



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Medicina

*Modelo de Atención Integral Centrado en la
Persona para el Control de Enfermedades Crónicas
en Unidades de Primer Contacto de la Ciudad de
México. Enfoque de Capacidades.*

*Trabajo Final de Servicio Social de
la Carrera de Medicina*

Martha Velasco Espín

2153061166

Promoción Febrero 2021

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

29 de enero del 2021

Índice

1. Presentación.....	1
2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco.....	2
3. El diplomado.....	3
3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.....	5
3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....	12
3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....	19
3.4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.....	26
4. Conclusiones.....	27
5. Referencias bibliográficas.....	28
Anexos.....	30

1. Presentación

A continuación, se presenta el trabajo final de Servicio Social de la Carrera de Medicina como parte de los entregables para la liberación del mismo. De igual forma, tiene el objetivo de intentar ser una bitácora de actividades realizadas a lo largo de este año, mostrando un poco del significado y aprendizaje que deja este último recorrido de la carrera.

Comenzando por describir brevemente los apartados que conforman este trabajo: El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco; El diplomado y sus módulos; Conclusiones; Referencias bibliográficas; y Anexos: donde agregué algunas fotografías de las actividades realizadas a lo largo del año, así como el informe final entregado a los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Por otro lado, me gustaría agregar que en mi experiencia este año estuvo lleno de sube y bajas. Al principio, fue muy complicado poder llevar a cabo el Modelo de Atención Centrada en la Persona con Enfermedades Crónicas en mi unidad, por dos razones principalmente: la vacunación contra COVID-19 y el desconocimiento del personal acerca del Modelo.

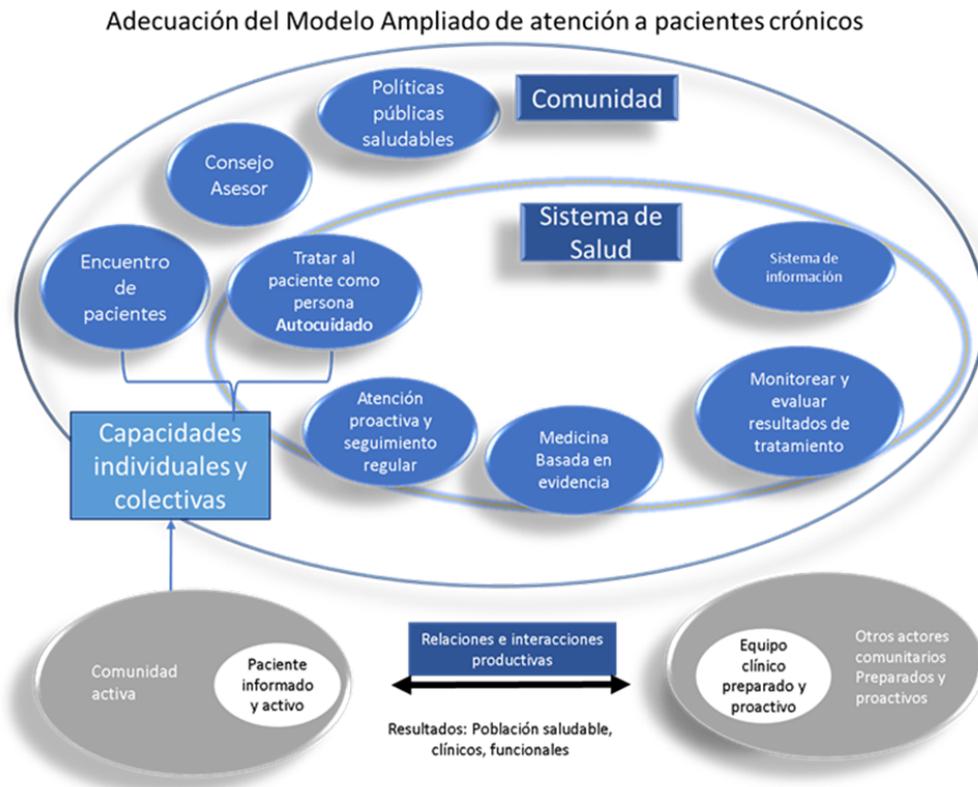
En mi Jurisdicción Sanitaria (Xochimilco), todos los pasantes de nuevo ingreso fuimos convocados para participar en la primera jornada de vacunación contra COVID-19 en adultos mayores (y muchas más, incluso en otras alcaldías), lo que provocó que retrasara la incorporación de pacientes al Modelo casi por un mes. Sin embargo, he de mencionar que durante los días de organización y logística en la sede de vacunación, conocí a la Dra. Oliva López Arellano, quien nos felicitó y agradeció nuestra participación y vocación como médicos pasantes; además, he de decir también que me llena de orgullo haber sido parte de este gran paso para hacerle frente a la pandemia de SARS-CoV-2, que seguramente pasará a la historia de nuestro país.

Por otra parte, también fue difícil iniciar de cero el Modelo en mi Centro de Salud T-II San Mateo Xalpa, por el desconocimiento y nula capacitación del personal de la unidad al respecto. Motivo por el cual al principio, se generaba conflicto con el servicio de Archivo Clínico que no respetaba los horarios establecidos para la atención de las personas incorporadas al Modelo, situación que poco a poco se fue solucionando y teniendo mejor comunicación y organización con el personal.

Por el contrario, la parte más bonita de todo el servicio social fue el vínculo y la confianza que desarrolle en mis pacientes, y el cariño mutuo que al final dificultó la despedida y generó demasiada nostalgia. Al final de todo, creo que logré uno de los principales objetivos del diplomado: una adecuada relación médico-paciente.

2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco.

El modelo desarrollado por la UAM Xochimilco surge del Proyecto Urbano de Salud del Modelo Expandido de Cuidados Crónicos que se desarrolló para brindar atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles: Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, sin embargo, se realizaron algunas adecuaciones teniendo como principal objetivo el desarrollo de capacidades, individuales y colectivas, para que las personas logren el control de su enfermedad y mejoren su calidad de vida.



El modelo está basado en el diagrama anterior, el cual está formado principalmente por tres grandes subsistemas: médico, paciente y comunidad, que a su vez estos se complementan de otros factores.

Por ejemplo, el médico desempeña su función junto a su equipo de trabajo, es decir, otros, profesionales de la salud como enfermería, nutrición y odontología. Así como el subsistema del paciente involucra una comunidad activa, es decir, familia, conocidos, vecinos y/o amigos, que al final influyen en la persona. Estos dos subsistemas se encuentran en la base del diagrama y son quienes forman lo más importante en la atención clínica de una persona: la relación médico-paciente.

Por supuesto que todo esto debe desarrollarse en cierto ambiente, a lo que nosotros llamamos: comunidad. En el diagrama, se encuentra en la parte superior, el cual cuenta con dos óvalos, uno dentro de otro. En el óvalo interno está el Sistema de salud con cinco elementos: Tratar al paciente como persona (favoreciendo el autocuidado), Atención proactiva y seguimiento regular, Medicina basada en evidencia, Monitorear y evaluar resultados de tratamiento, y un Sistema de información. En el óvalo externo, se coloca a la Comunidad con tres elementos: Encuentro semestral de pacientes, Consejo asesor y Políticas públicas saludables.

Todo lo anterior con un único objetivo: favorecer el desarrollo de capacidades individuales y colectivas de las personas con enfermedades crónicas, a través de la construcción de entornos saludables en los encuentros de pacientes semestrales organizados por los coordinadores del Modelo.

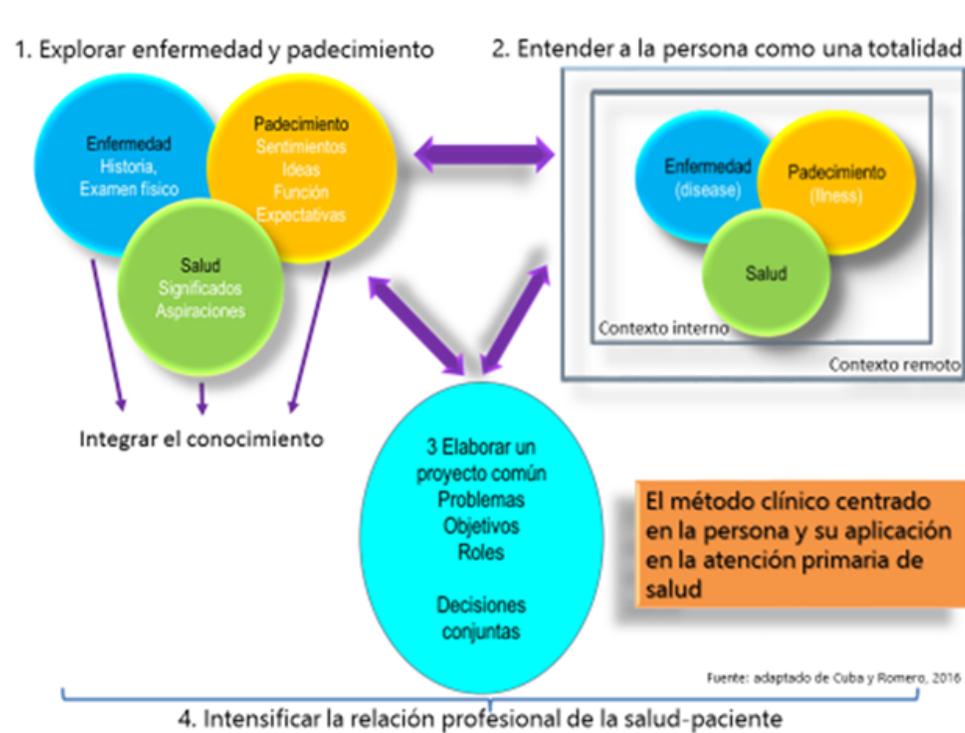
3. El diplomado

El diplomado se lleva a cabo cada semana, únicamente en los días viernes de manera virtual a través de la plataforma Zoom. Esto, siguiendo una estructura formada por cuatro módulos, de los cuales los primeros tres (1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades, 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados, 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas) se llevan por un periodo de tiempo establecido cada uno, a diferencia del módulo cuatro (4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos) que se lleva a lo largo de todo el año del servicio social.

Dos de sus principales objetivos son: capacitar a los pasantes en procesos de organización y participación social de personas con enfermedades crónicas, con un enfoque de derechos humanos y desarrollo de capacidades, y por otro lado, capacitar a los pasantes en el modelo de atención clínica centrada en la persona.

Partiendo de lo anterior, la atención centrada en la persona se considera la práctica clínica orientada a establecer una relación con la persona enferma comprendida en su totalidad como eso, como una persona antes que como una enfermedad.

A continuación, se muestra un diagrama para poder explicarlo mejor.



Los cuatro componentes de la atención centrada en la persona son:

1. Explorar la enfermedad y el padecimiento (exploración física y sentimientos)
2. Entender a la persona como una totalidad (aspiraciones y su entorno social)
3. Establecer un proyecto común entre el médico y la persona
4. Intensificar la relación médico-paciente (resultado)

La atención centrada en la persona tiene como propósito favorecer la autonomía de la persona que vive con enfermedades crónicas; es decir, establecer una relación respetuosa que favorezca la iniciativa de la persona que llamamos “paciente”. Todo esto con la finalidad de impulsar el desarrollo de las capacidades individuales de la persona para que logre el autocuidado, más allá de sólo atender recomendaciones y seguir un tratamiento farmacológico.

Posteriormente, intentar replicar esto en el mayor número de personas posible para generar una comunidad activa de personas con enfermedades crónicas que creen entornos saludables en su propia casa y localidad.

3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.

**FORTALECIMIENTO DEL
AUTOCUIDADO EN
PERSONAS CON
ENFERMEDAD CRÓNICA.
ENFOQUE DE
CAPACIDADES**



Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas.



Casa abierta al tiempo

Módulo 1

Martha Velasco Espin



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

Dr. Victor Rios Cortázar y Dra. Alejandra Gasca García

Ciudad de México, a 06 de agosto del 2021.

Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades

Introducción

Por generaciones, los médicos hemos sido formados únicamente poniendo foco a la patología y tratamiento farmacológico de los pacientes, dejando a un lado la parte psicológica y social de las personas que enferman. Lo anterior, sin tener en cuenta que éstas poseen un papel muy importante en la enfermedad, ya que muchas veces es ahí donde se encuentra el origen del problema o bien, es la causa de perpetuación de la misma.

Este primer módulo del diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas” me ha hecho abrir los ojos y ser más crítica sobre la atención médica que actualmente ofrecemos a las personas, no sólo aquellas con enfermedades crónicas, sino a todas que cursan con alguna dolencia.

Al iniciar este diplomado, tenía la pobre percepción de que las personas con enfermedades crónicas no llevaban un buen apego al tratamiento por ser renuentes, no contar con los recursos económicos suficientes o por las malas creencias que hay acerca de los medicamentos, pero ahora me doy cuenta que va mucho más allá de eso; aparentemente, esas son las razones por las que no toman su tratamiento de forma adecuada, sin embargo, siempre hay alguna problemática de trasfondo que lo está provocando y lo hace ver así, o más bien que nosotros queramos interpretarlo así.

Este medio año de servicio social me ha ayudado a entender la situación actual de México en cuanto a servicios de salud, ser mucho más consciente de la gran inequidad en nuestra sociedad, vivir una condición epidemiológica de pandemia envuelta como personal de salud; y más allá de todo eso, me ha hecho cuestionarme sobre cuál es realmente nuestro papel como médicos del siglo XXI, si realmente estamos cumpliendo el principal objetivo de ayudar a las personas como originalmente nos impulsó a iniciar esta carrera.

Objetivo general

El objetivo de este ensayo es consolidar todos los conceptos aprendidos en este primer módulo del diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas”; así como, reflexionar y valorar si efectivamente los estoy poniendo en práctica en la consulta de las personas con enfermedades crónicas.

Objetivos específicos

- Exponer algunos de los conceptos con mayor significado para mí, aprendidos a lo largo del módulo I del diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas.”
- Reafirmar estos nuevos conocimientos tratando de explicarlos con mis propias palabras.
- Reflexionar si he logrado llevar los conocimientos del módulo I a la práctica diaria en el consultorio con las personas con enfermedades crónicas.
- Señalar cómo he intentado trasladar esos conocimientos a la consulta médica de personas con enfermedades crónicas.
- Manifestar las principales dificultades para llevar a cabo dichos conceptos a la hora de la atención centrada en la persona con enfermedades crónicas.

Justificación

Este trabajo cobra real importancia principalmente porque es una forma de introspección hacia mi trabajo como médico pasante de servicio social, la relación médico-paciente que actualmente mantengo con las personas, y sobre todo, hacia mi nueva forma de pensar con respecto a cómo ejercer la Medicina.

Desarrollo

Desde varias generaciones atrás, los profesionales de la salud hemos sido formados con una visión muy cerrada a únicamente identificar patologías por sus signos y síntomas, con apoyo de estudios de laboratorio y gabinete, incluso con ciertas listas de criterios para el diagnóstico que más bien parecieran listas de cotejo y de esta forma, limitarnos a asignar un tratamiento farmacológico adecuado, dejando totalmente olvidada toda la parte psicológica y social de las personas. Nos han enseñado a ver enfermedades y no personas que sufren de alguna enfermedad.

En definitiva, el tipo de formación o entrenamiento que hemos recibido en la mayoría de las facultades debe cambiar y pronto. Esto debe corregirse desde el origen, es decir, desde la educación en las universidades fomentando la aparición de materias donde se busque hacer conciencia que enfermedad, persona y entorno no son cosas aisladas, sino que se relacionan entre sí. De esta forma, los médicos deberíamos ser capaces de abordar los tres elementos en conjunto para garantizar una atención médica mucho más individualizada y centrada en las necesidades de

cada persona, entendiendo que éstas difieren entre uno y otro individuo. Probablemente, no podamos cambiar la visión y la forma de ejercer Medicina de nuestros ilustrados veteranos, pero podemos cambiar la mentalidad de las generaciones que vienen.

Tomando en consideración lo anterior, dar un seguimiento a personas con padecimientos crónicos resulta mucho más complejo de lo que parece por varias razones que he logrado identificar:

- 1) Tratamientos largos: la mayoría de las veces son tratamientos de por vida, lo que significa que día con día deben tomar una o varias tabletas sin omitir ninguna, lo que lo convierte en algo complicado.
- 2) Respuesta psicológica ante la enfermedad: como es de esperarse, a nadie nos gusta recibir la noticia de que estamos enfermos, mucho menos saber que será una enfermedad por el resto de nuestras vidas, aunado a conocer que dicha enfermedad nos pone en riesgo de desarrollar complicaciones graves o incluso la muerte. Por esta razón, muchas personas viven un periodo de negación o un constante duelo, porque al final de todo resulta ser una pérdida, en este caso: la pérdida de su salud. Todo esto dificulta llevar un tratamiento correctamente y por ende, un adecuado control de su enfermedad.
- 3) Red de apoyo deficiente: afortunadamente, la mayoría de las personas cuentan con una red de apoyo (familiares, amigos, vecinos, etc.), sin embargo, en ocasiones no es lo suficientemente fuerte y sólida para soportar una enfermedad de larga evolución como son las crónico-degenerativas. Se ha documentado que una enfermedad puede alterar el apoyo entendido como la falta de solidaridad y confianza de una familia, tanto así que cuando se afecta a algún miembro, puede desequilibrarse la armonía de la familia e incluso, puede conducir posteriormente a una mala dinámica familiar.
- 4) Recursos económicos limitados: existe una fuerte asociación de las enfermedades crónico-degenerativas con un bajo ingreso económico, por el consumo de alimentos de fácil acceso con baja calidad nutricional y altos en carbohidratos simples. Esto a su vez, dificulta la compra de medicamentos una vez establecidos los diagnósticos.
- 5) Efectos adversos de los medicamentos: desafortunadamente, existen personas que desarrollan efectos no deseados por los fármacos administrados, provocando el abandono de los mismos o rechazo al constante cambio de tratamiento farmacológico en búsqueda del más inocuo

por parte de los médicos, tomando en cuenta la parte económica a la hora de elegir un fármaco.

- 6) Situaciones personales del día a día que generan descontrol metabólico: acontecimientos de la vida diaria que van desde disgustos, sustos, temores, ansiedad, tristeza, euforia, asistencia a eventos especiales con escasas opciones saludables (pastel, cerveza, refresco, etc.), dolor agudo o infecciones de cualquier índole.
- 7) El entorno y su comunidad: factores del lugar de residencia que determinan la cultura, religión y sus creencias, el acceso a un sistema de salud y educación de calidad, los factores socioculturales como las tradiciones de cada comunidad y sus dialectos, la geografía que determina enfermedades endémicas y tipos de clima, los medios de comunicación y el ecosistema que define la disponibilidad de agua potable y variedad de alimentos con alto valor nutrimental.

Me gusta pensar que una medicina científicamente competente por sí sola es insuficiente para ayudar a las personas a lidiar con la pérdida de su salud o enfermedad, por lo que el médico requiere contar con distintas cualidades y desarrollar otras tantas a lo largo de su práctica profesional, como el ser compasivo y empático, escuchar con sinceridad, respeto, aceptación y libre de prejuicios a cada persona que busque su ayuda. Dicho en otras palabras, convertirnos en médicos con la capacidad de desarrollar relaciones sólidas con las personas y sus familias o comunidad; y de esta manera, aceptar el compromiso y responsabilidad por su salud y sus necesidades, contemplando a la persona como un todo.

Esto implica reconocer que todas las personas tienen sus propias historias, viven en un contexto psicosocial único y desarrollan sus padecimientos bajo diferentes circunstancias, y los médicos estamos obligados a examinar y tomar en cuenta todo esto durante nuestra valoración. El carácter y la personalidad de cada persona, asociados a la experiencia de vida, formación académica, cultura y el significado que tiene la enfermedad per se en la vida de la persona son los principales factores que determinarán su comportamiento ante la enfermedad.

La relación médico-paciente se nutre cuando el profesional ha desarrollado competencias de entendimiento sobre la dolencia del otro, y logra proponer soluciones acordes a las necesidades individuales de cada persona; siempre buscando llegar a un común acuerdo (debidamente informado) para la determinación de objetivos, ya que la mayoría de las veces nuestro principal obstáculo como médicos radica en que fallamos al entender lo que la persona quiere o necesita.

Enfocando todo lo anterior a la consulta de personas con enfermedades crónicas, lo que he logrado implementar es tratar de explicar de manera sencilla en qué

consisten las enfermedades crónicas y cómo se relacionan entre sí, para posteriormente buscar alternativas de tratamiento o actividades (enfocadas en activación física, alimentación y salud mental) que ayuden al control de sus enfermedades. La intención de esto es que sean propuestas por ellos mismos, para así crear consciencia de que ellos son los únicos protagonistas de su vida y su enfermedad, motivarlos a creer que el verdadero cambio viene desde su interior, empezando por una actitud optimista ante la vida; y que nosotros como médicos únicamente cumplimos un papel como facilitadores de información, sin imponer tratamientos ni metas inalcanzables.

Asimismo, en las paredes del consultorio, hemos pegado frases motivacionales, las cuales les pedimos que las lean en voz alta; así como, un propósito mensual (p. ej. reducir 5 centímetros de cintura para la próxima consulta) en donde nosotros como personal de salud (asesora, médico pasante y enfermera) también participamos midiéndonos y pesándonos cada mes junto con ellos.

Conclusiones

Realizar este ensayo me ha permitido reflexionar sobre el trabajo que he desempeñado en el servicio social con las personas que padecen enfermedades crónicas; y a simple vista pareciera que voy por buen camino, sin embargo, considero que aún me falta mucho por mejorar, sobre todo porque siento la necesidad de encontrar alternativas de tratamiento más innovadoras y de fácil acceso para garantizar el control de dichas enfermedades. Al mismo tiempo, me ayudó a darme cuenta del cambio que ha generado conocer todos estos conceptos en mi forma de concebir la relación médico-paciente, en contraste con lo que teníamos tan arraigado desde la universidad. Asimismo, considero que me ha hecho mucho más consciente de la existencia de los factores psicosociales que juegan un papel sumamente importante en el desarrollo y evolución de cualquier enfermedad; ahora, los busco intencionadamente en cada persona.

- ¿Qué fue lo mejor del módulo y del periodo correspondiente de su estancia en el centro de salud?

El cambio de paradigma que nos ha generado este diplomado sobre la relación médico-paciente, la forma de ejercer la medicina centrada en la persona y las percepciones erróneas que teníamos sobre el apego al tratamiento de las personas con enfermedades crónicas. Y por supuesto, las relaciones que he logrado establecer con las personas con enfermedades crónicas y ver el compromiso que ellos ponen cuando haces bien las cosas como médico.

- ¿Qué fue lo que no me gustó del módulo y del periodo correspondiente de su estancia en el centro de salud?

El llenado de la inmensa cantidad de papelería del Centro de Salud, que considero innecesaria y limita el tiempo de consulta (p. ej. reportar cada tira reactiva ocupada y los resultados de la misma).

- ¿Cuáles son las propuestas, concretas y directas, que podrían mejorar el módulo, sus objetivos, contenidos, método de trabajo o cualquier otro aspecto del mismo?

Yo propondría hacer más dinámica la información expuesta y crear nuevas formas de discusión de la misma.

3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.



¿El desarrollo de Cardiopatía Isquémica en pacientes de sexo femenino puede deberse a un buen o mal manejo de situaciones de estrés, como factor psicosocial de la vida diaria?

Velasco Espin, Martha
Dr. Victor Rios Cortázar

Ciudad de México, a 10 de diciembre del 2021.

Introducción

La vida de las personas actualmente está cambiando a una velocidad impresionante gracias a la industrialización, la tecnología y sus medios de comunicación; trayendo consigo muchos beneficios, por mencionar algunos: la facilidad para el transporte y la comunicación, la simplicidad para realizar tareas que van desde la construcción de un edificio con decenas de pisos hasta la resolución de un simple cálculo matemático. Pareciera que el ritmo de nuestra vida es cada vez mucho más rápido, como si nuestro día estuviera siendo cronometrado por un reloj que se ha vuelto ajeno, del cual hemos perdido control y alguien más lo ha tomado: nuestro trabajo. Nuestra constante motivación es ser más eficientes y realizar el mayor número de actividades en el menor tiempo posible con o sin la ayuda de la tecnología para poder ser acreedores a un reconocimiento o un salario digno. Pero... ¿será posible que todo esto tenga repercusiones desafortunadas a la larga en nuestra salud?

Investigaciones recientes han cambiado profundamente la visión actual de la enfermedad coronaria, yendo más allá del modelo simplista de aterosclerosis como un proceso pasivo que involucra la acumulación de colesterol en el espacio subintimal de las arterias hasta su oclusión final y/o trombosis y, en cambio, se centra en la importancia de la inflamación y el sistema inmunológico en la desestabilización de la placa. La inflamación crónica de bajo grado se asocia a la depresión, y ahora, la depresión crónica es uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes de mal pronóstico entre los pacientes con infarto de miocardio, independientemente de los niveles de colesterol sérico. El estrés agudo y crónico, los ritmos circadianos, las emociones y el entorno social juegan un papel muy importante en el eje neurocardíaco, principalmente en la activación de eventos cardíacos agudos y el empeoramiento de la función cardíaca y metabolismo en enfermedades cardiovasculares crónicas. (9)

Aunque pareciera nueva dicha asociación, el papel de los factores psicosociales en la etiología de la enfermedad coronaria se sugirió ya en 1892, cuando Sir William Osier describió a los pacientes coronarios como personas que trabajaban a su máxima capacidad, luchando incesantemente por el éxito en la vida comercial, profesional o política. (3,5)

Actualmente, la cardiopatía isquémica (CI) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo industrializado. La evidencia más reciente sugiere que la angustia psicosocial se ha visto implicada tanto como un precursor de la CI como un factor de riesgo significativo de muerte en aquellos con CI establecida. Según la OMS, la angustia psicosocial será el factor de riesgo más dañino para el desarrollo de CI en un futuro próximo. Es muy probable que la causa de esta angustia

psicosocial se deba a la rápida transformación social que se vive día a día a nivel mundial. (8)

En los últimos años, la importancia relativa de la CI en los países menos industrializados también está aumentando a un ritmo alarmante y a un paso constante. (1)

Tomando en cuenta que se ha demostrado la importancia de los factores de riesgo psicosocial en el desarrollo y las manifestaciones clínicas de la CI, ha surgido la interesante posibilidad de un enfoque de tratamiento integrado que incorpore la terapia psicológica, pudiendo ofrecer una solución, método de prevención y mejorar el pronóstico de las personas. (1)

Objetivos

- La revisión sistemática efectuada pretende dar respuesta a la pregunta: “¿El desarrollo de Cardiopatía Isquémica en pacientes de sexo femenino puede deberse a un buen o mal manejo de situaciones de estrés, como factor psicosocial de la vida diaria?”
- El objetivo de esta revisión sistemática es aportar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la relación que existe entre el desarrollo de una Cardiopatía Isquémica y el manejo de factores psicosociales como es el estrés, en la vida diaria de la población femenina.
- Identificar aspectos relevantes conocidos y/o desconocidos sobre el tema revisado.

Material y métodos

Revisión sistemática.

Estrategia de búsqueda:

- Tipo de publicación: revistas científicas.
- Fuentes documentales: PubMed.
- Intervalo de tiempo para la obtención de los documentos: 22 – 25 de octubre del 2021.

Variables utilizadas: (psychosocial factors) AND (ischemic heart disease) AND (women) AND (stress).

Se inició la búsqueda con las variables “psychosocial factors” y “Diabetes Mellitus type 2”, sin tener éxito en los resultados obtenidos. Posteriormente, se intentaron variables un poco menos específicas “psychosocial factors” y “hyperglycemia”, sin resultados provechosos. Después, se volvió a intentar la búsqueda cambiando la

segunda variable “psychosocial factors” y “ischemic heart disease”, obteniendo finalmente un gran número de artículos, por lo que se tuvo que afinar un poco más la búsqueda, agregando nuevas variables: “women” y “stress”.

Las revisiones utilizadas contienen consideraciones éticas.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados de 11 artículos seleccionados para la realización de esta revisión sistemática. Afortunadamente, la mayoría de ellos comparte la relación que existe entre el desarrollo de cardiopatía isquémica y factores psicosociales en las mujeres, que se pretende esclarecer en este trabajo y proporciona evidencia sólida para su justificación, así como nuevas direcciones para la investigación sobre el tema.

En el estudio de Razvodovsky YE, los resultados del estudio sugieren una asociación positiva entre los suicidios y las tasas de mortalidad por CI en Rusia entre 1956 y 2005. Estos hallazgos son consistentes con una creciente evidencia que vincula la angustia psicosocial con la mortalidad por CI. Los resultados de este estudio también apoyan la hipótesis de que la angustia psicosocial que resultó de cambios socioeconómicos dramáticos, ha jugado un papel crucial en la crisis de mortalidad por CI en Rusia. (8)

Se administró un extenso cuestionario psicosocial a 1,674 individuos libres de cardiopatías que participaron en el Framingham Heart Study entre 1965 y 1967. Se siguió a los encuestados para determinar el desarrollo de cardiopatía isquémica (CI) durante un período de ocho años. Las mujeres (de 45 a 64 años) que desarrollaron CI puntuaron significativamente más alto en las escalas de comportamiento Framingham Tipo A, hostilidad reprimida (sin mostrar ni discutir la ira), tensión y síntomas de ansiedad que las mujeres que permanecieron libres de CI. Las mujeres de tipo A desarrollaron el doble de cardiopatía isquémica y el triple de angina que las mujeres de tipo B. En un análisis multivariado, el comportamiento de Framingham tipo A y no hablar de la ira fueron predictores de la incidencia de cardiopatía coronaria, independientemente de los factores de riesgo coronario estándar y otras escalas psicosociales. La asociación se encontró solo entre los trabajadores administrativos y también fue independiente de los factores de riesgo coronario estándar y otras escalas psicosociales. Este estudio prospectivo sugiere que el comportamiento de tipo A y la hostilidad reprimida pueden estar involucradas en la patogenia de la enfermedad coronaria tanto en hombres como en mujeres. (3,5)

Continuando con Framingham, se realizó un estudio transversal de 1,822 personas de 45 a 77 años de edad, se evaluó la asociación de 20 escalas psicosociales con

la prevalencia de enfermedad coronaria (EC). Las mujeres (de 45 a 64 años) con enfermedad coronaria obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las escalas de comportamiento de Framingham Tipo A, labilidad emocional, preocupaciones por el envejecimiento, tensión y síntomas de ira que las mujeres sin cardiopatía coronaria. La prevalencia de cardiopatía coronaria fue significativamente mayor entre las mujeres trabajadoras y las amas de casa clasificadas como comportamiento de Tipo A que como comportamiento de Tipo B. Para hombres y mujeres mayores de 65 años, las insatisfacciones o desacuerdos conyugales se relacionaron significativamente con la prevalencia de EC. (4)

En el estudio de Varghese T, *et al.* se evaluó el impacto del estrés, el aislamiento social, el bajo nivel socioeconómico, la hostilidad, la ira y los trastornos psiquiátricos relacionados con el estrés en los resultados cardiovasculares y los posibles mecanismos que subyacen a su asociación con la cardiopatía isquémica, con un enfoque en las mujeres. Como resultado, obtuvieron que los factores de riesgo psicosocial aumentan el riesgo cardiovascular tanto en mujeres como en hombres. Sin embargo, la literatura actual apunta a un mayor grado de eventos cardiovasculares adversos en las mujeres que experimentan estos factores de riesgo en comparación con los hombres. Sin embargo, la literatura no está tan bien definida como los datos sobre los factores de riesgo tradicionales y la enfermedad cardiovascular. (2)

Haciendo contraste con el estudio anterior, recientemente se han descubierto los mecanismos y vías para el desarrollo de una cardiopatía isquémica secundaria a trastornos psicológicos, por lo que la visión actual de la enfermedad coronaria ha cambiado profundamente. La aterosclerosis ya no se considera un simple trastorno por almacenamiento de lípidos, sino una enfermedad inflamatoria sistémica. La inflamación es una respuesta fisiológica a una lesión física, mutagénica, infecciosa o psicológica; una respuesta inflamatoria alterada o prolongada puede causar graves daños al huésped. Las citocinas son los mediadores fundamentales involucrados en la respuesta inmune; las citocinas IL-1, IL-6 y TNF- α aumentan la inflamación, mientras que la IL-10 actúa como una citocina antiinflamatoria que regula negativamente las vías inflamatorias. La PCR se puede utilizar como marcador serológico de inflamación vascular y parece ser un factor predictivo más sensible que el colesterol total y LDL en suero para incidentes cardiovasculares en individuos sanos.

La inflamación crónica de bajo grado se caracteriza por la persistencia de una respuesta inmune alterada con un cambio hacia un estado proinflamatorio, caracterizado por niveles plasmáticos aumentados de citocinas Th1 / Th 17 como las interleucinas IL-6, IL-1 β , IL-17 y TNF- α . Ahora, se reconoce el papel fundamental de la inflamación crónica en varias enfermedades crónicas, como el asma, el

cáncer, la diabetes, la autoinmunidad y las enfermedades psiquiátricas, incluida la depresión. (9)

En los últimos años, la depresión crónica se ha situado entre los factores de riesgo cardiovascular más importantes de mal pronóstico en pacientes con infarto de miocardio.

El conocimiento actual de la regulación central y autónoma de las funciones cardíacas, específicamente del eje neurocardíaco, proporciona una explicación fisiológica que vincula los factores de estrés psicoemocionales y las adversidades sociales con los eventos cardíacos agudos, que incluyen infarto de miocardio, isquemia de miocardio, anomalías del movimiento de la pared cardíaca y muerte súbita. La angustia psicológica puede precipitar la función cardíaca a través de una respuesta neuroendocrina y autonómica desregulada, como lo demuestra el aumento de cortisol sérico y catecolaminas, reducción de la variabilidad del ritmo cardíaco y aumento de las cascadas inflamatorias. La hiperactivación simpática puede influir en la producción de citocinas a través de la transcripción de genes mediados por NFkB involucrados en la respuesta inmune proinflamatoria, mejorando así la activación del endotelio vascular y la trombosis.

La compleja red que une el corazón, el cerebro y los principales sistemas biológicos aporta una nueva visión de la ciencia cardiovascular basada en la psiconeuroendocrinoinmunología, ciencia que estudia las interconexiones entre la psique y los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino, integrando conocimientos derivados de las ciencias psicológicas y biológicas del estrés con biología molecular e investigación epigenética. En los próximos años, el paradigma de la psiconeuroendocrinoinmunología podría hacer una contribución fundamental tanto a las áreas de investigación patogénica como a los enfoques terapéuticos para tratar las principales enfermedades cardiovasculares. (9)

De acuerdo al estudio de Roncella A, existe evidencia de la importancia de los factores de riesgo psicosocial en el desarrollo y las manifestaciones clínicas de la CI. A partir de esto, surge la posibilidad de que un enfoque integrado que incorpore la terapia psicológica en diversas formas podría reducir los síntomas y las conductas desadaptativas de los pacientes con CI y, por lo tanto, mejorar su pronóstico.

Hasta la fecha, se han utilizado tres enfoques psicoterapéuticos dentro de la práctica de la psicología cardíaca: 1) psicoterapia cognitivo-conductual; 2) psicoterapia psicodinámica; y 3) psicoterapia ontopsicológica.

Una variedad de características psicológicas influyen en el desarrollo, la evolución y el tratamiento de la CI en los pacientes cardíacos; por mencionar algunos: principalmente las emociones, actitudes, comportamientos, relaciones y factores

estresantes de los pacientes. La literatura de vanguardia sugiere que las intervenciones psicológicas deben considerarse de la misma manera que las intervenciones médicas, en términos de su relevancia tanto para el manejo del paciente como para el pronóstico. (1)

En el ensayo prospectivo, aleatorizado y controlado de Ornish D, *et al.* para determinar si los cambios integrales en el estilo de vida afectan la aterosclerosis coronaria después de 1 año; se asignaron 28 pacientes a un grupo experimental con dieta vegetariana baja en grasas, dejar de fumar, entrenamiento para el manejo del estrés y ejercicio moderado, y 20 pacientes a un grupo de control de atención habitual. Se analizaron 195 lesiones de arterias coronarias mediante angiografía coronaria cuantitativa. La estenosis de diámetro porcentual promedio retrocedió de 40.0% a 37.8% en el grupo experimental, pero progresó de 42.7% a 46.1% en el grupo de control. Cuando solo se analizaron las lesiones con estenosis mayor al 50%, la estenosis porcentual de diámetro promedio retrocedió del 61.1% al 55.8% en el grupo experimental y progresó del 61.7% al 64.4% en el grupo control. En general, el 82% de los pacientes del grupo experimental tuvo un cambio promedio hacia la regresión. Los cambios integrales en el estilo de vida pueden provocar la regresión de la aterosclerosis coronaria incluso grave después de sólo 1 año, sin el uso de medicamentos para reducir los lípidos. (10)

Discusión y conclusiones

A pesar de que la relación entre el desarrollo de cardiopatía isquémica y los factores psicosociales como el estrés principalmente en mujeres, pareciera una nueva visión sobre la etiología de cardiopatías, hemos visto con este trabajo que en realidad dicha visión ha estado presente desde 1892, sin embargo, se había profundizado muy poco al respecto en años anteriores y recientemente, este tema ha tomado cierto auge por la importancia que se le ha dado a los trastornos psicológicos actualmente.

Hasta la fecha, uno de los estudios más importantes que se ha realizado al respecto, es el Framingham Heart Study que se llevó a cabo entre 1965 y 1967, por ser un estudio longitudinal prospectivo con una muestra de gran tamaño y llevado durante un tiempo considerable (8 años).

Se desconocía sobre los mecanismos fisiológicos que generan la cardiopatía isquémica relacionada con los factores psicosociales de la vida diaria en una persona, en comparación con los factores de riesgo tradicionales ya muy estudiados y conocidos por el gremio médico; sin embargo, actualmente ya existe evidencia sólida sobre el proceso y las vías en el organismo que llevan al desarrollo de esta enfermedad, considerando al eje neurocardíaco como el principal responsable.

El nuevo paradigma de la psiconeuroendocrinoinmunología podría ofrecer una contribución fundamental tanto a las áreas de investigación patogénica como a los enfoques terapéuticos para tratar las principales enfermedades cardiovasculares.

Asimismo, sería interesante el estudio específico de las diferencias entre cada sexo en la incidencia de la cardiopatía isquémica, incluido el impacto de los factores de riesgo psicosocial, con la finalidad de desarrollar opciones de tratamiento y pruebas diagnósticas específicas para cada género en las cardiopatías.

3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.

Durante la organización y preparación del evento, estuvimos ensayando desde un mes antes la forma en la que se dirigirían las entrevistas con el grupo de pacientes que asistieran al encuentro, así como la elaboración de las relatorías. Dependiendo del desempeño de cada pasante, se eligieron a los coordinadores de los grupos de discusión, que supieran abordar los temas de interés sin distracciones y evitando que se desviarán del tema principal, así como a los relatores que tuvieran mejor redacción y capacidad de síntesis.

Mientras, en los centros de salud se convocaba a todos los pacientes que pertenecían al Modelo para que acudieran al encuentro. Al principio, fue algo complicado determinar el lugar donde se llevaría a cabo, ya que nos encontrábamos en medio de la pandemia por SARS-CoV-2 y queríamos evitar a toda costa los contagios debido a que pertenecían a una población de riesgo; sin embargo, no teníamos muchas opciones porque tampoco podíamos realizarlo de forma virtual, ya que la mayoría de los pacientes no tiene acceso a internet o bien, son adultos mayores que tienen dificultad para manejar dispositivos electrónicos.

Al final, en mi Jurisdicción Sanitaria (Xochimilco) se decidió que sería de manera presencial en un lugar amplio que permitiera estar al aire libre o bien, respetando la sana distancia. Yo me comprometí a realizar la invitación del evento de mi Jurisdicción, para que todos los centros de salud (C.S. T-III Tulyehualco, C.S. T-III San Gregorio y C.S. T-II San Mateo Xalpa) estuviéramos coordinados y se entregara el mismo documento.



Así pues, yo tuve la oportunidad de ser coordinadora en el grupo de discusión “Nivel: Servicios de Salud” de mi encuentro de pacientes en Xochimilco. Posteriormente, para intercambiar resultados y experiencias, se realizó un balance en equipo durante las actividades del diplomado siguiente. Se reunió a todos aquellos pasantes que participaron en los grupos de discusión del mismo nivel, haciendo una comparación entre la percepción que tienen los pacientes y pasantes; por último, también compartimos lo que aprendimos como pasantes del encuentro de pacientes en general. A continuación, muestro los resultados de los balances.

1. ¿Cuáles son las fortalezas que los pacientes reconocen en los servicios de salud (centro de salud) para lograr un buen control de sus enfermedades crónicas?

Fortalezas	Descripción de cada una	Propuestas para mejorarlas
Los servicios	Diversidad de servicios como Nutrición, Rayos X, Laboratorio, Ginecología, Psicología, etc.	Participación de pacientes y promover

Trato amable de todo el personal de salud.	Todo el personal de salud (médicos, enfermería, administrativos) se preocupan por la atención que se les otorga a los usuarios principalmente de manera respetuosa. Los pacientes siempre son recibidos con una sonrisa por parte del personal.	que nuevos acudan a ellos. Promover la relación de respeto bilateral.
Las instalaciones	La mayoría de las instalaciones se encuentran en buenas condiciones y con adecuada higiene.	Cuidando las instalaciones y evitar el robo de los insumos. Enseñar a los usuarios del buen cuidado del material por su propio beneficio y usarlos de manera adecuada.
Pláticas constantes sobre temas de importancia.	Pláticas expuestas por diferentes servicios (Trabajo Social y/o enfermería) sobre temas de interés para los pacientes.	Los pacientes participaran en las pláticas con preguntas y transmitieran esa información en casa y a sus conocidos.
Resolución de problemas o búsqueda de alternativas.	Cuando falta un servicio el personal del centro de salud apoya en la búsqueda de alternativas para la mejoría del paciente.	Capacitar al personal para ser resolutivos y promover el compromiso en cada uno de los servicios de atención.
Adecuado manejo de pacientes con COVID-19.	La asignación de áreas específicas para la atención de pacientes con enfermedades transmisibles como COVID-19 y de esta manera, disminuir los contagios y garantizar la seguridad de todos.	Seguir las indicaciones mostradas en el centro de salud sobre acceso a áreas específicas y mantener las medidas de protección personal.
La ubicación del centro de salud.	La cercanía de los servicios de salud respecto a su domicilio.	La asistencia al centro de salud para la continuidad de sus consultas.

Percepción de los pasantes:

Fortalezas	Descripción de cada una	Propuestas para mejorarlas
Buen servicio en general.	Actitud positiva de cada personal que labora en el centro de salud (Archivo, Farmacia, Enfermería, Médicos, etc), porque les gusta lo que hacen.	Capacitación y motivación con estímulos para el buen servicio. Apoyo y confianza del personal con sus superiores (Jefas de Enfermería, Directores Médicos y Administradores).
Diversidad de servicios.	El contar con los servicios (Nutrición, Dental, Psicología, Rayos X y Laboratorios), permite una atención mucho más integral del paciente.	Se agreguen estos servicios donde no se cuenta con ellos y en donde ya existen, aumentar el personal por cada servicio y/o el número de días de atención.
Capacidad resolutive por parte del personal.	Coordinación del equipo de salud para resolver y facilitar los servicios a los pacientes, que no se encuentran disponibles y su correspondiente gestión para obtenerlos.	Todo el personal conozca las cadenas de mando para el bienestar del paciente.
Diferentes medios de comunicación.	Existen centros de salud que cuentan con diversos medios de comunicación como redes sociales para dar avisos a los pacientes.	Se mantenga actualizada la información en las plataformas que ya se tienen.
Campañas de prevención primaria.	Realizar detecciones oportunas en empresas o en población general para Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial y Antígeno Prostático.	Se involucre a todo el personal del centro de salud en estas campañas.
Consultorios específicos para llevar control de crónicos.	Consultorios que faciliten la atención y garanticen el seguimiento de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos.	Tratar de que se mantengan los mismos consultorios para no generar confusión en los pacientes y una adecuada coordinación con archivo clínico para que los

		pacientes continúen su seguimiento con el mismo médico.
--	--	---

2. ¿Cuáles son las debilidades que los pacientes reconocen en los servicios de salud (centro de salud) para lograr un buen control de sus enfermedades crónicas?

Debilidades	Descripción de cada una	Propuestas para superarlas
Las instalaciones dañadas. El consultorio inadecuado. Falta de insumos y algunos servicios.	Pocas o anteriormente las instalaciones se encontraban en malas condiciones, no había acceso a los sanitarios, no contaban con agua y se percibía un olor desagradable. Consultorio con dimensiones muy pequeñas y mala ventilación. La carencia de medicamentos en la farmacia, así como laboratorios y estudios de gabinete. En algunos centros de salud, no existe servicio de Nutrición y activador físico.	Realizar el reporte con el personal correspondiente para llevar a cabo su gestión. Se otorgue un consultorio con mejores condiciones. *Los pacientes se mostraban conscientes de la situación actual del país.* Farmacia les llame para comentar que ya cuenta con sus medicamentos. Donación de medicamentos entre los mismos pacientes. Se creara una kermes para recaudar fondos para los tratamientos y laboratorios. Se realizaran las quejas correspondientes en el "Buzón de Quejas". Los mismos pacientes tomen la iniciativa de crear rutinas de actividad física para todos o clases de baile y fomentar talleres de ensaladas.
Espacios no habilitados para personas con discapacidad.	La carencia de espacios habilitados para personas con discapacidad, como los sanitarios y consultorios (mesa de exploración).	Realizar la solicitud correspondiente para garantizar una atención

		más inclusiva con pacientes discapacitados.
--	--	---

Percepción de los pasantes:

Debilidades	Descripción de cada una	Propuestas para superarlas
<p>Escases de recursos</p> <p>Falta de estrategias para la atención de personas con discapacidad.</p> <p>Atención del personal de mala calidad.</p> <p>Mala coordinación con el servicio de Archivo Clínico.</p>	<p>Falta de medicamentos, de reactivos de laboratorio, recursos de higiene, dispositivos para el seguimiento (glucómetros y tiras reactivas).</p> <p>No se cuenta con los espacios o aditamentos para la atención de estas personas, así como un plan de acción en la atención de los mismos.</p> <p>En ocasiones, el personal del centro de salud se muestra intolerante a la situación de los pacientes por malentendidos que ellos mismos generan al no dar información clara.</p> <p>Mala coordinación con archivo clínico sobre las citas y el horario de llegada de los pacientes; cancelación de las mismas o malos tratos por impuntualidades.</p>	<p>Realizar un reporte en tiempo y forma a las autoridades correspondientes.</p> <p>Solicitar que haya un espacio para la atención de estos pacientes y/o facilitar el acompañamiento de familiares o personas auxiliares durante su atención.</p> <p>Brindar información clara a los pacientes sobre sus tratamientos, citas (hora de llegada) y el procedimiento para recibir su consulta médica (reportarse en archivo clínico y toma de signos vitales).</p> <p>Coordinación amable entre el personal de archivo clínico y médicos pasantes para garantizar la atención médica mensual sin generar malos tratos y entender la situación de cada uno.</p>

Balance en equipo de lo que aprendimos como pasantes de este encuentro.

<p>Lo que aprendimos de las personas que viven con enfermedades crónicas</p> <p>No era tan importante el tratamiento farmacológico y los estudios, sino la atención médica personalizada y centrada en el paciente.</p> <p>Consideran muy importante su relación médico-paciente, al grado de sentirse bien con sólo llegar a la consulta y ver a su médico.</p> <p>Las personas están dispuestas a ayudar en lo que se necesite al centro de salud para mejorar su atención y así, lograr el buen control de sus enfermedades.</p> <p>Al principio, no es fácil asimilar que padecen una enfermedad crónica y que eso los condena a tomar tratamiento de por vida.</p> <p>Muchas personas son conscientes de sus enfermedades y deciden acudir al centro de salud para recibir atención como una forma de autocuidado.</p> <p>Las personas con enfermedades crónicas han aprendido a cuidarse de manera integral: alimentación, actividad física, estado de ánimo (psicológico) y farmacológico.</p>
<p>Lo que aprendimos del encuentro</p> <p>Los pacientes pondrán el mismo empeño en su tratamiento dependiendo del empeño que noten de sus médicos en su atención; el compromiso hacia el control de sus enfermedades es mutuo.</p> <p>Las personas están interesadas a participar en actividades que se realizan en el centro de salud, además de sus consultas.</p> <p>La gran mayoría de las personas está dispuesta a aprender a aprender y compartir sus experiencias con otras personas que padecen las mismas enfermedades.</p>
<p>Quienes nos quedamos: cómo mejoramos el siguiente encuentro</p> <p>Entregar resultados más personalizados (por centro de salud o jurisdicción).</p> <p>Hacer más digeribles los resultados estadísticos, tomando en cuenta que algunas personas son analfabetas.</p> <p>Hacer el encuentro más dinámico, con talleres o actividad física, donde ellos puedan aprender cosas fáciles para el control de sus enfermedades.</p>
<p>Integrantes del equipo</p> <p>Mariana González Baena Diego Landa Vázquez Carlos Rosales Romero Joel Hernández Miguel Ángel Díaz Agüero Martha Velasco Espín</p>

En cuanto a la experiencia del encuentro, fue algo muy bonito para todos, incluyendo Directores de Unidad, asesores clínicos, pacientes y pasantes. Compartir y escuchar el sentir de los pacientes de cómo perciben su atención en las unidades fue muy gratificante, ya que la mayoría refirió que los hacíamos sentir importantes, que realmente sentían que nos preocupaba su salud, que se sentían

tranquilos, respetados y escuchados en la consulta, y que se sentían acogidos en el centro de salud.

Escuchar todo lo anterior fue motivación suficiente para seguir brindando la atención de este Modelo a más personas y darnos cuenta de que la atención centrada en la persona realmente tiene resultados positivos en el manejo y control de sus enfermedades crónicas. Asimismo, las autoridades de las unidades y la Jefa Jurisdiccional lograron ver que el Modelo se estaba llevando a cabo satisfactoriamente en las unidades y que estaba generando un impacto importante en la atención de más de 200 personas.

De igual manera, participé en el encuentro que tuvo lugar en el Centro de Salud T-III Ampliación Hidalgo, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, donde me tocó exponer los objetivos y resultados de la atención centrada en la persona en todas las unidades de primer nivel de la Ciudad de México donde se desarrolla este Modelo. En este evento, tuvimos la fortuna de presenciar un momento muy lindo, donde un paciente con lágrimas en los ojos agradecía por la atención que se le brindaba, ya que sentía que el apoyo que no encontraba en su casa, lograba hallarlo ahí con el médico y su equipo de trabajo.

3.4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.

La finalidad de este módulo era presentar casos clínicos de pacientes participantes en el proyecto con un enfoque en la atención centrada en la persona, es decir, abordar la patología sin dejar de lado a la persona en su totalidad (su experiencia del padecimiento, aspiraciones, redes de apoyo y entorno social en el que se desarrolla); primordialmente para capacitarnos con ayuda de los asesores clínicos, en los procesos de razonamiento diagnóstico y de toma de decisiones para determinar el plan de tratamiento con base en la mejor evidencia científica disponible.

Los viernes dedicados al módulo cuatro resultaban realmente fructíferos, ya que de cada caso clínico surgían nuevos temas y tan diversos para ser revisados posteriormente. Se aprovechaba el caso clínico para discutir el tratamiento de acuerdo a la mejor evidencia disponible, donde de manera respetuosa se hacían recomendaciones de ajustes o cambios en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como los pasos a seguir para una adecuada referencia a otro servicio o para la búsqueda de apoyo por parte de los Servicios de Salud Pública de acuerdo a la experiencia de los asesores clínicos.

Algunos de los temas derivados que logramos abordar son: Manejo de insulinas, Plan de alimentación saludable, Salud bucal, Envejecimiento saludable, Polifarmacia, Uso de plantas medicinales en enfermedades crónicas, Apgar familiar, Nuevas guías de tratamiento principalmente de Diabetes Mellitus tipo 2.

4. Conclusiones

Por generaciones, los médicos hemos sido formados únicamente poniendo foco a la patología y tratamiento farmacológico de los pacientes, dejando a un lado la parte psicológica y social de las personas que enferman. Lo anterior, sin tener en cuenta que éstas poseen un papel muy importante en la enfermedad, ya que muchas veces es ahí donde se encuentra el origen del problema o bien, es la causa de perpetuación de la misma.

Este año de servicio social me ha ayudado a entender la situación actual de México en cuanto a servicios de salud, ser mucho más consciente de la gran inequidad en nuestra sociedad, vivir una condición epidemiológica de pandemia envuelta como personal de salud; y más allá de todo eso, me ha hecho cuestionarme sobre cuál es realmente nuestro papel como médicos del siglo XXI, si realmente estamos cumpliendo el principal objetivo de ayudar a las personas como originalmente nos impulsó a iniciar esta carrera.

Soy de la idea de que una medicina científicamente competente por sí sola es insuficiente para ayudar a las personas a lidiar con la pérdida de su salud o enfermedad, por lo que el médico requiere contar con distintas cualidades y desarrollar otras tantas a lo largo de su práctica profesional, como el ser compasivo y empático, escuchar con sinceridad, respeto, aceptación y libre de prejuicios a cada persona que busque su ayuda. Dicho en otras palabras, convertirnos en médicos con la capacidad de desarrollar relaciones sólidas con las personas y sus familias o comunidad; y de esta manera, aceptar el compromiso y responsabilidad por su salud y sus necesidades, contemplando a la persona como un todo.

Esto implica reconocer que todas las personas tienen sus propias historias, viven en un contexto psicosocial único y desarrollan sus padecimientos bajo diferentes circunstancias, y los médicos estamos obligados a examinar y tomar en cuenta todo esto durante nuestra valoración. El carácter y la personalidad de cada persona, asociados a la experiencia de vida, formación académica, cultura y el significado que tiene la enfermedad per se en la vida de la persona, son los principales factores que determinarán su comportamiento ante la enfermedad.

Por último, me gustaría agregar que me siento agradecida por haber participado en este proyecto en mi último año de la carrera, ya que gracias a él he conocido y aprendido a poner en práctica la atención centrada en la persona, que considero tan importante que debería ser inculcada en las universidades desde los primeros trimestres de la carrera. Realmente, somos pocos los médicos que hemos vivido y disfrutado de los beneficios que este tipo de atención nos regala, como: la confianza, transparencia y felicidad que compartes con el paciente.

Considero que este tipo de Modelos se debería llevar a más centros de salud, donde en realidad hace mucha falta que gente joven llegue a revolucionar la atención médica. Creo que esto únicamente se puede lograr con el apoyo de las autoridades de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, para que este tipo de proyectos

no desaparezca y se promueva que los pasantes tomen estas plazas, asegurando que el avance y seguimiento de estos pacientes ya incorporados al Modelo no se pierda. La única desventaja de este Modelo en las instituciones de salud, es la nula capacitación del personal que labora en las unidades, ya que en ocasiones dificulta y entorpece su ejecución, así como el desabasto importante de medicamentos para el control de enfermedades crónicas, principalmente insulinas.

5. Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas del apartado 3.1 Módulo 1.

1. Van de Velde D, *et al.* Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [Consultado 03 Ago 2021]; 9(e027775). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e027775>
2. Sullivan MD. Patient-Centered Care or Patient-Centered Health? En: Sullivan MD. *The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions*. Nueva York: Oxford University Press; 2017. p. 16-34.
3. Sullivan MD. Advancing from Activated Patient to Autonomous Patient. En: Sullivan MD. *The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions*. Nueva York: Oxford University Press; 2017. p. 192-227.
4. Cuba MS, Romero ZOM. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 [Consultado 03 Ago 2021]; 33(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/363/36349330024.pdf>

Referencias bibliográficas del apartado 3.2 Módulo 2.

1. Roncella A. Psychosocial Risk Factors and Ischemic Heart Disease: A New Perspective. *Reviews on Recent Clinical Trials* [Internet]. 2019 [Consultado 22 Oct 2021]; 14(2). Disponible en DOI: [10.2174/1574887114666190301141628](https://doi.org/10.2174/1574887114666190301141628)
2. Varghese T, *et al.* Psychosocial Risk Factors Related to Ischemic Heart Disease in Women. *Current Pharmaceutical Design* [Internet]. 2016 [Consultado 22 Oct 2021]; 22(25). Disponible en DOI: [10.2174/1381612822666160519113605](https://doi.org/10.2174/1381612822666160519113605)
3. Haynes SG, *et al.* The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III. Eight-year incidence of coronary heart

- disease. American Journal of Epidemiology [Internet]. 1980. [Consultado 23 Oct 2021]; 111(1). Disponible en DOI: [10.1093/oxfordjournals.aje.a112873](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112873)
4. Haynes SG, *et al.* The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. II. Prevalence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology [Internet]. 1978. [Consultado 23 Oct 2021]; 107(5). Disponible en DOI: [10.1093/oxfordjournals.aje.a112557](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112557)
 5. Haynes SG, *et al.* The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. I. Methods and risk factors. American Journal of Epidemiology [Internet]. 1978. [Consultado 23 Oct 2021]; 107(5). Disponible en DOI: [10.1093/oxfordjournals.aje.a112556](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112556)
 6. Eaker ED, *et al.* Psychosocial factors in the epidemiology of coronary heart disease in women. The Psychiatric clinics of North America [Internet]. 1989. [Consultado 24 Oct 2021]; 12(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2652106/>
 7. Eaker ED, *et al.* Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. Psychosomatic Medicine [Internet]. 2007. [Consultado 24 Oct 2021]; 69(6). Disponible en DOI: [10.1097/PSY.0b013e3180f62357](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180f62357)
 8. Razvodovsky YE. Psychosocial distress as a risk factor of ischemic heart disease mortality. Psychiatria Danubina [Internet]. 2013. [Consultado 24 Oct 2021]; 25(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23470609/>
 9. Fioranelli M, *et al.* Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology-based. Frontiers in immunology [Internet]. 2018. [Consultado 24 Oct 2021]; 9(2031). Disponible en DOI: 10.3389/fimmu.2018.02031
 10. Ornish D, *et al.* Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. Lancet [Internet]. 1990. [Consultado 24 Oct 2021]; 336(8708). Disponible en DOI: 10.1016/0140-6736(90)91656-u
 11. Low CA, *et al.* Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. Psychosomatic Medicine [Internet]. 2010. [Consultado 25 Oct 2021]; 72(9). Disponible en DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181f6934f

Anexos



Fotografía 1. Encuentro de pacientes en Xochimilco. Grupo de discusión: Servicio de salud.

Coordinadora: Martha Velasco Espín
Relator: Diego Landa Vázquez



Fotografía 2. Encuentro de pacientes en Xochimilco. Grupo de discusión: Servicio de salud.

Coordinadora: Martha Velasco Espín
Relator: Diego Landa Vázquez



Fotografía 3. Encuentro de pacientes de la Jurisdicción Xochimilco.



Fotografía 4. Grupo de pacientes en el Centro de Salud T-II San Mateo Xalpa, esperando el transporte para trasladarse al encuentro.



Fotografía 5. Equipo de trabajo del Centro de Salud T-II San Mateo Xalpa. Asesora: Dra. Carolina Monserrat Zambrano Páez; Médico Pasante: Martha Velasco Espín; Enfermera: Ariana Valencia; y Trabajadora social: Amparo Razo.



Fotografía 6. Iniciando la primera jornada de vacunación contra COVID-19 para adultos mayores de 60 años en la Preparatoria 5, con las autoridades de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



Fotografía 7. Iniciando la primera jornada de vacunación contra COVID-19 para adultos mayores de 60 años en la Preparatoria 5, con las autoridades de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



Fotografía 8. Día de la acreditación del Grupo de Ayuda Mutua en el C.S. T-II San Mateo Xalpa (único en la Jurisdicción Xochimilco), tomando muestras de glucosa capilar y hemoglobina glucosilada.



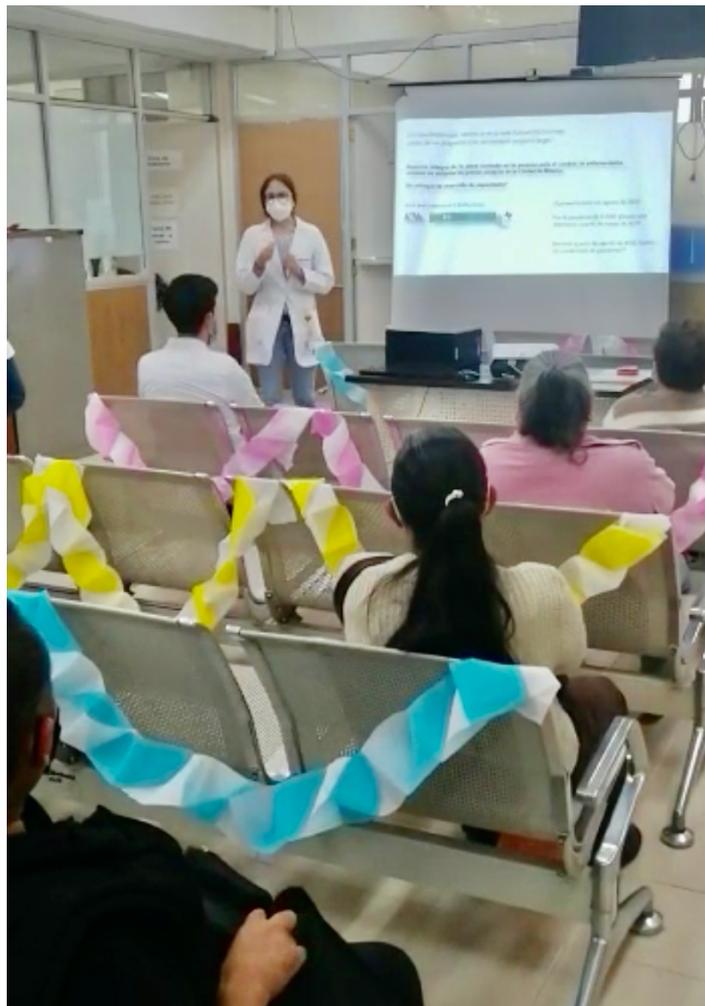
Fotografía 9. Día de la acreditación del Grupo de Ayuda Mutua en el C.S. T-II San Mateo Xalpa. Pacientes, equipo de trabajo y autoridades de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



Fotografía 10. Tomando signos vitales en consulta del Modelo de Atención Centrada en la Persona con Enfermedades Crónicas.



Fotografía 11. Sesión educativa del tema: Dislipidemias, con el Grupo de Ayuda Mutua "Vida en Plenitud".



Fotografía 12. Encuentro de pacientes en el C.S. T-III Ampliación Hidalgo de la Jurisdicción Tlalpan. Presentación de resultados.



INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Martha Velasco Espín.
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA	UAM - Xochimilco.
PROMOCIÓN	Febrero 2021.
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	C.S. T-II. San Mateo Xalpa. Xochimilco.
PERIODO QUE REPORTA:	Final: (Enero 2022 ← Febrero 2021)
FECHA DE ENTREGA:	01/02/2022.

2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	C.S. T-II San Mateo Xalpa
NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO	24 + 2 (a cargo de Jurisdicción)
PARTICIPO EN CAPACITACION AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	(INDICAR NUMERO DE PARTICIPACIONES) 24
PARTICIPO COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	(INDICAR NUMERO DE PARTICIPACIONES COMO PONENTE Y NOMBRE DE LAS PONENCIAS) 0

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		X
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		X
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)		X
CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA		X
PARTICIPACION EN CERCOS EPIDEMIOLOGICOS (ESPECIFICAR NUMERO Y CAUSA)		X
ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	2	
PLATICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NUMERO)	4	
OTROS		X

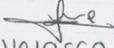
4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	44	
CONSULTAS SUBSECUENTES	920	Modulo cronicos.
HISTORIAS CLINICAS	44	
DETECCION DIABETES	12	
DETECCION CAGU (NO. DE	29	



CITOLOGÍAS REALIZADAS)		
DETECCION DE CANCER DE MAMA	25.	
DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL	10.	
DETECCION ADICCIONES	12.	
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	3.	
ATENCION PRENATAL	22.	
PLANIFICACION FAMILIAR	32.	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	2.	
CONTROL DEL NIÑO SANO	26.	
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	1,147.	
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	96.	
CERTIFICADOS MEDICOS	14.	
OTROS	0.	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

 Dra. Rosalinda Miranda Hernández ESP. EN SALUD PÚBLICA CÉD. PROF. 19248871 JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA O DIRECTOR DE HOSPITAL	 RESPONSABLE JURISDICCIONAL DE ENSEÑANZA O JEFA DE ENSEÑANZA DE HOSPITAL
 Dra. Nancy Avila Ferrer TUTOR	 Martha Velasco Espín. NOMBRE DEL PASANTE



Informe final de actividades entregado a los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.