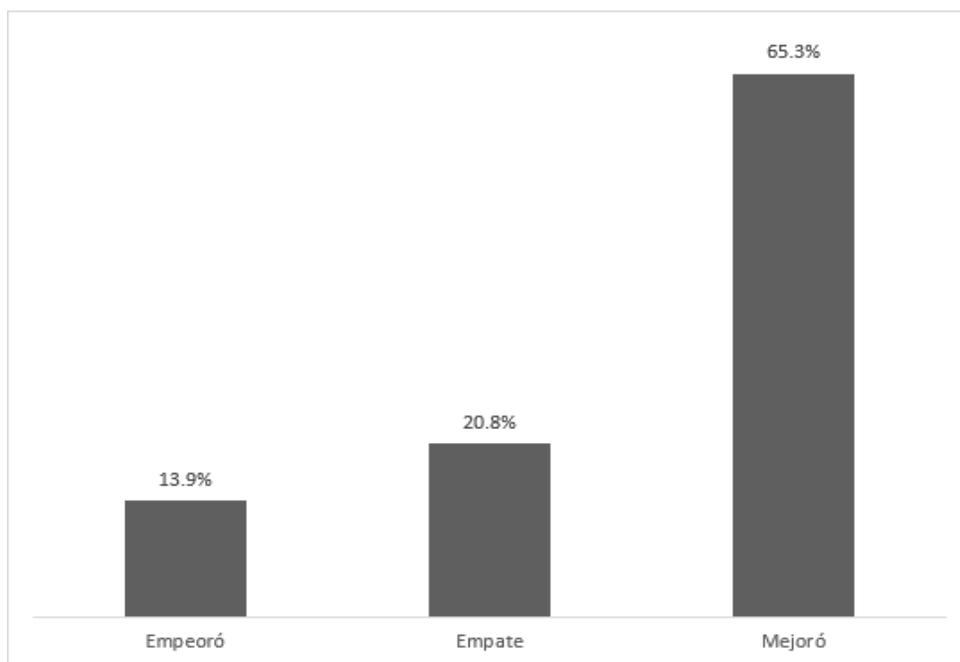
## 6.3. Impacto de la intervención psicoeducativa en mejora de actitudes hacia la atención del paciente oncológico

La media de actitudes favorables postintervención fue superior a la registrada antes de la psicoeducación ( $10.8 \pm 1.7$  vs  $12.1 \pm 1.6$ ,  $p < 0.001$ ) (rango posible 0 a 15). Más del 60% de los participantes mejoró las actitudes bajo estudio (*Figura 3*).

El análisis por tipo de actitud mostró un mayor porcentaje de residentes con actitudes favorables en cinco rubros: Es mejor que el médico tratante sea quien ofrezca el diagnóstico de cáncer, es mejor abstenerse de dar un estimado sobre cuánto tiempo

qu coasta de vida, siempre habrá tratamiento sin importar la etapa del cáncer, todos los pacientes con cáncer tienen tratamiento y, es mejor que se evalúen los cuidados paliativos desde el diagnóstico (*Cuadro 6*).

Figura 3. *Impacto de la intervención psicoeducativa en la mejora de las actitudes de los residentes hacia la atención del paciente oncológico*



**Empeoró:**  $\sum$  número de actitudes favorables post-intervención <  $\sum$  número de actitudes favorables pre-intervención. **Empate:**  $\sum$  número de actitudes favorables post-intervención =  $\sum$  número de actitudes favorables pre-intervención. **Mejóro:**  $\sum$  número de actitudes favorables post-intervención >  $\sum$  número de actitudes favorables pre-intervención

$N = 144$

*Cuadro 6. Comparación del porcentaje de residentes médicos con actitudes favorables hacia la atención del paciente oncológico antes y después de la intervención, según tipo de creencia*

Tipo de actitud	Actitud favorable				Valor de <i>p</i>
	Antes ( <i>N</i> = 172)		Después ( <i>N</i> = 149)		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1. Es mejor que el médico tratante ofrezca el diagnóstico de cáncer	100	58.5	117	78.5	<b>0.0002</b>
2. Es mejor decirle al paciente que tiene cáncer a tiene una tumoración o masa	101	59.1	95	63.8	0.41
3. Es mejor decirle al paciente que ya hay progresión de la enfermedad	167	97.7	144	96.6	0.93
4. Es mejor dar información, aunque los familiares digan que el paciente es muy ansioso	133	77.8	127	85.2	0.09
5. Es mejor abstenerse de dar un estimado a la pregunta cuánto tiempo queda de vida	75	43.9	93	62.4	<b>0.001</b>
6. Es mejor explicar el pronóstico, aunque este sea malo	163	95.3	142	95.3	0.80
7. Siempre habrá tratamiento, sin importar la etapa del cáncer	92	53.8	121	81.2	<b>0.0001</b>
8. La oncología médica, es una ciencia que tiene menos de 70 años	22	12.9	35	23.5	<b>0.02</b>
9. El tratamiento oncológico, se da de manera curativa y paliativa	170	99.4	148	99.3	0.90
10. Todos los pacientes con cáncer tienen tratamiento	132	77.2	135	90.6	<b>0.002</b>
11. Es mejor que los pacientes c/toxicidad del tratamiento sean atendidos en un hospital	152	89.4	130	88.4	0.89
12. La urgencia del evento médico es lo que debe decidir la atención, no el antecedente del diagnóstico de cáncer	170	100.0	143	100.0	--
13. Si se requiere resucitación por crisis hipertensiva, se debe atender primero al paciente con cáncer	109	63.7	105	71.4	0.22
14. Es mejor que se evalúen los cuidados paliativos desde el diagnóstico	115	67.3	122	83.0	<b>0.003</b>
15. Desde el inicio, debe haber evaluación por psicooncología, aun sin alteraciones visibles de salud mental	167	97.7	141	97.2	0.90

\* Prueba diferencia de proporciones

## 6.4. Determinantes de mejora de actitudes hacia la atención del paciente

### oncológico

El tener contacto leve con el paciente aumentó al doble las posibilidades de presentar mejora en actitudes después de la intervención en comparación a quienes tenían contacto estrecho y duradero, mientras que el tener antecedente de cáncer en la familia las disminuyó (Cuadro 7).

Cuadro 7. Determinantes de mejora de actitudes de los residentes hacia la atención del paciente oncológico

	Cambio en actitudes			RM <sup>a</sup> (IC95%)
	Empeoró	Empate	Mejóro	
Tipo de contacto				
Contacto esporádico y a distancia	5.0%	3.3%	8.5%	4.4 (0.74, 25.9)
Contacto leve	15.0%	30.0%	36.2%	2.5 (1.1, 5.6)*
Contacto íntimo, esporádico y potencialmente duradero	20.0%	3.3%	16.0%	2.1 (0.64, 6.6)
Contacto estrecho y duradero	60.0%	63.3%	39.4%	1.0 (referente)
Antecedente de cáncer en la familia	45.0%	30.0%	20.2%	0.4 (0.19, 0.89)*

<sup>a</sup> Otras variables presentes en el modelo con valor de  $p > 0.05$ : Sexo, edad, estado civil, religión, ansiedad y depresión actual.

\*  $p < 0.04$ . RM = Razón de momios

## 6.5. Relación médico-paciente

La media de autovaloración de la calidad de la relación médico-paciente fue de  $84.5 \pm 9.8$ . La característica personal de la relación médico-paciente con mayor cambio post-intervención fue equipo multidisciplinario (Cuadro 8).

Cuadro 8. *Características personales de los residentes que aportan más a una mejor práctica clínica hacia el paciente con cáncer*

<b>Característica</b>	<b>Cambio positivo en número de menciones (auto reporte)</b>
Trabajar en equipo multidisciplinario	+7
Escuchar	+4
Atención	+1
Seguridad	+1
Compromiso	+1
Dedicación	+1
Validación	+1
Actitud	+1
Trato digno	+1

## **CAPÍTULO VII**

### **DISCUSIÓN**

El impacto de esta intervención psicoeducativa en la mejora de las creencias y actitudes hacia la atención del paciente oncológico confirma que este modelo de intervención promovió que un mayor número de estudiantes de posgrado consideraran que como médicos primarios al momento del diagnóstico deberían informar al enfermo de su diagnóstico de cáncer y después referirlos al oncólogo. Como bien se ha establecido ya en otros estudios, el factor educativo juega un rol crucial en el desarrollo de la relación médico-paciente en el residente o estudiante de posgrado. (19)

De esta forma, entre los médicos residentes hay un conocimiento más integrado de respeto al derecho de sus pacientes, con la bondad de que tempranamente actúen en su referencia a profundizar sobre su estado con el especialista oncólogo (Cuadro 4; Figura 2). Esta fórmula de trabajo muestra en la práctica mayor empatía médica hacia los pacientes y el equipo médico, al favorecer la reflexión sobre las ventajas y desventajas del trabajo colaborativo bajo el reconocimiento de la toma de perspectiva del paciente y su familia, así como del médico y su equipo. Lo anterior con atención al mejor interés médico y psicosocial del paciente, como ente autónomo que recibe con ello mayor calidad de vida, mayor sobrevivencia y, cuando en orden, curación.

Si bien los reportes son pocos, esto demuestra la gran importancia de hacer reflejo hacia la relación médico-paciente como un factor en la calidad de vida del paciente pero, sobre todo, en la supervivencia y mortalidad, como lo lograron representar en pacientes viviendo con cáncer de pleura y mesotelioma, en donde se demuestra este aumento de supervivencia de enfermedad específica al médico contar con las herramientas suficientes basadas en empatía para brindarle apoyo durante la enfermedad al paciente. (15)

La dependencia del paciente hacia su médico es una realidad. La recomendación que el profesional dé a su paciente y la forma en que la comunique resume conocimientos, experiencia y juicio clínico. Una buena referencia será el resultado que dará seguridad, confianza y hará que el paciente acuda al equipo multidisciplinario, convirtiéndose en transdisciplinario, cuando las decisiones obedecen a consensos colegiados en beneficio del paciente entre los diferentes especialistas involucrados. A su vez el paciente será el eje benefactor de este grupo, que podría transformarse en transdisciplinario, donde los especialistas aportan en conjunto al plan de tratamiento entrelazando el mejor tiempo para cada aportación al éste desde la visión de su especialidad.

Otro de los conocimientos y creencias que se captaron mejor posterior a la intervención es el que muchos médicos consideran que la autoexploración es suficiente para la prevención del cáncer de mama; olvidando que será clave para el futuro del paciente la indicación de mamografías y entender que “el motivo de solicitar autoexploración es conocer el cuerpo y tener conciencia de la enfermedad”. Este factor por sí solo contribuye en la mejor práctica clínica de acuerdo con las guías

internacionales de tamizajes dando mayor oportunidad a tratamientos curativos o con mayor sobrevida en enfermos de cáncer de mama in situ o en etapas tempranas, y en otros más.

Otro cambio estadísticamente significativo que se observó atiende al hecho de que en la comunicación con el paciente es conveniente respetar el vocablo que el paciente y/o familia prefieran para llamar a la enfermedad, mientras éste acepte tratarse. Este sencillo elemento permite un ambiente más comprensivo y que apoya la adherencia a tratamiento.

Si queremos mejorar la calidad de la atención del enfermo con cáncer el primer punto a privilegiar es evitar el retraso en el diagnóstico y en la transmisión de éste en términos claros que lleven al paciente a un plan de acción con el equipo médico. Para ello, los profesionales de la salud deben de estar alerta. Un estudio reciente (19) lo reportó entre los factores de riesgo de errores médicos motivo de litigio en los Estados Unidos. Se reconoce que evitar los diagnósticos omitidos y los retrasos tienen prioridad para el tema de calidad y seguridad del paciente.

Diferentes medidas pueden limitar fallas por errores médicos en el diagnóstico o planes de acción; por ejemplo, los registros médicos electrónicos, la atención en equipo y otras estrategias relacionadas. Los autores podríamos agregar a ello la calificación y certificación del equipo médico, que incluye su calidad académica, formación y experiencia profesional de su personal. Sin embargo, es su sistema de creencias inmerso en la cultura y sus actitudes como aspectos personales los que marcan su línea de acción en su práctica.

Se destaca que la población de residentes de este estudio mostró un alto promedio de calificación académica de pregrado, por lo que es ésta una población homogénea en cuanto a su calidad de formación previa, que se corrobora por haber reunido los requisitos de ingreso a posgrado en nuestra institución y haber aprobado un examen nacional basado en rendimiento. (20)

Desde lo psicosocial, los sujetos tienen en común preferencias de religión y estado civil, mayormente sin pareja, elementos que pueden incidir en cualidades y valores, por lo que estos factores se mantuvieron independientes de los cambios.

Se logra demostrar que, mediante una intervención grupal psicoeducativa de 180 minutos, se consiguió una respuesta positiva de los residentes, movilizándolos a corregir percepciones erróneas sobre el cáncer y su abordaje en la relación médico-paciente.

Al otorgarles las herramientas de información sobre oncología, así como de los principios básicos de empatía y comunicación de noticias con los pasos a seguir en su interacción con el paciente, se puede observar la mejora que tienen los residentes sobre sus creencias y actitudes en el tema del manejo de información hacia el paciente.

Durante la intervención psicoeducativa, al explicar el término de empatía médica (1) se limitó la tendencia a confundirlo con simpatía y se consiguió que tuvieran el interés por los términos en que se comunica el paciente, así como considerar el poder referirlo sin dificultad al equipo de psicooncología y cuidados paliativos. Se logro progreso en adquirir o subrayar el concepto básico de que, si bien en etapas del fin de la vida no se ofrecen tratamientos curativos, los dirigidos a calidad de vida, confort y

alivio de síntomas son aún tratamientos en los que debe estar presente el equipo médico.

De ahí que debemos favorecer el concepto de que todos los pacientes con cáncer tienen tratamiento y que los cuidados paliativos y, aún el acompañamiento hasta el final de la vida, son tratamientos. El que se comprendiera esta afirmación es otro rubro de resultado positivo del grupo focalizado. Subrayamos: Todos los pacientes con cáncer tienen tratamiento. Tales son estudios en donde se demuestra el tiempo que tarda el paciente en ser atendido por un paliativista y que esto tiene un detrimento muy importante en su calidad de vida al ser éste ya en etapas tardías. El factor de lograr que se conceptualice la noción de que el paciente al momento del diagnóstico debe ser conocido por cuidados paliativos y que es una herramienta crucial para el trato digno del paciente es de suma importancia. (8,21-25)

También los resultados del estudio mostraron cómo el perfil de vulnerabilidad física por antecedentes personales de trastornos físicos (36.6%), emocionales de ansiedad (34.3%) y depresión (18.6%), y/o familiares de cáncer (25.6%) podrían condicionar a una disposición diferente a la relación médico-paciente, que al explicitarla permite que los profesionales tomen mayor consciencia de su vulnerabilidad, que diferentes estudios señalan como factores del médico para procesar con mayor o menor retardo y empatía a las demandas del enfermo y su familia.

Es importante hacer mención sobre que se ha estudiado en la población que atiende a pacientes con cáncer cómo llegan a desarrollar depresión, ansiedad e incluso una desmoralización ante etapas de cáncer avanzadas, que, como ya se

mencionó previamente, en México suele ser el escenario más común en donde la gran mayoría de cáncer son detectados. Por lo tanto, al tener esto como base, se hace el hincapié en que se debe reforzar los sistemas educativos para mantener una salud mental en todo el personal sanitario para atender de manera oportuna la depresión, ansiedad, desmoralización y *burnout* de los prestadores de servicios de salud. (26-28)

En este escenario, observamos cómo el grupo además aportó al estudio que los residentes abrieran el tema en la medida de que estas preguntas pusieron en contacto su sintomatología que tuvieron que plasmar en su autoreporte. Es de destacar que estas cifras son superiores a las observadas en la población general o población abierta.

Es menester subrayar que como lo demostró un estudio reciente (20), entre otras causas, son los errores de omisión, al no reconocer y escuchar a los pacientes que plantean inquietudes, los que más frecuentemente inciden en mala práctica con fallas en la seguridad del paciente, no sólo en la calidad del servicio; estos originan las mayores quejas de los pacientes en general en el sistema salud.

### **7.1. Limitaciones**

Es necesario mencionar que 180 minutos es un muy breve tiempo de intervención y se requiere reforzamiento periódico de los aspectos abordados, lo cual puede ser difícil de conseguir por los educadores y directores de los programas académicos.

El presente es un trabajo que se enfocó a residentes de primer ingreso, que están en relación y dependencia de sus residentes superiores y estos de sus maestros,

quienes a su vez lo están con sus directivos; como compañeros y profesores son los modelos a seguir en la práctica, y si no comparten esta filosofía de trabajo podrían neutralizar estos cambios.

## **7.2. Aprendizaje para seguir**

Se puede puntualizar la importancia de compartir esta experiencia con sus compañeros de trabajo para no afectar resultados a mediano o largo plazo, así como la pertinencia de dar continuidad al programa y más estudios para corroborar su impacto por otros indicadores.

El estudio demuestra claramente cómo es una necesidad altamente requerida en todas las instituciones y lo sencillo que es reproducirse con el equipo de trabajo adecuado.

Si bien el estudio fue en una institución en particular, pone de manifiesto el gran impacto que una intervención psicoeducativa tiene. Se considera que hacen falta más estudios y continuar con las campañas educativas para todo el personal de salud.

## **CAPITULO VIII**

### **CONCLUSIONES**

Se acepta la hipótesis alternativa de que la intervención psicoeducativa de 180 minutos mejora las creencias y actitudes hacia la atención del paciente oncológico en médicos residentes de primer ingreso.

Se identificaron rubros altamente significativos en consciencia de la necesidad de dar el diagnóstico por el médico primario y referir al paciente al oncólogo: abstenerse de hablar del pronóstico, reconocer que la autoexploración requiere continuar con la mamografía, que el cáncer puede siempre tener tratamiento e incluir a los cuidados paliativos dentro de la terapéutica al final de la vida del paciente y recomendarlos desde la etapa diagnóstica, respetar el lenguaje y autonomía del paciente para llamar al cáncer mientras acuda a tratamiento.

Lo anterior demuestra que se lograron romper barreras muy importantes en las creencias de los residentes, generando un cambio clave para mejorar la relación médico-paciente. Entre otras observaciones cualitativas se pueden subrayar las siguientes:

1. Se consiguió que valoraran el papel del médico de primer contacto para dar las noticias.
2. Aliviar su necesidad de afirmación e identidad en el trabajo multidisciplinario, transdisciplinario, y con ánimo colaborativo.

3. Comprensión de lo que corresponde a su labor en la relación médico-paciente y la apertura a dar “noticias” con respeto al lenguaje del paciente.
4. La catarsis grupal favoreció el acompañamiento y liberación de la sensación de soledad, fracaso y de falta de conocimiento,
5. Se logró que aprendieran y se ejercitaran en el abordaje de dar “malas noticias” con lo que se consiguió el dar la confianza y conocimiento con herramientas para poder hacerlo.
6. Se desmitificó el trabajo multidisciplinario inter y transdisciplinario, en donde se logró explicar y dar a conocer que no es “desprenderse” de ciertas áreas y “dejárselas a otro colega” sino más bien es el trabajo en colaboración donde se orquesta como en una sinfonía todos los elementos que aportan su parte para lograr tomar las mejores decisiones para el paciente.
7. Los participantes revaloraron el darle valor a cada una de las especialidades y no minimizar el impacto que cada uno de ellos tienen en el desempeño con del paciente.

### **8.1. Sugerencias y recomendaciones**

Es de suma importancia que las instancias gubernamentales creen programas psicoeducativos de trabajo colaborativo para el trato de pacientes viviendo con cáncer de manera obligatoria para todos los estudiantes de posgrado.

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**Javier Alejandro Martínez Moyano**

Candidato para el Grado de Especialista en Oncología Médica

Tesis: **EMPATÍA MÉDICA Y TRABAJO COLABORATIVO: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA SOBRE PACIENTES CON CÁNCER PARA RESIDENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “JOSÉ E. GONZÁLEZ” UANL**

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

### **Biografía**

#### ***Datos personales***

Lugar y fecha de nacimiento: Monterrey, Nuevo León, México; 10 de abril de 1991.

Estado civil: Soltero.

Grado de estudio: Licenciatura de Médico cirujano y partero, en la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y posgrado en Medicina Interna en el Hospital Universitario “José E. González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

#### ***Trayectoria***

Realizó la educación primaria en el Colegio Bilingüe Mark Twain de 1997 a 2003, siguió su educación secundaria en la misma institución de 2003 a 2006 terminando con el primer lugar de generación y con la obtención de la beca de excelencia académico para el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de

Monterrey en la Preparatoria Eugenio Garza Lagüera en bicultural francés escogiendo rama de biomedicina. Posteriormente ingresó a la Facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de Nuevo León del 2009 al 2015 ahí se integró al departamento de Medicina Interna donde fue becario del departamento, así como el departamento de Cirugía General en donde también fue becario. Posteriormente realizó su servicio social en el departamento de Pediatría en el Hospital Universitario José Eleuterio González “Gonzalitos” en el área de neonatología. Al término del Servicio social presentó el Examen Nacional de Residencias Médicas aplicando para Medicina Interna y siendo seleccionado por el Hospital Universitario para cursar la residencia de la especialidad de Medicina Interna. Durante su estancia en el departamento de medicina interna participó en diversos congresos nacionales del Congreso Nacional de Medicina Interna XL

En el 2017 en León, Guanajuato participó como exponente y autor principal con la participación de 2 posters como autor principal “Acidosis láctica tipo B inducida por metformina: reporte de caso” y “Adrenalitis Infecciosa por Tuberculosis en Paciente con VIH”

El año 2018 en Mérida Yucatán participó en el Congreso Nacional de Medicina Interna XLI con la participación de 6 posters como autor principal “Marcapasos temporal, cuidados más allá de las espigas”, “Reporte de caso de Linfoma No Hodgkin de bajo grado asociado a mucosa en masculino de 72 años en Hospital del Noreste del país” “Histoplasmosis en paciente con VIH en Hospital de Tercer nivel al noreste de República Mexicana Reporte de caso” “Esclerosis tuberosa, una enfermedad con múltiples manifestaciones sistémicas: presentación de un caso clínico.” “Colitis microscópica reporte de caso”, “Encefalitis autoinmune anti- NMDA: Reporte de

caso”, “Perspectiva de los pacientes y familiares sobre el uso de corbatas por parte del médico en un Hospital de Tercer Nivel en el Noreste del País”

En 2019 en la ciudad de Acapulco en el estado de Guerrero participó en el Congreso Nacional de Medicina Interna XLII con la participación de poster como exponente y autor principal de “Hipercalcemia maligna como primera manifestación de cáncer de pulmón reporte de caso”, “Perspectiva de los pacientes y familiares sobre el uso de corbatas por parte del médico en un Hospital de Tercer Nivel en el Noreste del País” y “Coccidioidomicosis pleural reporte de caso”.

Además se ha interesado por ser expositor en varios congresos localmente en la misma institución como en el “ABC de la Medicina Interna” con la ponencia Preeclampsia y complicaciones cardiovasculares durante el embarazo en el 2018, también participó en el “ABC de la Medicina Interna” con la ponencia Prevención de Cáncer en el 2019 así como Ponente en el Taller “Cómo dar malas noticias” en la Universidad Autónoma de Nuevo León en el 2020.

Ponente en el Simposio “Programa de optimización en el manejo de antimicrobianos: de la idea a la implementación” con la ponencia de Stewardship en el consultorio (2020).

También en el 2020 tuvo el honor de ser ponente por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey en la facultad de Biomedicina en el “VII Foro Internacional de Metrología” con la ponencia de “Importancia de Metrología en Medicina” (2020)

Ese mismo año fue invitado por la Universidad Autónoma de Nuevo León para participar en “Primer Taller de Neuroimagen” con la ponencia “Técnicas de neuroimagen para el estudio de enfermedades del sistema nervioso central en el

adulto”.

Ha participado en la publicación de artículos científicos como "Superior vena cava syndrome secondary to an extensive thrombosis: A rare presentation of malignant mesothelioma" Raúl Alberto Jiménez Castillo, M.D.; Rosa Icela Arvizu-Rivera, MD; Ricardo Andrés Gómez-Quiroz, MD; Javier Alejandro Martínez-Moyano, MD; Edgar Francisco Carrizales-Sepúlveda, MD y también en la publicación del artículo “Back to basics: Pulse palpation to detect arrhythmia” Adolfo C. Cordero-Pérez, Alejandro González-Aquines, Alan I. Benitez-Alvarez, Javier Martínez-Moyano, GECEN Researchers\*\*, and Fernando Góngora-Rivera

Entre sus áreas de interés se encuentra la importancia de la relación médico-paciente por lo que realizó un diplomado en la Universidad Iberoamericana “Logoterapia y Terapia Existencial” con duración de 6 meses en 2016, así como “Psicología Positiva” con duración de 6 meses.

También realizó el “Manejo de duelo complicado desde el modelo IPIR” Centro de Tanatología Elisabeth Kübler-Ross México impartido por el Instituto de Psicoterapia Integrativa Relacional de Barcelona, España.

Tiene gran interés por los idiomas teniendo amplio conocimiento en Inglés, así como estudios en la Alianza Francesa de Monterrey de 2003 a 2009 obteniendo la certificación DELF B1.

Entró a formación de Oncología Médica en el Centro Universitario Contra el Cáncer desde marzo 2022, en donde ha participado en múltiples proyectos y trabajos en el centro los cuales han sido llevados a congresos nacionales e internaciones.

Se presento en el congreso Americano de Sociedad Oncológica Clínica “ASCO” el proyecto “The long journey of patients with anal carcinoma in a Mexican

cohort”, como primer autor en 2023.

Así mismo asistió al presentar

También ha participado en múltiples pósters en la Sociedad Mexicana de Oncología Médica, celebrados en Monterrey Nuevo León 2021, Chihuahua en 2022 y Riviera Maya en 2023.

## REFERENCIAS

1. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. Vol. 159, Am J Psychiatry. 2002.
2. INEGI. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 600/22 26 DE OCTUBRE DE 2022 PÁGINA 1/92 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 8]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>
3. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Reza Mohammadi M, et al. How to Break Bad News: Physicians' and Nurses' Attitudes [Internet]. Vol. 5, 128 Iranian J Psychiatry. 2010. Available from: [www.tums.ac.ir](http://www.tums.ac.ir)
4. Shanks A, Brannn M, Bute J, Borse V, Tonismae T, Scott N. Breaking Bad News: A Randomized Trial Assessing Resident Performance After Novel Video Instruction. Cureus. 2021 Jun 5;
5. Chung HO, Oczkowski SJW, Hanvey L, Mbuagbaw L, You JJ. Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: A systematic review and meta-analysis. BMC Med Educ. 2016 Apr 29;16(1).
6. González-Cabrera M, Ortega-Martínez AR, Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Parra-Anguila L, Frías-Osuna A. Design and validation of a questionnaire on communicating bad news in nursing: A pilot study. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jan 2;17(2).
7. Khalil RB. Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the middle east: A review. Vol. 11, Palliative and Supportive Care. 2013. p. 69–78.
8. Paul CL, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher RW, Douglas H, Webb G. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. Eur J Cancer. 2009 Nov;45(17):2960–6.
9. Tehran HA, Shirazi M, Kachoie A, Khalajinia Z, Nodoushan KA. Evaluation of general physicians' skills in breaking bad news to the patient based on the SPIKES questionnaire in Qom, 2016. Electronic Journal of General Medicine. 2019;16(1).

10. Delevallez F, Lienard A, Gibon AS, Razavi D. Breaking bad news in oncology: The Belgian experience. Vol. 31, *Revue des Maladies Respiratoires*. Elsevier Masson s.r.l.; 2014. p. 721–8.
11. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneui L, Revah-Levy A. Breaking bad news in oncology: A metasynthesis. *Journal of Clinical Oncology*. 2015 Aug 1;33(22):2437–43.
12. Lamba S, Tyrie LS, Bryczkowski S, Nagurka R. Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patient and family members: A literature review. Vol. 19, *Journal of Palliative Medicine*. Mary Ann Liebert Inc.; 2016. p. 101–7.
13. Kapadia MR, Lee E, Healy H, Dort JM, Rosenbaum ME, Newcomb AB. Training Surgical Residents to Communicate with Their Patients: A Scoping Review of the Literature. *J Surg Educ*. 2021 Mar 1;78(2):440–9.
14. Reed S, Kassis K, Nagel R, Verbeck N, Mahan JD, Shell R. Does emotional intelligence predict breaking bad news skills in pediatric interns? A pilot study. *Med Educ Online*. 2015;20(1).
15. Lelorain S, Cortot A, Christophe V, Pinçon C, Gidron Y. Physician empathy interacts with breaking bad news in predicting lung cancer and pleural mesothelioma patient survival: Timing may be crucial. *J Clin Med*. 2018 Oct 1;7(10).
16. Ptacek JT, McIntosh EG. Physician challenges in communicating bad news. *J Behav Med*. 2009 Aug;32(4):380–7.
17. Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Malekian A, Mokarian F, Mohammad S, et al. Breaking bad news protocol for cancer disclosure: an Iranian version. Vol. 10, *J Med Ethics Hist Med*. 2017.
18. Lamba S, Tyrie LS, Bryczkowski S, Nagurka R. Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patient and family members: A literature review. Vol. 19, *Journal of Palliative Medicine*. Mary Ann Liebert Inc.; 2016. p. 101–7.
19. Grenon VB, Szymonifka JM, Adler-Milstein JP, Ross JP, Sarkar UMM. Factors Associated With Diagnostic Error: An Analysis of Closed Medical Malpractice Claims. *J Patient Saf*. 2023 Apr;19(3):211–5.
20. Gillespie A, W. Reader T. Patient-Centered Insights: Using Health Care Complaints to Reveal Hot Spots and Blind Spots in Quality and Safety. Vol. 96, *The Milbank Quarterly*. 2018.