

Universidad del Azuay

Departamento de Posgrado

Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria

Tema:

Modelo Educativo sobre Cuidados Paliativos en el personal de salud del Centro de Salud
Carlos Elizalde, Cuenca.

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria**

Autores:

Karla Cecibel Calle Quezada, MD.

Pedro José Ordóñez Alvarado, MD.

Director de Tesis:

Federico Toral, Dr.

Cuenca – Ecuador

2021

Agradecimiento

Queremos extender nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que apoyaron este proyecto; personal médico del Centro de Salud Carlos Elizalde, tutores y familiares, pues han sido nuestro apoyo en el proceso de una mejora en los conocimientos sobre cuidados paliativos.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a nuestras familias, pilares fundamentales en nuestra formación, sin su apoyo incondicional este logro académico no sería posible.

De igual manera, a todas las personas quienes padecen de enfermedades terminales o paliativas, pues han sido nuestra inspiración para mejorar la calidad en su atención, buscando siempre, que sus días sean más llevaderos.

RESUMEN

La presencia de una enfermedad terminal crea una situación compleja que origina una fuerte demanda de atención y apoyo emocional. La presente investigación, cuasi experimental, se orienta al estudio de los cuidados paliativos desde las competencias del personal médico en el CS "Carlos Elizalde" del cantón de Cuenca, provincia del Azuay. Los resultados mostraron un nivel medio en cuanto a los conocimientos y actitudes, lo cual se corresponde con otros estudios a nivel nacional para el mismo nivel de atención en los servicios médicos. En este sentido se desarrolló una capacitación teniendo en cuenta los estilos de aprendizaje identificados como predominantes y basada en un entorno virtual de aprendizaje como medio para el desarrollo de competencias en el personal médico. La utilidad de esta forma de aprendizaje permanente puede adoptarse tanto a nivel provincial como nacional sin que represente gastos significativos.

Palabras Claves: Cuidados paliativos, competencias, estilos de aprendizaje, capacitación, entorno virtual de aprendizaje.

ABSTRACT

The presence of a terminal disease creates a complex situation that demands critical attention and emotional support. This quasi-experiment investigation is focused on the study of palliative care from the CS "Carlos Elizalde" in Cuenca, province of Azuay. The results showed a medium level in terms of knowledge and attitudes, which concurs with the same medical services' attention at national level studies. Taking the results into account, a training program was developed considering the different learning styles identified as predominant, and the virtual learning environment as a pathway for the medical staff skill development. This program can be adopted at the provincial and national levels without representing significant expenses.

Key Words: Palliative care, competence, learning styles, training, virtual learning environment.

Translated by



A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long tail, positioned to the right of the logo.

KARLA CECIBEL CALLE QUEZADA

Índice

1. Estado del arte, 9
1.1. Concepto y acción de cuidados paliativos, 10
1.1.1. Origen del término y surgimiento de los cuidados paliativos, 10
1.1.2. Los cuidados paliativos como campo de la medicina, 12
1.2. Desarrollo de los servicios de cuidados paliativos en Suramérica, 13
1.2.1. Bases epidemiológicas y sociodemográficas de los cuidados paliativos, 13
1.2.2. Los cuidados paliativos en Suramérica, 15
1.3. La problemática de las competencias en cuidados paliativos, 19
1.3.1. Condiciones dadas por la prevalencia de la medicina curativa, 19
1.3.2. Necesidad de formación en cuidados paliativos, 21
2. Marco conceptual de la investigación, 23
2.1. El enfoque familiar en el acompañamiento al final de la vida, 23
2.1.1. La familia como unidad de salud y atención médica, 23
2.1.2. Estructura, relaciones interpersonales y ciclo vital familiar, 25
2.2. El enfoque de competencias en la formación, 28
2.2.1. El concepto de competencias laborales y su desarrollo, 28
2.2.2. La taxonomía de Bloom, 30
2.3. Las nuevas tecnologías en el diseño del aprendizaje, 32
2.3.1. E-learning y el enfoque de los estilos de aprendizaje, 32
2.3.2. Los entornos virtuales de aprendizaje personal, 34
3. Metodología de la investigación, 36
3.1. Diseño metodológico, 36
3.1.1. Enfoque y tipo de investigación empleados, 36
3.1.2. Métodos y técnicas de investigación, 36
3.1.3. Contexto del estudio, variables e hipótesis de investigación, 37
3.2. Procedimientos de recogida y tratamiento de la información, 40
3.2.1. Cuestionarios empleados, 40
3.2.2. Participantes, 42
3.2.3. Análisis cuantitativo de los datos, 42
3.4. Calendarización de la investigación, 43
4. Resultados y discusión, 44
4.1. Presentación de los resultados, 44
4.1.1. Conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos., 44
4.1.2. Estilos de aprendizajes predominantes, 47
4.2. Discusión de los resultados, 47
4.2.1. Deficiencias en los conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos., 47
4.2.2. Relaciones de estilos de aprendizajes detectados y estrategias didácticas, 49
5. Propuesta, 50
5.1. Capacitación en cuidados paliativos, 50
5.1.1. Aprendizaje colaborativo, 50
5.1.2. Estructura colaborativa de la capacitación, 52
5.1.3. Los objetos de aprendizaje, 53
5.1.4. Los resultados del grupo, 54
5.1.5. Medio empleado como plataforma educativa, 55
6. Conclusiones y recomendaciones, 57
Introducción, 3
Justificación, 7
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 58
RESUMEN, 1

Introducción

Los avances de la medicina han permitido sobrevivir a muchas enfermedades antes mortales. Sin embargo, el final de la vida es una realidad y esta etapa es una tarea personal, familiar y de los servicios de salud que deben prestar atención integral en todo el ciclo vital. En las últimas décadas estamos asistiendo el aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, junto al envejecimiento progresivo de la población. Existe por tanto una demanda generalizada de servicios de salud de calidad y a costes razonables, que permita una vida y una muerte dignas. Todo ello revela la necesidad de un nuevo enfoque acerca de los objetivos que debe perseguir la medicina, antes centrada solamente en un enfoque curativo.

Los cuidados paliativos tienen el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas avanzadas y un pronóstico de vida limitado. En el año 2014 el Ministerio de Salud Pública de Ecuador reconoce que los cuidados paliativos se habían brindado de forma privada, por lo que uno de los retos del modelo de atención integral de salud es que los mismos sean desarrollados en el Sistema Nacional de Salud (MSP, 2014). Con esta finalidad un primer paso fue la elaboración de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para su aplicación en el sistema nacional de salud. Los objetivos señalados de la referida Guía de Práctica Clínica fueron los siguientes (MSP, 2014, p. 35):

Estandarizar los procedimientos de atención sanitaria de las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado, en fase final de la vida (FFV) y de sus familias, en los distintos ámbitos familiares y los establecimientos del sistema nacional de salud.

Facilitar a todos los profesionales de la salud, cuidadores y pacientes, la atención de cuidados paliativos con toma de decisiones adecuadas y respaldadas científicamente.

En este documento se plantea que los cuidados paliativos deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. También, que “la transición de los cuidados curativos a

paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada” (MSP, 2014, p. 40).

En el año 2015 el propio Ministerio de Salud Pública pone en práctica el Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017. En este sentido se reconoce que el enfoque de los cuidados paliativos:

(...) es el ejemplo perfecto de una estrategia integral, multidimensional e intercultural, incluida en el Modelo de atención integral del Ministerio de Salud Pública el mismo que reconoce el acceso a los servicios de salud y a la salud como un derecho humano, afirmando que el cuidado de la salud debe ser gratuito, universal, solidario, acortando la brecha de inequidad, principios integrados en el concepto holístico del Plan Nacional para el Buen vivir (MSP, 2015, p. 10).

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017 tenía un carácter obligatorio y, amparado en el acuerdo ministerial 101 de 2011, fue el instrumento que utilizó el Estado para “organizar los cuidados paliativos y sus actores, tanto públicos como privados”, así como proveer de orientaciones que “permitan avanzar hacia el logro del acceso equitativo y oportuno a la atención paliativa” (MSP, 2015, p. 24). De acuerdo con el MSP (2015) la necesidad de una planificación y su control se hacía patente según el modelo de valoración de la Worldwide Palliative Care Alliance, que situaba a Ecuador en una categoría 3 de nivel de desarrollo indicando de esta manera que los servicios de cuidados paliativos se prestan de manera aislada.

Entre los objetivos del Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017 se encontraban los siguientes (MSP, 2015): 1) incluir en el modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud, la atención en cuidados paliativos; y 2) promover la formación integral de los profesionales de salud, incluyendo los cuidados paliativos en las mallas curriculares de pregrado y postgrado y formación específica a los profesionales del actual sistema de salud. Dichos objetivos fueron integrados en un conjunto de lineamientos estratégicos que, entre otros, incluían “incorporar e implementar las prestaciones de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, con enfoque intercultural, de género e intergeneracional” (MSP, 2015, p. 28).

Entre las acciones previstas para este objetivo, además incorporar las prestaciones de cuidados paliativos al tarifario nacional, estaba “diseñar e implementar el programa de capacitación en cuidados paliativos para los profesionales de salud en todos los niveles” (MSP, 2015, p. 28). En este sentido, para los centros de atención de primer nivel, se estableció como indicador de la capacitación en cuidados paliativos el “porcentaje de equipos de primer nivel con formación intermedia”, estableciéndose la meta de 30% de cumplimiento para el año 2017 (MSP, 2015, p. 32). Un componente importante del programa de capacitación señalado apuntaba a la disciplina de la medicina familiar, dado el papel que juega en garantizar el derecho a la dignidad, así como solventar las necesidades para el cuidado y la calidad de vida de las personas en el final de la vida y de sus familias.

El año 2020 representó una gran tensión para todos los sectores del país con la emergencia sanitaria a causa de la pandemia del COVID-19. Ello marcó una situación de realidad modificada en el Sistema Nacional de Salud, que obviamente vio comprometidos los recursos y capacidades disponibles, agravado además por la falta de experiencia ante semejantes condiciones de salud pública que eran inéditas y generalizadas a nivel mundial. Las pérdidas para la familia ecuatoriana son irreparables. Los perjuicios en la economía fueron igualmente graves y como consecuencia el país se encuentra en una etapa de crisis. En la actualidad, aún con los avances en el plan de vacunación, el Sistema Nacional de Salud se encuentra abocado a mitigar los riesgos que representa la pandemia del COVID-19 para la salud pública en el país.

En este contexto se hace necesario buscar alternativas que permitan recuperar el desarrollo previsto en los servicios de cuidados paliativos sin que ello represente una carga significativa en cuanto a los recursos del Sistema Nacional de Salud y esfuerzos del personal médico. De ahí el inmenso potencial que representa para el desarrollo de las capacidades los disímiles recursos digitales que, a su vez, han implicado un cambio de paradigma en la forma de asumir el proceso de aprendizaje. En este sentido un componente del programa de capacitación en cuidados paliativos que puede potenciarse, sin crear tensiones con otros objetivos prioritarios del Ministerio de Salud Pública, es la “formación específica a los profesionales del actual sistema de salud” (MSP, 2015, p. 25).

Teniendo en cuenta el desarrollo del componente antes señalado del programa de capacitación en cuidados paliativos, es que se lleva a cabo la presente investigación. Por tanto, el objetivo general que se propone alcanzar el estudio es el siguiente:

Desarrollar la capacitación en cuidados paliativos en el C.S. "Carlos Elizalde" mediante la implementación de un entorno virtual de aprendizaje que permita una formación esencialmente autónoma con un enfoque de competencias.

Por su parte los objetivos específicos que se trazaron para su cumplimiento durante la investigación fueron los siguientes:

Verificar el nivel de conocimientos y las actitudes del personal médico del C.S. "Carlos Elizalde" sobre los cuidados paliativos.

Establecer el estilo de aprendizaje predominante en el personal médico del C.S. "Carlos Elizalde".

Desarrollar una unidad didáctica sobre los cuidados paliativos que, a partir del estilo de aprendizaje predominante, base sus objetivos en el nivel de aplicación del conocimiento según la taxonomía de Bloom.

Implementar la capacitación de la unidad didáctica en el C.S. "Carlos Elizalde" integrada a las herramientas y recursos de la Web 2.0., en una formación más facilitadora que prescriptiva.

Se espera con la investigación que la formación específica en cuidados paliativos, para los profesionales en servicio del C.S. "Carlos Elizalde", pueda llevarse a cabo de manera permanente y fundamentada en la experiencia. Ello coadyuvaría a que los servicios de cuidados paliativos en el C.S. "Carlos Elizalde" se realicen de conformidad a principios básicos acogidos por el Ministerio de Salud Pública como "la accesibilidad oportuna a los servicios de salud de calidad con calidez y la formación de equipos interdisciplinarios con capacidad resolutoria adecuada" (MSP, 2015, p. 10).

Justificación

La toma de decisiones no puede concebirse separada del conocimiento que es relevante para ello. El conocimiento que es esencial a una actividad determinada plantea caracteres propios para las relaciones interpersonales, el uso específico de equipamiento, así como formas concretas de vínculo con otros sujetos de acuerdo a los fines de dicha actividad (Gherardi, 2001). Por otro lado, el uso eficiente del conocimiento puede verse afectado por los riesgos propios de la retención y fallos de transmisión. El problema subyacente es que el conocimiento que no es compartido puede que no sea tenido en cuenta en absoluto. En este sentido la difusión del conocimiento no es algo automático ni un problema solo tecnológico, su naturaleza es psicológica y la solución implica una proyección adecuada en cuanto a la interacción social que es relevante (IM, 2012).

Junto al Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017 se realizó un diagnóstico sobre la formación del talento humano en la prestación de estos servicios. Se pudo comprobar que la oferta formativa se limitaba a una materia de pensum en cinco programas de posgrado de medicina, un diplomado de enfermería, y también como materia optativa en el pregrado de medicina (MSP, 2015). En el propio documento se reflejó que, además, la formación existente en cuidados paliativos se localizaba en las ciudades de Quito y Guayaquil. Posteriormente se incluyó la oferta de la especialidad en cuidados paliativos, así como la inclusión de los servicios como materia en la carrera de trabajo social (Pastrana et al., 2021). En cuanto a las competencias de los profesionales del actual sistema de salud, estudios recientes muestran igualmente problemas significativos en cuanto a los conocimientos y actitudes sobre los cuidados paliativos en el personal médico (Aldás, 2020; Sabando, 2017). Como situación general, que se refleja así mismo en el accionar del C.S. "Carlos Elizalde", lo anterior implica el siguiente problema:

Cómo desarrollar de forma viable la formación de los médicos en ejercicio sobre los cuidados paliativos, que se adapte a la realidad del primer nivel de atención, en específico del C.S. "Carlos Elizalde", adoptando además los múltiples recursos de la Web 2.0, para, de manera sistemática, alcanzar un conocimiento construido en base a la experiencia conformando un saber social y significativo.

La investigación realizada pretende dar solución al problema señalado desde un enfoque de orientación a la práctica. En este sentido el estudio va más allá del enfoque tradicional o idea del conocimiento como ítems reificados, que pueden ser fácilmente adquiridos, procesados y difundidos, para adoptar una concepción del conocimiento como práctica social que hace énfasis en la participación de los sujetos en actividades que están materialmente situadas, además de mediadas por una pluralidad de instrumentos normativos e instituciones, buscando así el desarrollo de las competencias requeridas con un mínimo de inversión y esfuerzo organizacional.

Desde un punto de vista teórico la investigación se justifica por la necesidad de disponer de una metodología para el desarrollo del entorno de aprendizaje, basado a su vez en el modelo e-learning y en los recursos de la Web 2.0. De esta manera es posible la sistematización de los resultados del estudio, el desarrollo posterior del entorno virtual de aprendizaje en el C.S. "Carlos Elizalde", así como su probable aplicación en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

1. Estado del arte

En este capítulo se establece el origen del término y el surgimiento de los cuidados paliativos en la práctica de la medicina. Se muestran así mismo varias proyecciones de desarrollo por países incluido Ecuador. Finalmente, se expone la problemática de la formación, conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos en el área de América Latina con especial referencia a Ecuador.

1.1. Concepto y acción de cuidados paliativos

1.1.1. Origen del término y surgimiento de los cuidados paliativos

De acuerdo con Pessini y Bertachini (2006) el término paliativo deriva de pallium, palabra latina asociada a manto o capote. Etimológicamente significaba proporcionar un manto para calentar a los que pasan frío, aludiendo de esa manera al alivio del sufrimiento. Se considera que hacia el siglo IV aparecen los primeros hospicios u hospitales con el predominio de la cultura cristiana en el imperio bizantino. Dichas instituciones se orientaban a dar acogida a los peregrinos, que muchas veces llegaban gravemente enfermos o moribundos. De esta manera, estos lugares no sólo daban refugio y alimento a extranjeros, sino también cuidados a enfermos y moribundos. Sin embargo, la primera vez que se conoce una institución dedicada como tal al cuidado de los moribundos fue en el siglo XIX con los hospicios o calvarios fundados por Jeanne Garnier, extendiéndose estos a Irlanda e Inglaterra por las Hermanas de la Caridad (Centeno, 1997).

El modelo de atención de cuidados paliativos tuvo reconocimiento oficial con el movimiento hospice, tanto en cuanto a su filosofía como a la organización de la atención al paciente en fase terminal y de apoyo a la familia. El movimiento de los hospice fue creado por Cicely Saunders en 1967 en el St Christopher's Hospice de Londres (Doyle et al., 2005). Los resultados obtenidos en dicha institución demostraron que un buen control de síntomas, el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Según Doyle (2005) además de dar atención a pacientes terminales, el modelo hospice abogaba por la realización de investigaciones, la docencia y el apoyo dirigido a las familias, durante la enfermedad y en el proceso de duelo.

Junto al desarrollo de los hospice's se dieron una serie de cambios en el pensamiento médico de la época que apuntalaron la perspectiva de los cuidados paliativos sobre la medicación como única opción. Dichos cambios o innovaciones fueron las siguientes (Doyle et al., 2005): a) la inserción sistemática de preguntas ligadas a los cuidados paliativos en la literatura profesional; b) una nueva visión de los pacientes en fase terminal, incluyendo la discusión de hasta qué punto los pacientes deben saber de su condición; c) la adopción de una posición activa de los cuidados, en oposición a la actitud pasiva tradicional, y d) una conciencia creciente de la relación entre los estados físicos y los estados mentales que trajo un concepto más comprensivo del sufrimiento en la práctica médica de entonces.

Tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente. En Inglaterra hacia finales del siglo XX se extendió la atención paliativa al trabajo domiciliario, seguido de los equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria. También, el financiamiento de los hospice's había sido cubierto por donaciones hasta que el gobierno pasó a financiar parte de la atención (Higginson, 2005). En 1974 se inauguró en Estados Unidos el primer hospice y en la actualidad hay aproximadamente 2.400 programas según este modelo (Centeno, 1997). En igual fecha comienzan a desarrollarse los cuidados paliativos en Canadá y a finales de la década, se desarrollan también en Europa. A mediados de la década del 90 son introducidos los servicios asistenciales paliativos en varios países de América Latina, entre ellos Argentina y Brasil (De Lima y Bruera, 2000).

De esta manera se reconocía en el debate público que la presencia de una enfermedad terminal crea una situación compleja originando una fuerte demanda de atención y apoyo emocional, tanto por parte del enfermo como de su familia. El sufrimiento al final de la vida se da con la aparición de un daño que el individuo interpreta como una amenaza para su integridad orgánica, psicológica, social o moral, junto con la percepción de no disponer de los recursos necesarios para hacerle frente (Rodríguez, 2000). Así mismo, con la adopción universal de los cuidados paliativos se reconoce la necesidad de una actitud de acompañamiento que, lejos de abandonar, busca alternativas con medios proporcionados a la situación y al pronóstico del paciente, dando respuesta a los

problemas que surgen en las familias al darse atención a la calidad de vida de los enfermos al final de sus vidas (Arranz et al., 2003; Pascual, 1995).

El término de cuidados paliativos es acuñado por primera vez en Canadá en lugar de hospice o de medicina paliativa. De acuerdo con Clark y Centeno (2006) el concepto de cuidados paliativos es más amplio ya que considera la intervención de un equipo interdisciplinario de médicos y otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales y terapeutas.

1.1.2. Los cuidados paliativos como campo de la medicina

Aun cuando los cuidados paliativos comenzaron como un movimiento social de salud, creció de manera tal que finalmente fue aceptado por los centros académicos en el mundo. De acuerdo con Doyle et al. (2005) en el año 1987 sería aceptado en Inglaterra como una subespecialidad llamada medicina paliativa y definida como “el estudio y gestión de los pacientes con una enfermedad activa, avanzada y de naturaleza gradual, para la cual el pronóstico de supervivencia es limitado y el enfoque de asistencia es entonces la calidad de vida” (p. 1). Desde ese momento igual reconocimiento le ha sido dado por un gran número de países en todo el mundo. En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos promoviéndolo como parte del programa de control de cáncer (De Lima y Bruera, 2000). Una década y media después la Organización Panamericana de la Salud también lo incorpora a sus programas asistenciales. La última actualización hecha por la OMS del concepto de cuidados paliativos data del año 2002 definiéndolo como (Sepúlveda, 2005):

El cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. (p. 17)

Los cuidados paliativos no son incompatibles con la medicina curativa, pudiendo coincidir ambas en un determinado momento del proceso terapéutico. La elección de la misma y

su grado de aplicación, se determina a partir de una adecuada identificación de los siguientes criterios (Espinar, 2012):

- a) presencia de enfermedad avanzada, incurable, progresiva;
- b) ausencia de posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos o alternativos;
- c) insuficiencia de órganos (mono o múltiple);
- d) presencia de numerosos síntomas o problemas intensos multifactoriales y cambiantes;
- e) gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte;
- f) pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a 6 meses); y
- g) gran demanda asistencial por parte del paciente y su familia.

Por otra parte, también de acuerdo con Espinar (2012), los fundamentos básicos de la práctica diaria de los cuidados paliativos pueden resumirse de la manera siguiente:

- a) el control de síntomas al reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos aspectos que alteran el bienestar de los pacientes;
- b) el apoyo emocional y la comunicación entre el enfermo, su familia y el equipo terapéutico;
- c) las modificaciones precisas de organización para el trabajo interdisciplinar y adaptación a las necesidades cambiantes de los pacientes;
- d) la formación específica en competencias para el abordaje de los múltiples problemas y necesidades de una situación compleja como es el final de la vida.

A inicios del siglo XXI ya existían numerosas asociaciones internacionales de cuidados paliativos y alrededor de una decena de revistas científicas dedicadas al tema (Casarett, 2005). La investigación de nivel académico enfocada a los cuidados paliativos ha tenido un desarrollo creciente, lo que ha sido uno de los argumentos de fondo para sostener su status de subespecialidad emergente (Casarett, 2005; Centeno, 1997). En la actualidad se publican artículos sobre la situación de los cuidados paliativos en países tan diversos como Suecia, Uganda, Filipinas, India, China, Japón, Israel, entre muchos otros.

1.2. Desarrollo de los servicios de cuidados paliativos en Suramérica

1.2.1. Bases epidemiológicas y sociodemográficas de los cuidados paliativos

En la actualidad se sigue experimentado un descenso sostenido y gradual de las tasas de natalidad y mortalidad. En relación a la mejoría en el control de las enfermedades infecciosas, la creciente urbanización, la industrialización y los cambios en los estilos de vida, se ha producido un aumento en las expectativas de vida de la población, resultando en un perfil sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Lamont, 2005).

Actualmente la esperanza de vida promedio mundial es de 65 años y se prevé que para el año 2025 un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años; para el 2050, la población de más de 60 años pasará de 600 millones a 2 mil millones. El aumento será más grande y más rápido en los países en vías de desarrollo, donde se espera que cuadruple la población envejecida en los próximos 50 años (Pessini y Bertachini, 2006). Por otra parte, la OMS ha señalado que las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial; entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos (Centeno, 1997). En este sentido se estima que más de 50 millones de personas mueren por año víctimas de enfermedades fatales; cada año fallecen 6 millones de personas a causa del cáncer y hay más de 10 millones de casos nuevos (Pessini y Bertachini, 2006). En estudios realizados en pacientes oncológicos atendidos por diferentes sistemas de atención de cuidados paliativos en Estados Unidos se observó que el dolor, la disnea, anorexia, delirio y pérdida de autonomía están presentes en entre un 25 y un 90% de los pacientes en las semanas antes de fallecer (Bruera y Neumann, 1999).

Lo anterior muestra que uno de los grandes retos de la medicina del siglo XXI será cómo dar respuesta a todas las necesidades planteadas por aquellas personas que, cada vez en mayor número, se enfrentan al proceso de morir. Ello se ve agravado en relación al impacto económico para las familias, registrándose que el 31% de las familias con enfermos crónicos y terminales deben gastar la mayoría de sus ahorros familiares producto de la enfermedad y, en general, tienden a endeudarse y asumir trabajos

adicionales para cubrir la gran demanda de gastos (Morrison, 2005). De acuerdo con Neimeyer (2002) las consecuencias en el ambiente familiar han sido mayormente el alejamiento emocional antes de que el paciente muera, dejando de cubrir las necesidades afectivas del mismo, lo que supone un problema tanto para el paciente como para el personal médico que lo atiende.

1.2.2. Los cuidados paliativos en Suramérica

La información que se expone en este apartado fue adaptada de Pastrana et al. (2021), Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020, que constituye el más importante estudio descriptivo de análisis comparativo de datos y estimaciones sobre el desarrollo de servicios de cuidados paliativos en Latinoamérica.

Los cuidados paliativos en Suramérica iniciaron con la campaña de la OMS “Alivio del Dolor por Cáncer” de 1982. Varios de los programas establecidos en los distintos países fueron inicialmente programas para pacientes con cáncer, que posteriormente se ampliaron a cuidados paliativos para otros diagnósticos y condiciones. Por otra parte, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos se constituyó en el año 2001.

Tabla 1. Provisión de cuidados paliativos en Suramérica

PAISES	INTRAHOSPITALARIO		EXTRAHOSPITALARIO	
	Total	Tasa/ millón Hab.	Total	Tasa/ millón Hab.
Argentina	422	9,44	39	0,87
Bolivia	8	0,71	9	0,80
Brasil	68	0,32	16	0,08
Chile	12	0,66	70	3,85
Colombia	40	0,81	20	0,40
Ecuador	42	2,49	34	2,02
Paraguay	3	0,43	21	3,04
Perú	11	0,34	4	0,12
Uruguay	9	2,59	20	5,76

Un total de 1.562 equipos fueron reportados en Latinoamérica (2,6/millón de habitantes). Uruguay reportó el mayor porcentaje de equipos (24,49/millón de habitantes), seguido de Chile. Perú cuenta con la menor proporción de equipos por población (0,58/millón de habitantes).

Tabla 2. Provisión de cuidados paliativos en el ámbito hospitalario

PAISES	UNIDADES CP		EQUIPOS MOVILES CP	
	Total	Tasa/ millón Hab.	Total	Tasa/ millón Hab.
Argentina	11	0,25	432	9,67
Bolivia	10	0,89	1	0,09
Brasil	74	0,35	108	0,51
Chile	8	0,44	166	9,12
Colombia	2	0,04	57	1,15
Ecuador	14	0,83	30	1,78
Paraguay	1	0,14	2	0,29
Perú	5	0,15	10	0,31
Uruguay	1	0,29	64	18,45

En ámbito hospitalario se identificaron 1173 equipos en Latinoamérica (1,92/millón de habitantes). Esto incluye 152 unidades de cuidados paliativos (65 exclusivas y 87 mixtas), así como 1021 unidades/equipos móviles (634 exclusivos y 387 mixtos). Las unidades de cuidados paliativos se encuentran en hospitales de segundo y tercer nivel con camas exclusivas asignadas en un espacio para cuidados paliativos. Por su parte, la unidad móvil opera sin camas asignadas.

Tabla 3. Provisión de cuidados paliativos en el ámbito extrahospitalario

PAISES	EQUIPOS DE PRIMER NIVEL		HOSPICIOS	
	Total	Tasa/ millón Hab.	Total	Tasa/ millón Hab.
Argentina	46	1,03	14	0,31
Bolivia	11	0,98	1	0,09
Brasil	123	0,58	7	0,03
Chile	231	12,69	1	0,05
Colombia	38	0,77	1	0,02
Ecuador	35	2,08	1	0,06
Paraguay	20	2,90	1	0,14
Perú	8	0,25	0	0,00
Uruguay	76	21,90	0	0,00

En ámbito extrahospitalario se identificaron 1337 equipos en Latinoamérica (2,19/millón de habitantes). Esto incluye 1303 equipos de primer nivel (829 exclusivos y 474 mixtos),

así como 34 hospicios. En esta categoría fueron incluidos equipos de atención domiciliaria y equipos de consulta en centro comunitario y consultorio.

Tabla 4. Acreditación oficial de cuidados paliativos (especialidad o subespecialidad)

PAISES	AÑO	TÍTULO
Argentina	2006	Especialista en Cuidados Paliativos
	2010	Especialista en Medicina Paliativa
	2015	Médico Pediatra Especialista en Medicina Paliativa
Brasil	2011	Área de atuação em Medicina Paliativa
Colombia	1998	Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
Ecuador	2018	Especialista en Cuidados Paliativos
Paraguay	2016	Especialista en Medicina Paliativa y Soporte Oncológico
	2020	Especialista en Cuidados Paliativos

Cinco países cuentan con el reconocimiento de medicina paliativa como especialidad y/o subespecialidad. Adicionalmente existe formación de posgrado como diplomados, maestrías y cursos en varios países.

Tabla 5. Porcentaje de facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos

PAISES	MEDICINA	ENFERMERÍA	TRABAJO SOCIAL	PSICOLOGÍA
Argentina	7,4	0,0	0,0	0,0
Bolivia	0,0	0,0	0,0	0,0
Brasil	20,9	ND	ND	ND
Chile	15,0	4,4	0,0	0,0
Colombia	9,1	5,3	13,3	3,4
Ecuador	18,2	0,0	11,1	0,0
Paraguay	10,0	0,0	0,0	0,0
Perú	3,8	21,4	0,0	0,00
Uruguay	66,7	0,0	50,0	0,00

El 15 % de las facultades de medicina en la región tienen una asignatura independiente de cuidados paliativos. El porcentaje varía de 66,7 % en Uruguay a ninguna en Bolivia. En enfermería el porcentaje regional de facultades con asignatura independiente de cuidados paliativos es 0,9 %. Perú reportó el más alto porcentaje con 21,4 % de facultades. En trabajo social el porcentaje es semejante, con 0,2 % de facultades con asignatura de cuidados paliativos, con Uruguay reportando el mayor porcentaje. En psicología, sólo Colombia reportó asignatura independiente en el 3,4 % de las facultades.

En Ecuador la primera unidad de cuidados paliativos se creó en 1995 bajo la dirección del Padre Alberto Redaelli en la Fundación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables en Quito. En 1997 el Padre Alberto Redaelli inició además la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos. La enseñanza de cuidados paliativos comenzó en 1998 en la Universidad Estatal de Guayaquil. Por su parte, la Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP) recibió la personería jurídica en el año 2018.

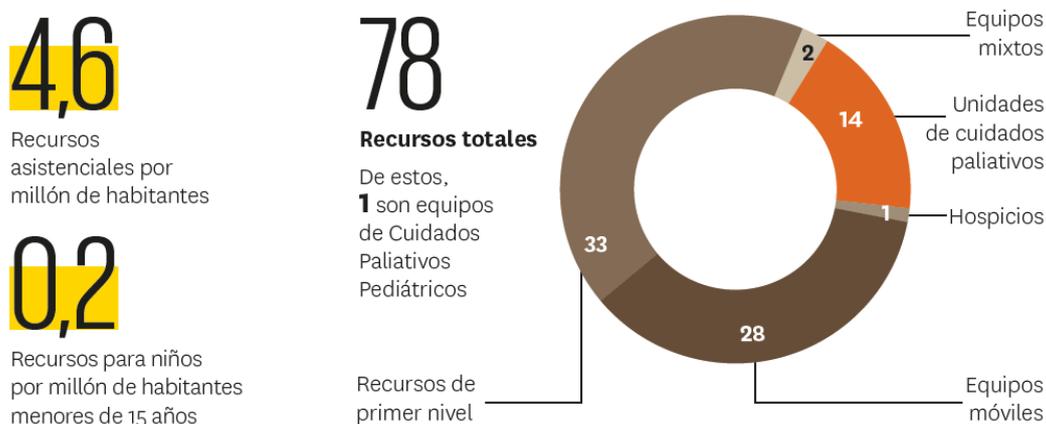


Figura 1. Provisión de cuidados paliativos en Ecuador
Fuente: Pastrana et al. (2021)

Para la información sobre cuidados paliativos pediátricos, en Suramérica el país de mayor desarrollo es Uruguay con 19,3 equipos/ millón de habitantes menores de 15 años, mientras en Paraguay y Venezuela ningún equipo fue identificado. De los recursos totales de cuidados paliativos que se muestran en la figura 1 puede apreciarse que la mayor fuerza está en los de primer nivel y en los equipos móviles con el 33 y el 28 por ciento respectivamente. Los recursos de primer nivel se dividen a su vez en los equipos de atención domiciliaria y consulta de cuidados paliativos en centro de salud comunitario.

En la información general mostrada para Suramérica pudo constatar que en cuanto a formación Ecuador tiene acreditado un título de Especialista en Cuidados Paliativos. De igual forma en la tabla 5 se presentaba el porcentaje de facultades, según la carrera, con una asignatura independiente de cuidados paliativos. Esto último corresponde a 4 facultades en el país con la asignatura de cuidados paliativos en la carrera de medicina, así como una facultad para la carrera de trabajo social. Las carreras de enfermería y psicología no tienen asignatura de cuidados paliativos.

Otro aspecto importante que contextualiza la información sobre el desarrollo de Ecuador en cuidados paliativos son los datos generales sobre población y de médicos y enfermeros por habitantes. En este sentido la población reportada de Ecuador en el año 2018 era de 16 863 400 habitantes, con un registro en el 2017 de 22,2 médicos cada 100 000 habitantes y 12,9 enfermeros igual cada 100 000 habitantes.

1.3. La problemática de las competencias en cuidados paliativos

1.3.1. Condiciones dadas por la prevalencia de la medicina curativa

De acuerdo con Foucault (1972) las prácticas son también actividades significadas, por lo tanto, constituidas lingüísticamente. El proceso salud/enfermedad/atención puede verse desde una perspectiva relacional según la cual éste viene dado, a su vez, por procesos de significación en los cuales se establecen relaciones de hegemonía que, de esa manera, determinan su cohesión e integración como campo sociocultural (Menéndez, 2005). Aunque no haya una estructuración homogénea, dándose incluso relaciones de oposición, las representaciones sociales que se van instituyendo condicionan las prácticas y, con ello, los saberes propios del campo correspondiente. En este sentido se reconoce que los rasgos estructurales del modelo asistencial actual o modelo médico hegemónico, con una práctica tecnificada orientada a la superación de la enfermedad, se diferencia significativamente del fundamento de los cuidados paliativos que están dirigidos, por su parte, al alivio del sufrimiento en pacientes con enfermedades crónicas o terminales y para quienes no es factible una terapia curativa (Neimeyer, 2002; Bruera y Neumann, 1999; Pascual, 1995).

Son numerosos los estudios que confirman la preeminencia otorgada a una perspectiva asistencial curativa en la formación y práctica de la medicina, reflejándose ello en el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas. En Ecuador se encuentran los estudios de Sabando (2017) y Aldás (2020), realizados en la ciudad de Portoviejo y Quito respectivamente.

El objetivo de la investigación realizada por Sabando (2017) fue el de analizar el manejo de las urgencias en cuidados paliativos en los hospitales públicos de la ciudad de Portoviejo. El estudio se hizo sobre una muestra de 72 médicos entre jefes de emergencia, residentes e internos que laboran en las salas de urgencias de clínica médica.

Se aplicó una encuesta diseñada al efecto cuyos resultados, para las variables que se muestran, son los que aparecen en la tabla 6.

Tabla 6. Dominio de los cuidados paliativos en las salas de urgencia de Portoviejo

VARIABLE	NUMERO		PORCENTAJE	
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Conocimiento	29	43	40	60
Experiencia	< 5	≥ 5	< 5	≥ 5
	41	31	57	43
Acción	Atendió	Derivó	Atendió	Derivó
	13	59	18	82

En la investigación realizada por Sabando (2017) los resultados muestran que la mayoría de los médicos participantes no tienen un conocimiento y experiencia adecuada en cuidados paliativos. En este último caso los resultados además mostraron que el 82% de los participantes derivó a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos hacia otros centros o servicios de salud especializados en la enfermedad crónica correspondiente.

El objetivo de la investigación realizada por Aldás (2020) fue el de establecer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre cuidados paliativos entre el personal médico del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito, teniendo en cuenta los distintos niveles de atención. La información fue recolectada por medio de la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto a cuidados paliativos que se aplicó al personal médico del Ministerio de Salud Pública de Quito en los diferentes niveles de atención, representados por el Centro de Salud Guamaní (CSG, 1er nivel), Hospital General Docente de Calderón (HGDC, 2do nivel) y el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM, 3er nivel).

Los participantes fueron 90 médicos, con 30 profesionales de cada institución estudiada. Se procedió además a una normalización para cada institución de salud donde la escala utilizada en base a las respuestas positivas fue la siguiente: 1) excelente (85-100%); 2) bueno (75-84%); 3) regular (74-65%); 4) malo (55-64%); y 5) muy malo (\leq 54%). Se aplicaron además dos tipos de reactivos, uno referido a las percepciones de los profesionales y el otro orientado a la comprobación mediante un test de conocimientos sobre cuidados paliativos.

Tabla 7. Dominio de los cuidados paliativos según el nivel de práctica en Quito

VARIABLE	NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA		
	CSG, 1er nivel	HGDC, 2do nivel	HAIAM, 3er nivel
Conocimiento percibido	Malo	Malo	Regular
Conocimiento comprobado	Regular	Regular	Bueno

La percepción sobre conocimientos y habilidades de los médicos encuestados en los tres niveles de atención muestra las deficiencias que existen según la perspectiva de los propios profesionales. Ello coincide con los estudios realizados tanto en Ecuador como en otros países del área. Por su parte, la comprobación realizada mediante un test de conocimientos en cuidados paliativos muestra unos resultados de “regular” en el 1er nivel (CSG) y 2do nivel de atención (HGDC), con medias de 6,36/10 y 7,20/10 respectivamente, mientras que fue “bueno” en el 3er nivel (HAIAM) con una media de 7,73/10. Sin embargo, aun en el tercer nivel (HAIAM) el límite inferior para el intervalo de confianza de la media correspondería a “regular” (7,32/10) con mínimos de 6/10 que matizan esa tendencia. El promedio total de los servicios coincide con el registro de “regular” (7,02/10). Se reconoce que lo deseable como desempeño serían unos registros claros de “bueno” o de “excelente”.

1.3.2. Necesidad de formación en cuidados paliativos

Según la bibliografía consultada un programa de formación mejoraría considerablemente el afrontamiento ante la muerte de los profesionales sanitarios. De igual forma se reconoce que más allá de la formación de especialistas en cuidados paliativos, necesario para la gestión adecuada de estos servicios, la naturaleza interdisciplinaria de este tipo de atención requiere de su comprensión en varias especialidades asociadas a la salud, para de esa manera aproximar a los profesionales hacia una comprensión más integral, más respetuosa y más competente de la complejidad que demanda un paciente en los momentos finales de la vida. (Schmidt et al., 2012; Pinto, 2011).

En los estudios antes mencionados de Sabando (2017) y Aldás (2020) en Ecuador, un aspecto examinado fue la necesidad de la formación en cuidados paliativos. En ambos casos los profesionales encuestados reconocieron una capacitación que privilegia la concepción curativa de la medicina, por lo cual la preparación para el cuidado de los pacientes en los momentos finales de la vida carecía de una visión más holista y compleja.

Tabla 8. Capacitación previa de cuidados paliativos (Sabando, 2017)

VARIABLE	NUMERO		PORCENTAJE	
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Capacitación	12	60	17	83
Tipo de formación	<i>Pregrado</i>	<i>Eventos</i>	< 5	≥ 5
	5	7	58	42

Tabla 9. Capacitación previa de cuidados paliativos (Aldás, 2020)

VARIABLE	NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA		
	CSG, 1er nivel	HGDC, 2do nivel	HAIAM, 3er nivel
Capacitación	Malo	Malo	<i>Regular</i>
Necesidad en pregrado	≥ 75% (<i>si</i>)	≥ 75% (<i>si</i>)	≥ 85% (<i>si</i>)

En el caso del estudio de Aldás (2020) más del 75% de los encuestados del 1er (CSG) y 2do nivel de atención (HGDC) está de acuerdo en que los cuidados paliativos sean incluidos como asignatura independiente en la malla curricular de pregrado. En el caso del 3er nivel de atención (HAIAM) más del 85% de los encuestados tienen también esa percepción de necesidad en la formación.

Otro estudio significativo fue realizado en la Universidad Católica de Cuenca en Ecuador (Sánchez, 2019). En este caso se aplicó el cuestionario *Palliative Care Knowledge Test* (PCKT) a una muestra probabilística de 187 estudiantes de cuarto (séptimo y octavo ciclo) y quinto año (noveno y décimo ciclo) de la Universidad Católica de Cuenca.

Tabla 10. Conocimientos en cuidados paliativos (Sánchez, 2019)

VARIABLE	NUMERO		PORCENTAJE	
	<i>Aceptable</i>	<i>Deficiente</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Deficiente</i>
Conocimiento	22	165	11,8	88,2

Sobre el puntaje logrado en el total, solo el 11.8% obtuvo 15 o más respuestas correctas para considerarse como conocimiento aceptable.

2. Marco conceptual de la investigación

En este capítulo se establecen las bases conceptuales de la investigación. Primero se tratan las relaciones entre la salud familiar y el bienestar psicosocial del individuo que padece una enfermedad crónica avanzada. Se definen así mismo los aspectos instrumentales que son relevantes en cuanto a la formación de competencias adecuadas para los servicios de cuidados paliativos. Por último, se acota la relevancia de las tecnologías propias de la Web 2.0 para la conformación de un entorno de aprendizaje idóneo que sirva a los profesionales en el ejercicio de los cuidados paliativos.

2.1. El enfoque familiar en el acompañamiento al final de la vida

2.1.1. La familia como unidad de salud y atención médica

El modelo teórico de salud familiar concibe a la familia como grupo de personas que comparten vínculos de consanguinidad, parentesco, afecto y convivencia. Como principio, se reconoce que la familia cumple una función reguladora en la salud dado el carácter de grupo especial de intermediación social que incide directamente en la dinámica de la población a partir de sus funciones en el desarrollo biopsicosocial del ser humano (Louro, 2005). En este sentido se han señalado que la acción reguladora de la familia, como medio determinante en el proceso salud-enfermedad-atención, puede verse en los siguientes dos aspectos fundamentales (Suarez, 2006):

- Dota al individuo de características materiales, genéticas, educativas y afectivas que coadyuvan al desarrollo de valores, creencias y conocimientos y como tal modela los juicios de la persona; y
- Prepara a los miembros para enfrentar cambios producidos tanto desde el exterior como desde el interior del grupo y que pueden conllevar modificaciones funcionales y estructurales.

Con lo anterior la OMS ha planteado que “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas” (OMS/OPS, 2003). Ello ha servido a Horwitz et al. (1985) para acuñar la concepción de la familia como:

(...) unidad de salud y atención médica (...) no solamente por la transmisión de pautas culturales sino porque el proceso que se inicia con la definición de la enfermedad hasta su curación está pleno de decisiones que toma el grupo familiar, acuda o no a las instituciones de salud oficiales. (p. 2)

La OMS a su vez había entendido la salud del conjunto de la familia como un hecho que está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de esta, como grupo en el contexto de una cultura y sociedad dada (OMS, 1976). Con ello se infiere que no es una condición a la cual se llega por adición del estado de salud de cada uno de los integrantes de la familia, sino, más bien, una síntesis distinta que, por analogía al enfoque de sistemas, hace referencia a procesos colectivos.

De acuerdo con Horwitz et al. (1985) la salud familiar puede verse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar. En este sentido los propios autores reconocen la validez del modelo epidemiológico multivariado, con la tríada de huésped, ambiente y agentes, para el examen del estado de salud de la familia en un momento determinado.

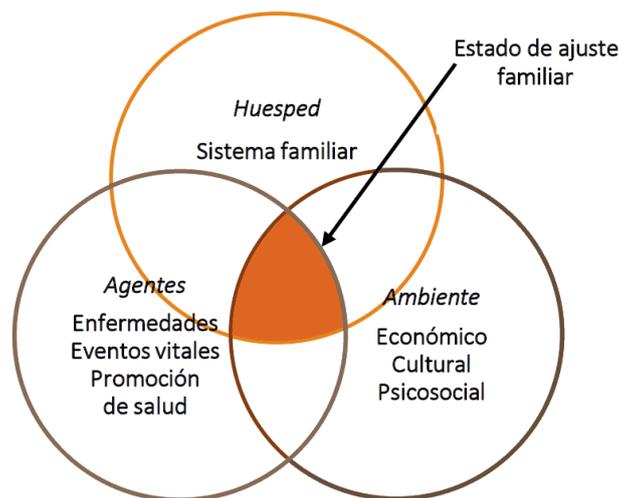


Figura 2. Representación de la salud familiar según el modelo epidemiológico
Fuente: Adaptado de Horwitz et al. (1985)

También de amplia aceptación, como componentes de la salud o ajuste familiar, son las cinco áreas de funcionamiento propuestas por Smilkstein (1978). El propio autor ha utilizado el acrónimo APGAR como representación de las palabras en inglés adaptability, partnership, growth, affection, and resolve. El uso en español que se hace en la investigación de dicho modelo es el siguiente:

- Adaptabilidad: utilización de recursos intra y extrafamiliares para la solución de problemas cuando se ve amenazado el equilibrio de la familia ante una crisis.
- Participación: colaboración en la toma de decisiones y establecimiento de responsabilidades en los miembros del grupo.
- Gradación: madurez física y emocional del grupo familiar, reflejada en la realización de los miembros del grupo mediante el apoyo y guía del resto.
- Afecto: relaciones de aprecio y amor existentes entre los miembros del grupo familiar.
- Resolución: compromiso de dedicar tiempo a otros miembros del grupo familiar que requieran de cuidados físicos como emocionales.

La existencia de problemas causados por conflictos interpersonales, o bien por una enfermedad o la muerte, son ejemplos de situaciones en las que se impone una evaluación familiar ya que son necesarias la participación y cooperación de todos los integrantes de la familia. La actitud del grupo familiar puede ser determinante también en el seguimiento o interrupción de un tratamiento médico, incluido el quirúrgico.

2.1.2. Estructura, relaciones interpersonales y ciclo vital familiar

En el nivel de atención primaria se ha comprobado que con frecuencia los síntomas orgánicos se encuentran relacionados con situaciones conflictivas de tipo social, económico o emocional. En este sentido la familia se ha constituido en una vía estratégica para el uso de parámetros psicosociales en las decisiones médicas, con el fin de no segregar el contexto social del proceso biológico en la enfermedad (Huerta, 2005).

Las relaciones familiares condicionan el ajuste de la familia al medio social y al bienestar subjetivo de sus integrantes. Se refieren a la forma de relacionarse el grupo familiar, al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. En general se reconoce que las relaciones familiares constituyen un comportamiento habitual y relativamente estable que produce una atmósfera o clima psicológico que caracteriza el hogar (Louro, 2000). El tipo de relaciones que se dan al interior de una familia, obviamente, depende de la estructura o composición familiar. En este sentido la forma tradicional de familia nuclear como unidad de procreación sigue siendo la más frecuente y podría considerarse como el prototipo. Sin embargo, tal como

señalara Horwitz et al. (1985), la realidad muestra una variedad de organizaciones familiares que escapan a la norma de la familia nuclear. Los propios autores proponen una “definición funcional de familia como unidad de atención médica” que incluye en el núcleo familiar a “todas las personas que conviven en una misma unidad residencial, entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y que, por lo general, pero no siempre, están ligadas por lazos de parentesco” (p. 146).

Un tema importante en cuanto a la estructura familiar y condicionamiento de las relaciones a su interior viene dado por los subsistemas familiares. Para el enfoque familiar de la salud resulta clave la interacción desde los subsistemas siguientes (Irigoyen, 2006):

- Conyugal: es el subsistema que se establece entre la pareja, en sus interrelaciones como esposos que debe marcar un límite que lo proteja de las exigencias y necesidades de los otros subsistemas.
- Parental: es el subsistema que se establece entre los dos padres en la relación con sus hijos y viceversa, apareciendo cuando nacen los hijos y los conyugues tiene que diferenciar y asumir su nuevo rol paterno.
- Fraternal: es el subsistema que se establece en la relación entre hermanos u otros miembros de un grupo familiar; la relación fraterna es una de las más enriquecedoras en el proceso de socialización ya que es con pares donde se aprende a jugar, negociar y compartir.
- Individual: subsistema que permite individualizar a cada miembro de la familia, desarrollando su mundo privado y personal en medio de los roles que le demandan los otros subsistemas, la familia y el sistema macrosocial.

El reconocimiento de las relaciones o interacciones familiares como sistema complejo y autorregulado es el objetivo de la intervención familiar. En este sentido se buscan patrones de interacción disfuncionales como los siguientes (Ortiz et al., 2005): a) cismogénesis; b) intrincación; c) rigidez; d) sobreprotección; e) negación; y f) enmascaramiento. De acuerdo con Trujillo et al. (2016), es posible adoptar una serie simple de principios generales que permiten distinguir entre una familia funcional y otra disfuncional. En la tabla 11 se relacionan las pautas más generales consideradas en la investigación.

Tabla 11. *Guía para distinguir familias funcionales y disfuncionales*

FAMILIA FUNCIONAL	FAMILIA DISFUNCIONAL
Vínculos positivos complaciendo las exigencias afectivas de los individuos	Limitada atención a los sentimientos y puntos de vistas de los demás
Comunicación clara y asertiva, transfiriendo valores culturales y éticos.	Falta de acuerdos y de comunicación acertada entre los familiares
Maleabilidad en los roles y límites	Límites confusos y duros sin una clara delimitación de responsabilidad

Por otra parte, según Horwitz et al. (1985), si el modelo epidemiológico examina la especificidad de cada familia concreta, en un corte temporal, el ciclo vital familiar aporta la visión dinámica en el tiempo.

Tabla 12. *CVF (Horwitz et al., 1985)*

ETAPA	FASE	DESCRIPCIÓN
<i>Formación</i>	Formación de la pareja	Matrimonio y pareja sola
<i>Expansión</i>	Crianza inicial de los hijos	Nacimiento y crianza
	Familia con niños preescolares	Hasta que el hijo mayor tiene 6 años
<i>Consolidación y apertura</i>	Familia con niños escolares	Hasta los 13 años del hijo mayor
	Familia con hijos adolescentes	Hasta los 20 años del hijo mayor
	Familia plataforma de lanzamiento	Hasta que el hijo menor deja la casa
<i>Disolución</i>	Familia de edad media	Hasta la jubilación de la pareja
	Familia anciana	Hasta la muerte de un miembro
	Viudez	Hasta la muerte del sobreviviente

El desarrollo de las familias no se da en forma lineal, sino que, por el contrario, las cargas y responsabilidades varían significativamente según los diferentes momentos evolutivos que atraviesa el grupo. El ciclo vital familiar (CVF) se describe entonces como la serie de etapas, fases y eventos específicos, que se suceden para la familia a través del tiempo,

desde su creación hasta su disolución (Huerta, 2005). También el CVF ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, permitiendo prever muchas crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias. En este sentido se ha establecido la siguiente clasificación de las posibles crisis familiares según su relación o no con el ciclo vital familiar (Lovo, 2021): 1) normativas, como parte de la evolución del ciclo familiar y muchas veces responden al paso de una etapa a otra; y 2) accidentales, como situaciones no esperadas al no tener relación directa con las etapas del ciclo vital.

El acercamiento a la familia en salud siempre se produce a través de uno de sus miembros o caso índice. Los servicios de cuidados paliativos se asocian a posibles crisis clasificadas como accidentales. De acuerdo con Herrera (2012) el equipo de salud debe abordar este tipo de situaciones de crisis como parte del manejo biopsicosocial del paciente, solo así puede proporcionar una asistencia integral que disminuya los factores de riesgo previniendo conflictos emocionales, así como la facilitación del cumplimiento de las indicaciones.

2.2. El enfoque de competencias en la formación

2.2.1. El concepto de competencias laborales y su desarrollo

En la actualidad el desarrollo tecnológico ha venido acompañado de fuertes demandas de flexibilidad, calidad e innovación en las distintas organizaciones. Con ello, las personas han visto mayores exigencias de rendimiento acompañadas por la necesidad de procesos de aprendizajes permanentes. Dentro de este escenario global es que el enfoque de competencias ha emergido como una forma de resolver tales demandas, con la premisa de un desempeño superior a partir de las personas (Díaz y Arancibia, 2002). En este sentido se ha reconocido que la relevancia del enfoque de competencias se debe a tres aspectos esenciales (Mertens, 1996):

- Enfatiza la relación existente entre desarrollo y la capacidad de las personas para construirlo, caracterizando así el desempeño organizacional.
- Constituye un punto de convergencia entre formación y empleo, permitiendo integrar las demandas del mercado de trabajo con una oferta educativa en torno a competencias requeridas.

- Dota la flexibilidad necesaria para enfrentar los procesos de cambio a través de aprendizajes permanentes y actualizados en tomo a las nuevas demandas socioeconómicas.

Existe un gran número de definiciones de competencias. El uso del concepto por primera vez es atribuido a McClelland (1973) en el debate referido a la relación entre éxito laboral e inteligencia o competencia. También se reconoce la existencia de varias escuelas de pensamiento que han adoptado el término, con diferencias sustanciales en cuanto a su operacionalización. Para la investigación se ha adoptado la definición dada por Mertens (1996) como la “capacidad real para lograr un objetivo o resultado en un contexto dado” (p.61). Se acepta así mismo que las competencias representan una unión entre características individuales y las cualidades requeridas para llevar a cabo actividades profesionales, constituyendo un repertorio de comportamientos que implica la combinación de recursos internos, como conocimientos, habilidades y actitudes, para una familia de situaciones (Levy, 1997). De esta manera, el concepto de competencias adoptado se caracteriza por ser integrador, combinatorio, con una capacidad explícita de desarrollo contextual y evolutivo (Díaz, 2013).

De acuerdo con Garavan y McGuire (2001) el uso del concepto de competencias para el aprendizaje en el puesto de trabajo o aprendizaje en la práctica es algo común en las organizaciones modernas. Desde esta perspectiva las competencias se enmarcan en la teoría administrativa de los recursos y capacidades. Según Grant (1996) los recursos constituyen la unidad básica de la teoría; las capacidades serían, en cambio, el producto de la combinación de ciertos recursos en rutinas organizativas caracterizadas por la comunicación e integración del personal, lo cual implica coordinación y aprendizaje en la realización de actividades específicas.

Para la teoría de los recursos y capacidades se distingue entre los siguientes dos niveles de competencias de una organización (Grant, 2002): 1) las estratégicas, propias de la coordinación del sistema para el cumplimiento de los objetivos estratégicos; y 2) las individuales o de procesos, que se dan como características o atributos para la realización de procesos y actividades en correlación con el desempeño de la organización. En el desarrollo de las capacidades o competencias organizacionales se considera esencial al factor humano y las sinergias creadas entre éste con los demás recursos (López, 1996).

Dentro de las capacidades individuales están las llamadas competencias laborales, asociadas al desempeño de las personas en el puesto de trabajo (Garavan y McGuire, 2001). En cuanto a la operacionalización del aprendizaje en la práctica, varios autores insisten que el desarrollo de competencias va más allá de los conocimientos dados por la formación profesional, para centrarse en los recursos personales para los cuales tiene una mayor incidencia la experiencia y el aprendizaje en la práctica, esto es, las habilidades o saber hacer y las actitudes o saber actuar (Díaz, 2013; Garavan y McGuire, 2001; Hoffman, 1999).

2.2.2. La taxonomía de Bloom

La taxonomía de Bloom es una formulación que también es nombrada como objetivos del proceso educativo. Bloom (1977) estableció para su taxonomía seis niveles de competencias a alcanzar por el alumno y representados de la siguiente manera: 1) nivel de conocimiento, donde el estudiante puede recordar la información sin ser necesaria ninguna clase de razonamiento sobre su contenido; 2) nivel de comprensión, donde el estudiante puede entender y explicar el significado de la información recibida; 3) nivel de aplicación, donde el estudiante puede seleccionar, utilizar datos y métodos para solucionar una tarea o un problema dado; 4) nivel de análisis, donde el estudiante puede distinguir, clasificar, relacionar hipótesis y evidencias de la información dada, así como descomponer un problema en sus partes; 5) nivel de síntesis, donde el estudiante puede generalizar ideas y aplicarlas para solucionar un nuevo problema; y 6) nivel de evaluación, donde el estudiante puede comparar, criticar y evaluar métodos o soluciones para solucionar un problema o elegir el mejor.

Krathwohl (2002) revisó la taxonomía de Bloom para refinarla y dividirla en las dos dimensiones siguientes: 1) la dimensión del conocimiento, basada en la materia que se pretende enseñar; y 2) la dimensión del proceso cognitivo, fundamentada en el verbo o acción que se quiere conseguir en el aprendizaje. De esta manera el primer nivel de la taxonomía de Bloom se renombra y se denomina recordar, el quinto nivel también se renombra y se denomina crear, mientras los últimos niveles se cambian de orden, pasando a ser el quinto evaluar y el sexto el de crear (Parra, 2017).

Se reconoce que la aportación fundamental de la taxonomía de Bloom es que lleva a reflexionar sobre las competencias que se desean abordar desde un curso o programa.

Sin embargo, clasificar una actividad cognitiva dentro de la categoría apropiada puede ser algo complejo por lo que se han creado procedimientos en forma de tablas como ayudas para el uso de la taxonomía de Bloom.

Tabla 13. Actividades según el nivel de la taxonomía de Bloom (Parra, 2017)

NIVEL	VERBOS
Conocimiento	Nombrar, listar, reconocer, identificar, etiquetar
Comprensión	Explicar, traducir, resumir, predecir
Aplicación	Aplicar, usar, construir, hacer, desarrollar, implementar
Análisis	Analizar, comparar, clasificar, dividir, simplificar, depurar
Síntesis	Construir, estructurar, hacer, diseñar, planear, solucionar
Evaluación	Comparar, juzgar, justificar, evaluar, medir

De acuerdo con Krathwohl (2002) la aspiración de Bloom era crear un lenguaje común sobre los resultados del aprendizaje en los siguientes aspectos: 1) facilitar la comunicación entre los interlocutores implicados; 2) servir de base para determinar los objetivos de cursos y currículos a diferentes niveles (locales, regionales, estatales); y 3) ayudar a comparar el grado de consecución de los cursos en marcha con los objetivos de aprendizaje deseables.

Entre las innumerables aplicaciones de la taxonomía de Bloom resulta útil para los efectos de la investigación la propuesta metodológica de Aznar et al. (2012). Los autores citados plantearon un diseño del aprendizaje orientado a las competencias de los niveles básicos de conocimiento y comprensión de conjunto con la resolución de problemas orientados a las competencias del nivel de aplicación. Según Aznar et al. (2012) los problemas de aplicación fueron seleccionados para obligar al estudiante a buscar relaciones no inmediatas de los conocimientos que van adquiriendo y de esta manera, al tener que organizar sus recursos cognitivos de forma más adaptable, conseguir un aprendizaje autónomo. En Aznar et al. (2012) se señaló así mismo que el propósito ideal de la educación sería abordar los niveles de competencias superiores dado que “cualquier conocimiento tiene una fecha de caducidad muchísimo más limitada que un estilo de pensamiento” (p. 146).

2.3. Las nuevas tecnologías en el diseño del aprendizaje

2.3.1. E-learning y el enfoque de los estilos de aprendizaje

El modelo e-learning se ha desarrollado en dos dimensiones o áreas que son objeto de constante desarrollo (García y Seoane, 2015): 1) la perspectiva del área tecnológica, cuyo enfoque es el desarrollo de plataformas educativas, recursos multimedia, usabilidad, acceso y gestión, entre otros aspectos; y 2) la perspectiva del área pedagógica, centrada en estudios de modelos educativos fundamentados en las teorías educativas y psicopedagógicas.

Desde la década de los años 90 del siglo pasado, junto al hipertexto y multimedia característicos del universo de la Internet, tomaron auge los modelos de enfoque constructivista para el aprendizaje (Guardia y Sangrá, 2005). Mientras los modelos lineales de diseño tenían una planeación rígida, los de tipo constructivistas ofrecen alternativas para la conducción del proceso de aprendizaje donde el profesor actúa como agente mediador del aprendizaje y metodológicamente promueve el análisis de los fenómenos y la investigación (Bosa y Conde, 2015). En relación con la perspectiva constructivista las nuevas tecnologías admiten el diseño de rutas de aprendizaje personalizadas para cada estudiante, con los recursos o actividades correspondientes, permitiendo así un proceso educativo adaptativo (Guardia y Sangrá, 2005).

De acuerdo con Esteban y Ros (2008) muchas veces es obviada la vigencia de conceptos y realidades como son las estrategias y estilos de aprendizajes para fundamentar el diseño educativo en actividades y entornos virtuales de aprendizaje. El propio autor ha manifestado que los entornos virtuales se orientan al aprendizaje autónomo por lo que se requiere de un buen conocimiento de los recursos cognitivos individuales para aprender. El concepto de estrategias cognitivas, como señalaran Esteban y Ros (2008), se ha incorporado recientemente a la pedagogía y está asociado a los principios de la psicología cognitiva y a la perspectiva constructivista, donde es atribuida una importancia de primer orden a los elementos procedimentales de la construcción del conocimiento junto a los aspectos diferenciales de los individuos.

Existe una gran variedad de definiciones de estilos de aprendizaje. Entre las de mayor aceptación está la de Hederich y Camargo (2000) como las modalidades generales para la recepción, organización y procesamiento de la información que se manifiestan en

variaciones de las estrategias y planes específicos que sigue una persona cuando lleva a cabo una tarea cognitiva. De acuerdo con Puello et al. (2014) en la actualidad hay un interés creciente en mejorar la calidad de los entornos virtuales de aprendizajes con el fin de superar la utilización de metodologías conductistas, así como el predominio de un modelo centrado en el profesor, para promover el aprendizaje adaptándolo a los estudiantes. En este sentido el enfoque que se ha venido imponiendo es la de abordar la enseñanza con el ajuste de los contenidos instruccionales a los estilos de aprendizajes (Puello et al., 2014).

Existe una gran variedad de herramientas para conocer los estilos de aprendizaje siendo ello representativo de la importancia que es percibida sobre el mejoramiento de las condiciones de aprendizaje en el sistema educativo. Entre los más utilizados y que miden preferencias de aprendizajes o estilos cognitivos se encuentran los siguientes (Diago et al., 2018): 1) LSQ (learning style questionnaire) de Honey y Mumford; 2) HBDI (Herrmann's brain dominance instrument) de Herrmann; 3) ILS (index of learning styles) de Felder y Soloman; 4) VAK/VARK (visual, auditory and kinaesthetic/reading and writing) de Dunn, Dunn y Price aumentado a la lectura y escritura por Fleming; 5) CSI (cognitive style index) de Allinson and Hayes; 6) ASSIST (approaches and study skills inventory for students) de Entwistle; y 7) LSI (learning style inventory) de Kolb.

El estudio de los estilos de aprendizaje constituye un ámbito de acción para el perfeccionamiento de los entornos virtuales de aprendizaje y de la oferta educativa en los siguientes aspectos esenciales (Pantoja et al., 2013): 1) orientar el diseño del aprendizaje a partir de la propuesta de contenidos al establecerse una relación positiva entre un determinado entorno virtual de aprendizaje y el estilo o estilos que le son apropiados; y 2) establecer las relaciones adecuadas entre los contenidos y la eficacia de determinadas estrategias para facilitar la realización de las tareas.

Un último punto es la importancia cardinal de una visión integrada de las dimensiones tecnológicas y pedagógicas para el e-learning, planteándose que un desarrollo sesgado desde una u otra perspectiva, o bien pueden generar novedades tecnológicas obviándose el modelo pedagógico subyacente, o, por otro lado, diseños en papel que no logran una concreción efectiva como innovación del proceso educativo (Anderson, 2008).

2.3.2. Los entornos virtuales de aprendizaje personal

En la evolución del e-learning se han propuesto varias sistematizaciones atendiendo tanto al grado de incorporación de las TIC como a su centralidad en el proceso de aprendizaje. Una de las clasificaciones de mayor aceptación ha sido la presentada por Gros et al. (2009) que distingue el desarrollo del e-learning en las siguientes tres generaciones: 1) la primera generación se asocia a un modelo centrado en los materiales, donde se incluye el uso de contenidos en formatos digitales que buscaban reproducir la estructura clásica de los libros, implementándose además soluciones de audio y videoconferencia; 2) la segunda generación que se basa en un modelo centrado en el aula virtual, donde la intención es replicar las dinámicas del aula física, sumándose recursos de internet que forman los llamados objetos de aprendizaje e incorporando el uso de sistemas de mensajería; y 3) la actual o tercera generación, caracterizada por un modelo centrado en la flexibilidad y la participación, donde se combinan contenidos creados tanto por la institución como por los estudiantes, herramientas orientadas a la reflexión y experiencias de aprendizaje más interactivas, entre otros recursos, orientado en su conjunto a la noción de comunidades de aprendizaje.

Frente a la necesidad de atender la demanda cada vez mayor de ir más allá de la educación formal, aparecen los entornos personales de aprendizaje o PLE (Personal Learning Environment) como aporte cardinal para la construcción de aprendizajes significativos “a lo largo de la vida” (Gallego y Chaves, 2014, p. 3). Una característica de los PLE es la utilización de herramientas de la Web 2.0 y las redes sociales, posibilitando un aprendizaje verdaderamente autónomo. En este sentido se acepta como concepto de aprendizaje autónomo o autorregulado aquel aprendizaje que ocurre, esencialmente, de acuerdo a las ideas, estrategias y conductas del propio estudiante orientadas a la consecución de los objetivos educativos (Cilia et al., 2006).

Desde una perspectiva pedagógica e institucional el concepto de PLE hace referencia a un entorno personalizado para potenciar el marco de aprendizaje que desarrolla el estudiante por sí mismo. Dicho entorno sería el que facilita una institución, aumentado por los recursos que el propio estudiante selecciona al utilizar otras herramientas sociales (Castañeda y Sánchez, 2009). De esta manera autores como Hernández (2008) definen los PLE más que como un sistema, o sea, como una estructura con partes y funciones,

como un concepto y una manera de usar internet, con los recursos, tecnologías y personas que el estudiante habitualmente se relaciona, lográndose una amplia variedad de experiencias, información, materiales y posibilidades de comunicación.

En cuanto a los componentes principales para el desarrollo de un entorno personal de aprendizaje se encuentran los siguientes (Castañeda y Sánchez, 2009):

- La estructura de herramientas y servicios a nuestra disposición y seleccionadas para las actividades de buscar y acceder a la información, crear, editar y publicar información, así como relacionarse con otras personas.
- Los recursos o fuentes de información.
- La red de aprendizaje o PLN (Personal Learning Network), que en el caso de un entorno de aprendizaje facilitado por una institución la misma puede ser, de igual forma, iniciada por la institución de que se trate.

Gallego y Chaves (2014) acotaban que dentro del conjunto de herramientas y servicios conocidos por su funcionalidad y disponibilidad están los siguientes: Diiigo, WordPress, Twitter, LinkedIn, Facebook, Whatsapp, YouTube, Flickr, SlideShare, Vimeo, Picasa.

3. Metodología de la investigación

En el presente capítulo se exponen las pautas metodológicas asumidas para la investigación como son el enfoque, tipo y métodos de investigación, las técnicas de recogida de la información, la muestra sobre la cual se realiza el estudio, trabajo de campo, procedimientos para el análisis de la información y la calendarización de la investigación.

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Enfoque y tipo de investigación empleados

El enfoque de investigación hace referencia a una visión compartida para el estudio de la realidad, es decir, al modo en que se abordan los problemas y se buscan las respuestas (Céspedes, 2002). La presente investigación es esencialmente cuantitativa en lo que se refiere al tratamiento de la información. De acuerdo con Hernández et al. (2014) el enfoque cuantitativo es aquel que busca delimitar la asociación y fuerza de las variables de manera específica y sistemática asociando a los resultados pautas numéricas. Sin embargo, las hipótesis de investigación se han definido de forma cualitativa, donde la finalidad no es la aceptación o rechazo sino, más bien, la verificación de las aproximaciones teóricas al contrastarse con los resultados obtenidos.

Dada los objetivos previstos, la investigación planteada es de tipo descriptiva y cuasi experimental. En este sentido se orienta a medir de manera independiente las variables del fenómeno a estudiar estableciendo así las modalidades de formación y cambio del objeto de estudio (Hernández et al., 2014). Con los resultados, donde se delinean los caracteres de la situación al momento en que se realiza el estudio, se procede además al establecimiento de un marco de acción o intervención en la capacitación del personal médico del C.S. "Carlos Elizalde" para con ello lograr un mejor resultado en la adquisición de las competencias requeridas para los cuidados paliativos.

3.1.2. Métodos y técnicas de investigación

Como método de investigación suele entenderse la manera de razonamiento mientras las técnicas son los procesos de acción que permiten recoger información dentro de la investigación (Baena, 2017). En el presente estudio se han utilizado los siguientes métodos de conocimiento:

- *Análisis – síntesis*. El análisis, entendido como la descomposición de un fenómeno en sus elementos constitutivos, ha sido uno de los procedimientos más utilizados para acceder al conocimiento de las diversas facetas de la realidad. Los procedimientos analíticos precisan de su complemento, o sea, la síntesis. Donde ambos, como unidad, constituyen una operación en sí misma pero doble en sus manifestaciones (Baena, 2017).
- *Hipotético – deductivo*. Extendido por Popper, se asume a las teorías como suposiciones especulativas que proporcionan una explicación adecuada de algunos aspectos de la realidad pero que han de ser probadas ante la situación objeto de estudio para su corroboración (Hernández et al., 2014).

De acuerdo con Chambers (1984) “los enunciados observacionales se hacen siempre en el lenguaje de alguna teoría y serán tan precisos como lo sea el marco teórico que utilicen” (p. 48). En este sentido la validez del conocimiento viene dada por el carácter empírico de la verificación, así como por la coherencia de la problematización planteada (Baena, 2017). En la investigación se llevó a cabo la deducción mediante las inferencias derivadas de los enunciados observacionales. El proceso de conocimiento fue acotado además por el conjunto de hipótesis que dieron un sentido de dirección al estudio.

La técnica de investigación empleada en correspondencia con el enfoque adoptado y que justificó en cada caso los resultados, fue la siguiente:

- *Encuesta o cuestionario*. Se trata de una herramienta de recopilación de datos estandarizada que traduce determinados problemas mediante la formulación escrita de una serie de preguntas a las que se hace corresponder datos porcentuales y aproximaciones estadísticas verificando así las hipótesis formuladas (Baena, 2017).

3.1.3. Contexto del estudio, variables e hipótesis de investigación

El contexto de la investigación fue el centro de salud “Carlos Elizalde”, perteneciente al distrito de salud Cuenca Sur del Ministerio de Salud Pública, como entidad que provee servicios asistenciales de primer nivel y que, por tanto, es parte del acceso de entrada al sistema de salud del país, teniendo como función principal detectar, resolver y dar

seguimiento permanente a los pacientes en las distintas especialidades y áreas de atención médica, incluidos los servicios de emergencias médicas de nivel primario.

El centro de salud "Carlos Elizalde" brinda una atención integral con un enfoque intercultural, donde los profesionales, además, realizan visitas domiciliarias con el objetivo de facilitar y acercar los servicios de salud a aquellas personas que no pueden acudir a la unidad médica. De igual forma el centro de salud trabaja conjuntamente con diversos actores sociales y la ciudadanía en acciones enfocadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Lo anterior se realiza a través de casas abiertas, ferias de salud, charlas educativas, actividades lúdicas y la conformación de clubes, promoviendo así la práctica de hábitos saludables con el fin de mejorar la calidad de vida de la población objetivo.

Entre los clubes establecidos en la unidad está el de los pacientes de enfermedades crónicas, para quienes existe una programación mensual relativa al control médico pertinente. En relación con ello se provee el servicio asistencial de cuidados paliativos con medios proporcionales a la situación y pronóstico del paciente. Este servicio se extiende al ámbito domiciliario que es donde tiene lugar la mayor parte del cuidado del enfermo terminal siendo coordinado desde la especialidad de medicina familiar. La finalidad del servicio de cuidados paliativos es la calidad de vida de los enfermos al final de sus vidas, dando respuesta a los problemas que surgen al interior de las familias. El médico familiar, además de las intervenciones ante un desarrollo familiar disfuncional, está a cargo de asegurar la continuidad de la atención médica desde las distintas disciplinas, incluyendo en su acción al cuidador personal o familiar a cargo del apoyo directo al final de la vida del paciente.

Las variables de investigación fueron definidas de manera constitutiva, especificándose además las dimensiones e indicadores. En el apartado referido al procesamiento de la información se detalla además la forma en que se realizan las mediciones. De acuerdo con Argyrous (2011) la definición conceptual de las variables es el inicio, a lo que se debe añadir el conjunto de operaciones que permitan realmente hacer la medición para cada caso.

En este sentido la presente investigación asume como variable independiente la siguiente:

- Conocimiento y actitudes en cuidados paliativos del personal médico del C.S. “Carlos Elizalde”.

Se adopta además como variable dependiente la siguiente:

- Estilos de aprendizajes predominantes del personal médico del C.S. “Carlos Elizalde”.

Tabla 14. Operacionalización de las variables de investigación

VARIABLES	DIMENSIONES	CATEGORÍAS
Conocimiento y actitudes en cuidados paliativos	Conocimiento	Formación previa
		Preparación en urgencias
		Preparación en opioides
	Experiencia	Recepción de pacientes
		Modalidad de atención
	Actitudes	Objetivos de la atención
Visión de la muerte		
Comunicación y ética		
Estilos de aprendizajes predominantes	Aprendizaje permanente	Interculturalidad
		Procesamiento
		Estilo activo o reflexivo
		Percepción
		Estilo sensorial o intuitivo
	Recepción	Estilo visual o auditivo
		Comprensión
		Estilo secuencial o global

El proceso seguido en el estudio estuvo guiado por las siguientes hipótesis de investigación:

- Los resultados en cuanto a conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos en el personal médico del C.S. “Carlos Elizalde” se corresponden con aquellos obtenidos para la atención primaria en estudios realizados a nivel nacional.
- El conocimiento de los estilos de aprendizajes predominantes en el personal médico del C.S. “Carlos Elizalde” permitiría el diseño de objetos de aprendizajes adecuados a las particularidades de la práctica médica en este centro del primer nivel de atención.

3.2. Procedimientos de recogida y tratamiento de la información

3.2.1. Cuestionarios empleados

En la investigación se aplicaron las dos modalidades de cuestionarios siguientes según la indagación específica realizada: 1) adaptación del cuestionario Escala de Actitudes ante Cuidados Paliativos (EACP), creado por Kain, para determinar el nivel de conocimiento, experiencia y actitudes del personal médico C.S. “Carlos Elizalde” en la atención de cuidados paliativos (Anexo 1); y 2) adaptación del cuestionario ILS (index of learning styles), de Felder y Soloman, para establecer los estilos de aprendizajes predominantes en el personal médico C.S. “Carlos Elizalde” (Anexo 2).

La Escala de Actitudes ante Cuidados Paliativos (EACP), creada por Kain (2007), fue diseñada para medir las actitudes hacia la práctica de cuidados paliativos en intensivos neonatales (Neonatal Palliative Care Attitude Scale) y consta de 33 reactivos, de los cuales 7 son para identificar características sociodemográficas y profesionales y 26 de escala tipo Likert de 5 rubros (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). En la primera validación del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,80 mostrando la confiabilidad del instrumento. Más tarde la EACP fue modificada por Kumar, Anand y Sisodia (2011) para valorar los conocimientos, actitudes y experiencias en cuidados paliativos en fisioterapeutas (The physical therapy in palliative care-knowledge, attitudes, beliefs and experiences scale), obteniéndose a su vez un alfa de Cronbach de 0,90.

La versión utilizada para la presente investigación fue la adaptación al español realizada por Ascencio (2015). En dicho estudio se procedió inicialmente con la traducción de la versión original mediante el método de traducción directa e inversa a través de cinco jueces bilingües (3 español/inglés y 2 inglés/español). También, cinco expertos en el área de la salud, específicamente de cuidados paliativos, verificaron el estilo, redacción, originalidad y estructuración del instrumento en español (Ascencio, 2015). Se efectuó después la prueba piloto con 25 aplicaciones para verificar la validez de constructo y contenido. De acuerdo con Ascencio (2015) fue determinada el alfa de Cronbach en 0.807, lo cual demostró la validez de esta versión en español de la EACP. De igual forma fue realizado el análisis factorial con un resultado satisfactorio (Ascencio, 2015). Teniendo en cuenta esos resultados de confiabilidad y validez, se adaptó la EACP en la presente

investigación elaborándose un cuestionario resumido con 12 reactivos adecuados a los objetivos que se perseguían.

Por su parte el cuestionario ILS (index of learning styles) se basa en el modelo Felder-Silverman Learning Style Model (FSLSM) y tiene como fundamento pedagógico la teoría del aprendizaje experiencial propuesto por Kolb (1984). En este sentido los autores plantearon que el aprendizaje, en cualquier entorno educativo, era un proceso de recepción y procesamiento de la información, clasificando las características del aprendizaje de los discentes en diferentes dimensiones y estilos propios a cada una de ellas (Felder y Silverman, 1988).

A partir del modelo FSLSM fue conformado el instrumento ILS que ha tenido varias modificaciones hasta la actual que es la utilizada en la investigación. De acuerdo con Felder y Spurlin (2005) a la dimensión de procesamiento corresponden los estilos activo y reflexivo según la preferencia sea el manejo práctico de la información, discutiéndola con otras personas, o, en cambio, tratar de entender conceptualmente la información para hacer algo con ella después. A la dimensión de percepción por su parte se asocian los estilos sensorial e intuitivo según la preferencia sea memorizar hechos a través de pautas detalladas, o a través de las relaciones subyacentes y nuevos conceptos. La dimensión de recepción es dada por los estilos verbal o visual según la preferencia sea explicaciones escritas y habladas, o, muy común en la actualidad, a través de lo que se aprecia en imágenes y gráficos. Por último, la dimensión de comprensión involucra los estilos secuencial y global según la preferencia sea adquirir el conocimiento de un modo lineal, o, por otro lado, con saltos de una forma aparentemente aleatoria (Felder y Spurlin, 2005).

En el ILS cada dimensión de estilo de aprendizaje tiene asociada 11 preguntas de opción forzada (A o B), a las cuales corresponde una u otra característica de aprendizaje o estilo propio de la dimensión. En total el instrumento consta de 44 reactivos. El ILS (Index of Learning Styles) tiene igualmente una versión en español validada por Ocampo et al. (2014). La traducción fue realizada por expertos bilingües y verificada la redacción y consistencia por expertos de ciencias sociales. En este caso el alfa de Cronbach dio un valor de 0.624, el cual es aceptable según Felder y Spurlin (2005) para quienes un valor de 0.5 es suficiente dada la finalidad del cuestionario que es reflejar una preferencia o

actitud. También Ocampo et al. (2014) confirmaron la validez de constructo con un resultado satisfactorio en el análisis factorial. Al igual que con el instrumento EACP, se adaptó el ILS en la presente investigación elaborándose un cuestionario resumido con 16 reactivos, 4 referidos a cada dimensión.

3.2.2. Participantes

La investigación, de tipo transversal al recopilarse la información en un solo momento, fue realizada en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de Cuenca, Ecuador. Se aplicaron dos encuestas al grupo del personal médico constituido por 15 profesionales como universo de estudio. La aceptación a participar se obtuvo en todos los casos como único criterio de exclusión. A todos los participantes se les informó que la información recabada sería absolutamente confidencial y utilizada exclusivamente para cumplir los objetivos del estudio.

3.2.3. Análisis cuantitativo de los datos

En el estudio fue utilizado un procedimiento de tipo survey, cuya potencialidad siempre está en función del sistema de variables de que se ocupe y la precisión de las mismas como representación del conocimiento que se busca obtener. En ambos cuestionarios el análisis de los datos se realizó a través de las técnicas y procedimientos de la estadística descriptiva, utilizándose el cálculo de frecuencia y porcentajes, para una representación visual de la información. Por las características de la investigación no fue necesario aplicar métodos inferenciales o pruebas de correlación.

En el caso del cuestionario Escala de Actitudes ante Cuidados Paliativos (EACP) se aplicó además la técnica NSI para los reactivos correspondientes a las secciones 2, 3 y 5 de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$NSI = \frac{A * 0 + B * 25 + C * 50 + D * 75 + E * 100}{N}$$

Donde,

A es el número de respuestas para 1 de la escala; B es el número de respuestas para 2 de la escala; C es el número de respuestas para 3 de la escala; D es el número de respuestas para 4 de la escala; E es el número de respuestas para 5 de la escala; y N es la suma de todas las anteriores.

La evaluación final de los conocimientos corresponderá a las puntuaciones y calificación siguientes: 1) 100 – 85, Excelente; 2) 84 – 70, Bueno; 3) 69 – 55, Regular; 4) 54 – 40, Malo; y 5) Menos de 40, Muy Malo.

Por su parte en el cuestionario ILS se usó el método de puntaje contando las respuestas “a” para cada dimensión de 4 preguntas consecutivas, obteniéndose un número en el rango de 0 a 4. La calificación se realizó de la forma siguiente: 1) 0 a 1 respuestas “a”, fuerte preferencia estilo “b”; 2) 2 respuestas “a”, igualdad de preferencias; 3) 3 a 4 respuestas “a”, fuerte preferencia estilo “a”. A este resultado individual por dimensiones es que se aplica el cálculo global de frecuencia y porcentaje.

3.4. Calendarización de la investigación

El estudio se realizó en el marco de la especialidad en Medicina Familiar y sustentación del trabajo de tesis correspondiente como se muestra en la tabla a continuación.

Tabla 15. Calendarización del proyecto

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RECURSOS	COSTO
Presentación del proyecto	30/1/2021		
Evaluación de Conocimientos	30/1/2021		
Programa Educativo	27/4/2021		
Evaluación de conocimientos	30/8/2021		
Tabulación de datos	30/9/2021	(1) Personal	(1) \$1920
		(2) Papel	(2) \$52
Análisis de datos	30/10/2021	(3) Cuaderno	(3) \$6
		(4) Ordenador	(4) \$0
Escritura del trabajo final	30/11/2021	(5) Imprevistos	(5) \$100
Sustentación	30/12/2021		<u>\$2.078</u>

4. Resultados y discusión

En el presente capítulo se exponen los resultados del trabajo de campo referido a las percepciones del personal médico del C.S. "Carlos Elizalde" sobre los conocimientos y actitudes en cuidados paliativos, así como la determinación de los estilos de aprendizaje.

4.1. Presentación de los resultados

4.1.1. Conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos.

Los resultados en cuanto a la preparación previa en cuidado paliativos, así como la modalidad de dicha preparación se muestra en la figura 3. Solo 4 profesionales han recibido preparación en cuidados paliativos y de ellos 3 ha sido por la vía de charlas.

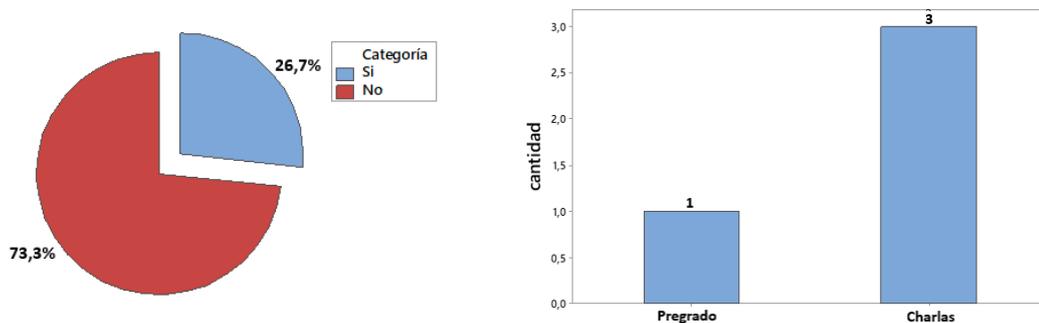


Figura 3. Preparación previa en cuidados paliativos y modalidad
Fuente: Elaboración propia

En la figura 4 puede verse las percepciones en cuanto a emergencias propias de pacientes en cuidados paliativos, donde los mayores problemas, señalados con una barra azul, están en la hipercalcemia, compresión medular, delirium y obstrucción intestinal.

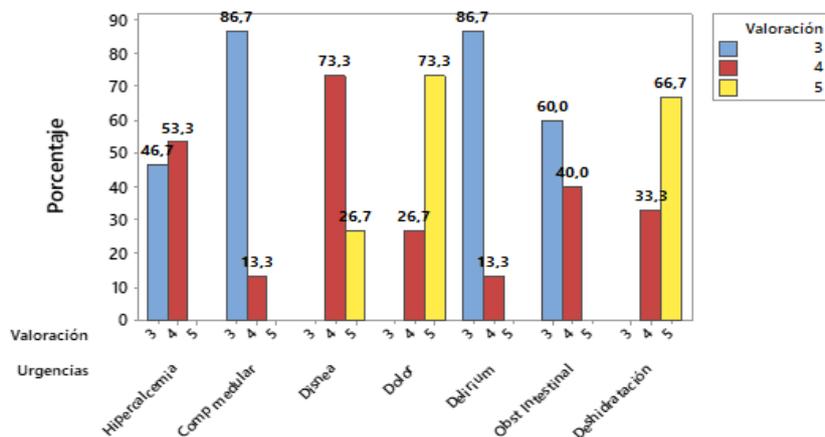


Figura 4. Percepción de las competencias en emergencias de cuidados paliativos
Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, la figura 5 muestra los resultados de las percepciones del personal médico encuestado en el manejo de medicación opioide. Puede observarse que los problemas, señalados con la barra amarilla, están en la administración de fentanilo, metadona e hidromorfona.

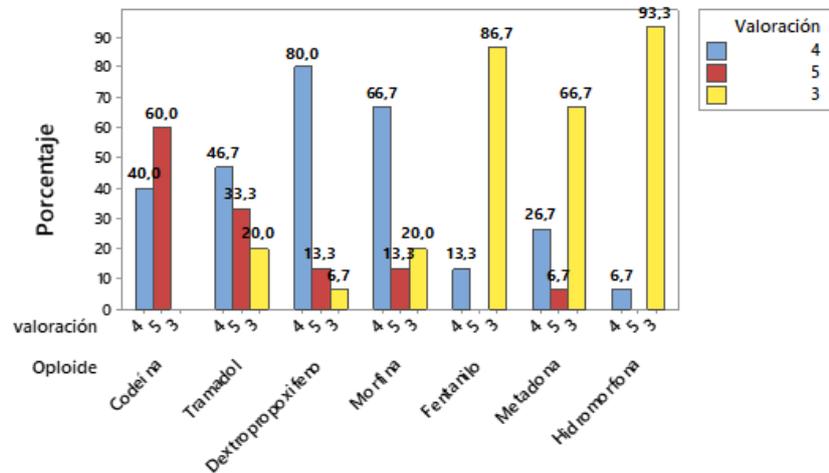


Figura 5. Percepción de las competencias en manejo de medicación opioide
Fuente: Elaboración propia

En la figura 6 puede observarse las características de la atención dada a pacientes de cuidados paliativos, así como la resolución dada en dicha atención, siendo reflejo de la experiencia.

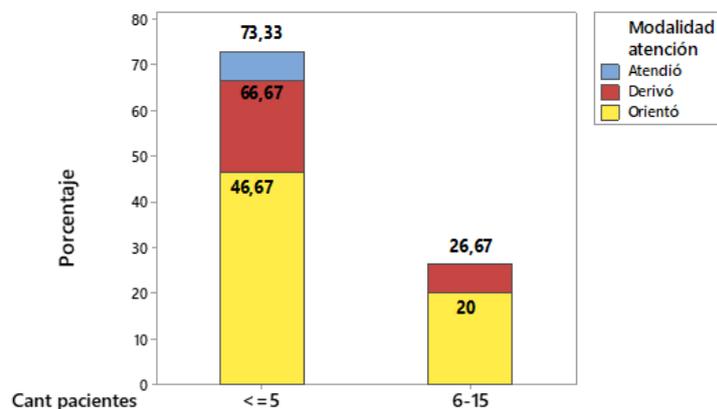


Figura 6. Experiencia con pacientes en Cuidados Paliativos
Fuente: Elaboración propia

Un elemento importante del estudio era la de evaluar las actitudes mediante las percepciones del personal médico sobre las circunstancias del afrontamiento de la muerte de pacientes en cuidados paliativos. Los resultados se muestran en la figura 7.

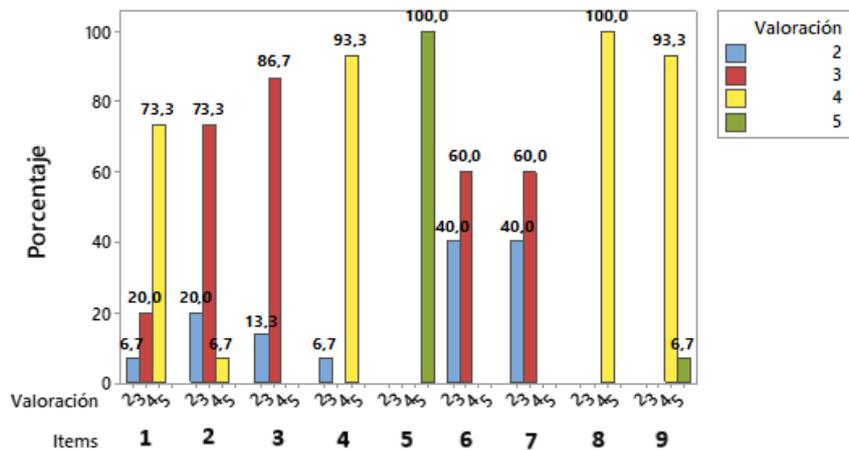


Figura 7. Evaluación de las actitudes ante los Cuidados Paliativos
Fuente: Elaboración propia

Puede observarse de los resultados sobre las actitudes, barras azul y roja, que los mayores problemas están en los ítems 2, 3, 6 y 7, referidos a la calidad de vida, involucramiento del médico, creencias del paciente y guía espiritual.

Sobre la capacitación, políticas y manuales, así como de un entorno virtual de aprendizaje e intercambio continuo, se muestran los resultados en la figura 8. Puede verse que los 15 encuestados consideran útil un entorno virtual de aprendizaje, estando de acuerdo al nivel de punto 4 de la escala. Los resultados son similares para los ítems referidos a las políticas y necesidad de capacitación, estando la mayor incidencia del punto 5 de la escala en la capacitación. En el anexo 3 se recoge la tabulación para cada ítem de los resultados de este cuestionario expresados en frecuencia y porcentajes.

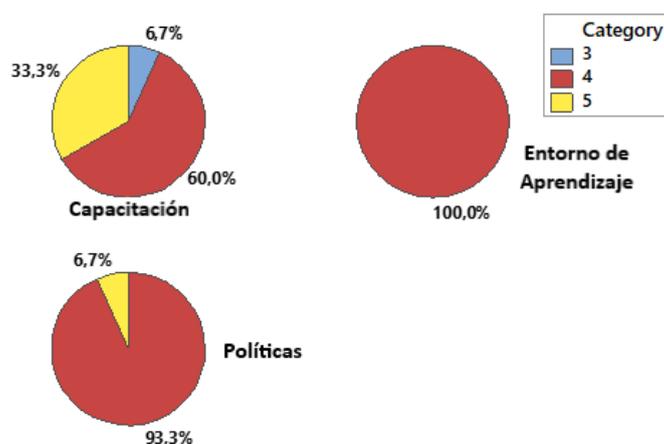


Figura 8. Necesidad de capacitación, políticas y un entorno virtual de aprendizaje
Fuente: Elaboración propia

4.1.2. Estilos de aprendizajes predominantes

Los resultados del estilo de aprendizaje predominante en cada dimensión, esto es, procesamiento, percepción, recepción y comprensión, se muestran en la figura 9. El anexo 4 muestra la tabulación para cada ítem de los resultados de este cuestionario expresados igualmente en frecuencia y porcentaje.

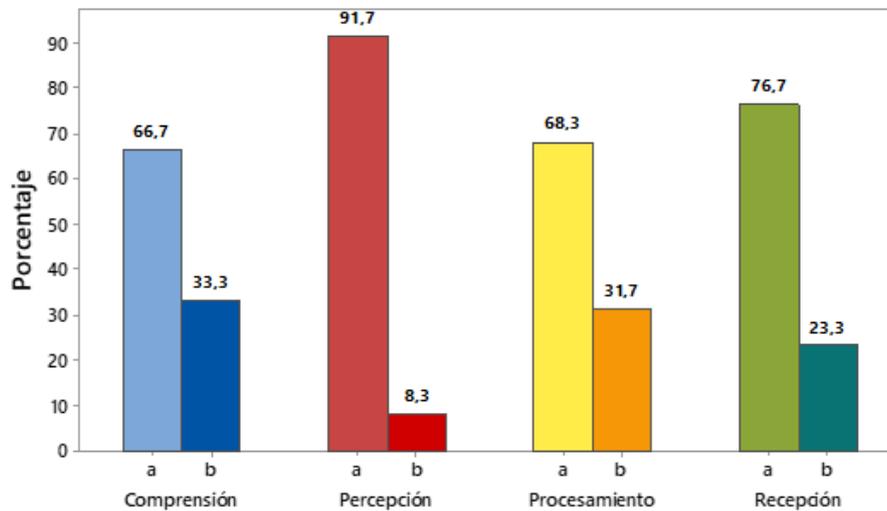


Figura 9. Porcentajes de los estilos de aprendizaje para cada dimensión

Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que, en la dimensión de procesamiento de la información, el estilo de aprendizaje predominante es el activo. La frecuencia de este estilo de aprendizaje es de 41 versus 19 para el estilo reflexivo. Por su parte, en la dimensión de percepción el estilo de aprendizaje predominante es indiscutiblemente el sensorial. La frecuencia en este caso es de 55 versus 5 para el estilo intuitivo. En la dimensión de recepción de la información el estilo de aprendizaje predominante sería el visual. La frecuencia de este estilo de aprendizaje es también de 55 versus 5 para el estilo auditivo. Por último, en la dimensión de comprensión el estilo de aprendizaje predominante es el secuencial frente al global. De esta manera se plantea que los estilos de aprendizaje predominantes en el personal médico del C.S. "Carlos Elizalde" son el activo, sensorial, visual y el secuencial.

4.2. Discusión de los resultados

4.2.1. Deficiencias en los conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos.

En el estudio se verificó la hipótesis de que los resultados en cuanto a conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos en el personal médico del C.S. "Carlos Elizalde" se corresponden con aquellos obtenidos para la atención primaria en estudios realizados a

nivel nacional. En este sentido la figura 10 resume los valores más bajos en cuanto a los conocimientos y actitudes del personal médico.

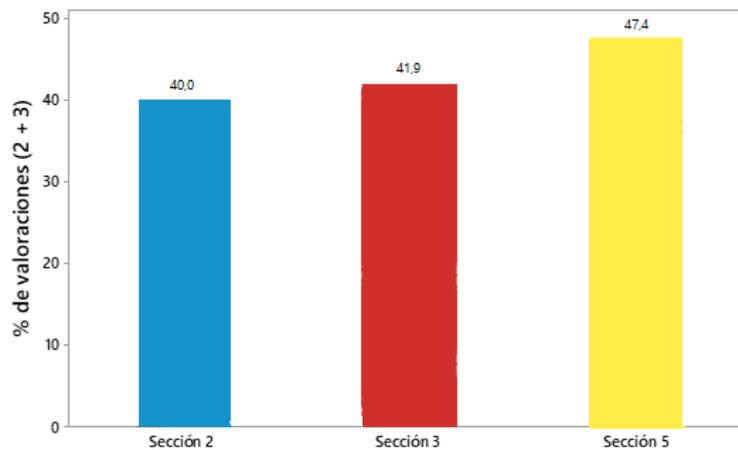


Figura 10. Valores de los puntos 2 y 3 de la escala en las secciones 2, 3 y 5
Fuente: Elaboración propia

La sección 2 representada es la que hace referencia al manejo de las urgencias en pacientes de cuidados paliativos. El índice definido para los resultados en este aspecto fue el siguiente:

$$NSI = \frac{(42 \times 50 + 38 \times 75 + 25 \times 100)}{105} = 70,95$$

Con ello el resultado es calificado de bueno. No obstante, el valor encontrado se acerca al límite inferior de esta calificación que es de 70.

Por su parte la sección 3 representada hace referencia al manejo de medicación opiode. El índice definido para los resultados en este aspecto fue el siguiente:

$$NSI = \frac{(44 \times 50 + 42 \times 75 + 19 \times 100)}{105} = 69,05$$

Con ello el resultado es calificado de regular con la aproximación a 69. Sin embargo, el valor encontrado está en el límite superior de esta calificación que es de 69.

Finalizando, la sección 5 hace referencia a las actitudes ante pacientes con enfermedades crónicas o en estado terminal y, como tal, con necesidades de cuidados paliativos. Los resultados en este aspecto fueron los siguientes:

$$NSI = \frac{(19 \times 25 + 45 \times 50 + 55 \times 75 + 16 \times 100)}{135} = 62,59$$

Con ello el resultado es calificado así mismo de regular donde el límite inferior del rango de esta puntuación es 55. De esta manera los resultados en cuanto a conocimiento y actitudes en cuidados paliativos se corresponden con los estudios de Sabando (2017) y Aldás (2020).

4.2.2. Relaciones de estilos de aprendizajes detectados y estrategias didácticas.

La hipótesis de que el conocimiento de los estilos de aprendizajes predominantes en el personal médico del C.S. “Carlos Elizalde” permitiría el diseño de objetos de aprendizajes adecuados a las particularidades de la práctica médica en este centro del primer nivel de atención, es verificada con los resultados. En este sentido son numerosos los estudios que plantean la idea fundamental que subyace detrás del concepto de estilo de aprendizaje, es que cada individuo tiene un modo de aprender o preferencia concreta, y aprende mejor cuando la información se presenta acorde a ese estilo.

Con el conocimiento de los estilos de aprendizajes predominantes en el personal médico del C.S. “Carlos Elizalde” es posible establecer las correlaciones que se muestran en la tabla 16 como adaptación del estudio realizado por Marcos et al. (2021).

Tabla 16. Correlación estilos de aprendizaje identificados con estrategias metodológicas

DIMENSIÓN	ESTILOS	ACTIVIDADES
Procesamiento	Activo	Trabajos cooperativos/colaborativos, debates dirigidos, resolución de problemas, juegos de rol, plataformas educativas.
Percepción	Sensorial	Exposiciones en pequeños grupos, simulaciones, talleres didácticos y clases prácticas y/o expositivas.
Recepción	Visual	Mapas conceptuales, mapas mentales, tablas o cuadros, diagramas de flujo, demostraciones, líneas de tiempo, Sistemas mnemotécnicos.
Comprensión	Secuencial	Tareas que permitan practicar los métodos que se han revisado, uso de ejercicios tipo, esquemas y resúmenes.

5. Propuesta.

En el presente capítulo se trata la acción formativa sobre cuidados paliativos como propuesta que pretende dar solución a las deficiencias identificadas. Se exponen los fundamentos y principios de la capacitación planteada, así como el desarrollo de la unidad didáctica y entorno virtual de aprendizaje.

5.1. Capacitación en cuidados paliativos.

5.1.1. Aprendizaje colaborativo.

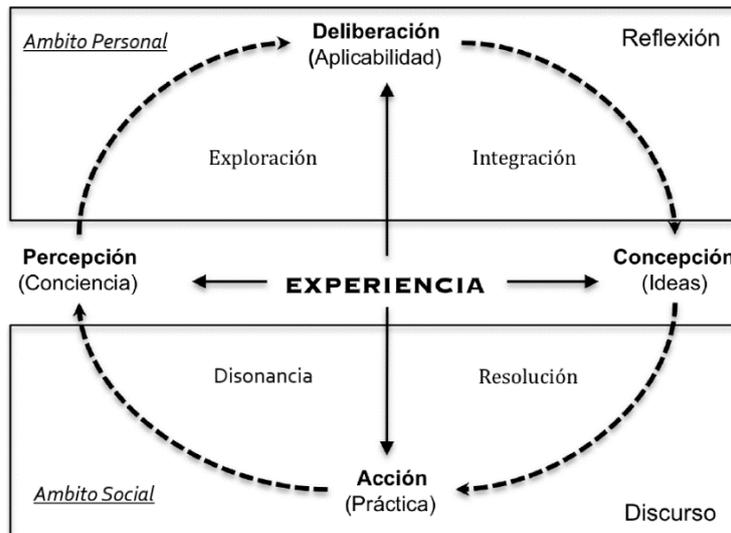
La acción formativa en cuidados paliativos en el C.S. “Carlos Elizalde” se aborda desde dos perspectivas, esto es, como proceso cognitivo de carácter individual considerando al aprendizaje como adquisición de conocimientos, y como proceso interpersonal que considera el aprendizaje como participación en una práctica social. En este sentido los elementos tenidos en cuenta para la capacitación del personal médico fueron los siguientes:

- La estructura colaborativa del grupo, como elemento de la condición social de la participación.
- Los objetos de aprendizaje, como elemento de la condición instruccional o cognitiva del aprendizaje.
- Los resultados del grupo, como elemento de la construcción social de un aprendizaje significativo.

Desde un punto de vista conceptual la capacitación es concebida como formación autodirigida y asíncrona, facilitada institucionalmente, y basada en los modelos explicativos siguientes: 1) presencia cognitiva dada por la tarea, y 2) construcción del conocimiento mediante la argumentación.

El primer modelo, propuesto por Garrison (2003), plantea que los procesos que se dan en el aprendizaje no son exclusivamente reflexivos e internos, sino que incluyen una relación iterativa y recíproca entre los ámbitos individual y social por la presencia cognitiva que se genera en una comunidad de aprendizaje. El modelo plantea un ciclo con fases, en el que los participantes se mueven deliberadamente desde la conciencia de una disonancia o problema a la fase individual de exploración con la búsqueda de información y alternativas, siguiendo la fase de integración de la información en una idea

o concepto como comprensión, y por último a compartir en el grupo dichas ideas mediante el discurso. La capacidad de resolución de una idea y su aplicación determinan si el proceso de indagación continúa o no para la tarea. La figura 11 muestra este modelo.



*Figura 11. Modelo de aprendizaje mediante la presencia cognitiva dada por la tarea
Fuente: Adaptado de Garrison (2003)*

En el modelo se plantea que además de la presencia cognitiva dada por la tarea, resulta necesario la disposición adecuada de dos condiciones para el éxito del aprendizaje: la estructura socio-organizativa o colaborativa y la facilitación docente. La primera hace referencia a las capacidades para que los participantes puedan proyectarse social y emocionalmente, mientras la intervención docente hace referencia al diseño y dirección de los procesos cognitivos y sociales, ambas con el objetivo de un resultado significativo de valor educativo (Garrison, 2003).

El segundo modelo fue propuesto por Weinberger et al. (2007) quienes consideran que el conocimiento se construye a partir de una secuencia de argumentos que toma un punto de referencia anterior. En este sentido la construcción social del conocimiento mediante la argumentación se enfoca al ámbito social y momento del discurso visto para el primer caso. El modelo plantea que los argumentos pueden ser simples o estar bien justificados y formar parte de una cadena de contribuciones. También que la profundidad de la elaboración cognitiva del contenido se relaciona directamente con la calidad de la argumentación.

Un aspecto fundamental del modelo es que la calidad de las contribuciones o contenido de las argumentaciones, así como los episodios discursivos determinan el nivel del conocimiento construido. En este sentido se considera que la participación puede ser de alta o baja calidad cognitiva según se muestren alternativas y explicaciones sobre la tarea, o, en cambio, las contribuciones se limiten a confirmar o aceptar sin otra acción.

De esta manera los fundamentos del aprendizaje colaborativo, adoptados para la capacitación en cuidados paliativos en el C.S. "Carlos Elizalde", incluirían adecuadamente las relaciones entre los procesos individuales y sociales de la interacción educativa.

5.1.2. Estructura colaborativa de la capacitación.

Con el enfoque adoptado el aprendizaje es visto como un proceso dialógico en el que los participantes negocian el significado de los fenómenos más allá de la mente individual. Se trata, más que nada, del crecimiento y socialización en una comunidad de aprendizaje donde el factor clave es la interacción social. En este sentido se distinguen como elementos para la estructura colaborativa de la capacitación en cuidados paliativos la distribución de los grupos, así como los roles de moderador o instructor y de líderes o iniciadores en los subgrupos.

En cuanto a la distribución de los grupos se tuvo en cuenta favorecer la pertenencia con la homogeneidad, a la vez que se buscó evitar un gran tamaño. Dichos aspectos se señalan en los estudios como facilitadores de la interacción y, como tal, de la calidad de las contribuciones y de la participación. La estructura colaborativa se estableció en los subgrupos siguientes: 1) médicos familiares; 2) médicos generales; y 3) médicos especialistas. De esta manera la interacción se daría tanto al nivel de los subgrupos, como en el aporte intergrupales de éstos. De forma individual cada participante estaría también en condición de hacer contribuciones al total de participantes.

La distribución de roles es un aspecto que promueve la cohesión y responsabilidad de los miembros, creando así mismo una conciencia más clara del sentido de la interacción en cada momento. El moderador o instructor es un factor esencial en el aprendizaje colaborativo ya que del mismo depende en gran medida la calidad de la participación y de las argumentaciones. Dicha figura tendría a su cargo el impulso de la acción formativa con acciones de tipo cognitivo centradas en la tarea, como la introducción de nuevo

contenido y articulación de los argumentos en el debate, así como de tipo metacognitivo centradas en la planificación, seguimiento y evaluación de la ejecución de las tareas. Por su parte el líder o iniciador en cada subgrupo es el responsable de introducir la tarea y los asuntos objeto de análisis en este nivel, replicando las acciones metacognitivas para la participación de los miembros en la búsqueda, síntesis y presentación de la información pertinente en las publicaciones del debate intergrupalo.

5.1.3. Los objetos de aprendizaje.

La capacitación en cuidados paliativos para el personal médico del C.S. "Carlos Elizalde" se orienta a la consolidación de una práctica médica que tiene como pilares del desempeño las siguientes determinaciones:

- El enfoque familiar en el acompañamiento al final de la vida.
- El enfoque de competencias con énfasis en el aprendizaje permanente.

De igual forma se adoptó el modelo de competencias genéricas definidas por el ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) que ha sido un referente para numerosas facultades de medicina en la región. Las competencias mencionadas son seis y en general se enuncian de la siguiente manera ACGME (2000):

- Razonamiento clínico
- Cuidado del paciente
- Práctica basada en procedimientos
- Profesionalismo
- Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales
- Aprendizaje basado en la práctica

El diseño de la capacitación en cuidados paliativos parte de las competencias señaladas para, en cada unidad didáctica o temática, implementar los niveles de conocimiento, comprensión y aplicación de la taxonomía de Bloom, junto a las acciones que le son propias, en el desarrollo de los objetivos de aprendizaje y consecuentemente del contenido a ser valorado. El anexo 5 muestra el diseño del aprendizaje y el contenido desarrollado para la unidad didáctica titulada deontología y comunicación en cuidados paliativos.

5.1.4. Los resultados del grupo.

En el modelo de construcción social del conocimiento mediante la argumentación se reconoce que la calidad de la interacción educativa debe ser valorada en función del volumen y tipo de aportaciones en una secuencia argumentativa. En este sentido se ha demostrado una correlación positiva entre el número de cuestiones formuladas por los participantes, los conceptos a los que iban dirigidas y la calidad de los argumentos compartidos en los debates de una tarea colaborativa virtual.

La capacitación en cuidados paliativos del personal médico del C.S. "Carlos Elizalde" no incluye evaluaciones individuales de los participantes. Se trata, como se ha explicado, de una formación autodirigida y asíncrona que, facilitada institucionalmente, se orienta más bien al crecimiento y socialización en una comunidad de aprendizaje. No obstante, sí es evaluada la interacción educativa en cada unidad didáctica o tema desde las siguientes perspectivas:

- En relación a la materia, teniendo en cuenta el contenido declarativo del discurso y la mayor o menor capacidad explicativa de las aportaciones.
- En relación a la interacción social, teniendo en cuenta el papel mediador de los participantes para la contribución de todos en el conocimiento generado.

Por otro lado, las técnicas previstas para la evaluación de la capacitación consisten en el análisis de contenido, con el examen de los episodios discursivos en el entorno virtual, y la encuesta de satisfacción aplicada a los participantes. Ambas estarían enfocadas a las aportaciones en torno a la tarea como a las aportaciones de tipo social y afectivo que son señalados como aspectos relevantes en el equilibrio del aprendizaje colaborativo.

5.1.5. Medio empleado como plataforma educativa

Para la acción formativa en cuidados paliativos se utilizó a Facebook como plataforma educativa. Las ventajas de la decisión tomada son las siguientes: 1) minimiza la necesidad de formación ya que los participantes tienen una extensa experiencia de uso de esta red social; 2) favorece la comunicación ya que todos, al hacer uso del medio, se encuentran en un mismo espacio; 3) su carácter generalista permite el uso universal del mismo; y 4) sus atributos de movilidad hacen que el medio no esté acotado a un espacio físico, pudiendo darse además la portabilidad en diversos dispositivos.

Como plataforma educativa Facebook permite a cada usuario disponer de un espacio para difundir contenidos textuales, visuales, audiovisuales y de audio entre los miembros de la red. Ese espacio, denominado muro, permite también a los miembros colocar sus impresiones sobre el contenido aportado. La comunicación en Facebook es dialógica y asíncrona. No se trata de una plataforma que soporte la educación tradicional, por lo que las aportaciones están sujetas a esta dinámica de trabajo. La vigencia de los temas en el muro depende de la actividad o de la frecuencia de renovación de los mismos. En este sentido se considera que Facebook satisface las pretensiones mínimas de recursos tecnológicos necesarios para un entorno virtual de aprendizaje y beneficia la empatía y sintonía entre los participantes al permitir la interacción de acuerdo a los distintos ritmos laborales.

6. Conclusiones y recomendaciones.

Con el estudio pudo comprobarse que la práctica médica sigue estando basada en una perspectiva terapéutica. Los resultados muestran conocimientos y actitudes en cuanto a los cuidados paliativos que pueden calificarse de regular. La necesidad del personal médico por la capacitación en este tema también se hizo evidente.

La modalidad escogida para la capacitación en cuidados paliativos tiene como ventaja que no depende de las instituciones educativas o del Ministerios de Salud para llevarse a cabo. De hecho, la acción formativa puede implementarse por los interesados sin que sea necesario un aporte significativo de recursos económicos.

La adopción de Facebook para la creación de un entorno virtual de aprendizaje parece ser la solución óptima, toda vez que favorece la participación igualitaria y la construcción social del conocimiento. Dicha plataforma de redes sociales es además de acceso gratuito y cuenta con los requisitos mínimos para la presentación de contenidos educativos y la interacción de los participantes.

Como recomendación se plantea la posibilidad de generalización de la investigación. Ello coadyuvaría al desarrollo de competencias adecuadas para los cuidados paliativos en el personal médico de los Centros de Salud. De igual forma un entorno virtual de

aprendizaje, de la manera en que se realizó, constituye una vía idónea para lograr el aprendizaje permanente de los médicos en activo.

Resulta importante realizar un estudio posterior de la calidad del aprendizaje en el entorno virtual creado para una valoración más detallada de la capacitación propuesta. Con ello es posible hacer los ajustes que sean necesarios para la mejora y determinar la satisfacción de los participantes. De igual forma es necesario verificar permanentemente los conocimientos y actitudes para los cuidados paliativos y así comprobar que se está en condiciones óptimas para afrontar esta actividad, cada día más demandada tanto a nivel mundial como en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACGME (2000). *Outcome Project*. Chicago: Accreditation Council For Graduate Medical Education.

Aldás Bayas, P. X. (2020). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cuidados paliativos dirigido al personal médico del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito en los distintos niveles de atención durante el periodo noviembre 2018-mayo 2019* (Tesis de Maestría). Universidad Central del Ecuador.

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.

Aznar, J., Fernández, M., Raduán, A., Baixeras, J., Balbuena, J., Capaccioni, R., Lluch, J., Montero, F., Navarro, P., Raga, J., Selfa, J. y Tomás, J. (2012). La taxonomía de Bloom y la aplicación del conocimiento: las clases de problemas en la asignatura de Zoología de la Universidad de Valencia. En Congreso Internacional de Innovación Docente Universitaria en Historia Natural. *Nuevos estándares en la innovación docente en historia natural* (pp. 135-147). España: Bioscripts.

Baena Paz, G. (2017). *Metodología de la investigación*. México: Grupo Editorial Patria.

Bloom, B. (1977). *Taxonomía de objetivos para la educación*. Buenos Aires: Ateneo.

Bruera, E. y Neumann, C. (1999). Respective limits in a palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients. *Support Care Cancer*, 7(321).

Boza, A. y Conde, S. (2015). Web 2.0 en educación superior: formación, actitud, uso, impacto, dificultades y herramientas. *Digital Education Review*, 28, 45-58.

Callahan, D. (2000). Death and the research Imperative. *New England Journal of Medicine*, 342(9), 654-656.

Casarett, D. (2005). Ethical considerations in end of life care and research. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 148-160.

Castañeda, L. y Sánchez, M. (2009). Entornos e-learning para la enseñanza superior: entre lo institucional y lo personalizado. *Pixel-Bit: Revista de Medios y Educación*, 35, 175-191.

Centeno, C. (1997). *Historia de cuidados paliativos y movimiento hospice*. Madrid: SECPAL.

Cervantes, E. (2020). *Resistir la covid-19. Intersecciones en la educación de Ciudad Juárez*. México: Instituto de Ciencias Sociales y Administración.

- Cilia, W., Aiello, M. y Bartolomé, A. (2006). Self-Regulated learning and new literacies: an experience at the University of Barcelona. *European Journal of Education*, 41(3), 437-452.
- Clark, D. y Centeno, C. (2006). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clinical Medicine Journal of the Royal College of Physicians*, 6(2), 197-201.
- De Lima, L. y Bruera, E. (2000). The Pan American Health Organization: its structure and role in the development of a palliative care program for Latin America and the Caribbean. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(6), 440-448.
- Diago, M. L., Cuetos, M. J. y González, P. (2018). Análisis de las herramientas de medición de los Estilos de Aprendizaje. *Revista de Educación*, (381), 95-131.
- Díaz, R. y Arancibia, V. H. (2002). Enfoque de las competencias laborales: historia, definiciones y generación de un modelo de competencias para las organizaciones y las personas. *Psykhé*, 11(2), 207-214.
- Doyle, D. (2005). Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine. *J R Coll Physicians Edinb*, 35, 199-205.
- Doherty, D., Hanks, G., Cherny, N. y Calman, K. (2005). *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford University Press.
- Espinar, V. (2012). Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 23(1), 169-176.
- Esteban, M. y Ros, M. Z. (2008). Estrategias de aprendizaje y eLearning: un apunte para la fundamentación del diseño educativo en los entornos virtuales de aprendizaje. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, (19).
- Gallego Arrufat, M. J., y Chaves-Barboza, E. (2014). Tendencias en estudios sobre entornos personales de aprendizaje (PLE). *EduTec: Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, (49).
- Garavan, T. y McGuire, D. (2001). Competencies and workplace learning: some reflections on the rhetoric and the reality. *Journal of Workplace Learning*, 13(4), 144-164.
- García, F. J. y Seoane, A. M. (2015). Una revisión actualizada del concepto de eLearning. *EKS*, 16 (1).
- Gherardi, S. (2001). From organizational learning to practice based knowing. *Human Relations*, 54(1), 131-139.

- Gros, S., Begoña, I. y Lara, P. (2009). El desarrollo de herramientas de apoyo para el trabajo colaborativo en entornos virtuales de aprendizaje. *RIED*, 12(2), 115-138.
- Guardia, L. y Sangrá, A. (2005). Diseño instruccional y objetos de aprendizaje; hacia un modelo para el diseño de actividades de evaluación del aprendizaje online. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, 4, 1-14.
- Hederich, C. y Camargo, A. (2000). Estilo cognitivo y logro académico en la ciudad de Bogotá. *Revista Colombiana de Educación*, 40, 147-172.
- Hernández Requena, S. R. (2008). El modelo constructivista con las nuevas tecnologías aplicado en el proceso de aprendizaje. *RUSC*, 5(2), 26-35.
- Herrera Santi, P. M. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas*, 12(2), 184-191.
- Higginson, I. (2005). End of life care: lessons from other nations. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 161-173.
- Horwitz, N., Florenzano, R. y Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar: un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 98 (2).
- Huerta González, J. L. (2005). *Medicina Familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad*. México: Alfil.
- IM (2012). *Information sharing and collaboration: applications to integrated biosurveillance*. Institute of Medicine. Washington DC.
- Irigoyen A. (2006). *Nuevos fundamentos de medicina familiar*. México DF: Editorial Medicina Familiar Mexicana.
- Krathwohl, D. R. (2002). A revision of Bloom's taxonomy: an overview. *Theory into Practice*, 41(4).
- Lamont, E. (2005). A demographic and prognostic approach to defining the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 12-21.
- Louro Bernal, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 332-337.
- Louro Bernal, I. (2000). Atención Familiar. *Temas de Medicina General Integral*, 1,209-38.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Lovo, J. (2021). Crisis familiares normativas. *Atención Familiar*, 28(2), 132-138.

- Marcos Salas, B, Alarcón Martínez, V., Serrano Amarilla, N., Cuetos Revuelta, M. y Manzanal Martínez, A. (2021). Aplicación de los estilos de aprendizaje según el modelo de Felder y Silverman para el desarrollo de competencias clave en la práctica docente. *Tendencias Pedagógicas*, 37, 104-120.
- McClelland, D. (1973). Testing for competence rather than intelligence. *The International Journal of Public Sector Management*, 13 (4),306-318.
- Mertens, L. (1996). *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: CINTEFOR.
- Morrison, R. (2005). Health care system factors affecting end of life care. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 79-87.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- MSP (2015). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2015-2017)*. Ministerio de salud Pública. Quito.
- MSP (2014). *Cuidados paliativos: guía de Práctica Clínica (GPC)*. Ministerio de salud Pública. Quito.
- Pantoja, W. L., Collazos, C. A. y Penichet, V. M. (2013). Entorno colaborativo de apoyo a la mejora de procesos de software en pequeñas organizaciones de software. *Dyna*, 80(177), 40-48.
- Parra, F. J. (2017). La taxonomía de Bloom en el modelo flipped classroom. *Publicaciones Didácticas*, 86(1), 176-179.
- Pascual A. (1995). Medicina Paliativa: Una nueva filosofía. *Soc. Esp Dolor*, 2, 5-10.
- Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez, M., Van Steijn, D., Garralda, E., Pons, J. y Centeno, C. (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*. Houston: IAHPC Press.
- Pessini, L. y Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242.
- Pinto, B. J. (2011). Formación y docencia en cuidados paliativos: la necesidad de una aproximación pedagógica integral. *Revista Colombiana de enfermería*, 6, 121-127.
- Puello, P., Fernández, D. y Cabarcas, A. (2014). Herramienta para la detección de estilos de aprendizaje en estudiantes utilizando la plataforma MOODLE. *Formación Universitaria*, 7(4), 15-24.

- Ramírez, Y. D. y Espín, D. R. (2015). Aplicación de la teoría de estilos de aprendizaje al diseño de contenidos didácticos en entornos virtuales. *Migramos a una Nueva Plataforma*, 14(2).
- Rodriguez, E. (2000). El Sentido del Sufrimiento. *Ars Médica: Revista de estudios médicos humanísticos*, 2(3), 73-88.
- Sabando Carreño, T. P. (2017). *Cuidados paliativos en urgencias de hospitales públicos de Portoviejo* (Tesis de Maestría). Universidad de Guayaquil.
- OMS/OPS (2003). La familia y la salud. *37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo, 26 al 28 de marzo de 2003*. Washington DC.
- OMS (1976). Índices estadísticos de la salud de la familia. *Informe comité de expertos*, (587). Ginebra.
- Sánchez Izquierdo, L. R. (2020). *Nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, marzo-noviembre 2019* (Tesis de Grado). Universidad Católica de Cuenca.
- Sepúlveda, C. (2005). Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. *Dolentium Hominum*, 58(1), 16-19.
- Schmidt Riovalle, J., Montoya Juarez, R., Campos Calderon, C. P., Garcia Caro, M. P., Prados Pena, D. y Cruz Quintana, F. (2012). Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina Paliativa*, 19(3), 113-120.
- Smilkstein, G. (1978). The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 79-87.
- Suarez, M. A. (2006). El médico familiar y la atención a la familia. *Revista Paceyña de Medicina Familiar*, 3(4), 95-100.
- Weinberger, A., Stegmann, K., & Fischer, F. (2007). Knowledge convergence in collaborative learning: Concepts and assessment. *Learning and instruction*, 17(4), 416-426.

ANEXO 1. Cuestionario sobre conocimientos y actitudes en Cuidados Paliativos.

¿Ha recibido preparación previa sobre cuidados paliativos? (Marcar con X)

Señale donde la recibió

Sí	<input type="checkbox"/>	Pregrado	<input type="checkbox"/>	Eventos	<input type="checkbox"/>	Charlas	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>						

En la escala, donde 1 es “nulo” y 5 “muy competente”, califique su nivel de preparación ante las siguientes urgencias médicas en pacientes terminales. (Marcar con X)

	1	2	3	4	5
Hipercalcemia	<input type="checkbox"/>				
Compresión medular	<input type="checkbox"/>				
Disnea	<input type="checkbox"/>				
Dolor	<input type="checkbox"/>				
Delirium	<input type="checkbox"/>				
Obstrucción Intestinal	<input type="checkbox"/>				
Deshidratación	<input type="checkbox"/>				

En la escala, donde 1 es “nulo” y 5 “muy competente”, califique su nivel de preparación para el manejo de medicación opioide. (Marcar con X)

	1	2	3	4	5
Codeína	<input type="checkbox"/>				
Tramadol	<input type="checkbox"/>				
Dextropropoxifeno	<input type="checkbox"/>				
Morfina	<input type="checkbox"/>				
Fentanilo	<input type="checkbox"/>				
Metadona	<input type="checkbox"/>				

Hidromorfona

--	--	--	--	--

¿Ha recibido usted a pacientes con cuidados paliativos? de ser afirmativa la respuesta señale cuantos han sido y cuál ha sido la modalidad de atención. (Marcar con X)

Señale cantidad de pacientes

Sí		≤ 5		6 - 15		≥ 16	
No							

Señale la modalidad de atención

Atendió		Orientó		Derivó	
---------	--	---------	--	--------	--

En la escala, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”, indique su opinión sobre los siguientes enunciados. (Marcar con X)

	1	2	3	4	5
Los cuidados paliativos son tan importantes como la atención curativa en el entorno médico.					
La calidad de vida del paciente que va a morir es tan importante al de que se va a recuperar.					
Cuando me asignan pacientes terminales siento ansiedad y evito cualquier trato con ellos para no involucrarme.					
Los cuidados paliativos causan crisis en la familia del enfermo.					
La comunicación constante, respetuosa y empática con la familia y el paciente es esencial en los cuidados paliativos.					
Las creencias del paciente terminal representan un papel importante en la atención de cuidados paliativos.					
La presencia de un guía espiritual es necesario en la etapa de agonía de un paciente terminal.					
Los cuidados paliativos varían de acuerdo al ciclo vital del paciente.					
El apoyo multidisciplinario reduce la aparición de crisis familiares.					

En la escala, donde 1 es *“totalmente en desacuerdo”* y 5 *“totalmente de acuerdo”*, indique su opinión sobre los siguientes enunciados. (Marcar con X)

Se necesita estar más capacitado en cuidados paliativos, para beneficio de los pacientes terminales.

Es útil un entorno de aprendizaje y de intercambio de opiniones sobre cuidados paliativos en el centro de salud.

Son importantes las políticas y manuales de práctica para la prestación de los cuidados paliativos.

1	2	3	4	5

ANEXO 2. Cuestionario sobre los estilos de aprendizaje.

Elige la opción "a" o "b" para indicar tu respuesta a cada pregunta. Si tanto "a" y "b" parecen aplicarse a ti, selecciona aquella que se aplique más frecuentemente.

Entiendo mejor algo después...

de practicarlo.

a	
---	--

de pensar en ello.

b	
---	--

Cuando estoy aprendiendo algo nuevo, me ayuda...

hablar de ello.

a	
---	--

pensar en ello.

b	
---	--

En un grupo de estudio, es más probable que...

participe y contribuya con ideas.

a	
---	--

no participe y solo escuche.

b	
---	--

Cuando comienzo a resolver un problema, es más probable que...

comience a trabajar en su solución inmediatamente.

a	
---	--

primero trate de entender completamente el problema.

b	
---	--

Preferiría ser considerado/a...

realista.

a	
---	--

innovador/a.

b	
---	--

Si fuera profesor, preferiría enseñar un curso...

que trate sobre hechos y situaciones de la vida real.

a	
---	--

que trate sobre ideas y teorías.

b	
---	--

Me considero...

cuidadoso/a en los detalles de mi trabajo.

a	
---	--

creativo/a en la forma que hago mi trabajo.

b	
---	--

Cuando tengo que hacer un trabajo, prefiero...

dominar una forma de hacerlo.

a	
---	--

intentar nuevas formas de hacerlo.

b	
---	--

Elige la opción "a" o "b" para indicar tu respuesta a cada pregunta. Si tanto "a" y "b" parecen aplicarse a ti, selecciona aquella que se aplique más frecuentemente.

Prefiero obtener información nueva en...

imágenes, diagramas, gráficos o mapas.

a	
---	--

instrucciones escritas o información verbal.

b	
---	--

Me gustan los profesores/as...

que utilizan muchos esquemas en la pizarra.

a	
---	--

que pasan mucho tiempo explicando.

b	
---	--

Cuando alguien me enseña datos, prefiero...

gráficos.

a	
---	--

los datos resumidos en texto.

b	
---	--

Para divertirme, prefiero...

ver televisión

a	
---	--

leer un libro.

b	
---	--

Una vez que entiendo...

todas las partes, entiendo el total de algo.

a	
---	--

el total de algo, entiendo como encajan sus partes.

b	
---	--

Es más importante para mí que un profesor...

exponga el material en pasos secuenciales claros.

a	
---	--

me dé un panorama general y relacione el material con otros temas.

b	
---	--

Cuando me enfrento a mucha información, es más probable que...

me concentre en los detalles y pierda de vista la imagen general de ella.

a	
---	--

trate de entender la imagen general antes de ir a los detalles.

b	
---	--

Cuando escribo un trabajo, es más probable que...

escriba el principio y de ahí avance con el resto del trabajo.

a	
---	--

escriba) diferentes partes del trabajo y luego las ordene.

b	
---	--

ANEXO 2. Tabulación conocimiento y actitudes EACP.

ÍTEM	VALOR ESCALA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sección 1			
Hipercalcemia	3	7	46,67
	4	8	53,33
Compresión medular	3	13	86,67
	4	2	13,33
Disnea	4	11	73,33
	5	4	26,67
Dolor	4	4	26,67
	5	11	73,33
Delirium	3	13	86,67
	4	2	13,33
Obstrucción Intestinal	3	9	60
	4	6	40
Deshidratación	4	5	33,33
	5	10	66,67
Sección 2			
Codeína	4	6	40
	5	9	60
Tramadol	3	3	20
	4	7	46,67
	5	5	33,33
Dextropropoxifeno	3	1	6,67
	4	12	80
	5	2	13,33
Morfina	3	3	20
	4	10	66,67
	5	2	13,33
Fentanilo	3	13	86,67
	4	2	13,33
Metadona	3	10	66,67
	4	4	26,67
	5	1	6,67
Hidromorfona	3	14	93,33
	4	1	6,67
Sección 3			
P1	2	1	6,67
	3	3	20
	4	11	73,33
P2	2	3	20
	3	11	73,33
	4	1	6,67
P3	2	2	13,33
	3	13	86,67
P4	2	1	6,67
	4	14	93,33
P5	5	15	100
P6	2	6	40
	3	9	60
P7	2	6	40
	3	9	60
P8	4	15	100

P9	4	14	93,33
	5	1	6,67

ANEXO 2. Tabulación ILS.

ÍTEM	VALOR ESCALA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Dimensión 1			
P1	A	14	93,3
	B	1	6,7
P2	A	7	46,7
	B	8	53,3
P3	A	14	93,3
	B	1	6,7
P4	A	6	40
	B	9	60
Dimensión 2			
P1	A	14	93,3
	B	1	6,7
P2	A	15	100
	B		
P3	A	12	80
	B	3	20
P4	A	14	93,3
	B	1	6,7
Dimensión 3			
P1	A	9	60
	B	6	40
P2	A	10	66,7
	B	5	33,3
P3	A	15	100
	B		
P4	A	12	80
	B	3	20
Dimensión 4			
P1	A	15	100
	B		
P2	A	11	73,3
	B	4	26,7
P3	A	15	100
	B		
P4	A	14	93,3
	B	1	6,7