



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Proyecto: Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP). Un enfoque de Capacidades.

Título: “Implementación del *Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP)* en el Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana durante el periodo del 1 de agosto de 2022 al 31 de julio de 2023”

Carla Alcocer Sánchez
Médico Pasante de Servicio Social
Matrícula: 2163027069
Promoción: 01 de agosto de 2022 al 31 de julio de 2023

Asesor Interno: Dr. Víctor Ríos Cortázar
Asesora Externa: Dra. Alejandra Gasca García

Ciudad de México, 17 de Agosto de 2023

1. Presentación

El origen de este documento parte de agosto de 2022 con mi incorporación al diplomado “*Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP). Un enfoque de Capacidades*” como parte de mi Servicio Social en Medicina en el Centro de Salud T-III “Dr. José Castro Villagrana”, con la atención de personas en un primer nivel, así como el envío de información a la plataforma RedCap. El propósito de este documento reside en describir los acontecimientos durante mi servicio social, así como sustentar y recopilar materiales y trabajos realizados para fines de acreditación del Diplomado. Finalmente funge como el trabajo final solicitado por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana como requisito para culminación del Servicio Social.

El trabajo está conformado por tres apartados que, en conjunto, cumplen con el propósito previamente dicho. En el primero de ellos se describe la estructura y los componentes del modelo expandido, así como su relación con las actividades realizadas en el centro de salud. La segunda parte, *El diplomado*, se presentan los trabajos finales de cada módulo, cuyo fin fueron 1. Acreditación del mismo, 2. Encontrar la relación e incorporar de manera adecuada el modelo de atención en nuestra unidad de salud. En el tercer apartado, se relatan las experiencias con y para la comunidad, *los encuentros de pacientes*. Finalmente se enumeran parte de las sesiones académicas que se tuvieron durante los viernes del diplomado, haciendo énfasis en los casos clínicos presentados por los integrantes del mismo. Se incluyen los informes entregados a los Servicios de Salud, así como las evidencias de actividades académicas, clínicas y de campo durante el año de servicio social.

Este trabajo no pudo ser posible sin el apoyo de los asesores, el Dr. Víctor Ríos y la Dra. Alejandra Gasca, del equipo de Proyecto Urbano de Salud, de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, del equipo del Centro de Salud T-III “Dr. José Castro Villagrana”, de la responsable de la coordinación de enseñanza de éste, la Dra. Patricia Flores Huitrón, y de la asesora y tutora clínica quien brindó su conocimiento y apoyo durante este año, la Dra. Martha Elisa Rangel Sánchez.

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

En los últimos años se ha procurado la necesidad de establecer la atención médica con enfoque en el automanejo del paciente, particularmente en las llamadas enfermedades crónicas, descritas como “aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles” (4, p.1) tales como la Diabetes Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias, Síndrome Metabólico, Asma, etc.

Dichas enfermedades, representan un porcentaje elevado de gastos en salud, por lo que era necesario idear un plan de acción que ayudara a reducir las tasas de incidencia y prevalencia, o al menos, prevenir las complicaciones, sin dejar de lado las acciones de seguridad del paciente, y su integridad.

Surge así una de tantas propuestas, el Modelo de Atención Centrado en la persona, descrito por primera vez por Ed Wagner y asociados en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, el cual ha tenido modificaciones respecto a los términos utilizados y a las partes que conforman al mismo. Actualmente podemos identificar sus partes como complemento unas de otras (5). Una manera en la que suele representarse dicho modelos, es “desarmando” cada una sus parte (6), así pues, tenemos: a) Organización de la atención a la salud, b) Sistema de provisión de los servicios, c) Sistemas de información clínica, d) Apoyo a la toma de decisiones, e) Apoyo al automanejo, f) Recursos comunitarios.



La atención integral centrada en la persona, desde un enfoque de capacidades individuales y colectivas, ha implicado orientar esta atención clínica hacia el desarrollo, en las personas que viven con enfermedades crónicas, de las capacidades básicas consideradas en el concepto de promoción de la salud: identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y ser capaces de adaptarse o modificar su entorno, así como de aquellas reconocidas como condición del autocuidado y del control de sus enfermedades crónicas: resolver problemas, tomar decisiones uso de recursos, personales, institucionales, comunitarios; establecer una relación de colaboración con los equipos profesionales de salud, establecer de común acuerdo metas y evaluar logros. En ambos casos se trata del desarrollo de capacidades individuales, pero también de capacidades colectivas no reductibles a las primeras.

3. El diplomado

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

A continuación, se adjunta el ensayo que se presentó como requisito para la acreditación de dicho módulo.

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LA REMISIÓN DE DIABETES TIPO 2

Introducción

En los últimos años se ha procurado la necesidad de establecer la atención médica con enfoque en el automanejo del paciente, particularmente en las llamadas enfermedades crónicas. La Diabetes tipo 2 (DT2) es una de las más importantes, pues representa un porcentaje significativo en las estadísticas de morbilidad a nivel mundial. Actualmente se busca llegar a la remisión de la DT2, haciendo hincapié en las medidas nutricionales, pues se ha demostrado que la pérdida del peso asociado a un correcto manejo de cerca con el paciente es una de las estrategias principales para llegar dicho fin. El Modelo de Atención Centrada en el Paciente hace énfasis en empoderar al paciente, a la toma de decisiones de manera consciente e informado, motivarlo a tener autonomía y autocontrol, características

que pudieran ser la base para una pronta remisión de su patología. Esto se traduciría en no sólo una mejora en la salud de las personas sino en una reducción de gastos en salud.

Objetivo general

El objetivo general de este ensayo es identificar al Modelo de Atención Centrada en la Persona como herramienta en la Remisión de Diabetes tipo 2.

Objetivos específicos

1. Identificar los componentes del Modelo de Atención Centrada en la Persona.
2. Aprender sobre el automanejo y el autocuidado de los pacientes que viven con Diabetes tipo 2.
3. Redactar los lineamientos que otorga la American Diabetes Association para la identificación de un paciente con Diabetes tipo 2 en Remisión.
4. Establecer una asociación entre las acciones de los pacientes que están dentro del Modelo de Atención Centrada en la Persona y lo necesario para llegar a la Remisión de la Diabetes tipo 2.
5. Generar recomendaciones para los profesionales de la salud para implementar el modelo con los pacientes que vive con Diabetes tipo 2, a fin de buscar la remisión.

Justificación

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas, es importante hacer hincapié en la Diabetes Tipo 2, la cual según cifras de la OMS (1) cerca de 62 millones de personas en América viven con diabetes tipo 2, y a nivel mundial esta cifra aumenta hasta 422 millones, siendo más prevalente en países de bajos y medianos ingresos aunados a la mayor cantidad de muertes, que se estima cerca 1.5 millones al año en todo el mundo. Esto quiere decir que, uno de cada 10 habitantes vive con diabetes.

Además de las complicaciones que tiene esta enfermedad, las micro y macro vasculares, la calidad de vida de los pacientes no siempre es la adecuada ya que muchos de ellos desconocen que viven con esta enfermedad y si lo hacen, ignoran el manejo y los principios para el autocuidado. La mayoría de las complicaciones de la diabetes tipo 2 representa, en términos económicos una inversión enorme por parte del sector salud. En el 2010, el Instituto

Mexicano del Seguro Social determinó los costos directos de sus pacientes con esta enfermedad, encontrando que el costo anual promedio de un paciente fue de US\$3 193,75, de los cuales US\$2 740.34 correspondían a paciente sin complicaciones y US\$3 550.17 a paciente con complicaciones.(2)

Hasta hace algunos años, se creía que era imposible “curar” a un paciente que vivía con Diabetes. Y, aunque no se ha demostrado la “erradicación” de la enfermedad, actualmente podemos hablar de la “Remisión” de DT2, la cual básicamente implica -a expensas de sus diferentes lineamientos- mantener cifras de glucosa en rangos normales durante al menos 3 meses posterior al cese de la administración de medicamentos. (3)

Uno de los puntos importantes en la remisión de DT2 es el manejo no farmacológico del paciente, es decir, el enfoque que se tiene en las medidas nutricionales y el ejercicio. Se ha demostrado que, para una correcta adherencia por parte del paciente, el personal médico tiene que hacer una investigación y un correcto análisis de los factores que influyen en la vida del paciente, tanto sociales, económicos, culturales, además de las redes de apoyo con las que cuenta.

El gran paso que hemos dado en la atención médica, partiendo de la “clásica” consulta paternalista a una en la que el paciente se sienta cómodo, en confianza y en la cual, adoptemos lo aprendido en la escuela de medicina en el tipo de vida del paciente, sin forzar a que éste encaje a los modelos descritos, es parte del Modelo de Atención Centrado en la persona.

Si pudiéramos poner en perspectiva los desenlaces que tendrían los pacientes que viven con DT2 al emplear dicho modelo, estaríamos tal vez, ante una posible base para llegar a la remisión de su enfermedad. Sin necesidad de múltiples terapias farmacológicas, sin tantos años de atención, sin tanta afectación económica por las complicaciones que la Diabetes representa.

Desarrollo

A. El Modelo de Atención Centrado en la Persona

En los últimos años se ha procurado la necesidad de establecer la atención médica con enfoque en el automanejo del paciente, particularmente en las llamadas enfermedades

crónicas, descritas como “aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles” (4, p.1) tales como la Diabetes Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias, Síndrome Metabólico, Asma, etc.

Dichas enfermedades, representan un porcentaje elevado de gastos en salud, por lo que era necesario idear un plan de acción que ayudara a reducir las tasas de incidencia y prevalencia, o al menos, prevenir las complicaciones, sin dejar de lado las acciones de seguridad del paciente, y su integridad.

Surge así una de tantas propuestas, el Modelo de Atención Centrado en la persona, descrito por primera vez por Ed Wagner y asociados en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, el cual ha tenido modificaciones respecto a los términos utilizados y a las partes que conforman al mismo. Actualmente podemos identificar sus partes como complemento unas de otras (5). Una manera en la que suele representarse dicho modelos, es “desarmando” cada una sus parte (6), así pues, tenemos: a) Organización de la atención a la salud, b) Sistema de provisión de los servicios, c) Sistemas de información clínica, d) Apoyo a la toma de decisiones, e) Apoyo al automanejo, f) Recursos comunitarios.

Se entiende entonces que, a partir de lo mencionado, los cuidadores de la salud han planteado que se otorgue “responsabilidad al paciente” pero no sólo para generar conflictos o situaciones de paternalismo, sino para hacer consciente al individuo de su enfermedad. De esta manera surgen tres palabras que Sullivan (4) las describe así

- Autocontrol
 - Considera la enfermedad apartada de la persona
 - Nos enfrentamos a las “Metas de la enfermedad”
- Autogestión
 - Considera el “yo” con la enfermedad
 - Nos enfrentamos a las “Metas personales”
- Autotransformación

- Considera al nuevo yo enfermo
- Se valora y se entiende el proceso de reinención

Si bien lo que ahora se necesita es que el paciente además de conocer su enfermedad, logre entender sus riesgos complicaciones y el pronóstico de ésta, es que pueda ser quién decida y maneje adecuadamente su propia vida. ¿Quién si no el propio paciente podría comprender mejor el proceso que se lleva a cabo dentro de sí?

B. Remisión de Diabetes tipo 2

En los últimos años ha tomado relevancia el término “remisión de la diabetes”, sin embargo, no se tenía claro o de manera específica los “términos” para establecerla. En el 2021, un grupo de expertos, convocados por la American Diabetes Association (ADA), redactó las pautas para establecer a un paciente con Diabetes en remisión (5). Definitivamente, entre lo más difícil de dicho consenso fue establecer la terminología empleada para lo que querían describir, ya que, al hablar de DT2, los términos *resolución*, *reversión*, *remisión* y *cura* se han utilizado para describir un resultado favorable de las intervenciones que dan como resultado un estado libre de enfermedad, al final concluyeron que el término más apropiado sería *remisión* ya que la DT2 no es una enfermedad que siempre está activa y sea progresiva e hicieron la analogía con el cáncer, en el que dicha terminología ha sido muy utilizada para describir un estado de salud en el cual hay disminución o desaparición de los signos y síntomas del cáncer.

Los acuerdos a los cuales llegó este grupo de expertos fue que se utilizarían valores glucémicos, específicamente de HbA1c para indiciar la remisión, así pues un valor de HbA1c <6.5% medido en sangre después de tres meses de la suspensión de medicamentos antidiabéticos, puede considerarse como DT2 en Remisión. (5)

Se han hecho comparativas sobre cuál es el camino más “rápido” para poder otorgar este diagnóstico al paciente. La mayoría de los estudios, coinciden con que el inicio de la búsqueda de la remisión comienza con la pérdida del peso, ya sea que se utilice cirugía bariátrica (7) medicamentos para regularlo o disminuirlo, y la colaboración con demás

disciplinas de salud para la elaboración de un estilo de vida saludable con hábitos alimenticios adecuados para cada paciente.

C. El Modelo de Atención Centrada en la Persona como puerta de entrada de la Remisión de DT2

Como ya se ha ido redactando la información que se tiene respecto a la remisión de la diabetes tipo 2 incluso los 3 pilares fundamentales, los regímenes médicos la terapia nutricional y el ejercicio. Al poner en perspectiva los resultados que se pueden obtener de implementar el modelo de Atención Centrada en el Paciente en aquellos con diagnóstico de diabetes tipo 2 que sean candidatos a una posible remisión, la atención puede ser llevada a un primer nivel, sin necesidad de tener laboratorios o pruebas de imagen más sofisticadas.

En experiencia del autor, varios de los pacientes que están incorporados al programa han mostrado mejoría y agradecimiento por el tipo de atención que ahora se les brinda. Son notorias los cambios en personas seleccionadas quienes han desarrollado su autonomía y han utilizado su auto transformación para la mejora del curso clínico de la enfermedad.

A pesar de no contar con medicamentos especializados o los recomendados por las guías internacionales; algunos pacientes que tienen mayor concientización de su enfermedad y llevan un control más específico de su alimentación han mostrado mejores resultados que aquellos que tienen una polifarmacia.

Entonces, partiendo del entendido de que un paciente consciente es un paciente con mejores resultados ¿qué acciones como médicos de primer contacto podríamos implementar para cumplir con los requerimientos especificados por la ADA para la remisión de DT2?

Y no sólo poniendo en el foco de interés la disminución de los casos de diabetes tipo 2, sino que como se explicó al principio, la cantidad de dinero destinada a las enfermedades crónicas de generativas no es la suficiente. Si podemos ofrecer un cambio para evitar que progrese la necesidad de otorgar más capital a esta área de la salud, se podría invertir en otras áreas que necesita aún más apoyo.

Las determinantes sociales de los pacientes que se han observado en el programa durante los últimos 6 meses, muestra afectación directa en el control glucémico del paciente, por lo que

no resultaría raro que, establecer determinantes que sean adecuadas para cada paciente así como capacitar al familiar para que sea consciente también de la enfermedad del paciente y pueda apoyarlo, cumple con uno de los criterios del modelo.

Conclusiones

El que un paciente tenga confianza en sí mismo, presente autoconocimiento para una correcta autotransformación posterior al diagnóstico de su enfermedad facilita el proceso de atención y se ayuda *per se*. Como se analizó previamente, el Modelo de Atención Centrada en el paciente ha sido diseñado y reestructurado a fin de poder ajustarlo a los pacientes y que puedan observarse los resultados que motiven a éstos a seguir con este tipo de enseñanza.

No se han establecido investigaciones en las cuales se ponga como una variable o una exposición del paciente a este modelo de atención centrada en la persona por lo que no hay un punto de comparación para fines de este ensayo, sin embargo, por la sugerencia autor, este ensayo puede motivar a futuros investigadores para iniciar protocolos de búsqueda y de investigación con el fin de implementar de manera casi obligatoria este sistema en las unidades de medicina de primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet] [Consultado 30 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín de prensa 072 Hasta siete de cada 10 derechohabientes con epilepsia logran el control de su enfermedad [Internet] [Consultado 30 Ene 2023] IMSS. Ciudad de México. IMSS
3. Matthew C. Riddle, William T. Cefalu, Philip H. Evans, Hertzell C. Gerstein, Michael A. Nauck, William K. Oh, Amy E. Rothberg, Carel W. le Roux, Francesco Rubino, Philip Schauer, Roy Taylor, Douglas Twenefour; Consensus Report: Definition and Interpretation of Remission in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 1 October 2021; 44 (10): 2438–2444. <https://doi.org/10.2337/dci21-0034>
4. Jimenez M, Rivera ML, De los Reyes M, Martinez V. Concepto y epidemiología de la cronicidad. *Máster en Cronicidad y Atención al Paciente Pluripatológico* [Internet] 2020 [01 Feb 2023]; 1(1): 1 Disponible en:

https://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Master_Croniudad/MIT1-Texto.pdf

5. Sullivan M. The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions [Internet] New York: Oxford Academic, 2016 [consultado: 30 Ene 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/med/9780195386585.003.0008>
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA 2002; 288(14):1775-9.
7. Esandi N, Canga A. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Atención Primaria. 2016; 48(4) Pages 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.11.006>.

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

A continuación, se adjunta la revisión sistemática que se presentó como requisito para la acreditación de dicho módulo, y de la cual se hizo presentación en el Centro de Salud durante la sesión general del 12/07/2023 (Anexo)

“EFECTOS DE LA DEPRESIÓN Y ANGUSTIA POR DIABETES EN LOS NIVELES DE GLUCOSA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA”

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de diabetes tipo 2 (DT2), aumenta cada día, generando no sólo un aumento en las demandas de servicios de salud, sino que representa el punto de partida para el desarrollo de afecciones psicológicas y/o mentales en los pacientes que la padecen. Posterior a la pandemia por COVID-19, gran parte del personal de salud ha decidido contemplar las alteraciones en la salud mental como causa y efecto de patologías crónico-degenerativas (1).

Vivir con DT2 es una experiencia estresante, ya que los pacientes afectados experimentan muchas preocupaciones e inquietudes relacionadas con el tratamiento médico, el manejo de las complicaciones (2) y, sobre todo, al menos en México, el lidiar con los paradigmas que representa ser un paciente que vive con Diabetes. Por lo que, aunque no es normal y mucho

menos justificable, no es extraño encontrar síntomas depresivos o depresión concomitante con diabetes. Sin embargo, hay una afección no tan mencionada en el entorno de la atención de pacientes que viven con diabetes y que frecuentemente se confunde y se trata como si fuese depresión, la angustia por diabetes.

La angustia relacionada con Diabetes o Distrés por Diabetes (DD) fue descrita por Polonsky et al. (3) como “la respuesta psicológica negativa significativa al diagnóstico de diabetes, el riesgo de complicaciones diabéticas, las necesidades de autocontrol y la falta de apoyo de las relaciones interpersonales, incluidos los proveedores de atención médica”.

Se han realizado diversos estudios con la finalidad de informar sobre la relación sustancial entre la depresión y el control glucémico en pacientes con DT2, sin embargo, el incluir la DD, puede ayudarnos a crear recomendaciones para una detección y manejo oportuno en el primer nivel de atención, que es básicamente donde se concentra la mayor cantidad de pacientes con DT2.

OBJETIVOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Objetivo general:

- Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica para la búsqueda intencionada de síntomas depresivos y/o angustia por diabetes en personas con diabetes tipo 2 a fin de reducir la presencia de descontrol en los niveles de glucosa en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Determinar los efectos de la depresión o síntomas depresivos en los niveles glucémicos de personas con diabetes tipo 2.
- Identificar cuáles son los tamizajes e instrumentos diagnósticos de depresión o síntomas depresivos utilizados en personas con diabetes tipo 2.
- Conocer la frecuencia de las alteraciones glucémicas asociadas a depresión o síntomas depresivos en personas con diabetes tipo 2.
- Mencionar el papel de la atención centrada en la persona en pacientes con diabetes tipo 2 para la detección oportuna de depresión o síntomas depresivos.

PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Justificación de la revisión

La enfermedad por COVID-19 trajo consigo un aumento en la concientización sobre la relevancia de la salud mental, el cual consideramos necesario seguir impulsando para estudiar el rol que ésta juega en el desarrollo y comportamiento de otras enfermedades. Es en el terreno de la diabetes tipo 2 donde nos interesa investigar el impacto de la salud mental sobre el comportamiento de esta y cuáles son los resultados que brinda una atención centrada en la persona contra la atención médica tradicional. Se ha reportado que uno de cada 4 pacientes que viven con diabetes tipo 2, presentan síntomas depresivos o son diagnosticados con algún grado de depresión. Tan solo en México el 10.3% de la población padecen diabetes mellitus 2 teniendo una mortalidad de 11.0 por cada 10 mil habitantes (4), mientras que una proporción del 15.4% en la población adulta presenta síntomas de depresión (5).

Nuestra experiencia en el proyecto modelo de atención integral de enfermedades crónicas centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas nos ha hecho voltear la mirada hacia la importancia de la salud mental en las personas que viven con diabetes como un factor que probablemente influye en el comportamiento y control de su enfermedad, razón que nos motivó a realizar esta revisión sistemática.

Formulación de la pregunta de investigación

¿La presencia de depresión o angustia por diabetes aumenta el riesgo de presentar descontrol glucémico definido como glucosa capilar <70 mg/dL, HbA1c >7%, glucosa en ayuno >140 mg/dL o glucosa posprandial de 2 horas >200mg/dL en pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 18 años sin comorbilidades?

Descriptores, palabras claves y términos relacionados con el tema de la guía

Realizamos una búsqueda sistemática en PubMed y la Biblioteca Cochrane desde el 01 de mayo de 2023 hasta el 19 mayo de 2023. Se aplicaron las siguientes palabras clave: (“depression” [MeSH]) OR (“distress” [MeSH]) AND (“diabetes mellitus, type 2” [MeSH] OR “diabetes mellitus type 2” OR “type 2 diabetes mellitus” OR DM or diabetes) AND (“Therapeutics” [MeSH]).

Criterios de inclusión

- Metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte y estudios de casos y controles publicados en PubMed y Cochrane Library.
- Artículos redactados en inglés y español.
- Artículos que mencionan, desarrollan y evalúan los niveles de glucosa en personas con diabetes tipo 2 y depresión o angustia por diabetes.
- Artículos que mencionan los síntomas depresivos que presentaron los pacientes con diabetes tipo 2.
- Artículos que mencionan las alteraciones en estudios de laboratorio o gabinete en pacientes con depresión o angustia por diabetes y diabetes tipo 2.
- Artículos que mencionan el instrumento o cuestionario mediante el cual se establecieron los síntomas depresivos o trastorno depresivo en pacientes con diabetes tipo 2.
- Artículos que mencionan la terapéutica empleada en el manejo de la depresión o angustia por diabetes de pacientes con diabetes tipo 2.

Criterios de exclusión

- Artículos que no están publicados en PubMed y Cochrane Library.
- Artículos que no están redactados en inglés o español.
- Artículos que no mencionan cómo se detectaron los síntomas depresivos o trastorno depresivo o angustia por diabetes.
- Artículos que mencionan otro tipo de diabetes.
- Artículos donde mencionan terapia farmacológica exclusiva como tratamiento a la depresión o angustia por diabetes.

Estrategia de búsqueda

- Realizar una búsqueda de metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte, casos y controles en las bases de PubMed y Cochrane Library utilizando los buscadores/MeSH de: depresión y diabetes, distrés por diabetes, diabetes tipo 2, atención centrada en la persona.
- Seleccionar aquellos artículos que estén redactados en inglés o español, utilicen un cuestionario o instrumento diagnóstico que avale la presencia de síntomas depresivos

y/o trastorno depresivo y no hayan empleado tratamiento farmacológico para los síntomas o diagnóstico de trastorno depresivo en personas que viven con diabetes mellitus 2.

- Comparar los artículos seleccionados por los miembros del equipo.
- Debatir las discrepancias en caso de que se presenten y llegar a un consenso sobre cuáles de estos artículos incluir en la revisión.
- Leer en su totalidad los artículos seleccionados.
- Excluir aquellos artículos que no cumplan con los criterios de inclusión una vez hayan sido leídos en su totalidad.
- Extraer y organizar la información de los artículos como: número de participantes, método utilizado para la detección de síntomas depresivos y/o trastorno depresivo, alteraciones en los estudios de laboratorio y gabinete, complicaciones que se deriven de la depresión, terapéutica empleada en los pacientes.
- Analizar los hallazgos encontrados y exponer los resultados.

EJECUCIÓN

Se realizó una búsqueda de literatura en las bases de PubMed y la Biblioteca Cochrane donde se obtuvieron 112 artículos. En un primer filtro por título se excluyeron 66 artículos por no mencionar diabetes y depresión, seleccionando 46. En un segundo filtro se descartó un artículo por estar en el idioma alemán, otro por no poder acceder a él a través de diferentes medios y por su precio de \$40.00 USD. Diez artículos no cumplieron con especificar el instrumento empleado para la detección de síntomas depresivos o diagnóstico de depresión, dos de ellos estudiaban a la depresión en personas con diabetes contra otros parámetros que no eran niveles glucémicos (Figura 1).

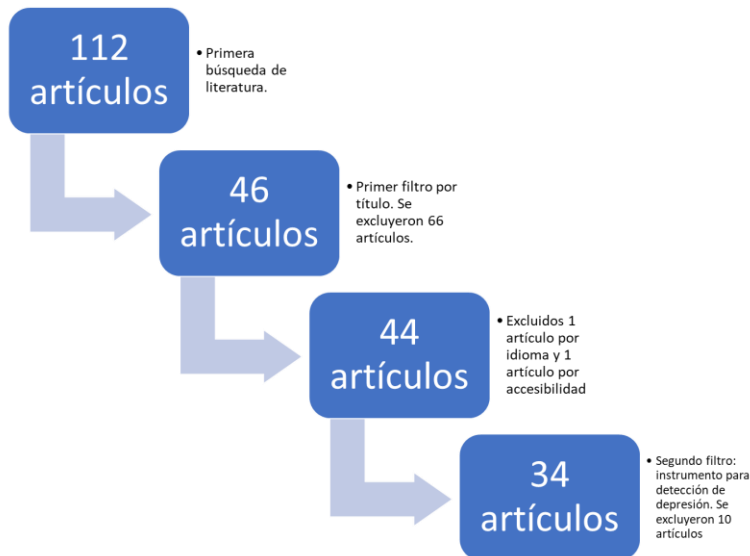


Figura 1: Diagrama de flujo de selección de artículos.

Selección de reportes de investigación

Se seleccionaron 34 artículos (figura 1) que cumplieron criterios de inclusión de los cuales 4 corresponden a revisiones sistemáticas (tabla 1), 5 estudios de cohorte (tabla 2), 14 estudios transversales (tabla 3), 7 estudios longitudinales (tabla 4) y 4 estudios experimentales (tabla 5). La población total de la suma de los artículos seleccionados es de 86,891 personas. Solamente en 10 de ellos mencionan que se proporcionó tratamiento para depresión en personas con diabetes. En cinco de ellos se proporcionó tratamiento farmacológico y en cinco de ellos se realizó intervención no farmacológica como terapia cognitivo conductual por 12 semanas, educación en diabetes, intervención psicológica, curso de 12 meses para mejora del automanejo, 12 meses con 16 sesiones de terapia cognitiva y de comportamiento.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>van der Feltz-Cornelis C, et al. (2020)</i>	3543	DSM-5	HbA1c		Intervenciones de comportamiento 8-12 sesiones en un periodo de 3-6 meses
<i>Naskar S, et al. (2017)</i>	-	Patient Health Questionnaire (PHQ), Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-25), Beck Depressive Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Childhood Psychopathological Measurement Schedule (CPMS)	HbA1C	No se especifica un tratamiento	
<i>van der Feltz-Cornelis CM, et al. (2010)</i>	1724	HADS, HDRS, PHQ,	HbA1c	Sí, para todos los pacientes	
<i>Chew BH, et al. (2017)</i>	9177	Patient Health Questionnaire (PHQ), Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), , Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-25), Beck Depressive Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	HbA1c		Intervención psicológica al menos durante un periodo de 12 semanas.

Tabla 1: Revisiones sistemáticas seleccionadas.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>Marrero DG, et al. (2015)</i>	1285	Beck Depressive Inventory	HbA1c y glucosa central en ayuno	Sí recibieron	Sí recibieron
<i>Indicato L, et al. (2017)</i>	172	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) Punto de corte para niveles moderados-graves de depresión: BDI-II \geq 14 (mujeres), BDI-II \geq 11 (hombres).	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Ravona-Springer R, et al. (2017)</i>	837	15-item intervention of the Geriatric Depression Scale (GDS)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Asuzu C, et al. (2016)</i>	615	PHQ9, Diabetes Fatalism Scale (DFS), DSM-IV	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Mui Jv, et al. (2023)</i>	55,578	Pacientes reportados con depresión en el Clinical Data Analysis and Reporting System	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	

Tabla 2: Estudios de cohorte seleccionados.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>Lin K-D, et al. (2022)</i>	647	PHQ-9	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Hoffman RP, et al. (2022)</i>	364	Depresión (PHQ-9) y angustia diabética (PAID-T)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Khashayar P, et al. (2022)</i>	186	The Persian version of the diabetes distress screening scale (DDS), Diabetes Distress Screening Scale (DDS) cuatro dominios, carga emocional (EB), angustia interpersonal (ID) relacionada con la diabetes, angustia relacionada con el médico (PD) y angustia relacionada con el régimen (RD).	HbA1c	Se excluyeron aquellos con antecedentes de trastornos psiquiátricos, uso de psicofármacos u hospitalización en los últimos meses.	
<i>Theodoropoulou KTh, et al. (2020)</i>	132	Diabetes Distress Screening Scale (DDS)	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Niroomand M, et al. (2021)</i>	820	La versión persa de la escala de angustia por diabetes-17 (DDS-17) el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Elotla SF, et al. (2019)</i>	430	La angustia relacionada con la diabetes se midió por las áreas problemáticas en la escala de diabetes (PAID), donde una puntuación total de ≥40 indicaba una angustia grave relacionada con la diabetes.	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Alosaimi A, et al. (2022)</i>	365	Escala de angustia por diabetes-17 items (DDS-17). Cuestionario de salud primaria PHQ-9	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Chen SW, et al. (2023)</i>	1718	Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Naicker, et al. (2017)</i>	2,035	CONOR mental health index	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Zuberi SI, et al. (2011)</i>	286	Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Mansori K, et al. (2019)</i>	532	Beck Depression Inventory (BDI)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Jeong M, et al. (2013)</i>	119	Diabetes Distress Scale for diabetes-related distress	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>De la Roca-Chiapas JM, et al. (2013)</i>	65	Depression Scale Validated in Spanish	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Waheed U, et al. (2022)</i>	133	PHQ-9, DDSS	HbA1c	30% contaba con tratamiento antidepressivo farmacológico de algún tipo	

Tabla 3: Estudios transversales seleccionados.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>Ehrmann D, et al. (2015)</i>	509	Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) 17 y la escala de Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID) 18 al inicio y durante el seguimiento	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Lloyd CE, et al. (2018)</i>	2,783	Patient Health Questionnaire (PHQ), Problem Areas in Diabetes Scale, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-V)	HbA1c	Sí, para todos aquel diagnosticado con depresión	
<i>Georgiades A, et al. (2007)</i>	90	Beck Depression Inventory (BDI)	HbA1c y glucosa central en ayuno		12 semanas de terapia cognitiva conductual
<i>S. R. Whitworth, et al. (2016)</i>	1,285	PHQ9, General Anxiety Disorder Scale (GADS), Brief Lifetime Depression Scale (BDFS)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Scmitt A, et al (2017)</i>	181	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Hermans N, et al. (2015)</i>	181	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Aikens JE, et al. (2009)</i>	253	Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	

Tabla 4: Estudios longitudinales seleccionados.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
Zagarins SE, et al. (2011)	234	La angustia de la diabetes se midió utilizando la escala de áreas problemáticas de la diabetes (PAID) Los síntomas depresivos se midieron mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	HbA1c		Educación en diabetes
Zhang C, et al. (2023)	71	Self Rating Depression Scale (SDS), Medical Coping Scale (MCWQ), Social Support Scale (PSSS)	Glucosa central en ayuno y glucosa posprandial de 2 horas	Sí, para ambos grupos	Intervención psicológica para un grupo
Ali MK, et al. (2020)	404	Symptom Checklist Depression Scale (SCL-20)	HbA1c		Curso de 12 meses de automanejo, apoyo por personal no medico y apoyo en decisiones sobre tratamientos de salud y valoraciones por especialistas
Lutes LD, et al. (2018)	139	PHQ 2	HbA1c		16 sesiones de terapia cognitiva y/o de comportamiento a lo largo de 12 meses

Tabla 5: Estudios experimentales seleccionados.

SÍNTESIS DE DATOS (RESULTADOS)

Efectos de la depresión y la angustia en diabetes en los niveles glucémicos

A. Depresión

No resulta extraño encontrar diferencias en cuanto a la frecuencia y magnitud de las alteraciones glucémicas relacionadas a la presencia de depresión o síntomas depresivos en pacientes con DT2. La prevalencia de la depresión en los pacientes que viven con diabetes se ha descrito de hasta el doble en comparación con el público en general (6). En nuestra búsqueda se encontraron diferencias en esta información, que probablemente se deban al tipo de población que se estudió, encontrado en pacientes jóvenes frecuencia de hasta el 24% con mayor proporción en depresión severa (38.7%) (7). En adultos, encontramos prevalencia de depresión desde un 2% (8) hasta un 27.3% (9,10). Entre los sujetos depresivos, el riesgo de adquirir diabetes aumenta hasta en un 60 % (6).

Dentro de los principales factores que se correlacionan bidireccionalmente para diabetes y depresión son estilo de vida sedentario sin adecuada actividad física, enfermedad mental comórbida, y el sexo femenino (8,11). En relación con los síntomas depresivos o depresión, los pacientes que viven con diabetes tipo 2 de manera general tienen mayores niveles de descontrol y de menor autocuidado (1,12,13) así como mayores niveles de HbA1c (1,8,11,14,15,16,17,18,19,20). Además, se encontró que los síntomas depresivos se han relacionado con un aumento en la presencia de complicaciones tales como mayor duración de la diabetes, enfermedad renal crónica, oftalmopatías, enfermedad mental comórbida, neuropatía comórbida, cardiopatía y complicaciones sexuales (11,21).

Incluso se menciona que, en referencia al tratamiento antidiabético, los pacientes tratados con iSGLT2 presentan un riesgo significativamente menor para el desarrollo de depresión de primera vez comparados con aquellos tratados con iDPP4 (22).

Duración y complicaciones de la diabetes tipo 2

Pocos artículos -5- mencionaron la relación entre los síntomas depresivos y la duración de la diabetes, así como su efecto en la aparición de complicaciones. Se encontró discrepancia en si la duración de la diabetes se asociaba a la presencia de síntomas depresivos, ya que algunos mencionaron que sí se puede considerar un factor de riesgo para la intensidad de la depresión (23, 10) mientras que en otros estudios no encontraron asociación (15,16,24). Tres de ellos (11,21) informaron que la depresión aumenta el riesgo de complicaciones (principalmente cardiovasculares, neurológicas, renales) así como de dificultades para tener un comportamiento saludable (23).

Efectos en el control glucémico

Hemoglobina Glucosilada

Entre los artículos seleccionados 17 de ellos mencionaron los efectos que tuvieron los pacientes en los niveles de HbA1c, sin embargo, no en todos se encontraron las mismas alteraciones. De manera general, el 70.6% de los artículos (N:12) hacen referencia a la relación proporcional del incremento en los síntomas depresivos (8,11,14,19, 10, 23,25,26) o los puntajes elevados en los cuestionarios de detección (15,17,20, 27) con los niveles de HbA1c. Incluso Ravona-Springer *et al* menciona en su estudio de Cohorte que por cada 1% de incremento de HbA1c, el incremento en síntomas depresivos es de 1.31 en pacientes sin tratamiento farmacológico (19). El 29.4% restante, menciona que no se encontraron asociaciones significativas entre el control de glucosa con HbA1c y depresión (1,16,21,24,28). En ningún artículo se hizo mención que en presencia de mayor cantidad o intensidad de síntomas depresivos la HbA1c tendiera a la disminución.

Los instrumentos para la detección de depresión en pacientes con DT2 mencionados en los artículos y de los cuales se encontró asociación significativa son los siguientes:

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*: Los niveles de HbA1c más elevados se asocian con puntajes BDI más altos (15).
- *Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)*: Un valor de PHQ-9 alto en los pacientes se asoció a un nivel de HbA1c elevada, además de una mayor disminución de ésta a los 3 años (17).
- *Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)*: Los niveles más altos de HbA1c, además de una mayor prevalencia de ansiedad, síntomas psicóticos, índice de masa corporal e intentos de suicidio se encontraron en los pacientes con los puntajes más del HAMD score (20).
- *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)*: cada reducción de los síntomas depresivos en 1 punto en el CES-D aumentó las probabilidades de alcanzar el objetivo glucémico en un 4% (27).

Glucosa plasmática en ayuno

Sólo dos artículos (15,18) utilizaron la glucosa plasmática en ayuno (GPA) como medida para el control glucémico, encontrándose una disminución de la GPA cuando los síntomas eran más bajos posteriores a una intervención psicológica (18). Marrero *et al* utilizaron el Inventario de Depresión de Beck para valorar el nivel de depresión, encontrando asociación entre un puntaje BDI más bajo y el control glucémico óptimo (referido como una normalización de glucosa plasmática en ayuno); un aumento de 10 mg/dl más alto en GPA tuvo un aumento de 0,07 en la puntuación BDI (15).

B. Angustia por diabetes

De los artículos seleccionados, el 32.3% (N: 11) de ellos se enfocaron en las alteraciones relacionadas con DD, ya sea de manera individual (29,30,31,32) o en conjunto con depresión (7,11,16,17,22,33,34). Los artículos que hacen referencia a esta patología coinciden en que no se debe restar importancia a la salud mental de los pacientes, además de que, si bien, no se ha estudiado a profundidad la DD, no se puede considerar como un estado igual a la depresión y se debe hacer énfasis en su diagnóstico y abordaje oportuno. (7,16,30,31)

La prevalencia de DD se reportó de hasta 47% (29) y los factores que más se asocian a ésta son el sexo femenino, la edad avanzada, la presencia de comorbilidades tales como hipertensión arterial sistémica, nefropatía, retinopatía, niveles elevados de HbA1c (persistentes o no) y depresión (7,29,30,31,32). Niroomand *et al* reportan un riesgo de 2.72 veces más de presentar depresión en pacientes con diagnóstico previo de DD, pero también mencionan que en pacientes jóvenes el riesgo de DD es significativamente menor entre los pacientes en tratamiento con insulina (7).

Dentro de las complicaciones que más frecuentemente se encuentran presentes en pacientes con DD y descontrol glucémico son: la falla en el logro de los objetivos glucémicos per se (7,30), la nefropatía y retinopatía hasta en un 39% y 37 % respectivamente (16,30).

Las alteraciones glucémicas reportadas en los pacientes que presentan DD muestran más homogeneidad que las de los pacientes con depresión. Como se mencionó previamente, sólo en el 70.9% de los artículos revisados se reportaron asociaciones significativas entre la presencia de síntomas depresivos y alteraciones glucémicas, mientras que, el 100% artículos que hablan de DD incluidos en esta revisión coinciden en la estrecha relación que guarda el control glucémico (descontrol o disminución de probabilidad de alcanzar los objetivos glucémicos) con la presencia de DD. Zagarins *et al* realizaron un estudio experimental y analizaron ambos escenarios, concluyendo en que el cambio en el DD, mas no en los síntomas depresivos, se asoció de manera significativa con modificaciones a corto y largo plazo en el control glucémico en pacientes previamente descontrolados (16), coincidiendo con lo reportado por Jeong *et al* (32).

De las escalas más utilizadas para la valoración de DD fue Diabetes Distress Scale (DDS) en el 54.5% de los artículos. De manera general, se reporta que los pacientes con buen control glucémico tenían puntuaciones significativamente más bajas en dicha escala (7,11,22,29,30,32). Theodoropoulou *et al* reportan una disminución de 82% en la probabilidad de obtener el control glicémico por cada aumento de unidad en la puntuación del *Diabetes Distress Scale* (DDS) (30).

Efectos en el control glucémico

Hemoglobina Glucosilada

Los efectos en el control glucémico fueron evaluados con los niveles de HbA1c en el 100% de los artículos. Sólo uno de ellos (16) mencionó los valores en la glucosa plasmática en ayuno, como parte de los objetivos de control glucémico especificados por la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), sin embargo, no especificó de manera cuantitativa dicho efecto.

Como se mencionó previamente, el cambio en DD se asoció significativamente con el cambio en la HbA1c (7,11,16,17,22,29,30,31,32,33,34). Se habla incluso, de que DD es un factor predictor significativo del control glucémico cuando se utiliza la HbA1C como medida de comparación (7,32). La mayoría de los reportes comparan las puntuaciones obtenidas en las escalas utilizadas para valorar la DD con los niveles de HbA1c.

Cuando se utilizó la DDS se encontró que el nivel de HbA1c fue el predictor más útil de la puntuación de dicha escala (7,29), especificando que, el aumento de una unidad del nivel de HbA1c puede aumentar las puntuaciones de EB, PD, RD, ID (componentes de la escala) y DDS total en 0,226, 0,192, 0,224, 0,179 y 0,219, respectivamente (7,31). Otra escala mencionada fue la Escala de Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID) (16,17,31) de la cual se menciona que un nivel inicial alto en dicha escala se asocia a una HbA1c más alta y un cambio mayor en la misma, al menos durante los dos primeros años (17), y que una disminución de 10 puntos en la escala se asocia con una reducción del 0,25 % en la HbA1c (16).

Tamizajes e instrumentos diagnósticos

Las escalas utilizadas para el diagnóstico de depresión y angustia por diabetes se resumen en las tablas 6 y 7. Para el diagnóstico de depresión, el instrumento con mayor frecuencia encontrado fue el Patient Health Questionnaire (PHQ) seguido del Beck Depressive Inventory (BDI) con un 32.4% y 20.6% respectivamente. Tabla 6.

Escala utilizada para detección de Depresión	Número de artículos que lo mencionan	
	N	%
Patient Health Questionnaire (PHQ)	11	32.4%
Beck Depressive Inventory (BDI)	7	20.6%
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)	5	14.7%
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	5	14.7%
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	4	11.8%
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	4	11.8%
Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-25)	2	5.9%
Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	2	5.9%
Brief Lifetime Depression Scale (BDFS)	1	2.9%
Childhood Psychopathological Measurement Schedule (CPMS)	1	2.9%
Diabetes Fatalism Scale (DFS)	1	2.9%
Geriatric Depression Scale (GDS)	1	2.9%
Medical Coping Scale (MCWQ)	1	2.9%
Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	1	2.9%
Self Rating Depression Scale (SDS)	1	2.9%
Social Support Scale (PSSS)	1	2.9%
Symptom Checklist Depression Scale (SCL-20)	1	2.9%

Tabla 6. Escalas utilizadas para detección de depresión.

En cuanto la evaluación de la angustia por diabetes, sólo se mencionaron dos escalas, Diabetes Distress Screening Scale (DDS) y Problem Areas in Diabetes (PAID) representando el 20.6 % y 17.6% de los artículos. Tabla 7.

Escala utilizada para detección de Angustia por Diabetes	Número de artículos que lo mencionan	
	N	%
Diabetes Distress Screening Scale (DDS)	7	20.6%
Problem Areas in Diabetes (PAID)	6	17.6%

Tabla 7. Escalas utilizadas para detección de angustia por diabetes.

Terapias psicológicas y tratamiento farmacológico para depresión y/o angustia por diabetes

En la mayoría de los artículos consultados, no se mencionan los tratamientos recomendados para la mejora de los síntomas depresivos o de angustia. Sólo en el 23.5% de ellos (N:8) encontramos recomendaciones terapéuticas derivadas de las asociaciones que encontraron con la mejora en el control glucémico (9,18,22,27,28,34,35,36). De manera general, los síntomas depresivos disminuyeron más en quienes recibieron tratamiento farmacológico y

terapia psicológica/ psiquiátrica (9,34), sin embargo, al incluir una tercera variable -el control glucémico- se encontró que no siempre había mejoría, incluso se menciona que las personas con tratamiento antidepresivo mostraron mayores niveles de DD (22). Sólo un artículo (36) especificó que el tratamiento antidepresivo mostró un efecto significativo, aunque pequeño en términos de control glucémico, sólo que éste difirió entre los tipos de tratamiento, de mayor a menor: tratamiento, terapia grupal, psicoterapia, atención colaborativa.

Farmacoterapia antidepresiva

En general, la terapia farmacológica mejoró los síntomas depresivos en los pacientes (9). Sin embargo, de todos los medicamentos antidepresivos, la sertralina fue la única que tuvo efecto benéfico en el control glucémico (34). De manera contraria, se encontró que un aumento de 10 mg/dl en GPA (por arriba de las metas de control) se asocia con un 8,8 % más de probabilidades de uso de antidepresivos.

Se observó que los pacientes tratados con insulina con un control glucémico deficiente tienen un riesgo moderado de empeoramiento de los síntomas depresivos. Estos pacientes deben ser monitoreados cuidadosamente para determinar si se debe iniciar o intensificar el tratamiento de la depresión (11,37).

El punto de partida para expandir el Modelo de Atención Centrada en la Persona

No es sorprendente que varios de los artículos revisados, destacan la autoeficacia relacionada con la diabetes como un mediador potencial entre la depresión y el control glucémico. Sin embargo, dicha asociación sólo se ha explorado en parte y con resultados poco concluyentes.

Si bien, no se encontraron artículos que tuvieran como objetivo la valoración de un programa de atención centrado en la persona, en 5 de los artículos revisados se menciona la importancia en el automanejo y autocontrol en los pacientes como parte del tratamiento compartido para su patología de base (diabetes) y el agregado (depresión o angustia por diabetes). (1,12,16,25,34).

Se menciona incluso que la combinación de psicoterapia con el automanejo y la autoeficacia tiene un efecto mayor y mejor en los síntomas depresivos y el control glucémico, que solo las intervenciones psicológicas, sin dejar a un lado la terapia farmacológica (1,16,25,34). Se

menciona inclusive la asociación significativa de la reducción en los niveles de HbA1c cuando el paciente mostró mayor interés en el manejo y cuidado de sus enfermedades (1,16,34). El seguimiento y apoyo por parte del médico tratante en el automanejo del paciente, mostró reducción de al menos 0.5% en HbA1c y reducción del 50% de los síntomas depresivos (25). Además, cuando los pacientes con diabetes presentan depresión y se tienen bajos niveles de autocuidado, los niveles de HbA1c tienden al descontrol, independientemente del control glucémico que presentaban previo a la depresión (12).

RECOMENDACIONES

- Es importante realizar una búsqueda intencionada de síntomas depresivos en personas con diabetes tipo 2.
- Se recomienda el uso de escalas como el Patient Health Questionnaire (PHQ) o Beck Depressive Inventory (BDI) para el tamizaje y diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes tipo 2
- Se recomienda el uso de escalas como el Diabetes Distress Screening Scale (DDS) y Problem Areas in Diabetes (PAID) para el tamizaje y diagnóstico de angustia por diabetes
- No se debe confundir la depresión agregada en un paciente con diabetes tipo 2, con la angustia por diabetes.
- Se debe considerar la presencia de síntomas o trastorno depresivos como una causa de alteraciones en los niveles de glucosa central o HbA1c.
- La intervención cuando depresión y diabetes existen de manera concomitante debe enfocarse en terapia psicológica, farmacoterapia y cuidado encaminado en mejorar el auto manejo del paciente.
- Los fármacos iSGLT2 han mostrado disminución de los síntomas depresivos, además de acciones protectoras a nivel cardiovascular y renal, por lo que recomendamos su uso en el primer nivel de atención, siempre que estén disponibles y sean una opción para el paciente.
- El modelo de atención centrado en la persona busca el aumento de la autoeficacia del paciente, por lo que, esta revisión apoya y sugiere su implementación en las unidades de primer nivel que den servicio de salud a pacientes que viven con diabetes.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión sistemática describen la variabilidad de HbA1c y GPA cuando personas con DT2 que padecen de manera concomitante DD, síntomas depresivos o trastorno depresivo. Factores como un estilo de vida sedentario, enfermedad mental comórbida y el sexo femenino se correlacionan bidireccionalmente para diabetes y depresión (8,11). Existe evidencia que asocia niveles altos de HbA1c y un puntaje alto en instrumentos para la detección de depresión en DT2 como lo son el BDI, PHQ-9, HAMD, y el CES-D (15,17,20,27).

La DD muestra homogeneidad con depresión en las alteraciones glucémicas (17,32) y, aunque no es equiparable a depresión, se debe hacer énfasis en su diagnóstico y abordaje oportuno (7,16,30) ya que también se asocia a una mayor presencia de comorbilidades como hipertensión arterial sistémica, nefropatía, retinopatía y depresión (7,29,30,31,32). Resulta relevante la valoración de la DD personas con DM2 con mal control glucémico la cual puede realizarse mediante la DDS ya que pacientes con mal control glicémico tienen puntuaciones significativamente más altas en dicha escala (7,11,22,29,30,32).

El abordaje de los síntomas depresivos o DD en DM2 muestra una mayor disminución de estos cuando se recibe tratamiento farmacológico y terapia psicológico o psiquiátrica (9,34), lo cual repercute en una mejora del control glicémico (18,22,27,28,35,36). Con respecto al tratamiento farmacológico existen medicamentos que tienen un beneficio tanto para DT2 como depresión, como es el caso de los iSGLT2 (22) y la sertralina (34).

Una mayor presencia de síntomas depresivos y DD se relaciona con un mayor descontrol en los niveles de glucosa y un menor autocuidado (1,12,13), así como un aumento en la presencia de complicaciones de DT2 (11,21,23). La relación bidireccional reportada entre alteraciones glucémicas y depresión o DD en personas con DM2 evidencia la importancia de un programa de atención centrado en la persona en el que se fortalezca un automanejo y autocontrol como parte del tratamiento compartido de estas patologías (1,12,16,25,34). Un mayor interés en el automanejo y autocuidado con seguimiento y apoyo por parte del médico tratante tiene una reducción de al menos 0.5% de HbA1c y un 50% en los síntomas depresivos (25).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elotla SF;Fouad AM;Mohamed SF;Joudeh AI;Mostafa M;Hayek SE;Shah J;Ahmed HAS; Association between diabetes-related distress and glyceemic control in primary care patients with type 2 diabetes during the coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic in Egypt. 2022;30:42–50. doi:10.4103/jfcm.jfcm_238_22
2. Papatheodorou K, Banach M, Bekiari E, Rizzo M, Edmonds M. Complications of Diabetes 2017. J Diabetes Res. 2018 Mar 11;2018:3086167. doi: 10.1155/2018/3086167. PMID: 29713648; PMCID: PMC5866895.
3. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of diabetes-related distress. Diabetes Care. 1995;18:754–60
4. INEGI [Internet]. 2022 [cited 2023 May 19]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DIABETES2022.pdf
5. INEGI [Internet]. 2021 [cited 2023 May 19]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
6. Aikens JE, Perkins DW, Lipton B, Piette JD. Longitudinal analysis of depressive symptoms and glyceemic control in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2009;32(7):1177–81. doi:10.2337/dc09-0071
7. Theodoropoulou KTh, Dimitriadis GD, Tentolouris N, Darviri C, Chrousos GP. Diabetes distress is associated with individualized glyceemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. Hormones. 2020;19(4):515–21. doi:10.1007/s42000-020-00237-3
8. Alosaimi A, Alsulaimani N, Alotaibi W. Depressive symptoms in diabetic patients; prevalence, correlates, and moderating effect in Taif, Saudi Arabia. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2022;11(12):7671. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1193_22
9. Zhang C, Wu Z, Lopez E, Magboo RG, Hou K. Symptoms of depression, perceived social support, and medical coping modes among middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes. Frontiers in Molecular Biosciences. 2023;10. doi:10.3389/fmolb.2023.1167721

10. Jeong M, Reifsnider E. Associations of diabetes-related distress and depressive symptoms with glycemic control in Korean Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2018;44(6):531–40. doi:10.1177/0145721718807443
11. Indelicato L, Dauriz M, Santi L, Bonora F, Negri C, Cacciatori V, et al. Psychological distress, self-efficacy and glycemic control in type 2 diabetes. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2017;27(4):300–6. doi:10.1016/j.numecd.2017.01.006
12. Chew BH, Vos RC, Metzendorf M-I, Scholten RJ, Rutten GE. Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017(10). doi:10.1002/14651858.cd011469.pub2
13. Georgiades A, Zucker N, Friedman KE, Mosunic CJ, Applegate K, Lane JD, et al. Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(3):235–41. doi:10.1097/psy.0b013e318042588d
14. Lin K-D, Chang L-H, Wu Y-R, Hsu W-H, Kuo C-H, Tsai J-R, et al. Association of Depression and parasympathetic activation with glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2022;36(8):108264. doi:10.1016/j.jdiacomp.2022.108264
15. Marrero DG, Ma Y, de Groot M, Horton ES, Price DW, Barrett-Connor E, et al. Depressive symptoms, antidepressant medication use, and new onset of diabetes in participants of the diabetes prevention program and the diabetes prevention program outcomes study. *Psychosomatic Medicine*. 2015;77(3):303–10. doi:10.1097/psy.0000000000000156
16. Rotella F, Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(01):31–7. doi:10.4088/jcp.12r07922
17. Zagarins SE, Allen NA, Garb JL, Welch G. Improvement in glycemic control following a diabetes education intervention is associated with change in diabetes distress but not change in depressive symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*. 2011;35(3):299–304. doi:10.1007/s10865-011-9359-z
18. Naskar S, Victor R, Nath K. Depression in diabetes mellitus—a comprehensive systematic review of literature from an Indian perspective. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017;27:85–100. doi:10.1016/j.ajp.2017.02.018

19. van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, Stoop C, Chan J, Jacobson AM, Katon W, et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2010;32(4):380–95. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.011
20. Ravona-Springer R, Heymann A, Schmeidler J, Moshier E, Guerrero-Berroa E, Soleimani L, et al. Hemoglobin A1C variability predicts symptoms of depression in elderly individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2017;40(9):1187–93. doi:10.2337/dc16-2754
21. S.R. Whitworth, D.G. Bruce, S.E. Starkstein, W.A. Davis, T.M.E. Davis, R.S. Bucks, Lifetime depression and anxiety increase prevalent psychological symptoms and worsen glycemic control in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study Phase II, *Diabetes Research and Clinical Practice* (2016), doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2016.10.023>
22. Mui JV, Li L, Chou OH, Azfar N, Lee A, Hui J, et al. Comparing sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors on new-onset depression: A propensity score-matched study in Hong Kong. *Acta Diabetologica*. 2023;60(7):917–27. doi:10.1007/s00592-023-02063-6
23. Asuzu, C.C., Walker, R.J., Williams, J.S. & Egede, L.E., Pathways for the relationship between Diabetes Distress, Depression, Fatalism and Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes, *Journal of Diabetes and Its Complications* (2016), doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.09.013
24. Chen SW, Wu YQ, Li S, Li J, Lang XE, Zhang X-Y. Prevalence, risk factors and clinical correlates of glucose disturbances in a large sample of Han Chinese patients with first-episode drug-naïve major depressive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2023; doi:10.1007/s00406-023-01581-2
25. Naicker, Kiyuri, Øverland, Simon, Johnson, Jeffrey A., Manuel, Douglas, Skogen, Jens C., Sivertsen, Børge, Colman, Ian, Symptoms of Anxiety and Depression in Type 2 Diabetes: Associations with Clinical Diabetes Measures and Self-Management Outcomes in the Norwegian HUNT Study. *Psychoneuroendocrinology* <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.07.002>

26. Lutes LD, Cummings DM, Littlewood K, Solar C, Carraway M, Kirian K, et al. COMRADE: A randomized trial of an individually tailored integrated care intervention for uncontrolled type 2 diabetes with depression and/or distress in the rural southeastern US. *Contemporary Clinical Trials*. 2018;70:8–14. doi:10.1016/j.cct.2018.04.007
27. Waheed U, Heald AH, Stedman M, Solomon E, Rea R, Eltom S, et al. Distress and living with diabetes: Defining characteristics through an online survey. *Diabetes Therapy*. 2022;13(9):1585–97. doi:10.1007/s13300-022-01291-3
28. Ali MK, Chwastiak L, Poongothai S, Emmert-Fees KM, Patel SA, Anjana RM, et al. Effect of a collaborative care model on depressive symptoms and glycated hemoglobin, blood pressure, and serum cholesterol among patients with depression and diabetes in India. *JAMA*. 2020;324(7):651. doi:10.1001/jama.2020.11747
29. Hoffman RP, Damilano CP, Hong KM, Glick BA, Kamboj MK. Glycemic control, depression, diabetes distress among adolescents with type 2 diabetes: Effects of sex, race, insurance, and Obesity. *Acta Diabetologica*. 2022;59(8):1083–9. doi:10.1007/s00592-022-01902-2
30. Khashayar P, Shirzad N, Zarbini A, Esteghamati A, Hemmatabadi M, Sharafi E. Diabetes-related distress and its association with the complications of diabetes in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2022;21(2):1569–75. doi:10.1007/s40200-022-01103-2
31. Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Longitudinal relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms: Analysing incidence and persistence. *Diabetic Medicine*. 2015;32(10):1264–71. doi:10.1111/dme.12861
32. Mansori K, Shiravand N, Shadmani FK, Moradi Y, Allahmoradi M, Ranjbaran M, et al. Association between depression with glycemic control and its complications in type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019;13(2):1555–60. doi:10.1016/j.dsx.2019.02.010
33. van der Feltz-Cornelis C, Allen SF, Holt RI, Roberts R, Nouwen A, Sartorius N. Treatment for comorbid depressive disorder or subthreshold depression in diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*. 2020;11(2). doi:10.1002/brb3.1981

34. Lloyd CE, Nouwen A, Sartorius N, Ahmed HU, Alvarez A, Bahendeka S, et al. Prevalence and correlates of depressive disorders in people with type 2 diabetes: Results from the international prevalence and treatment of diabetes and depression (interpret-DD) study, a collaborative study carried out in 14 countries. *Diabetic Medicine*. 2018;35(6):760–9. doi:10.1111/dme.13611
35. De la Roca-Chiapas JM, Hernández-González M, Candelario M, Villafaña Mde L, Hernández E, Solorio S, Rivera A, Sosa M, Jasso J. Association between depression and higher glucose levels in middle-aged Mexican patients with diabetes. *Rev Invest Clin*. 2013 May-Jun;65(3):209-13. PMID: 23877807.
36. Niroomand M, Babaniamansour S, Aliniagerdroudbari E, Golshaian A, Meibodi AM, Absalan A. Distress and depression among patients with diabetes mellitus: Prevalence and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2021;20(1):141–51. doi:10.1007/s40200-020-00721-y
37. Hermanns N, Schmitt A, Gahr A, Herder C, Nowotny B, Roden M, et al. The effect of a diabetes-specific cognitive behavioral treatment program (DIAMOS) for patients with diabetes and subclinical depression: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2015;38(4):551–60. doi:10.2337/dc14-1416
38. Zuberi SI, Syed EU, Bhatti JA. Association of depression with treatment outcomes in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1). doi:10.1186/1471-244x-11-27
39. Schmitt A, Reimer A, Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Reduction of depressive symptoms predicts improved glycaemic control: Secondary results from the Diamos Study. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2017;31(11):1608–13. doi:10.1016/j.jdiacomp.2017.08.004

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

Balance del desempeño clínico en el proyecto

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros (preexistentes y de nuevo ingreso) en Redcap.

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	0	0
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	18	100%
Recuperados a partir de agosto de 2023	0	0
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Nota:

Nuevo ingreso se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre agosto de 2022 y julio de 2023.

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre agosto de 2022 y julio de 2023.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición participación	No	%
Activas	15	83.3%
No activas	3	16.6%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Nota:

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo agosto 2022 – julio 2023.

No activas: Se refiere a personas que, por cualquier motivo y de acuerdo con los criterios del Centro de Salud dejaron de acudir a su atención dentro del proyecto.

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	1	33.3%
Cambio de institución que le atiende	1	33.3%
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	1	33.3%
Total	3	100 %

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

2. Información demográfica:

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022– julio 2023 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	No	%
Femenino	12	66.66 %
Masculino	6	33.33 %
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	18	100 %

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad
 Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	2	11.11 %
40 – 49 años	2	11.11 %
50 – 59 años	4	22.22 %
60 – 69 años	8	44.44 %
70 – 79 años	2	11.11 %
80 y más años	0	0
Total	18	100 %

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad y sexo
 Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad Sexo	Femenino		Masculino		T otal	
	No	%	No	%	No	%
20-29 años	0	0	0	0	0	0
30-39 años	2	16.66%	0	0	2	11.11%
40-49 años	1	8.33%	1	16.66%	2	11.11%
50-59 años	3	25%	1	16.66%	4	22.22%
60-69 años	5	41.66%	3	50%	8	44.44%
70-79 años	1	8.33%	1	16.66%	2	11.11%
80 y más años	0	0	0	0	0	0
Total	12	100	6	100	18	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con el número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	1	5.55%
2	1	5.55%
3	0	0
4	2	11.11%
5	4	22.22%
6	5	27.77%
7	0	0
8	0	0
9	1	5.55%
10	2	11.11%
11	1	5.55%
12 y más	1	5.55%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	14	77.77%
Hipertensión arterial	11	61.1%
Diabetes Mellitus tipo 2	16	89.9%
Dislipidemia	12	66.7 %
Obesidad e hipertensión	4	22.2%
Obesidad y diabetes	7	38.9%
Obesidad y dislipidemia	5	27.8%
Diabetes e hipertensión	9	50%
Obesidad, hipertensión y diabetes	4	22.2%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	7	38.9%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	16.7%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
 Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso obesidad	y	10	83.3%	4	66.7%	14	77.8%
Hipertensión arterial		6	50.0%	5	83.3%	11	61.1%
Diabetes Mellitus tipo 2		11	91.7%	5	83.3%	16	88.9%
Dislipidemia		7	58.3%	5	83.3%	12	66.7%
Obesidad hipertensión	e	2	16.7%	2	33.3%	4	22.2%
Obesidad diabetes	y	5	41.7%	2	33.3%	7	38.9%
Obesidad dislipidemia	y	3	25.0%	2	33.3%	5	27.8%
Diabetes hipertensión	e	5	41.7%	4	66.7%	9	50.0%
Obesidad, hipertensión y diabetes		2	16.7%	2	33.3%	4	22.2%
Hipertensión, diabetes dislipidemia	y	3	25.0%	4	66.7%	7	38.9%
Obesidad, hipertensión, diabetes dislipidemia	y	1	8.3%	2	33.3%	3	16.7%
Total		12	100	6	100	18	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	7.14%
40 – 49 años	2	14.28%
50 – 59 años	4	28.57%
60 – 69 años	5	35.7%
70 – 79 años	2	14.28%
80 y más años	0	0
Total	14	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	9.09%
50 – 59 años	2	18.18%
60 – 69 años	6	54.54%
70 – 79 años	2	18.18%
80 y más años	0	0
Total	11	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	2	12.5%
40 – 49 años	2	12.5%
50 – 59 años	3	18.75%
60 – 69 años	7	43.75%
70 – 79 años	2	12.5%
80 y más años	0	0
Total	16	100%

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	16.66%
50 – 59 años	4	33.33%
60 – 69 años	5	41.65%
70 – 79 años	1	8.33%
80 y más años	0	0
Total	12	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	25%
50 – 59 años	1	25%
60 – 69 años	1	25%
70 – 79 años	1	25%
80 y más años	0	0
	Total	4
		100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No.15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	14.28%
40 – 49 años	2	28.57%
50 – 59 años	2	28.57%
60 – 69 años	1	14.28%
70 – 79 años	1	14.28%
80 y más años	0	0
Total	7	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	40%
50 – 59 años	2	40%
60 – 69 años	1	20%
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	5	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial
 Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	11.11%
50 – 59 años	1	11.11%
60 – 69 años	5	55.55%
70 – 79 años	2	22.22%
80 y más años	0	0
Total	9	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2
 Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	25%
50 – 59 años	1	25%
60 – 69 años	1	25%
70 – 79 años	1	25%
80 y más años	0	0
Total	4	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	14.28%
50 – 59 años	1	14.28%
60 – 69 años	4	57.14%
70 – 79 años	1	14.28%
80 y más años	0	0
Total	7	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	33.33%
50 – 59 años	1	33.33%
60 – 69 años	1	33.33%
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

4. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 21

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa Periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		T otal	
	No	%	No	%	No	%
Control	5	55.55%	7	100%	12	75%
Fuera de control	4	44.44%	0	0	4	25%
Total	9	100%	7	100%	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 22

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
Periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	10	76.92%
Fuera de control	3	23.08%
Total	13	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 23

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control
Periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	11	100%

Fuera de control	0	0
Total	11	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 24

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico
Periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	8	66.66%
Fuera de control	4	33.33%
Total	12	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 25

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos
Periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: “Dr. José Castro Villagrana”
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	9	75%
Fuera de control	3	25%
Total	12	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Análisis

Todos los pacientes atendidos fueron de nuevo ingreso ya que, al ingresar al servicio social, mi compañera pasante tenía a sus pacientes, sin embargo, al estar rotando en otros consultorios, pude hablar con pacientes que se atendían con otros médicos y mencionarles el modelo para su atención. De los 18 pacientes que registré en RedCap, sólo continuaron

activos 15 (83.3%), dos de ellos dejaron de asistir y uno se envió a UNEME por descontrol glicémico.

Doce pacientes fueron femeninos (66.66%) y 6 masculinos. La mayor cantidad de pacientes se encontraron entre los 60-69 años (44.44%).

El promedio de consultas fue de 6.2, con mayor porcentaje de 6 consultas. Y considero hacer preciso que, la mayor parte del seguimiento a los pacientes que atendí fue a partir del segundo bimestre de mi pasantía, ya que, se distribuyó de mejor manera las horas que dedicaba al programa y las que tenía que dar al servicio social de manera general.

El diagnóstico con mayor porcentaje fue Diabetes tipo dos, encontrándose en 9 de cada 10 pacientes (89.9%), con predominio en el sexo femenino y en el rango de edad de 60 a 69 años. La principal enfermedad con la que se presentó fue la hipertensión, representando un 38.9% de todos los pacientes atendidos. Al final de mi servicio social, el 75% de los pacientes se encontraban en metas terapéuticas, para los cuales en el 76.92% se utilizó la medición de HBA1C como parámetro de control (HBA1C <7%). De los pacientes fuera de control, 2 de ellos dejaron de asistir y uno se envió a UNEME por descontrol glucémico a pesar de insulino terapia a dosis 0.5UI/Kg/día y 3 antidiabéticos orales a dosis máxima.

El 77.77% tenían diagnóstico de sobrepeso u obesidad, con predominio en el rango de 60 a 69 años. La diabetes tipo 2 fue la principal enfermedad asociada presentándose en el 50 % de este grupo de pacientes, seguida de algún tipo de dislipidemia y finalmente la hipertensión en un 27.8% y 22.2% respectivamente.

Tres de cada cinco pacientes presentaban diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica (61.1%) , con predominio en el rango de 60 a 69 años. El 100% de los pacientes mostraron cifras de control durante al menos los últimos 2 meses atendidos.

El 66.7% de los pacientes fueron diagnosticados con algún tipo de dislipidemia, con predominio de la hipertrigliceridemia, con predominio en el rango de 60 a 69 años. Hablando de control, en los pacientes con predominio de hipercolesterolemia, se observaron cifras por debajo de 200 mg/dl de colesterol total en el 66.66% de los pacientes. Se utilizó solamente el colesterol total, ya que muchos pacientes no contaron con cifras de HDL y LDL; en

comparación, el 75% de los pacientes con hipertrigliceridemia mostraron control en el último mes atendidos.

Acción comunitaria

El modelo expandido de cuidados crónicos. La incorporación de la promoción de la salud.

Encuentros de salud

Los encuentros de salud son la vía a través de la cual el MAICP instrumenta las líneas de acción de la promoción de la salud referidas a la construcción de entornos saludables, el desarrollo de capacidades individuales y, especialmente, el fortalecimiento de la acción comunitaria

Los encuentros de salud durante el periodo de servicio social:

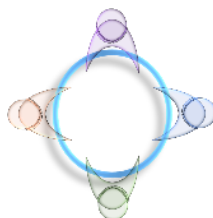
4to encuentro de pacientes: Recetario Saludable

Durante el 4to encuentro de pacientes, que se llevó a cabo en noviembre de 2022 en el CST-Dr “Gerardo Varela Mariscal”, participé como relatora del taller “Alimentación saludable”. Se anexa la relatoría de dicho taller.

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

**Encuentro de Pacientes:
Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas**

**Cédula de taller
Recetario Saludable**



Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan	Coordinador(a): MPSS Hiedi Carrera Rios	Página: <u> 1 </u> de <u> 1 </u>
	Relator(a): MPSS Carla Alcocer Sánchez	
	Taller: 1. Alimentación Saludable	Fecha: 16/11/2022

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Concepción Aguilar	F	69	CST III Dr Gerardo Varela
Catalina Lauren	F	62	CST III Dr Gerardo Varela
Ana Maria Rodriguez	F	63	CST III Dr Gerardo Varela
Enedina Camacho	F	87	CST III Dr Gerardo Varela
Ana Fuentes	F	64	CST III Dr Gerardo Varela
Claudia Rosas	F	51	CST III Dr Gerardo Varela

2. Datos del taller

Objetivo del taller: Identificar y acordar las ideas que consideren mas importantes para comunicar a otras personas acerca de lo que para ellas constituye una alimentación saludable

Hora de inicio:11:15

Hora de finalización:12:30

3. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
	Bienvenida:11:15-11:20
	Presentación: 11:20-11:25
	Encuadre:11:25-11:30
	Taller:11:30-12:20
	Cierre:12:20-12:30

4. Descripción detallada de la sesión: (1 de 5)

Heidi: Bienvenidas, muchas gracias por acompañarnos en este taller de alimentación saludable, me presento soy MPSS Heidi Carrera Rios y mi compañera que estará haciendo la relatoria, la MPSS Carla Alcocer Sánchez. Para irnos conociendo, vamos a presentarnos, decimos nuestra edad y cuál es nuestra comida favorita ¿les parece?

Carla: buen día antes que nada quiero darles la bienvenida y agradecerles por participar en este encuentro de pacientes que viven con enfermedades crónico-degenerativas. Me presento soy la MPSS Carla Alcocer, soy del CST José Castro Villagrana y mi comida favorita es la lasaña.

Concepción Aguilar: mi nombre es Concepción Aguilar, soy del CST Gerardo Varela, yo soy de Michoacán entonces mi comida favorita son las enchiladas rojas, pero bien hechas, con su cecina, con papa y con zanahoria, poquita, pero si les pongo.

Catalina Lauren: yo soy Catalina Lauren soy de Oaxaca y por obvias razones mi comida favorita son los tamales.

Ana Maria Rodriguez: soy Ana Maria Rodriguez, a mi me encantan los chilaquiles bien preparados con su huevito y poquita crema y queso.

Enedina Camacho: mi nombre es Enedina Camacho, yo soy feliz comiendo mucha verdura, nopalitos.

Ana Fuentes: soy Ana Fuentes, disfruto mucho cocinar y comer pescado empapelado.

Heidi: muchs gracias a todas. Antes de comenzar quisiera comentarles las reglas del grupo, esto para hacer más dinámica y respetuosa nuestra interacción. Las reglas son respetar el uso de la palabra, no interrumpir a la persona que esté hablando, si queremos hacer una aportación levantamos la mano, no juzgaremos a nadie ni contradiremos lo que dice o utilizaremos frases como “usted no está bien”, lo que aquí digamos aquí se queda, si quieren contarnos cosas de manera más personal tengan la seguridad que se quedará entre nosotros. ¿Todas de acuerdo? Podemos iniciar.

El taller de alimentacion saludable es muy importante porque como ya dijo el Dr Victor se incluirá en el recetario saludable, además de que servirá para motivar a otras personas a comenzar con un estilo de vida alimenticio mejor, en base a sus experiencias nos servirá para aconsejarlas o recomendarles qué hacer.

Iniciamos pues con el taller, haremos algunas preguntas, ya saben, si quieren participar alzamos la manita.

La primer pregunta es **¿qué entienden ustedes como una alimentación saludable?**

Ana María Rodriguez: no comer tantas grasas, evitar comer pan, comer más verduras, poquito pollo y carne.

Concepción Aguilar: yo voy a contarles mi caso, hace 11 años tuve cancer y a partir de ahí me ha atendido una nutrióloga, y como siempre lo que me dan, aunque al principio me dieron muchas verduras verdes que me hacían daño, así que las evité, ahora como cosas que me dan y no me hacen daño, hago calditos con patitas de pollo y me siento bien.

Ana Fuentes: yo aprendí a comer mejor desde que mi papá nos enseñó a tener hortalizas en casa, él falleció recientemente, tenía hipertensión, pero desde que le dijeron que tenía que comer mejor, decidió tener sus propias verduras en casa, así sería más fácil y gastaríamos menos. Sembramos nuestra propia verdura para comer más, evitamos la carne rojas y no comemos sal, por lo mismo de que mi papá era hipertenso. Quitar alimentos que no son beneficios, incluso ahora para mi así tenga poquita sal o poquito dulce lo siento muy potente, ya sea muy muy dulce o muy salado.

Catalina Lauren: lo que me recetaron es lo que como, nada de grasa, ni dulce, tomar más agua, más verdura. Ya hasta mi cuerpo rechaza lo que siento muy dulce. Antes tomaba mucho café con leche, ahora “ya hasta rechazo el café”. Me siento bien así, porque “no me costó trabajo modificar mi estilo de comida porque era para mi bien”.

Enedina Camacho: yo creo que es no comer mucha grasa, dulces. Es comer verdura muchas veces, 1-2 veces a la semana comer carne no mucha. Además a partir de una cirugía de hernia hiatal que tuve, como muy poquito porque ya me acostumbré así, muy al natural, mucha verdura y menos dulce y grasa y me siento bien.

Heidi: muy bien, ya vimos lo que para ustedes es una alimentación saludable, ahora cuéntenos, ustedes ¿llevan una alimentación saludable todo el tiempo o “se portan mal”?

Concepción Aguilar: ¡Ay, yo si me porto mal! Pero no todo el tiempo. Lo hice una vez que me operaron de mi cancer, le dije al doctor “yo si me voy a morir, déjeme comer un plato de pozole”. Pero de eso ya hace mucho.

Ana Maria Rodriguez: si nos portamos mal, porque a veces es inevitable que “se nos antoje”.

Heidi: muy bien, debemos recordar que ese termino de que esté mal comer algo o que “nos portemos mal” debemos comenzar a dejarlo a un lado. La comida no es mala, pero debemos ver cual es la que podemos consumir con mayor frecuencia. Ahora, en el contexto de alimentación saludable, ustedes **¿Por qué creen que es importante la alimentación en el cuidado de nuestras enfermedades?**

Ana Fuentes: primero, para que nos sintamos bien. A veces pasa que nos invitan a fiesta y nos descontrolamos porque comemos algo de ahí porque se nos antoja, y nos sentimos mal, lo peor es que se nos nota.

Ana Maria Rodriguez: si no comemos bien, nos ponemos mal del corazón, de las articulaciones, no podemos ya ni hacer ejercicio. Sé que debemos hacer una alimentación adecuada, pero a veces no hay el recurso. Y trato de hacer el esfuerzo para que “nuestro corazón y nuestro estómago estén bien” al menos.

Concepción Aguilar: porque por ejemplo en mí, tengo diabetes, cáncer, hipertensión, colesterol, si como algo que no es debido sufro mucho de gastritis, por ejemplo ayer me comí una enchilada, me gustan mucho es mi comida favorita, pero hoy me duele el estómago, entonces “esas son las consecuencias que debo pagar”. Pasa que yo vivo sola con mi esposo, y tengo que cocinarle a él, y me dice que coma las mismas cosas que él porque no quiere comer solo, pero el problema es que con una sola cosa que me hace daño que coma, me duele, y aunque se lo digo, que yo sólo puedo comer “lo que mi estómago me diga”, como, por ejemplo, me gusta mucho comer un caldito de patitas con verdura, con arroz. Porque en serio, a veces “una probadita me hace pagar las consecuencias”.

Catalina Lauren: a mi me gusta de todo, pero con todo esto que me pasó, ya me di cuenta que es mejor comer bien, y si dios me lo permite, “quiero vivir más y mejor”, por eso me voy a comenzar a alimentar bien.

Enedina Camacho: por el bien de cada un, por que si como lo que se que me hace daño voy a estar peor uno debe comer lo que le va a hacer bien, adecuarlo a su edad, por ejemplo yo, si ya se lo que me mal o bien y trato de comer poquito. Además creo que lo mejor es adecuar los alimentos para que la enfermedad no avance, con lo que haya o tengamos y adecuarlo. Mantenernos a lo que el medico dice, y así comencé, me costó porque no fue de un día para otro.

Heidi: agradezco mucho sus aportaciones, con esto que nos comentan, **¿cuáles creen entonces que sean las principales dificultades que se presentan para llevar una buena alimentación?**

Ana Maria Rodriguez: por la gula, primero que nada. “El cuerpo no se acostumbra a la dieta”, a veces pasa que, por ejemplo, se me antoja una galleta o un pancito y caigo.

Ana Fuentes: definitivamente por la economía.

Ana Maria Rodriguez: mi caso está bien complicado. Yo no tengo refrigerador en casa donde estar guardando la comida que preparo, entonces eso me detiene mucho. Vivo sola, me sacaron de mi trabajo y la economía no me deja. Y lo peor es que “a nuestra edad ya no nos dejan trabajar y con lo que nos dan no me alcanza” más que para lo esencial y a veces ni hasta para eso.

Ana Fuentes: a mi me operaron y después de eso me dijeron que mi cuerpo necesitaba sal, la había quitado de tajo y resultó que la necesitaba. Entonces es mejor ir disminuyendo de poco en poco. Una dificultad que veo es que por ejemplo, a veces en las fiestas me descontrolaba y es ahora cuando más cuidado tengo. Pero a veces, aunque me limito a comer, “la tentación está ahí y siento que lo voy a hacer”, pero debo tener una fuerza de voluntad demasiado fuerte. Lo que hago a veces en las fiestas para evitar tentaciones, es llevar mi propio alimento para evitar comer algo que no pueda comer para evitar descompensarme.

Ana Maria Rodriguez: creo que, en caso de las fiestas, o sea si comer, pero limitarse en lo que nos dan, a veces nos dan un montón en la fiesta, pero si yo sé lo que me hace mal, puedo comer sólo poquito.

Catalina Lauren: yo como 2 veces al día, mi desayuno y después como 4-4:30, evito comer más noche porque me hace daño. En el momento que me dijeron que debo comer, lo hago, entonces no tengo inconveniente y trato de que siempre sea lo correcto, es como el medicamento, debo consumirlo. Otras personas dicen “si de algo he de morir” pero ellas son ellas, yo sí trato de hacer todo bien.

Concepción Aguilar: A mí si se me llega hacer difícil porque mi esposo a veces quiere comer cosas que me hace daño, y ya le dije que no, por ejemplo, ya le dije que no yo no puedo comer manzanas porque el doctor me dijo que me hacen daño y no las coma. Yo estoy en una fundación por mi cáncer y voy con la nutrióloga, voy cada mes, quiero que vaya también mi esposo porque no quiere dejar de comer sal, a pesar de ser hipertenso, ya hasta mejor le pongo el salero a él porque yo cocino sin sal y le digo “matate solo” pero veo como que ya le ha “caído el veinte” porque últimamente se ha enfermado. “De todas formas nos vamos a morir, vámonos llenitos” eso me dice mi esposo. A veces también se me antojan cosas que me hacen bien, pero por la economía no las compro, afortunadamente le digo a mis hijos y el siguiente fin me lo llevan, me apoyan mucho.

Claudia Rosas: yo creo que es la economía la que nos limita mucho. Y porque nos gust mucho la comida chatarra, por ejemplo, a mí me cambiaron el medicamento porque tenía alta la grasa, pero me dio mucha sed y me sentía muy mal, por eso creo que, si así se siente cuando estoy mal, prefiero ya evitarlo. A mí me encanta el dulce, principalmente el chocolate, es muy difícil dejarlo de sopetón, y se me antojan las quesadillas, las carnitas, la barbacoa y es a veces como costumbre de ir los domingos. Perdí mi trabajo y por la economía tuve que poner un puesto de dulces, y resultó “peor el remedio que la enfermedad” porque ahora tengo ahí la tentación.

5. Propuestas del grupo

Anote las propuestas de las ideas acordadas por el grupo para incluir en el capítulo correspondiente a su taller

Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas

Heidi: bueno, ya platicamos sobre la alimentación saludable, ahora ¿qué recomendaciones les harían a personas que viven con enfermedades crónicas para llevar una alimentación saludable?

Ana María Rodríguez: primero preguntar si tenemos las mismas enfermedades, y decirles lo mismo que nos recomiendan los médicos, fomentar con ellos la información.

Ana Fuentes: comentarles que si llevan bien su dieta, no se van a sentir mal, cuesta trabajo, pero es lo adecuado.

Concepción Aguilar: podríamos darles opciones que no sean caras para comer, compartir lo que la nutrióloga me dice, comer nopales, ensalada, es muy bueno.

Catalina Lauren: si tienen lo mismo que yo, podría recomendarles lo que yo hago, recomendarles los alimentos que preparo y como pueden adecuarlos a su economía.

Claudia Rosas: les diría “trate de comer esto, no coma esto y otro, vete a tu consulta” la verdad es que todo empieza por uno, no podemos recomendar algo si no lo hacemos.

Heidi: muchas gracias a todas por sus aportaciones, para cerrar y concluir este taller, me gustaría que nos contaran ¿qué aprendieron el día de hoy o cuál es la enseñanza que nos llevamos?

Ana María Rodríguez: que no dejemos de tomar nuestros medicamentos y hacer todas las cosas que no dicen para estar bien física y mentalmente.

Ana Fuentes: creo que es importante comentarle al médico en cada consulta como nos sentimos para mejorar.

Claudia Rosas: me voy con la idea de poner más atención en mi alimentación, comer menos, checar que necesito y qué debo comer más.

Heidi: muchas gracias a todas por participar.

5to encuentro de pacientes: encontrarnos para cuidarnos

El tema del quinto encuentro de pacientes fue “**Encontrarnos para cuidarnos**”. Se realizó el taller del Cuidado como un Derecho y una acción colectiva cuyo propósito fue fortalecer las capacidades, tanto individuales como colectivas, que las personas participantes reconocen

que están desarrollando, o que pueden desarrollar, para aumentar el cuidado de sus enfermedades crónicas en sus cuatro direcciones:

Cuidar a otras personas

Recibir cuidados de otras personas

Cuidado de sí misma. El Auto cuidado

Cuidado del entorno

Se llevó a cabo en julio de 2023 en el CST- Dr “Pedregal de las Águilas”, y participé como coordinadora del taller. Se anexa evidencia fotográfica en el apartado de anexos.

3.4 Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica.

El módulo 4 fue visto en conjunto con la promoción de Febrero 2023, en donde se presentaron diversos casos clínicos, con el fin de generar un análisis y discusión constructiva respecto al tema, diagnóstico y tratamiento, siempre con el enfoque en el modelo de atención centrado en la persona. Se trató de hacer énfasis en todas las líneas terapéuticas, no sólo contemplando la parte médica, sino también el pilar nutricional, psicológico, redes de apoyo y la realización de ejercicio.

Caso 1.

Se trató sobre una mujer que vive con diabetes tipo 2, con antecedente de padre que falleció por complicaciones renales producto de un descontrol glicémico, y que derivado de este evento comenzó con el consumo de diurético del tipo hidroclorotiazida sin previa valoración médica, ya que le informaron que “protegía los riñones”. Por lo anterior, sumado a su tratamiento antidiabético con i SGLT2, presentaba Infecciones del tracto urinario de manera recurrente, sin embargo, se rehusaba a dejar el primer medicamento por “miedo”.

Este caso nos llevó a desglosar y comprender mejor las guías y algoritmos para la atención de diabetes tipo 2 con hipertensión arterial. Sin embargo, más allá de lo médico, nos ayudó a valorar que muchas veces la situaciones de trauma o estrés en las personas generan mayor problema para un manejo adecuado. Fomentar una buena relación médico paciente y hacer partícipe de su enfermedad, podría beneficiar en el desuso del diurético.

Caso 2.

En el segundo caso se abordó el tema de nutrición y el cómo las redes de apoyo influyen en las decisiones a la hora de elegir nuestra alimentación. Se abordaron temas como índice glucémico, sistema mexicano de equivalente y se elaboraron carteles por equipos con el fin de dar a conocer la información al público en general. Pensando ahora estas situaciones, se puede pensar incluso que muchos de ellos pudieron ser de utilidad durante el segundo encuentro. El llamado “arte de comer” va más allá de sólo sentar en la mesa y comer. El tener a la familia, o al menos alguien con quien compartir un momento tan importante como la alimentación hace diferencia a la hora de tomar ésta como un pilar en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Caso 3.

El tercer caso me pareció el más interesante. Tocar temas tan reflexivos fueron un punto de partida para entender. ¿realmente le estamos dando la importancia a la salud mental de nuestro pacientes? Cuando nos ponemos al frente, en la consulta, indagamos sobre parámetros de control “orgánico”, pero es complicado o resulta “tedioso” el evaluar la parte psicológica porque muchas veces se tiene la idea de que “no nos corresponde a nosotros, para eso está psicología y psiquiatría”. Este caso en particular me ha hecho buscar nuevas fuentes para el manejo y acción de la empatía en la atención en salud, que es parte del modelo de atención centrada en la persona.

Caso 4.

El último caso del módulo y del diplomado fue uno de los más realistas y presenta un escenario que viví más de una vez durante el servicio social. Un paciente que vive con diabetes y presenta complicaciones renales, específicamente Enfermedad Renal Crónica, del cual no conoce su estatus y le han hecho creer, incluso podría decirse que han “satanizado” tanto esta enfermedad y se ha sentenciado a los pacientes tan duramente sin haberse detenido a explicar, apoyar e incluir al paciente en la evolución de la enfermedad. Si nosotros como médicos no tenemos los conocimientos médicos, en primer lugar, ¿cómo queremos que nuestro paciente genere automanejo en su enfermedad? El “castigar” o si quiera tratar de

manera “paternalista” a nuestros pacientes siempre generará peor manejo y pronóstico. En este caso también se aborda el tema del “duelo”. Sí, durante muchas sesiones se ha discutido si en verdad es correcta la definición que se tiene de esta palabra, sin embargo, para fines de esta redacción he considerado que el duelo consta de 5 etapas y no se puede llegar al final sin pasar por cada una de ellas. En caso de la paciente del caso, el perder a quien era su red de apoyo en un momento tan crucial, generó peor manejo y entendimiento de su enfermedad.

5. Conclusiones

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a la realización de su servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), y en este proyecto en particular, cursando un diplomado como parte de ese servicio social?

Sinceramente, no era la manera en la que pensé, realizaría mi pasantía y la última parte de mi carrera, sin embargo considero óptimo confesar que ha sido la experiencia más realista del manejo integral de un paciente en la vida real. Si bien durante el internado aprendí sobre múltiples enfermedades, fue el servicio social la parte de mi carrera que me dio el “golpe de realidad” y de decir, “vaya, ya soy médico y la salud de este paciente depende de las decisiones que tome”. El modelo de atención centrada en la persona tiene muchísimo potencial para ser aquel llevado a cabo por todo el personal de salud en México, sin embargo, no creo que pueda pasar en un futuro próximo. Resultó muchas veces incluso en desilusión ver como ni siquiera aquellos que nos asesoran conocen realmente de qué va el proyecto. No reniego ni es a modo de queja mis comentarios, estoy muy agradecida con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y con todo el equipo que conforma el proyecto, sin embargo, como en cualquier equipo, hay puntos fuertes y débiles, y considero que se necesitan pulir más las acciones que, nosotros los pasantes, tenemos que realizar, ya que, al menos en mi caso, no se me permitió realizar de la manera que se me mencionó al inicio.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a su experiencia con la atención de sus pacientes con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona?

Definitivamente no era algo a lo que estaba acostumbrada, sin embargo me voy con la mejor de todas las experiencias. Me voy con muchísimo aprendizaje de mis pacientes, de personas que depositaron su confianza y creyeron en mi. De persona que realmente mostraron pueden tener automanejo y autoeficacia, y que no siempre el paciente conoce su enfermedad.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las ventajas y a las desventajas que ofrece la institución (la SEDESA), con la implementación de este modelo?

Considero que hace falta difundir más el propósito y manera en que opera el modelo. Sugeriría que se invitara a los jefes de enseñanza de cada unidad para que después no se diga que “no hacemos nada” al querer ejecutar el modelo en sus centros de salud.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las aspiraciones y las realizaciones de quienes viven con enfermedades crónicas (pacientes) y que pudo atender más de una vez a lo largo de su servicio social?

Cada paciente es distinto, y estoy totalmente segura que un paciente que conoce su enfermedad, las complicaciones, los pilares de su tratamiento y cuenta con redes de apoyo tiene un mejor manejo y pronóstico de su enfermedad.

6. Anexos

- a. Se adjunta el informe final entregado a Servicios de Salud

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Alcocer Sánchez Carla
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA	Universidad Autónoma Metropolitana
PROMOCIÓN	Agosto 2022- Julio 2023
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	CST-III Dr José Castro Villagrana, Jurisdicción Tlalpan
PERIODO QUE REPORTA:	Agosto 2022- Julio 2023
FECHA DE ENTREGA:	31 de julio de 2023

2.- SESIONES ACADEMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST-III Dr José Castro Villagrana
NÚMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO	240
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	SÍ
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	10-08-2022 Revisión bibliográfica caso clínico Diabetes Gestacional 15-08-2022 Cáncer de mama 30-08-2022 Úlceras gástricas y duodenales 12-09-2022 Síndrome Nefrítico y Nefrótico 07-09-2022 Invaginación intestinal 28-09-2022 Caso clínico: Hemorragia Obstétrica 05-10-2022 Caso clínico: Violencia infantil 19-10-2022 Caso clínico: Pancreatitis aguda 25 y 27 10-2022 Taller de gasometría 15-11-2022 Día mundial de la vasectomía 08-12-2022 Revisión bibliografía relacionada al caso clínico: Fractura de diáfisis de radio 21-12-2022 Caso clínico: ACLS 10-01-2023 Insuficiencia Cardíaca 25-01-2023 Asma 03-02-2023 Asma 15-02-2023 Caso clínico 15-02-2023 Sesión general: Cardiopatías congénitas (Tetralogía de Fallot y Trasposición de grandes vasos) 21-02-2023 Dislipidemias 06-03-2023 Revisión bibliográfica 23-03-2023 revisión de expediente 05-04-2023 Amenorreas 18-04-2023 Hemorragia pos parto 11-05-2023 Bronquiolitis 25-05-2023 Síndrome de dificultad respiratoria del Recién nacido 13-06-2023 Insuficiencia cardiaca 28-06-2023 Síndrome Nefrítico 03-07-2023 Abdomen Agudo// Traumatismo Abdominal 04-07-2023 Enfermedad de la vesícula biliar 05-07-2023 Patología de la vía biliar 05-07-2023 Sesión general: Efectos de la depresión y/o síntomas depresivos en el control glicémico en pacientes con Diabetes tipo 2 17-07-2023 Úlcera péptica 26-07-2023 Sesión general: Cáncer de mama

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		x
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		x
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)	x	
CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA		x
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLOGICOS (ESPECIFICAR NUMERO Y CAUSA)		x

ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	X Elaboración de cartel de Tamiz Auditivo para Feria de la Salud	
PLATICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NUMERO)		X
OTROS	Asistencia y participación a la Feria de la Salud el 11/06/2023	

4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	65	Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas. Elaboración de historia clínica completa, atención del padecimiento actual, instauración de medidas no farmacológicas y farmacológicas. además consultas de primera vez en consultorio de pediatría
CONSULTAS SUBSECUENTES	530	Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas. Seguimiento de patología, reforzamiento de medidas no farmacológicas y farmacológicas. Actualización de sintomatología del paciente, interpretación de estudios de laboratorio, gabinete con integración y actualización del diagnóstico y tratamiento a corde a las guías de practica clinica y conforme al programa de modelo mnovador centrada en la persona cronica que maneja la uam
HISTORIAS CLÍNICAS	55	Elaboración de historia clínica completa con identificación de factores de riesgo que podamos modificar en primer nivel, o en su caso, referir.
DETECCIÓN DIABETES	20	Detección con medidas de glucemia, hemoglobina glicosilada y estudios de laboratorio, de acuerdo a guías de práctica clínica
DETECCIÓN CACU (NO. DE CITOLOGIAS REALIZADAS)	31	En noviembre de 2022 se realizaron citologías en Programa de detección en Profarma Programa de detección en paciente del Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas Citologías realizadas en el consultorio DOC durante el mes de mayo
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	40	En noviembre de 2022 se realizó exploración de mamas durante el Programa de detección en Profarma Exploración de mamas en pacientes del Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	14	Con el programa de modelo innovador centrada en la persona, se logró la detección de pacientes con hipertensión arterial sistémica, con toma de presión arterial y bitácora.
DETECCIÓN ADICCIONES	7	En pacientes con enfermedades crónicas, se detectó alcoholismo y tabaquismo que afectaban su calidad de vida, por lo que se abordó de manera integral y se solicitó apoyo con psicología.
ATENCIÓN PRENATAL	16	Dentro de la consulta de medicina familiar en el consultorio 10,5,9,4,6 y 2 se brindó consulta de primera vez y subsecuente de control prenatal, con elaboración de historia clínica y nota de evolución respectivamente, con el llenado de formato de historia clínica general y perinatal-base, carnet perinatal, valoración de riesgo del control prenatal en el primer nivel de atención, identificación criterios de riesgo en la mujer embarazada y tarjeta de control de la mujer

		embarazada y en lactancia y otorgando datos de alarma
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	22	Dentro de la consulta de medicina familiar en el consultorio 10, 4, 6 se brindó consulta de primera vez y asesoramiento de adolescentes y mujeres que no deseaban embarazarse. Se apoyó al programa de vasectomía, siendo primer ayudante de la Dra Patricia Flores.
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	160	Dentro del modelo innovador, encontramos a una gran población geriátrica y con síndrome de fragilidad y riesgo alto de caídas, por lo que se reforzaron datos de alarma y medidas de prevención.
CONTROL DEL NIÑO SANO	45	Dentro de la consulta de medicina familiar en el consultorio 10, 9, 5, 4, y pediatría se realizó evaluación integral de la salud: evaluación del estado nutricional, desarrollo psicomotor, estimulación temprana, capacitación a los padres y/o cuidadores, identificación de signos de alarma de iras y edas, vacunación oportuna, guía de ablactación, detección de cáncer en la infancia, suplementación de hierro y vitamina A. Referencia a 2do a nivel en caso necesario
CERTIFICADOS MÉDICOS	30	En el consultorio 10,9,5 11 se realizan certificados médicos para niños que ingresan a escuelas, certificados de discapacidad para personas que viven con capacidades diferentes.
OTROS		<ul style="list-style-type: none"> - Toma de electrocardiograma semanalmente en el consultorio durante el mes de noviembre, posteriormente el electrocardiograma se descompuso y utilizamos el definido para el Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónicas Degenerativas -Se brinda información oportuna sobre la vacunación sars cov-2, influenza y vacunación completa en niños -Se hizo atención de paciente con enfermedad infecto-contagiosa del tipo VIH, con insistencia de su tratamiento y seguimiento en infectología. -Se hace hincapié de la importancia de la lactancia materna, de los datos de alarma en el niño y en la madre en consulta durante puerperio -Acudí a las sesiones programadas por la Universidad Autónoma Metropolitana y el Instituto Nacional de Salud Pública del Modelo Innovador de pacientes que viven con enfermedades crónicas degenerativas. - Acudí a las sesiones mensuales programadas en Casa Frisac para el seguimiento de los proyectos de intervención, en mi caso, al no tener que entregar un proyecto a la jurisdicción acompañó y apoyo a mi compañera pasante en la realización del proyecto "Costos Directos de la Diabetes tipo 2 en el Primer Nivel de Atención" -Se brindó asesoría y supervisión de clases con médicos internos - Durante la semana del 14 al 17 de octubre de tomaron citológicos y exploración de mama en empresa psicofarma -Se realiza 4to encuentro de pacientes que pertenecen al Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónicas Degenerativas en el CST-III-Gerardo Varela Mariscal, participando en su organización y en actividades durante el mismo en noviembre de 2022. - Durante el mes de marzo de 2023 estuve en el consultorio de pediatría, realizando exploración, historias clínicas, interpretación de análisis y propuesta de plan terapéutico para las patologías que

		<p>presentaban los infantes, así como seguimiento y control de niño sano.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza 5to encuentro de pacientes que pertenecen al Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas en el CST-III-Pedregal de las Águilas, participando en su organización y en actividades durante el mismo en junio de 2023. - Asistencia y participación a la Feria de la Salud el 11/06/2023 -Se presentó proyecto de investigación en la sesión general del día 12/07/2023
--	--	---

INDICADOR DE TUTORIA

TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	215	<p>Al iniciar con el programa de Atención centrada en la persona, las consultas fueron supervisadas por asesora.</p> <p>La mayoría de las consultas posteriormente fueron supervisadas por la Dra Mozqueda, además de algunas consultas que fueron supervisadas por la Dra Martha Elisa Rangel, tutora del Modelo Innovador.</p>
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	380	<p>Seguimiento de paciente del programa del modelo innovador y pacientes que se agregaron a la consulta del consultorio 6</p>

EVIDENCIAS

Agosto – octubre 2022



Consulta de Pacientes que viven con enfermedades crónica



Equipo de Modelo Innovador y salud en tu vida

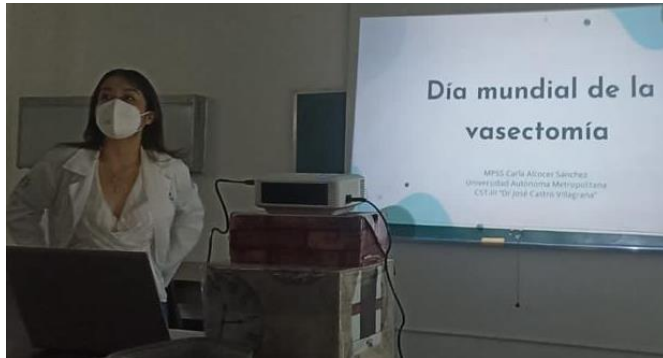


Equipo de pasantes de medicina del CST “Dr José Castro Villagrana”



Asistencia a sesiones generales y capacitaciones

Noviembre 2022 – Enero 2023



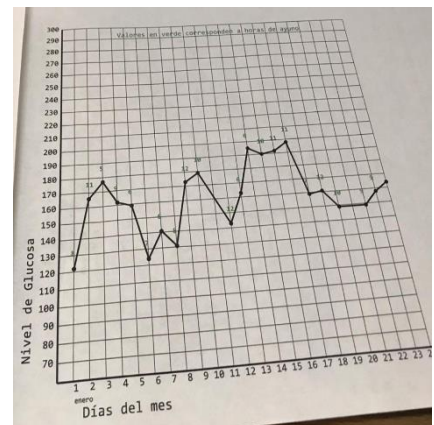
Presentación de Tema: Día Mundial de la Vasectomía



Primer ayudante en programa de Vasectomía



4to Encuentro de pacientes del Modelo de Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas, en CST-III "Dr Gerardo Varela". Coordinación de taller "Alimentación Saludable"



Evidencia de bitácoras solicitadas a pacientes

Febrero – Abril 2023



Equipo de pasantes del Centro de Salud



Participación como ponente



Participación en el reallly “Dieta de la Milpa”



Capacitación con cursos

Mayo – Julio 2023

Ponencias



Bronquiolitis



Abdomen agudo



Efectos de la depresión en el control glucémico en pacientes con Diabetes tipo 2



Cáncer de mama

Feria Nacional de Salud



Equipo de pasantes del Centro de Salud



Plática sobre tamiz auditivo



Equipo del CST "Dr José Castro Villagrana"



Salud en tu vida

5to Encuentro de Pacientes que viven con Enfermedades Crónicas



Taller sobre relaciones interpersonales



Preparación de aperitivos



Pacientes del encuentro



Equipo del CST "Dr José Castro Villagrana"



Retiro y colocación de implante subdérmico
Foto tomada con permiso de paciente



Preparación de 5to encuentro de
pacientes



Pasantes que terminan el Servicio Social en
Medicina



Supervisión de clase con médicos
internos de pregrado