

Octubre 2024

Asociación Mexicana de Médicos en Formación A. C.

SOYAMMEF

15VA EDICIÓN

PAG.14

EMPODERANDO A LAS
FUTURAS GENERACIONES
CIENTÍFICAS: EL
PROGRAMA
"INNOVATION RESEARCH
AND ADVOCACY"

PAG. 16

OPORTUNIDADES EN
INVESTIGACIÓN:
ESTANCIA EPIGEN X
SCOMP

PAG.32

SCONOCE DURANGO:
UN VÍNCULO
NACIONAL PARA EL
FUTURO MÉDICO

PAG. 84

CUIDANDO CON EL
CORAZÓN: CREANDO
CONEXIONES CON
LOS PEQUEÑOS
PACIENTES

PAG.52

DE LA BATA BLANCA
AL CUIDADO
HUMANO

TEMA ESPECIAL:

"EL MÉDICO A LO
LARGO DE LA VIDA"



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.



Revista de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación, A.C. (AMMEF, A.C.)

la AMMEF, A.C.

Es una asociación que reúne a más de 60 agrupaciones de estudiantes de medicina en México. Fundada en 1994, la AMMEF, A.C.- antes IFMSA - México, es miembro de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA), que representa a más de 1.3 millones de médicos en formación en 127 países a través de seis continentes.

Publicación:

Esta es una publicación de la AMMEF, A.C. bajo la coordinación del Comité Permanente de Publicaciones Médicas (SCOMP).



Declaración de descargo de responsabilidad:

Las opiniones e información contenidas en esta publicación son responsabilidad exclusiva de sus autores, pueden representar la opinión colectiva de u grupo de colaboradores, pero no necesariamente la postura de la AMMEF, A.C.



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.



SCOMP
PUBLICACIONES MÉDICAS

SOYAMMEF

Comité editorial 2024-2025



Abril Osobampo
Editora en Jefe



Lenyn Sevilla
Editor Asociado



Charbel Martínez
Editor Asociado



Osvaldo Torres
Relaciones Externas



Francisco Santamaría
Relaciones Externas



Maryelba Soto
Traducción



Jimena Roldán
Corrección Estilos



Luisa Muñoz
Corrección Estilos



Fernanda Aguilar
Corrección Estilos



Josue Portillo
Traducción



Andser Avilés
Verificación de Datos



Pamela Sandoval
Verificación de Datos



Inés Flores
Verificación de Datos



Mayte Santos
Traducción



Karely García
Arte y Diseño



Sandra Grado
Arte y Diseño



Amy Martínez
Arte y Diseño



Fernanda Flores
Fotografía



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.



SCOMP
PUBLICACIONES MÉDICAS

SOYAMMEF

Nota del editor



ABRIL OSOBAMPO
EDITORA EN JEFE

Estimados lectores:

Es un placer traerles la 15va edición de nuestra amada revista médico-cultural SoyAMMEF, que a mi consideración es uno de los pilares dentro de la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A. C. (AMMEF A.C.) y del Comité Permanente de Publicaciones Médicas (SCOMP).

El poder ser parte de esta asociación fungiendo como Editora en Jefe es una meta que antes de continuar, les quiero agradecer su confianza y dar un reconocimiento a quien forma parte de este Comité Editorial y mi bello Equipo Nacional, del cual formo parte, además agradecer a todas las personas que enviaron su colaboración por tener la ilusión de participar en esta edición que con tanto esmero se ha laborado.

Al estudiar y en un lapso de tiempo no tan lejano formar parte del personal de salud, es imperativo el conocer los aspectos sociales, y culturales dentro de los distintos contextos que nos brinda el interactuar con distintas etapas de la vida, es por eso la temática "El médico a lo largo de la vida".

Espero que esta 15va edición se encuentre a la altura de sus expectativas, y disfruten de estos escritos que con tanta ilusión fueron enviados.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large 'O' followed by a stylized 'A' and 'C'.

Abril Osobampo Corona
Editora en Jefe SoyAMMEF2024-2025

Nota de la NOMP



ARANZA ESCANDÓN
OFICIAL NACIONAL DE
PUBLICACIONES MÉDICAS

Estimados lectores:

Es un honor compartir con ustedes la primera edición de nuestra revista correspondiente a la gestión 2024-2025. Después de tanto esfuerzo y dedicación, seguimos trabajando arduamente para difundir los trabajos de nuestros miembros, promoviendo así la publicación de las experiencias obtenidas tanto dentro como fuera de nuestra gran asociación.

En esta, nuestra decimoquinta edición, continuamos esforzándonos para ofrecer a nuestros miembros y a la asociación un espacio seguro donde puedan expresar y compartir el arduo trabajo que han venido realizando como estudiantes del área de la salud. Confiamos en que, a través de este esfuerzo, más personas se sientan motivadas a participar en las diversas actividades que organizamos, con el objetivo de enriquecer su experiencia y desarrollo como líderes en salud.

Agradecemos a todas las personas que enviaron sus escritos y a quienes contribuyeron a la publicación de esta edición. Esperamos que disfruten de su lectura y que se animen a ser los próximos en compartir sus anécdotas e investigaciones.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Escandón'.

Aranza Escandón Wong
Oficial Nacional de Publicaciones Médicas
Gestión 2024-2025

A close-up, partial view of a person wearing blue medical scrubs. A stethoscope is draped around their neck, with the chest piece resting on the fabric. They are holding a clipboard in their left hand. The background is a plain, light gray.

**“Cuando se escribe se busca
remediar cosas de la realidad”**

Cristian Cano

SOYAMMEF

Editor en jefe:

Abril Osobampo

Editores asociados:

Lenyn Sevilla

Charbel Martínez

Relaciones Externas:

Francisco Santamaría

Osvaldo Torres

Corrección de Estilos

Fernanda Aguilar

Jimena Roldán

Luisa Muñoz

Verificación de Datos:

Andser Avilés

Pamela Sandoval

Inés Flores

Arte y Diseño:

Sandra Grado

Amy Martínez

Karely García

Coordinadora de marketing SCOMP:

Ximena Rosas

Editor de fotografía:

Fernanda Flores

Traducción:

Maryelba Soto

Josue Portillo

Mayte Santos

SOYAMMEF



**“ESCRIBIR PARA ACTUAR
PUBLICAR PARA *CAMBIAR*”**

QUINCEAVA EDICIÓN
OCTUBRE 2024

CONTENIDO

ESTA ES LA AMMEF

PAGINA 14

Empoderando a las futuras generaciones científicas: El programa "Innovation Research and Advocacy"

ROLDAN MEDRANO JIMENA
MONTES SEVILLA LENYN DANIEL

PAGINA 16

Oportunidades en investigación: Estancia EPIGENxSCOMP

MENA MODRAGÓN JOSÉ RICARDO
LECUONA MEYENBERG SEBASTIAN

S C O M E

PAGINA 20

Temas selectos de biomedicina: beneficios y recompensas.

CASTILLO ZAVALA DAVID ARTURO

S C O M P

PAGINA 24

¿El estudiante de medicina no tiene vida social? Develando el mito.

MEZA SAMPEDRO AIDA ITZEL

PAGINA 26

Investigación en salud: la importancia de su enseñanza a estudiantes de medicina durante el pregado

ANTELIZ RODRÍGUEZ CÉSAR ABRAHAM

S C O N E

PAGINA 32

SCONoce Durango: Un vínculo nacional para el futuro médico

MOLINA MARÍN DE LA HOYA GAELE JOSUÉ
SÉPULVEDA GAYTÁN CITLALI

S C O P E

PAGINA 38

En el corazón de la cirugía del viejo mundo de la tierra de los descubrimientos: Experiencia en el Hospital Cova de Beira

RICO SÁNCHEZ AARÓN
LÓPEZ ALVARADO MIGUEL

PAGINA 40

Un mes de enriquecimiento profesional y cultural en Olomouc: la ciudad morava de las fuentes

GARCÍA LOERA ARANTZA LIZBETH

PAGINA 44

La incertidumbre a 7713 km de la certeza

RODRIGUEZ RUIZ JOHANA ITZEL

PAGINA 46

De NIMIO a MAGNO

LÓPEZ LÓPEZ JOSE ALFREDO

PAGINA 48

En el cerebro del sur de Francia

LÓPEZ MARTÍNEZ BRUNO EDUARDO
LÓPEZ ALVARADO MIGUEL

S C O P H

PAGINA 52

De la bata blanca al cuidado humano

PEREA TAPIA CRISTYAN GAHEL

PAGINA 54

Violencia obstétrica: un problema de salud pública del que no se habla.

MORENO RAMÍREZ MIRANDA SIBONEY

S C O R A

PAGINA 58

La doble cara del parto en México: Humanización vs Violencia

QUINTERO MALDONADO MARCELA PAULINA

PAGINA 62

El Tabú del aborto inducido: prácticas en embarazos no deseados

SOTO CASTILLO MARÍA JOSÉ

S C O R E

PAGINA 68

Chile, me tincas caleta

MARTINEZ MACIAS LUIS DAVID
LÓPEZ ALVARADO MIGUEL

S C O R P

PAGINA 72

El papel del médico en el bienestar emocional: Desde el control prenatal hasta la detección y manejo de la depresión posparto

MORALES ARÉVALO AZUL MÓNICA
BARRERA SWAIN KARINA NAOMI

PAGINA 76

Más allá de los síntomas: La medicina holística y el paradigma biopsicosocial

GÁMEZ BORBÓN ÁNGEL

PAGINA 78

Artes y humanidades en la formación y práctica médica: análisis desde una perspectiva actual

SANTOS REYES BRENDA MARÍA

TEMA ESPECIAL

EL MÉDICO A LO LARGO DE LA VIDA

PAGINA 84

Cuidando con el corazón: Creando conexiones con los pequeños pacientes.

QUINTANAR SERRANO VÍCTOR GUSTAVO

PAGINA 86

Rol del médico en formación en la atención del adulto mayor.

MUÑOZ MARTÍNEZ DANIEL

PAGINA 88

Mala praxis y patologización de pacientes femeninos.

MARÍA INÉS FLORES ENCINAS

PAGINA 90

El médico y la atención integral del cáncer de próstata en el adulto mayor

FLORES REYES MARCO FARYD
SÁNCHEZ GÁMEZ ARIADNA CRISTINA

PAGINA 94

Experiencia de atención integral en el adulto mayor en la Clínica Geriátrica Coyoacán.

VEGA SANDOVAL ABRAHAM

PAGINA 96

Curar o castigar: el dilema en la relación médico-paciente.

SALAZAR COVARRUBIAS ASHLEY DENISSE

PAGINA 98

De la adolescencia a la adultez: fomentando la autonomía en salud.

AYALA CORONADO ISMAEL SEBASTIAN

PAGINA 102

Aspectos que se presentan al consultar adolescentes.

OLMEDO MARTÍNEZ LIZZET JOCELYN

PAGINA 104

Más allá del procedimiento: reflexiones de humanidad en la práctica médica

BARBA CASTRO PAULINA

PAGINA 108

Más allá de la edad: la importancia de una atención médica digna para los ancianos

JIMÉNEZ MACÍAS SUSANA

PAGINA 112

El papel del médico en el manejo integral del adulto mayor: un enfoque multidisciplinario

GARCÍA RUBIO ARLETH FERNANDA

PAGINA 114

El papel del médico en la detección y manejo de la depresión en estudiantes: Un desafío actual.

RAMOS JIMÉNEZ ISMAEL

PAGINA 118

Visibilizando a los invisibles: Importancia del reconocimiento en pediátricos.

PEÑA ALVAREZ BRISBANE KARIM

PAGINA 122

El Impacto del Bienestar Mental del Médico en el Trato al Paciente

PÉREZ CHAVARIN CASIMIRO

PAGINA 124

Hacia una atención centrada en el adulto mayor: un enfoque en la dignidad del paciente.

GOMEZ HERNANDEZ ARMANDO

PAGINA 126

El peso de la soledad en el consultorio

MONROY GARCIA JOSE RAMSES

PAGINA 128

Enfrentando la oscuridad: acompañamiento emocional

MANRIQUEZ GONZALEZ YANELY CRISTINA

PAGINA 132

Trato digno hacia la mujer embarazada

SANDOVAL GÓMEZ PAMELA YVETTE

PAGINA 134

Consejos para el futuro no muy lejano

DÍAZ LÓPEZ OWEN GERMÁN

PAGINA 138

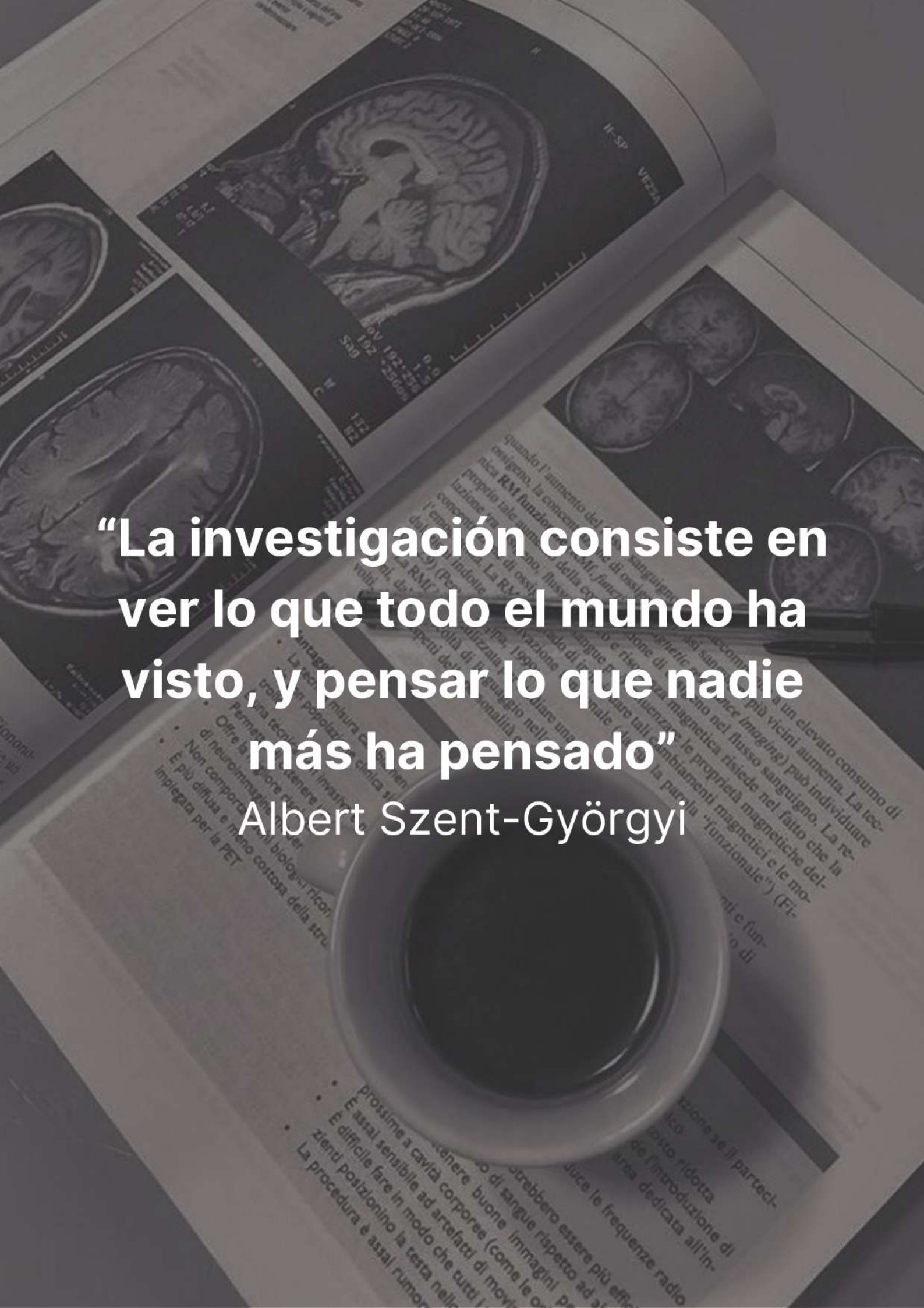
El trato médico en la infancia: un enfoque integral para el bienestar

MAYORAL CARRASCO ANTONIO

PAGINA 140

De doctor a doctor

SÁNCHEZ REYES GÉNESIS YURITZY

A grayscale photograph of an open book. The left page shows several axial and sagittal MRI brain scans. The right page contains text about functional MRI (fMRI) and a list of bullet points. A white cup of dark coffee sits on the right page. The text is overlaid in white, bold font.

**“La investigación consiste en
ver lo que todo el mundo ha
visto, y pensar lo que nadie
más ha pensado”**
Albert Szent-Györgyi

Ésta es la

AMMEF A.C.



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.

SOYAMMEF



AMMEF
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.

SOYAMMEF

Empoderando a las futuras generaciones científicas: El programa “Innovation Research and Advocacy”



Roldan Medrano Jimena
AMEUAD- CT
jjerm010802@gmail.com



Montes Sevilla Lenyn Daniel
ADEMEN
lenyn.montes@uan.edu.mx

La investigación en la educación médica

La investigación científica, antes vista como un ámbito reservado para expertos, cada vez encuentra mayor espacio en el currículum de los estudiantes. El papel que juega la investigación en los centros educativos va ganando terreno, nos enfrentamos a un panorama en donde es fundamental el cuestionamiento hacia la información actual, construyendo así un pensamiento crítico y no solo un seguimiento a ciegas de lo que se nos ha planteado como la verdad absoluta por nuestros superiores.

Programas como Innovation Research and Advocacy (IRA) son un claro ejemplo de esta tendencia, demostrando que la investigación no sólo es accesible para los jóvenes, sino que también puede ser una herramienta poderosa para su desarrollo personal y profesional. Este programa pionero, diseñado por y para estudiantes, busca fomentar una cultura de investigación desde etapas formativas, otorgando a los estudiantes las herramientas y apoyo necesarios, con el impulso para formular sus propias preguntas de investigación, diseñar protocolos y, finalmente, compartir sus hallazgos con la comunidad científica.

El papel de la mentoría y el liderazgo

Según Daha et al, los programas de mentoría son un pilar fundamental para el éxito de iniciativas que buscan fomentar la investigación entre estudiantes.¹ Esto significa que, sin un programa de mentoría sólido, es mucho más difícil que los estudiantes se involucren y lleven a cabo proyectos de investigación de manera efectiva.

Uno de los mayores desafíos en la promoción de la investigación entre los estudiantes de medicina es mantener su interés a lo largo de la carrera. Estudios como el de Pereira et al han demostrado que los estudiantes de medicina, específicamente, tienden a mostrar un menor interés en la ciencia y la investigación después de completar su primer año de estudios.² Esto sugiere que algo ocurre durante esta transición que desmotiva o distrae a los estudiantes de sus aspiraciones iniciales de involucrarse en actividades científicas.

Con una probable causa multifactorial, imagina que, al principio, la medicina te parece un mundo lleno de misterios por resolver. Pero a medida que avanzas y tienes más materias, la carga de estudio aumenta y tienes menos tiempo para explorar esos misterios. Además, a medida que te acercas a la práctica clínica, es normal que tu atención se centre más en aprender a atender a los pacientes.



Otro factor podría ser la falta de oportunidades. No siempre hay suficientes proyectos de investigación disponibles para todos los estudiantes, o quizás los proyectos que existen no son tan atractivos, siendo ambas problemáticas los principales obstáculos para mantener tu interés vivo. Sin embargo, programas como este pueden ayudar a revertir esta tendencia, al ofrecer oportunidades prácticas para aplicar los conocimientos adquiridos en el aula y desarrollar habilidades de investigación.

Beneficios de la participación en investigación

Un aspecto clave del IRA es el enfoque en el liderazgo. Al asignar roles de líderes y sublíderes en cada grupo, el programa fomenta el desarrollo de habilidades de gestión de proyectos y comunicación.

Como señalan James et al, la formación en liderazgo es un componente esencial de la educación médica. Los beneficios de participar en un programa como este son múltiples. Además de adquirir habilidades de investigación, los estudiantes tienen la oportunidad de desarrollar su pensamiento crítico, trabajar en equipo y contribuir a la generación de nuevo conocimiento.³

Como lo demuestran los hallazgos de Adeboye et al, la participación en actividades de investigación está asociada con un mayor interés en desarrollar una carrera académica.⁴ Existen varias razones por las cuales la participación en actividades de investigación puede impulsar a los estudiantes a seguir una carrera académica:

Descubrimiento de una vocación: Al involucrarse en proyectos de investigación, los estudiantes pueden descubrir que disfrutan del proceso de investigar, de generar nuevo conocimiento y de resolver problemas. Esto puede despertar una verdadera pasión por la investigación y motivarlos a seguir una carrera en este campo.

Desarrollo de habilidades: La participación en estos proyectos permite a los estudiantes desarrollar habilidades clave para una carrera académica, como el pensamiento crítico, la resolución de problemas, la comunicación científica y el trabajo en equipo.

Estas habilidades son altamente valoradas en el ámbito académico y aumentan las posibilidades de éxito en una carrera investigadora.

Ampliación de redes: A través de la investigación, los estudiantes tienen la oportunidad de conocer a otros investigadores, asistir a conferencias y establecer contactos en su campo, redes profesionales que pueden ser fundamentales para futuras oportunidades.

Mayor confianza: La experiencia de llevar a cabo un proyecto de investigación con éxito puede aumentar la confianza de los estudiantes en sus capacidades y habilidades, motivándolos a asumir nuevos desafíos y perseguir metas más ambiciosas.

En conclusión, "Innovation Research and Advocacy" representa un modelo prometedor para fomentar la investigación entre los estudiantes de medicina. Al proporcionar un entorno de aprendizaje colaborativo y basado en la práctica, este programa empodera a los futuros profesionales de la salud a convertirse en agentes activos del cambio. A medida que más instituciones educativas adopten iniciativas similares, podemos esperar ver una nueva generación de investigadores apasionados y comprometidos con mejorar la salud de las poblaciones.

"La investigación es la brújula que guía nuestro futuro. Cada estudiante tiene el potencial de ser un explorador de nuevas ideas. ¡Anímate a embarcarte en esta emocionante aventura y descubre el investigador que llevas dentro!"



Oportunidades en investigación: Estancia EPIGENxSCOMP



Mena Modragón José Ricardo
SAEM
ricardomena223@gmail.com



Lecuona Meyenberg Sebastian
ADHME
sebastian.lecuona@iest.edu.mx

Tradicionalmente, en México, la medicina ha privilegiado a la práctica clínica, dando un enfoque casi completo al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Esto representa un modelo esencial para la competencia clínica del médico, sin embargo, se relegan las actividades pertenecientes a la academia y quedan vistas como un componente opcional, siendo comúnmente eclipsadas por la carga clínica. Este ensayo explorará la importancia de integrar la investigación en la formación médica, destacando como no solo potencia el desarrollo del médico como profesional, sino que también enriquece su crecimiento cultural y personal, abriendo nuevas perspectivas en un campo en constante evolución.

En la era actual, la ciencia e investigación son piedras angulares para el desarrollo de la medicina moderna. En este contexto, la investigación científica no es solo una actividad académica, sino una necesidad urgente para abordar los desafíos globales de salud. La capacidad de innovar y colaborar en proyectos multidisciplinarios se ha vuelto una necesidad para cualquier profesional que aspire a contribuir significativamente al campo de la medicina. La convergencia de disciplinas, como la biotecnología, bioinformática, genómica, etcétera, ofrece oportunidades sin precedentes para mejorar la salud humana, pero también exige una formación rigurosa y una mentalidad abierta al cambio y la adaptación.

Como médicos, se suelen pasar por alto los esfuerzos de los equipos de investigación primaria destacando sólo el resultado final; por ejemplo, en los biomarcadores de neoplasias, para que el médico conozca los valores, cuáles son y porque están, tuvo que haber un proceso previo con tejidos en el laboratorio, equipos en los cuales no suelen haber médicos.

Con el interés por conocer cómo se llevan a cabo estos procesos y ampliar el panorama en investigación, nosotros, Ricardo Mena y Sebastián Lecuona, fuimos seleccionados para realizar una estancia de investigación, organizada por el Comité Permanente de Publicaciones Médicas (SCOMP) en colaboración con el Laboratorio Internacional de EPIGEN en Puebla.

Este programa nos permitió adentrarnos en la investigación científica de vanguardia, permitiendo aplicar los conocimientos adquiridos en nuestra formación académica. Poder vivir la experiencia de colaborar con investigadores experimentados y sumergirnos en un entorno que fomenta nuestro crecimiento profesional y personal, ha sido una de las vivencias más interesantes que hemos tenido.



La experiencia de trabajar en un laboratorio con un enfoque tan especializado como EPIGEN nos enseñó que la investigación no se trata solo de experimentos y resultados, sino también de la colaboración, la perseverancia y la capacidad de adaptarse a nuevos desafíos. Dentro de nuestra estancia aprendimos diversas técnicas y protocolos en investigación, como lo fue la extracción de ARN, cultivo celular, técnica de RT-qPCR, incluso técnicas de programación para utilizar softwares bioinformáticos especializados en el diseño de primers.

Aunado a esto, tuvimos la oportunidad de asistir al primer congreso Internacional de Enviro Epi-Health, evento organizado en conjunto por el laboratorio y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en el cuál hubo ponentes de distintas partes del mundo, con diferentes enfoques para una misma cuestión de salud: el impacto de la epigenética en el cuerpo humano. Sumado a esto, fuimos partícipes del concurso de carteles científicos llevado a cabo en el mismo congreso, con trabajos que nacieron de ideas inspiradas en actividades alternas de SCOMP.

Formar parte del área de investigación permite también poder explorar y apreciar la diversidad cultural en la medicina, ya que la ciencia trasciende fronteras y conecta a profesionales de diferentes orígenes y tradiciones. Haber vivido, aunque haya sido por un corto periodo de tiempo, en la ciudad de Puebla, fue una experiencia cultural tan bella como sus paisajes, acogedora como su gente y placentera como desayunar cemitas.

Al involucrarnos activamente en la investigación, no solo enriquecemos nuestra formación académica y profesional, sino que también desempeñamos un papel crucial en la evolución de la medicina y en la mejora de la calidad de vida de las personas. La investigación no se trata solo de experimentos y resultados, sino de la colaboración, perseverancia y, sobre todo, compartir el conocimiento con aquellos que tienen el deseo de aprender día con día.

~ No es solo la búsqueda de respuestas, sino la creación de preguntas que impulsen la innovación y el progreso ~



Somos

SCOMEdians



Temas selectos de biomedicina: beneficios y recompensas.



Castillo Zavala David Arturo
AMEXA
dac108846@gmail.com

La investigación biomédica ha abierto una brecha importante en materia de salud que ha beneficiado a los seres humanos en los últimos dos siglos. En la actualidad, la mayoría de las universidades públicas y privadas del país cuentan con institutos o centros de investigación enfocados en ciencias biológicas y ciencias de la salud o una combinación de ambas, las ciencias biomédicas.

La Universidad Veracruzana (UV) se ha caracterizado por su emblemático lema "arte, ciencia y luz"; dicho lema ha respaldado a la universidad en rankings nacionales, ubicándola en los primeros lugares de universidades públicas de México. A lo largo de los años, ha sido cuna de grandes artistas reconocidos a nivel nacional e internacional, que han llevado su arte a lo más alto del podio; pero no solo eso, la ciencia e investigación en la universidad la ha catapultado a poseer una gran plantilla perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores en todos sus niveles.

La UV cuenta con un gran número de licenciaturas y posgrados que fomentan la investigación, incluyendo el área biomédica. Actualmente la universidad cuenta con institutos especializados en investigaciones cerebrales enfocadas en enfermedades neurodegenerativas, investigaciones relacionadas a procesos celulares y moleculares del cáncer, investigación del sueño, medicina traslacional, procesos hormonales y del comportamiento, entre otros.

Gracias a esta gran área de oportunidad, la campaña "Temas selectos de biomedicina" pudo llevarse a cabo. La campaña fue organizada por su servidor, en ese entonces Oficial Local de Educación Médica (LOME) en el Comité Local de AMEXA, ubicado en Xalapa, Veracruz. Se llevó a cabo del 01 al 12 de mayo del año 2023 de manera virtual por la plataforma zoom.

Estuvo conformada por 6 ponencias a cargo de estudiantes de maestría y doctorado con becas CONAHCYT. Las ponencias fueron las siguientes:

- Ponencia 1 (01 de mayo): Dióxido de cloro: un enemigo de la microbiota. Impartida por la Dra Naida Juárez Trujillo.
- Ponencia 2 (03 de mayo): Desentrañando los misterios de la biología de los pericitos en el sistema nervioso central. Impartida por el físico Osvaldo Torres Pineda.
- Ponencia 3 (05 de mayo): Señalización celular: el caso de la microglía. Impartida por el entonces biólogo Gerardo Soto Portilla
- Ponencia 4 (08 de mayo): Musculatura pélvica: una visión desde los modelos animales. Impartida por el maestro en ciencias Salvador Sánchez Mendizabal.
- Ponencia 5 (10 de mayo): ¿Qué tiene en común el gato de Schrodinger y la neuroinflamación?. Impartida por la doctora Karla Hernández Contreras.
- Ponencia 6 (12 de mayo): Ansiedad: flavonoide crisina como una posible alternativa a nivel preclínico. Impartida por la química farmacéutica-bióloga Luz Nicio.



Cada una de las ponencias tuvo un mínimo de 20 asistentes y un máximo de 60. Las ponencias que más llamaron la atención de los miembros fueron la ponencia 1, 5 y 6, ya que nos percatábamos que contaban con títulos más llamativos.

Cada uno de los ponentes fueron contactados en los institutos de investigación de la UV. Aceptaron la invitación, fueron puntuales y se mostraron atentos a las indicaciones proporcionadas. En general, cada una de las reuniones duraron aproximadamente una hora sin interrupciones y contaron con la asistencia de múltiples comités locales de la AMMEF.

Esta campaña fue mi favorita en toda mi gestión como LOME, ya que pude ver el interés de los asistentes en la educación médica con énfasis en la investigación biomédica. Esta campaña no se habría realizado sin la ayuda de mis asistentes Walter y Zeret, los cuales me apoyaron con la suscripción a zoom premium, los flyers, formularios y capturas de pantalla.

¿Beneficios y recompensas?

Las campañas en educación médica representan un beneficio para cada uno de los miembros que asisten a ellas, debido a que obtienen conocimiento de los temas impartidos por los profesionales en el área; esto nos complementa la currícula como médicos en formación y nos adentra aún más en el mundo de la medicina. El conocimiento de cada asistente fue evaluado con formularios de preguntas antes y después de cada una de las ponencias, con el fin de poder observar una mejoría. En los formularios post-evaluación pudimos ver un promedio superior a 8 en todas las ponencias, lo que resulta un beneficio y una recompensa para los asistentes.

Otras de las recompensas y beneficios que obtuvo la campaña, fue la promoción de las líneas de investigación en los institutos de la UV. Esta promoción anima a los estudiantes a realizar investigación para acreditar experiencia recepcional en la facultad de medicina o poder publicar en revistas indexadas con el respaldo de investigadores pertenecientes al SIN. Los ponentes también obtuvieron beneficios y recompensas.

A cada uno de ellos se le fue entregada una constancia de participación por AMEXA, la cual les sirve como producto en su evaluación por el CONAHCYT. Estas colaboraciones con organizaciones estudiantiles les ayudan a poder mantener su beca para terminar sus posgrados al brindar ponencias de sus líneas de investigación o líneas afines.

Ganar o ganar.

El motivo de esta reseña de experiencia es animarlos a cada uno de ustedes, miembros activos, candidatos a miembros, miembros de SCOME o SCOMP, para realizar este tipo de campañas en sus universidades.

Estas campañas nos brindan un panorama amplio lleno de beneficios y recompensas para ambas partes, ponentes y asistentes.

Beneficios y recompensas:

1. Conocimiento en las líneas de investigación biomédica de sus universidades.
2. Conocimiento que nos ayuda a complementar nuestra currícula en la carrera.
3. Oportunidades de realización de tesis, tesina, monografía o publicación de artículos científicos.
4. Relación con estudiantes de posgrado e investigadores SIN.
5. Beneficio a estudiantes de posgrado en materia de evidencias y actividades para mantener su beca CONAHCYT.

Gracias a estos beneficios y recompensas que pude notar en mi gestión y en mi comité local, espero poder ver la replicación de esta campaña en otros estados y/o universidades.

Después de más de un año, estoy muy feliz con los resultados que obtuve y ese es mi entusiasmo de poder compartirlo por este medio con ustedes. Espero pueda llegar al lomecito que más lo necesite.



Somos

SCOMPanions



¿El estudiante de medicina no tiene vida social? Develando el mito



Meza Sampedro Aida Itzel
ATLAS
aida11meza@gmail.com

Hola, soy estudiante de medicina de 8vo semestre y considero que muchas personas viven engañadas en que los estudiantes de medicina no tienen vida social, y eso es mentir. Obviamente tenemos vida social. Sé que como toda carrera al inicio es un poco pesado o tedioso porque la Universidad, es un nuevo escalón en tu vida y cuesta acoplarse al horario, los docentes, compañeros y una nueva escuela, pero poco a poco le vas agarrando el ritmo, no te espantes.

Estudiar medicina tal vez si sea de mucho leer, de comprender, de aprender cosas y de esforzarse bastante desde el inicio, porque aquí el promedio sí importa; desde la elección para tus prácticas clínicas I, II, III, el internado y tu servicio social, así que desde que entras tienes que ser responsable, cumplido(a) y trabajador(a).

Sin embargo, más allá de que te importe el promedio, también tienes que ver por ti, ser tú prioridad, cuidar tu integridad, tu salud mental así como tu amor propio, porque somos estudiantes del área de la salud, y si no estamos bien nosotros tanto física, como mental y socialmente, ¿cómo podremos ayudar a las demás personas?, así que tenemos que estar bien primero nosotros, para cuidar de otras personas.

Sé que siempre es bueno distraerse un poco y salir, disfrutar de nuestra juventud, pero sin olvidarnos de nuestros objetivos así como de lo que queremos lograr.

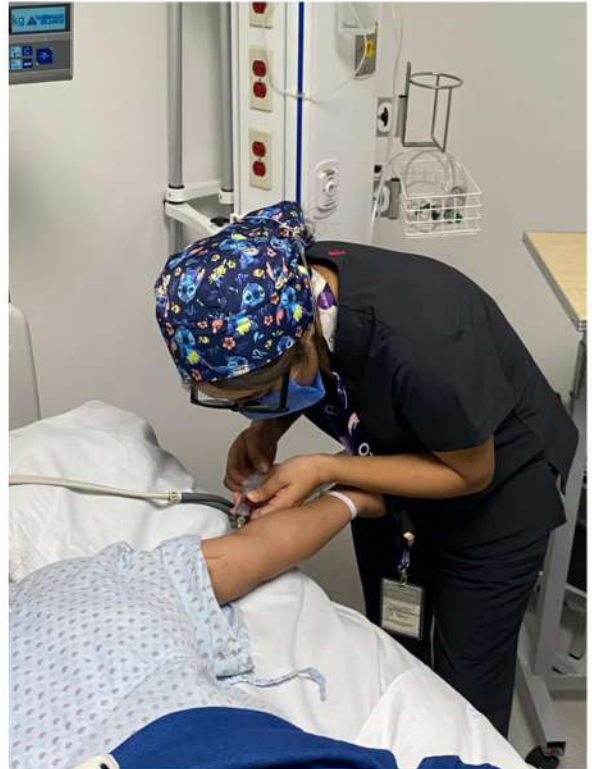
Recuerdo que una vez en primer semestre un doctor que nos daba anatomía nos dijo que imaginemos como si la Universidad fuera una estación de tren, y que todos nuestros compañeros del salón estuvieran en un vagón, así cada quien decide si bajarse y dejar el tren antes de tiempo o seguir hasta el final, llegando al destino; y es verdad, cada quien es responsable de su propio destino y de lo que va construyendo día a día, solo nosotros mismos sabemos si nos queremos bajar antes del tren o seguir esforzándonos hasta llegar al destino, que en nuestro caso es obtener un título universitario.

Dentro de la carrera de medicina todo es posible si tienes una buena organización, ya sea que le asignes cierto horario a las cosas que vayas a realizar, como por ejemplo, hacer un cronograma con las clases que tienes, o con las tareas que te dejen, acomodándolas en orden de importancia o fecha de entrega, poniéndoles cierto tiempo para realizarlas, así tendrás espacio para



otras cosas como para hacer ejercicio, estar en redes sociales, salir con tus amigos(as) o con tu novio(a) o hacer otras actividades, sin embargo, todo es parte de una buena organización, puesto que, si dejas todo al último se te acumularán las cosas y lo único que vas a obtener de eso es estrés, es por esto que una buena organización te será de mucha utilidad, ya que también tienes que cuidar tu salud mental.

Desde mi experiencia, estos 8 semestres que llevo cursando actualmente los he disfrutado muchísimo y me he apoyado de mi teléfono para hacer un horario y una programación con las actividades que realizo, lo que ha hecho que se me facilite más la carrera y de cierta forma se me haga menos pesada, he tenido muchas experiencias durante estos semestres y definitivamente no me arrepiento de haber elegido esta carrera, como todos, al inicio me sentía asustada por todo lo nuevo que se venía, sin embargo, es muy bonito como cada día vas adquiriendo más conocimiento y vas aprendiendo nuevas cosas. Durante la carrera pasarán muchas cosas tanto buenas como malas, pero solo tú eres quien decide cómo verlas, y tomar lo bueno o lo malo de ellas, recordando siempre la persona en que te quieres convertir en un futuro.



Recuerdo de mi PCII en el Hospital de la Mujer, Tehuacán.

Investigación en salud: la importancia de su enseñanza a estudiantes de medicina durante el pregrado



Santeliz Rodríguez César Abraham
SEMUS
abrahamlibros6@gmail.com

La salud es un derecho universal inherente a todos los individuos que se transforma en el objeto de estudio de la Medicina (1). Por ello es imprescindible gestionar su cumplimiento, incluyendo los vértices que la conforman. Dentro de ellas la investigación en salud (IES).

La IES podría definirse como un método de compilación, descripción, evaluación y comprensión sistemática de datos e información que pueden ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de un individuo o de grupos de personas mediante los sistemas de atención médica. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud alude que uno de los principales propósitos de la IES, consiste en el desarrollo de la comprensión del proceso salud-enfermedad, incluyendo aspectos educativos y políticos (2). Es por ello que la importancia de la IES en salud recae en la generación de conocimiento (3) con el objetivo de afrontar los retos en salud que ha traído consigo la globalización, como se observa en la Tabla 1, incidiendo en los problemas de salud de las poblaciones, generando una puerta de oportunidades a la introducción de la IES durante el pregrado (4).

A lo largo del tiempo la investigación ha formado un peldaño importante en el desarrollo del conocimiento (4), siendo una base importante de la cual se desprende la mayoría de los saberes, ejemplo de ello es como en la actualidad se ha convertido en la guía de los sistemas de salud que son competentes y efectivos en el mundo. En virtud de la obtención de conocimiento que permiten el mejoramiento de procesos y tecnologías. Por esa razón la IES representa una necesidad (5).

En este sentido la IES, forma parte esencial en la formación del estudiantado en el gremio médico debido a las múltiples

habilidades que se obtienen y desarrollan a través de su estudio. No obstante, la enseñanza de IES en diversos países de América Latina, incluido México, muestra carencias (6), que repercuten en el crecimiento profesional del estudiante y en la calidad del proceso atención-cuidado de los pacientes.

El papel de la investigación en el desarrollo de habilidades clave para la aplicación e integración de la evidencia científica en la práctica clínica

La educación médica es un proceso continuo de aprendizaje. Tiene como propósito instruir profesionales que fomenten el derecho a la salud, competentes, que cuenten con las habilidades necesarias para el ejercicio de la profesión (7).

La Declaración de Rancho Mirage sobre educación médica, adoptada por la 39a Asamblea Médica Mundial en 1987, define ocho principios básicos para la educación médica. Entre ellos destaca el desarrollo académico del estudiante de medicina mediante un currículum que le sea de utilidad en la elección de un área médica de acuerdo con las capacidades y cualidades que el estudiante desarrolle durante su formación (8) (Tabla 2).

Tabla 1. Retos en salud que ha traído consigo la globalización

Retos en salud	¿Por qué son un reto?
Incremento de inequidades	Acceso desigual a tratamientos médicos
Cambio de las fuerzas del poder en la salud	Las prioridades de salud terminan ajustándose a los intereses de entidades privadas y no a las necesidades de la población
Transnacionalización de los servicios de salud	Crea problemas en la regulación de la calidad y equidad de el acceso a la salud
Impacto sanitario y epidemiológico	Contribuye a la dispersión de enfermedades virales, infecciosas y no infecciosas, afectando patrones epidemiológicos
Deterioro ambiental	El consumismo y el agotamiento de recursos naturales, impactan de forma negativa el medio ambiente. Aumentando la incidencia de enfermedades respiratorias o transmitidas por vectores

Tabla 2. Áreas de desarrollo profesional en medicina

Áreas
Salud pública
Educación médica
Atención al paciente
Investigación clínica
Investigación básica
Administración y gestión hospitalaria y/o servicios de salud

Con independencia del área elegida, el estudiante demanda competencias adicionales que van más allá del título académico inicial, capacidades que pudiesen ser potenciadas gracias a la enseñanza en investigación.

Actualmente, el empleo de la ciencia y la tecnología permiten afrontar los problemas que acechan a nuestra sociedad. De ahí que la enseñanza en IES durante el pregrado favorezca la calidad educativa y traiga consigo un desarrollo continuo de habilidades (9), como la educación médica continua (10), una habilidad que permite a la auto enseñanza escapar del límite de las ciencias biológicas con la finalidad de brindarle al médico en formación, capacidades que no se centren únicamente en la anatofisiología del cuerpo humano y que resulte en la adquisición de habilidades que le permitan mejorar su desempeño.

Es imprescindible conocer que el proceso de investigación convierte los datos en conocimiento por medio de una valoración crítica y del establecimiento de su relación con otros conocimientos humanos ya establecidos (2). Siendo de utilidad en el área de la salud. Ejemplo de ello es el método clínico, que es, en esencia, la aplicación del método científico a los pacientes (11). La Tabla 3 reúne algunas similitudes.

Dentro de la formación del estudiantado médico, el juicio clínico como habilidad fundamental trasciende en virtud de su

importancia, durante el análisis de la información obtenida por medio del interrogatorio y la exploración física.

A su vez, la toma de decisiones apropiadas en el contexto de la atención al paciente abarca atributos interpersonales, tangibles en la relación médico-paciente, y habilidades clínicas (12) que requieren de la algoritmización del pensamiento, facilitando el afrontar las dificultades que se presenten.

Si bien no todo en la práctica médica requiere de ciencia, los métodos que ofrece facilitan la comprensión y ejecución de elecciones a implementar (13). Sumado a ello la enseñanza en investigación durante el pregrado aunado al autoaprendizaje y la autorregulación permiten a los estudiantes desarrollar el pensamiento crítico, transformándolos en profesionales bien informados y analíticos de la medicina basada en evidencia (14), haciéndolos capaces de analizar situaciones subjetivas que los lleven a la independencia del pensamiento y libre elección a través de la lógica y la reflexión (15). En consecuencia, el desarrollo de habilidades como el pensamiento crítico facilitarán la capacidad de organización del pensamiento en la toma de decisiones médicas (15).

Tabla 3. Similitudes entre método científico y método clínico

Método científico	Método clínico
Búsqueda, recolección y análisis de información	Interrogatorio y examen físico
Identificación de falta de información en un área de estudio	Identificación de un problema clínico
Formulación de hipótesis	Formulación de un diagnóstico presuntivo
Contrastación de hipótesis a través de la experimentación	Confirmación del diagnóstico presuntivo a través de exámenes complementarios
Generación de saberes	Diagnóstico de certeza
Comunicación de resultados	Instauración de terapéutica y exposición de resultados finales

En contraste, el aprendizaje de manera empírica en la práctica clínica es cada vez más frecuente en el estudiantado. Sin importar las circunstancias, el deber del personal de salud es cumplir con la realización del método clínico y basar sus decisiones en evidencia; de no hacerlo, se cae en prácticas empíricas que se alejan del cumplimiento eficiente del ejercicio de la profesión. Esto debe ser una de las principales motivaciones de las instituciones de educación médica al resaltar la importancia sobre la enseñanza de la IES.

Impacto de la formación en investigación en salud en la atención al paciente

La IES juega un papel esencial en mejorar la calidad de vida de todas las poblaciones. Actúa como motor principal de conocimiento y habilidades, ofreciendo a los individuos información valiosa que contribuye a su bienestar biopsicosocial. Un claro ejemplo de esto son las reformas gubernamentales y las guías de práctica clínica, que permiten estandarizar tratamientos, diagnósticos y pronósticos de las enfermedades, basadas en los resultados y propuestas obtenidas por la IES.

Pese a que la IES ha sido fundamental en proporcionar información relevante para el tratamiento de enfermedades, no se debe dejar pasar por alto su importante contribución en el ámbito de la prevención de enfermedades, un aspecto que a menudo se subestima pero que es, de hecho, aún más significativo.

La prevención de la enfermedad ofrece beneficios amplios, tanto para los individuos como para los sistemas de salud. Fortaleciendo estos últimos, haciéndolos más eficientes, evitando su rezago y colapso. Lo que a su vez beneficia a los usuarios de los centros de atención médica. Adicionalmente, diversos de los hallazgos de la IES han sido clave para establecer iniciativas, logros y leyes que promueven y protegen la salud pública (como se observa en la Tabla 4) incentivando cambios positivos en los estilos de vida de la población que inclusive contribuyen a la reducción de la contaminación ambiental, y que terminan impactando de forma positiva la expectativa de vida.

Principal dificultad en la implementación de la enseñanza de investigación durante el pregrado

El principal problema en la enseñanza en investigación se encuentra vinculado con el desarrollo previo de habilidades de investigación de los estudiantes de pregrado y la equidad del nivel de conocimiento en investigación que se pretende enseñar en las facultades de medicina (9). Este problema surge como consecuencia del poco o nulo aprendizaje previo que se ha tenido en etapas escolares anteriores. Originando frustración en el estudiantado. Provocando desinterés en el aprendizaje de la investigación.

En contraste a ello la literatura menciona que, al realizar una introducción de acuerdo con el nivel de conocimiento del estudiante las dificultades que en un principio se presentan, terminan por desaparecer (16), logrando crear un interés genuino en el alumnado sobre el aprendizaje de la investigación en salud y en la IES.

Reflexiones finales

La IES al mejorar las capacidades de los médicos en formación durante el pregrado, sin importar el área de desarrollo profesional que elijan al finalizar su etapa académica, permite que puedan aportar nuevo conocimiento a sus respectivas áreas, cumpliendo con el objetivo de la IES. Además, que el fortalecimiento de la IES forma parte esencial del cumplimiento de nuestra labor como personal sanitario al salvaguardar el derecho a la salud, que funge como la base de la medicina.

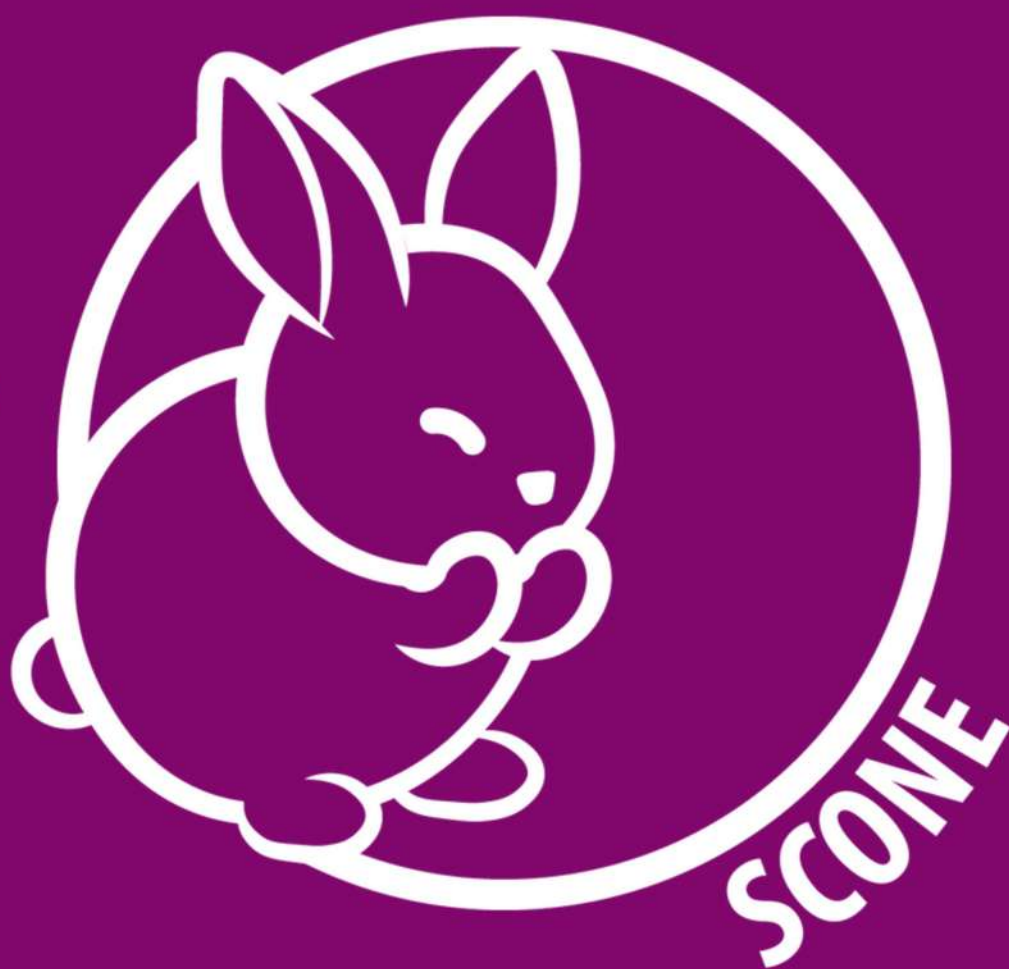
Finalmente es importante promover en las instituciones de educación médica la enseñanza de IES por ello se invita a que no se descarte su enseñanza y por el contrario se fomente activamente. Esto se puede lograr al brindar herramientas efectivas al profesorado para que puedan compartir este conocimiento dentro de su comunidad del párrafo

Tabla 4. Logros más relevan de la investigación en salud

Logros
Vacunas
Suministros sanitarios
Descubrimiento de antibióticos
Reglamento sanitario Internacional
Descubrimiento del VIH
Objetivos de desarrollo del milenio
Primera prueba molecular rápida para detectar la tuberculosis
El control de las enfermedades infecciosas
Disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares
Agenda de desarrollo sostenible para el 2030

Somos

SCONExion



SCONoce Durango: Un vínculo nacional para el futuro médico



Molina Marín de la Hoya Gael Josué
CIFA UJED
lone.cifaujed.ammef@gmail.com



Sepúlveda Gaytán Citlali
CIFA UJED
presidencia.cifaujed@gmail.com

Realizar un intercambio médico en otro estado de México es una experiencia enriquecedora tanto a nivel personal como profesional. Cada estado enfrenta diferentes desafíos en cuanto a salud pública, incluyendo enfermedades endémicas, acceso a la salud y los recursos disponibles.

Al participar en un intercambio nacional, los estudiantes tienen la oportunidad de enfrentarse a la realidad de otro estado y adaptarse a su contexto, lo que fortalece su capacidad de resolución de problemas y amplía su visión sobre el manejo de la salud en su propio estado. Trabajar en un entorno desconocido fomenta la resiliencia, una habilidad clave para todo profesional de la salud, y especialmente importante para los futuros médicos, preparándolos para enfrentar de manera efectiva las dificultades que se presenten en su carrera.

En este contexto, el Comité de Investigación y Fomento Académico de la Universidad Juárez del Estado de Durango, desempeña un papel fundamental en apoyar y coordinar estas experiencias formativas.

Actualmente, el estado de Durango ofrece la oportunidad de realizar un intercambio médico de tipo clínico durante dos a tres semanas, disponible durante los periodos vacacionales de Semana Santa, Verano e Invierno, en el IMSS Hospital General de Zona No. 1. Este programa abarca diversas áreas del ámbito médico, como urgencias, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, medicina interna, pediatría y cirugía general, permitiendo a los participantes elegir el área de su preferencia. Se establece una carga horaria de 8:00 am a 2:00 pm, con la finalidad de que durante este tiempo, los estudiantes se integren a las actividades y labores del hospital, con la oportunidad de aprender algo nuevo cada día y, conforme avanzan, participar en procedimientos más complejos y rigurosos.

Los intercambios suelen representar la primera experiencia profesional en un entorno médico real, brindando la posibilidad de establecer conexiones y contactos con profesionales de nuestro estado y de diferentes regiones del país. Estas relaciones pueden abrir puertas a futuras oportunidades académicas y laborales.

Aunque los estudiantes adquieren fundamentos teóricos y prácticos durante su estancia en el hospital, CIFA UJED también se enfoca en fortalecer su crecimiento académico mediante talleres diseñados para desarrollar competencias clave en técnicas esenciales. Estos talleres, que incluyen la interpretación de electrocardiogramas, gasometrías, colocación de férulas, entre otros; tienen una gran relevancia al capacitar a los estudiantes para actuar de manera rápida y eficiente en situaciones clínicas. Además de proporcionarles herramientas aplicables en el hospital anfitrión, estos talleres los preparan para desenvolverse con confianza y autonomía en diversas circunstancias médicas, mejorando su capacidad de respuesta ante diferentes escenarios clínicos.



Otro de nuestros enfoques prioritarios es fomentar el desarrollo de las habilidades sociales de nuestros intercambistas. Para ello, ofrecemos la posibilidad de participar en actividades sociales que promuevan una convivencia sana en un entorno de descubrimiento. Estas actividades se llevan a cabo en lugares de atracción turística, como museos, restaurantes, teleférico, ferias, karaokes, y mercados, e incluso en su propio hogar al realizar convivios y reuniones. Además, se organizan excursiones a destinos de ecoturismo y aventura, como Mexiquillo y el Paseo del Viejo Oeste, brindando a los estudiantes la oportunidad de explorar el entorno natural mientras fortalecen sus lazos sociales.

Durante nuestro intercambio, también promovemos la pluriculturalidad a través de la actividad especial llamada "Muestra Cultural". En este evento, los incomings tienen la oportunidad de compartir platillos, bebidas y dulces típicos de sus estados de origen, acompañados de una explicación sobre la historia y tradición detrás de cada uno. Esta actividad fomenta la interacción entre los estudiantes, promoviendo el respeto por otras culturas y creando un ambiente de aprendizaje que trasciende lo académico.

Otra de las actividades realizadas durante nuestro intercambio son las "Actividades Comunitarias" las cuales, tienen como objetivo guiar a nuestros incomings hacia una medicina enfocada en el respeto, empatía, amor e inclusión, palabras que suenan en el discurso diario pero que pocas veces logramos ver practicar, todo esto mediante visitas a hospitales y ponencias que les permitan hacer conciencia de la realidad que miles de pacientes y familiares viven a diario debido a la enfermedad, porque buscamos crear médicos que curen pacientes y no enfermedades, médicos que más allá de curar el cuerpo también curen el alma, todo esto mediante el trabajo multicomité con SCORP, SCORA, SCOPH, SCOMP, SCOME, y los diversos comités que nos conforman.

Dentro del intercambio, uno de los principales retos que se llegan a vivir, es el cambio drástico de ciudad y entorno a uno que desconocemos por completo, esto crea en los incomings un nuevo sentido de independencia que les permite desarrollar las habilidades y capacidades necesarias en un futuro próximo como lo sería el internado, servicio social o residencia. Además de ello, como todos conocemos, México es un país diverso, no sólo en cultura y gastronomía sino también en enfermedades, esto permite a todos los estudiantes aprender sobre aquellas patologías que tal vez nunca podría ver en el estado que reside, un claro ejemplo de ello es Durango con su Alacranismo, situación poco común en cualquier estado del país, pero que aquí, es algo que se vive a diario, preparando así a los incomings con experiencias excepcionales.

La oportunidad de realizar un intercambio permite a los próximos médicos tener el conocimiento que muchas de las veces logra desarrollarse hasta el internado, siendo esta una de las principales razones por las que existe un temor generalizado a esta etapa de la carrera, pero la experiencia previa de un intercambio facilita el crecimiento del estudiante en un ambiente más amigable y sin la presión característica del internado, teniendo como consecuencia un periodo de constante aprendizaje clínico, académico y profesional.



Paseo por el museo arqueológico "La Ferrería".

En conclusión, los intercambios nacionales son algo más que una simple oportunidad académica, son vivencias transformadoras que abren el paso a un crecimiento profesional y personal exorbitante. Al final, un intercambio nacional no es solo un viaje a otro lugar, sino un viaje hacia uno mismo, donde descubrimos nuestra capacidad para adaptarnos, superar obstáculos y alcanzar nuestros sueños. Así que no dudes en acercarte al Oficial Local de SCONE de tu Comité Local para solicitar más información, y ¿Quién sabe? Tal vez la próxima aventura de tu vida se encuentre en Durango. ¡Los esperamos con los brazos abiertos!



Viaje a Mexiquillo, Durango.

Testimonios:

Citlali Sepúlveda Gaytán

Personalmente, el realizar un intercambio nacional fue una experiencia que cambió no sólo la manera en que veo la medicina, sino también mi propia vida; antes de ello, tenía la constante sensación de no saber el rumbo de mi vida, el continuo pensamiento de acabar conmigo y no era siquiera capaz de poder decir que disfrutaba la carrera que llevaba estudiando por más de 3 años, pero desde el día 1 en el intercambio mi perspectiva cambió, y al finalizar mis tres semanas, por primera vez en siete semestres, pude decir que amo el lugar en el que estoy y que es aquí donde pertenezco. Hacer un intercambio nacional me regresó a la vida.



Cena de Bienvenida.

Durante mi estancia pude conocer una parte de mí que no sabía que existía, a una Citlali que ama la medicina y el tiempo con sus pacientes, que disfruta estudiar y el tiempo en el hospital, que no quiere acabar con su vida porque aún tiene muchísimos sueños por cumplir y que en el transcurso de su camino puede ayudar a muchos.



Actividad colaborativa con SCOPH
"120/80"

Suena irreal experimentar tanto en tan poco tiempo, pero es lo que logró en mí un intercambio nacional, y es claro que no todas las personas viven la misma experiencia que yo tuve la fortuna de vivir, pero la promoción constante de los intercambios amplía la oportunidad a cambiar la vida de más personas.

Gael Josuhé Molina Marín de la Hoya:

Mi intercambio fue más que una experiencia académica; fue un viaje de autodescubrimiento y superación. Llegué cargando el peso de una creencia que me había seguido durante mucho tiempo: la constante afirmación de que nunca sería suficiente. Pero esa ciudad, sus paisajes, y el entorno del hospital, junto con las personas de su comité, se convirtieron en los escenarios donde comencé a reescribir mi historia. Los aprendizajes no solo venían de lo académico, sino también de las hermosas amistades que hice, personas que me ayudaron a ver el valor que tenía, incluso cuando yo no lo notaba. Ellos me mostraron que la grandeza no está en no tener miedo, sino en avanzar a pesar de él. Viví aventuras que jamás imaginé posibles, y al final, me di cuenta de una verdad fundamental: todos somos capaces de alcanzar lo que nos proponemos. Agradezco haber conocido a personas tan valiosas, cuyo apoyo y cariño me permitieron ver el mundo de una forma diferente. Hoy, al recordar, no veo solo un intercambio, sino una etapa crucial donde descubrí mi propio potencial y aprendí a valorar mi esfuerzo.

A quienes han sentido que no son suficientes, les digo: nunca dejen de soñar ni de avanzar y no se pierdan la oportunidad de vivir un intercambio nacional. En cada paso hacia nuestros sueños, descubrimos nuestra verdadera fuerza. ¡Atrévete a ser más de lo que alguna vez imaginaste!



Taller: Interpretación de Gasometrías.



Intercambiando Conocimientos



Actividad Colaborativa con SCORA "The Rainbow Project: Rally Sexual".



Visita al Teleférico/Mirador.

Somos

SCOPEans



SCOPE
INTERCAMBIOS PROFESIONALES

SOYAMMEF



SCOPE
INTERCAMBIOS PROFESIONALES

SOYAMMEF

En el corazón de la cirugía del viejo mundo de la tierra de los descubrimientos: Experiencia en el Hospital Cova de Beira



Rico Sánchez Aarón
IIMP
arsrs89@gmail.com



López Alvarado Miguel
IIMP
lopezalvaradomiguel68@gmail.com

El intercambio internacional clínico es una experiencia enriquecedora que nos brinda la oportunidad como profesionales de la salud ampliar nuestro conocimiento, enfrentando retos académicos y experimentando la práctica médica en un contexto cultural así como profesional distinto, donde nuestra experiencia, compromiso y capacidad de adaptación, jugarán un papel clave en nuestro desempeño.

En este escrito quiero compartir mi experiencia en el departamento de cirugía general del Hospital Cova de Beira, ubicado en Covilhã, Portugal, desde la perspectiva de un médico en su última etapa formativa.

El Hospital Cova de Beira es un centro de atención médica integral en Covilhã, una ciudad situada en el centro de Portugal. Este hospital se destaca por su enfoque en la calidad de atención y por su compromiso con la formación continua del personal médico, teniendo recepción continua de estudiantes y médicos internacionales enriqueciendo la diversidad y calidad de atención. El departamento de cirugía general, en el que realice el intercambio, es conocido por su amplia gama de procedimientos quirúrgicos como también por su equipo multidisciplinario altamente capacitado.

El entorno del hospital es moderno y bien equipado, lo que facilita la realización de una variedad de intervenciones quirúrgicas. La infraestructura del hospital y su entorno tranquilo contribuyen a un ambiente propicio para la formación y el cuidado de los pacientes, convirtiéndose en un lugar sumamente agradable para ejercer nuestra formación,

que algo sumamente distintivo es la dinámica que se tiene en un ambiente de paciencia y participación, donde los estudiantes, internos, residentes e incluso adscritos colaboran en un sistema integral distribuyendo las tareas, apoyándose mutuamente en la atención del paciente.

Aprendizajes

Dentro del departamento de cirugía, fue donde el verdadero reto de aprendizaje comenzó siempre acompañado por una tutora, que me orientaba y enseñaba, con la cual realice actividades como:

Asistencia en Cirugías: Tuve la oportunidad de asistir a una variedad de procedimientos quirúrgicos, desde operaciones mínimamente invasivas hasta cirugías más complejas. Al principio como observador, pero conforme el intercambio se fue desarrollando y mi tutora ponía a prueba mis conocimientos sobre el tema, puede tener una participación activa en las intervenciones logrando aprender técnicas quirúrgicas avanzadas y usando equipo que favorece la recuperación del paciente pero que no es común verlo en hospitales públicos en nuestro país.



Consulta y Manejo de Pacientes: Además de las actividades en el quirófano, formé parte del equipo encargado de la consulta y manejo pre y postoperatorio de los pacientes, percibí que aquí mi desempeño sobresalió y se convirtió en una ventaja, ya que al provenir de un sistema limitado en recursos, nos vemos en la necesidad de confiar en nuestros diagnósticos haciendo uso de nuestras herramientas, siendo uno de los más importantes la anamnesis y exploración clínica. Eso me permitió abordar de manera más dirigida a los pacientes y a generar impresiones diagnósticas más rápidas, dando la oportunidad de planear el abordaje.

Reuniones y Discusiones Clínicas: Participé en reuniones clínicas regulares donde se discutieron casos complejos y se revisaron los protocolos quirúrgicos y de tratamiento. En estas sesiones participamos todos, siendo sumamente enriquecedor, ya que los médicos adscritos también presentaban a los pacientes y nos enseñaban los desafíos que tuvieron en el abordaje de los mismos.

Desafíos

Un aspecto relevante del intercambio fue la adaptación a un entorno de trabajo y una cultura médica diferentes; sin embargo, el mayor de todos los desafíos fue el idioma, ya que aunque el intercambio fue en inglés, la realidad es que solo una parte del personal de salud lo hablaba, el resto de la población (especialmente los pacientes) no lo hacían lo cual si dificultaba mi interacción con ellos, la ventaja es que al ser un idioma similar al español al tener la misma raíz, puedes captar mucho de lo que te dicen y dialogar en un periodo breve de tiempo. Sin embargo, gracias al apoyo del personal del hospital y al uso de estrategias de comunicación efectiva, pude superar estos obstáculos y aprovechar al máximo la experiencia.



Conclusión

La experiencia en el Hospital Cova de Beira ha sido profundamente enriquecedora y ha contribuido significativamente a mi formación profesional y personal. Para todos los que tenemos la interrogante sobre qué hay más allá de lo enseñado, para aquellos que a pesar de sus miedos deciden explorar algo desconocido, para todos cuya curiosidad los motiva a conocer nuevas cosas, sin duda esta es una gran oportunidad, que definitivamente cambiará sus vidas. Este intercambio ha subrayado la importancia de la formación continua y el aprendizaje intercultural en la medicina, aspectos que considero fundamentales para el desarrollo de una práctica médica integral y adaptativa.



Un mes de enriquecimiento profesional y cultural en Olomouc: la ciudad morava de las fuentes



García Loera Arantza Lizbeth
IIMP
arantzagloe@gmail.com

Durante julio de 2024, tuve la oportunidad de participar en un programa de intercambio profesional dentro del Departamento de Dermatología de la Universidad de Palacký, situado en la histórica ciudad de Olomouc, República Checa. Esta invaluable experiencia brindó no solo una profunda oportunidad educativa, sino también un enriquecedor viaje cultural.

El objetivo principal de mi intercambio fue profundizar en el campo de la dermatología bajo la guía de profesionales estimados. La dermatóloga que dirigía mi formación exhibía habilidades pedagógicas excepcionales, caracterizadas por un profundo compromiso con la educación y el cuidado del paciente. Su enfoque se caracterizó por la voluntad de participar en explicaciones detalladas, lo que mejoró en gran medida mi comprensión de la práctica dermatológica.

Igualmente, se destacó el apoyo brindado por el personal de enfermería, cuya experiencia contribuyó a un ambiente de aprendizaje productivo. Su enfoque colaborativo y su disposición para ayudar con los procedimientos clínicos me ofrecieron una visión integral del manejo de pacientes y el trabajo en equipo multidisciplinario.

Un aspecto integral de mi experiencia fue el ambiente positivo entre los estudiantes de intercambio. El apoyo mutuo dentro de este grupo diverso enriqueció nuestra experiencia de aprendizaje colectivo. Además, relacionarme con compañeros de diversos orígenes me permitió intercambiar ideas y perspectivas, ampliando aún más mis horizontes profesionales y personales. Este aspecto del programa no solo mejoró nuestro desarrollo profesional, sino que también creó conexiones personales duraderas.

Además del crecimiento profesional, mi estancia en Olomouc me permitió sumergirme en el rico patrimonio cultural de la República Checa. Olomouc, una ciudad famosa por su belleza arquitectónica y su importancia histórica. La ciudad se distingue por sus estructuras medievales bien conservadas, como la impresionante Columna de la Santísima Trinidad, declarada Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO, y el histórico Castillo de Olomouc, así como por su exquisita colección de fuentes que sirven como símbolos emblemáticos del pasado histórico y el legado artístico de la ciudad. Las fuentes de la ciudad no son meros elementos funcionales de agua, sino que son obras maestras del arte barroco, que reflejan la opulencia y el fervor artístico de los siglos XVII y XVIII. El ambiente vibrante de la ciudad, complementado por sus encantadores cafés y mercados tradicionales, proporcionaba un delicioso contraste a mi rutina diaria.

Además, la exploración de la cultura checa se extendió más allá de los límites de la ciudad. La República Checa es célebre por sus ricas tradiciones musicales, literarias y culinarias.



La oportunidad de experimentar las costumbres locales, como probar platos tradicionales checos y participar en festividades culturales, contribuyó a una apreciación más profunda de la diversidad cultural de la región. Esta inmersión cultural me ofreció una apreciación más profunda de los diferentes estilos de vida y tradiciones, mejorando mi perspectiva global.

Por otro lado, participar en un programa de intercambio médico es de suma importancia para el desarrollo de habilidades clínicas, el crecimiento profesional y la comprensión cultural. Estos programas ofrecen una oportunidad única para que los estudiantes de medicina se sumerjan en diversos sistemas de atención médica, mejorando así sus competencias clínicas.

En primer lugar, la exposición a diferentes entornos clínicos permite a los estudiantes observar y practicar diferentes técnicas y enfoques médicos que pueden diferir de las prácticas de nuestro país de origen. Esta experiencia ampliada no solo mejora nuestras habilidades técnicas, sino que también fomenta la adaptabilidad y la innovación en la atención al paciente. Relacionarnos con diferentes entornos sanitarios nos proporciona un amplio conocimiento.

Además, la comprensión cultural obtenida a través de estos programas es invaluable. Al interactuar con pacientes y colegas de diversos orígenes, los participantes desarrollan una apreciación más profunda de los aspectos culturales de la atención médica. Esta experiencia promueve la empatía y mejora las habilidades de comunicación, que son cruciales para la interacción y el cuidado efectivos del paciente. Comprender las perspectivas culturales sobre la salud y la enfermedad ayuda a prescribir tratamientos para satisfacer mejor las necesidades individuales de los pacientes, mejorando así los resultados generales de los pacientes.

El desarrollo profesional también mejora significativamente a través de los intercambios médicos. Los participantes a menudo obtienen información sobre diversas políticas de atención médica, prácticas administrativas y colaboraciones



interdisciplinarias. Tal exposición puede inspirar nuevos enfoques para la resolución de problemas y la innovación en la propia práctica

Además, la creación de redes con colegas y mentores internacionales brinda oportunidades para la investigación colaborativa y futuros avances profesionales.

En conclusión, mi experiencia de intercambio en el Departamento de Dermatología de la Universidad de Palacký estuvo marcada por una instrucción profesional excepcional, un entorno de aprendizaje colaborativo y de apoyo, y una inmersión cultural significativa. Estoy profundamente agradecida por esta oportunidad, que ha ampliado significativamente mis horizontes profesionales y personales. El conocimiento y las experiencias adquiridas durante este mes tendrán un impacto duradero en mis proyectos futuros.



**If I travel, I learn about the
wonders of the world**



La incertidumbre a 7713 km de la certeza



Rodríguez Ruiz Johana Itzel
IIMP
johanairr24@gmail.com

Quisiera mencionar que la siguiente experiencia de intercambio fue el resultado de un conjunto sucesivo de esfuerzos no perceptibles pero considerables que me llevaron a Espírito Santo, Brasil.

Recibir la carta de aceptación fue un acontecimiento emotivo. Al principio, cuando me enteré de la convocatoria, me surgieron numerosas dudas, ¿Lo intento?, ¿Qué pasaría si? Apliqué, aún con miedo e incertidumbre, cuestionando si podría hacerlo.

Lo intenté. Y fue una de las mejores experiencias en mis años de medicina, me brindó distintas enseñanzas, conocimiento médico, la oportunidad de reforzar aspectos relacionados con la clínica y la oportunidad de obtener una perspectiva global al apreciar diferentes aspectos sociales, éticos y culturales.

Fue la primera vez que viajaba a otro país y lo estaba haciendo como médico interno, intercambista mexicana y con el mejor compañero que pude tener en la carrera, Alfredo López, a quien estimo y debo mucho. Terminamos los años de escuela, con altas y bajas, pero a pesar de todo, seguimos sin desistir. Ahora se ha sumado otra experiencia juntos con una nueva aventura para recordar, a 7713 km de la certeza.

Roté en el servicio de Cardiología en el "Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória" en Consulta externa, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias. En consulta externa, presenciábamos el manejo y seguimiento de pacientes con diferentes cardiopatías, analizamos los casos y las modificaciones en el tratamiento.

De las otras unidades, además de conocimientos teóricos sobre electrocardiograma, farmacología y fisiopatología me llevo las siguientes enseñanzas: trabajar en equipo y superarse cada día. Enseñanzas del Dr. Darlan Dadalt, gran médico y ser humano, que creía indudablemente en el trabajo multidisciplinario y en la importancia de cada uno de los miembros del equipo de salud para el bienestar y mejoría del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, al abordar cada una de sus necesidades y del Dr. Lucas Crespo del servicio de Urgencias, que les atribuía un rol importante a los médicos en formación y los motivaba a superarse.

La barrera lingüística fue uno de los grandes retos durante los primeros días, sin embargo, con el tiempo logré adaptarme. Después de todo, el lenguaje médico nos permite mantenernos en comunicación. Conversábamos con los médicos internos y los estudiantes sobre el sistema de salud y educativo en Brasil. Así mismo, a ellos les interesaba saber acerca de nuestro sistema y las actividades que realizamos como médicos internos en México. Todos fueron muy amables y siempre trataron de integrarnos en las actividades del hospital para llevarnos algún aprendizaje.

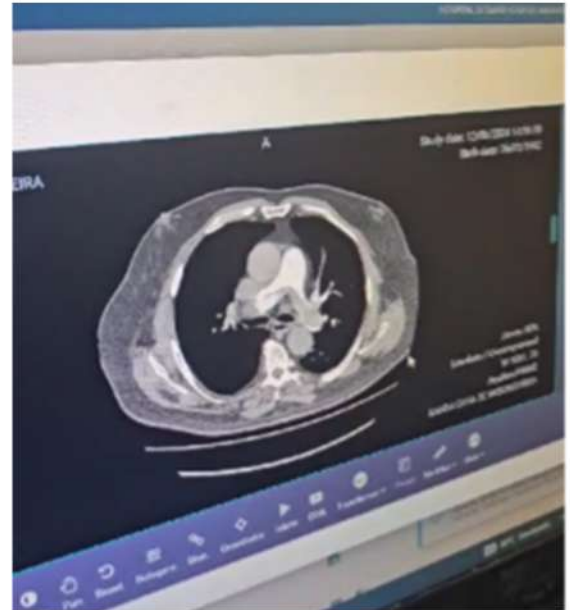


Por otro lado, por un tiempo tuve otra familia, no tenía las mismas costumbres, no cocinaban los mismos alimentos, ni hablaban el mismo idioma, sin embargo, me brindaron la solidaridad y atención tal cual lo haría una familia mexicana. Durante mi estancia visité lugares bonitos, algunos con historia y otros para contemplar. Por las calles de Brasil hice amigos y dejé recuerdos.

Me sentí realmente orgullosa de ser intercambista mexicana y sin duda, el intercambio fue una experiencia formativa única, tanto en el ámbito profesional como en el personal. Me permitió ver desde otra perspectiva a la carrera, me dejó demasiadas inquietudes, motivos, y deseos de seguir aprendiendo en el camino de la medicina.

Los médicos mexicanos en formación tenemos un buen nivel académico y estoy segura de que con esfuerzo, dedicación, vocación y amor por lo que hacemos, podemos lograr lo que nos propongamos. Aprendamos porque amamos lo que hacemos, aprendamos porque tenemos sed de conocimiento, sigamos aprendiendo y disfrutemos el proceso.

Por último, debo agradecer demasiado a mi familia, amigos y a AMMEF e IFMSA por hacer realidad un sueño, un sueño que nunca hubiera imaginado porque nunca pensé que tendría la oportunidad. Fue un reto que disfruté mucho, que más allá de lo académico y profesional, fue una experiencia de vida. Especialmente, cambió la perspectiva que tenía sobre mí y sobre lo que podía lograr. Y tal vez era la incertidumbre, pero en la certeza, tengo la convicción de que la mejor inversión del tiempo tiene que ver con conocer y vivir nuevas experiencias.



De NIMIO a MAGNO



López López Jose Alfredo

IIMP

lopzfam@gmail.com

La experiencia de movilidad académica no era un proceso que yo conociera del todo por lo que era un fenómeno nimio e inalcanzable con una gran cantidad de obstáculos variables. Sin embargo, en el camino siempre existe una persona con una filosofía transformante que incentiva conductas de crecimiento personal y educativo.

Es así como ese pensamiento de mi gran compañera (Johana Rodríguez) de toda la carrera y que por cierto ocupa un lugar prolífico en mi vida, detonó la metamorfosis de mis conceptos y nos aventuramos a inscribirnos a la convocatoria, después de todo las negativas siempre son seguras antes de cualquier cosa.

Casi como no verosímil los resultados fueron publicados con puntos favorables para nosotros y es cuando comienza un bullicioso periodo de trámites, búsquedas y optimización de recursos para la estancia en Espírito Santo, Brasil.

He de mencionar que esto tampoco hubiese sido posible sin los programas académicos del Dr. Damián Nava Carrillo, quien es Jefe de enseñanza del Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" donde realizamos el Internado Médico, ya que permite la movilidad de sus estudiantes y a quien agradezco por sus enseñanzas impecables.

Después de tanta espera, la corriente de eventos que al inicio era férrea se acercaba a su final para ser un estuario, un lugar inmenso con una visión más extensa de la globalización. Es así como idioma, cultura e identidad se hicieron conceptos emergentes y de importancia tras el aterrizaje en Brasil.

La universidad anfitriona fue EMESCAM pero la familia que tuve durante un mes fue un gran ser humano llamado Pedro y de quien aprendí desde medicina, idioma cultura y cotidianidades de vida de un capixaba, gentilicio utilizado para personas originarias de Espírito Santo. Sin olvidar mencionar que en este programa de intercambio tenemos un padrino, en mi caso fue Gustavo quien además hablaba español y con quien compartía anécdotas de manera bilateral sobre nuestros países.



Estuvimos en el Hospital de Santa Casa de la Misericordia, un hospital que brinda servicios públicos a los capixabas. Aquí rotamos por los servicios de consulta externa, terapia intensiva cardiovascular y urgencias cardiovasculares donde tuvimos grandes mentores como el Dr. Darlan Dadalt, Dr. Lucas Crespo y Larissa Paganini con gran ímpetu en la enseñanza médica y conciencia por el trabajo colaborativo para el bienestar de sus pacientes. Realizamos actividades académicas como el análisis de cada uno de los casos en donde se observan electrocardiogramas, ecocardiogramas y se cuestionan el manejo, la evolución y el pronóstico de los pacientes.

Del intercambio no todo es académico, pues te puedes organizar para hacer visitas a diferentes lugares turísticos y de gastronomía nacional. En nuestro caso, visitamos Convento da Penha, Proyecto Tamar, Parque botánico Vale, Playas de Vila Velha y de Vitoria, Kiosque Alemão, Palacio de Anchieta, la Catedral Metropolitana de Vitoria, Museo da Ciencias da Vida, y por supuesto no podría ser una experiencia completa sin ir al cine para ver unas películas en portugués.

Tengo que agradecer a mi familia y padrinos, con quienes tengo una deuda por su gran apoyo para hacer posible un cúmulo de experiencias de vida que enriquecieron mi formación y que transformaron mi visión de la internacionalización, de estático a móvil, de interno a intercambista y de nimio a magno.

Finalmente, la palabra “internacionalización” en la RAE tiene como definición: convertir en internacional algo que es de una sola nación o estado. Es así cómo convertimos una fracción más de México para otra parte del mundo y una fracción de Brasil se hizo una parte más de mexicanos.

Gracias a AMMEF por cultivar una vez más experiencias interculturales y académicas.



En el cerebro del sur de Francia



López Martínez Bruno Eduardo

IIMP

brlmz021101@gmail.com



López Alvarado Miguel

IIMP

lopezalvaradomiguel68@gmail.com

Al comienzo, cuando recién recibí la noticia de haber sido aceptado en el programa de intercambio, fue una noticia difícil de creer, cada día la emoción era mayor, cuando llegó el día de irse, el solo hecho de pensar que viajaría a otro país para conocer su cultura, su gente, la forma en la que aplican la medicina en otra ciudad y no solo eso, sino que sería en la especialidad que siempre he admirado, neurocirugía, me llenaba de alegría.

Los primeros que aprendí sobre los franceses es que a pesar de que puedan parecer muy ajenos, son gente muy amable, las personas que me apoyaron con la habitación donde me hospede durante todo mi intercambio fueron ejemplo de ello, siempre apoyándome y mostrándome la ciudad desde los ojos de un verdadero Montpellierain.

Una vez en el hospital, la diferencia era obvia, entre la organización y el manejo de pacientes, pero siempre he sido creyente que lo que verdaderamente cambia el trato de un paciente, aunque pase pocos días en hospitalización y en consulta externa, es la asistencia proporcionada, por lo tanto me agrado bastante la constante atención hacia los pacientes, así como las explicaciones sobre su propio tratamiento y pronóstico.

Como una especialidad quirúrgica, la mayor parte de mi estancia, estuve en quirófano, un sitio donde el tiempo y la paradoja parece que no existen, pues gran parte de las cirugías tomaban toda la mañana, pero lo más impresionante fue observar la delicadeza con la que los cirujanos se adentraba hacia el órgano donde guardamos todo nuestro ser, sentimientos y pensamientos, la mayor parte de los procedimientos a los que pude acudir consisten en resecciones tumorales, que para hacerlo de manera más eficiente cada



Imágenes del centro de Montpellier, la ciudad donde me recibieron

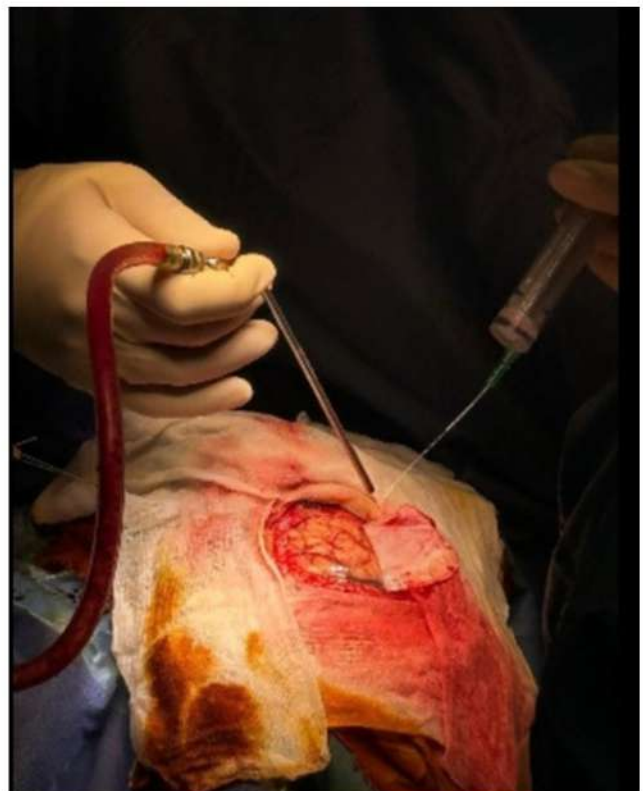
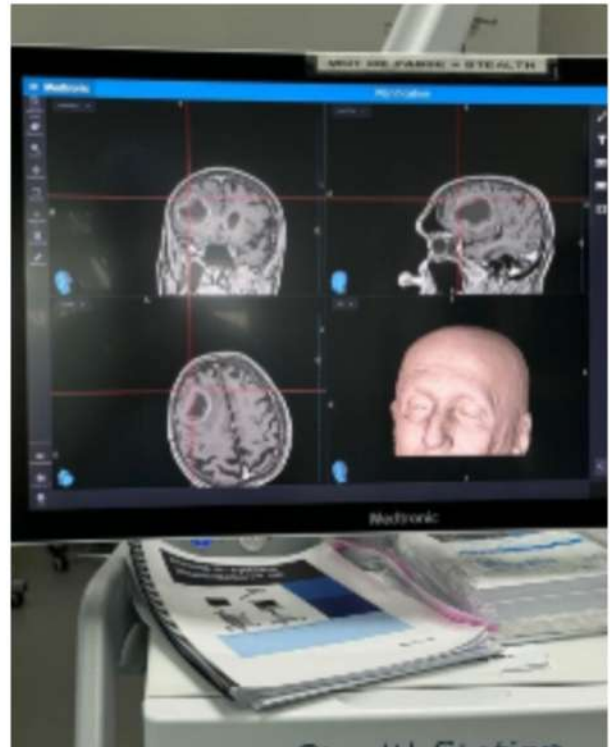
quirófano de la sección de neurocirugía contaba con microscopios para ayudar con la precisión.

Aunque el principal motivo de mi intercambio fue conocer el sistema de salud extranjero, también tuve la oportunidad de conocer la ciudad de Montpellier en todo su esplendor, una ciudad con muchas construcciones medievales e incluso, la ciudad con la Facultad de Medicina más antigua que aún sigue activa, inclusive convivir con jóvenes que al igual que yo, son estudiantes de medicina, todas esas experiencias me dieron una versión más sincera de cómo es la vida de un estudiante de la Facultad de Medicina en Montpellier.

Conocer otras personas es como conocer nuevos mundos, pues las perspectivas y las formas de trabajar y pensar siempre serán diferentes, este intercambio simbolizó para mí esos nuevos panoramas, entender que el trabajo colectivo y el estudio pueden impulsarnos como sociedad y como personas.

El poder tener este tipo de oportunidades para mí ha sido grandioso, agradezco a la AMMEF A.C. y a la IFMSA por hacer que más estudiantes de medicina puedan lograr conocer otros sistemas de salud, el poder adquirir nuevas aptitudes y habilidades dentro de la rama médica, considero que a veces las escuelas no cuentan con el soporte para dar plazas de intercambios, para el gran equipo del comité local IIMP y todo el equipo que me ayudó con la documentación estoy eternamente agradecido con todos y cada uno de ellos.

Para mí ha sido una de las más grandes experiencias en mi vida académica, por lo que con todo lo aprendido compartiré mis aprendizajes con más estudiantes de medicina.



En el servicio de neurocirugía, rotando en quirófano

Somos

SCOPHians



SCOPH
SALUD PÚBLICA

SOYAMMEF

De la bata blanca al cuidado humano



Perea Tapia Cristyan Gahel
SOCEM UNISON
perea.gahel.cb37@gmail.com

En las zonas rurales, donde los recursos médicos son limitados y el acceso a servicios de salud de calidad es un desafío constante, el programa PROMESA (Proyecto México Saludable) emerge como una iniciativa vital. Este programa se centra en mejorar la atención médica en comunidades marginadas, prestando especial atención a la relación entre los pacientes y los médicos. En estas áreas, la interacción entre los niños y los profesionales de la salud juega un papel crucial en la efectividad del tratamiento, ya que la percepción y la experiencia que los niños tienen durante una consulta, pueden influir significativamente en su disposición a recibir atención médica en el futuro.

El entorno rural presenta desafíos únicos para los médicos, quienes no solo deben enfrentarse a la falta de recursos, sino también a la desconfianza y el temor que los niños suelen experimentar al interactuar con el sistema de salud. A menudo, los niños ven al médico como una figura intimidante, lo que complica la tarea de brindar una atención efectiva y compasiva. PROMESA se propone cambiar esta dinámica, buscando transformar la consulta médica en una experiencia menos aterradora y más accesible para los niños y pacientes en general de cualquier edad, promoviendo así una mejor relación entre los pequeños pacientes y los profesionales de la salud.

El municipio de Tesopaco es una comunidad rural aislada en el sur del estado de Sonora, caracterizada por su difícil acceso y la falta de infraestructura básica, lo que la convierte en un área de alto riesgo en términos de salud pública. En muchos sentidos, Tesopaco puede ser descrito como una "tierra sin leyes", donde las normas sociales y las estructuras de apoyo son débiles o inexistentes.

Esta situación se refleja claramente en los indicadores de salud de la comunidad, especialmente en la prevalencia de caries en niños y otros problemas relacionados con la falta de higiene personal.

Durante las intervenciones de PROMESA en Tesopaco, se observó que uno de los mayores desafíos era el miedo que los niños sentían hacia los médicos, un miedo que se manifestaba de manera aguda al ver la clásica "bata blanca". Este temor no es infundado; para muchos de estos niños, el médico representa una figura autoritaria, asociada con dolor o experiencias incómodas. Las opiniones que los niños tienen sobre los doctores están a menudo influenciadas por estos sentimientos negativos, lo que complica la labor de los profesionales de la salud que buscan brindarles atención.

La clave para cambiar esta percepción, radica en la forma en que los médicos se relacionan con los niños. Muchos de ellos no comprenden completamente lo que sucede durante una consulta, como cuando se les toman los signos vitales, lo que aumenta su ansiedad. Además, la falta de comunicación directa con los niños refuerza su sensación de inseguridad. Para superar estos obstáculos, es necesario que los médicos adopten un enfoque más humanizado, donde se priorice la comunicación con el niño y no solo con los padres, de esta manera priorizando el estado emocional del niño.

Quiriego es otra comunidad rural que comparte muchas de las características de Tesopaco, con un entorno igualmente desafiante y una población que enfrenta serias limitaciones en términos de acceso a la salud. Como en Tesopaco, la salud en Quiriego está marcada por una alta prevalencia de caries y problemas derivados

de la falta de higiene, que afectan principalmente a los niños. Sin embargo, en Quiriego, se adoptó una estrategia ligeramente diferente durante las visitas médicas: no se usó la bata blanca, principalmente debido al intenso calor, pero también como una forma de reducir la distancia percibida entre los médicos y los pacientes.

Esta simple decisión tuvo un impacto notable en la forma en que los niños y sus padres percibían a los médicos. Sin la barrera simbólica de la bata blanca, los médicos fueron vistos como figuras más accesibles y menos intimidantes. En Quiriego, se puso un énfasis especial en la importancia de la relación con los padres, reconociendo que la confianza y la seguridad de los niños están profundamente influenciadas por la actitud y la percepción de sus cuidadores.

El enfoque en una comunicación abierta y respetuosa con los padres, no solo facilitó una mejor cooperación durante las consultas, sino que también contribuyó a mejorar la percepción general que los niños tenían de los médicos. Al involucrar a los padres en el proceso de atención y asegurarse de que se sintieran escuchados y respetados, los médicos pudieron crear un ambiente más seguro y acogedor para los niños, lo que resultó en una experiencia médica más positiva y efectiva.

Para lograr un cambio significativo en la percepción que los niños tienen de los médicos en comunidades rurales como Tesopaco y Quiriego, es esencial implementar estrategias que humanicen y hagan más accesible la experiencia médica. Una de estas estrategias podría ser la introducción de medicamentos diseñados específicamente para niños, como jarabes con sabores agradables o la utilización de recompensas simples como paletas después de las consultas. Estas pequeñas acciones pueden tener un impacto considerable en la reducción del miedo y la ansiedad que los niños asocian con las visitas médicas.

La invitación es clara: todos los profesionales de la salud deben reflexionar sobre su trato hacia los pacientes pediátricos, especialmente en comunidades vulnerables. Al adoptar un enfoque más centrado en el niño, que considere tanto sus necesidades emocionales como médicas, se puede mejorar no solo la salud de estos pequeños pacientes, sino también su disposición y actitud hacia la atención médica en el futuro. Crear una experiencia médica positiva es el primer paso para construir una relación de confianza duradera entre los niños y el sistema de salud.

Violencia obstétrica: un problema de salud pública del que no se habla.



Moreno Ramírez Miranda Siboney
ATLAS
miranda.moreno@alumno.buap.mx

Durante mi periodo de prácticas clínicas en el Centro de Salud, estuve atendiendo a algunas mujeres embarazadas en consulta externa. Mientras hacíamos el interrogatorio, algunas referían haberse atendido en alguna otra institución pública o privada con anterioridad para su control prenatal, pero decidieron buscar atención en el Centro de Salud ya que la institución a la que habían asistido no las atendía adecuadamente, refiriendo que algunos médicos las ignoraban cuando tenían dudas en ciertos temas o referían algún tipo de molestia.

Esto llamó mucho mi atención, ya que se me hacía algo increíble que el personal de salud negara o no atendiera eficientemente a los pacientes. Algo que me decía la médica que era responsable de mi aprendizaje, es que tuviera mucho cuidado al atender a pacientes embarazadas, además de que debía prestar mucha atención en los cambios que presentara la paciente y que mi trato siempre fuera educado y cortés ya que, de lo contrario, estaría cometiendo violencia obstétrica.

La violencia obstétrica se define como las prácticas y conductas realizadas por el personal de salud a las mujeres, durante su periodo de gestación, parto y puerperio. Las prácticas y conductas se pueden clasificar en físicas y psicológicas, dentro de estas se incluye: dar un trato infantil o paternalista a la paciente, despectivo, humillaciones, prejuicios, insultos verbales, medicación excesiva, obligar a parir en una determinada posición, prácticas o intervenciones innecesarias o sin consentimiento, iatrogenia o no atender oportuna y eficazmente a la paciente, negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al producto después de nacer, practicar procedimientos autoritarios para

aplicar un método anticonceptivo, violación a la privacidad y detener a las mujeres con sus recién nacidos en las instalaciones debido a la imposibilidad de pagar.

A mi punto de vista, estas prácticas constituyen un verdadero problema de salud pública en México, ya que representa una discriminación de género y una violación a los derechos humanos que afecta en diferentes ámbitos, tanto sociales, económicos y médicos y aunque esta no ha sido una práctica reciente, se ha mantenido desapercibida.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Ciudad de México tiene el mayor porcentaje de violencia obstétrica. Aproximadamente, 4 de cada 10 mujeres refieren ser víctimas de violencia obstétrica, lo cual es preocupante, ya que estas acciones pueden tener repercusiones físicas y psicológicas a la madre, además de traer dificultades durante el trabajo de parto.

La violencia obstétrica además de ser un problema de salud pública, es un problema institucional, ya que puede afectar al personal de salud de diferentes maneras, por ejemplo, maltrato del propio sistema de salud, ya que, sí el personal médico y de enfermería no reproducen determinadas actitudes y/o medidas de violencia obstétricas, son excluidos de la práctica, humillados y en algunas ocasiones sobrecargados de trabajo, por lo que muchas veces se opta por realizar aquellas acciones para así no recibir las consecuencias anteriormente señaladas. Esto al igual tiene otra repercusión en el personal de salud, como la falta de capacitación y desensibilización para brindar una buena atención.

Como anteriormente lo dije, no solo las madres y el personal de salud son víctimas de la violencia obstétrica, sino también los familiares de las mujeres y los recién nacidos. Ya que puede causar estrés y ansiedad en los familiares, especialmente en el padre del recién nacido, además que esto puede traer consigo una cierta desconfianza en el sistema y el personal de salud.

Y a todo esto ¿Cómo podemos afrontar este problema? se debe tratar en diferentes áreas, ya que no solo es un problema de salud pública, sino que también es un problema cultural, social e histórico. Esta violencia es derivada de una cultura machista que normaliza estas prácticas y conductas, los cuales, posteriormente son normalizados por la sociedad y peor aún, por el personal médico.

Para combatirlo, es necesario capacitar al personal médico y de enfermería, proveer servicios de salud con un enfoque de sensibilización y empatía, además de mejorar el modelo de comunicación médico - paciente, así como informar a la paciente sobre estas conductas y que, si son víctimas de estas, denunciarlo o comunicarlo.

En conclusión, la violencia obstétrica es un problema de salud pública que debemos combatir como sociedad, acondicionando las prácticas de atención, educando, sensibilizando, empatizando y garantizando que el embarazo, parto y puerperio sea seguro para todas las mujeres.

Somos

SCORAngels



SCORA
SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS, INCLUYENDO VIH Y SIDA

SOYAMMEF



SCORA
SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS, INCLUYENDO VIH Y SIDA

SOYAMMEF

La doble cara del parto en México: Humanización vs Violencia



Quintero Maldonado Marcela Paulina
ADEMEN
22007768@uan.edu.mx

Traer un nuevo ser al mundo es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, y sin duda, una experiencia que marca el resto de sus días. En diferentes culturas la mujer embarazada representa algo sagrado, el nacimiento va más allá que meramente el inicio de la vida extrauterina, representa un momento espiritual y mágico hasta incluso para algunos es la transición de una vida a otra.

Resulta paradójico que ahora el embarazo, el parto y el nacimiento se hayan convertido en objeto de la violencia, podríamos preguntarnos, ¿por qué de ser algo tan sagrado, se ha convertido en una experiencia violenta y desagradable?, las mujeres viven un mar lleno de diferentes tipos de violencias que ya en ocasiones resulta difícil de identificar, se da en las calles, en la escuela, en casa y ahora hasta en los hospitales en un proceso tan importante como es el acompañamiento durante y después del embarazo.

¿Qué es lo que está pasando? ¿Misoginia? ¿Estrés laboral? ¿Burnout del profesional? ¿Sobrecarga e insatisfacción laboral? ¿Falta de insumos y recursos? ¿Simple desinterés?

Son múltiples las respuestas a estas preguntas que van desde cuestiones de patriarcado —Sistema social y cultural en el que el poder y la autoridad son ejercidos por hombres aunque las mujeres no quedan fuera de en este contexto— y de subordinación de la mujer como meramente objeto reproductor —Resultado de la cultura patriarcal— hasta la falta de sensibilización y de interés hacia los aspectos psicológicos y emocionales de la mujer embarazada, así como una concepción de que el proceso de gestación es “un deber ser” de la mujer; y que esta debe acceder a la maternidad con abnegación y sufrimiento.

La gravedad de esto es que ya estamos en el punto en el que se considera a la violencia obstétrica como un importante factor de riesgo para la morbilidad materno-infantil.

¿Violencia obstétrica? Si, palabras fuertes que denotan una acción violenta en contra de una mujer embarazada ¿Impensable? ¿Abominable? Lamentablemente ya no es inimaginable porque existe y está presente en las salas de parto de México y de todo el mundo tanto en los servicios de salud públicos y privados, es un hecho: existe y habrá que afrontarlo.



Área de “Parto Amigable” como parte del Modelo de Atención Integral implementado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Hospital No.1 “Lic. Ignacio García Tellez” del estado de Durango.

¿Pero cómo afrontar algo que ni siquiera se reconoce?, lo que no se nombra no existe, la violencia obstétrica fue definida por las autoridades del país e incluida en la ley hasta hace apenas unos cuantos años. ¿Increíble, no?, y no es que sea un fenómeno nuevo, es algo que ha ocurrido desde décadas atrás, pero es hasta ahora que gracias a las demandas de los movimientos y asociaciones de mujeres feministas es que se ha presionado para que el mundo ponga sus ojos en esta problemática, a partir de entonces son múltiples las definiciones que se brindan sobre la violencia obstétrica.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia obstétrica se define como aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos. (1) Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética define a la violencia obstétrica como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.(2)

Es importante esclarecer lo que se incluye como violencia obstétrica, según el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en donde se estipula que este tipo de violencia abarca desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, reclamos, discriminación, humillación, manipulación, negación al tratamiento, esterilizaciones forzadas, desinformación, falta de acceso al sistema de salud, así como atención deficiente en el sistema.(3)

Tomando esto en cuenta podemos delimitar cuáles acciones se pueden calificar como violencia obstétrica y darnos cuenta que en más de una ocasión dentro de nuestras prácticas clínicas nos ha tocado presenciar una situación como esta y ni siquiera nos habíamos dado cuenta o lo pasamos por alto.

Debido a ello en los últimos años el término parto humanizado, ha cobrado mayor auge entre las usuarias haciendo ver que es urgente su implementación en el contexto de los servicios de salud, este concepto consiste en entender que la mujer que da a luz es un ser humano, y no una máquina para hacer bebés, es una estrategia de salud pública ya que puede contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna-infantil, así como al fortalecimiento del vínculo entre la madre y el recién nacido.

PARTO HUMANIZADO

La práctica del parto humanizado se empezó a implementar desde el año 2000 en países como Brasil y Japón debido al elevado grado de quejas por parte de las usuarias donde las principales demandas reportadas fueron la alta medicalización, incremento irracional de las cesáreas, un trato frío y deshumanizado hacia la mujer gestante donde frecuentemente se le echa en cara el disfrute del placer en el acto sexual, con frases que ya se volvieron comunes de escuchar en los pasillos de tococirugía por mencionar algunos ejemplos: "Pero cuando abriste las piernas no te estabas quejando verdad"; "Cállate y puja".

Este tipo de actitudes y comportamientos repercuten en la salud mental, en la calidad de la atención y en la relación médico-paciente.



Atención del parto en el área de Tococirugía del Hospital No.1 "Lic. Ignacio García Tellez" del estado de Durango.

Desafortunadamente las quejas relacionadas con el servicio de Ginecología y Obstetricia ocupan los primeros lugares según datos proporcionados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el personal de salud de esta área desarrolla un papel importante en la ejecución de la violencia obstétrica, pueden ser tanto los malos de la historia como los héroes de la misma. (4)

Los médicos especialistas de esta área han tomado diferentes posturas al respecto desde que en los últimos años se ha popularizado más el término de parto humanizado. que van desde una completa resistencia al cambio de paradigma habitual hasta posturas más abiertas donde se muestra un profundo interés por aprender nuevas formas de trato hacia las pacientes.

Son muchos factores los que llevan a que se dé la violencia obstétrica uno de ellos es la formación médica no centrada en la perspectiva de género, el humanismo y empatía.(5)

En diversos países como Ecuador se han desarrollado e implementado nuevas estrategias y normativas que permiten que las mujeres se conviertan en las protagonistas de su parto por tal razón en el año 2007 inauguraron una clínica especializada en el parto humanizado y acuático donde han afirmado que este tipo de parto es la mejor forma de que un ser humano llegue a este mundo y que la relación madre-hijo y médico-paciente se ve increíblemente favorecida.(6)

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

En México se han realizado diversas acciones para atender esta problemática, incluyendo así a 10 estados del país que adoptaron el término de violencia obstétrica en la ley, así como dos estados en los que se ha tipificado como delito en sus respectivos códigos penales.(2)

La OMS reconoce la importancia de la medicina tradicional para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas ha emitido una serie de recomendaciones en la atención y cuidado del embarazo y parto, que son compatibles con la atención otorgada por las parteras tradicionales y multidisciplinaria de profesionales de la

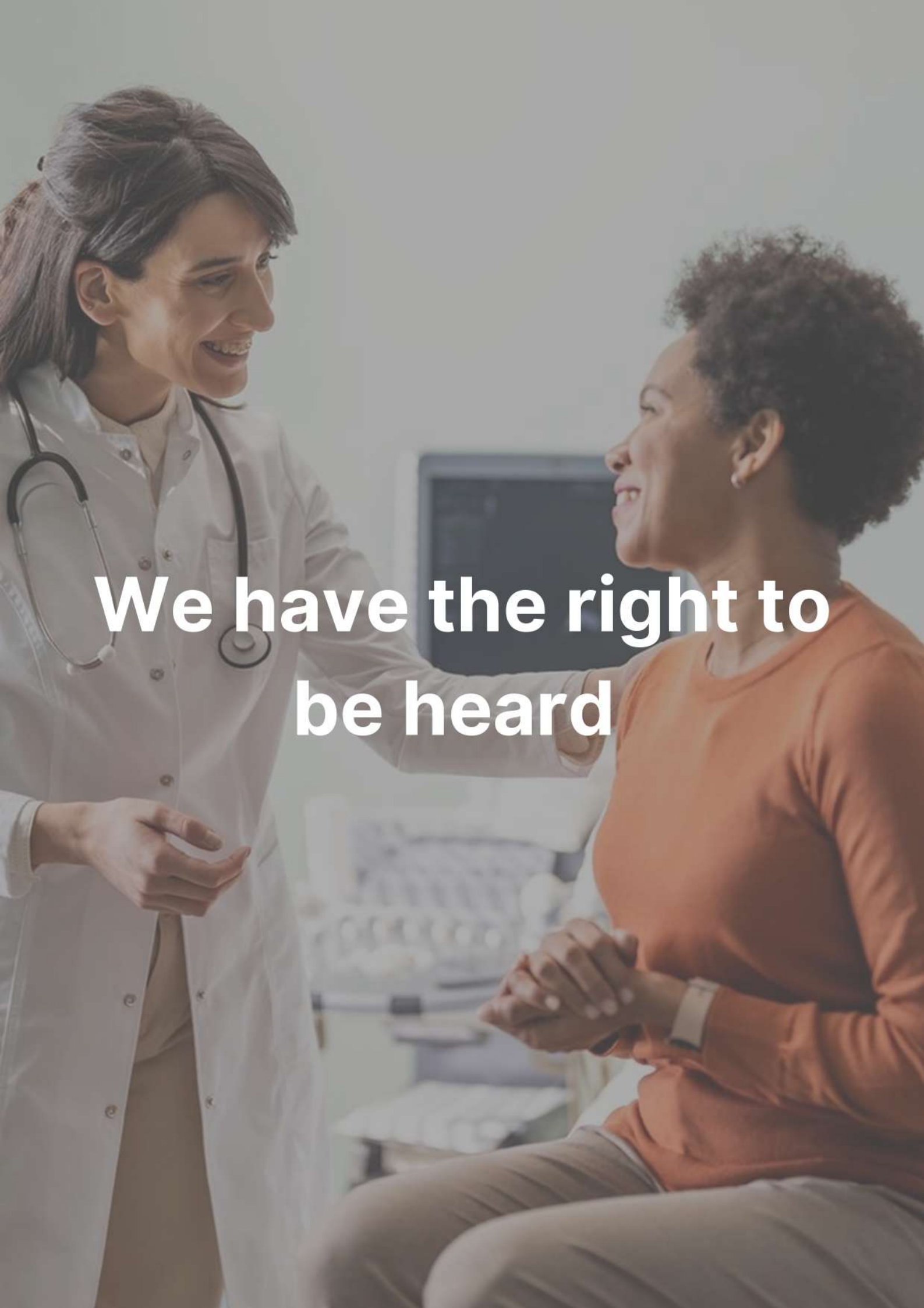
salud tales como las parteras.(7)

Acompañar y ayudar a otras mujeres a parir es una de las prácticas más antiguas del mundo, dignifica y recupera ese valioso conocimiento que las mujeres tienen sobre sus cuerpos, sus funciones van más allá de asistir el parto, abarcan desde cuidados de alimentación, de higiene y ejercicios donde el aspecto fisiológico y emocional son importantes para la atención de la gestante.

Actualmente existe un permiso que otorga el gobierno mexicano a las parteras tradicionales para poder ayudar a atender los partos de bajo riesgo que ocurran en su comunidad además tienen la facultad de prescribir medicamentos, no obstante, queda estrictamente prohibido provocar abortos o realizar intervenciones quirúrgicas.(8)

A pesar de lo que dice la ley la realidad es muy diferente, uno de los objetivos de la agenda 2030 es que disminuya la mortalidad materna, sin embargo, podemos darnos cuenta que es uno de los objetivos con mayor retraso ya que existe un desencuentro entre los acuerdos, compromisos internacionales, estrategias implementadas y los resultados esperados, ya que persiste la problemática de muerte materna como consecuencia de la violencia obstétrica.

En conclusión, a pesar de todo lo propuesto, continúa existiendo insensibilización y falta de interés por parte de los prestadores de servicios de salud sobre temas de violencia obstétrica, lamentablemente por diversos factores se ha llegado a ver al embarazo y al parto desde una perspectiva insensible en donde el hospital es visto como una fábrica, el cuerpo femenino una máquina y el bebé como "producto" del proceso. El Estado tiene el deber de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, de garantizar una prestación médica de calidad y eficaz, así como garantizar que se respete el derecho a una vida libre de violencia hacia las mujeres.



**We have the right to
be heard**

El Tabú del aborto inducido: prácticas en embarazos no deseados



Soto Castillo María José
ADEMEN
marijose.contact@gmail.com

Desde rechazo social y médico, hasta “castigos divinos”, es bien sabido que el aborto ha sido estigmatizado a lo largo de la historia, sin embargo, en los últimos años se ha convertido en un tema de ferviente debate, incluso ha tenido un gran alcance en cuanto a su legalización condicional, que claro, no ha sido igualitaria su praxis en todos los países, ni en todos los estados de un mismo país como en es el caso de México, en donde se han visto prácticas y opiniones médicas contrapuestas.

El aborto lo conocemos como la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o si el embrión o feto pesa menos de 500 g.(1) El embarazo no planeado y el aborto son experiencias compartidas por mujeres, adolescentes e incluso niñas en todo el mundo, además, en México representa la 3ra causa de mortalidad materna.(2,3) Se estima que el 55% del total de embarazos en mexicanas de entre 15 a 49 años fueron no planeados y de estos, solo la mitad de los embarazos han podido acceder a un aborto inducido. (4, 5)

Cabe señalar que las mujeres recurren al aborto por una gran variedad de razones, entre ellas; la violencia sexual, la falta de acceso a servicios de salud, métodos anticonceptivos y las dificultades para el uso correcto de estos, además de fallas propias de los anticonceptivos porque sabemos que ninguno es 100% efectivo, la aversión de convertirse en madres, ya sea por angustia o miedo desmesurado, ansiedad, depresión, miedo al rechazo en familia que se torna más en una amenaza y desprecio; recordemos la muy famosa frase “¡si te embarazas te corro de la casa!”, el rechazo al embarazo que existe por parte de su pareja, amenazas de violencia, abandono, señalamiento o rechazo social, o simplemente porque un embarazo no se encuentra dentro de su proyecto de vida que posiblemente obstaculice su

desarrollo personal, académico, profesional y/o laboral. Abriendo así la interrogante ¿Quién es el verdadero culpable de un embarazo no deseado?

Aborto: ¿Derecho? o ¿Privilegio?

Descubramos algunas de las razones por las cuales las mujeres con embarazos no planeados no abortan; Resultan en una serie de cuestiones personales que pueden ser muy subjetivas como son:

- Sociales “*si aborto ¿Qué dirá la gente, mi familia?*”
- Emocionales “*No puedo hacerlo, tengo miedo, no dejo de llorar, necesito ayuda*”
- Financieras “*No tengo nada de dinero para unas pastillas, apenas voy en la prepa ¿De dónde se supone que lo saque?*”
- Religiosas “*Dios y la virgencita se van enojar conmigo si me saco el bebé*”
- Salud “*Me dijo el doctor que, si aborto, puedo morir por un sangrado trasvaginal*”
- Desinformación “*Estoy embarazada, ¿ahora qué hago? no lo quiero, no sé a dónde ir*”
- Lenguaje “*Tiakateixa xe kaxi tawitsika tukari*” “*no quiero este bebé, pero no me van a entender en el hospital*” (traducción en huichol).

Generalmente, las mujeres que han decidido abortar tienen más de una razón para hacerlo y las que no, también. La dificultad de expresar abiertamente que no desean el embarazo es debida al tabú y estigma relacionado con el aborto y al hecho de que el convertirse madre es el estereotipo de género hacia las mujeres más extendido socialmente.

De modo que cuando una mujer decide abortar, la sociedad interpreta directamente esa decisión como una desobediencia hacia lo que culturalmente significa ser mujer, y la personificación irracional del embrión o feto, apropiándose de pensamiento, personalidad incluso del habla, a pesar de aún no haber nacido, además de condenar y juzgar a la mujer por homicidio, y lo que más nos sorprende es que estos señalamientos subjetivos también ocurre por parte de una gran cantidad de médicos en el país, cuando se supone que “el ojo médico” debe tornarse más objetivo integralmente con el padecimiento y salud de la persona.

Paradigmas de la salud en el embarazo: ¿Qué hay de la salud mental?

Hablando de salud, puede que todos tengamos un concepto o percepción de la salud diferente, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos conceptualiza la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(6) y a la salud mental como un estado de bienestar que se caracteriza por la capacidad de una persona para desarrollarse plenamente en su potencial de afrontar las tensiones de la vida y trabajar de forma productiva. (7)

Como se describió anteriormente, las mujeres aun así tengan todos los privilegios, como dinero, apoyo de pareja y todas las comodidades posibles, puede que presenten una angustia o miedo exagerado en concebir finalmente un bebé. Resulta de vital importancia observar y poner atención en el lenguaje corporal, tono del habla, o solamente preguntar, “¿usted desea el embarazo?”.

El marco legal en torno al aborto: ¿Aliado? o ¿Enemigo?

Exceptuando que los últimos años, las reformas han sido muy rebuscadas plasmando que será penalizado el aborto causado por imprudencia de la mujer, actualmente no se castigará sólo si existe peligro de muerte o un daño en su salud,

a juicio del médico que la asista (8) esto replantea el concepto de salud y pone en jaque la cuestión del juicio médico.

La ideología contra la salud de la paciente: ¿Se debe recomendar el aborto inducido?

La recomendación del aborto inducido en embarazos no deseados no se practica uniformemente en un mismo estado, aun cuando se encuentre la embarazada en sus primeras 12 semanas de embarazo y se realice con medicamentos hay médicos que se niegan a darle un seguimiento de aborto seguro, ya sea por tintes morales e incluso religiosos; y estas decisiones aún se asocian al sexo, edad e incluso de la especialidad siendo los gineco-obstetras uno de los sectores más conservadores en relación con el aborto.(9)

Las opiniones contrarias suceden hasta en un mismo hospital o consultorio, desde las cuales afecta la salud de las pacientes, unos aprueban el procedimiento sólo en determinadas situaciones, y otros se oponen, o inclusive, las dejan en su libre albedrío sin proporcionar información de quién y cómo poder abortar, aunque lo sepan.

Existen clínicas de aborto donde abiertamente los médicos realizan estas prácticas para mujeres que no desean su embarazo, ¿por qué es diferente o es negado este derecho a pacientes que llegan a otras instituciones públicas en un mismo estado?



La angustia durante el embarazo

Evidenciando esto, se sabe que es infrecuente o más bien nula la represión jurídica frente a las mujeres que deciden abortar, las consecuencias no son generadas, "la penalización no se garantiza, ni la disminución de los abortos, ni su castigo; sólo hace que las mujeres arriesguen su salud y su propia vida"(9) La verdadera consecuencia es reforzar la inaccesibilidad de esta atención.

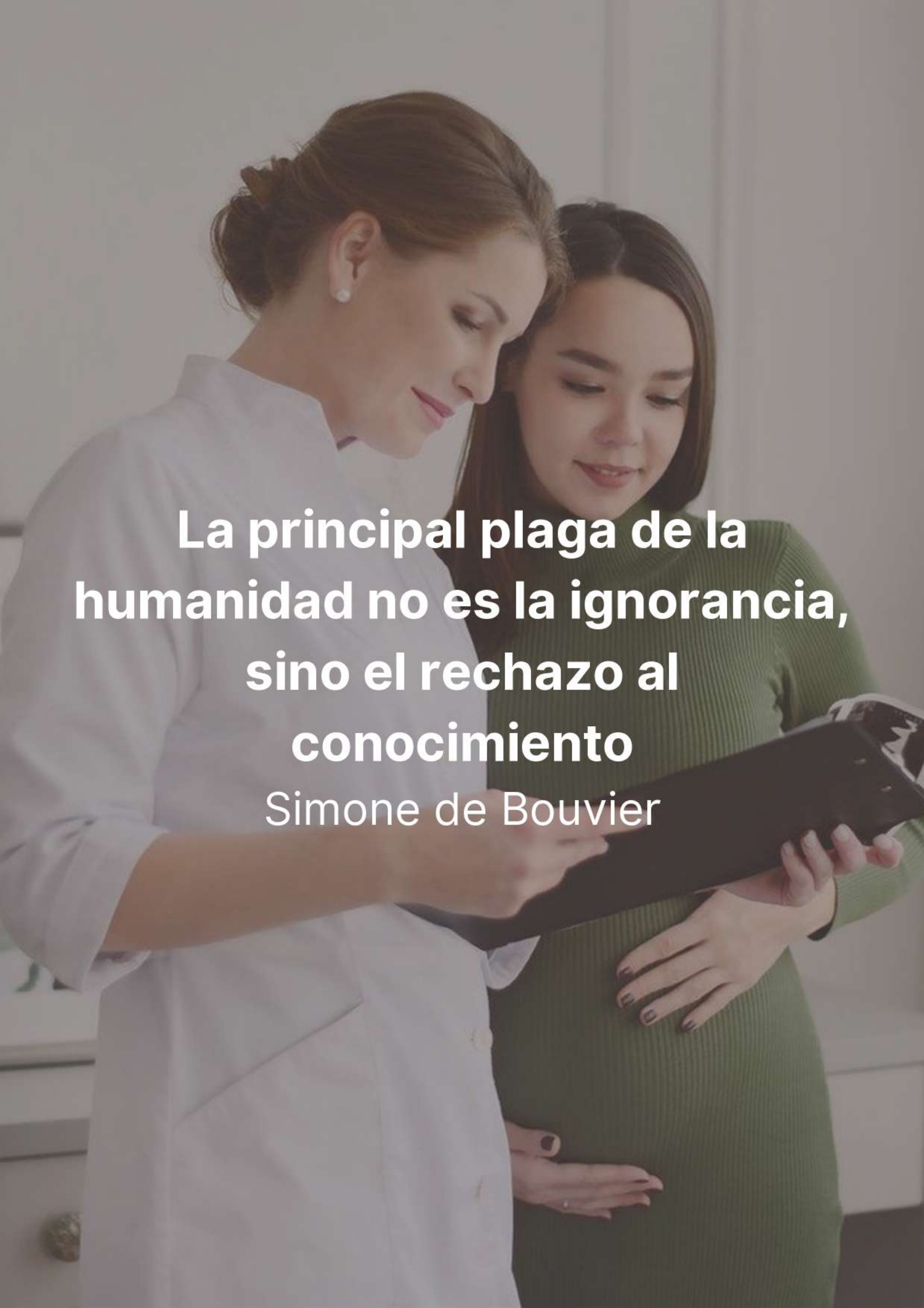
Conclusión

El aborto inducido no es la mejor opción para el control de natalidad, ya que es un proceso físico y psicológicamente doloroso. Para evitar este problema habría que erradicar las causas de los embarazos no planeados y que este deje de ser un privilegio. Como futuros médicos deberíamos considerarlo como una opción abierta, de última instancia, un escape ya que su estigma nos genera cada vez más un distanciamiento entre lo que se tiene que conocer y replantear, la empatía e interés en investigar más en este ámbito a favor de nuestras mujeres y niñas mexicanas, y pasar esta filosofía a futuras generaciones.

El aborto nunca dejará de ser una opción para millones de niñas, adolescentes y mujeres en todo el mundo, ya que históricamente ha sido, es y será uno de los eventos obstétricos más comunes en la vida reproductiva de las mujeres. No nos queda más que ceder y dar el paso en pro de la elección.



Lo más invisible ante los ojos, es lo
que no se quiere ver

A pregnant woman with dark hair, wearing a green ribbed dress, stands next to a woman in a white lab coat, likely a doctor. They are both looking down at a tablet computer held by the pregnant woman. The doctor is pointing at the screen. The background is a simple, light-colored wall.

**La principal plaga de la
humanidad no es la ignorancia,
sino el rechazo al
conocimiento**
Simone de Bouvier

Somos

SCOREans



SCORE
INTERCAMBIOS DE INVESTIGACIÓN

SOYAMMEF



SCORE
INTERCAMBIOS DE INVESTIGACIÓN

SOYAMMEF

Chile, me tincas caleta



Martinez Macias Luis David
IIMP
lm0103598@gmail.com



López Alvarado Miguel
IIMP
lopezalvaradomiguel68@gmail.com

Mi experiencia en el intercambio de investigación en Concepción, Chile, fue una ocasión única que me permitió crecer tanto a nivel académico como cultural. Durante un período de 30 días, tuve la gran oportunidad de integrarme al equipo de investigación del Dr. Ángel Oñate en el departamento de microbiología de la Universidad de Concepción. Esta universidad, de gran valor académico y que se encuentra rodeada por bellas montañas, me ha parecido lo más alucinante que he visto en mi vida, desde que soy estudiante de medicina.

El proyecto en el que estuve involucrado, titulado "Immune Evaluation of a DNA Vaccine Against Brucella", se centraba en la investigación y evaluación de una vacuna innovadora contra *Brucella abortus*, un patógeno de gran relevancia que afecta gravemente tanto a animales como a humanos, causando la enfermedad conocida como brucelosis. Este proyecto me brindó la oportunidad de sumergirme en el mundo de la investigación avanzada y de adquirir conocimientos que serán fundamentales en mi desarrollo profesional.

Mis responsabilidades fueron diversas y desafiantes, incluyeron la búsqueda de información científica relevante, la replicación celular precisa y la realización de diversas pruebas inmunológicas con células especializadas. A lo largo de mi participación en este proyecto, tuve la oportunidad de trabajar con técnicas avanzadas que ampliaron considerablemente mis habilidades en el laboratorio. Entre estas técnicas se incluyen las tinciones para la visualización de células y proteínas, la implementación de pruebas ELISA tanto directa como indirecta para la detección de anticuerpos, y la ejecución de Western blot para el análisis de proteínas específicas.



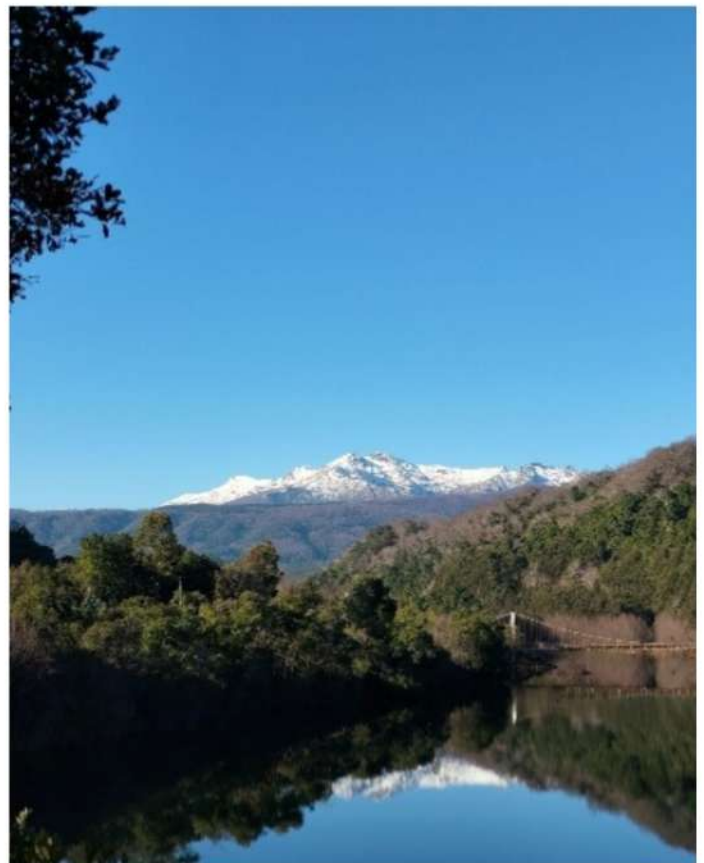
Estas experiencias no solo consolidaron mi formación académica, sino que también me proporcionaron una comprensión más profunda de los procesos experimentales y de las metodologías científicas, conocimientos que serán invaluable en mi futura práctica médica.

Más allá del enriquecimiento académico, la experiencia cultural en Concepción fue igualmente gratificante y transformadora. Concepción es una ciudad muy bella ya que ofrece una sorprendente variedad de paisajes naturales y contrastes sociales. Me sorprendió gratamente la proximidad entre sus playas y montañas, permitiéndome disfrutar de la naturaleza y la nieve por primera vez en mi vida. Fue una experiencia única poder alternar entre la brisa fresca del mar en la costa y, a solo unas horas de distancia, encontrarme en las montañas cubiertas de nieve, donde tuve la oportunidad de esquiar, una actividad que no es posible en mi país, México. Esta dualidad en el paisaje me hizo apreciar la diversidad geográfica de Chile. Además, la riqueza gastronómica del país me permitió disfrutar de una amplia variedad de sabores nuevos, desde mariscos frescos hasta platos típicos chilenos como el “completo”, que reflejan la diversidad cultural de la región. La cortesía y amabilidad de la gente local, especialmente en cuanto a la educación vial, fue otro aspecto que me sorprendió gratamente y que me hizo sentir bienvenido en todo momento.

El clima, sin embargo, presentó un desafío importante durante mi estancia. Concepción es conocida por sus inviernos fríos y húmedos, y mi visita coincidió con esta temporada. Despertar cada mañana con temperaturas de 0°C, ver el pasto congelado y enfrentar las intensas lluvias acompañadas de fuertes vientos fueron experiencias completamente nuevas para mí.

En conclusión, este intercambio en la ciudad de Concepción me permitió adquirir nuevas habilidades y enseñanzas, las cuales estoy seguro de que podré poner en práctica en mi profesión, así mismo me permitió explorar una nueva cultura, nueva comida, conocer personas increíbles y no solo de Chile, sino también de otros países como Bélgica y Taiwán.

Esta experiencia me proporcionó nuevas estrategias de trabajo y métodos de aprendizaje que serán una gran ventaja para mi futuro internado y seguir participando en otros proyectos de investigación. Además, las valiosas relaciones que formé con compañeros de laboratorio y profesionales, que compartieron conmigo su experiencia y amor por la investigación científica.



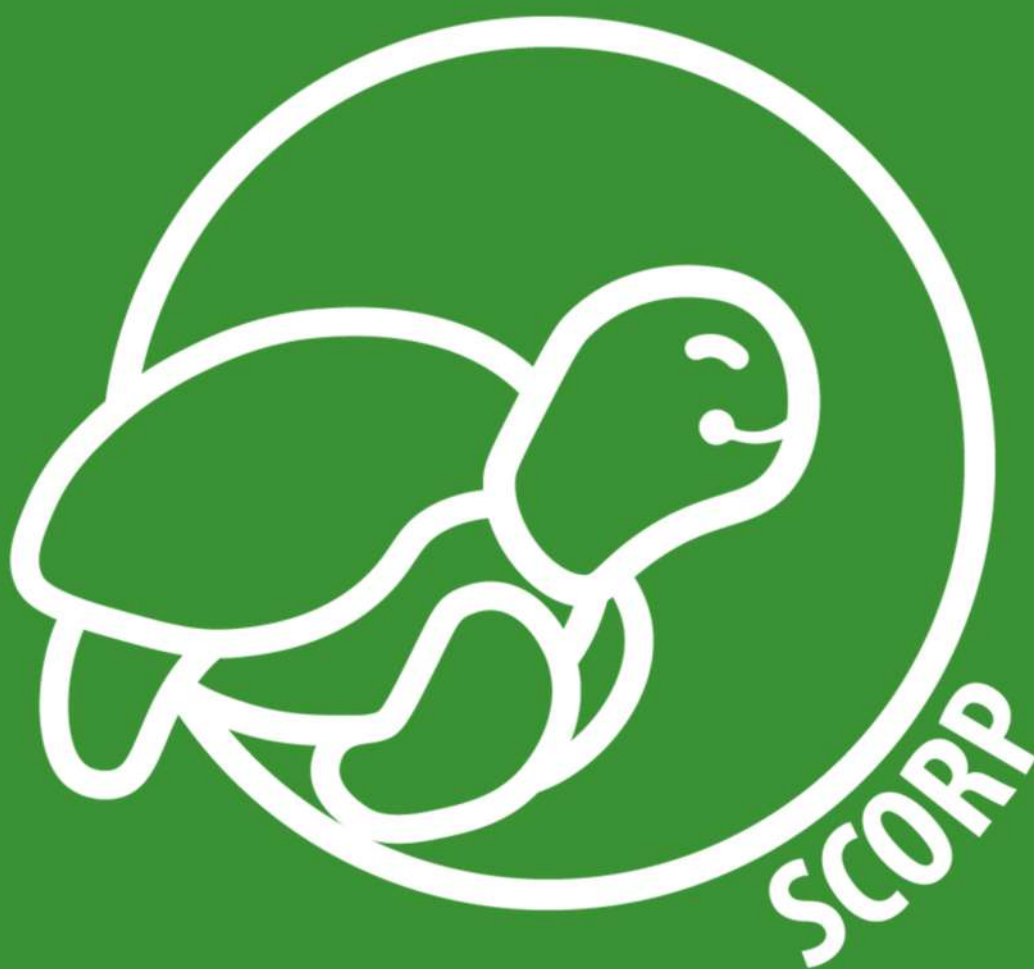
Somos

SCORPions



SCORP
DERECHOS HUMANOS Y PAZ

SOYAMMEF



SCORP
DERECHOS HUMANOS Y PAZ

SOYAMMEF

El papel del médico en el bienestar emocional: Desde el control prenatal hasta la detección y manejo de la depresión posparto



Morales Arévalo Azul Mónica
SAEM
azulmrlss19@gmail.com



Barrera Swain Karina Naomi
SAEM
naomibsk21@gmail.com

El embarazo es una etapa transformadora que conlleva una serie de cambios físicos y psicosociales en la vida de una persona. La mayoría de las veces el enfoque se centra en los aspectos físicos del embarazo y el parto haciendo que el bienestar emocional de la madre a menudo se pase por alto. Sin embargo, es crucial reconocer que la salud mental, es igual de importante como la salud física durante esta faceta. Los médicos juegan un papel fundamental en el apoyo al bienestar emocional, desde el embarazo hasta el período posparto.

Según el Royal College of Psychiatrists, la depresión y la ansiedad constituyen los problemas mentales más frecuentes durante el embarazo. Éstas afectan a cerca de 10 a 15 de cada 100 mujeres embarazadas. (1) Los profesionales de la salud pueden detectar e iniciar el control con la depresión posparto y otras condiciones emocionales, asegurando no solo el bienestar de la madre, sino también el desarrollo saludable del recién nacido.

En el contexto del embarazo y el posparto, esta definición de la salud mental adquiere un significado particularmente relevante. Haciendo referencia a la definición de la WHO, la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. (2)

Los médicos en formación deben de recordar la empatía que se necesita para tratar a cualquier paciente, y en este contexto tener más consideración con las futuras madres ya que ellas pasan por varios cambios hormonales que pueden desregular las emociones y afectar su bienestar lo que las puede llevar a sentirse incomprendidas y por ello la depresión posparto puede aparecer días antes o después del parto e incluso presentarse meses después del mismo.

Las pacientes llegan a sentirse diferentes debido a los cambios hormonales que ocurren en cascada, iniciando desde la concepción pasando por el embarazo y finalizando en el posparto, este último se caracteriza por un aumento de las tensiones fisiológicas y psicológicas que experimenta la madre. (3)



El primer contacto de una madre con su hijo.

Durante este tiempo, la fluctuación de hormonas, junto con la demanda constante de cuidar a un recién nacido, pueden desencadenar sentimientos de ansiedad, tristeza e incluso desesperación. Muchas madres se encuentran luchando con una identidad transformada, intentando equilibrar el instinto de proteger y cuidar con la necesidad de preservar su propia salud mental. La experiencia del posparto varía ampliamente de una madre a otra. Mientras algunas pueden sentir una conexión instantánea y euforia con su recién nacido, otras pueden sentirse abrumadas por una profunda sensación de pérdida y desconexión.

En muchos casos, la intervención temprana a través de la derivación a psiquiatría y psicología es crucial. Los especialistas en salud mental están capacitados para evaluar el nivel de severidad de la depresión posparto y desarrollar un plan de tratamiento adecuado que puede incluir terapia, apoyo farmacológico y grupos de apoyo específicos para madres. La derivación a psiquiatría y psicología no debe ser vista como un último recurso, sino como una parte esencial del cuidado posparto.

La depresión posparto es una condición que puede sumergir a las madres en un abismo de tristeza, ansiedad, y desesperación. Para algunas, esta experiencia se traduce en pensamientos de soledad y angustia, tan intensos que pueden llevarlas a considerar el suicidio como una forma de escapar del dolor emocional. Estas madres, en medio de un agotamiento físico y mental, pueden pasar largas horas del día durmiendo, no por descanso, sino como un mecanismo de defensa contra una realidad abrumadora que sienten que son incapaces de manejar.

En estos casos, la negligencia hacia su propia salud y la del recién nacido se vuelve una consecuencia inevitable de su estado mental. Las rutinas de cuidado diario, como la alimentación, el baño y la atención médica, pueden ser percibidas como tareas insuperables, incrementando el riesgo de desnutrición, infecciones y otros problemas de salud tanto para la madre como para el bebé.

Sin embargo, el papel del médico es crucial en estos momentos. Un abordaje empático y bien informado puede hacer una diferencia significativa. Los médicos, como guías y defensores del bienestar emocional, tienen la capacidad de identificar estos signos tempranos y ofrecer un apoyo integral. Al proporcionar un espacio seguro para que las madres expresen sus sentimientos, al mismo tiempo que se implementan estrategias de manejo adecuadas, como la terapia psicológica y la intervención farmacológica cuando es necesario, se puede guiar a estas mujeres hacia una recuperación completa y una reintegración saludable en su rol materno. Esta intervención temprana no solo salva vidas, sino que también inspira un cambio profundo, donde las madres aprenden a priorizar su bienestar emocional tanto como el físico.

Por otro lado, sucede que, en algunos hospitales, no separan a las madres que acaban de dar a luz y a las mujeres que sufrieron un aborto; eso no demuestra empatía por parte del personal médico, puesto que, por un lado, la mujer embarazada ve el sufrimiento de la mujer de la cama contigua, y la mujer que acaba de perder a su bebé, ve la felicidad de la madre que tiene a su lado.



Control Prenatal.

El embarazo no es un proceso fácil para la mujer ya que en este influye el ambiente, red de apoyo, procesos hormonales, entre otras muchas cosas más que afectarán o beneficiarán la salud mental de la madre. Nadie conoce mejor el embarazo más que la propia madre, es por eso la importancia de escuchar a la mamá, orientarla y acompañarla en todo este proceso tan complejo.

La realidad es que la depresión posparto sigue siendo un tema que, aún en estos tiempos, es desconocido o tomado a la ligera. Muchas mujeres sufren en silencio, sintiéndose incomprendidas o juzgadas, sin darse cuenta de que lo que están experimentando es una condición médica legítima que merece atención y tratamiento adecuados.

Pero es precisamente este desconocimiento el que nos da la oportunidad de educar, de hablar abiertamente. Como sociedad, y especialmente como profesionales de la salud, tenemos la responsabilidad de iluminar este tema, de desestigmatizar las conversaciones sobre la salud mental y de alentar a las mujeres a buscar ayuda sin temor. Cada historia de lucha puede transformarse en una historia de victoria; cada madre que se atreve a hablar puede inspirar a otra a hacer lo mismo.

Es a través de este enfoque médico y compasivo que se puede restaurar la esperanza y la vitalidad en la vida de estas mujeres, transformando lo que parecía ser un periodo de desesperación en uno de crecimiento, resiliencia y amor renovado hacia ellas mismas y sus hijos.

Y si a tí te ha pasado, nunca olvides que la depresión posparto no te define como mujer ni como madre; es un recordatorio de la importancia de cuidarte a ti misma mientras cuidas a los demás.



**Ser libre es querer la
libertad de los demás**

Más allá de los síntomas: La medicina holística y el paradigma biopsicosocial



Gámez Borbón Ángel
SOCEM UNISON
a223213082@unison.mx

Hace poco, en una de mis clases, tuve la oportunidad de escuchar una frase que logró captar mi atención, en ella, se decía que «la medicina es y debe ser “holística”». Esto me hizo preguntarme, ¿Qué significa exactamente esto?, y aún más importante, ¿Tiene algún sustento dicha afirmación?

Históricamente, el enfoque dominante en la medicina fue el modelo biomédico, el cual tiene sus raíces en la antigua medicina hipocrática y las corrientes renacentistas. Durante siglos, este enfoque permitió que se hicieran avances significativos en el entendimiento de los mecanismos biológicos, sin embargo, también limitaba mucho la comprensión del paciente como un ser integral, al centrarse únicamente en la perspectiva biológica de la enfermedad e ignorando su contexto humano. Con el tiempo, esta visión fue evolucionando lentamente hacia una mayor comprensión de los factores psicológicos y sociales dentro de los procesos salud-enfermedad, lo que impulsó el desarrollo e implementación de nuevos modelos, enfocados en analizar estos fenómenos desde perspectivas más detalladas (1).

Uno de estos modelos, fue el modelo biopsicosocial, también conocido como “Modelo Holístico”, propuesto por el psiquiatra George L. Engel (2), el cual, se basa en la premisa de que los sistemas, en este caso, el cuerpo humano, deben ser estudiados en su conjunto y no solo como la suma de sus partes. Es decir, tratar al paciente como un todo, considerando no solo los síntomas físicos, sino también los aspectos emocionales, espirituales y sociales.

Sin embargo, aunque el enfoque del modelo médico holístico es esencial, todavía existen pocos fundamentos experimentales que

indiquen con precisión qué datos clínicos son necesarios para evaluar adecuadamente un síntoma. Esto se debe a que los síntomas que un paciente describe, a menudo no reflejan la totalidad de las razones por las que busca atención médica. Dado que, si el médico se enfoca exclusivamente en la molestia física reportada, puede no identificar el problema real, lo que podría llevar a diagnósticos y tratamientos incorrectos o innecesarios (3). En este contexto, la colaboración de equipos multidisciplinarios, integrados ya no solo por médicos, sino también por psicólogos, trabajadores sociales, nutriólogos y otros profesionales del área de la salud, se vuelve crucial. Permitiendo mejorar la efectividad del tratamiento, al asegurar una atención centrada en el paciente (4).

Estas ideas “revolucionarias” de las que hablo, no son para nada nuevas, pues fueron propuestas desde 1977. Sin embargo, en la realidad, es difícil notar muchos cambios respecto al panorama que nos plantean, ¿Cuál es la razón detrás de esta falta de progreso?

En este caso, uno de los mayores factores que limitan la transición, es la resistencia a abandonar las arraigadas costumbres del modelo biomédico tradicional, que aún domina en muchas regiones. Esta resistencia se ve agravada por la falta de recursos y financiamiento, ya que especialmente en países latinoamericanos, el presupuesto para salud mental es muy limitado, siendo generalmente inferior al 3% del gasto total en salud. Asimismo, la formación de los profesionales en temas biopsicosociales es insuficiente, ya que la

diversidad sociocultural y económica de la región demanda enfoques más adaptados a las realidades locales. La falta de investigación y evaluación de programas también dificulta la implementación efectiva del enfoque biopsicosocial, lo que hace que el desafío de pasar de un modelo centrado en hospitales a uno que priorice la atención primaria y comunitaria sigue siendo significativo (5).

En conclusión, aunque esta visión ha sido ampliamente reconocida y defendida desde 1977, su implementación sigue siendo un desafío significativo, debido a los múltiples obstáculos que se presentan, especialmente en regiones como Latinoamérica, lo cual, ha limitado el avance de la atención médica hacia enfoques más holísticos. Para avanzar en este sentido, es necesario superar estos obstáculos, solo así se podrá avanzar hacia una atención médica capaz de abordar la complejidad de las condiciones de salud, en un contexto global tan diverso como el que se vive hoy en día.

Artes y humanidades en la formación y práctica médica: análisis desde una perspectiva actual



Santos Reyes Brenda María
ADEMEN
21006436@uan.edu.mx

La educación médica, pilar fundamental de nuestra sociedad, enfrenta el desafío de formar profesionales no solo técnicamente competentes, sino también empáticos y humanistas. Si bien, la ciencia médica es esencial para comprender el funcionamiento del cuerpo humano, es la relación médico-paciente, un encuentro entre dos personas, la que define el verdadero arte de la medicina.

Durante toda nuestra formación, nos dedicamos a construir una personalidad profesional y científica lo más impecable posible para poder brindar seguridad a los pacientes en el futuro, sin embargo, son pocos los estudiantes que se dedican a pulir su sentido humanístico y son una porción todavía más pequeña, aquellos médicos que aplican las artes y humanidades en su práctica médica diaria para hacerla más enriquecedora. Letamendi utiliza estas palabras "El que sólo sabe medicina, ni medicina sabe", nos expresa su necesidad de poner en libertad a la medicina, resaltando que esta es capaz de traspasar los límites del conocimiento científico.

Sabemos que se es más humano cuando es mayor la capacidad de comprender al otro, de sentir sus sentimientos, emocionarnos con sus emociones y vibrar con sus pasiones, pero ¿Cómo ser un buen médico? ¿Es correcto afirmar que el proceso educativo del médico debe ir más allá del conocimiento teórico?

Medicina: ciencia y arte

La Medicina es construida a través de racionalismo y empirismo, la ciencia debe ser base fundamental. Los conocimientos demostrables y biológicos explican el funcionamiento del cuerpo humano, buscan dar solución a las problemáticas fisiológicas que impidan su óptimo bienestar.

Dejando sentado que la Medicina y los actos médicos deben ser ciencia, no podemos omitir que la relación médico-enfermo=médico-paciente es encuentro entre dos personas, con diferente perspectiva, pero con un objetivo común; en el éxito de este encuentro radica el arte de la medicina. 1.

El arte en la medicina nos motiva a mirar a las personas en todas sus esferas, sociales, anatómicas, fisiológicas, su entorno emocional, afectividad, completando toda la dimensión del paciente, tener la capacidad de sensibilizarnos sin perder el equilibrio profesional.

«La verdad del arte previene que la ciencia se convierta en algo inhumano y la verdad de la ciencia evita que el arte sea ridículo» 2.

Formación médica integral

La educación médica actual jerarquiza fundamentalmente los aspectos biológicos de la disciplina, dejando rezagados sus aspectos humanísticos; vale decir que existe en la formación de grado y postgrado una marcada asimetría entre la perspectiva científica (sínica) y aquella de carácter humanístico (simbólica), en detrimento de la segunda 3.



La tarea de descubrimiento artístico y humanístico es una tarea individual y grupal al mismo tiempo, puede considerarse una mezcla entre ambiente y autodescubrimiento, debe despertar el interés individual y crecer a medida del tiempo que cada quién invierte en su autoeducación.

Se puede introducir a los estudiantes en este autodescubrimiento, a través de actividades con este enfoque, como pintura, danza, dibujo, entre otras; pero la tarea más importante, es lograr concientizar e incentivar a los futuros médicos a desarrollar una personalidad más profunda y sensible, fuera y dentro del salón de clases.

La importancia de integrar las artes y las humanidades

La formación médica actual tiende a priorizar los aspectos biológicos, dejando de lado la dimensión humanística. Sin embargo, esta última es crucial para desarrollar habilidades clínicas y sociales, así como también una inteligencia que nos vincule con el entorno.

Algunos de los beneficios del desarrollo del espíritu crítico son: la distinción entre información, conocimiento y saber, el conocimiento de la naturaleza humana, la adquisición de habilidades comunicacionales, el desarrollo de la empatía 2.

De manera más concreta la utilidad en la formación y práctica médica debuta en la toma de decisiones, sencillas y complejas. Desde la etapa de formación, por ejemplo, en organización del tiempo y creatividad para transmitir un tema aprendido, hasta la práctica profesional, como en la atención médica al establecer tratamientos en base a la empatía, considerando el entorno completo del paciente y tomando decisiones clínicas acertadas. Estas cualidades y habilidades profesionales son más fáciles de ejercitar y desarrollar si se posee una mente abierta.

El papel de las instituciones y el desarrollo profesional continuo

Es importante reflexionar sobre lo valioso que sería la incorporación del arte como un instrumento educativo complementario en pos de lograr una mejor formación médica 3.

Las instituciones educativas y sanitarias tienen un papel fundamental en la promoción de la formación humanística. Es necesario diseñar currículos que incluyan las artes y las humanidades de manera sistemática y evaluar el impacto de estas iniciativas. Además, es importante fomentar el desarrollo profesional continuo de los médicos, incentivando la participación en actividades que promuevan la reflexión y el crecimiento personal.

Es evidente que ningún humano puede leer, año con año, día con día, tal cantidad de información, de la misma manera que es claro que ninguna escuela o facultad de medicina en el mundo puede ser capaz de incluir en sus programas de estudios o de actualización la totalidad de los conocimientos más recientes, el único recurso que queda viable que es el de reducir al mínimo el conocimiento transmitido para centrar los esfuerzos en enseñar a aprender 4.

La formación médica debe ser culturalmente competente y adaptarse a las necesidades de cada estudiante. Una manera de persuadir y aplicar la práctica y enseñanza de las artes y humanidades es a través de tecnologías digitales, ya que estas ofrecen nuevas oportunidades para integrar estas disciplinas, a través de plataformas en línea y aplicaciones móviles.



Superando las resistencias

Es común encontrar resistencia a la incorporación de las artes y las humanidades en la formación médica. Algunos argumentos en contra incluyen la falta de tiempo, la percepción de que estas disciplinas son menos importantes que las ciencias básicas y la dificultad de evaluar los resultados. Sin embargo, es fundamental reconocer que una formación integral beneficia ampliamente a los futuros médicos, tanto de forma profesional en el trato con sus pacientes y ejercicio de la medicina, como en su vida cotidiana, fomentando el desarrollo personal y habilidades intelectuales.

A manera de propuesta resolutive ante este tipo de inconvenientes, está la pasión, el esfuerzo y la capacidad de mejora. El valor que tiene la vocación es determinante en la decisión de miles de jóvenes que continúan presentándose semestralmente para ingresar a esta hermosa profesión que conjuga arte y ciencia 2.

No está de más recordar los motivos por los que se comenzó este viaje profesional, de vez en cuándo sería bueno acompañar a los estudiantes en un proceso de visualización interior, donde puedan preguntarse cuál es la verdadera pasión que los trajo a estudiar medicina, cómo llegaron hasta aquí, cuáles son las deficiencias que han tenido hasta ahora y cómo poder mejorarlas.

Es en este autoejercicio, se puede redescubrir el verdadero significado de las artes y humanidades aplicadas en el futuro médico.

En conclusión, podemos inferir que la formación médica debe trascender la mera adquisición de conocimientos científicos. La integración de las artes y las humanidades es esencial no solamente para formar profesionales capaces de brindar una atención integral y humanizada, sino también ayudan a formar médicos en formación que sean capaces de encontrar estrategias para optimizar su tiempo y ser creativos para enfrentarse a las exigencias que conlleva estudiar medicina.

Al cultivar la empatía, la comunicación y la capacidad de comprender las experiencias de los demás, los médicos pueden establecer relaciones más sólidas con sus pacientes y mejorar los resultados en salud.

El mejor médico es aquel que, provisto del conocimiento de la ciencia médica, se acerca al paciente dotado de un equilibrado juicio clínico; en otras palabras, practica su arte. Ese arte debe incluir también la compasión y la comprensión humana 1.



La esencia del pensamiento es la libertad

Alejandro Jodorowsky



TEMA ESPECIAL

EL MÉDICO A LO LARGO DE LA VIDA



Cuidando con el corazón: Creando conexiones con los pequeños pacientes.



Quintanar Serrano Víctor Gustavo
CAEM UAEH
vgqs29@gmail.com

La relación entre los médicos con los pequeños pacientes es crucial no solo en el tratamiento de las enfermedades que le aquejan, si no en la creación de experiencias que pueden afectar profundamente su percepción en el futuro sobre la medicina, impactando en su bienestar psicológico y el cuidado de la salud en etapas más tardías de la vida. Durante los primeros años de vida el ser humano es vulnerable a las influencias externas lo que repercute en su confianza en el sistema de salud. Más allá del diagnóstico y tratamiento el paciente debe ser reconocido como un cuerpo que no solo necesita ser curado, sino como humano completo con emociones, miedos y con expectativas.

Conectando con el habla

Para que la atención médica sea eficaz es necesario tener una comunicación adecuada con el niño, debido a su edad le resulta difícil comprender términos médicos y expresar sus síntomas, lo que le ocasiona miedo y ansiedad dificultando la relación médico-paciente. Es crucial que el médico utilice un lenguaje sencillo y apropiado a la edad del paciente, apoyándose de analogías y recursos visuales como dibujos o juguetes; además es fundamental escuchar activamente al niño ya que le demostramos que es importante así como que sus sentimientos son validados. Esta actitud de empatía no solo lo tranquiliza si no que facilita la realización del examen físico y el apego al tratamiento. La comunicación con el niño no solo se limita a las palabras, sino también, a través de su expresión facial, tono de voz, movimientos y gestos, se transmiten mensajes que pueden influir en su nivel de comodidad y confianza.

Divertirse, sana

La incorporación en la atención médica de juegos y distracciones es una herramienta útil para reducir los niveles de estrés y percepción del dolor ya que los niños centran su atención en estímulos positivos en lugar de las experiencias dolorosas liberando endorfinas que son neurotransmisores que actúan como analgésicos naturales lo que induce una respuesta de relajación que puede reducir la intensidad del dolor al disminuir la tensión muscular y los niveles de la hormona del estrés. Los juegos pueden ser una herramienta para explicar procedimientos reduciendo el miedo, ayudando al niño a entender y cooperar mejor, lo que nos motiva a participar activamente en su cuidado.

Como estrategias se puede proporcionar juguetes o actividades como la narración de cuentos, así como espacios diseñados de manera integral que considere las necesidades clínicas como el bienestar emocional del niño. Al invertir en el diseño de estos espacios, los profesionales de la salud pueden promover una atención más positiva y efectiva, facilitando el bienestar general.

El rol de los colores

En la consulta pediátrica, los padres juegan un rol crucial, ya que proporcionan información sobre la salud, desarrollo y comportamiento del niño lo que ayuda al médico a obtener una anamnesis completa, lo cual es vital para un diagnóstico acertado y con ello un tratamiento adecuado, por otro lado, la participación de los padres contribuye a una mejor comprensión de las recomendaciones médicas y adherencia al tratamiento, ya que tienen la oportunidad de realizar preguntas y expresar sus preocupaciones. Esta comunicación abierta puede reducir los niveles de ansiedad y estrés tanto para el niño como para los padres, favoreciendo tanto la recuperación física como el bienestar emocional del niño.

Al brindar atención a los pequeños pacientes con el corazón, los médicos no solo tratan enfermedades, sino que también moldean actitudes futuras hacia la medicina y la salud, fomentan una relación más positiva y constructiva con el sistema de salud en general. Cuando los médicos se acercan a la atención pediátrica con empatía y comprensión, están creando mucho más que una simple interacción clínica. Están construyendo un marco para la percepción futura del niño sobre la medicina y el cuidado de la salud.

Rol del médico en formación en la atención del adulto mayor.



Muñoz Martínez Daniel
CAEM UAH
daniel52mm@gmail.com

Como médicos en formación, transitamos nuestros años de estudio enfocados en aspectos biológicos y patológicos más que en el desarrollo de habilidades que nos permitan interactuar adecuadamente con los pacientes. Es cierto que durante las rotaciones clínicas nos es posible aplicar el conocimiento adquirido; sin embargo, es justamente este momento donde comenzamos a atender pacientes con una vaga idea de cómo comunicarnos efectiva, asertiva y empáticamente con ellos

Es así que desde la perspectiva como estudiantes de medicina, hemos presenciado de cerca el trato hacia al paciente, y resulta interesante notar como cada médico desarrolla una interacción única basada en sus años de experiencia que les permite desempeñar su trabajo. Sin embargo, según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la mayoría de las quejas que se reciben en contra de médicos tienen su origen en la mala comunicación que éstos mismos establecen con sus pacientes. Es por ello que emerge una curiosidad notable al observar que dentro de todas estas relaciones médico-paciente fallidas comparten un denominador común: atender al paciente mayor.

Cada vez es mayor el número de personas mayores, por lo que es importante poner especial atención en adquirir estrategias para afrontar los cambios de humor y comportamiento en el paciente mayor. Es frecuente que el anciano se encuentre enfadado, desagradecido, desorientado, deprimido y sin la más mínima intención de colaborar, lo que puede llevar al médico, y sobre todo al estudiante de medicina a sentir frustración, puesto que tenemos poca experiencia y nadie nos enseña a manejar este tipo de situaciones hasta el momento

en que lo vivimos y tenemos una segunda oportunidad para corregirlo o bien, cuando observamos a un médico con experiencia logrando obtener respuesta positiva del paciente y nosotros imitamos estas conductas durante situaciones similares.

En este contexto, el trato médico durante la vejez resulta un reto para los médicos, por la formación académica limitada que no desarrolla la capacidad de adaptación para resolver conflictos y sensibilidad por las necesidades psicológicas del paciente y en consecuencia se verá afectada la calidad de atención médica que se ve evidenciada en la dificultad de ejecución del interrogatorio médico y exploración física. Es cierto que en el plan de estudio de medicina están incluidas asignaturas como psiquiatría y geriatría que nos podrían ayudar a entender cómo llevar estas relaciones con el adulto mayor; sin embargo, estas asignaturas regularmente se abordan en los últimos semestres del programa educativo, siendo necesarias antes de comenzar las prácticas clínicas.

Esto ha dado como consecuencia a que el médico con falta de instrucción para atender a adultos mayores genere una mezcla de sentimientos que puede ir desde sentirse inseguro sobre si está haciendo lo correcto, hasta sentirse rechazado, apenado, ridiculizado o irrespetado por el paciente por lo que con el paso del tiempo el médico deja de intentar establecer una relación y puede dar lugar a ciertas acciones negativas ante la vejez como lo es rechazar, violentar, subestimar, menospreciar, ignorar, bromear, etc. perjudicando el bienestar y la salud de las personas mayores.

Es muy difícil para nosotros estudiantes de medicina observar este tipo de tratos irrespetuosos por parte de médicos ya con una larga trayectoria, que intentan darnos consejos sobre cómo actuar ante estas personas como si tuvieran demencia senil aunque no exista ningún dato de su presencia y aún más difícil el escuchar como justifican estos actos debido a su falta de empatía. Y aunque son los menos este tipo de médicos, es necesario abordar el problema de raíz para evitar que este tipo de tratos no se siga perpetuando.

Si bien es complicado agregar asignaturas sobre comunicación médico-paciente en el plan de estudio de medicina o es un proceso lento adquirir las habilidades en la práctica clínica para gestionar la diversidad de personalidades en los adultos mayores, es nuestra responsabilidad como la próxima generación de médicos el transformar y mejorar la atención del adulto mayor en nuestro país, y la clave está en tratar al paciente como un ser humano, en lugar de verlo solamente como un caso clínico y así poder ver más allá de su condición médica.

Así es el trato médico en la vejez, puede verse como una batalla entre médico y paciente, pero con un enfoque basado en la inteligencia emocional, no tiene por qué ser un conflicto, sino una vía para ayudar a nuestra generación de mayores, guardianes del tiempo y la historia.

Mala praxis y patologización de pacientes femeninos.



María Inés Flores Encinas

SOCEM UNISON

marinflen.uni.22@gmail.com

La salud comprende el completo bienestar físico, psicológico y social, cada uno interactúa entre sí, lo que mantiene un equilibrio en cada persona, es decir, si presentamos problemas en un ámbito, los demás se verán afectados. En el sistema que vivimos en la actualidad, podemos encontrar deficiencias en cada ámbito, los cuales, desafortunadamente, afectan a la población en general, principalmente a grupos vulnerables. Por desgracia, las mujeres, en ocasiones, tienen mayores dificultades para mantener su bienestar psicológico, debido a distintos factores. ¿Qué sucede cuando no se comprende o se malinterpreta la psicología femenina?

En la actualidad, podemos definir enfermedad como una alteración patológica que afecta a uno o distintos órganos, lo que nos da un conjunto de síntomas relacionados, los cuales, nos orientan para la elaboración de un diagnóstico y con base a ello dar un tratamiento ideal para el control de la enfermedad (1). Dicho esto, se presentan situaciones en las cuales los profesionales de la salud realizan alguna negligencia médica o algún incumplimiento de la normativa médica legal, a lo que se le llama mala praxis médica (2).

Gracias a ello, se presentan inconsistencias en la salud femenina, debido a que hay diversos trastornos psiquiátricos que se asocian a cambios hormonales manifestados por el ciclo menstrual, si bien sabemos, hay hormonas como la progesterona alta, la hormona paratiroidea alta o baja y la hormona del crecimiento baja, han demostrado una relación estrecha con el trastorno depresivo, pero este no está solamente asociado a pacientes femeninas, sino también, a pacientes masculinos (3).

Es muy común que observen casos de desigualdad en la salud psicológica femenina, por ejemplo, en el DSM-5 se exponen las diferencias por "género", hablando de la prevalencia o sintomatología de los trastornos psiquiátricos, sin tomar en cuenta, que el género es una construcción psicosocial. Asimismo, no contempla la desigualdad y se exponen las "diferencias por género", cuando realmente se tratan diferencias por sexo (4).

Además de ello, hay un doble estándar de los parámetros en salud mental, debido a que, los pacientes masculinos, se les relaciona seres "independientes, autónomos y objetivos", mientras que, a las pacientes femeninas se les asocia con "sumisión, sentimentalismos y dependencia", y cuando las mismas rechazan este rol impuesto por la sociedad se les denomina "locas" (4).

Algo que se ha observado, al momento del diagnóstico psiquiátrico hacia las pacientes femeninas, es utilizar es el síndrome premenstrual, para un conjunto de síntomas o alteraciones en el estado emocional que se manifiestan por el ciclo menstrual, si bien, el periodo premenstrual, llega a ocasionar diversas alteraciones psicológicas, esto se relaciona al entorno en que las pacientes se desarrollan, en donde, se pueden presentar diversos factores estresantes para las mismas, los cuales desencadenan los diversos síntomas (5).

Antes de la utilización del término síndrome premenstrual, se utilizaba el término de histeria, el cual, se asociaba a pacientes femeninas que se consideraban como "difíciles, narcisistas y egocéntricas", se relacionaba a procesos naturales como hormonas y menstruación, al igual que, la gestación, el puerperio o la menopausia, fueron categorizados como detonantes de "locura" (5).

La desigualdad ante los diagnósticos psiquiátricos en las pacientes femeninas, hacen que el trato médico hacia las mismas sea malo y deficiente, dado que, se están patologizando, es decir, la inclusión de un proceso normal en la categoría de enfermedad, esto hace que los mecanismos biológicos y sociales que las mismas viven por a su anatomía o entorno, debido a que, se les asocia a las personas del sexo femenino como el "sexo débil" y no se consideran las problemáticas sociales complejas, que se viven día con día, ocasionando así, un mal diagnóstico, puesto que, el conjunto de síntomas que ellas manifiestan, no se logra ver desde una perspectiva con diferencias de sexo (6).

Otro ejemplo, es en el Trastorno del Espectro Autista (TEA), en donde muchas pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos no son diagnosticadas o se realizan diagnósticos tardíos, porque los diversos síntomas pasan desapercibidos, o también, son mal diagnosticados hacia otro trastorno, lo que deriva implicaciones negativas en el desarrollo de la persona (7). Es muy común que se siga dando un infra diagnóstico del TEA, dado que, es menos frecuente en pacientes femeninas, sin embargo, la manifestación de los síntomas es distinto a los de los pacientes masculinos, además de ello, las pacientes pueden camuflarse ante las demás personas (7). Para dar una evaluación de este se necesita una comprensión de los factores femeninos, para así dar un diagnóstico favorable (7).

El mal diagnóstico en las enfermedades psiquiátricas, debido a la falta de comprensión de parte de los médicos, en conjunto a la falta de análisis hacia las pacientes de su contexto biopsicosocial, el uso de evidencia basada únicamente en pacientes del sexo masculino, en donde, a las pacientes se les clasifica como seres no autónomos y no capaces de regular sus emociones, da como consecuencia que las mujeres sean observadas bajo una perspectiva machista, donde se desvalora sus experiencias vividas y se les encasilla en términos insultantes de parte de los profesionistas de la salud, generando así, un mal trato hacia las pacientes.

Esto genera una falta de comprensión hacia las pacientes, lo que nos da una mala relación médico-paciente, dado que, los profesionales de la salud subestiman los síntomas o engloban los síntomas a pacientes que "solo quieren llamar la atención, están exagerando o es porque están menstruando", esto genera una desconfianza hacia el médico, dado que la paciente percata que realmente no está comprendiendo los síntomas que ella manifiesta, generando así una frustración hacia el médico por no validar sus síntomas, además de, una frustración personal por no comprenderse a sí misma y por no saber si su diagnóstico es el correcto.

En la práctica es muy indispensable realizar un diagnóstico certero, para así intervenir con el tratamiento adecuado a la enfermedad, porque, si se realiza un mal diagnóstico, por ende, se da el tratamiento inadecuado, y el uso indiscriminado de los fármacos nos puede dar diversas alteraciones en órganos o tejidos, además, se retrasa el diagnóstico adecuado, lo que pausa el bienestar de la persona, debido a un mal diagnóstico y mala praxis, los pacientes comienzan a generar desconfianza en la capacidad del médico y comienzan en la búsqueda de otro para descubrir la raíz de sus síntomas (8).

Una de las propuestas planteadas para disminuir la mala praxis y la patologización de las enfermedades psiquiátricas en pacientes femeninas, es actualizar y volver a clasificar los distintos trastornos mentales, en donde, se tome en cuenta la perspectiva de los distintos sexos. Afortunadamente, la sociedad actual continúa cambiando constantemente, los libros y manuales se actualizan cada cierto periodo de tiempo y siguen saliendo diversos artículos, en los cuales apoyan la idea de la reestructuración de la clasificación de los trastornos mentales.

El médico y la atención integral del cáncer de próstata en el adulto mayor



Flores Reyes Marco Faryd
ADEMEN
marco.flores@uan.edu.mx



Sánchez Gámez
Ariadna Cristina
aryss137@gmail.com

Durante la formación de pregrado, se conocen tantas historias en los pasillos de los centros de salud, las salas de espera en hospitales de segundo nivel, e incluso, en la fila de farmacia de hospitales de concentración. Cada día es más frecuente identificar a una persona adulta mayor que vive con cáncer de próstata; ver su evolución y reconocer el pronóstico de la enfermedad, puede ser una de las experiencias más contrastantes en la carrera médica.

El cáncer de próstata (CAP), se define como una proliferación descontrolada de las células epiteliales (secretoras lumbales, células basales, y raramente, células neuroendocrinas) de la glándula prostática. Presenta un comportamiento biológico potencial maligno y pronósticos heterogéneos relacionados principalmente a la edad.¹

Una Persona Adulto Mayor (PAM), es un individuo que tiene más de 60 años y vive la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales, pero que es sensible a vivir con fragilidad. ²

La fragilidad es un estado de vulnerabilidad a los factores estresantes externos que afectan la salud. Los pacientes experimentan un deterioro en múltiples sistemas fisiológicos, lo que resulta en una disminución de la movilidad, fuerza muscular, densidad ósea, equilibrio, procesamiento motor, cognición, resistencia y actividad física. La biología de la fragilidad es compleja, con mecanismos que abarcan desde inflamación, pérdida de regeneración de células madre, daño del material genético, deterioro metabólico, desregulación hormonal, cambios epigenéticos y la pérdida de proteostasis.³

Cáncer de próstata y la persona adulta mayor

México tiene una población masculina mayor de 60 años de aproximadamente 8.1 millones. De los cuales, 48 de cada 100 personas de 60 años y más son población económicamente activa. El 13% de estos hombres siguen siendo trabajadores formales al momento del diagnóstico.⁵

El cáncer de próstata es la neoplasia más diagnosticada y la principal causa de muerte relacionada con cáncer en el hombre en todo el mundo. Se estiman más de 1.6 millones de casos nuevos y 366 mil defunciones cada año, encontrándose en el cuarto y octavo lugar en incidencia y mortalidad, respectivamente, a nivel mundial. ⁴ Posee un tiempo de latencia de entre 15 a 20 años, durante el cual la enfermedad está histológicamente presente pero aún no se ha vuelto sintomática, por lo que se ha ganado el nombre de "La enfermedad del hombre silencioso", debido a que puede cursar asintomática y diagnosticarse cuando la enfermedad ya es metastásica. ⁶

La edad media al momento del diagnóstico es de 66 años. El 60% de hombres con este tipo de cáncer son diagnosticados cuando tienen más de 65 años y el 20% en mayores de 75 años. Puede presentarse sin síntomas y diagnosticarse cuando la enfermedad ya es metastásica.³ A nivel nacional, las instituciones de seguridad social cuentan con programas de prevención de cáncer de mama y próstata. Sin embargo, se reportan más de 302.3 casos por 100000 habitantes y 84.3 defunciones por cada 1000 hombres mayores de 60 años cada año.⁵

Entre prejuicios y desconocimiento

Se estima que más del 70% de los pacientes que viven con CAP se diagnostican en una etapa avanzada y acuden a valoración médica cuando se presentan síntomas que rebasan su umbral de dolor o identifican como peligrosos para la salud, como trastornos urinarios, disminución en la fuerza del flujo de la orina, sangre en la orina, sangre en el semen, dolor de huesos, pérdida de peso sin intentarlo y disfunción eréctil.

A pesar de que durante la última década se ha logrado avances sin precedentes en el tratamiento curativo del cáncer de próstata, el hablar sobre el tema podría considerarse un tabú entre la población de personas adultas mayores, que creció bajo prejuicios, dogmas y el constructo social de la masculinidad que define un ideal masculino dominante; caracterizado por fortaleza, independencia y supresión de las emociones. El hecho de pensar en el tacto rectal es algo imposible, por lo que ocultan a familiares, amigos y a los propios médicos los síntomas angustiantes causados por alteraciones en el sistema genitourinario, como disfunción eréctil e incontinencia urinaria, lo que favorece un diagnóstico tardío donde las opciones terapéuticas son reducidas.⁶

Desde nuestra experiencia, el informar a un abuelo, padre o amigo que tiene cáncer es uno de los retos que ponen a prueba el temple, carácter y humanismo de los médicos, tanto en formación como adscritos, la empatía nos permite comprender que el paciente que recibe el diagnóstico de cáncer puede desencadenar reacciones emocionales que dificulten la comprensión del tratamiento y los cuidados, por lo que no es extraño escuchar comentarios como "La enfermedad me salió de golpe", "No tenía síntomas", "Por qué me está castigando Diosito, qué habré hecho", "No quiero ser una carga para mi familia" o la pregunta directa "¿Cuánto tiempo me queda?", interpretaciones de la enfermedad que favorecen la hipótesis de que el cáncer sigue siendo visto como un castigo divino.

Cómo evitar el tratamiento excesivo e insuficiente desde la fragilidad

La prevalencia de la fragilidad en pacientes con cáncer es alta, se considera que más de la mitad de las personas adultas mayores con cáncer tienen prefragilidad o fragilidad.

La identificación de esta condición en hombres con cáncer de próstata, nos obliga como médicos a familiarizarnos con las herramientas de evaluación geriátrica, para responder mejor a las preguntas sobre la esperanza de vida antes de asesorar a los pacientes sobre las opciones de tratamiento.

Al recordar que las preferencias y los valores de los pacientes y sus familias siempre deben tenerse en cuenta al tomar decisiones sobre la detección y tratamiento, no solo minimizará el tratamiento excesivo o insuficiente del cáncer de próstata, sino que también puede permitir la identificación temprana de vulnerabilidades geriátricas únicas y permitir intervenciones más rápidas para mejorar la calidad de vida de estos hombres durante sus años de vejez.^{6,7}

Un contribuyente importante a la fragilidad en el contexto del cáncer de próstata es una disminución de la testosterona. Aproximadamente entre el 50% al 80% de los hombres mayores de 80 años tienen hipogonadismo, que se asocia con una disminución de la masa muscular y densidad ósea, así como con un aumento de riesgo de caídas. Esto es especialmente relevante porque el tratamiento de la enfermedad avanzada y metastásica depende de la terapia de privación de andrógenos, el cual agota la testosterona, acelera la fragilidad y dependencia de la persona adulta mayor.³

Por una atención individualizada

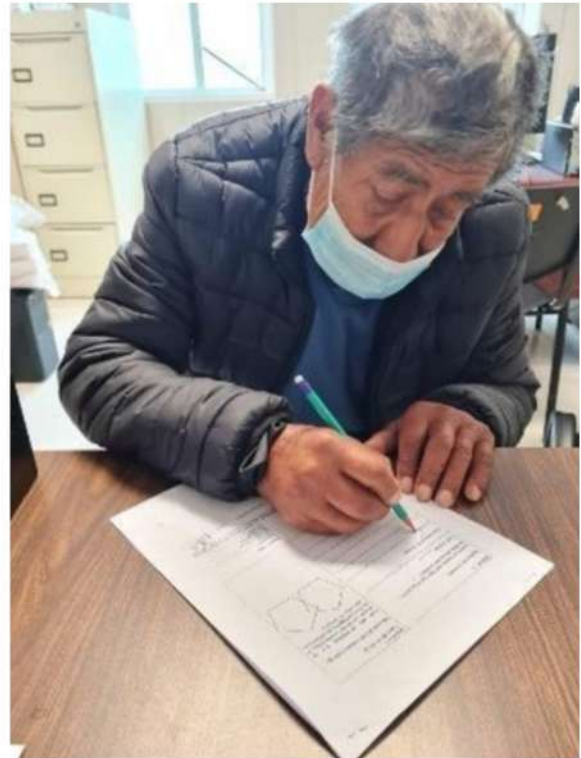
Los pacientes geriátricos son particularmente vulnerables a los matices del tratamiento del cáncer de próstata. Afortunadamente, hoy en día se conoce cual es el tratamiento óptimo para cáncer de próstata en personas adultas mayores y para hombres más jóvenes. Indudablemente, la participación de oncogeriatría, será fundamental para instaurar la colaboración multidisciplinaria e

integral en el manejo farmacológico y no farmacológico para los pacientes, desde la individualización de la enfermedad y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica Internacionales. 8

Se ha postulado que factores socioeconómicos asociados con la frecuencia de las pruebas de CAP en México son la escolaridad, situación financiera pobre y desigualdades socioeconómicas.⁵ Para mitigar este panorama, se recomienda aplicar herramientas de detección breves y oportunas para evaluar de manera eficiente la fragilidad, estado funcional, esperanza de vida y el riesgo de toxicidad del tratamiento.³

El papel del médico durante la atención integral de la persona adulta mayor con cáncer de próstata inicia con el desarrollo de un enfoque personalizado, el cual, evalúa el estado de salud general del paciente, aplicando las herramientas de valoración geriátrica, principalmente la evaluación de fragilidad, para así alinear las recomendaciones del tratamiento con los objetivos del paciente y su capacidad de tolerancia al mismo tiempo, desde los conceptos de elección, dignidad, autonomía y autodeterminación, así como del principio de la "toma de decisiones compartidas", un modelo para las decisiones sobre el tratamiento en los encuentros médico-paciente geriátrico y oncológico en aras de la calidad de vida antes del egoísmo familiar y paternalismo médico.

"Vive como si fueras a morir mañana. Aprende como si fueras a vivir para siempre" Mahatma Gandhi.



Valoración geriátrica. Fuente propia.
Capturada y difundida previo consentimiento del paciente.

**El médico no debe tratar la
enfermedad, sino al
paciente que la sufre**

Maimónides



Experiencia de atención integral en el adulto mayor en la Clínica Geriátrica Coyoacán.



Vega Sandoval Abraham
SEMUS

abrahamvegasandoval@gmail.com

Entre los meses de abril y mayo del presente año, acudí a prácticas clínicas-comunitarias, esenciales para mi proceso de aprendizaje como estudiante de Medicina. Cuando nos asignaron las sedes, para mi sorpresa, esta vez estaría en la Clínica Geriátrica Coyoacán, una de las dos clínicas geriátricas que tiene la Secretaría de Salud (SEDESA) en la Ciudad de México. Al principio no estaba tan convencido de que podría obtener un gran aprendizaje, ya que, al igual que la mayoría de los estudiantes, uno suele preferir un entorno más hospitalario para aprender la práctica médica.

El primer día, una de las doctoras nos explicó lo que se hacía en la clínica y los servicios con los que contaban, como densitometría, fisioterapia, geriatría, medicina integral, medicina general, nutrición, optometría, odontología, psicología, trabajo social, un módulo de toma de tensión arterial y glucosa, enfermería, y un grupo de acondicionamiento físico para adultos mayores con personal capacitado, lo cual me llamó especialmente la atención.

Al ser varios compañeros de la universidad realizando prácticas, solo podíamos estar un par de días por rotación, ya que nuestra estancia en la clínica era de tres semanas. Los servicios que me tocaron fueron el módulo de toma de TA y glucosa, nutrición, medicina integral, optometría y fisioterapia.

Cuando no atendíamos pacientes, realizábamos cédulas o instrumentos de evaluación geriátrica que nos ayudaban a entender cómo estaban los pacientes en áreas como la cognitiva, afectiva, funcional y en su entorno. Algunas de las evaluaciones que utilizamos fueron: Mini-Mental, Escala Geriátrica de Depresión, actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz), y cuestionarios para la detección de incontinencia urinaria y síndrome de caídas, entre otras.

Aplicar estas cédulas me resultaba muy satisfactorio, ya que varios pacientes me agradecían el tiempo que les dedicaba. No solo respondían las preguntas de los cuestionarios, sino que también se extendían en sus respuestas, llegando a contarme sus problemas familiares o dificultades diarias. Es evidente que muchos de ellos buscan un espacio y alguien que los escuche, ya que en consultas habituales, a menudo limitadas a 15 o 20 minutos, no siempre tienen esa oportunidad.

Durante una de mis rotaciones en nutrición, se nos solicitó apoyo extra en el servicio de toma de presión arterial y glucosa, debido a que ese día se iba a certificar a la alcaldía Coyoacán como promotora de salud. Acudieron miembros de la SEDESA y del gobierno para la certificación, y citamos a más de 60 pacientes, todos entre 60 y 82 años. Lo que más me llamó la atención fue que solo dos o tres pacientes tenían un cuidador primario, mientras que la mayoría tenía una autonomía perfecta y una excelente capacidad funcional e intrínseca. Mientras mis compañeros realizaban la toma de TA y glucosa, yo estaba en consulta de nutrición, recogiendo recordatorios de 24 horas. Luego, pasamos a una sala donde los adultos mayores recibían un refrigerio, y mi tarea era registrar sus nombres y edades.

Al finalizar, todos se reunieron en la explanada, donde se habían instalado carpas, sillas y un área de hidratación. Los adultos mayores participaron en actividad física que incluía calentamiento, caminata de 15 minutos, y juegos de integración y destreza. A mí y a otra compañera, junto con dos residentes de la especialidad de Rehabilitación, nos asignaron la tarea de vigilar y apoyar a los pacientes durante estas actividades. Durante la caminata, me coloqué al lado de varias señoras, animándolas a completar los 15 minutos, y también hice equipo con algunos pacientes

en los juegos, terminando con una actividad de baile.

Estas actividades no solo fueron divertidas para los pacientes, sino que también sirvieron como una incentivación y motivación para cuidar su salud física. Estas y otras experiencias que viví en la clínica reforzaron mis conocimientos teóricos y me hicieron reflexionar sobre el papel de la comunidad médica: no solo somos quienes tratan y diagnostican, sino también promotores de salud y prevención de enfermedades.

AMi experiencia en la Clínica Geriátrica Coyoacán me permitió comprender la importancia de la atención integral en la medicina, especialmente con los adultos mayores. En este tipo de atención no solo se trata de diagnosticar y tratar enfermedades, sino de abordar al paciente en su totalidad, considerando sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales. La diversidad de servicios y especialidades en la clínica, resalta cómo cada aspecto de la vida del paciente puede impactar su salud y bienestar.

La atención integral es esencial para promover la salud y prevenir enfermedades en una población tan vulnerable como la geriátrica, quienes a menudo requieren un enfoque multidisciplinario para mantener su autonomía y calidad de vida. Esta experiencia me reafirma la responsabilidad como futuros profesionales de la salud de no solo curar, sino también de cuidar, escuchar y acompañar al paciente en cada etapa de su vida. La medicina no es solo una ciencia, es también un arte de cuidar la vida humana en todas sus dimensiones.

Curar o castigar: el dilema en la relación médico-paciente.



Salazar Covarrubias Ashley Denisse
SOCEM UNISON
a221201834@unison.mx

La relación médico - paciente se ha definido como una interacción interpersonal entre el médico y el paciente que tiene el objetivo de remitir una enfermedad. Esta relación debe cumplir con ciertas características, como ser una experiencia basada en la dignidad, la esperanza y el respeto mutuo (1). Hemos escuchado hablar de esto desde el primer día de carrera, haciendo énfasis en su importancia y en cómo debemos aplicarlo diariamente durante la práctica médica; sin embargo, ¿De verdad así se vive el ámbito médico hospitalario?

Hay una incoherencia entre el "decir y hacer" por parte del personal médico. En los hospitales es común ver cómo los médicos humillan frente a sus alumnos a los pacientes, recalcándoles continuamente los malos hábitos que tienen y culpándolos completamente por su condición, esperando que el estudiante comparta este punto de vista.

Así, el estudiante descubre que lo que le es enseñado en clase, no es puesto en práctica ni siquiera por aquellas personas que tanto lo promueven. Es aún peor ver cómo esperan que los alumnos aprueben y adopten estas faltas de respeto. Es imposible no sentir impotencia, cuando se conoce que cualquier punto de vista que difiera del de las autoridades médicas es percibido automáticamente como una falta de respeto hacia ellos. Es entonces cuando los estudiantes ven por su propio bienestar y consienten ese trato, a pesar de desaprobarlo internamente.

No se niega que el médico siempre busque lo mejor para la salud de su paciente y muchas veces el desaprobar sus acciones es una forma de manifestar su preocupación, sin embargo, no siempre se comunica de la manera más asertiva. En situaciones donde la comunicación no es la adecuada, los pacientes no perciben los comentarios como

un incentivo para mejorar; en cambio, se sienten atacados y buscan evitar volver a esos contextos.

Como resultado, dejan de acudir a consulta, y por consiguiente, se despegan de su tratamiento, aunado a la renuencia a implementar cambios de vida hacia estilos saludables (2). Además, esta desaprobación y en algunos casos, humillación, promueve un sentimiento de culpa en los pacientes, haciéndolos sentir indignos de recibir ayuda. Así, el propósito inicial del médico termina en un lugar completamente diferente al esperado.

En la salud existe un punto de "no retorno", donde todos nuestros hábitos son acumulativos; para nuestra desventaja, principalmente los malos. Posteriormente, llega un momento donde las acciones pasadas pagan factura, presentándose la enfermedad, y en el peor de los casos, una de carácter crónico degenerativo. Ejemplifiquemos con el caso de un paciente que fumó desde su juventud y fue diagnosticado con EPOC a los 45 años, claramente, este caso es un fenómeno de "no retorno". Ante una enfermedad ya establecida, es inútil enfatizar reiteradamente el papel del paciente en el desarrollo de su enfermedad. Por supuesto, es importante darle a conocer que ese mal hábito lo llevó a desarrollar esa condición; realzando la importancia de abandonar el tabaquismo, pero sin pasar por alto que el enfoque principal debe ser orientarlo sobre aquellas acciones que actualmente sí estén en sus manos para mejorar su situación.

A pesar de que habría sido óptimo evitar la aparición de la enfermedad, el médico debe aceptar que su trabajo no se limita a la atención primaria, puesto que en muchas ocasiones su punto de partida estará alejado de ahí.

Es indispensable mencionar que a veces no se es lo suficientemente empático con las condiciones de vida del paciente; es fácil pensar "él o ella no se cuidó", afirmando falsamente que lo único que interviene en el desarrollo de enfermedades son nuestros hábitos alimenticios y nuestra falta de actividad física, e ignorando completamente que el desarrollo de enfermedades es un proceso multifactorial en el que interviene la genética, el estado psicológico, factores sociales y económicos e incluso enfermedades previas que no podían modificarse (3).

La situación socioeconómica es especialmente relevante, ya que influye extensamente en la salud de las personas. Por ejemplo, para una familia de escasos recursos siempre será más fácil optar por alimentos económicos que saludables, o un hombre con jornadas laborales largas prefiere comprar comida callejera antes que prepararse él su propios alimentos debido a que no tiene tiempo, o aquellos jóvenes que crecen en entornos donde se practican estas malas costumbres y que, a menudo, se ven influenciados y "obligados" a seguir estos comportamientos, mismos que tienden a arrastrar y perpetuar en su vida adulta.

Lo anterior no es en lo absoluto una justificación para que las personas decidan tomar el camino de conductas perjudiciales para su salud, sin embargo, el tener consciencia sobre este factor tan importante permite centrarse más en la importancia de trabajar en el ahora y no en el pasado.

No cabe duda que al médico le gusta tener la razón, y es que, en realidad, ¿A quién no le gusta? Es un placer demostrar que se está en lo correcto. ¿Quién querría renunciar a un placer como ese? Sin embargo, no es correcto aprovecharse del infortunio de los demás para satisfacer este deseo. Y es que, es en el ámbito intrahospitalario precisamente, donde el médico encuentra en los errores del paciente el momento perfecto para elevar su ego con comentarios como "te lo dije", sintiendo placer a partir de la desdicha de otros solo porque "confirmaron" que siempre tuvieron la razón.

El problema de este tipo de interacción médico-paciente, tal como se plantea, tiene una solución; pero requiere de un cambio profundo de actitud de los médicos hacia sus pacientes. Es vital abordar a los pacientes con empatía y respeto, encaminándolos a cuidar su salud de un modo en el que se sientan acompañados y motivados.

Se ha demostrado que ciertas intervenciones dirigidas a mejorar la empatía en los profesionales de la salud son efectivas, utilizando entrenamientos de formación enfocados en el desarrollo de comportamientos, como proporcionar explicaciones claras sobre los tratamientos, mantener una actitud agradable a partir de comportamientos no verbales y utilizar respuestas empáticas no específicas, como demostrar comprensión (4). Sin embargo, es importante señalar que, a pesar de que estas intervenciones han mostrado resultados alentadores, los estudios que las analizan pueden estar sujetos a sesgos.

A diferencia de lo que se suele creer, la salud de los pacientes no depende únicamente de cómo ellos cuiden de ella, sino también cómo los médicos velan por ella. Por eso, es importante facilitar un acercamiento al paciente de forma comprensiva y no recriminatoria, brindándole seguridad para que pueda colaborar con su propio cuidado.

De la adolescencia a la adultez: fomentando la autonomía en salud.



Ayala Coronado Ismael Sebastian
SOCEM UNISON
ayalacoronadoi@gmail.com

La transición de la adolescencia a la adultez joven es una etapa crucial en el desarrollo de la vida de cualquier persona, ya que no solo consiste en cambios biológicos y emocionales, sino también una mayor responsabilidad sobre su salud y bienestar. Es común que en esta etapa los jóvenes adultos se alejen del proceso de atención médica, adquieran hábitos no saludables o incluso cesen el seguimiento al tratamiento de sus padecimientos.

Esta situación plantea un desafío, tanto para el sistema y los profesionales de salud, como para los propios pacientes. Por dicha razón, me parece importante explorar la relación médico-paciente y el rol que ambos tienen en el apego a la atención médica para lograr mantener un estado saludable durante esta etapa de transición. Así, el médico debe conocer su papel fundamental en esta etapa, para lo que requiere adaptarse a la cultura juvenil actual, lo que implica estar en sintonía con las inquietudes, preocupaciones y el modo de pensar de los adolescentes y jóvenes adultos.

La transición de la atención médica de la adolescencia a la adultez, consiste en un proceso planificado y organizado que debe promover la autonomía del paciente, dicho cambio no debe ignorarse ni hacerse de forma abrupta, sino que debe iniciar de forma progresiva mientras el paciente aún es adolescente. Si no se logra llevar el proceso de forma adecuada, existe el riesgo de que el paciente pierda interés en su atención médica o incluso llegue a interrumpir su seguimiento y únicamente buscar atención en casos de emergencia o enfermedad de gravedad.

Es común que en esta etapa los jóvenes pierdan su confianza al personal de salud, al encontrarse a un médico con un enfoque paternalista que ignora o menosprecia las

preocupaciones de su paciente, debido a tabúes o prejuicios, por lo cual el paciente no se siente acompañado ni apoyado.

La discriminación y juicios de valor deben quedar fuera de la consulta, buscando un espacio seguro para que los jóvenes discutan abiertamente temas como sexualidad, abuso de sustancias y problemas de salud mental.

Por otro lado, la epidemiología de enfermedades crónico-metabólicas ha cambiado y cada vez es más común ver enfermedades como diabetes o el síndrome de ovario poliquístico en jóvenes adultos.

Estos cambios, atribuibles en gran medida a los estilos de vida actuales, como una mala alimentación, el sedentarismo y el estrés, pueden ser prevenidos si se modifican de forma temprana, para lo que se requiere que el joven acuda a la consulta y se apegue a esta, permitiendo así la educación sobre la salud y llevar un control de dicho joven.

Estas enfermedades, tradicionalmente son consideradas exclusivas de una población mayor, por lo que es común que los jóvenes tengan una percepción alterada bajo el precepto de que esas enfermedades no los afectarán a ellos o que el acudir a consulta solo le corresponde a quienes ya están enfermos, impidiendo educarlos sobre las medidas de prevención adecuadas y privándolos de un diagnóstico temprano. En las instituciones de salud pública del país se implementan dichos programas de educación para jóvenes, sin embargo, es difícil hacerlos llegar a esta población si no acuden a los servicios de atención médica, a pesar de los esfuerzos por implementarlos en escuelas y comunidades, esto resulta insuficiente al no lograr captar la atención del joven.

Así mismo, el médico puede llegar a pasar por alto ese tipo de enfermedades, al no reconocer esa presentación no tan común de la enfermedad subestimando la presencia de dichas condiciones en esta población. Por eso, es fundamental la educación continua a la que muchos médicos de mayor edad suelen negarse, sobre todo en áreas específicas como estas o en temas de salud sexual, adicciones y salud mental, lo que permitiría a los médicos ofrecer una atención más completa y actualizada, para lograr entender y adaptarse a las necesidades de los jóvenes.

No se debe dejar de lado que la responsabilidad no solo recae en el médico, a medida que avanzan hacia la adultez, los jóvenes deben aprender a cuidar de su propia salud, apegarse al tratamiento, las indicaciones del médico y el seguimiento activo de la atención de forma preventiva y no solo hacerlo en casos de necesidad. Para lograr esto, es fundamental que desarrollen un sentido de pertenencia a su unidad, lo que la salud pública conceptualiza como "longitudinalidad", donde el adolescente establece una relación personal a largo plazo con el médico y el centro de salud, logrando que identifiquen al centro como "suyo".

El lograr desarrollar este sentido de pertenencia, se ve obstaculizado por el hecho de que muchos jóvenes se enfrentan a estereotipos y malentendidos en la consulta médica, al punto que llegan a ser percibidos como personas irresponsables o que carecen de juicio, hasta sentir que son ignorados o tratados como niños. Esto los lleva a una falta de confianza en el profesional de salud e incluso a sentir que no los respetan, dificultando que busquen la atención cuando creen necesitarla por el temor a ser ignorados o ridiculizados.

La relación médico-paciente se vuelve entonces aún más importante en esta etapa, por lo que es necesario lograr una comunicación abierta y honesta donde el médico eduque y empodere al paciente. Así como lograr un plan de seguimiento continuo y activo de ambas partes, para lograr reforzar que el joven se mantenga comprometido con su salud.

El uso de la tecnología tiene potencial en salud por el desarrollo de aplicaciones de salud y telemedicina, como herramientas para fomentar la adherencia en la población general, pero sobre todo en jóvenes, actuando como un puente entre el sistema de salud y los jóvenes adultos al facilitarles el acceso a la información y su seguimiento.

Sobre todo, al facilitar que los jóvenes accedan a información que puede resultar vergonzosa para ellos, consultando una fuente confiable y accesible. Ortiz et al (2022) comentan la importancia del enfoque integral y personalizado de los programas de transición, que no solo considere el manejo clínico de enfermedades crónicas, sino también el apoyo emocional y psicológico, la educación en salud y la preparación de la autonomía a la hora de tomar decisiones. Además, propone que para dichos procesos se creen protocolos basados en evidencia.

Aquí entra la importancia de las políticas de salud pública que estandaricen estos procesos junto a los trámites asociados, facilitando el acceso del joven a los servicios de salud mental, nutrición y asesoramiento en salud sexual y reproductiva. Teniendo en cuenta que en parte los jóvenes se despegan de la atención médica al tener que afrontar trámites en servicios de salud por primera vez, como lo es el proceso de afiliación y la documentación necesaria. Además de incluir el entrenamiento a profesional de salud, es importante asignar quien supervise dicha transición y la continuidad de cada paciente.

Es importante recalcar que a pesar de buscarse la autonomía del paciente sobre su salud con las responsabilidades y decisiones pertinentes, no es excluyente de incluir a los padres o tutores dentro de este proceso de transición, actuando como redes de apoyo, sin ser intrusivos, fomentando y ayudando al apego del joven a su gestión en salud.

Considero que uno de los temas más importantes que se deja de lado en esta transición, gira en torno a la salud mental, donde se suele asumir que las preocupaciones de los jóvenes tan solo son parte de dicha transición descartando posibles trastornos mentales o psiquiátricos.

De la Torre et al (2023), plantean que es común observar trastornos psiquiátricos en esta etapa, pero que tienen un perfil diagnóstico complejo y suelen presentar efectos a largo plazo, suponiendo factores de riesgo para la integridad de dicho paciente y además, constituir un obstáculo más que dificulta el buscar atención. En conclusión, la transición de la adolescencia a la adultez joven, requiere un enfoque coordinado entre los pacientes y el personal de salud, sobre todo su médico, así, al trabajar juntos se logrará que los jóvenes asuman la responsabilidad sobre su salud al comprender la importancia de un estilo de vida saludable. La clave está en construir una relación de confianza, sin prejuicios ni tabúes, donde el médico no actúa como un padre o figura de autoridad, permitiendo que los jóvenes se sientan respetados y escuchados para así ver la atención médica como un recurso valioso hacia una vida saludable.



**La medicina es la más artística
de las ciencias, y la arte más
científica**

Aspectos que se presentan al consultar adolescentes.



Olmedo Martinez Lizzet Jocelyn

ATLAS

joss09carp@gmail.com

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, se extiende entre los 10 y 19 años de edad, principalmente se caracteriza por cambios físicos, desarrollo emocional, crecimiento cognitivo y desarrollo social. Los adolescentes atraviesan un momento de transformación física, emocional y social, y el sistema de salud debe estar preparado para abordar estas complejidades de manera integral.

Esta fase de la vida se presenta como un periodo crítico para el desarrollo de habilidades, valores y relaciones que influyen en la vida adulta. Es importante mencionar que la orientación y el apoyo es fundamental para los adolescentes. Los adolescentes en esta etapa suelen experimentar nuevas actividades y se tienen que adaptar a una diferente percepción.

La mayoría de los niños menores de 10 años presentan un interrogatorio indirecto en la consulta externa, es común que algunos de los padres o tutores respondan el interrogatorio médico por ellos. La atención médica a los adolescentes debería ser un proceso excepcionalmente considerado y adaptado a las necesidades únicas de esta etapa crucial de la vida.

Durante mi estancia en un centro de salud, me tocó rotar en consulta externa aproximadamente dos meses; el médico de base y yo, dábamos consulta a recién nacidos, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. En los dos meses de práctica clínica, al analizar a los pacientes, los adolescentes mostraban actitudes inseguras cuando tomaba sus signos y realizaba la exploración física.

Mientras cursaba las prácticas en el centro de salud, me percate del enfoque clave comprendido para la atención médica, ésta debe ser guiada por medio del respeto y por la autonomía del adolescente.

Es fundamental que los jóvenes se sientan valorados y escuchados en las consultas médicas, y que se les involucre en las decisiones sobre su salud. Esto no solo les empodera, sino que también puede mejorar la adherencia a los tratamientos y recomendaciones.

La confidencialidad es otro aspecto esencial. Los adolescentes necesitan un espacio seguro para discutir preocupaciones delicadas sin el temor de que su privacidad sea comprometida. La confianza en la relación médico-adolescente es crucial para que estos jóvenes se sientan cómodos hablando abiertamente sobre temas sensibles.

Además, la educación en salud es un pilar fundamental. Los adolescentes deben recibir información clara y accesible sobre temas importantes como la nutrición, la salud sexual, el bienestar mental y la prevención de riesgos. Esta educación no solo los ayuda a tomar decisiones informadas, sino que también les proporciona herramientas para desarrollar hábitos saludables a lo largo de su vida.

También creo que la atención médica para adolescentes debe ser proactiva en cuanto a la prevención. Identificar problemas potenciales antes de que se conviertan en serios es clave. Esto incluye estar atentos a señales de trastornos alimentarios, problemas de salud mental y comportamientos de riesgo, y ofrecer apoyo adecuado cuando sea necesario.

En definitiva, la atención médica al adolescente debería ser un proceso que combine empatía, educación y respeto. Al adoptar este enfoque, podemos ayudar a los jóvenes a navegar por esta etapa compleja de manera más saludable y efectiva, promoviendo su bienestar integral y su desarrollo positivo.

En mi opinión, la actitud de los adolescentes en consulta externa puede ser bastante diversa y está influenciada por varios factores. Algunos pueden mostrarse reservados o tímidos, especialmente al enfrentar temas personales, mientras que otros pueden parecer desinteresados o distraídos, lo cual no siempre refleja una falta de preocupación, sino a veces una dificultad para conectar con el tema tratado.

Es común encontrar adolescentes que adoptan una actitud defensiva cuando se cuestionan sus decisiones, ya que están en una etapa de afirmación de su independencia. Sin embargo, también hay quienes muestran una curiosidad genuina y hacen muchas preguntas, lo cual es positivo para su educación en salud.

Además, la confusión y la ansiedad pueden estar presentes, especialmente si enfrentan problemas de salud complejos. Algunos adolescentes pueden depender mucho de sus padres durante las consultas, mientras que otros pueden resistirse a seguir recomendaciones médicas.

En conclusión, los adolescentes pueden mostrar una gama amplia de actitudes en consulta, y es crucial que los profesionales de la salud respondan con empatía, claridad y respeto para facilitar una comunicación efectiva y apoyar su bienestar integral.

Más allá del procedimiento: reflexiones de humanidad en la práctica médica.



Barba Castro Paulina

SAEM

barbacastropaulina@gmail.com

Una parte fundamental de nuestra formación en las áreas clínicas, es descubrir de primera mano qué clase de médicos queremos (o no) ser. Mi primera experiencia con esa idea fue en tercer semestre, cuando tuve la oportunidad de rotar en urgencias y me enfrenté al grupo de pacientes más amado y a la vez temido por muchos: el paciente pediátrico.

El médico a mi cargo prefería, ante todo, la practicidad, por lo que su recomendación era envolver a los niños con una sábana para que no nos “interrumpieran” durante el procedimiento; en ese caso, una sutura en la ceja. El resultado, al menos en mi experiencia, fue contraproducente: la paciente que llegó llorando por el susto, pero cooperativa, ahora se encontraba gritando inconsolablemente y muy asustada, lo que hizo innecesariamente más difícil la sutura. Pero lo más importante no es el procedimiento, sino entender que ahí nace en muchas personas su miedo al personal de salud y a los hospitales, tanto que postergan su atención médica solo por miedo, razonamiento que comprendo después de tratar a ese paciente pediátrico.

Semanas después, con la supervisión de otro médico que siempre agradeceré por enseñarme y confiar en mí, pude tratar de principio a fin a los pacientes pediátricos que venían por heridas pequeñas que necesitaban algunos puntos de sutura. Utilicé consejos de otros tutores: los llamé por su nombre, me mostré tranquila y confiada, les dije que no haría nada a sus espaldas, les explicaría todo el proceso, y lo más importante: mantuve mi palabra. Porque el paciente pediátrico confía en nosotros y lo que menos quiere es sentirse traicionado. Como consejo, para quien guste seguirlo, durante el lavado de la herida tapaba con una gasa los ojos del paciente, para evitar que entrara jabón a sus ojos;

le explicaba que le iba a poner un piquete de anestesia, pero que él podía soportarlo, que solo respirara fuerte junto conmigo y que pasaría rápido. El cierre de la herida lo hacía de forma inadvertida gracias a la anestesia, mientras preguntaba sobre sus intereses. Usando ese método, ningún paciente me gritó, se asustó o salió llorando de la consulta.

Así aprendí que quería tratar a los niños como las personas que son, porque algunas veces los subestimamos, pensamos que no entienden lo que pasa o tememos su reacción, por lo que les ocultamos la verdad. Cuando pensaba en eso, también me vino a la mente el paciente geriátrico.

Para este tipo de pacientes, tengo una anécdota personal reciente. Tuve la oportunidad de ser aceptada en una rotación por urgencias, en el estado de Monterrey por parte de SAEM, que además de ser una de las mejores experiencias de mi vida, me dio la oportunidad de presenciar y aprender muchas cosas. Ingresó un paciente geriátrico masculino mayor de 65 años por bradicardia. La enfermera que lo recibió en TRIAGE nos comentó que el paciente no escuchaba bien, por lo que teníamos que hablarle fuerte. Después de que lo revisáramos y estábamos seguros de que estaba estable, lo pasamos a la sala de urgencias, donde llegaron los residentes de cardiología con un ecocardiograma portátil. Revisé con los doctores el ecocardiograma sin alteraciones, escuché su conclusión y su decisión de subirlo al piso de cardiología; presencié también cómo, sin decirle ni una palabra al paciente, se fueron.

El paciente y yo teníamos la misma cara de confusión e incredulidad al ver cómo se alejaban. Todavía me pregunto cuántas veces sucedió y seguirá repitiéndose esa situación. Sentí junto con él su alivio al

explicarle que todo se veía normal y que cardiología lo iba a seguir viendo. Si yo no hubiera estado ahí para decirle ¿Alguien lo hubiera hecho? ¿Cuánto tiempo habría esperado angustiado el paciente para que alguien le dijera que todo estaba bien?

Ahí también me di cuenta, de que quería ser una doctora que se detuviera al menos 10 segundos a explicarle al paciente qué pasaba con su cuerpo. Esta importante decisión, me quedó aún más clara porque, de haberla aplicado con el primer paciente que llegó ese día, quizá no estaría escribiendo este artículo, haciendo mi mejor esfuerzo para expresar la importancia de tener compasión y ponerse en el lugar del paciente por lo menos un minuto.

Mi primer paciente esa mañana fue un hombre de 34 años que llegó por una herida superficial, aunque penetrante, en el cuello. Mientras estaba siendo intervenido, el paciente intentaba tocar su herida, por lo que yo sostuve su mano y le pedí que respirara, que estaba bien y solo tenía que tranquilizarse. Ahí me equivoqué, porque debí decirle lo que el equipo de cirugía expresó con demasiados tecnicismos para que el paciente entendiera y nunca pensó en decirle al paciente: su herida era superficial, no se veía que alguna estructura importante estuviera comprometida y su sangrado era casi nulo.

Si me hubiera detenido un minuto a tratar de ponerme en el lugar del paciente, habría llegado a la misma conclusión que llegué ese mismo día cuando salí del hospital: ¿Cómo me sentiría yo si me hubieran cortado el cuello? Pensaría que voy a morir en cualquier momento y en cambio seguía viva, rodeada de personas diciendo cosas que no entiendo, conectándome tubos y sin alguien que tuviera la bondad de hablar o explicarme algo.

Cuando pensé eso, comprendí por qué el paciente se sentó bruscamente en la cama e intentó levantarse, aunque solo logró que su herida comenzara a sangrar profusamente, lo que llevó al equipo de cirugía a llevarlo como urgencia absoluta a quirófano. Me pregunto: ¿Qué hubiera pasado si alguien le hubiera dicho lo que todos sabíamos?

Si alguien se hubiera tomado 5 segundos para decirle al paciente que la herida era superficial y que en un momento íbamos a cerrarla. Eso también me hace preguntarme ¿Cuántas situaciones más empeoran porque nadie le dice al paciente lo que más necesita escuchar? ¿Por qué nos parece al personal de salud más fácil, práctico o sencillo no decirle nada?

Así me quedó claro que quería ser una doctora que viera a los pacientes como personas y atreverse a ver más allá de lo físico. Para esta última idea, relato otra anécdota, porque hace dos años fui incapaz de verlo. En mi segundo año, durante mi rotación por urgencias, se presentó un paciente masculino, entre 40 y 50 años, que trabajaba operando una impresora de cartón desde hace 40 años. Había metido su mano a la máquina y ahora solo se podía ver el hueso y algunos músculos cubiertos de sangre. Ante su inminente traslado a un hospital, lo único que pude hacer por él fue empaquetar su mano. Mientras lo hacía, el paciente estaba llorando. Sorprendida, me atreví a decir que no me imaginaba el dolor que estaba sintiendo. Hasta ese momento, mi mente no conocía otro tipo de dolor en el ámbito médico más que el físico. Hasta que la enfermera me dijo: “No, no llora por eso” y el paciente lo confirmó diciendo “Ni siquiera la siento, lloro por mi mano”.

Eso me cambió para siempre, porque entendí que no se refería solo a la mano que usa para casi cualquier actividad en su vida diaria, sino que perdió su vida como la conocía y estaba acostumbrado, perdió su herramienta de trabajo, su empleo y con él, la principal, sino es que única, fuente de ingreso de su familia. Porque no es suficiente (aunque necesario y uno de los mejores motivadores que me han dicho) imaginar que el paciente es mi mamá, mi papá, mi hermano, mi abuela, mi abuelo o mi hija, sino, imaginarme a mí en su lugar. Si yo estuviera en esa cama, llena de tubos y luces, sin entender nada de lo que la gente dice a mi alrededor, ¿Cómo me sentiría? ¿Cuáles serían mis preocupaciones? ¿En qué estaría pensando?

Para intentar responder a todas esas interrogantes, solo basta detenerse unos segundos y hablar con el paciente.

Estas experiencias, son el mejor ejemplo que tengo para expresar la importancia de sensibilizarnos y tratar con humanidad al paciente, simplemente porque el paciente es una persona y yo también soy humano y hago, con humildad, mi mejor esfuerzo por ayudarlo. Ponernos en su lugar y nunca subestimarlos, tratarlos como a nuestro ser querido, haciendo las cosas lo más pronto posible y con la importancia que la salud y la vida merecen. Imaginar que somos nosotros los que estamos en esa cama, especialmente con los pacientes pediátricos y geriátricos, que con tanta facilidad pasan incomprensidos. Porque es nuestra labor como médicos, y está en nuestra naturaleza como personas estar ahí para el paciente, con humildad, compasión, bondad y respeto. Porque la diferencia la hago yo, la hace quien se esfuerza un poco más, quién se arriesga a sufrir un poco más al empatizar con el paciente y decide con valentía hacer su mejor esfuerzo por él. Porque no solo cambia la calidad de vida del paciente, sino su vida entera. Ese es el impacto y la responsabilidad de nuestra labor como médicos.



**La clave para cuidar, es
aprender a no hacer
daño**

Más allá de la edad: la importancia de una atención médica digna para los ancianos.



Jiménez Macías Susana
ADEMEN

22006115@uan.edu.mx

La vejez es la última etapa de la vida de todo ser humano que ya dejó huella en esta tierra, formó una familia que muchas veces ya no está o se ha vuelto más pequeña, es un ser humano que trabajó y dejó su juventud en servir a los que amó y merece vivirla sin sufrimiento.

Envejecer con dignidad es un derecho fundamental de todas las personas. Sin embargo, en la actualidad, muchos adultos mayores enfrentan desafíos en su atención médica, incluyendo la negligencia física y emocional, así como el abandono. Este problema es un reflejo de la falta de preparación de la medicina actual para atender las necesidades específicas de la población senil, que en esta etapa, sufre deterioro físico y mental, restándole la independencia propia de un adulto fuerte y sano.

Más allá de los cambios biológicos que conlleva envejecer, esta etapa se caracteriza por una serie de transiciones que afectan el estado emocional del paciente, como la jubilación, el fallecimiento de amigos y pareja, así como la soledad por la ausencia de los hijos en el hogar. Es preocupante que al ser un grupo vulnerable queden expuestos a accidentes y enfermedades que puedan requerir atención dentro de un hospital.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se proyecta que, en el año 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más (habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones) esto representa un futuro cercano con mayor número de ancianos hospitalizados.¹

Es bien sabido que el adulto mayor requiere cuidados especiales, muchos tienen que ver con su salud y le corresponde al personal médico tratarlos, muchas veces sin la empatía que se requiere para entender que sus capacidades se encuentran disminuidas,

caminan más lento, escuchan menos, muchas veces tienen dolor crónico, suelen sentir nostalgia y hasta tristeza. Cuando el médico no cumple lo anterior puede llegar a ser negligente con el paciente.

Por negligencia entendemos omisión y puede manifestarse de manera física y emocional, con la falta de cuidados básicos. El abandono del anciano es otro tema muy presente en los hospitales, y no necesariamente es físico, también implica descuidar deliberadamente sus necesidades básicas, vulnerando la dignidad humana.

Manifestaciones en el contexto institucional

Los estudios de Rubio Acuña y Ruelas-González nos proporcionan una visión detallada de cómo se manifiestan estas formas de maltrato en instituciones de salud. Rubio Acuña, menciona casos de ancianos que no reciben la medicación adecuada, son maltratados físicamente o abandonados por el personal.² Ruelas-González, por su parte, destaca la percepción de los ancianos y del personal de salud sobre el maltrato institucional, revelando una falta de conciencia y de acción para prevenirlo.³



Cuidando al adulto mayor.

El maltrato institucional se entiende como la actuación u omisión por parte de los poderes públicos o del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, o bienestar físico, que viole los derechos básicos de una persona. Un estudio de Yongjie Yon y cols, afirma que el mayor tipo de maltrato institucional que ejerce el personal a los ancianos, es el psicológico, seguido por el maltrato físico.⁴

Causas y factores de riesgo

La negligencia y el abandono en ancianos tienen múltiples causas y factores de riesgo. La creciente demanda de atención médica en una población senil puede llevar a la sobrecarga del personal, lo que puede aumentar el riesgo de negligencia. Aunado a esto, muchos profesionales de la salud no están adecuadamente formados para atender las necesidades específicas de los ancianos. Por otro lado, las actitudes negativas hacia los ancianos, discriminación por edad y los estereotipos negativos. Existen factores institucionales, como las políticas y los protocolos que pueden contribuir a la negligencia y el abandono si no se implementan correctamente, además la falta de recursos en los centros de salud, puede dificultar que se preste la atención adecuada.

La negligencia y el abandono en ancianos tienen graves consecuencias para la salud física y mental de los afectados, además de que el simple hecho de estar en el entorno intrahospitalario suele ser abrumador para este grupo. Los ancianos que sufren maltrato pueden experimentar deterioro cognitivo, depresión, ansiedad y pérdida de autonomía, incluso pueden generar cierto rechazo a acudir a un hospital o ser tratado por un médico, la negligencia y el abandono pueden aumentar el riesgo de mortalidad en este grupo.

Medidas adoptadas en otros países.

Un artículo de Chen X y cols. habla acerca de los desafíos que enfrenta la población geriátrica en China en cuanto a la salud, además de que en aquel país va en incremento este grupo etario por su contexto sociocultural y político.⁶

Ante esto buscan prevenir que el sistema de salud colapse y proponen servicios de salud que incluyan la prevención, promoción, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y atención al final de vida. Además, se mencionan iniciativas políticas en materia no solo de atención médica, sino también social, relacionadas al envejecimiento saludable y digno de la población geriátrica.

En México, los ancianos son una parte fundamental de la familia y son considerados el pilar de la misma. Ellos suelen ser quienes utilizan con más frecuencia los servicios de salud, por ello, he recopilado una serie de experiencias en mi estancia en distintos hospitales de Tepic, Nayarit, en donde expresaron lo siguiente: "Cuando voy a consulta el doctor nunca me volte a ver, ni siquiera me revisa"; "Un cirujano expresó que para que me preocupaba tanto por mi mamá internada, si prácticamente ya estaba muerta"

En general, los pacientes y sus familiares se sienten ignorados e infravalorados, abunda el sentimiento de indolencia y rechazo. Al pedir la opinión de algunos médicos acerca de esta situación, ellos externaron lo siguiente:

"Desgraciadamente los protocolos a seguir funcionan de esta manera, si tengo dos pacientes <como en los tiempos de COVID-19> y un solo tanque de oxígeno se le da prioridad al que implique menos recurso y mejor pronóstico, muchas veces se eligen pacientes sanos y jóvenes sobre los viejos".



Concientizando que las capacidades físicas del adulto mayor se encuentran disminuidas.

“Muchos familiares se aferran a prolongar el sufrimiento del paciente cuando el mismo paciente te pide que ya no le hagas nada porque no soporta el dolor, aquí es donde de verdad es inhumano prolongar la muerte, sin embargo, se tiene que respetar la decisión de la familia”.

Dar un trato diferente a personas entre las que existen desigualdades sociales se llama discriminación y también puede ser una forma de maltrato. Sin embargo, existen protocolos médicos a seguir, como el sistema “Triage”, que clasifica a los pacientes con base en la gravedad de su condición y la necesidad de atención inmediata. El objetivo es atender primero a los pacientes más urgentes.

Otro ejemplo es cuando el sistema sanitario colapsa como en las pandemias, los recursos suelen estar limitados y el médico tiene la difícil decisión de valorar el pronóstico de los pacientes que recibirán el recurso. Incluso en consulta, la cantidad de pacientes es tan alta que el tiempo de una consulta debe reducirse a 15 minutos, por esto la calidad de la atención puede no ser la mejor, aunque esto no es justificación para no ser empático y humano con el paciente.

Propuestas para mejorar la situación

Para abordar el problema de la negligencia y el abandono en ancianos, es necesario implementar una serie de medidas. Algunas de las propuestas más importantes incluyen impulsar programas de formación en geriatría para todo el personal sanitario, es muy importante incluir la tanatología para ser asertivos al momento de comunicarse con el paciente y la familia. Promover campañas de sensibilización sobre los derechos de los ancianos y las consecuencias del maltrato.

Establecer mecanismos de supervisión y evaluación de la calidad de la atención para evitar el maltrato institucional. Fomentar la participación de los ancianos en la toma de decisiones sobre su propia atención ya que él es el paciente que siente dolor y recibe los tratamientos.

Promover la colaboración entre profesionales de la salud, trabajadores sociales y familiares. Por último, la prevención, implementar campañas de salud para que los ancianos logren tener un envejecimiento saludable y la ocupación hospitalaria en un futuro sea menor.

Conclusión

Envejecer con dignidad es un derecho fundamental que debe ser respetado. Sin embargo, la realidad actual muestra que muchos adultos mayores enfrentan desafíos en su atención médica, estamos obligados a desnaturalizar prácticas y manejos inapropiados para este grupo etario. Es fundamental que la medicina tome en cuenta y se adapte a las necesidades de la vejez y que se pongan en marcha medidas que garanticen el trato digno. Es un llamado de atención también para las autoridades de buscar la prevención, tomando como ejemplo lo que se ha llevado a cabo en otros países que buscan evitar un colapso del sistema de salud con todas sus implicaciones y, por consecuencia, prevenir y combatir la negligencia y el abandono a nuestros adultos mayores.



Ayudando al adulto mayor a trasladarse

**Un amigo fiel es la
medicina de la vida**



El papel del médico en el manejo integral del adulto mayor: un enfoque multidisciplinario.



García Rubio Arleth Fernanda
ADEMEN

22008801@uan.edu.mx

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos más significativos del siglo XXI, que ha transformado las dinámicas sociales y los desafíos del sistema de salud. A medida que las personas viven más tiempo, las necesidades de atención médica se vuelven más complejas, exigiendo un enfoque que va más allá del tratamiento de enfermedades, sino que promueva una mejor calidad de vida y un envejecimiento saludable. El papel del médico en el manejo del adulto mayor se ha vuelto más crucial que nunca. Con una combinación de experiencia clínica, empatía y un enfoque multidisciplinario, los médicos tienen el poder de hacer que la última etapa de la vida sea una experiencia digna y plena.

Evaluación Geriátrica Integral: Hacia la prevención y promoción de la salud

A nivel mundial, la vejez presenta un desarrollo continuo y cambios fisiológicos, que implican constantes alteraciones celulares, moleculares, entre ellas muerte de células debido al tiempo de vida; la cual conlleva una disminución en la homeostasia. El 2% de los ancianos tiene pérdida de la visión, el 30% tienen alteraciones de la audición, incontinencia urinaria, padecen depresión y presentan mayor riesgo a caídas. (1)

En México según la secretaría de salud un adulto mayor es considerado una persona que pasa los 60 años de edad. (2) Es una etapa en la que el adulto mayor se ve afectado por diversos factores como la salud, aspectos socioeconómicos, viudez, jubilación, entre otras más.

Es necesario que el geriatra haga una valoración sobre las necesidades del adulto mayor que incluya una evaluación sobre la salud física, revisando enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, sin embargo, es crucial evaluar aspectos cognitivos y emocionales, así poder identificar problemas como demencia, depresión y otros trastornos mentales comunes en la población. (3)

Es un factor clave ya que no solo buscan evitar la aparición de enfermedades, sino también mejorar la calidad de vida y prolongar la funcionalidad e independencia de las personas mayores, debido a la mayor vulnerabilidad a enfermedades crónicas, caídas, y deterioro funcional; ahora bien, fomentar la participación en actividades sociales, mantener relaciones significativas, y proporcionar acceso a servicios de salud mental puede mejorar el bienestar emocional.

Las redes de apoyo son fundamentales en el cuidado y manejo del adulto mayor, enfocándonos en un contexto donde el adulto mayor enfrenta limitaciones físicas, cognitivas o emocionales. Los familiares, como hijos, nietos, cónyuges o hermanos, suelen ser la principal fuente de apoyo, ellos asisten en tareas diarias, toman decisiones médicas y brindan apoyo emocional que contribuyen a la calidad de vida y al bienestar de los ancianos. Pudiendo ocupar este papel desde amigos, vecinos y grupos comunitarios, quienes pueden proporcionar compañía y ayudar a combatir el aislamiento social. (4, 5)

El médico es una parte vital de la red de apoyo del adulto mayor, fungiendo no solo como proveedor de atención médica, sino también como coordinador de recursos, consejero, y defensor del bienestar general del paciente.

contribuyen a la calidad de vida y al bienestar de los ancianos. Pudiendo ocupar este papel desde amigos, vecinos y grupos comunitarios, quienes pueden proporcionar compañía y ayudar a combatir el aislamiento social. (4, 5)

El médico es una parte vital de la red de apoyo del adulto mayor, fungiendo no solo como proveedor de atención médica, sino también como coordinador de recursos, consejero, y defensor del bienestar general del paciente. Volviéndose imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sin embargo, no es solo eso, implica realizar un seguimiento continuo de su salud, identificar factores de riesgo, ajustar tratamientos según sea necesario, incluyendo la promoción de estilos de vida saludables y la coordinación de un equipo multidisciplinario, adaptándonos a las necesidades del paciente. Este papel integral es clave para garantizar que el adulto mayor reciba una atención holística, personalizada y respetuosa de su dignidad y autonomía. (6)

Limitaciones al acceso de redes de apoyo: La importancia de la atención integral y coordinada.

A pesar de todos los programas existentes, no todos los adultos mayores tienen acceso a una red de apoyo robusta. Aquellos sin familia cercana, con relaciones sociales limitadas, o con barreras económicas pueden estar en riesgo de aislamiento y deterioro en su salud. En estas situaciones el médico puede ayudar a establecer o facilitar grupos de apoyo para pacientes mayores, donde estos puedan compartir experiencias, recibir apoyo emocional, y obtener información sobre cómo manejar mejor sus condiciones de salud e incluso informar a los pacientes sobre programas gubernamentales que proporcionan ayuda financiera, subsidios para medicamentos, o acceso a cuidados especializados.

La atención coordinada implica el trabajo colectivo de un equipo de profesionales de la salud, englobando médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, nutricionistas, especialistas, etcétera. Dirigiendo la atención del adulto mayor como una persona completa desde un enfoque biopsicosocial considerando su historia de salud, sus preferencias, y sus valores.

Conclusiones

El papel del médico en el manejo del adulto mayor es de vital importancia, debe ofrecer un enfoque integral y multifacético para el manejo efectivo del adulto mayor, incluyendo la coordinación del cuidado y el apoyo biopsicosocial, para así garantizar una atención de calidad y permitir que los adultos mayores envejezcan de manera saludable y activa, optimizando el uso de recursos y apoyando a las familias en el proceso de cuidado. Siendo el médico un punto clave para que cada paciente reciba el cuidado digno y completo que merece, adaptado a las necesidades específicas y cambiantes de los adultos mayores. La atención médica del adulto mayor, en consecuencia, debe ser un reflejo de empatía, profesionalismo y compromiso con el bienestar integral del paciente.

“Cuidar de aquellos que nos han cuidado, más que un deber, un honor” (7)



El papel del médico en la detección y manejo de la depresión en estudiantes: Un desafío actual.



Ramos Jiménez Ismael
ADEMEN

dr.ramosjimenez@gmail.com

Muchas universidades hacen caso omiso de la salud de sus estudiantes, en especial cuando se trata de salud mental, pues suelen ser trastornos difíciles de detectar, y no suelen existir protocolos en pro de los universitarios deprimidos. Todas las personas tenemos derecho a la educación y atención a la salud, y la depresión no debe de representar un criterio de exclusión para las universidades. Medidas como los exámenes psicométricos deberían de servir para dar una atención adecuada a la salud del alumnado, y no para obtener criterios de exclusión.

Conociendo al enemigo

Casi todos los universitarios padecen o han padecido un trastorno mental. Entre ellos el más común es la depresión, la cual llega a representar una invalidez y retraso académico en la mayoría de los casos. Las universidades así como los docentes han demostrado no estar preparados para dar una atención integral y oportuna en estos casos, lo que puede llevar al alumno a desertar de la carrera o empeorar su salud mental, por lo que el médico debe estar preparado para dar una atención adecuada y emplear el mejor plan de manejo.

No siempre se puede contar con ayuda psicológica dentro de las escuelas, por ello, las facultades deben trabajar estrechamente con el médico o facultativo tratante para evitar que el alumno se cause daño o renuncie a sus estudios.

La etapa de estudio universitario se rodea de diversos factores ambientales, sociales y culturales, los cuales pueden representar un reto emocional para los estudiantes, afectando su integridad mental, física y su estado de salud. Lo anterior, implica una situación que compromete las capacidades cognitivas, productividad, salud y desarrollo del alumno universitario.

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por pérdida del interés en actividades que anteriormente resultaban placenteras, cansancio, trastornos del sueño o alimentación; también está asociada con malestar y discapacidad, así como el riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la autonomía y se presenta en la gran mayoría de los estudiantes de un nivel de educación superior. (1)

En sus estadios más graves, los cuales a su vez son los más comunes, la depresión puede desencadenar en ideación suicida, autolesiones o autolisis. (2) No sólo el alumno se perjudica de ello, sino que, las instituciones académicas también se ven afectadas.



Una bomba de tiempo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente el 10% de la población global, tiene algún trastorno mental y más de 300 millones de personas sufren depresión, formando parte actualmente de uno de los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad y dependencia; según la intensidad de la depresión, se presentan alteraciones en el entorno familiar, escolar o laboral. (2)

En México, se estima que la depresión produce mayor incapacidad que otras condiciones crónicas de salud, como la diabetes, trastornos respiratorios, enfermedades cardíacas o la artritis; las personas con depresión, pierden hasta casi 3 días de trabajo más que aquellas con otras enfermedades. (1) Lo anterior, se traduce en pérdidas de recursos humanos, productividad, y con ello, mayores gastos para el sistema de salud público; 1 de cada 4 adultos en México de entre 18 y 65 años de edad ha padecido o padece algún trastorno de salud mental, como la depresión, y solo 1 de ellos recibe tratamiento adecuado. (3)

Siendo así, una entidad que ha tomado mayor prevalencia en los últimos años, y que parece ser que lo seguirá haciendo, es importante reconocer que, no todos los profesionales médicos están capacitados para tratar adecuadamente al paciente universitario con depresión; los medicamentos como los llamados inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, etc.) comienzan a mostrar sus efectos terapéuticos hasta la 2da - 3era semana de administración, lo que supone días de malestar emocional del paciente.

En la mayoría de los casos, una pérdida de productividad, noches de insomnio, malestar emocional, tristeza, etcétera, suele ser un problema para asistir a clases, realizar trabajos y estudiar para exámenes, lo que afecta al rendimiento y notas académicas del alumno, que ensimismado con su depresión, puede ser una razón más para sentirse mal y seguir dañar su integridad emocional.

Con lo anterior, es importante señalar que no todas las escuelas cuentan con protocolos de acción que permitan apoyar integralmente al alumno deprimido; todas las escuelas deberían de contar con atención psicológica que permita detectar y atender de manera oportuna los casos de alumnos deprimidos, y así mismo, brindar planes accesibles y empáticos para permitir que el alumno pueda continuar con sus estudios, de manera que la depresión no represente una exclusión o atraso para su desarrollo académico.

Dar este tipo de apoyo, puede resultar en profesionales más humanos que formen parte de una sociedad sin exclusiones y con mayores oportunidades para todos.

Medidas como los exámenes psicométricos deberían de emplearse para dar con un diagnóstico temprano de trastornos mentales, como la depresión, y darle tratamiento oportuno, y no representar una medida de desaprobación académica; todo el personal universitario debería estar capacitado para brindar ayuda y aportar soluciones en estos casos.

¿Qué se puede mejorar?

Las instituciones universitarias deben de comenzar a desarrollar protocolos, que, primeramente procuren identificar los casos de alumnos con depresión de manera oportuna; conocer los signos y síntomas de una persona deprimida, saber cómo manejar estos casos, cómo y a quién referirlos.



En segunda instancia, desarrollar planes que permitan a estos alumnos continuar con sus estudios o pausarlos, si así se desea, sin ningún tipo de estigmatización ni compromiso al desarrollo de sus estudios en un futuro. En tercera instancia, se debe de trabajar en conjunto con los profesionales médicos y psicológicos para dar una atención integral al alumno en depresión.

Los docentes podrían optar por extender los plazos de entrega de tareas, de revisión de temas y evaluaciones, como exámenes o exposiciones, con el fin de asegurar que el alumno pueda recuperar su salud mental antes de aplicar cualquier prueba que pueda en la que pueda influir su estado de ánimo.



En conclusión, la prevención y el tratamiento de la depresión en el alumnado universitario requieren un esfuerzo conjunto de instituciones educativas, profesionales de la salud y los propios estudiantes. Las universidades deben implementar programas integrales de salud mental que incluyan servicios de detección temprana, intervención y apoyo psicológico. Los médicos deben estar capacitados para brindar tratamientos efectivos y personalizados. Y los estudiantes deben ser empoderados para buscar ayuda y participar activamente en su propio proceso de recuperación.

Juntos podemos crear entornos universitarios más saludables y promover el bienestar emocional de todos los estudiantes.

**El futuro de la medicina, es
aprender a prevenir**



Visibilizando a los invisibles: Importancia del reconocimiento en pediátricos.



Peña Alvarez Brisbane Karim
ADEMEN

21008944@uan.edu.mx

Todos recordamos las veces que tuvimos que acudir al médico cuando éramos niños, así como esa sensación de miedo que hacía parecer que el tiempo se había detenido, volviendo el camino algo interminable. También recordamos esa sensación de ser ignorados por el médico durante la consulta, como si lo que sentíamos y pensábamos no fuera importante, y el médico se centrara únicamente en lo que nuestros padres decían que había sucedido. La clásica amenaza de “si te sigues portando mal, te voy a llevar al doctor para que te inyecten” seguro fue algo que pasaba en casi cada visita al médico, una situación que se volvió común en la vida de muchos niños.

Cada vez que un niño entra a un consultorio médico, acude con mucho más que una enfermedad. Lleva consigo curiosidad por ver todo lo que hay en el interior del consultorio, va con miedo a lo desconocido y con el deseo de ser escuchado y ayudado a sentirse mejor. Sin embargo, lamentablemente no todas las familias tienen la posibilidad de acudir con un especialista cuando se requiere valoración médica, recurriendo a médicos generales en su lugar. Estos, en ocasiones, no saben cómo atender estas situaciones con los niños, ignorándolos y convirtiendo la consulta en un ambiente adultocéntrico.

Esta situación abre la puerta a muchas interrogantes. Por ejemplo, ¿está preparado un médico general para la adecuada atención del paciente pediátrico? ¿Se garantiza la identidad y el derecho a ser tomados en cuenta del paciente? ¿Qué hacemos como médicos generales para evitar generar traumas asociados al personal sanitario? Recordemos que dentro

de los derechos de los pacientes se encuentra el derecho a recibir una atención adecuada, así como el derecho a la toma de decisiones. Si bien no se le puede dejar el 100% de la decisión al menor, sí se le puede ofrecer la consideración de ser tomado en cuenta.

Por lo tanto, me gustaría hacer énfasis en que los niños no son adultos pequeños y no pueden ser tratados como tales. Poseen pensamientos únicos y necesidades especiales que requieren ser atendidas para generar un ambiente adecuado y favorecer la relación médico-paciente.

Relación Médico-Infante

La enfermedad en el paciente pediátrico representa algo más que un simple malestar físico; representa algo desconcertante, representa miedo, representa angustia, así como un gran impacto en el núcleo familiar, lo que puede desencadenar una respuesta psicológica negativa de parte del menor, la cual puede tener un impacto negativo en la evolución de la enfermedad (1, 2).



Según estudios realizados en España, se señala la eficiencia de la inclusión de la pedagogía, así como de intervenciones sociales y psicológicas, ya que se han obtenido resultados favorables en la atención médica, logrando una actitud cooperativa de parte del menor, así como también una reducción en la alteración del estado psicológico (1).

El saber desarrollar una consulta pediátrica es una habilidad básica que cualquier médico debería tener; sin embargo, la falta de exposición a este ambiente hace que no se practique esta habilidad y se pierda. Retomando las bases para lograr el éxito, se debe hacer énfasis en el acompañamiento, así como en el diálogo, permitiéndole que se exprese libremente y escuchándolo atentamente (1).

El rol de los padres

La correcta inclusión de los padres en el proceso de atención de la salud del infante trae consigo diferentes beneficios, ya que representan a las únicas personas conocidas que tiene el menor en el ambiente hospitalario, las únicas personas que pueden brindar un ambiente de seguridad con su sola presencia, por lo que recurrir a su apoyo se convierte en una herramienta útil, logrando así una pronta mejoría física y emocional, y reduciendo miedos y temores (2).

Esta presencia paterna también será de utilidad para el menor, ya que este acompañamiento refuerza lazos fundamentales y valiosos, además de brindar un ambiente de seguridad y afecto, al realizar las principales labores de un cuidador, por ejemplo: cambiar el pañal sucio del menor, el lavado de manos, alimentación asistida en caso de ser necesario, suaves masajes de la piel, control de temperatura, así como también el cambio de posición (2).

COVID-19 y su impacto en pediatría

El contexto de la pandemia de la COVID-19 trajo consigo consecuencias en la atención médica del menor, principalmente asociadas al confinamiento al que se vieron expuestos, así como a la constante exposición a las noticias sobre el desarrollo de la pandemia.

Esto tuvo como resultado un aumento en la sensación de miedo al verse expuestos al ingreso hospitalario, relacionado con la pérdida de familiares mayores que fueron hospitalizados por esta enfermedad (3).

Sin embargo, esto no es todo lo que nos dejó la pandemia, ya que también se detectó entre la población infantil una mayor sensación de aburrimiento y sentimiento de tristeza, lo que trajo como consecuencia un aumento en el tiempo de exposición a pantallas, y por tanto, una mayor exposición a noticias, convirtiéndose en un círculo vicioso que ocasionó un retraso y que se perdiera la confianza de parte del menor en el médico (3).

El juego y la tecnología como herramientas

Para iniciar de nueva cuenta con este acercamiento e intentar recuperar la confianza de los infantes, se tiene evidencia de que la introducción del juego en la atención pediátrica, con el objetivo de reducir el estrés ocasionado, es de utilidad. El juego, además de ser un derecho de los niños, es fundamental para el desarrollo de las áreas cognitivas, afectivas, emocionales y de socialización, siendo clave para la concepción de una atención pediátrica integral (4).

Para lograrlo, se hace uso de juegos que favorezcan el desarrollo de los niños, al mismo tiempo que sirven como auxiliares para explicar al menor alguna condición, como los juegos tradicionales que involucran muñecos, aunque en la actualidad se ha demostrado la eficacia de juegos modernos, como los que involucran herramientas tecnológicas (4, 5).



Servicio de Neuro-Pediatría, adecuando su entorno para la generación de ambientes dinámicos, interactivos y seguros para el paciente pediátrico.

En la actualidad, se sugiere ver a la tecnología como una aliada y hacer que nos sea de utilidad. En el contexto de la consulta pediátrica, la inclusión de tecnología mantendrá al niño ocupado, lo que mejorará el comportamiento de los niños durante la realización de procedimientos médicos, disminuyendo síntomas de depresión, así como también reduciendo el dolor y mejorando la comunicación (4).

Por su parte, el uso de juguetes tradicionales como los muñecos ayudará a brindar calma al menor, ya que estos servirán como ejemplos de lo que se le realizará al niño, previo a un procedimiento, como por ejemplo, antes de una venopunción, al funcionar bajo el método de enseñanza, respetando la autonomía del niño y reduciendo la relación jerárquica adulto-niño (4, 5).

Sin embargo, el juego durante la consulta o la hospitalización infantil aún parece ser un concepto extraño para los profesionales sanitarios, quienes han expresado que jugar no se posiciona como una herramienta de uso frecuente debido al temor a exponer a los niños a infecciones, la preocupación por la carga de trabajo adicional que podría suponer y, finalmente, la percepción de que incluir este tipo de actividades está fuera de la función sanitaria, representando un tabú (4).

Conclusiones

Los niños no pueden ni deben ser tratados igual que un adulto, por el simple hecho de ser niños. Todo es diferente: sus necesidades, sus miedos, sus creencias, incluso su anatomía y fisiología. Tenemos que trabajar para lograr que el menor tome parte de la atención médica, que se vuelva un participante activo, tomando en cuenta a los padres e incluyéndolos, pero sin opacar a nuestros niños.

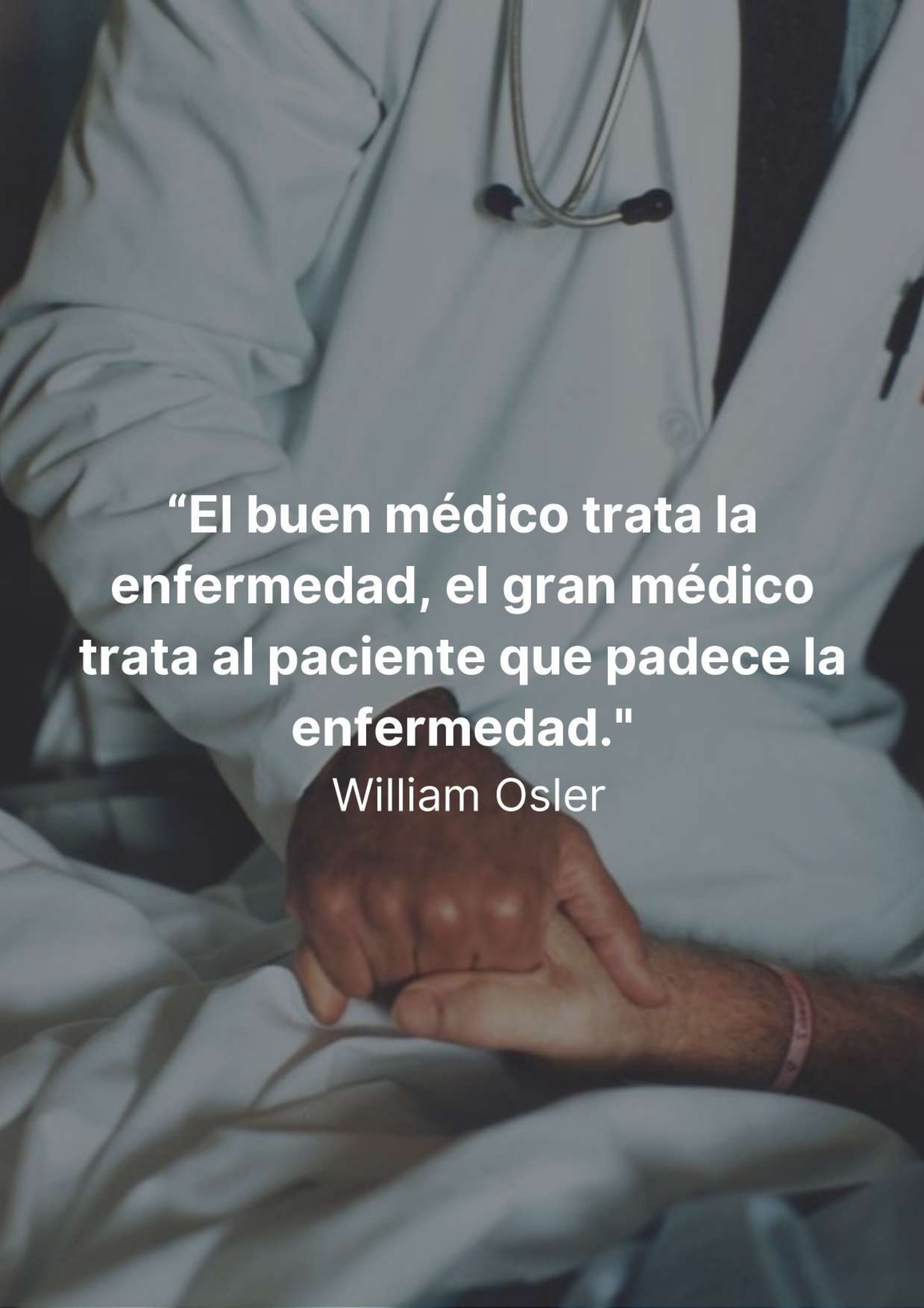
Es por ello que es recomendable que tomemos conciencia sobre cómo nos sentíamos nosotros y el miedo que nos generaba acudir al médico a esa edad, tomar nuevamente el lugar del menor y así evitar repetir conductas que sabemos son generadoras de estrés en el infante.

En su lugar, como ya vimos a lo largo de este texto, se sugiere generar empatía con el paciente pediátrico, hacerlo sentir escuchado, en un entorno seguro, hablarle a su nivel, y sobre todo, hablar con él, hacerlo sentir incluido y volverlo un participante activo. Para esto, nos podremos apoyar de juguetes, de técnicas de acercamiento con el pediátrico, de los padres, sin que la inclusión de estos sustituya la comunicación directa con el menor.

No hay mejor forma de atender a un niño que atendiendo al niño, no a los padres, no a un adulto pequeño. Es por ello que resulta interesante encontrar una falta de investigación respecto al tema en el país, por lo que existe esta gran área de oportunidad, así como la necesidad de profundizar en ella. De este modo, se podrá iniciar con labores de educación médica continua, así como de concientización entre la población médica que atiende a pediátricos.



La introducción del juguete a la consulta se realiza utilizando el método "Decir, Mostrar, Hacer" (Cortesía de Freepick)

A close-up photograph of a doctor in a white lab coat holding a patient's hand. The doctor's stethoscope is visible around their neck. The patient's hand is resting on a white surface, and a pink hospital identification band is visible on the patient's wrist. The image has a soft, slightly blurred background, emphasizing the connection between the doctor and the patient.

**“El buen médico trata la
enfermedad, el gran médico
trata al paciente que padece la
enfermedad.”**

William Osler

Impacto del bienestar mental del médico en el trato al paciente.



Pérez Chavarín Casimiro
ADEMEN

20008558@uan.edu.mx

Cada vez que un paciente cruza la puerta de un consultorio médico, lleva consigo más que signos y síntomas, trae consigo expectativas, miedo, y una profunda necesidad de ser escuchado y sentirse atendido, pero, ¿qué ocurre cuando la figura en la que el paciente deposita su confianza está a su vez, luchando con sus propios conflictos personales y emocionales?, no solemos detenernos a considerar que, al igual que cualquier otro ser humano, el médico carga con su propio estado emocional.

Todos conocemos como en el ámbito de la atención primaria, donde las consultas son breves y el tiempo es limitado, el desafío para el médico es aún mayor, ya que esta realidad lo empuja a aislar esos problemas para adoptar una postura profesional, enfocando toda su atención en el paciente que tiene delante.

Es así como rara vez se reflexiona sobre cómo el estado psicoemocional de estos profesionales, influye directamente en la calidad del trato que ofrecen a sus pacientes. Hacer un análisis del bienestar mental del médico viéndose como un factor crítico que afecta la empatía, la comunicación y la calidad de la consulta resulta esencial para podernos cuestionar, ¿puede el médico, bajo la carga del estrés y con una autoestima debilitada, ofrecer la misma calidez y comprensión que se espera de él?, ¿hasta qué punto la estabilidad emocional de un médico se refleja en su calidad de atención?

Salud Emocional frente al Burnout

La salud emocional tal como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un estado de equilibrio en el que las personas son capaces de manejar el estrés, trabajar de manera productiva y relacionarse adecuadamente. (1) Hoy en día al momento de hablar de un desequilibrio emocional propiciado por nuestra ocupación empleamos el término de burnout, actualmente reconocido por la OMS como un síndrome resultante de un estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado de manera efectiva. Este se caracteriza por tres puntos clave: agotamiento emocional, desapego mental con respecto al trabajo, y una disminución en la eficacia profesional. (2)

El Dilema del Médico

En el contexto propio de un médico experimentando un episodio de burnout, desde la experiencia clínica que muchos hemos vivido rotando durante los años de escuela por distintas clínicas, distintos consultorios y médicos, es común observar como tras las horas de trabajo, guardias nocturnas o alta saturación de los servicios se tienden a ir desarrollando actitudes negativas o cínicas hacia el trabajo en sí, manifestándose como una desconexión emocional con el paciente, el abordaje integral hacia éste se pierde, el médico se vuelve más distante y todo se concreta en una atención limitada y enfocada exclusivamente en tratar la enfermedad.

Esto hoy en día es algo que más que observado ya está siendo estudiado, se ha demostrado que la empatía de un médico evaluada directamente por los pacientes, tiene una fuerte correlación positiva con la satisfacción del mismo. En el contexto de un estudio que analizó cómo las relaciones significativas entre pacientes y médicos se ven influenciadas en relación con el agotamiento de los médicos, los hallazgos sugieren que el agotamiento entre los médicos es aproximadamente el doble que en la población general, y ha aumentado drásticamente en los últimos años, afectando a profesionales en todo el espectro educativo, desde estudiantes hasta especialistas. Este agotamiento no solo disminuye la satisfacción de los pacientes con la atención recibida, sino que también se asocia con actitudes más negativas y una comunicación deficiente con los pacientes. (3, 4)

Transformar el entorno desde el interior

El bienestar emocional del médico, lejos de ser un asunto personal, es un factor determinante en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. La evidencia científica es clara: el burnout médico no solo afecta la satisfacción laboral y la salud del profesional, sino que también compromete la relación médico-paciente y, en última instancia, la calidad de los cuidados.

Cómo actuales estudiantes y futuros médicos, es fundamental que aprendamos a destinar tiempo diariamente a actividades que nos generen bienestar, que nos permite desconectarnos del estrés inherente a nuestra profesión y conectarnos con lo que nos hace felices. Comprendamos lo importante que es cultivar relaciones saludables con nuestros compañeros y pacientes, liberemos energía positiva y alegría en cada interacción, fomentamos un entorno de apoyo mutuo, donde la empatía y la colaboración prevalezcan sobre la competencia, estas pueden ser unas de las mejores estrategias en donde con nuestras propias acciones podemos lograr contrarrestar este agotamiento.

Es imperativo reconocer que los médicos, al igual que cualquier otro ser humano, tienen sus propias vulnerabilidades y necesitan un sistema de apoyo que les permita enfrentar los desafíos de su profesión. Al crear un espacio en el que podamos apoyarnos unos a otros no solo mejoramos nuestra salud mental, sino que también reforzamos nuestra capacidad para ofrecer un trato más humano y cálido a nuestros pacientes. Al final del día, el objetivo es que cada médico, desde el estudiante hasta el especialista, pueda desempeñarse en un ambiente que le permita seguir amando su profesión.

Comprometámonos a cuidar de nuestra salud mental al establecer límites claros entre nuestra vida profesional y personal, practicar técnicas de relajación y buscar apoyo en nuestros compañeros y mentores.

"Juntos podemos construir una comunidad médica más fuerte y resiliente"



Hacia una atención centrada en el adulto mayor: Un enfoque en la dignidad del paciente.



Gomez Hernandez Armando
ADEMEN

22007209@uan.edu.mx

Era una mañana gris cuando Clara visitó a su abuela, doña Rosa, en el centro de salud donde residía. La preocupación la invadía, pues hacía una semana que no sabía cómo estaba su abuela. Al entrar en la habitación, Clara encontró a doña Rosa demacrada y triste, con signos evidentes de descuido. Su abuela le contó cómo el centro, que prometía cuidado y atención, se había convertido en un lugar de negligencia. A menudo, el personal era indiferente y despectivo, ignorando sus necesidades básicas y tratándola con impaciencia.

El corazón de Clara se rompió al escuchar cómo su abuela había sido tratada con indiferencia y humillación. La verdad es, que Clara y doña Rosa no existen, pero posiblemente pudiste sentirte identificado con su situación o conoces una historia similar. Lo que queda claro, es que la atención hacia el adulto mayor pierde un pilar fundamental, la dignidad.

Maltrato al Adulto Mayor

En conjunto con la Organización mundial de la Salud (OMS), la Red Internacional de Prevención de Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA), definen en la declaración de Toronto, el maltrato hacia el adulto mayor como "la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana"(1). Aquí se engloban factores como abuso verbal, físico, emocional, sexual y financiero; y sin dejar de lado negligencias intencionadas o no intencionadas.

El maltrato hacia el adulto mayor existe y es subestimado, esto se declara hasta en la propia Guía de Práctica Clínica mexicana (GPC) sobre la detección y manejo del abuso hacia el adulto mayor, donde menciona que en la actualidad los datos estadísticos no reflejan la realidad del maltrato per se, esto es consecuencia a un miedo a las posibles represalias por la denuncia del abuso o su proclamación a ser víctima del mismo.(2)

Las instituciones o centros de salud no se eximen de ser partícipes en este tipo de maltrato; de igual manera que el espectro de pacientes pediátricos, adultos y embarazadas sufren abuso, no es de sorprender que el paciente con más vulnerabilidad (física y cognitiva), también navegue en este tormentoso mar.

El personal de salud percibe la atención del adulto mayor como un reto, el cual se manifiesta como "la necesidad de atenciones especiales, debido a problemas físicos y psicológicos o a la fragilidad y dependencia funcional, que puede ser causante de maltrato"(3).

Pensemos en los momentos en los que nos ha tocado acudir a un centro de salud, ya sea una consulta externa o una cita con el psicólogo, tal vez no sea novedad que en algún momento de la atención nos pudimos haber sentido atacados o menospreciados por el personal de salud, las causas pueden ser muchas, sin embargo, en el adulto mayor, se tiene un sentimiento de incompetencia estigmatizado por su edad. El personal de salud ve "pesada" la atención del adulto mayor.

Sin embargo, ¿Qué es el maltrato institucional en los servicios de salud?, la bibliografía en torno a la definición es variada, pero una de ellas rescata las características principales: "se produce en las organizaciones, centros geriátricos, centros de salud, en los que fundamentalmente son los profesionales, por falta de preparación y/o cualificación, por estrés laboral (síndrome del quemado), por sobrecarga laboral, los que incurrir en conductas abusivas o de maltrato tanto físico como de índole psicológica"(4).

Hacia un trato digno

El buen trato al adulto mayor es algo inculcado desde pequeños en nuestro "deber ser", sin embargo, en el área clínica-social, no se define exactamente como es esta práctica de respeto hacia el adulto mayor. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), busca definir en su "Guía del buen trato a los adultos mayores" las características principales por las cuales el adulto debería ser tratado, en las que se destacan: evitar el trato como niños, el trato como un adulto sin importar las condiciones del paciente, ser tratados con empatía y compasión y ser tomados en cuenta. (5)

Al mismo tiempo, se menciona el enfoque clínico del "buen trato a los adultos mayores", en los cuales se destaca el evitar sentir al paciente como una carga y respetar su autonomía moral, social y física. Hace falta una evaluación de estos aspectos en los centros de salud y el fomento de protocolos o capacitación previa que prevenga maltratos institucionalizados.(5)

Conclusiones

La detección y prevención del maltrato al adulto mayor es fundamental para que alcancen una buena calidad de vida en su esfera social, física y mental. Guías como la SEGG, son un paso en el análisis profundo de este problema de salud. El generar conciencia ayuda a enfocar el problema y aplicar las estrategias ayuda a mejorar la situación y corregir errores en el proceso.

Cada uno de nosotros, en nuestro ámbito de acción, podemos contribuir a un cambio positivo. Como profesionales de la salud, debemos capacitarnos y sensibilizarnos para brindar una atención integral y respetuosa; como familiares y amigos, debemos estar atentos a las señales de maltrato y actuar en consecuencia; como sociedad, debemos exigir a nuestras instituciones que garanticen el bienestar de nuestros adultos mayores. La dignidad en la vejez es un derecho humano fundamental. ¡Es hora de construir un mundo donde todos puedan envejecer con calidad de vida!"



El peso de la soledad en el consultorio.



Monroy García Jose Ramses
ADEMEN
21014404@uan.edu.mx

Don Sergio vive solo desde la muerte de su esposa hace siete años. Sus hijos viven lejos, y sus visitas al médico se han convertido en las únicas interacciones significativas que tiene durante la semana. Aunque físicamente parece estar bien, cada vez que entra al consultorio, su tristeza es palpable. Él no lo dice abiertamente, pero su soledad es evidente en la forma en que se aferra a cada palabra de su médico y en cómo prolonga la conversación, hablando de temas no relacionados con su salud.

En el bullicio de un consultorio médico, donde los signos vitales y las quejas físicas suelen ser el centro de atención, a menudo se pasa por alto un mal silencioso llamado "soledad". Para muchos pacientes geriátricos, la visita al médico puede ser una de las pocas interacciones humanas significativas que tienen a lo largo de la semana. A pesar de que, a simple vista, su salud física puede no parecer en peligro inmediato, la soledad, oculta en lo profundo, mina su bienestar emocional y, con el tiempo, contribuye al deterioro de su salud física.

El impacto de la soledad en los pacientes geriátricos

La soledad es mucho más que la ausencia de compañía física; es una sensación profunda de desconexión, una carencia de relaciones significativas que puede resultar devastadora para la salud de los adultos mayores. Diversos estudios han demostrado que la soledad crónica puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y depresión, comparando su impacto al de factores de riesgo tradicionales como el tabaquismo o la obesidad (1, 2). La relación entre la soledad y

la salud física es alarmante: se ha vinculado con un mayor riesgo de mortalidad prematura, ya que afecta negativamente tanto al sistema cardiovascular como a la función inmunitaria (2, 3).

Los efectos de la soledad no se limitan al cuerpo; también deterioran la mente. Los pacientes geriátricos que experimentan soledad prolongada a menudo enfrentan síntomas de depresión y ansiedad que no son tratados adecuadamente, lo que agrava su malestar general (4). Un estudio reciente, ha revelado que el aislamiento social objetivo, pero no necesariamente la soledad percibida, se asocia con un aumento significativo en la mortalidad de los pacientes mayores con insuficiencia cardíaca (3). Este dato subraya la importancia de prestar atención no solo a las emociones reportadas por el paciente, sino también a las circunstancias objetivas de su vida social.

El rol del médico: más allá del diagnóstico

El médico, muchas veces, es una de las figuras más constantes en la vida de un paciente geriátrico. Más allá de la responsabilidad de tratar enfermedades físicas, el médico tiene la oportunidad única de influir positivamente en el bienestar emocional de sus pacientes. A través de la escucha activa y un enfoque compasivo, los médicos pueden ofrecer algo más que diagnósticos y tratamientos; pueden proporcionar un espacio en el que los pacientes se sientan escuchados y comprendidos (5). En una sociedad donde el contacto social se reduce para muchos ancianos, una consulta médica puede convertirse en una fuente vital de apoyo emocional.

Los profesionales de la salud, con su posición privilegiada, pueden identificar signos de soledad y derivar a los pacientes a servicios de apoyo social, grupos comunitarios o terapias especializadas (6). No obstante, muchos médicos no reconocen la soledad como un factor de riesgo médico importante, tratándola más como una cuestión secundaria de la que otros deben encargarse. Sin embargo, como demuestran los estudios, la soledad es un predictor de complicaciones físicas y mentales que no debe pasarse por alto (7).

La percepción de los profesionales de la salud sobre la soledad también es clave. Un estudio cualitativo reveló que muchos ven la soledad como una experiencia multifacética, profundamente entrelazada con la vida personal y el contexto social del paciente. Reconocer esta realidad les permite abordar la soledad como un problema de salud en sí mismo, y no solo como una consecuencia inevitable del envejecimiento (10).

Estrategias para abordar la soledad en el consultorio

Abordar la soledad en la consulta médica no requiere de intervenciones complejas o cambios radicales en la rutina diaria del médico. A veces, pequeñas intervenciones conscientes pueden tener un impacto significativo. Preguntar sobre las redes de apoyo del paciente, evaluar su vida social y conectarlos con recursos comunitarios puede marcar una gran diferencia (5). Además, los médicos pueden colaborar con otros profesionales de la salud, como trabajadores sociales y psicólogos, para ofrecer un enfoque más integral al manejo de la soledad (6).

El uso de evaluaciones rápidas para detectar la soledad y el aislamiento social, también es una herramienta efectiva en la consulta. Estudios han demostrado que una simple evaluación de la situación social del paciente puede revelar mucho sobre su estado emocional y permitir intervenciones proactivas para mitigar el aislamiento (8). A través de estas evaluaciones, los médicos pueden identificar a aquellos pacientes que más necesitan apoyo adicional y ayudarlos a encontrar recursos dentro de la comunidad que puedan aliviar su sensación de soledad.

Otra estrategia prometedora, es la integración de la tecnología en la atención de los pacientes geriátricos. Las llamadas telefónicas de seguimiento y los grupos de apoyo virtuales, son herramientas valiosas para mantener el contacto con aquellos pacientes que se encuentran más aislados. Este tipo de intervenciones, ha mostrado ser efectiva en la reducción del aislamiento social y la soledad, particularmente en situaciones donde el contacto físico es limitado (9).

Conclusión

La soledad es una carga invisible que muchos pacientes mayores llevan consigo, afectando tanto su salud física como emocional. Al reconocer esta realidad y abordarla de manera proactiva en el consultorio, los médicos no solo mejoran la salud física de sus pacientes, sino que también les ofrecen un alivio emocional esencial para envejecer con dignidad. Un enfoque integral que combine el cuidado físico y emocional puede marcar una diferencia significativa en la vida de los ancianos.

La soledad no debe ser vista como una sombra inevitable del envejecimiento, sino como una cuestión de salud que merece toda la atención de los profesionales de la medicina. El rol del médico no solo es curar enfermedades, sino acompañar al paciente en su proceso de envejecimiento, asegurando que este se dé de la manera más plena y digna posible. Reconocer la soledad como un problema médico es el primer paso hacia un cuidado más completo y humano para nuestros pacientes geriátricos.



Enfrentando la oscuridad: Acompañamiento emocional en pacientes geriátricos con depresión.



Manriquez Gonzalez Yanely Cristina
ADEMEN
23206380@uan.edu.mx

La depresión en adultos mayores ha sido tradicionalmente minimizada y considerada como una respuesta normal al envejecimiento. Sin embargo, la evidencia científica acumulada en las últimas décadas, desmiente esta afirmación. Este trastorno mental no solo impacta significativamente en la calidad de vida de los afectados, sino que también se asocia a un mayor riesgo de mortalidad. Es imperativo visibilizar esta problemática y promover intervenciones terapéuticas efectivas.

Un asesino silencioso

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental común e implica un estado de pérdida del placer o de interés por actividades durante largos períodos de tiempo. (1) Con frecuencia, la depresión en el anciano no se detecta, siendo éste un padecimiento que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad a quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad; asimismo tiene impacto en la familia, es ahí donde interviene la parte de los profesionales del área de salud mental. (2)

La salud mental según la OMS, es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad, (3) siendo así, parte importante en la vida de las personas debido a que todo gira en torno a ella, pues tiene un impacto directo en la forma en que pensamos, actuamos y sentimos, por ello, es esencial que todos los rangos de edad gocen de la misma.

En ciertas ocasiones, enfocamos sólo la atención psicológica en edades menores, pero esto no debería ser desigual, pues también el adulto mayor carece de una mente tranquila, debido a que están en una etapa donde perciben las cosas de forma diferente, expuestos a múltiples factores de riesgo que los orillan a desarrollar alguna conducta o bien, un trastorno mental como lo es el trastorno depresivo mayor, siendo este uno de los principales.

Si bien, los adultos mayores corren el riesgo de tener problemas de salud mental, esto no significa que sean una parte normal del envejecimiento, con frecuencia se presentan de manera simultánea padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan su función. (2)



Hacia una salud integral

La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es menospreciado y con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico, en ello radica la importancia de darle la atención y enfoque a esa población adulta. (2)

Los estudios muestran que la mayoría de las personas mayores se sienten satisfechas con sus vidas, a pesar de que pueden tener más enfermedades o problemas físicos. Sin embargo, ciertas circunstancias cambiantes importantes en la vida a veces pueden provocar molestias, estrés o tristeza, estos cambios pueden incluir la muerte de un ser querido, la jubilación o el tratamiento de una enfermedad grave. Muchas personas mayores eventualmente se adaptan a los cambios, pero algunas pueden tener más problemas para adaptarse, todo esto puede ponerlos en riesgo de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. (4)

Lo anterior, realmente representa un problema de salud pública, pues el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. Presentándose con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados. (5)

Es importante que el médico de primer nivel de atención esté capacitado para identificar de una manera temprana este trastorno, poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad, complicaciones asociados a esta enfermedad catalogada como síndrome geriátrico y evaluar de manera integral todos los factores de riesgo y protectores relacionados con la depresión, los cuales se clasifican en psicosociales, biomédicos y asociados al envejecimiento, debido a la correlación bidireccional que tiene con otros síndromes geriátricos (5).

Después de pasar por un primer nivel de atención en donde se toman en cuenta ciertos factores biopsicosociales, es importante la valoración por un segundo nivel de atención, donde ya se tenga una atención más específica y focalizada.

Realizando así un diagnóstico precoz y administrando un tratamiento oportuno con el fin de evitar complicaciones, logrando así mejorar considerablemente en síntomas, disminuyendo recaídas y recurrencia sintomática.(6) Claro que todo ello es llevado a cabo con un buen acompañamiento médico, en donde se oriente de forma detallada sobre ciertos cambios en su vida, pues el tener una medicación debe ser un proceso clave para la vida de la persona con dicho trastorno.

Calmando el dolor

El tratamiento farmacológico, juega un papel crucial en el manejo de esta condición, ofreciendo beneficios sustanciales que pueden mejorar el bienestar de los pacientes. Existen estudios que han evidenciado el correcto abordaje del tratamiento a largo plazo para prevenir las recaídas de la depresión, pero para ello, es importante que se tengan en cuenta diversos aspectos antes de la prescripción médica. (7) Es muy importante navegar en un entorno amplio, pues es tan multidimensional como su naturaleza, para ello, el médico deberá tomar en cuenta una gran cantidad de factores antes de tomar las decisiones de tratamiento para cada paciente, en especial adultos mayores.



Los pacientes de edad avanzada buscan la atención médica porque ellos mismos reconocen que la padecen o porque sus familiares y cuidadores notan que hay problemas no reconocidos; es ahí, donde el médico deberá discernir si existen factores que atribuyen la enfermedad, y qué consecuencias tiene en la funcionalidad y sufrimiento, siendo este un punto muy importante para considerar una valoración farmacológica acorde a su edad, sus necesidades y que no genere un cambio o efecto secundario que limite su calidad de vida.(7)

Sin embargo, el empleo de psicofármacos no es tan sencillo, y es necesario tener en mente las características propias del envejecimiento que modifican la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos, haciendo al paciente envejecido más vulnerable a los efectos secundarios.

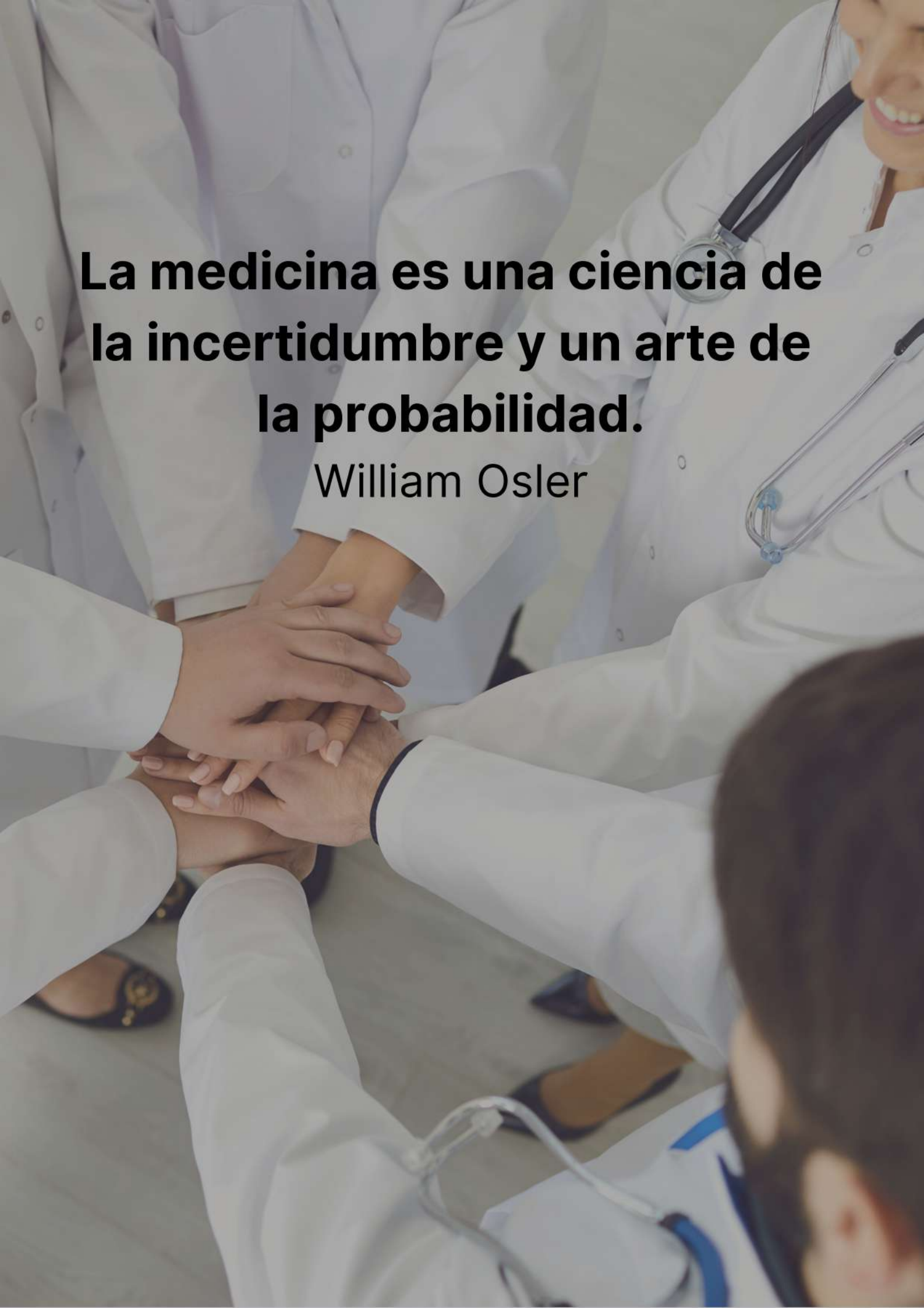
Dada la complejidad de la comorbilidad en el paciente anciano, el empleo de psicotrópicos requiere reevaluación constante y, es de particular importancia el considerar la polifarmacia y sus potenciales interacciones, además es importante que se eduque al paciente, o bien, a algún familiar de forma específica, para que él mismo sepa a detalle todo el proceso de su diagnóstico, porqué y para qué de todo. (7)

Brindar información sobre la depresión y su tratamiento es fundamental, porque los pacientes tienden a suspender la farmacoterapia prematuramente una vez que se sienten mejor, o los primeros días de tratamiento al no observar una respuesta inmediata, también si hay efectos secundarios desagradables, ya sea por intolerancia, horarios o dosis inadecuados. (7)

Conclusiones

La depresión en pacientes geriátricos representa un problema de salud pública que sin duda debe ser priorizado, darle un sentido importante, educar a la población y visibilizar los casos existentes, para así, generar un entorno seguro y con las bases necesarias para abordar y recurrir a recursos de apoyo que preserven el bienestar integral de la persona que la padece, así como preparar al personal de salud especialista en el área, para afrontarlo de forma específica y desarrollar herramientas para llevar un correcto acompañamiento y abordaje clínico en el ámbito.





**La medicina es una ciencia de
la incertidumbre y un arte de
la probabilidad.**

William Osler

Trato digno hacia la mujer embarazada.



Sandoval Gómez Pamela Yvette

ATLAS

pamela.sandoval@alumno.buap.mx

El embarazo es una etapa en que la mujer se encuentra vulnerable, así que la atención dentro de las instituciones hospitalarias durante el parto tiene un gran impacto sobre su salud física y mental. Poseen derechos humanos e incluso reproductivos como derechos a la igualdad, no discriminación, integridad, salud y autonomía reproductiva.

Cada paciente es única, por ende el médico debe adaptar el trato a las necesidades individuales de cada una. Como parte del personal de salud debemos estar involucrados durante la planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, el parto y el puerperio, dando un trato digno, proporcionando información completa y una atención oportuna para generar confianza.

Las pacientes tienen derecho a recibir atención médica accesible, de calidad, continua y coherente a lo largo del embarazo, el parto y el post parto.

Es recomendable realizar un examen físico completo, una historia clínica completa que permita identificar todos los factores de riesgo posibles en la mujer embarazada como diabetes gestacional o hipertensión, preguntar antecedentes gineco obstétricos, agendar citas regulares cada 4 - 6 semanas hasta la semana 28, cada 2-3 semanas hasta la semana 36 y semanalmente hasta el parto.

Puntos clave para dar un trato digno y respetuoso:

- Elaborar un plan de parto personalizado considerando sus necesidades y determinantes sociales.

- Lo adecuado es referirse a la paciente por su nombre y no por adjetivos calificativos o apodos, de esta forma se mantiene un trato respetuoso además de que así la paciente se sentirá escuchada.
- No discriminar, ya que no debe existir distinciones por su edad, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición económica.
- El médico debe evitar el uso de tecnicismos que dificultan la comprensión de la mujer embarazada, es mejor hablar con un lenguaje coloquial y explicar paso por paso cada procedimiento a realizar o dudas que surjan durante el embarazo.
- Siempre se debe incluir a la madre dentro de las decisiones sobre su atención médica, ya que al médico le corresponde comentarle sobre las ventajas y desventajas que pueden ocurrir, guiarla y orientarla para mantenerla dentro del margen de seguridad a ella y al bebé. No se debe forzar a la paciente a que coincida con la opinión del doctor, lo ideal es que ambos colaboren en la elección del mejor plan de tratamiento respetando siempre los valores y preferencias de la paciente.
- Antes de cualquier intervención médica, se debe obtener el consentimiento informado de la mujer, asegurando que comprende lo que se le está proponiendo y que está de acuerdo con ello.

- Reconocer y validar las emociones de la paciente e incluso darle apoyo emocional. Durante el parto las mujeres reciben incluso críticas por llorar, gritar, expresarse y tienen imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes. Incluso reciben comentarios como “eso le pasa por abrir las piernas”, “usted se lo buscó”, eso se considera como violencia verbal.
- Como médicos debemos fomentar la salud mental y proporcionar apoyo psicológico en caso de ser necesario.
- No se le debe negar a la paciente ir acompañada de alguna persona de su elección, además es importante garantizar la privacidad y confidencialidad durante las consultas, los exámenes y procedimientos para que se sienta segura y cómoda.

Proveer información y educación sobre el embarazo, el parto, la lactancia y el cuidado del recién nacido.

Los médicos debemos respetar los derechos reproductivos basados en que las mujeres deciden libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre cada embarazo, así como la de tener la información necesaria para concretar sus deseos. No se les puede forzar a colocarse algún método anticonceptivo sin su consentimiento previo.

Un médico humanizado debe poner en práctica la escucha activa siempre prestando atención a las palabras, emociones y preocupaciones de las pacientes. Recordando que un entorno humanizado en instituciones hospitalarias y particulares ayuda a reducir el estrés y la ansiedad de la mujer embarazada, lo que puede mejorar los resultados de salud y satisfacción con un trato digno y seguro a lo largo de su proceso de atención y evolución.

Consejos para el futuro no muy lejano.



Díaz López Owen Germán
ATLAS

owendiaz11@hotmail.com

¡Un gusto saludarte doctor!, cómo te habrás dado cuenta el área de la Medicina es un mundo increíble en constante evolución donde siempre estarás adquiriendo nuevos conocimientos que te servirán para toda la vida. Seguro tienes una, o más motivaciones por las cuales surgió tu interés en esta gran carrera, en mi caso cuando era niño vi cómo mi abuelito paterno sufría de shocks hipoglucémicos por ser diabético donde me daba muchísima impotencia el no saber qué hacer, ante esto me integré a un escuadrón de servicios médicos para ser primer respondiente y en un futuro estudiar medicina.

Te has de acordar cuando llegó esa etapa de escoger la universidad, siendo cómo una brújula donde la decisión que hayas tomado determinó la dirección del camino de tu vida. En su momento un gran doctor me comentó "Cuando llegues a quinto semestre sabrás si es tu vocación y ahí podremos hablar". Sinceramente en ese momento no comprendía esas palabras derivado a que yo estaba muy seguro de poder convertirme en un profesional del área de salud, pero no sabía lo que me depararía el futuro.

El primer día en la facultad nos sentimos como blastocistos estando en un lugar desconocido en el cual comenzamos a aprender nuevos conceptos, terminologías, instrumentos, procesos etc. En la primaria veíamos muy superficial el cuerpo humano, sin embargo, en primer semestre de Medicina te das cuenta de que un simple movimiento tiene un trasfondo de inervación, irrigación, inserciones de los huesos, músculos articulaciones etc.

Sin duda, es todo un reto encontrar tu método de estudio, no lo obtendrás a la primera así que no te desespere, para ello investiga ¿Cuál es mi estilo de aprendizaje?

Una vez encuentres la respuesta, esta te guiará para explorar las diferentes técnicas de estudios de las cuales podrás escoger una o combinarlas de acuerdo con tus necesidades, el punto es que logres comprender y razonar toda la información que vayas obteniendo de todas tus asignaturas.

Con el transcurso de los semestres se te presentarán diferentes retos que deberás afrontar con una mentalidad madura resaltando los valores de responsabilidad, respeto y perseverancia, lo anterior mencionado considero que son los pilares para tu formación académica. Así que si tienes un mal día siempre busca verle el lado bueno, por más difícil que se ponga la situación ten una sonrisa, en pocas palabras nunca dejes que predominen los pensamientos negativos para ello ten una actitud positiva. Nunca debes dudar de tus capacidades, desenvuélvete cómo si no hubiera un mañana, sacando a la luz todo el potencial que tienes, recuerda que los sueños se cumplen siempre y cuando le dediques tiempo, te pongas objetivos y seas muy optimista para lograrlos.

Sabemos que la medicina demanda bastante tiempo ya que tienes que cumplir con los horarios de clases, tareas, proyectos, exámenes etc. Por ello, es de suma importancia que organices tus tiempos para que no descuides nada de tu vida, ante esto me gustaría abordar contigo unos temas que te serán de gran ayuda.

Enfermedades que puedes prevenir

Nuestro país padece de diversas enfermedades por mencionar algunas: obesidad, DM2, hipertensión arterial y gastritis. Cabe resaltar que la mayoría de nosotros los estudiantes descuidamos mucho nuestra alimentación derivado a que los alimentos que venden fuera de nuestras universidades son saturados en grasas, carbohidratos y azúcares.

Además, nuestro tiempo lo utilizamos en nuestros dispositivos electrónicos, en cuanto llegamos de la universidad queremos dormir todo el día e incluso cuando estamos muy estresados no queremos realizar ninguna actividad, todo lo que te mencioné son causas del sedentarismo lo cual es un riesgo para contraer enfermedades.

Ante esto te recomendaría que fueras a un nutriólogo, el cuál te asigne una dieta para mejorar tus hábitos alimenticios de acuerdo con tus necesidades ya que cada cuerpo es muy diferente. Asimismo, encuentra un deporte o actividad física que puedas realizar mínimo 30 minutos que puedas dedicarle para mejorar tu condición física y al complementarlo con una dieta adecuada no presentarás tanto cansancio, tendrás más motivación, energía y lo más importante reducirás la probabilidad de tener una enfermedad a futuro.

Tiempo para todo

Muchas veces nos casamos con la idea de que si estudiamos medicina solo tendremos tiempo para estudiar, lo cual es algo erróneo porque si organizas bien tus tiempos puedes hacer muchas cosas, esto te lo digo por experiencia ya que actualmente me encuentro cursando 6° semestre de Medicina, soy scout, práctico alpinismo, constantemente me inscribo a concursos, he realizado proyectos con la comunidad de forma altruista que han tenido un impacto social, voy a festivales de música electrónica entre otras cosas. Así que descubre tus pasiones, hobbies o has lo que te apasione para alcanzar ese equilibrio tanto de estudio como de diversión y créeme que tendrás buenos resultados, solo recuerda que nada en la vida es bueno en exceso así que no tampoco te saturarte de actividades.

Ansiedad y depresión

A lo largo de nuestra vida, mínimo una vez hemos experimentado la emoción denominada ansiedad, en la cual empezamos a sentir taquicardia, mareos, sudoración, temblor entre otros síntomas ya que hay una alteración en nuestro sistema nervioso autónomo. Por lo regular nosotros como estudiantes de Medicina caemos en ansiedad más cuando son temporadas de exámenes ya que tenemos muchísima información que procesar en nuestro cerebro de diferentes asignaturas donde tenemos que comprenderlas a la perfección para obtener buenas calificaciones. Uno de los errores que muchas veces cometemos y me incluyo es dejar todo al último momento siendo algo muy estresante porque se nos acumula todo.

Además, si a esto le agregamos que no descansamos adecuadamente por estarnos desvelando e ingerimos cafeína o bebidas energizantes no tendremos una adecuada salud mental incrementando nuevos síntomas como lo son irritabilidad, tristeza, fatiga, pérdida del placer, menor capacidad de concentrarse e incluso sentimientos de ser inservible, cuando aparecen estos síntomas estamos hablando de que escaló a una depresión. En pocas palabras podemos visualizarlo como el efecto de bola de nieve, es decir si no tratamos de mejorar nuestras áreas de oportunidad emocionales se pueden complicar.

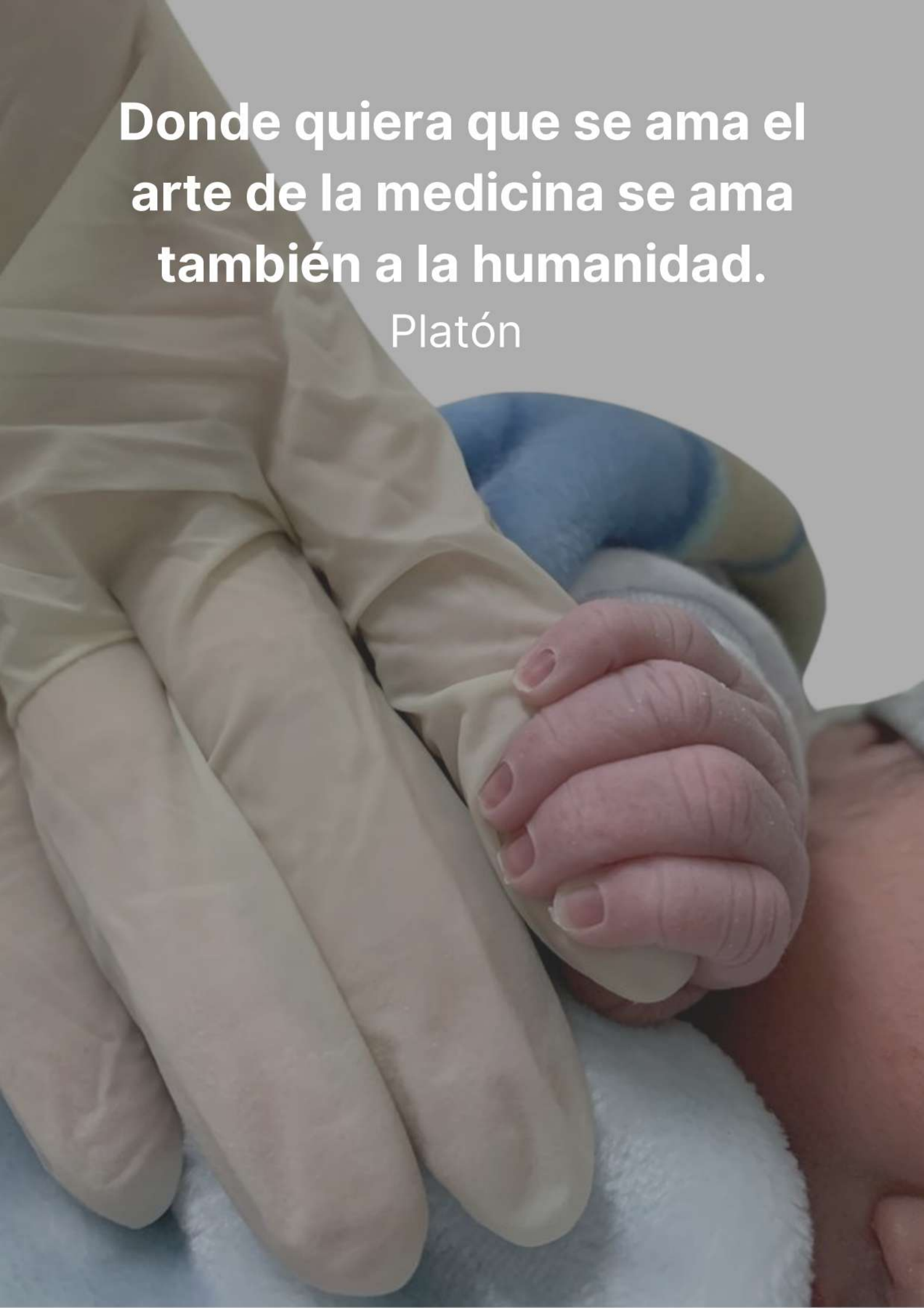
Yo te recomendaría que hagas un cronograma de actividades donde coloques las tareas, proyectos y fechas de exámenes para que visualices cómo realizarlas en tiempo y forma sin que se llegue a acumular teniendo un control. También es importante que tengas las horas de sueño adecuadas para que tanto puedas rendir en el día como no estar irritable, además de dejar de ingerir bebidas con cafeína o energizantes ya que si lo sigues haciendo puede conllevar a una ansiedad e incluso desarrollar con el tiempo una enfermedad cardíaca.

Por último, no te desanimes por una calificación ya que eso no te define, mejor ve qué áreas de oportunidad puedes mejorar para que no se repita, recuerda que desde el primer instante que entraste a Medicina lo estás haciendo muy bien.

Simplemente visualiza tus materias como si fueran piezas de rompecabezas ya que cada una será fundamental para completar la imagen, es decir al momento que relaciones todos los conocimientos de tus materias en uno solo y verás que tendrá más sentido al momento de estudiar ya que todo se relaciona. Así que no descuides tu aprendizaje, puesto que esto dependerá mucho de tu éxito como profesionalista. ¡Tú puedes!

**Donde quiera que se ama el
arte de la medicina se ama
también a la humanidad.**

Platón



El trato médico en la infancia: Un enfoque integral para el bienestar.



Mayoral Carrasco Antonio
ATLAS

mc202373952@alm.buap.mx

El trato médico en la infancia es un tema fundamental en el desarrollo saludable de los niños, ya que influye directamente en su bienestar físico, emocional y psicológico. Durante los primeros años de vida, los niños son especialmente vulnerables, y la atención médica que reciben debe ser cuidadosa y adaptada a sus necesidades únicas. En este ensayo, exploraremos la importancia de un trato médico adecuado en la infancia, los desafíos que enfrentan tanto los profesionales de la salud como las familias, y las posibles soluciones para mejorar la calidad de la atención infantil.

La importancia del trato médico en la infancia

El trato médico en la infancia va más allá de la aplicación de tratamientos y diagnósticos. Implica una atención integral que tenga en cuenta no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también el bienestar emocional y mental del niño. Desde las vacunas hasta las revisiones de rutina, los niños dependen de los profesionales de la salud para su crecimiento y desarrollo adecuados. Sin embargo, no basta con proporcionar cuidados médicos; es esencial que estos sean brindados de una manera que respete y proteja la vulnerabilidad del niño.

Un trato médico adecuado durante la infancia puede tener efectos duraderos en la salud de una persona. Los estudios han demostrado que las experiencias tempranas con los servicios de salud pueden influir en la forma en que los individuos perciben la atención médica en la edad adulta. Por ejemplo, un niño que experimenta miedo durante una visita médica podría desarrollar una aversión a los hospitales y a los médicos en el futuro.

Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud traten a los niños con empatía, paciencia y comprensión.

Desafíos en el trato médico infantil

Existen varios desafíos en la provisión de un trato médico adecuado para los niños. Uno de los principales obstáculos es la dificultad para comunicarse con los pacientes más jóvenes. Los niños, especialmente los más pequeños, a menudo no pueden expresar con claridad sus síntomas o miedos. Esto puede complicar el diagnóstico y el tratamiento, y puede llevar a que los niños se sientan asustados o incomprendidos. Es esencial que los médicos y enfermeras estén capacitados para interpretar señales no verbales y que utilicen un lenguaje que los niños puedan entender.

Además, el entorno hospitalario puede ser intimidante para los niños. Las salas de espera llenas de adultos, los ruidos de los equipos médicos y las batas blancas pueden generar ansiedad. Para mitigar esto, muchos hospitales han implementado programas de "humanización de la atención", que incluyen desde la decoración de las áreas pediátricas con colores y personajes amigables hasta la incorporación de terapias complementarias como la musicoterapia o la payasoterapia. Estos esfuerzos buscan reducir el estrés y hacer que la experiencia médica sea menos traumática.



Otro desafío importante es la sobrecarga de los sistemas de salud en muchos países. La falta de recursos, tanto humanos como materiales, puede llevar a que los profesionales de la salud estén agotados y no puedan ofrecer el nivel de atención que los niños necesitan. Esto es especialmente preocupante en áreas rurales o en países en desarrollo, donde la falta de pediatras y enfermeras especializadas puede limitar gravemente el acceso a la atención médica de calidad para los niños.

El papel de las familias en el trato médico infantil

Las familias juegan un papel crucial en el trato médico de los niños. Los padres y cuidadores son, en muchos casos, los intermediarios entre el niño y el sistema de salud. Son ellos quienes deben asegurarse de que el niño reciba atención médica cuando la necesite, y quienes deben apoyar al niño emocionalmente durante las visitas al médico. Además, los padres deben estar informados y ser capaces de tomar decisiones informadas sobre la salud de sus hijos.

Es fundamental que los médicos trabajen en estrecha colaboración con las familias. La comunicación abierta y clara entre los profesionales de la salud y los padres puede mejorar significativamente la calidad de la atención. Los médicos deben tomarse el tiempo para explicar los procedimientos y tratamientos de manera que los padres los entiendan, y deben ser receptivos a las preocupaciones y preguntas de las familias.

Mejoras necesarias en el trato médico infantil

Para mejorar el trato médico en la infancia, es necesario realizar cambios tanto a nivel de políticas públicas como en la formación de los profesionales de la salud. Es vital que los sistemas de salud inviertan en programas de capacitación que enseñen a los médicos y enfermeras a tratar a los niños de manera adecuada, teniendo en cuenta no solo su salud física, sino también su bienestar emocional. Además, se deben promover políticas que reduzcan la carga de trabajo de los profesionales de la salud, permitiéndoles dedicar más tiempo y atención a cada niño.

Por otro lado, la inversión en infraestructuras adecuadas para la atención pediátrica es esencial. Los hospitales y centros de salud deben estar equipados con áreas específicas para niños que sean seguras y acogedoras, y que minimicen el estrés y la ansiedad que estos puedan sentir.

Finalmente, la educación de las familias es crucial. Los programas de salud pública deben incluir componentes educativos que ayuden a los padres a entender mejor las necesidades de salud de sus hijos y a sentirse empoderados para tomar decisiones informadas.

Conclusión

El trato médico en la infancia es un componente esencial del bienestar de los niños y debe ser abordado con la seriedad que merece. Al garantizar un trato médico adecuado, los profesionales de la salud no solo están cuidando del cuerpo de un niño, sino también de su mente y su futuro. Mejorar la calidad de la atención médica infantil requiere un esfuerzo conjunto entre los sistemas de salud, los profesionales y las familias, y es una inversión en la salud de las generaciones futuras.



De doctor a doctor.



Sánchez Reyes Génesis Yuritzy

ATLAS

yuritzy10saly@gmail.com

Querido doctor o doctora, espero que estés muy bien al momento de leer la siguiente carta. Para ser honesta, desconozco en qué semestres te encuentres sólo espero ser de ayuda y apoyo si es que lo necesitas.

Por si te lo estás preguntando, hoy es lunes 12 de agosto del 2024, justo en este momento son las 6:45 a.m acabó de llegar a la universidad para mi clase de Nosología del abdomen, me gusta mucho disfrutar del sereno de la mañana, poder respirar el aire frío antes que el calor abrasador invada mi ciudad al mediodía. Mientras me dirijo a mi edificio, veo caras nuevas yendo en la misma dirección a donde yo voy, no tardo en darme cuenta que son nuestros medicoblastos, los nuevos alumnos que hoy se integran a la carrera de Medicina. Al observarlos, debo de admitir que me da un poco de gracia ver como dudan por un momento para subir los escalones los cuales los llevarán a su respectivo salón de clases. Van vestidos con ropa de civil, ya que en mi universidad se acostumbra que en la primera semana de clases puedan asistir sin el uniforme blanco.

Al subir las escaleras, dos chicas me preguntan donde se encuentra su salón de clases, les digo que es justo el que está enfrente de nosotras, rien nerviosas y después de detenerse en el umbral de la puerta deciden entrar. No soy la única a la que le han preguntado dónde se ubica su aula de clase, a mis amigos igual se les han acercado alumnos de Medicina y de otras carreras preguntando sobre los salones o los sanitarios.

Hace una semana inicié mi octavo semestre de la carrera de Medicina, técnicamente es mi penúltimo semestre antes de que me gradúe ya que el siguiente semestre estaré terminando la carrera. Me falta menos de un año para entrar al internado y pareciera que fue ayer cuando recibí mi carta de aceptación. Recuerdo perfectamente ese día, aún estaba nerviosa por abrir el correo que definiría mi futuro; el miedo, la ansiedad que sentí mientras buscaba mi carta de aceptación en mi laptop y más aún la alegría y emoción de mi familia y mía al ver que había aprobado el examen de Medicina. Solamente que en el caso de mi generación, mi primer semestre y dos semestres más fueron en línea por la pandemia del COVID-19.

Durante el transcurso del día algunos alumnos de primer semestre se han acercado para preguntarnos respecto a los doctores que imparten la materia, consejos de cómo estudiar, qué libros comprar, entre otras cosas; y ahora, que lo pienso bien creo que ha sido mi momento favorito del día, poder compartir nuestra experiencia con ellos.

Como te mencioné anteriormente, estoy a casi diez meses de graduarme de la universidad lo cual me hizo pensar en muchos momentos durante la carrera, pero las preguntas que me han estado dando vueltas en la cabeza son tres:

1. ¿Te arrepientes de algo?
2. ¿Qué harías mejor?
3. Si te dieran a escoger, ¿volverías a estudiar Medicina?

Me pongo a pensar detenidamente en cada una de las preguntas intentando responderlas.

¿Me arrepiento de algo?

Para ser sincera es la respuesta que más rápido he respondido y que la he resumido en cinco palabras: "Non, je ne regrette rien". Estudiar Medicina no es fácil, en cada materia siempre te va a suceder que no sabes cómo estudiar, probablemente ocupas un método de estudio que no era el adecuado para ti, inviertes más tiempo estudiando ciertos temas y dejas de lado algunos, procrastinas, cambias la respuesta creyendo que es la correcta cuando la primera respuesta es la que estaba bien o por el síndrome del impostor no te arriesgas a concursar o participar en alguna actividad de la carrera. Sin embargo, son esas decisiones las que me han dado la experiencia para saber organizarme, cómo estudiar, cumplir varias metas y gracias a Dios mi sueño de convertirme en doctora está más cerca.

¿Qué haría mejor?

Creo que esa es la pregunta en donde más tiempo me he llevado. Mi primera respuesta fue un "Nada", porque el hubiera ya no existe pero al pensarlo mejor, sé perfectamente que no puedo volver el tiempo atrás, ni cambiar esa respuesta que probablemente en vez de darme un 8 me pudo haber dado un 9 pero si pudiera hablar con mi yo de hace 4 años, le diría lo siguiente:

"¡Relájate! Apenas es tu primer semestre, tranquila se pone más feo pero también va a ser la mejor experiencia de tu vida. Solo confía y deja todo lo que te preocupe en manos de Dios y vas a ver que todo va a estar bien. También deja de estar pensando que te equivocaste de carrera o que no vas a poder, no dudes de ti eres más capaz de lo que te imaginas además tienes una gran familia que siempre van a estar apoyandote y muy orgullosos de ti. Conocerás a personas que se convertirán en mejores amigos, puede que algunos de ellos sean de tu salón o semestre pero con los que podrás contar de mayo hasta abril. Así que no te preocupes, todo va a salir bien.

Si me dieran a escoger, ¿volvería a estudiar Medicina?

Algo que debes saber doctor o doctora, es que hubo un momento en que consideré estudiar Diseño gráfico y Biomedicina, pero Medicina logró llamar mi atención de una manera particular. Para comenzar, considero que es una de las carreras más desafiantes que puede haber ya que te conlleva a nuevos retos académicos, físicos, emocionales y mentales. Otra cosa que debo mencionar es que Medicina a mi opinión es un mar infinito de posibilidades, puedes trabajar en un hospital, dar consulta particular, hacer investigación, enseñar o hacer voluntariado. Como ya lo habrás escuchado, Medicina es de las carreras más nobles porque te permite ayudar a las personas sin embargo puede sacar la mejor o peor versión de ti y en eso deberás de tener mucho cuidado, ya que muchas veces por el ego, la sensación de desempeñar un cargo importante, ir a congresos o ser de los mejores de la clase puede llevarte a perder el piso, a olvidarte de lo más esencial: la familia, la amistad y el por qué te encuentras estudiando Medicina. Así que sé agradecido cada vez que logres algo, escucha el consejo de los docentes, no te olvides nunca de tu familia y tampoco des la espalda a tus amigos que te han apoyado en algún momento de la carrera.

Medicina es de las mejores carreras pero debes cuidar tu salud mental y tu salud física, ya que no podrás desempeñarte correctamente si descuidas alguna área de tu vida. Sé perfectamente que la carrera puede ser abrumadora pero recuerda que no soñamos algo que no podamos cumplir, así que relájate, da lo mejor de ti cada día, disfruta los momentos altos y bajos de la carrera ya que solo una vez se estudia Medicina. Sé que serás un gran doctor o doctora y estoy muy orgullosa de ti.

Referencias

Bibliográficas



Empoderando a las futuras generaciones científicas: El programa "Innovation Research and Advocacy"

1. Dahiya SK, Regmi S, Dahal S, Jha RR, Mandal RK. Mentorship Programme for Undergraduate Medical Students. *Journal of Nepal Health Research Council* [Internet]. 2023 Dec 13;21(2):336-41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38196231/>

2. Pereira M, Correia G, Severo M, Veríssimo AC, Ribeiro L. Portuguese medical students' interest for science and research declines after freshman year. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021;9(10):1357. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9101357>

3. James E, Evans M, Mi M. Leadership training and undergraduate medical education: A scoping review. *Med Sci Educ* [Internet]. 2021;31(4):1501-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40670-021-01308-9>

4. Adeboye W, Osunronbi T, Faluyi D, Abankwa E, Abrahams S, Adamu-Biu F, et al. Predictors of self-reported research engagement and academic-career interest amongst medical students in the United Kingdom: a national cross-sectional survey. *Postgrad Med J* [Internet]. 2023;99(1177):1189-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/postmj/qgad067>

Investigación en salud: la importancia de su enseñanza a estudiantes de medicina durante el pregrado

1. Ilizástigui F, Rodríguez L. El método clínico. *Rev Electron Cienc Biomed Cienfuegos* [Internet]. 2010 [citado 2024 ago 31];7(1):28-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fin-2017/fin171c.pdf>

2. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de investigación en salud [Internet]. Washington, DC: OPS; 2008 [citado 2024 ago 31]. Disponible en: https://www.revistasden.org/boletin/files/7277_guia.pdf

3. Díaz-Vélez C, León-Jiménez F, Peña-Sánchez R, Soto-Cáceres V, Galán-Rodas E, Málaga-Rodríguez G. Simposio: Importancia de la investigación científica en Ciencias de la Salud. *Rev Cuerpo Méd HNAAA*. 2011;4(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4060526.pdf>

4. Pérez Acuña C. La importancia de la investigación en salud. *Rev Confluencia* [Internet]. 2019 [citado 2024 Ago 31];(1). Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/527>

5. Pan American Health Organization. The role of primary health care in the prevention and control of chronic diseases. Washington, DC: PAHO; 2014 [citado 2024 Aug 31]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51080>

6. Rivera de Parada A. Competencias del docente universitario. *Desafíos para las universidades privadas de El Salvador. Ciencia, Cult y Sociedad* [Internet]. 2016 junio [citado 31 de agosto de 2024];3(1):33-44. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/CCS/article/view/2960>

7. Huapaya Yaya J M. Objetivos y evolución de la educación médica. *Horiz Med*. 2012 Oct-Dec;12(4):43-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637127008>

8. Declaración de Rancho Mirage sobre Educación Médica. Adoptada por la 39a Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, Octubre 1987. *Educ Med Super* [Internet]. 2000 Abr [citado 2024 Ago 31];14(1):97-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000100015&lng=es

9. Pástor Ramírez D, Arcos Medina GL de L, Lagunes Domínguez A. Desarrollo de capacidades de investigación para estudiantes universitarios mediante el uso de estrategias instruccionales en entornos virtuales de aprendizaje. *Apertura*. 2020;12(1):6-21. Epub 2020 Sep 16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16661802020000100006

10. Galli A, Soler C, Flichtentrei D, Mastandueno R. Estrategias de educación médica continua. *FEM*. 2015;18(4):247-51. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v18n4/original2.pdf>

11. Hernández Hernández Roberto. Del método científico al clínico: Consideraciones teóricas. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 Abr [citado 2024 Ago 31];18(2):161-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200011&lng=es

12. Larios Mendoza H. El Ejercicio Actual de la Medicina: Competencia profesional y competencia clínica. *Seminario* [Internet]. 2006 Oct [citado 2024 Aug 31]. Disponible en: https://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html

13. Rivera de Parada A, Mainegra Fernández D. La formación del pensamiento científico investigativo en la Educación Superior: estudio teórico-tendencial. *Mendive Rev Educ.* 2023;21(2). Epub 2023 Jun 30. [citado 2024 Ago 31]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962023000200021

14. Moore J, Crozier K, Kite K. Un enfoque de investigación-acción para desarrollar la investigación y la innovación en la práctica de enfermería y obstetricia: desarrollo de la capacidad de investigación en una fundación del NHS. *La educ enfermería hoy.* 2012 Ene;32(1):39-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026069171100027X?via%3Dihub>

15. Aguinaga Villegas DR, Palacios Garay JP. Autorregulación del aprendizaje y pensamiento crítico en estudiantes universitarios. *Ecuat Psicol [Internet].* 2023 May-Aug [citado 2024 Aug 31];6(15):96-108. Disponible en: <https://repsi.org/index.php/repsi/article/view/129/299>

16. Popenici S, Brew A. La contribución del compromiso académico con la investigación a la formación universitaria. *Est Educ Super.* 2013 Dec;40(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259459775_The_contribution_of_academics'_engagement_in_research_to_undergraduate_education

De la bata blanca al cuidado humano

1. Ejecutivo R. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022 [Internet]. *Who.int.* [citado el 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357180/9789240052253-spa.pdf>

2. Flórez Lozano JA, Martínez Suárez PC, Valdés Sánchez C. Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. *Med Integr [Internet].* 2000 [citado el 1 de septiembre de 2024];36(3):113. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comunicacion-relacion-medico-paciente-15330>

3. Gutiérrez JP, Heredia-Pi I, Hernández-Serrato MI, Pelcastre-Villafuerte BE, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Publica Mex [Internet].* 2019 [citado el 1 de septiembre de 2024];61(6,v-dic):726.

Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036342019000600726

Violencia obstétrica: un problema de salud pública del que no se habla

1. La Ciudad de México es la que tiene el mayor porcentaje de incidencia de violencia obstétrica [Internet]. *Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.* 2023 [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://cdhcm.org.mx/2023/08/la-ciudad-de-mexico-es-la-que-tiene-el-mayor-porcentaje-de-incidencia-de-violencia-obstetrica/>

La doble cara del parto en México: humanización vs violencia

1. Ramírez RMJ. Violencia obstétrica: la violencia invisible. *Hechos Derechos [Internet].* el 7 de junio de 2023 [citado el 1 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/>

2. Soto-Toussaint LH. Violencia obstétrica. *Rev Mex Anestesiol.* el 24 de junio de 2016;39(S1):55-60.

3. Informe GIRE 2015 [Internet]. [citado el 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://informe2015.gire.org.mx/>

4. Fernández-Cantón SB, Rizo-Amézquita JN. La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015.

5. SciELO - Brasil - La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica [Internet]. [citado el 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ref/a/cBdk4QnLYGLXdWt9Hbbp7Fz/?lang=es>

6. Intriago MGM, Acurio IJT, Salto LAG, Guerrero WMQ, Reyes MLC, Lara MMÁ. Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. *RECIMUNDO.* el 28 de septiembre de 2018;2(3):730-45.

7. Medina I A, Mayca P J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* enero de 2006;23(1):22-32.

8. *GuiaAutorizacionParteras.pdf* [Internet]. [citado el 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

El papel del médico en el bienestar emocional: Desde el control prenatal hasta la detección y manejo de la depresión posparto

1. Mental health information in Spanish [Internet]. www.rcpsych.ac.uk. [citado el 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish>

2. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

3. Moía DM. Depresión postparto y tratamiento. Rev Med Cos Cen. 2016;73(620):511-514.

Más allá de los síntomas: la medicina holística y el paradigma biopsicosocial

1. Elío-Calvo D. LOS MODELOS BIOMEDICO Y BIOPSICOSOCIAL EN MEDICINA.

Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2023 [citado 2024 ago. 29]; 29(2): 112-117.

Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200112&lng=es.

Epub 30-Dic-2023.

2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.

3. Turabián JL, Pérez Franco B, Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida [The symptoms in family medicine are not symptoms of disease, they are symptoms of life]. Aten Primaria. 2012 Apr;44(4):232-6. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2011.02.016. Epub 2011 Jul 22. PMID: 21782291; PMCID: PMC7025203.

4. Ortega Cerda José Juan, Sánchez Herrera Diana, Rodríguez Miranda Óscar Adrián, Ortega Legaspi Juan Manuel. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2018 Sep. [citado 2024 Sep. 01]; 16(3): 226-232. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es.

5. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos [Social Determinants of Mental Health: Public Policies Based on the Biopsychosocial Model in Latin American Countries Determinantes sociais da saúde mental: políticas públicas a partir do modelo biopsicossocial em países latino-americanos]. Rev. Panam Salud Publica. 2021 Dec. 16;45: e158. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2021.158. PMID: 34934419; PMCID: PMC8678097.

Artes y humanidades en la formación y práctica médica: análisis desde una perspectiva actual

1 La Medicina Ciencia y Arte, siempre junto al enfermo, también al final de la vida - Anales RANM [Internet]. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España. 2021 [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: https://analesranm.es/revista/2020/137_03/13703_rev07

2. Romero Leguizamón CR. ¿Medicina: arte o ciencia? Una reflexión sobre las artes en la educación médica. Educ médica [Internet]. 2018;19(6):359-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.005>

3. Musso CG, Enz PA. El arte como instrumento educativo en medicina. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2014 [citado el 31 de agosto de 2024];112(6):494-5. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752014000600003&script=sci_arttext&tlng=en

4 Viesca TC. La formación del buen médico. La historia y el porvenir. Rev Fac Med UNAM . 2006;49(Supl: 1):3-9.

Cuidando con el corazón: creando conexiones con los pequeños pacientes

Araneda I. Bioética y pediatría: relación médico-familia del paciente. Revista médica Clínica Las Condes . 2011;22(2):238-241.

[http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70421-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70421-7)

Mala praxis y patologización de pacientes femeninos.

1. Clínica Universidad de Navarra. Enfermedad [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/enfermedad>

2. Real Academia Española. Mala praxis médica [Internet]. Rae.es. [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/mala-praxis-m%C3%A9dica>

3. Campagne DM. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. Semergen [Internet]. 2012;38(5):301-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2011.12.010>

4. Pujal i Llombart M, Calatayud M, Amigot P. Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. Rev Int Sociol [Internet]. 2020;78(2):155. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>

5. Solis-Gomez SB. Repensando el malestar de las mujeres y la atención psiquiátrica desde una mirada descolonial: aportes a una práctica antirracista. Fem/s [Internet]. 2023; (42):441-68. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.14198/fem.2023.42.16>

6. Cristóforo A. Medicalización y patologización – CODAJIC [Internet]. Codajic.org. [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en:

<https://codajic.org/medicalizacion-y-patologizacion/>

7. García Murillo L, Díaz de Neira MA, Forti-Buratti MA, Palanca Maresca

I. Una presentación no tan atípica: autismo en mujeres. Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 2020;37(3):29-34. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a4>

8. Carvajal C. EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO COMO EXPERIENCIA TRAUMÁTICA. ALGUNAS REFLEXIONES. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):841-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.010>

El médico y la atención integral del cáncer de próstata en el adulto mayor

1. Robin, T. P., Geiger, C. L., Callihan, E. B. & Kessler, E. R. Prostate Cancer in Older Adults: Risk of Clinically Meaningful Disease, the Role of Screening and Special Considerations. Current Oncology Reports vol. 23 Preprint at <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01118-7> (2021).

2. Ramos Luna, G. La casa de día del adulto mayor en Metepec, Estado de México. Investigación con perspectiva de Paz Integral. Revista CoPaLa. Construyendo Paz Latinoamericana 9, (2024).

3. Graham, L. S. et al. Management of Prostate Cancer in Older Adults. American Society of Clinical Oncology Educational Book (2023) doi:10.1200/edbk_390396.

4.Fernandez-Quilez, A. et al. Prostate cancer screening and socioeconomic disparities in Mexican older adults. *Salud Publica Mex* 62, (2020).

5.Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de prensa (2022).

6.Gellerstedt, L., Langius-Eklöf, A., Kelmendi, N., Sundberg, K. & Craftman, Å. G. Men's experiences of receiving a prostate cancer diagnosis after opportunistic screening—A qualitative descriptive secondary analysis. *Health Expectations* 25, (2022).

7.Narayan, V., Jiang, S. & Warlick, C. A. Early stage cancer in older adults: Prostate-avoiding overtreatment and undertreatment. *Cancer Journal (United States)* vol. 23 Preprint at <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000273> (2017).

8.Smith, J. *et al.* Psychosocial and clinical predictors of continued cancer screening in older adults. *Patient Educ Couns* 104, (2021).

Curar o castigar: el dilema en la relación médico paciente

1.Guerrero-Vaca, DJ, Guerrero-Vaca, DI, Escobar-Zabala, OD, Herrera- Abarca, JM. La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo del conocimiento*. 2022;1038-56.

2.Erazo-Coronado AM, Arroyave Cabrera JA, Garcés Prettel ME. Calidez en la relación médico-paciente: análisis del efecto de la empatía como variable mediadora en la intención de adherencia al tratamiento del paciente. *Palabra Clave* [Internet]. 18 de julio de 2024 [citado 31 de agosto de 2024];27(3):e2736. Disponible en: <https://palabraclave.unisabana.edu.co/index.php/palabraclave/article/view/21797>

3.Karakitsiou G, Plakias S, Christidi F, Tsiakiri A. Unraveling childhood obesity: A grounded theory approach to psychological, social, parental, and biological factors. *Children (Basel)* [Internet]. 2024 [citado el 1 de septiembre de 2024];11(9):1048. Disponible en:

<https://www.mdpi.com/2227-9067/11/9/1048>

4..Smith KA, Bishop FL, Dambha-Miller H, Ratnapalan M, Lyness E, Vennik J, et al. Improving empathy in healthcare consultations—a secondary analysis of interventions. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020;35(10):3007-14. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-020-05994-w>

De la adolescencia a la adultez: fomentando la autonomía en salud

1.De La Torre, Borges, Benjet, Orozco, 2.Medina, Ayuso. Diagnostic profiles in adolescence and emerging adulthood: Transition patterns and risk factors. *Span J Psychiatry Ment Health*. 2023;16(1):42-50.

3.Ortiz, Camacho, Baquero, Roció, Calderón, Martin, et al. Transición del adolescente sano al servicio médico de adultos. *Pediatría*. 2022;55(2):76-90.

Más allá de la edad: la importancia de una atención médica digna para los ancianos

1.Envejecimiento y salud. (n.d.). Who.int. [Citado 2024 Ago 30], disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/de tail/ageing-and-health>

2.Rubio Acuña, Miriam. Institutional elder abuse. *Gerokomos* [Internet]. 2012 Dec [cited 2024 Aug 30] ; 23(4): 169-171. Available from:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400005&lng=en.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X201200040 0005>.

4. Ruelas-González M Guadalupe, Pelcastre-Villafuerte Blanca Estela, Reyes-Morales Hortensia. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2024 Ago 29] ; 56(6): 631-637. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000600013&lng=es.

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*, 29(1), 58-

67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

5. Chen X, Giles J, Yao Y, Yip W, Meng Q, Berkman L, Chen H, Chen X, Feng J, Feng Z, Glinskaya E, Gong J, Hu P, Kan H, Lei X, Liu X, Steptoe A, Wang G, Wang H, Wang H, Wang X, Wang Y, Yang L, Zhang L, Zhang Q, Wu J, Wu Z, Strauss J, Smith J, Zhao Y. The path to healthy ageing in China: a Peking University-Lancet Commission. *Lancet*. 2022 Dec 3;400(10367):1967-2006. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01546-X. Epub 2022 Nov 21. PMID: 36423650; PMCID: PMC9801271.

El papel del médico en el manejo integral del adulto mayor: un enfoque multidisciplinario

1. Guillén MÁC, Chávez HM. Fisiología del envejecimiento. In: McGraw Hill Medical.
2. El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza. EA de E es el A. Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Gob.mx. [cited 2024 Sep 2]. Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
3. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. *Aten Fam*. 2014;21(1):20-23. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47251>
4. Revista de Psicología [Internet]. Redalyc.org. 2001 [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/264/26410114.pdf>
5. DE GERIATRÍA, Sociedad Española. VEJEZ, NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO La perspectiva de los mayores y de los profesionales. [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2016/02/vejez-negligencia-abuso-maltrato.pdf>

6. Pico Merchán María Eugenia. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Hacia promoci. Salud [Internet]. Noviembre de 2007 [consultado el 1 de septiembre de 2024]; 12(1): 11-24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en.

7. Com.co. [cited 2024 Sep 2]. <https://posipedia.com.co/wp-content/uploads/2020/04/frases-cuidado-adulto-mayor.pdf>

El papel del médico en la detección y manejo de la depresión en estudiantes: un desafío actual

1. Martínez-Martínez M del C, Muñoz-Zurita G, Rojas-Valderrama K, Sánchez-Hernández JA. Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México. *Aten Fam* [Internet]. 2016;23(4):145-9. Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/download/57356/50899
2. Hernández Juliana Vergel, Barrera Robledo María Eugenia. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?. *Revista médica Risaralda* [Internet]. 2021 [citado el 01 de septiembre de 2024];27(1):85-91. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-066720210001000085&lng=en.
3. Cuamba Osorio N, Zazueta Sánchez NA. Salud mental, habilidades de afrontamiento y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *PSICUMEX* [Internet]. 2020 [citado el 2 de septiembre de 2024];10(2):71-94. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-59362020000200071

Visibilizando a los invisibles: importancia del reconocimiento en pediátricos

1. Lizasoain O. De qué hablamos cuando hablamos de pedagogía hospitalaria. *EduTEC Revista Electrónica de Tecnología Educativa*. el 30 de septiembre de 2021;(77):5-16.

- 2.Uribe Herrera CR. Participación de los padres en el cuidado de sus niños menores de 10 años hospitalizados en el servicio de pediatría de un hospital nacional, Lima 2020.
- 3.Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19.
- 4.Yáñez Ortiz E. El juego como herramienta generadora de bienestar para niños hospitalizados: Una revisión sistemática. AXIOMA. el 20 de diciembre de 2021;1(25):73-81.
- 5.Pereira Coelho H, dos Santos Dias de Souza G, Hamilton da Silva Freitas V, Rayane Alves dos Santos I, de Alencar Ribeiro C, Marcos Ferreira de Lima Silva J, et al. Efectos del juguete terapéutico instructivo en la terapia intravenosa en niños hospitalizados. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-6224-1799>
- 6.Basso ML. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Rev Asoc Odontol Argent. el 15 de agosto de 2021;

El impacto del bienestar mental del médico en el trato del paciente

- 1.Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Quien.int. [consultado el 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- 2.El síndrome de burn-out, un "fenómeno ocupacional": Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet]. OMS.int. [consultado el 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- 3.Grow HM, McPhillips HA, Batra M. Entender el agotamiento profesional de los médicos. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. 2019;49(11):100656. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100656>
- 4.Hiefner AR, Constable P, Ross K, Sepdham D, Ventimiglia JB. Proteger a los médicos de familia del agotamiento: las relaciones significativas entre pacientes y médicos son "algo más que medicina". J Am Board Fam Med [Internet]. 2022;35(4):716-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2022.04.210441>

Hacia una atención centrada en el adulto mayor: un enfoque en la dignidad del paciente

- 1.-Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. <http://www.inpea.net/>. 2003;4.
- 2.-Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
- 3.-Ruelas-González M Guadalupe, Pelcastre-Villafuerte Blanca Estela, Reyes-Morales Hortensia. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2024 Sep 01]; 56(6): 631-637. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000600013&lng=es.
- 4.-Eu. Yuly Adams C. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2012;23(1):84-90. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70277-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70277-8)
- 5.-MSh EYA. MALTRATO AL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO. revista médica Clínica Las Condes. 2012;23(1):84-9.

El peso de la soledad en el consultorio

1. Holloway J, Sayeed O, Jurivich D. Tellegacy: An intergenerational wellness and health promotion project to reduce social isolation and loneliness in older adults: A feasibility study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [citado el 30 de agosto de 2024];20(23):7094. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38063524/>
2. Just SA, Seethaler M, Sarpeah R, Waßmuth N, Bermpohl F, Brandl EJ. Loneliness in elderly inpatients. Psychiatr Q [Internet]. 2022 [citado el 30 de agosto de 2024];93(4):1017-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36350482/>
3. Saito H, Maeda D, Kagiya N, Sunayama T, Dotare T, Fujimoto Y, et al. Prognostic Value of objective social isolation and loneliness in older patients with Heart Failure: Subanalysis of FRAGILE- HF and Kitasato cohort. J Am Heart Assoc [Internet]. 2024 [citado el 30 de agosto de 2024];13(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38726923/>

4. Prabhu D, Kholghi M, Sandhu M, Lu W, Packer K, Higgins L, et al. Sensor-based assessment of social isolation and loneliness in older adults: A survey. *Sensors* (Basel) [Internet]. 2022 [citado el 30 de agosto de 2024];22(24):9944. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36560312/>
5. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician* [Internet]. 2020 [citado el 30 de agosto de 2024];66(3):176–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32165464/>
6. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2018;26(2):147–57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12367>
7. Who.int. [citado el 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/reducing-social-isolation-and-loneliness-among-older-people>
8. Sirois FM, Owens J. A meta-analysis of loneliness and use of primary health care. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2023;17(2):193–210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2021.1986417>
9. Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12(2):e057729. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/2/e057729.full.pdf>

Enfrentando la oscuridad: acompañamiento emocional en pacientes geriátricos con depresión

1. Depresión [Internet]. [citado el 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. dHyver C, Robledo LMG, Gil CHZ. Geriatria. Editorial El Manual Moderno; 1127 p.
3. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado el 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
4. Salud mental de las personas mayores [Internet]. National Library of Medicine; [citado el 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/olderadultmentalhealth.html>

5. Toumeh MDK. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención.
6. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. *Med Fam SEMERGEN*. el 1 de marzo de 2021;47(2):114–21.
7. García RM del CR, Botello GAL. Colaboradores. En: *Práctica de la Geriatria*, 3e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015 [citado el 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1116402287

El trato médico en la infancia: un enfoque integral para el bienestar

1. UNICEF. La infancia en los países de renta baja: desafíos y oportunidades en el acceso a la salud. UNICEF; 2020.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*. 2019;143(3)
3. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, editors. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.

SOYAMMEF



**“ESCRIBIR PARA ACTUAR
PUBLICAR PARA *CAMBIAR*”**

QUINCEAVA EDICIÓN
OCTUBRE 2024



AMMEF

ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS
EN FORMACIÓN A.C.

ACEM UNE
ACEM UNISON

ACEMJAL

ADEMEN

ACEMOAX

ADHME

AECSA

AEFMUAC

AEM FESI

AEMA-UCA

AEMAP

AEM UAD

AEMECH

AEMEDGRO

AEMGYC

AEMUAD CC

AEMUAS

AEMUC

AEMULSA

AETEC

ALEM UDEM

AMEA

AMEC

AMEP

AMEUAD-CT

AMEXA

AMEZ

AMFOMUAS

APEMUACH

ASEFAMM

ASEMTO

ASOMEM

ASEMUACJ

ATLAS

CAEM UAEH

CECIS

CECSQROO

CEDMEF

CEFAMUS

CEFMMA

CEFMUV

CEMECH

CEMEF UAD MTZ

CEMT

CEMUADY

CEMUC

CEMUDEC

CEPRAMED

CEUAT

CIFA UJED

COEMS

CUDEMCH

CUPEDS-UG

EMUVCO

EMUCC

FEMEUL

FIAEMP

HUMECH

IFMSA UAQ

IIMP

LEMEP

OEPSA

OMEC

SAEM

SAESIC

SAFESZ-MC

SAM

SAMCL

SAMHUAZ

SAMU

SCIREMAQ

SEMUACH

SEMUAD

SEMUS

SEMUW

SINESP

SMEEP

SOCEM UNISON

SOCIEMUVEM

SOCIMEEM

SOEM-AV

SOPOMEF

SUMAS