

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

COORDINACIÓN DE PRIMER NIVEL Y SALUD COMUNITARIA

PROYECTO URBANO DE SALUD

REPORTE FINAL DE SERVICIO SOCIAL:

Vivencias y utilización del modelo de atención centrado en la persona en el
Módulo Piloto Culhuacán: de la evidencia a la narrativa.

ASESOR:

Dr. Víctor Ríos Cortázar

MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL:

Marlene Guerrero Alcocer

ENERO 2020

Agradecimientos

A mis padres, que sin ellos no estaría en este lugar.

Mis hermanos, que siempre han apoyado.

Jas y Gaby, no hubiera sobrevivido sin ustedes.

Víctor Ríos gracias por darme la oportunidad,
y apoyarme en los momentos difíciles.

A todas las personas del Módulo,
que me confiaron su salud.

A todos los que seguimos y seguiremos
en lucha por la libertad, justicia y equidad.

CONTENIDO

- I. Introducción
- II. Proyecto Urbano de Salud
 - a. Antecedentes
 - b. Modelo de atención centrado en la persona: desarrollo de capacidades individuales y colectivas.
- III. Historia Módulo Piloto Culhuacán
 - a. Antecedentes
 - b. Servicio de salud
- IV. Modelos médicos utilizados
 - a. Medicina basada en evidencias
 - b. Medicina basada en narrativa
 - c. ¿Cómo lograr la integración de ambos modelos?
- V. Sistematización de la consulta centrada en la persona en el Módulo Piloto Culhuacán
 - a. Definición
 - b. Estructura de la relación médico-paciente
 - c. Momentos de la relación médico-paciente
 - d. Componentes de la relación médico-paciente
- VI. Conclusiones
- VII. Bibliografía

I. Introducción

"Ocuparse de sus semejantes con bondad, modestia, compasión y moderación, es nuestra primordial ocupación "

Alí ben Raban (s.x)

A lo largo de los años, en la formación médica, nos enseñan a no "involucrarse" emocionalmente, a tratar enfermedades, a ver y entender causas, a razonar para dar un diagnóstico y un tratamiento sin identificar realmente el todo del ser humano. Pareciese que la empatía, el respeto y la comunicación quedaran de lado, que lo que nos hace personas no valiera.

El modelo médico tradicional es el modelo con el que se forma la mayor parte de los profesionales de la salud, en este modelo no integramos, sino que separamos lo físico de lo mental, y todo se centra en diagnosticar y "curar".

De acuerdo con la Carta de Ottawa, se puede entender por salud a las capacidades que desarrolla la persona que lo lleva a la satisfacción de sus necesidades, aspiraciones y adaptación o modificación de su entorno, con el propósito de que sean ellos quienes decidan libremente qué es lo que desean y valoran.

El siguiente documento tiene la intención de "sistematizar" la práctica del modelo de consulta centrado en la persona, desde las vivencias y experiencias de la pasantía de servicio social en el Módulo Piloto Culhuacán, abordado desde la estructuración teórica de la relación médico paciente, la utilización y combinación de diferentes modelos de aplicación de la práctica médica, así como de las características que se llegan a desarrollar como médicos de servicio social y el impacto que queda marcado para futuras experiencias.

Se trata de especificar y desarrollar momentos de la consulta, que sean de ayuda durante la práctica clínica desde ambas perspectivas, tanto del médico como del paciente, para llegar a una relación horizontal y bilateral en la que ambos compartan responsabilidad y control de la enfermedad, con el objetivo de deconstruir la relación de paternalismo, donde la persona tratada se ve como alguien incapaz de tomar decisiones, así como la idea de que el médico no puede mantener una relación de empatía y comprensión sobre el sentir de su igual.

II. Proyecto Urbano de Salud

a. Antecedentes

En 1993 la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X), inicia el Proyecto Urbano de Salud (PUS) con la finalidad de contribuir a la creación de nuevos modelos de atención y prevención de salud que pudieran responder a las necesidades de la población, a partir de procesos de organización y participación social, todo esto dentro del primer nivel de atención. (1)

A partir del año 2003, el PUS fue incorporado a la Coordinación de Primer Nivel y Salud Comunitaria como base conceptual y metodológica para el diseño, ejecución y evaluación de proyectos específicos que incluyan tres áreas: (1)

1. Área de Promoción de la Salud, en donde se busca promover el desarrollo de capacidades, individuales y colectivas, de personas y grupos sociales para que aumenten el control sobre su salud y la mejore. (1)
2. Área Clínica, se busca aumentar la eficacia del primer nivel de atención teniendo como referente la calidad de la atención como un derecho en donde exista organización y participación social. Se orienta hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. (1)
3. Área de Formación Profesional, en donde los estudiantes y prestadores de servicio social aprenden investigando sobre problemas de la realidad para transformarla, para así lograr que los futuros profesionales de la salud se transformen. (1)

b. Modelo de atención centrada en la persona: desarrollo de capacidades individuales y colectivas.

El modelo de atención centrada en la persona establecido por el PUS de la UAM-X busca incorporar el concepto de promoción de la salud, y vincular esta estrategia con la prevención y la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); así como el desarrollo de capacidades, individuales y colectivas, para que las personas aumenten el control sobre su enfermedad y mejoren su condición de vida. (2)

A partir de esta teoría va cambiando la perspectiva de la atención tradicional con la que crecemos académicamente e inicia un proceso de autocrítica en el que cuestionamos si los métodos que hemos aprendido han sido incorrectos, ineficientes o insuficientes. De tal forma que se da el comienzo de algo diferente, no

solo en el pensamiento, sino también en el sentir, en el intento de empezar a crear lazos con las personas que sabes que estarán contigo durante un año.

Es así como inicia el proceso de desarrollar capacidades, no solamente con los pacientes, sino también, con las capacidades de una misma, las cuales tenemos que aprender para escuchar, comprender y mantener un diálogo con alguien que está preocupado por su salud y que necesita saber que puede depositar su confianza en ti.

III. Historia de Módulo Piloto Culhuacán

a. Antecedentes

De 1995 a 2003 el espacio, que actualmente es conocido con el nombre de Módulo Piloto Culhuacán, era una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se dedicaba a dar atención médica, a la población que ahí habitaba. Sin embargo, debido a la baja demanda de consultas médicas el lugar fue cerrado y abandonado por cinco años, aproximadamente.

Durante el 2008, vecinos organizados de la colonia Piloto Culhuacán, tomaron la iniciativa de mejorar su zona de residencia, de manera que buscaron lugares que resultaran de utilidad para el beneficio de toda la localidad. Fue así que surge el proyecto de dar servicio de salud a la población de la colonia y zonas aledañas.

b. Servicio de salud

A raíz de esta organización, se crea un comité, el cual se encarga de tomar decisiones y de dar respuesta a las problemáticas que se vayan presentando. Es así como comienza la búsqueda de personal de la salud interesado en participar, por lo que se comenzaron a realizar visitas a las diferentes universidades de la Ciudad de México, siendo la UAM-X por parte de la Coordinación de Primer nivel y Atención Comunitaria, específicamente el PUS, quien acepta colaborar.

Finalmente, en 2009 el Módulo Piloto Culhuacán abre su servicio de atención con la implementación del PUS, dando paso al médico pasante de servicio social para llevar a cabo la práctica médica. Sin embargo, el desarrollo de la atención no recae solo en el servicio médico, sino también en el odontológico y psicológico, dando así una atención integral a las personas que ahí acudan.

Actualmente el Módulo cuenta con un total de 93 personas, las cuales acuden mes con mes a la valoración y control de sus enfermedades crónicas no transmisibles, además de personas que asisten a consultas de Medicina General, Odontología y Psicología.

IV. Modelos médicos utilizados

a. Medicina basada en evidencia

Es una corriente metodológica de razonamiento que pretende unir la experiencia clínica al método científico, incluyendo en la toma de decisiones los valores del paciente. (3)

La medicina basada en la evidencia (MBE) intenta rescatar lo que debe ser la práctica médica ideal estableciendo como eje principal de actuación y como razón de ser el o la paciente, y preconiza *“el uso juicioso de la mejor evidencia disponible en la investigación clínica, la que debe integrarse con la experiencia clínica del médico y esto conjugarse con los valores y preferencias que sobre el punto tienen los o las pacientes para tomar decisiones adecuadas relacionadas al cuidado de la salud”*. (4)

b. Medicina basada en narrativa

La medicina basada en narrativa (MBN) es practicada con competencia narrativa, es decir, la competencia para absorber, interpretar y responder a las narraciones. El lector u oyente competente encuentra el significado de una narrativa (novela, libro de texto, relato), valorando ¿quién lo cuenta? ¿quién lo oye? ¿por qué y cómo se cuenta?; con estas competencias, el significado de lo narrado se capta en colaboración desde fuentes posiblemente contradictorias: el lector y el escritor, el observador y lo observado, el médico y el paciente. No es un entendimiento monolítico y jerárquicamente establecido. (5)

c. ¿Cómo lograr la integración de ambos modelos?

Una vez establecido el concepto de la MBE y la MBN intentamos crear un modelo de medicina integral en la que el sujeto médico encuentre un balance entre la evidencia científica y el valor empático que implica dar consulta y el trato a las personas. Un modelo que integre todo, tanto las experiencias del paciente y su sentir como persona que padece una enfermedad y las bases científicas.

Entonces, cómo podríamos balancearlas. Personalmente, considero que se inicia cambiando el *“chip”* que tenemos desde la formación médica, una vez que se tienen las bases y el conocimiento de que otro tipo de consulta médica es posible empezamos a hacer una autocrítica de nuestro comportamiento dentro del consultorio. Sin embargo, no consiste solamente en la autocrítica, sino también en saber qué hacemos y qué no hacemos al momento de la consulta, pero sobre todo en qué podemos hacer para mejorar nuestro desempeño con las personas atendidas. Es así como integramos la teoría y la llevamos a la práctica; las relaciones radican en aprender a escuchar partiendo del hecho de ser empáticos,

comprender lo que siente el otro y poder mirar lo que siente, y entender que todo ser humano es único.

Como médicos pasantes aprendemos a actuar con competencia y responsabilidad en situaciones de la vida real, social y laboral, de manera que desarrollamos competencias que nos ayudarán a crecer y a evolucionar al momento de dar consulta y de desenvolvernarnos con el entorno o el espacio en el que nos encontremos. Dependerá de las habilidades de comunicación, conocimientos y destrezas de cada individuo, algunos con más facilidad que otros. Finalmente, ambos tipos de medicina son necesarios, para dar el mejor trato y tratamiento, ninguno puede estar por encima del otro.

V. Sistematización de la consulta centrada en la persona en el Módulo Piloto Culhuacán

A continuación, se desarrollarán conceptos teóricos para poder entender las bases que implican la relación médico-paciente y dar paso a la sistematización del modelo de atención centrado en la persona mediante la utilización de los componentes de la relación médico-paciente.

a. Definición

Lo podemos definir como un modelo de consulta que involucra un perfil médico en donde exista excelencia humana y competencia clínica, combinando las dimensiones de la persona: psicológica, biológica, familiar, social, laboral y espiritual, para lograr así una atención integral.

Partiendo de esta definición, que es una estructuración propia, a raíz de la teoría aprendida durante las sesiones con asesores académicos, podríamos decir que la base del éxito en el modelo es el trato que se tiene para con las personas. Lograr integrar al ser humano como un todo, mediante el diálogo y el entendimiento es lo que lleva a que inicie un proceso de confianza bilateral, y así poder crear un vínculo en el que tanto médico y paciente compartan control y responsabilidad de la atención logrando desarrollar una buena relación médico-paciente.

b. Estructura de la relación médico-paciente

Se puede entender como un proceso conjunto de toma de decisiones, en el que el paciente aporta su sistema de valores y su enfermedad, y el médico su propio sistema de valores y su competencia científico-técnica. (7)

Durante la consulta médica influyen diferentes factores que van ordenando la forma de relacionarse dependiendo de la persona a la que se está atendiendo. Algunas

veces puede costar más o menos trabajo, sin embargo, el modo de convivir con el paciente se da mediante la combinación de la empatía y la objetividad, logrando crear un vínculo que nos permita ayudar en todos los aspectos de la dolencia, llegando a la salud de la persona sin que se vea afectada su libertad de decisión.

c. Momentos de la relación médico-paciente

Según Aristóteles, el ser humano es un ser físico y biológico que, al igual que las plantas, tiene un alma vegetativa, y, como el resto de los animales, un alma sensitiva, lo cual le permite hablar, razonar y distinguir el bien del mal.

Se debe reconocer al ser humano como un todo indivisible y complejo que tiene expectativas, sentimientos, creencias y problemas que acuden en busca de ayuda. Por lo cual, se establece que la relación clínica comprende cinco momentos, los cuales se describirán a continuación: (7)

- I. Cognoscitivo: integra el conocimiento de la enfermedad, el diagnóstico clínico y el pronóstico.
- II. Afectivo: engloba emociones y sentimientos que experimentan médico y paciente.
- III. Operativo: es la conducta y los procedimientos que aplica el médico en la atención del paciente.
- IV. Ético: regula la conducta del médico en marco de la relación clínica.
- V. Histórico-social: aspectos sociales del médico del paciente, de la enfermedad y de la relación.

d. Componentes de la relación médico-paciente

Para que exista una comunicación efectiva entre el médico y el paciente se ha desarrollado una herramienta llamada Método Clínico Centrado en la Persona que consta de cuatro componentes, los cuales deben integrarse junto con los momentos de la relación médico-paciente, para así lograr la satisfacción, tanto de pacientes como de profesionales de la salud, que lleven a una mejora en la adherencia de las enfermedades crónicas y disminución en las quejas por mala práctica médica. (7)

Primer componente:

Consiste en integrar todos los aspectos de la persona: biológica, psicológica, social y espiritual, para de esa forma poder percibir las necesidades y expectativas reales de los pacientes.

Debemos comprender que cada persona tiene su propia percepción de salud. Partiendo de esto podemos comenzar a explorar qué siente respecto al problema que presenta, recordando siempre el principio de autonomía. También tener en cuenta cómo afecta la enfermedad o dolencia, no solo a su vida física, sino también

en su día a día y qué es lo que espera de nosotros como médicos. Una vez establecidos estos puntos se inicia un proceso de confianza que ayuda a que ambas personas puedan desenvolverse en un ambiente de comunicación efectiva.

Segundo componente:

Comprender a la persona como un todo. Cada persona tiene su propia personalidad que se forja a raíz de las propias experiencias y la formación que nos dan en el entorno familiar, debemos conocer a la persona que se va a tratar, no solo en nombre, sino indagar un poco en su cultura, valores, creencias. Algunas veces no se logra mantener este componente debido a que cada relación humana es diferente. Dependerá tanto de la habilidad del médico para comunicarse y entablar empatía, como de la habilidad del paciente para confiar.

Tercer componente:

Consiste en desarrollar acuerdos entre ambos participantes. Se logra entendiendo el contexto de la enfermedad y en lo que puede significar para la persona, debemos establecer términos simples que ayuden a aclarar cualquier duda del paciente (está de más el uso de terminología médica) y también especificar que todo lo que se hable dentro del consultorio es completamente confidencial.

También debemos establecer cuáles son las metas y las prioridades del tratamiento, teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Es muy importante que como médicos no exijamos cosas que estén fuera del alcance del paciente, por ejemplo, no exigir el uso de medicamentos que estén fuera del alcance económico del paciente, porque al final de cuentas lo único que lograremos será que el paciente y el médico se frustren porque no habrá una mejoría y podría haber incumplimiento de las normativas. Lo ideal es buscar la mejor alternativa para la persona, de manera, que ambos lados queden satisfechos, tanto el médico al saber que está tomando la mejor elección para su paciente, como el paciente al saber que se está dando el mayor esfuerzo para lograr su bienestar.

Así llegamos a la asignación de roles y responsabilidades, en la que ambas partes deben estar de acuerdo en la toma de decisiones, logrando así el comienzo de desarrollo de una de las capacidades, el autocuidado.

Cuarto componente:

Consiste en mejorar la relación médico-paciente. Como se menciona en párrafos anteriores, cada relación es única y puede variar en grados o dimensiones según el tipo de paciente y del médico. La calidad de la relación dependerá de la responsabilidad compartida, de la compasión, la empatía y la confianza.

VI. Conclusiones

El modelo de atención centrado en la persona es un modelo que nos ayuda tanto a médicos como a pacientes a tener una perspectiva diferente de lo que es participar en una consulta médica. Se logra llegar a un nivel de comunicación y confianza que no se puede obtener con el modelo tradicional.

Es posible que no todo pueda ser sistematizado, quizás la teoría se tiene presente, pero al momento de llevarlo a la práctica se debe de tener en cuenta que no todas las personas actúan igual, ganarse la confianza de uno no es tan fácil como empatizar con otro. La actitud con la que se recibe a la persona al momento de dar consulta cuenta mucho para el desarrollo de esa confianza.

Personalmente, durante el año del Servicio Social, puedo rescatar que aprendí una mejor forma de comunicarme con las personas, de relacionarme con ellas y de entender mejor sus necesidades.

Bibliografía

1. Unidad Xochimilco UAM. Ciencias Biológicas y de la Salud [Internet]. Coordinación de Primer Nivel y Salud Comunitaria. 2020 [citado 18 enero 2020]. Disponible en: <http://www2.xoc.uam.mx/ofertaeducativa/divisiones/cbs/coordinaciones/primer-nivel/>
2. Proyecto Urbano de Salud. Proyecto Control, de Enfermedades Crónicas. 2019.
3. Arceo, J., Ornelas, J. Manual de medicina basada en evidencias. Manual Moderno, 2014.
4. Málaga, G. Medicina basada en la evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación. Revista Médica Hered, 2009.
5. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 2001;286(15):1897–1902. DOI: 10.1001/jama.286.15.1897.
6. Fuentes, M., Contreras, J., La medicina centrada en el paciente como método clínico. Revista Médica Hered, 2016.
7. Mendoza, A., La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Revista Perú Gineco-obstetrica, 2017.