

# Universidad Autónoma Metropolitana

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA: MEDICINA

Nombre del proyecto: Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Cuidado y el Control de Enfermedades Crónicas en el Primer Nivel. Enfoque De Capacidades (MAICP)

Título del proyecto: *"¿Y cuando usted ya no esté, quién me va a cuidar? Aplicacion del Modelo de Atencion Integral Centrado en la Persona en la Unidad Salud de Primer Nivel T-III San Pablo Oztotepec"*

CARLOS EDUARDO CELIS MUÑOZ  
2193070925

PROMOCIÓN AGOSTO 2025-JULIO 2026

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

AGOSTO 2026

El presente documento se realiza con la finalidad de presentar el informe final del servicio social y trabajo final del diplomado correspondiente a la Licenciatura en Medicina. Su origen responde a la necesidad de reflexionar críticamente sobre la experiencia adquirida durante el periodo de servicio social, siendo que, desde el hecho de llevarse a cabo en una población un tanto distante dentro de la misma urbe metropolitana, hasta las sugerencias propias de los pacientes para contratar al pasante dentro de la unidad y continuar con la atención ofrecida, hay una amplia variedad de situaciones que valen la pena analizar y reflexionar bajo los valores y componentes del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP).

En la actualidad, las cifras de incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas y/o metabólicas, corresponde a números muy altos con respecto a las proyecciones que instituciones de salud marcaban hace décadas, por lo que, es inevitable pensar en la raíz del fracaso de las distintas estrategias implementadas por el sector de salud pública. Aunado a que dicho sector, día a día exige una eficiencia cuantitativa más que cualitativa, omitiendo tanto competencias de calidad y atención al paciente como de destreza clínica por parte del personal. Es por ello que el MAICP resulta como una herramienta fundamental a la hora de hablar de nuevas estrategias en cuanto al control de dichas enfermedades, siendo que, sus ventajas a largo plazo corresponden con el aumento de la eficacia financiera y de calidad en el sector salud.

Es así como, en la Unidad de Salud de Primer Nivel T-III San Pablo Oztotepec, se ha permitido la implementación de dicho modelo, incluyendo la contemplación de factores extrínsecos de la fisiopatología de la enfermedad, atendiendo más allá del malestar físico, teniendo en consideración los componentes del MAICP, introduciendo y fortaleciendo el concepto de autogestión. Es bajo esta premisa que el modelo opera, se nutre y se desarrolla en la unidad, argumentando un modelo autosostenible en el que se llegan a acuerdos bajo el concepto de decisiones compartidas, resultando en una práctica clínica eficiente en el entorno físico, social y emocional de la persona llamada paciente.

---

Dicho lo anterior, se desarrollan los siguientes puntos, en cuanto a la implementación del MAICP en el contexto del pueblo originario de San Pablo Oztotepec en la alcaldía de Milpa Alta en la Ciudad de México;

1. **Integración a la plaza, la jurisdicción sanitaria y el centro de salud**, explicando el cómo se me recibió en la región.
2. **El modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas (MAICP)**, donde se describen los componentes del modelo así como su aplicación el contexto de la población.
3. Estructura y componentes del **diplomado**, en donde se expone el esquema general en cuanto al proceso formativo dentro del modelo.
  - a. Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades; aquí se abordan las habilidades necesarias para la aplicación del modelo
  - b. Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados; donde se explican los métodos de reflexión autoconsciente para la aplicación del modelo
  - c. Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas; aquí se expone el trabajo en conjunto de los llamados consejos asesores
  - d. Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos; la exposición de casos clínicos que sirvieron como apoyo para los demás pasantes
4. **Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas**: Presenta el análisis estadístico cuantitativo y descriptivo derivado de la base de datos en Excel (agosto 2025 – julio 2026),

---

abarcando aspectos demográficos, de seguimiento y de control metabólico de la población atendida en el C.S. T-III San Pablo Oztotepec.

5. **Conclusiones:** Expone la valoración crítica e integral sobre la experiencia en SEDESA, el aprendizaje del modelo centrado en la persona, la respuesta institucional y las implicaciones para el ejercicio profesional futuro.
6. **Referencias bibliográficas y Anexos:** Reúne las fuentes consultadas y los respaldos documentales.

Teniendo en cuenta todos los puntos a tocar, vale la pena hacer un énfasis en este proceso de aprendizaje, siendo el pasante el observador activo en este ejercicio, y tomando en cuenta la perspectiva del mismo al desempeñar su labor. La implementación del modelo requiere también el considerar la actitud y resiliencia del pasante, ya que con base en ello dependerá el cómo se desenvuelve en el ambiente a estudiar.

---

## 1. INTEGRACIÓN DE LA PLAZA

- a. **De la Jurisdicción Sanitaria:** La integración por parte de la jurisdicción sanitaria se llevó a cabo en la segunda semana del mes de agosto del 2025, donde en conjunto con mis compañeros pasantes de otras áreas fuimos recibidos por la Dra Danae Juarez Carbajal, directora de la jurisdicción sanitaria, quien ofreció una bienvenida y presentó al personal encargado de los distintos programas. Me gusto que se explicara un poco de la epidemiología y los datos geográficos de la región, ya que en ese momento era la primera vez que yo pisaba la alcaldía de milpa alta, por lo que me sirvió mucho el tener el contexto. Posterior a ello, se inició con la capacitación para dichos programas, con una breve introducción de cada uno y las actividades a desarrollar. En esta inducción se nos presentó el panorama epidemiológico de las principales patologías y los protocolos a desempeñar para la atención de dichos padecimientos, por lo que fue inevitable hablar también de enfermedades crónicas, ya que, como se mencionó en dicho curso, la población de milpa alta presenta números a la alza. Es así como en primera instancia traté de extrapolar el contexto social de la región con la experiencia que hasta ese momento había desempeñado como médico, por lo que me tope con ciertas barreras para con la atención que el MAICP requiere. Hacia el final del curso se expuso el caso en particular de la llamada transición de servicios de Salud Pública a IMSS Bienestar, lo cual resultó bastante interesante en cómo se perciben objetivos similares con metodologías diferentes para ambas instituciones. Esto significa el inicio de lo que sería un año lleno de aprendizaje, retos y resiliencia, así como el considerar el conocer más de la riqueza cultural de la región, la cual representa toda la esencia de milpa alta, como la región de los pueblos originarios de la Ciudad de México.
- b. **Del Centro de Salud:** Una vez terminado el curso de inducción en la jurisdicción sanitaria tuve a bien de presentarme en el centro de salud de

---

San Pablo Oztotepec donde realice mis actividades como pasante. Se nos dio la bienvenida por parte de la responsable de calidad, la Doctora Maritza Galicia Jimenez y el director de la unidad Doctor Hector Manuel Figueroa. De primera instancia se me explicó la dinámica de la unidad, así como los responsables de cada área. Todos fueron muy cálidos y muy abiertos a ayudar en lo necesario. Se me presentó a la responsable del módulo del MAICP, la doctora Isis Tenorio Hernandez, quien nos recibió muy amablemente. Ella me explicó el orden de la consulta que se imparte, y el cómo se trabaja con el sistema de notas médicas en el MAICP. se me presentó a mi compañera pasante que estaría conmigo medio año, me explico más a detalle las actividades, y tuve mucho apoyo de su parte. En su totalidad, la integración a la unidad fue de forma orgánica y precisa.

- c. **Del Modelo de Atencion Integral Centrado en la Persona:** Mi integración al MAICP inicio en el curso de inducción impartido en en el Instituto Nacional de Salud Pública. Durante esa semana se explicó la metodología que rige el modelo, los puntos a enfocar durante la consulta, y el cómo nuestra personalidad de cada uno tiene injerencia en cómo las persona atendidas perciben el servicio médico. Durante esta semana tuve un momento de reflexión en donde me vi obligado a pensar en mí mismo como persona, ya que, si pudiera quedarme con una frase dicha en toda esa semana sería; "La consulta es un encuentro entre la persona llamada paciente y la persona llamada médico". Al principio resulta un poco difícil cambiar toda esta visión que fue construyendo por años, ya que muchas veces comentemos el error de pensar que el médico es quien rige la consulta, que es su dominio y que solo él lleva el control de ello, no nos permitimos darle poder al paciente, tomando una postura paternalista y autoritaria, en donde tampoco nos permitimos ser personas.

---

## **2. El modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas (MAICP)**

Durante años la población en general ha reunido un pensamiento colectivo en cuanto al personal de salud, un pensamiento con tintes de base en la experiencia similares en cuanto a la atención recibida en diferentes instituciones de salud. Muchas y repetidas veces este pensamiento se ve fortalecido con las malas e incómodas experiencias, sobre todo porque en cuanto salud se refiere, se espera obtener una atención oportuna, eficaz y de calidad; aunque en la práctica todo esto se vea limitado por obstáculos intrínsecos de las instituciones. Por ello, desde hace más de 30 años que se iniciaron investigaciones en cuanto a la calidad de la atención médica ofrecida en todo el mundo, tomando en cuenta los recursos de cada sistema, así como la percepción de sus usuarios. Es así como en 1999 Wagner propone (1) un modelo de atención crónica, enfocado en la interacción de dos entidades, el paciente informado y con participación activa y un equipo asistencial integral y preparado, los cuales comúnmente se limitaban al escenario en agudo, apoyando más a una temporalidad continua y crónica. Es en esta propuesta donde se apela a una interacción activa e integral, centralizando la atención en 6 conceptos clave, organización de su atención a la salud, apoyo a la autogestión, diseños de sistemas de atención, apoyo en toma de decisiones, , sistemas de información clínica, y recursos o políticas comunitarias. A partir de este modelo es como surge el modelo expandido propuesto por Barr (1), en el cual se adaptan los principios de promoción de la salud poblacional y la carta de ottawa. concibiendo así un enfoque más integral, considerando determinantes sociales y de salud, aspectos sociodemográficos y de políticas comunitarias (1,2).

El proceso de salud-enfermedad involucra varios aspectos sociales, familiares, culturales, psicológicos aislados conceptualmente, pero entrelazados funcionalmente.

---

Integrando lo mencionado, se adecua el modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP), estableciendo 3 subsistemas que en conjunto (Anexo 1);

- Sistema de salud: Bajo el marco referencial del MAICP, estos se orientan a la redirección de los servicios, con el fin de adecuar la atención a cada persona, basado en sus valores, deseos y creencias. El modelo integra en este campo a los servicios de información, clínica basada en evidencias y en narrativas, y el desarrollo del autocuidado. Su aplicación en el centro de salud de san pablo oztotepec radica en la consulta, ofreciendo al paciente un tiempo cómodo para que pueda contar su experiencia en cuanto a la enfermedad, así como los factores que más valora de ello, en cuales de estos podemos realizar dichas intervenciones. Muy importante mencionar que tales acciones no se limitan al primer nivel, sino que se necesita de un sistema correlacionado entre segundo o inclusive tercer nivel de manera que la persona esté bien informada en cuanto diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Comunidad: Es aquí donde hablamos de cómo la atención médica, según el modelo, trasciende de la consulta tradicional, tomando en cuenta los aspectos sociales, culturales y de comunidad. Se identifica la mayor oportunidad de acción, ya que, los entornos de las personas repercuten directamente en cómo se perciben ellos con las enfermedades crónicas, siendo que se reconoce la convivencia como una herramienta necesaria a la hora de hablar de autocuidado y desarrollo de capacidades a largo plazo. En san pablo se puede ver esta participación en dos momentos, las reuniones del consejo asesor y la consulta. El consejo asesor funge como estrategia para la integración del subsistema de sistemas de salud y de comunidad, implicando que, la conformación del mismo estará dada por las personas que se atienden bajo el modelo, reuniéndose periódicamente en un espacio ofertado por la unidad de primer nivel. Por

---

separado cada una ofrece espacios imprescindibles para abordar al paciente, pero en conjunto forman una línea de acción eficaz y oportuna. Es en las reuniones del consejo asesor donde se abre el diálogo de los intereses en colectivo de las personas, ya que al compartir la experiencia de la enfermedad, también se habla de metas en común. Durante mi experiencia, en cada reunión se hacía un énfasis en que cada persona podrá compartir toda la información ofrecida en el taller, hablando desde temas como su propia enfermedad, así como los medicamentos que se les prescribe. Las personas comentan emocionadas que el saber de todo ello, les da una seguridad mayor a la hora de tomar decisiones en conjunto con el médico. Por otro lado, en la consulta se individualiza la atención, atendiendo a las personas y sus familiares, ofreciendo una información más personalizada, ya que, al acompañar a su familiar, el médico tiene mayor alcance terapéutico, fortaleciendo la acción colectiva en su contexto próximo y remoto.

- La persona: Este se considera el eje central del MAICP, en donde se identifica a la persona llamada paciente, como un agente activo y participativo en cuanto a la gestión de sus propias capacidades para normar su conducta ante la enfermedad. Este punto es importante ya que, es aquí donde a la persona se le conoce en qué es lo que busca en el tratamiento de sus enfermedades, ya que tradicionalmente, las metas de la persona eran dictadas por el médico, cuando la realidad de la persona va más allá de indicadores numéricos y bioquímicos. El MAICP busca conocer los deseos de la persona, con base en ello se busca un camino en conjunto con el equipo de salud. En este sentido, se le brindan herramientas para afrontar su día a día en los aspectos físico, psicológico y social. A esta estrategia se le denomina autocuidado, lo que nos dirige a una autonomía más atractiva y competente de la persona con enfermedad crónica.

---

### 3. El diplomado

El diplomado es la estrategia de formación de los médicos pasantes para la correcta aplicación del MAICP, siendo su objetivo capacitar a los pasantes desde los fundamentos del modelo y en brindar herramientas con base a la información científica de alta calidad, hasta la aplicación en todos los aspectos del modelo. Este se desarrolló en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, consistió en sesiones programadas los días viernes con horario de 8:00- 14:00 hrs, durante el periodo de agosto de 2025 a julio de 2026. En cada sesión del diplomado se abordaba un componente del MAICP, empezando por sus orígenes y estudiando sus implicaciones a largo plazo. En cada sesión se discutió un artículo acorde al modelo, amplificando la noción de conceptos como el autocuidado, la autogestión y los entornos saludables. El diplomado es indispensable para la formación de los pasantes, ya que sin este no se hubiera podido desarrollar el modelo de manera acorde a los artículos. Cada sesión se iniciaba con una retroalimentación por parte del Dr. Victor Rios Cortazar, planteando un enfoque estructurado integrando los valores de las personas atendidas y los valores de quienes las atienden.

En una sesión, se me pidió presentar un artículo en conjunto con una compañera, dicho artículo corresponde al tópico de autogestión, por lo que su entendimiento resultó imprescindible para la apreciación correcta del modelo. Es en este punto donde entendí que las palabras del Dr. Victor, “El pasante está para acompañar a la persona en todo el proceso de enfermedad, brindándole herramientas de autogestión sustentadas en la evidencia científica, implementando una toma de decisiones compartida e informada, llenado así a la persona llamado paciente al empoderamiento de sus procesos de salud-enfermedad.

Hacia el final de las sesiones, se presentaba una retroalimentación de la situación de los consejos asesores de cada unidad, lo cual sirvió como ejercicio de reflexión ante las adversidades de los otros pasantes. Cada situación expuesta me sirvió como aprendizaje para mejorar las conductas que identifique mal en mí que no me permitían

---

aplicar la ideología del modelo de autogestión. Entre los pasantes se discute esta información y se plantean alternativas de resolución tomando en cuenta los recursos disponibles de cada uno.

La relevancia del diplomado radica no solo como estrategia de capacitación, sino también como una herramienta de adecuación, siendo que se podía integrar una correlación de la información discutida con la práctica clínica que cada pasante estaba presentando. Sin este espacio no sería posible compaginar la teoría del modelo con su implementación.

Los componentes del diplomado se dividen en 4 módulos:

- Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.
- Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.
- Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.
- Módulo 4. Fortalecimiento de la acción comunitaria: El Consejo Asesor del Centro de Salud.

El módulo 1, se aplicó durante la primera mitad del año, culminando en un ensayo donde se expone la experiencia de la práctica clínica en el caso particular de san pablo, con lo expuesto en el diplomado.

El caso del módulo 2, similar, se aplicó durante la segunda mitad del año, teniendo a evaluarse con un ejercicio de escritura reflexiva, con base en la experiencia de un paciente de la unidad.

---

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

***“Pero dígame, ¿a usted que se le antoja, doctor?” El paradigma de las relaciones, ¿médico-paciente? ¿O médico-persona? ¿O persona-persona?***

#### **1. Introducción**

En los últimos años, la salud se ha estudiado como un ente dinámico, del que se componen distintos aspectos y facciones. Hablar de salud resulta entonces algo complejo, ya que se sustentan conceptos como bienestar y calidad de vida bajo el argumento de una “buena salud”. Tanto personal de la salud como los usuarios, perciben estos conceptos de manera diferente, de ahí la discrepancia entre cómo se brinda el servicio y cómo se recibe el servicio. Esto impacta directamente en normas y políticas de salud sobre las cuales se trabaja día a día, así como factores de sustentabilidad, calidad del servicio, autonomía, economía, protección social, satisfacción del usuario, entre otras.

El panorama epidemiológico en el país pinta un trazo contundente en torno a las enfermedades crónicas. Se considera tiempo de la enfermedad y el alza en la incidencia, pensando a futuro las implicaciones económicas en cuanto a salud pública. En la práctica diaria se puede observar el cambio conforme al paso del tiempo, en cuanto a que hay mayor disponibilidad de protocolos clínicos, índices de control metabólico y calidad de vida, sin embargo, no muestran una mejoría proporcional. En cuanto a su implementación se ha conceptualizado un modelo tradicional de atención, que impera por mantener poder en los prestadores de servicios de salud sobre los pacientes en cuanto a cómo se debe llevar a cabo un tratamiento sin preguntarse en las capacidades de la persona para cumplirlo, que al exponerse resulta en un conglomerado de facciones que al integrarlas de forma coordinada podemos mejorar la salud de las personas. Como señala Barr et al. (1), el modelo tradicional ha sido predominantemente reactivo, centrado en una atención efímera de la fase aguda de la enfermedad, descartando la necesidad de un sistema de retroalimentación que integre la salud poblacional apoyada en la autogestión que trascienda el tiempo.

Mi interés surge al identificar una brecha existente entre el éxito clínico biológico y la satisfacción meramente subjetiva de la persona. Ya que se cuenta con el antecedente del paradigma médico convencional que se limita al tratamiento de la enfermedad, descuidando las dolencias (experiencia subjetiva). Cuba-Fuentes y Campuzano (2)

---

advierten que la medicina centrada en la persona exige que el clínico no actúa como si un veterinario se tratara, sino como un facilitador que valide los miedos, expectativas y el contexto social del paciente como parte integral de todo el proceso terapéutico.

La reflexión despierta la curiosidad por redefinir qué entendemos entonces por una participación del paciente en su tratamiento. En el primer nivel de atención, persiste la tendencia a evaluar el éxito terapéutico bajo la premisa de que la “adherencia” vista como la obediencia pasiva limitada a la receta médica. Sin embargo, el análisis conceptual de Van de Velde et al. (3) nos obliga a cuestionar esta visión simplista, al demostrar que la autogestión es, en realidad, un proceso dinámico y multidimensional. Según estos autores, la autogestión no se limita a seguir instrucciones médicas, sino que implica el desarrollo de capacidades para manejar tareas de rol y dimensiones emocionales que el modelo biomédico suele ignorar (3). Esta distinción es crucial: si el sistema no reconoce la complejidad de la autogestión, difícilmente podrá fomentar un empoderamiento real.

Este cambio de enfoque orientado a la integralidad encuentra su punto más crítico en la reestructuración del encuentro clínico. La duda que da título a este ensayo, “El paradigma de las relaciones médico-paciente? ¿O médico-persona? ¿O persona-persona?”, no es una simple anécdota, sino el significado de una ruptura necesaria con el paradigma tradicional. Como señala Díaz-Veiga (4), la implementación del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP) exige un cambio cultural profundo donde las personas dejen de ser tratadas como 'objetos pasivos' para convertirse en 'sujetos activos' que participan en la construcción de su propio cuidado. Este proceso hacia un encuentro persona-persona implica que el personal de salud reconozca al otro como un experto en su propia biografía, tal como sugiere Cuba-Fuentes y Campuzano (2) al exigir que nos presentemos como humanos frente a humanos (2,4). Solo en este espacio de horizontalidad y validación de la 'dolencia' es donde la toma de decisiones compartida adquiere sentido real. Al final, este vínculo de confianza es el que permite que la autogestión, en sus dimensiones médica, emocional y de rol (3), deje de ser una prescripción impuesta y se transforme en un proyecto de vida compartido, sustentado por un sistema de salud proactivo, eficiente y humano (1,4).

---

## **2. Objetivo:**

- General
  - Analizar la transformación del proceso de atención en enfermedades crónicas a través del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP), y el establecimiento de relaciones simétricas en valores y experiencia, evaluando la toma de decisiones compartida y el desarrollo de capacidades que fomentan el autocuidado efectivo en el primer nivel de atención
- Particular
  - Confrontar y contestar los conceptos de enfermedad y dolencia como fundamento de la necesidad de humanizar la consulta clínica.
  - Separar y desglosar las dimensiones médica, de rol y emocional de la autogestión, remarcando la diferencia del concepto tradicional de adherencia.
  - Evaluar la importancia de la participación ciudadana y comunitaria en el diseño de procesos de cuidado bajo un enfoque integral (MAICP)

## **3. Justificación**

Nos situamos en el contexto de la población que vive con enfermedades crónicas en el pueblo de San Pablo Oztotepec, Milpa Alta, Ciudad de México. Ya que resulta evidente que existe una contradicción estructural: mientras el modelo busca la comunidad, el sistema administrativo impone una rotación anual de los médicos pasantes, siendo este la causa de la fragmentación del cuidado, que se pensaba como un ente meramente burocrático, sin embargo, actualmente se puede considerar una barrera sobre la cual se interrumpe la construcción de vínculos terapéuticos sólidos y afecta la percepción de seguridad del paciente.

Mi interés genuino en el tema se detona a partir de los comentarios expresados en consulta con una persona perteneciente al modelo. En esta consulta se menciona la frustración ante el cambio constante de médicos pasantes, refiriendo que “no le gustaba la dinámica de despedidas cada medio año”. Sin embargo, en un acto de profunda humanidad y agencia, se propuso celebrar la despedida con una comida especial en honor al pasante que se marcha. Este gesto, resuena a través del tiempo y la circunstancias con una pregunta, “Pero dígame, ¿a usted que se le antoja doctor?”, simbolizando el deseo de paciente de trascender la jerarquía clínica impuesta con el modelo “tradicional”, dejando de ser un ente pasivo de tratamiento para convertirse en

---

un sujeto activo que busca cuidar a quien lo cuida (2,4), validando la premisa de que la medicina deber ser un encuentro entre personas, y no solo doctor y paciente.

Esta vivencia aviva una curiosidad por analizar las implicaciones de la continuidad del cuidado. Si, como señala Cuba-Fuentes y Campuzano (2), la relación médico-paciente es la principal herramienta para abordar la dolencia, ¿qué impacto tiene en el control de autogestión efectiva en el romper el vínculo cada año?. Eso es lo que se intenta vislumbrar, en apoyo con la constante de cambiar el paciente en su entorno, en su contexto. La literatura sugiere que la autogestión efectiva requiere de un acompañamiento proactivo y constante (3). Por tanto, resulta vital cuestionar si la estructura actual del servicio social en México favorece o entorpece el desarrollo de capacidades en la comunidad (1,5).

Finalmente, surge la duda que articula este ensayo: ¿De qué manera la estabilidad y profundidad del vínculo humano en el primer nivel de atención podrían transformar los resultados en salud si el sistema prioriza la permanencia sobre la rotación? Este trabajo se justifica en la necesidad de visibilizar que el MAICP no solo requiere guías clínicas, sino espacios donde la confianza y el reconocimiento mutuo —como el que se gesta alrededor de una mesa compartida— sean reconocidos como pilares de la sanación y el empoderamiento (5).

## **4. Desarrollo**

### **4.1 El encuentro clínico y la gestión del tiempo: más allá de la patología aguda**

Desde el momento en que se te presenta el MAICP, te das cuenta de que no es una atención como se conoce comúnmente, sino que va más allá de la premisa patológica aguda sobre la cual el médico trabaja. Implica un aporte “extra” del médico, en cuanto a inversión de tiempo e interés concierne. Como lo señalan Barr et al. (1), el diseño de los sistemas actuales de salud prioriza la respuesta ante eventos agudos, lo que genera una estructura donde el tiempo resulta escaso para el acompañamiento activo. Ante esta limitación, resulta imperativo administrar estratégicamente el encuentro clínico, identificando elementos que permitan diferenciar entre la enfermedad y la dolencia (2). Lograr esta síntesis mediante preguntas directas y empáticas es el primer paso para transitar de ver a un paciente como un objeto de intervención a reconocerlo como un sujeto activo de su propio cuidado (4).

### **4.2 Las tres esferas de la autogestión y el vínculo humano**

La optimización de tiempo no debe confundirse con una consulta apresurada, sino con una consulta con intención. Para que el paciente desarrolle capacidades reales de

---

autocuidado, el médico debe ser capaz de explorar lo que Van de Velde et al. (3) definen como las tres dimensiones de la autogestión; la médica, la de rol, y la emocional. En San Pablo Oztotepec, por ejemplo, la tarea médica suele ser el único foco, pero la anécdota de la persona que ofrece una comida especial a los médicos pasantes revela la importancia de las otras dos esferas. Ese gesto es una respuesta a la dimensión emocional y de rol; el paciente busca un vínculo de reciprocidad humana que el sistema de rotación semestral de pasantes suele fragmentar.

La rotación constante del personal de salud es, quizás, uno de los mayores obstáculos para el modelo. Cada nuevo pasante representa una nueva explicación de miedos, expectativas y barreras sociales, lo que debilita la "tarea emocional" de la autogestión que sugiere Van de Velde (3). Como proponen Ramos-Feijó y Frances Garcia (5), la participación real en el cuidado sólo es posible cuando existe una continuidad que permita a la persona sentirse un "aliado" en el cuidado de su propia salud. Cuando el paciente pregunta: "Pero dígame, ¿a usted que se le antoja doctor?", está intentando establecer ese vínculo persona-persona, reclamando un espacio donde su salud no sea solo una meta metabólica, sino un proyecto de vida compartido y humano (3,5).

#### 4.3 ¿Y Funciona ? ¿Cómo se miden los resultados?

A pesar de los beneficios evidentes de transitar hacia un modelo que reconoce la humanidad como factor clave, la práctica clínica en el primer nivel de atención se enfrenta a una limitación metodológica: la dificultad para medir y evaluar este enfoque. Como señalan Pascual Lopez et al. (6), la falta de una definición única y universal de la Atención Centrada en la Persona ha derivado en una escasez de herramientas validadas para monitorear su implementación en las unidades de salud. En el caso de San Pablo Oztotepec, es fácil medir el control glucémico de un paciente, pero el sistema actual carece de instrumentos para capturar la calidad del encuentro humano o el grado de toma de decisiones compartida

La revisión sistemática de estos autores identifica que, para evaluar realmente la calidad y el impacto del MAICP, no basta con encuestas de satisfacción superficiales; se requiere medir dimensiones específicas como la comunicación, el empoderamiento y la participación activa del paciente (6). Si no contamos con indicadores que valoren el "vínculo persona-persona" y el desarrollo de capacidades, corremos el riesgo de que el esfuerzo extra que el médico invierte (como el interés por la dolencia y la biografía del paciente) sea invisible para las instituciones. Por ello la integración de cuestionarios validados en la consulta diaria es fundamental para que el sistema reconozca que un paciente que se siente acompañado y escuchado es, en última instancia, un paciente con mejores pronósticos de salud (4,6)

---

Es fundamental reconocer que el MAICP no es una “utopía romántica” de la consulta, sino como una estrategia de intervención de autogestión con evidencia sólida. Huang et al. (7) confirma que las intervenciones de autogestión tienen un impacto directo y positivo en la autoeficacia y calidad de vida, lo que respalda la necesidad de involucrarse más con el paciente formando un vínculo humano. Sin embargo, para que este modelo florezca en el sistema de salud mexicano, se requiere una propuesta de mejora estructural: es imperativo transitar de una administración basada en rotar al pasante, hacia una política de permanencia y continuidad del cuidado. Mi propuesta radica en incentivar la estabilidad de los equipos de salud en las comunidades, permitiendo que el médico deje de ser un visitante temporal y se convierta en un actor social integrado. Solo mediante la permanencia se puede garantizar que el desarrollo de capacidades no se vea interrumpido y que el sistema empiece a medir el éxito no solo por el control de los parámetros biomédicos, si no por la solidez de la relación persona-persona y la recuperación de la agencia del paciente (6,7)

## **Conclusión**

A lo largo de este trabajo se ha evidenciado que el MAICP no es simplemente una alternativa técnica, sino una necesidad ética y científica ante la crisis en el alza de las enfermedades crónicas en el sistema de salud mexicano. La transición desde un enfoque biomédico absolutista hacia un encuentro persona-persona exige reconocer que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino la capacidad de la persona para gestionar su vida con dignidad y autonomía.

El respaldo a esta visión no es solo humanista: es también empírico. Como lo demuestra el meta-análisis reciente de Huang et al. (7), las intervenciones de autogestión tiene un efecto significativo y positivo en la autoeficacia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. El estudio menciona que, cuando el sistema proporciona las herramientas adecuadas, los pacientes no solo mejoran sus indicadores biológicos, sino que también fortalecen su capacidad para enfrentar los desafíos diarios de su condición (7). Sin embargo, como advierten Entwistle et al. (8), este apoyo no debería ser instrumental ni impositivo. El verdadero éxito del MAICP radica en capacitar a la persona para que viva bajo sus propios términos. En este sentido, el gesto de la persona de la pequeña comunidad de San Pablo Oztotepec al preparar una comida para los médicos pasantes es una manifestación de esa autoeficacia y agencia que la ciencia aún busca medir y promover (3,7)

Para que el modelo pueda sostenerse el sistema debe resolver sus contradicciones estructurales. La escasez de tiempo, la rotación constante de personal y la falta de indicadores que midan la calidad de la atención humana actúan como barreras que desgastan la confianza (1,5,6). Es imperativo que la gestión pública reconozca que el

---

aporte extra de humanidad que el médico invierte en la consulta es, en realidad, la intervención clínica más efectiva a largo plazo.

Finalmente, la pregunta “¿que se le antoja doctor?” deja de ser una interrogante de sentido banal para convertirse en una declaración de principios. Representa el momento en que el paciente rompe el silencio del “objeto pasivo” y exige ser visto como un igual, un símil. Si como profesionales tenemos la humildad de aceptar ese encuentro genuino, estaremos cumpliendo con la verdadera promesa del MAICP: transformar el sistema de salud en una plataforma que no solo trata enfermedades, sino que facilite vidas que valgan la pena ser vividas (2,8).

## Bibliografía

1. Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73–82.
2. Cuba MS, Campuzano J. Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Revista Médica Herediana*. 2017 Jul 4;28(2):116-.
3. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ open*. 2019 Jul 1;9(7):e027775.
4. Díaz-Veiga P. El Modelo de Atención Centrado en la Persona: qué es y por dónde empezar. *Informe Cuídemí*; 2020. p. 66-71.
5. Ramos-Feijóo C, Francés García F. Participación en los procesos de cuidados desde el modelo de atención integral y centrada en la persona (MAICP). *Prisma Soc*. 2021;(32):45-68.
6. Pascual López JA, et al. Cuestionarios de atención centrada en la persona... *Aten Primaria*. 2020;52(10):738-49.
7. Huang Y, Li S, Lu X, Chen W, Zhang Y. The Effect of Self-Management on Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*. 2024;12(21):2151.
8. Entwistle VA, Cribb A, Owens J. Why Health and Social Care Support for People with Long-Term Conditions Should be Oriented Towards Enabling Them to Live Well. *Health Care Anal*. 2018;26(1):48-65.

---

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

Ejercicio de Escritura Reflexiva (Modelo de Driscoll)

#### Resumen Clínico

Se trata de una persona que acude a consulta en el modelo integral, femenina de 68 años de edad, la cual cuenta con diagnóstico de base de Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertension arterial sistémica, en manejo con Metformina/Sitagliptina: 850 mg / 50 mg, 1 tableta cada 24 horas, Irbesartán/Hidroclorotiazida: 150/12.5 mg cada 12 horas. Presenta bitácora de presiones con cifras hipertensivas en Mayo de 2026, la persona la relaciona a situaciones estresantes dentro del ambiente familiar, en específico con su hija. Así mismo, menciona presentar sensación de malestar general, por lo que acude a servicio de urgencias, donde se diagnostica de inicio una infección de vías urinarias complicada, se realizan estudios de imagen donde se detecta tumor en región suprarrenal de características inespecíficas, por lo que se decide su envío al servicio de cirugía general en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, donde se realiza una nefrectomía radical derecha. Actualmente a la espera de resultados de biopsia de dicho órgano. Menciona presentar mejoría de sintomatología así como cifras de presión dentro de metas. La persona refiere mejoría en la relación con su hija así como disminución de situaciones estresantes.

#### 1. ¿Qué?

Durante mi servicio social atendí a Teresa, una persona de 68 años con un complejo historial de comorbilidades. En octubre de 2025, presentó un descontrol hipertensivo fuertemente ligado a una situación de violencia económica en su hogar, por parte de su hija mayor. El suceso crítico y dilema de mi práctica se desató al querer activar el protocolo para el aviso al Ministerio Público (MP). (1)(2) Teresa se opuso tajantemente en un principio; su deseo era proteger a su hija, evitarle problemas legales y mediar la solución por sí misma en un contexto más familiar. Al comentar algunos posibles desenlaces al proseguir con el aviso al MP, Teresa se mostró firme con su decisión, ya que ella mencionaba tener fe en que su hija pensara mejor las cosas. Así fue como acepté los términos de Teresa, bajo la premisa de que se podría conducir de una manera diferente toda la situación. Sin embargo, al verse completamente superada por los factores de violencia económica, quedó atrapada en un ciclo sin fin de malestar físico y emocional crónico. Este ciclo de aparente "resistencia al tratamiento" no cesó hasta que, meses después (en abril), tras un ingreso a urgencias por una infección urinaria complicada, se le detectó incidentalmente un tumor suprarrenal que culminó en una nefrectomía radical derecha. A raíz de esta vivencia, Teresa menciona que la relación con su familia ha mejorado considerablemente, ya que, como ella cuenta, la

---

perspectiva que tuvo su hija con todo este proceso reavivó una oportunidad a que pudiera surgir una empatía activa por su madre, lo que permitió abrir canales de comunicación. Esta situación generó una necesidad de análisis, ya que muestra que el bienestar de la persona no depende de una intervención biomédica aislada, sino de resolver la encrucijada donde colisionan las crisis familiares, las patologías crónicas y el bienestar de uno mismo.

## **2. ¿Y qué?**

Para Teresa, el aviso al MP no representaba inicialmente una vía de ayuda, sino una amenaza a su rol de madre y a la estructura de su hogar. Su valor principal era la protección de su hija, y su expectativa era ser el agente mediador de su propio conflicto. Al ignorar su contexto y sus miedos, el modelo de atención tradicional habría calificado su oposición como "no adherencia" o "falta de apego". Fue oportuno validar su autonomía y entender que su insistencia en mediar la situación la llevó a un agotamiento extremo, donde los factores de violencia económica la superaron por completo, perpetuando su malestar. Curiosamente, la resolución de su salud requirió dos intervenciones paralelas: el soporte continuo del equipo de salud para que ella aceptara el seguimiento legal del MP y la extirpación quirúrgica del tumor suprarrenal. Hoy, la paciente no solo muestra cifras de presión en metas, sino una mejoría real en la relación con su hija y una disminución del estrés, lo que demuestra que escuchar sus tiempos y respetar su dignidad familiar fue la clave para romper ese ciclo.

Este escenario confrontó directamente mis propios pensamientos en lo que respecta a la ética, ya que experimenté una gran frustración e impotencia cuando Teresa rechazó el aviso al MP en la primera consulta, siendo que mi único objetivo era ayudar a que se sintiera mejor, pero desde mi perspectiva.(3) Como médico, caí en el error de querer imponer la solución "más lógica" bajo una postura paternalista de protección, sintiendo incomodidad ante su negativa y rechazo. Me costó entender que forzar el trámite jurídico contra su voluntad podría romper la alianza terapéutica. Este caso derrumbó mi fantasía de "médico infalible" que todo lo resuelve con una orden o una receta; me enseñó a tolerar la incertidumbre y a comprender que el ritmo de la recuperación social y emocional lo dicta el paciente, no el profesional de la salud.

Esta experiencia ejemplifica cómo el contexto social de la salud actúa en sinergia con la patología médica.(4) Biológicamente, el tumor generaba una sobrecarga hemodinámica; socialmente, la violencia intrafamiliar provocaba un estrés neuroendocrino sostenido. Teresa estaba atrapada: el estrés familiar empeoraba su susceptibilidad orgánica, y su malestar físico disminuía su capacidad para afrontar la

---

violencia. El llegar acuerdos bajo una escucha activa en cuanto los deseos y perspectivas de la persona, en lugar de obligarla, facilitó el poder acompañarla en su proceso de mediación interna mientras se vigilaba su salud, posibilitando que ella misma notara cuándo la situación la había superado y aceptara el apoyo psicológico y el seguimiento del MP post-consulta, coincidiendo finalmente con el abordaje quirúrgico que liberó su cuerpo de la carga del tumor.

Es en el proceso de recuperación post quirúrgico donde hacemos énfasis en la importancia de la red de apoyo más próxima; la familia. Sobre todo en este caso donde el factor detonante de malestar biopsicosocial estaba ligado a la misma, lo que debería significar un soporte socioemocional. El permitirnos sentir emociones nuevas ante la adversidad del momento nos ofrece la oportunidad de reflexionar y de confrontarnos a nosotros mismos en contra a los pensamientos y creencias más arraigados a nosotros, y en sentido estricto a la práctica médica, nos permite evolucionar hacia un razonamiento clínico más integral y humano.

### **3. ¿Para qué?**

La experiencia vivida con Teresa me orillo a replantear el propósito y sus medios de mi práctica profesional, transformando la ideología tradicional en un abordaje donde la integridad de la persona es el eje fundamental. Este planteamiento expuso que el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona no es idea teórica, sino una necesidad clínica metodológica, puesto que la resolución de la crisis (en este caso) no provino de un fármaco aislado, sino del trabajo continuo en ofrecer herramientas de acompañamiento y que la persona sea consciente de sus capacidades. El alcance de la situación médica y legal confrontó directamente a la dinámica familiar con la fragilidad de Teresa, lo que no solo permitió llegar a cifras de presión arterial dentro de las metas terapéuticas, sino que además expuso la perspectiva de la hija que tuvo que reflexionar sobre sus conductas y su propia salud. A partir de este suceso, me permito proponer compromisos y acciones concretas que dependen enteramente de mi desempeño y decisiones en la práctica profesional, desde su abordaje inicial hasta el agotamiento de los recursos disponibles para la persona. Asimismo, vale la pena pensar en una propuesta de consulta subsecuente como un espacio sistémico relacional, dejando de enfrascar al familiar o acompañante como un mero espectador pasivo del tratamiento. (3)(4) Es conveniente resaltar el involucrar activamente el contexto próximo y remoto así como en toma de decisiones compartidas, evaluando sistemáticamente en cada consulta la disminución de las situaciones estresantes en el hogar, entendiendo que la restauración de estos vínculos es un indicador de éxito terapéutico tan valioso como la curación de los tejidos. Finalmente, me permito

---

mentar la importancia de implementar metodologías dinámicas con el fin de ofrecer comodidad e involucramiento progresivo de la persona en su tratamiento, ya que en la mayoría de ocasiones resulta positivo el ofrecer el primer paso hacia el compartir un espacio seguro como lo puede ser una habitación de su hogar como lo puede ser un consultorio. Consiguiente de ello es oportuno mencionar el agotamiento de las posibilidades institucionales, como la aplicación de protocolos que integren la salud mental y el contexto emocional como pilares o variables modificables que sustenten las decisiones compartidas con las personas y el equipo de atención. Soy consciente de las implicaciones que representa tener tales conclusiones, pero la evidencia expone que ya no solo se habla de la idea teórica, sino que ya se emplean metodologías con matices que rayan en lo neurofuncional y conductual. Y si este es el camino que podemos seguir hacia el acompañamiento activo de las personas en su enfermedad, no parece que sea un camino incorrecto, si no, una oportunidad de vivir como si no se tuviera tal enfermedad.

#### Bibliografía.

1. Secretaría de Salud (MX). Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. México: Diario Oficial de la Federación; 16 de abril de 2009.
2. DE ASISTENCIA SA, DE AM. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
3. Dharmasaroja P. Empowering reflection and reflective writing in medical education. *Rama Med J*. 2024;47(2):57-69. doi: 10.33165/rmj.2024.47.2.267231
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763

---

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

Para la línea de acción de la comunidad se contemplan dos enfoques, en la construcción de entornos saludables y el fortalecimiento de la participación y acción comunitario, cada uno cuenta con objetivos propios, pero con el fin en común de aumentar el interés en el autocuidado y control de sus enfermedades crónicas a partir de las metas colectivas. En el MAICP se contemplan entonces los Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas, siendo espacios de reunión de los distintos consejos asesores de la región, que normalmente se celebran cada 6 meses, viendo como oportunidad de acción la implementación de dinámicas comunitarias basadas en los intereses que permitan el desarrollo de capacidades para transformar su entorno. De la misma forma, sirve como espacio de presentación de proyectos de los distintos consejos asesores a partir de las necesidades dinámicas colectivas.

Otra ventaja que ofrece el encuentro de personas es el poder visualizar los entornos familiares de las personas atendidas, ya que los espacios no son exclusivos para los integrantes del consejo asesor, sino que también es un espacio para darle voz y cara a las opiniones de los propios familiares. Esto sirve muchísimo, ya que logra consolidar la información de parte de la persona atendida y de parte de su familia, al establecer esta consolidación de información y experiencia, se fortalece aún más el desarrollo de los entornos familiares.

El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas al que asistió el Consejo Asesor de la unidad San Pablo Oztotepec se llevó a cabo el 23 de abril de 2026, en el Centro de Salud de Villa Milpa Alta, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de la alcaldía Milpa Alta. En este participaron dos centros de salud: San Pablo Oztotepec y Dr. Gaston Melo, todos pertenecientes a la misma jurisdicción, contando con la presencia de 18 participantes formando dos mesas de discusión.

El tema a tratar iba en dirección a dos preguntas; ¿Cómo podemos mejorar nuestra salud? y la segunda, en relación al mundial de fútbol donde se hace uso masivo de una cantidad impresionante de publicidad sustentada por alimentos no saludables, pero encaminada a la promoción del deporte, ¿cómo podemos hacerle frente a este panorama en el contexto del hogar o como comunidad?

En estas mesas de discusión, yo tuve el papel de relator, por lo que no tuve alguna intervención en la conversación salvo el registro de la misma. Fue un tanto difícil al principio, sin embargo, al contar una cosa en común cada integrante pudo aportar más y más hasta que fluyó de manera orgánica para todos. Mucho de lo comentado en la pregunta inicial apelaba a la información que cada persona había tenido en su consejo

---

asesor, algo de lo que más recuerdo de ese día fueron oraciones como; “hablé con mi enfermedad y nos pusimos de acuerdo”, “me han dado mucha confianza en el modelo tanto que ya no existe para mí la comida de diabético”, “aceptar que tengo un problema y que necesito ayuda”. Derivado de la conversación, todos concordaron en que la forma de mejorar el cuidado de la salud es mediante un trabajo en equipo con los profesionales de la salud y con la participación de las personas que viven sus enfermedades todos los días. Es en este punto que se menciona la presentación de una exposición de comida regional saludable así como una degustación de los mismos, por lo que se acordó el planificar dicha reunión y compartir la idea con las demás regiones sanitarias.

Rumbo a la segunda pregunta relacionada con el mundial de fútbol, hubo una discusión variada en opiniones, ya que se comentó que si bien, la publicidad de dichos alimentos resulta muy atractiva, aún hay estrategias para consumir alimentos saludables para continuar con el control de las enfermedades crónicas. Algunos comentarios incluían: “comer en porciones controladas nos lleva un mejor control”, “inculcar cultura de la alimentación desde la infancia mejora la calidad de vida de los niños y consecuentemente de los adultos”, “la información que se comparte es indispensable porque cambia el entorno”, “enseñar una cultura de actividad física y hábitos saludables”. Se propusieron realizar alternativas a la comida chatarra, incluyendo tablas de queso, o cocteles de fruta, aunado a realizar encuentros de partidos para las familias.

Como conclusiones, pude observar que durante la discusión, muchas personas encontraron cierta identidad dentro de las experiencias de otros, ya que muchos comparten las mismas enfermedades, y se comentan los mismos escenarios, el actuar y afrontar fue lo que cambió, por lo que cada experiencia comentada sirvió como punto de apoyo para los demás. Esto fue clave, ya que al final, se llegaron a acuerdos, basados en las necesidades que compartían, y que decidieron hacer algo no solo por sí mismos, sino por el apoyo que reciben unos de otros. Con esta experiencia se ve fortalecida la acción comunitaria, y la toma de decisiones en conjunto, con el fin de mejorar la salud en cualquier escenario.

---

## Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica

|                                               |                                    |                             |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA</b>     | <b>Coordinador(a): Ana Navarro</b> | <b>Página: DE</b>           |
| <b>Relator(a): Carlos Eduardo Celis Muñoz</b> | <b>Grupo: 2</b>                    | <b>Fecha: 23/abril/2026</b> |

### 1. Personas participantes:

| <b>Nombre</b>                  | <b>Sexo</b> | <b>Edad</b> | <b>Centro de Salud</b> |
|--------------------------------|-------------|-------------|------------------------|
| MARIA DEL ROSARIO PÉREZ FABILA | F           | 61          | San Pablo Oztotepec    |
| EVA RIVERA PALMA               | F           | 70          | San Pablo Oztotepec    |
| REYNA FUENTES MAQUEDA          | F           | 58          | San Pablo Oztotepec    |
| HUMBERTO ROJAS                 | M           | 76          | San Pablo Oztotepec    |
| NORMA CORTES ADAM              | F           | 45          | Gaston Melo            |
| MARGARITA CORELLA GRACES       | F           | 70          | Gaston Melo            |
| ENRIQUETA ADAM                 | F           | 59          | Gaston Melo            |
| VICTOR GARCIA YAHURTO          | F           | 70          | Gaston Melo            |
| MARICRUZ RIVERA PALMA          | F           | 70          | San Pablo Oztotepec    |
|                                |             |             |                        |

## 2. Datos de la Sesión del Grupo de Discusión

### Objetivo de la sesión:

- a) Generar propuestas que fortalezcan el cuidado y el control de nuestras enfermedades crónicas, ya sea en lo personal, lo familiar, en el centro de salud, en lo grupal y en lo comunitario.
- b) Fortalecer nuestros lazos comunitarios para lograr una vida saludable para todas y para todos

**Hora de inicio:**

**Hora de finalización:**

### 3. Agenda de la sesión:

| Horario | Actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Presentación de coordinador(a) y relator(a)</li><li>2. Presentación de cada persona integrante del grupo<br/><i>Nombre, centro de salud, ¿Por qué decidí participar en este Encuentro?</i></li><li>3. Encuadre:<br/>Ver la guía <i>Presentación y guía 3 de preguntas 9º Encuentro</i>.</li><li>4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias<br/><br/>Ver la guía <i>Presentación y guía 3 de preguntas 9º Encuentro</i>.</li><li>5. Cierre:<br/>¿Qué aprendimos en esta sesión?<br/><br/>Puntos importantes a presentar en la plenaria<br/><br/>Agradecimiento y cierre de la sesión grupal.<br/>Volver a la plenaria.</li></ol> |

---

#### 4. Descripción detallada de la sesión:

*Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller Utilice tantas hojas como sea necesario*

##### Dinámica de presentación y o “rompe hielo”: OPCIONAL

Aproximadamente 10 minutos

- SE PRESENTAN LAS PERSONAS EN CUANTO A LO QUE HAN VIVIDO Y APRENDIDO EN EL MODELO Y EN EL CONSEJO ASESOR
- EL AMBIENTE ES UN POCO TENSO AL EMPEZAR LA CONVERSACIÓN, EL CONOCERNOS Y PRESENTARNOS . POCO A POCO EMPIEZA A FLUIR LA CONVERSACION
- TODOS EXPLICAN DESDE SU PERSPECTIVA EL CÓMO ES VIVIR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, BASANDO SU RESPUESTA EN SUS EXPERIENCIAS.
- SURGEN COMENTARIOS EN CUANTO A LA EXPERIENCIA  
“Entre las dos nos tenemos que apoyar, yo y la enfermedad”
- LOS FAMILIARES PRESENTES HABLAN DEL CÓMO SE PERCIBE LA ATENCIÓN QUE SE LE BRINDA A LA PERSONA, YA QUE ELLOS TAMBIÉN NOTAN UN CAMBIO EN CUANTO AL MODELO TRADICIONAL
- LA DOCTORA ASESORA HACE UN APOORTE COMENTANDO QUE EL MODELO SE SOSTIENE TANTO POR LOS PASANTES COMO POR LOS PACIENTES
- LAS PERSONAS HABLAN DESDE SU MOTIVACIÓN SOBRE EL CÓMO MEJORAR SU ESTADO FÍSICA
- PARA ESTE PUNTO LA CONVERSACIÓN FLUYE DE MANERA ORGÁNICA

##### **NOTA:**

*Relatora o relator; por favor:*

*Describa el ambiente (tenso, relajado, alegre, etc.) que se crea en el grupo y en las parejas que estén platicando.*

---

**Descripción detallada de la sesión:**

*Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller Utilice tantas hojas como sea necesario*

**2º momento**

**Diálogo en el grupo de discusión**

Aproximadamente 60 minutos

**Encuentro de Personas que vivimos con enfermedades crónicas**

Estamos realizando el 9º Encuentro de Personas que Vivimos con Enfermedades Crónicas

Este Encuentro, y los 8 anteriores, forma parte del proyecto que hemos llamado “Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas”.

Es un proyecto que iniciamos en 2019, apenas un poquito antes de la pandemia, con la colaboración de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y que ahora opera el IMSS-Bienestar; el Instituto Nacional de Salud Pública y la UAM Xochimilco.

Una de las características importantes de este modelo es que pone en el centro, como lo más importante, a las personas que viven con enfermedades crónicas, a sus familias y a sus comunidades.

**¿Qué significa poner a las personas en el centro de la atención clínica?:**

Significa no solo entender su enfermedad, que es importante; sino además, comprender lo que les significa vivir día a día con sus enfermedades crónicas.

Comprender sus experiencias, sus inquietudes, sus emociones y sus aspiraciones.

Comprender su entorno familiar, vecinal y social en general; así como la red de apoyo que puede estar a su alcance.

---

Lograr una relación de comprensión y de colaboración entre quienes vivimos con enfermedades crónicas y quienes nos atienden.

Tomar de común acuerdo las decisiones que valoremos como convenientes para el cuidado y el control de nuestras enfermedades crónicas

Una relación que debería irse profundizando poco a poco con el tiempo y mejorando conforme vamos logrando las metas acordadas.

Se trata de lograr que quienes vivimos con enfermedades crónicas seamos personas autónomas, capaces de nuestro autocuidado. Sí, personal, pero también colectivo, que entre todas y todos nos apoyemos y nos acompañemos.

### **¿Qué es el Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas?**

Uno de los aspectos que forman el Modelo de atención integral centrado en la persona, es el que llamamos de “Comunidad”

Formamos una comunidad cuando convivimos, nos reconocemos mutuamente y establecemos relaciones de colaboración en busca de un bien común, el bienestar de todas y todos.

Así que el Encuentro, como este en el que estamos, busca que nos formemos como una comunidad de personas que vivimos con enfermedades crónicas.

El Encuentro es, entonces, este espacio para conocernos, dialogar, reflexionar y así, entre todas y todos, encontrar formas de ayudarnos, incluso de que mejoren los servicios de salud y de lograr la vida saludable a la que tenemos derecho.

**Por eso estamos hoy aquí en este grupo pequeño; para conocernos, para platicar, reflexionar y, si podemos, hacer nuestras propuestas:**

Acabamos de ver los resultados de cómo vamos en nuestra atención clínica

Acabamos de ver lo que han logrado nuestros consejos asesores para mejorar el cuidado de nuestra salud y la de otras personas

Teniendo en cuenta estos resultados y estos logros, les proponemos que platiquemos sobre dos preguntas:

1. ¿Cómo podemos mejorar el cuidado de nuestra salud?

- ✓ En lo personal
- ✓ En lo familiar
- ✓ En el centro de salud
- ✓ En nuestro grupo
- ✓ En nuestra comunidad

Elijamos uno o dos de estos niveles y respondamos la pregunta respecto a esos niveles

• EVA

- HABLÉ CON MI ENFERMEDAD Y NOS PUSIMOS DE ACUERDO
- ME DOY CUENTA QUE CON MI ALIMENTACIÓN INFLUYE EN LA VISTA Y SI COMO MUCHO NO VEO
- SE HACEN DISTINCIONES CON RESPECTO A MI CERCANOS COMIDA PARA DIABÉTICO Y COMIDA PARA NO DIABÉTICOS
- ME HAN DADO MUCHA CONFIANZA EN EL MODELO TANTO QUE YA NO EXISTE PARA MÍ LA COMIDA DE DIABÉTICO

*Relator o relatora: Describa el diálogo, qué es lo que argumentan las personas. No incluye interpretaciones de lo que usted cree que alguien quiso decir. Sí puede hacer anotaciones de momentos que ocurren en la sesión y que son sobresalientes; por ejemplo, se produce un momento en donde todas la persona ríen y celebran 2 la ocurrencia de alguien.*

*NO es necesario que trate de anotar textualmente todas y cada una de las intervenciones de las personas (excepto que haya hecho una buena grabación y quiera transcribirla)*

*Utilice cuantas hojas sean necesarias*

• HUMBERTO

- BUENO, YO QUIERO COMPARTIR. YO CUANDO ME DETECTARON LA DIABETES, YO ME SENTÍA MUY MAL. YO TRABAJABA DE TAXISTA, ANDABA YO EN LA CALLE. PUES LLEGÓ EL MOMENTO EN QUE YO ERA MÁS LO QUE DORMÍA QUE LO QUE TRABAJABA. YA CUANDO VEÍA QUE IBA EL TIEMPO, ANDABA YO APURADO Y EL

---

MISMO ESTRÉS HACÍA QUE ME PUSIERA UN POCO MÁS, MÁS MALO. HASTA QUE LLEGÓ EL MOMENTO EN QUE DIJERON EN MI CASA: "¿Sabes QUÉ? VAMOS A VER AL DOCTOR". LE DIGO A MI ESPOSA: "¿PARA QUÉ?". "VAMOS A VER AL DOCTOR". BUENO, YO LE DIGO: "¿PARA QUÉ? PARA QUE ME DIGA QUE TENGO ESTO Y ESTO, PREFIERO IGNORAR LO QUE YO TENGA". "NO, DICE, VAMOS A VER AL DOCTOR". CUANDO ME LLEVARON A VER AL DOCTOR, YO ANDABA ALREDEDOR DE 500 DE AZÚCAR EN ESE TIEMPO. YA ME VIO EL DOCTOR Y YA CHECÓ ESO, VAMOS A VER CÓMO LE CAE LA INSULINA Y LA METFORMINA. Y DE AHÍ EMPECÉ, YA DESPUÉS LLEGUÉ AL CENTRO DE SALUD Y ME EMPEZARON A ATENDER ALLÍ LOS DOCTORES. HASTA LA FECHA TENGO MUY BUENA ATENCIÓN AHÍ. Y PUES VOY BIEN YA, YA AHÍ LA LLEVO COMO DICE. Y VIVO MUY AGRADECIDO A TODOS LOS QUE HAN PASADO POR AHÍ Y QUE ME HAN ATENDIDO. ES LO QUE PUEDO YO PUES DECIRLES.

- MARIA
  - LA FALTA DE MEDICAMENTOS HA SIDO UN OBSTÁCULO PARA EL CONTROL
  - AÚN CON ESA FALTA HAY VARIAS FORMAS DE COMPENSARLO POR EJEMPLO LA DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA
- MARICRUZ
  - INTEGRARNOS A LOS GRUPOS DE ADULTOS MAYORES PARA VIVIR UNA VIDA SALUDABLE
  - NO HAY POR QUÉ LLEGAR AL A VER QUÉ PASA SI NO ME TOMO MI MEDICAMENTO
  - SIGO PENSANDO EN QUE NO LA TENGO
  - EN EL CENTRO DE SALUD NO SE TOMAN EL TIEMPO DE EXPLICARNOS EN QUÉ CONSISTE NUESTRA ENFERMEDAD. SIMPLEMENTE TE DICEN: "TIENES DIABETES", Y SI RESULTA QUE UNO TIENE UN FAMILIAR CON DIABETES, QUE YA LE CORTARON UN PIE, QUE YA LO DIALIZARON, LUEGO LUEGO SIENTE LO QUE PASÓ... PRIMERO FUE UNO Y DESPUÉS FUE CON EL OTRO. PERO SI TÚ SIGUES AL PIE DE LA LETRA LO QUE LES DECÍA, ESAS CINCO PALABRAS QUE SE QUEDARON CONMIGO... Y A ESOS COMPAÑEROS LO QUE PASA QUE YO DECÍA: "YO NO QUIERO QUE ME HAGAN PREGUNTAS, YO NO QUIERO QUE... YO SOLITA TENER MI... GUARDADO TODO MI... MI ESPACIO", PERO UNO SE HACE... UNO SOLITA EN ESE PASO... Y EMPECÉ, Y YA EMPECÉ CON MI VIDA NORMAL. Y ACEPTÉ... MI DUELO EMPIEZA... ACEPTAR QUE YO SOY DIABÉTICA, ACEPTAR QUE SOY HIPERTENSA, ACEPTAR QUE TENGO UN PROBLEMA Y QUE NECESITO AYUDA INTERDISCIPLINARIA.
- NORMA
  - ME INVITÓ MI MAMÁ Y HE VISTO EL PROCESO DESDE QUE ELLA ENTRÓ AL TALLER.
  - LA VEO MÁS CONTENTA, COMO CON MÁS GANAS DE VIVIR, MÁS EMOCIONADA
  - ANTES DECÍA QUE POR TENER DIABETES, POR TENER HIPERTENSIÓN, DECÍA: "NO, ES QUE YA... YA ME VOY A MORIR, YA NO LE VEO SENTIDO A MI VIDA". Y AHORA SU FORMA DE PENSAR DE ELLA YA ES DIFERENTE.
  - VER A LAS PERSONAS QUE HACEN EJERCICIO, OTRAS QUE COMEN MEJOR
  - EL DESARROLLO EMOCIONAL PRINCIPALMENTE ES LO QUE LLEVA MÁS DE LA MANO A LAS EMOCIONES A LAS ENFERMEDADES.

- ENRIQUETA

- YO ME PUSE MUY MAL HACE COMO CUATRO AÑOS TUVE MUY MAL. YA NO ME MOVÍA Y YA NO PODÍA YO NI HABLAR. ME DIO LA NEUROPATÍA DIABÉTICA. ENTONCES YA... AHORITA OTRA VEZ EMPIEZO CON ESTE PIE, PERO YO LE DIJE A MIS HIJAS: "YO SOY CATÓLICA" Y YO LE DIJE A DIOS: "SI TÚ ME DEJAS, PUES DÉJAME POR LO MENOS CAMINAR O MOVERME" Y DIOS ASÍ LO QUISO. PERO SÍ YA ESTE... EL DOCTOR EDGAR NO ME ATENDÍA, ENTONCES ESTUVO OTRA DOCTORA. ME LLEGÓ A DAR MÁS DE CINCUENTA DE INSULINA. NO, PUES ¿A DÓNDE SE ME VA A BAJAR? Y YO MÁS ARRIBA, MÁS ARRIBA, DE 500, 400... NO, Y A VECES YA NI MARCABA EL APARATITO DE QUE A MÍ SE ME SUBÍA MUCHO EL AZÚCAR. PUES YA NO COMÍA YO NADA, NADA. MI HIJA ME... MIS HIJAS ME TRAÍAN CON PURA VERDURA, NO, Y LA VERDURA A MÍ ME ASQUEÓ, LA VERDAD, ME ASQUEÓ LA VERDURA. ME DECÍA: "MAMÁ, VAS A ALMOZAR ESTO", DIGO "NO". "SÍ, SÍ", O SEA, ME DABA QUE TENÍA QUE COMER. Y YA PASÓ Y PASÓ LO DE LA PANDEMIA Y YA EL DOCTOR OTRA VEZ SE INTEGRÓ A SU CONSULTORIO Y YA EMPEZÓ... DIGO, LA MOTIVACIÓN Y ESO ES LO QUE ME HA AYUDADO A MÍ MUCHO. QUE AHORITA SÍ, SÍ ME SIENTO MAL, ME DUELE CASI LA MITAD DEL CUERPO ME DUELE, AJÁ... PERO ME ANIMO Y SÍ ME LEVANTO Y SÍ VOY. AJÁ, LUEGO ESTE... BUENO, EL SEÑOR ES MI COMPAÑERO, MI COMPAÑERITO, Y ÉRIKA NOS ACOMPAÑA AHORITA. PERO VAMOS A HACER UN EJERCICIO. DIGO: "DOCTOR, YO NO PUEDO MOVERME", "¡QUE SÍ!", Y AL ÚLTIMO YA EMPIEZO A MOVER BIEN. ENTONCES ESO ES LO QUE A MÍ ME MOTIVA Y ES COMO DICE MI HIJA, YO NO ME HABÍA DADO CUENTA QUE ELLAS SE DAN CUENTA. SÍ, PERO PUES SON LAS QUE VIVEN CONMIGO, LES DIGO CÓMO ME SIENTO, CÓMO ESTOY... LUEGO LES DIGO: "NO TENGO HAMBRE". AHORITA COMÍ BASTANTE (RISAS)

## 2. En un poco menos de dos meses tendremos el mundial de fútbol.

Qué bueno que tengamos este evento. Sin embargo, va a ser pretexto para que se promueva con mucha publicidad el consumo de productos que llamamos chatarra, bebidas alcohólicas (sobre todo cerveza): además de la posibilidad de que muchas personas pasen muchas horas sentados frente a su TV o dispositivo semejante; además de que la afectación a la movilidad, puede dificultar acudir a tiempo a nuestras consultas.

¿Cómo podemos hacerle frente a este panorama, tratando de que nos afecte lo menos posible? ¿Tenemos alguna propuesta?:

- ✓ En nuestro ambiente familiar
- ✓ Como comunidad de personas que vivimos con enfermedades crónicas

- VICTOR

- COMER EN PORCIONES CONTROLADAS NOS LLEVA UN MEJOR CONTROL

- 
- LA REFLEXIÓN ES UNA BUENA HERRAMIENTA PARA EVITAR CAER EN LA PUBLICIDAD
  - LA FAMILIA INFLUYE EN LA FORMA DE TOMAR LAS DECISIONES A LA HORA DE LA COMIDA
  - NORMA
    - LOS NIÑOS PROPONEN ALTERNATIVAS MÁS SALUDABLES QUE LA COMIDA CHATARRA POR EJEMPLO TABLA DE QUESOS
    - INCULCAR CULTURA DE LA ALIMENTACIÓN DESDE LA INFANCIA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS Y CONSECUENTEMENTE DE LOS ADULTOS
    - SEAS UNA PROPUESTA DE UNA EXPOSICIÓN GASTRONÓMICA EN DONDE SE EXPONGAN PLATILLOS DE LA REGIÓN Y LA RESPECTIVA RECETA CON EL FIN DE QUE LOS ASISTENTES PUEDEN REPLICAR LAS RECETAS EN SU HOGAR
    - INICIAR LA DIETA ES COMPLICADO PERO HAY CÓMO HACERLO DIVERTIDO Y DIVERSO
  - MARIA
    - EDUCÓ A LOS NIÑOS CON LA ALIMENTACIÓN A LIBRE DEMANDA SIN PROBAR DULCES O SIMILARES
    - LA CULTURA ES FUNDAMENTAL PARA UNA CORRECTA DIETA Y UNA VIDA SANA
    - LOS HÁBITOS PERSONALES Y COLECTIVOS SON DE MUCHA AYUDA
    - LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTE ES INDISPENSABLE PORQUE CAMBIA EL ENTORNO
  - MARICRUZ
    - EL ENSEÑAR A LOS NIÑOS ES CLAVE
    - ASÍ COMO ENSEÑAR UNA CULTURA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS SALUDABLES
  - REYNA
    - LA FAMILIA ES LA PRINCIPAL MOTIVACIÓN PARA DIFUNDIR LA INFORMACIÓN
    - PARECE QUE LA EDAD INFLUYE EN CÓMO SE PERCIBEN LAS ENFERMEDADES
  - HUMBERTO
    - AUNQUE UNO HAGA SU COMIDA APARTE PUES HAY QUE COMER LO QUE HAY EN CASA

---

Cierre de la sesión:  
¿Qué aprendimos hoy?

- **VICTOR**
  - **COMPARTIR LA INFORMACIÓN Y LAS EXPERIENCIAS DE LOS ENFERMOS EN LÍNEA A FORMATO DE VIDEOS**
  - **LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTE CON LA FAMILIA RECAE EN SUS ESTILO DE VIDA DE AQUÍ EN ADELANTE**
  - **INTEGRAR A LA FAMILIA PARA QUE NO SUFRA LAS CONSECUENCIAS DE NUESTROS MALOS HÁBITOS**

**HACIA EL FINAL SE HACE UNA REFLEXIÓN SOBRE TODO LO COMENTADO**

- **MUCHAS PERSONAS SE PUEDEN BENEFICIAR DEL CONSEJO ASESOR NO IMPORTA SI SON PACIENTES O NO EN EL CENTRO DE SALUD**
- **SE PROPONE EL PUBLICAR RECETAS PROPIAS DE CADA REGIÓN EN LA PÁGINA DEL MAICP PARA QUE TODA LA POBLACIÓN PUEDA CONSULTARLA Y REPLICARLA**
- **SE ATENCIÓN DE PEQUEÑAS ENTREVISTAS HABLANDO SOBRE LA EXPERIENCIA DE CADA UNO SOBRE EL ENCUENTRO Y SOBRE EL MODELO INTEGRAL**
- **SE REALIZAN PEQUEÑAS ENTREVISTAS EN CUANTO A LA EXPERIENCIA**

---

#### 4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud SAN PABLO OZTOTEPEC a cargo de CARLOS EDUARDO CELIS MUÑOZ

##### 1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social.

Tabla No.

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo AGOSTO 2025 - JULIO 2026  
Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Momento de ingreso                    | No        | %          |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Ingreso anterior a AGOSTO de 2025     | 34        | 89.47      |
| Nuevo ingreso a partir de AGOSTO 2025 | 1         | 2.63       |
| Recuperados a partir de AGOSTO 2025   | 3         | 7.89       |
| <b>Total</b>                          | <b>38</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Nota: Los ingresos de pacientes nuevos entre agosto y enero se ingresaron a la lista de pacientes de mi compañera de la promoción pasada.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo AGOSTO 2025 - JULIO 2026  
Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Condición de participación | No        | %          |
|----------------------------|-----------|------------|
| Activas                    | 25        | 73.52      |
| No activas                 | 9         | 26.47      |
| <b>Total</b>               | <b>34</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Nota: 7 personas no pudieron continuar con su atención debido a diversas circunstancias

Tabla No. 3  
 Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la  
 condición de no activas durante el periodo agosto 2025 – julio 2026  
 Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
 Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Motivos de inclusión como No activas                     | No       | %          |
|----------------------------------------------------------|----------|------------|
| Cambio de médico dentro del centro de salud              | 0        | 0          |
| Cambio de institución que le atiende                     | 0        | 0          |
| Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención) | 0        | 0          |
| Falleció                                                 | 0        | 0          |
| Otro motivo                                              | 2        | 22.22      |
| Se ignora                                                | 7        | 77.77      |
| <b>Total</b>                                             | <b>9</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

## 2. Información demográfica.

Tabla No. 4  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio  
 2026 de acuerdo a sexo  
 Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
 Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Sexo            | No        | %          |
|-----------------|-----------|------------|
| Femenino        | 18        | 72         |
| Masculino       | 7         | 28         |
| Otra asignación | 0         | 0          |
| No hay dato     | 0         | 0          |
| <b>Total</b>    | <b>25</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 5  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo a edad  
 Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
 Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad          | No        | %          |
|---------------|-----------|------------|
| 20 – 29 años  | 0         | 0          |
| 30 – 39 años  | 0         | 0          |
| 40 – 49 años  | 2         | 8          |
| 50 – 59 años  | 8         | 32         |
| 60 – 69 años  | 11        | 44         |
| 70 – 79 años  | 3         | 12         |
| 80 y más años | 1         | 4          |
| <b>Total</b>  | <b>25</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 6  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo a edad y sexo  
 Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
 Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad<br>Sexo  | Femenino  |            | Masculino |            | Total     |               |
|---------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|---------------|
|               | No        | %          | No        | %          | No        | %             |
| 20 – 29 años  | 0         | 0          | 0         | 0          | 0         | 0             |
| 30 – 39 años  | 0         | 0          | 0         | 0          | 0         | 0             |
| 40 – 49 años  | 1         | 7.14       | 1         | 9.09       | 2         | 8             |
| 50 – 59 años  | 7         | 50.00      | 1         | 9.09       | 8         | 32            |
| 60 – 69 años  | 4         | 28.57      | 7         | 63.63      | 11        | 44            |
| 70 – 79 años  | 2         | 14.29      | 1         | 9.09       | 3         | 12            |
| 80 y más años | 0         | 0.00       | 1         | 9.09       | 1         | 4             |
| <b>Total</b>  | <b>14</b> | <b>100</b> | <b>11</b> | <b>100</b> | <b>25</b> | <b>100.00</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

---

### 3. Diagnóstico y seguimiento.

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2025 - julio 2026

Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| No de consultas | No. de pacientes | %          |
|-----------------|------------------|------------|
| 1               | 0                | 0          |
| 2               | 0                | 0          |
| 3               | 1                | 4          |
| 4               | 2                | 8          |
| 5               | 4                | 16         |
| 6               | 7                | 28         |
| 7               | 3                | 12         |
| 8               | 4                | 16         |
| 9               | 4                | 16         |
| 10              | 0                | 0          |
| 11              | 0                | 0          |
| 12 y más        | 0                | 0          |
| <b>Total</b>    | <b>25</b>        | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Tabla No. 8  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad  
 Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
 Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Diagnósticos                                             | No        | %          |
|----------------------------------------------------------|-----------|------------|
| Sobrepeso y Obesidad                                     | 0         | 0          |
| Hipertensión Arterial                                    | 2         | 8          |
| Diabetes Mellitus Tipo 2                                 | 7         | 28         |
| Dislipidemia                                             | 5         | 20         |
| Obesidad e Hipertensión Arterial                         | 1         | 4          |
| Obesidad y diabetes                                      | 0         | 0          |
| Obesidad y Dislipidemia                                  | 0         | 0          |
| Diabetes e Hipertensión Arterial                         | 4         | 16         |
| Obesidad, Hipertensión Arterial y diabetes               | 0         | 0          |
| Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia           | 3         | 12         |
| Obesidad, Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia | 3         | 12         |
|                                                          |           |            |
| <b>Total</b>                                             | <b>25</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 9  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo  
Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Dx<br>Sexo                                               | Femenino |       | Masculino |      | Total |     |
|----------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|------|-------|-----|
|                                                          | No       | %     | No        | %    | No    | %   |
| Sobrepeso y Obesidad                                     | 0        | 0     | 0         | 0    | 0     | 0   |
| Hipertensión Arterial                                    | 1        | 5.88  | 1         | 12.5 | 2     | 8   |
| Diabetes Mellitus Tipo 2                                 | 4        | 23.52 | 3         | 37.5 | 7     | 28  |
| Dislipidemia                                             | 2        | 11.76 | 3         | 37.5 | 5     | 20  |
| Obesidad e Hipertensión Arterial                         | 1        | 5.88  | 0         | 0    | 1     | 4   |
| Obesidad y diabetes                                      | 0        | 0     | 0         | 0    | 0     | 0   |
| Obesidad y Dislipidemia                                  | 0        | 0     | 0         | 0    | 0     | 0   |
| Diabetes e Hipertensión Arterial                         | 4        | 23.52 | 0         | 0    | 4     | 16  |
| Obesidad, Hipertensión Arterial y diabetes               | 0        | 0     | 0         | 0    | 0     | 0   |
| Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia           | 2        | 11.76 | 1         | 12.5 | 3     | 12  |
| Obesidad, Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia | 3        | 17.64 | 0         | 0    | 3     | 12  |
| <b>Total</b>                                             | 17       | 100   | 8         | 100  | 25    | 100 |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Hipertensión Arterial

Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad          | Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial | %          |
|---------------|---------------------------------------------------|------------|
| 20 – 29 años  | 0                                                 | 0          |
| 30 – 39 años  | 0                                                 | 0          |
| 40 – 49 años  | 0                                                 | 0          |
| 50 – 59 años  | 1                                                 | 50         |
| 60 – 69 años  | 1                                                 | 50         |
| 70 – 79 años  | 0                                                 | 0          |
| 80 y más años | 0                                                 | 0          |
| <b>Total</b>  | <b>2</b>                                          | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2

Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad          | Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 | %          |
|---------------|------------------------------------------------------|------------|
| 20 – 29 años  | 0                                                    | 0          |
| 30 – 39 años  | 0                                                    | 0          |
| 40 – 49 años  | 1                                                    | 14.28      |
| 50 – 59 años  | 2                                                    | 28.57      |
| 60 – 69 años  | 4                                                    | 57.14      |
| 70 – 79 años  | 0                                                    | 0          |
| 80 y más años | 0                                                    | 0          |
| <b>Total</b>  | <b>7</b>                                             | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 12  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Dislipidemia  
Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad          | Personas con diagnóstico de Dislipidemia | %   |
|---------------|------------------------------------------|-----|
| 20 – 29 años  | 0                                        | 0   |
| 30 – 39 años  | 0                                        | 0   |
| 40 – 49 años  | 0                                        | 0   |
| 50 – 59 años  | 0                                        | 0   |
| 60 – 69 años  | 4                                        | 80  |
| 70 – 79 años  | 1                                        | 20  |
| 80 y más años | 0                                        | 0   |
| <b>Total</b>  | 5                                        | 100 |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad e Hipertensión Arterial

Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad          | Personas con diagnóstico de Obesidad e Hipertensión Arterial | %          |
|---------------|--------------------------------------------------------------|------------|
| 20 – 29 años  | 0                                                            | 0          |
| 30 – 39 años  | 0                                                            | 0          |
| 40 – 49 años  | 0                                                            | 0          |
| 50 – 59 años  | 0                                                            | 0          |
| 60 – 69 años  | 1                                                            | 100        |
| 70 – 79 años  | 0                                                            | 0          |
| 80 y más años | 0                                                            | 0          |
| <b>Total</b>  | <b>1</b>                                                     | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial

Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| 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  | 0                                                                            | 0          |
| 50 – 59 años  | 1                                                                            | 25         |
| 60 – 69 años  | 2                                                                            | 50         |
| 70 – 79 años  | 1                                                                            | 25         |
| 80 y más años | 0                                                                            | 0          |
| <b>Total</b>  | <b>4</b>                                                                     | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Dislipidemia

Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad          | Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Dislipidemia | %          |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 20 – 29 años  | 0                                                                                          | 0          |
| 30 – 39 años  | 0                                                                                          | 0          |
| 40 – 49 años  | 0                                                                                          | 0          |
| 50 – 59 años  | 1                                                                                          | 33.33      |
| 60 – 69 años  | 0                                                                                          | 0          |
| 70 – 79 años  | 1                                                                                          | 33.33      |
| 80 y más años | 1                                                                                          | 33.33      |
| <b>Total</b>  | <b>3</b>                                                                                   | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Dislipidemia

Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Edad          | Personas con diagnóstico de Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Dislipidemia | %          |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 20 – 29 años  | 0                                                                                                    | 0          |
| 30 – 39 años  | 0                                                                                                    | 0          |
| 40 – 49 años  | 0                                                                                                    | 0          |
| 50 – 59 años  | 2                                                                                                    | 66.66      |
| 60 – 69 años  | 1                                                                                                    | 33.33      |
| 70 – 79 años  | 0                                                                                                    | 0          |
| 80 y más años | 0                                                                                                    | 0          |
| <b>Total</b>  | <b>3</b>                                                                                             | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 17

Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glucemia capilar o venosa  
Periodo agosto 2025 - julio 2026  
Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Parámetros de    | Glucemia capilar |     | Glucemia venosa |     | Total |       |
|------------------|------------------|-----|-----------------|-----|-------|-------|
|                  | No               | %   | No              | %   | No    | %     |
| Control          | 1                | 50  | 12              | 48  | 13    | 48.14 |
| Fuera de control | 1                | 50  | 13              | 52  | 14    | 51.85 |
| Total            | 2                | 100 | 25              | 100 | 27    | 100   |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026  
NOTA: se presentan todos las entradas de datos por ocasión en la que el paciente con diagnóstico de diabetes acudió con resultados de laboratorio.

Tabla No. 18

Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada  
Periodo agosto 2025 - julio 2026  
Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Parámetro de     | No | %     |
|------------------|----|-------|
| Control          | 7  | 46.66 |
| Fuera de control | 8  | 53.33 |
| Total            | 15 | 100   |
|                  |    |       |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026  
NOTA: se presentan todos las entradas de datos por ocasión en la que el paciente con diagnóstico de diabetes acudió con resultados de laboratorio.

Tabla No. 19  
 Distribución de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y cifras de control  
 Periodo agosto 2025 - julio 2026  
 Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
 Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Parámetro de     | No         | %          |
|------------------|------------|------------|
| Control          | 154        | 96.25      |
| Fuera de control | 6          | 3.75       |
| <b>Total</b>     | <b>160</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

NOTA: se presentan todos las entradas de datos por ocasión en la que el paciente con diagnóstico de hipertensión acudió con resultados de laboratorio.

Tabla No. 20  
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico  
 Periodo agosto 2025 - julio 2026  
 Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
 Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Parámetro de     | No        | %          |
|------------------|-----------|------------|
| Control          | 14        | 87.5       |
| Fuera de control | 2         | 12.5       |
| <b>Total</b>     | <b>16</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

NOTA: se presentan todos las entradas de datos por ocasión en la que el paciente con diagnóstico de dislipidemia acudió con resultados de laboratorio.

Tabla No.  
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de  
acuerdo con triglicéridos séricos  
Periodo agosto 2025 - julio 2026  
Centro de Salud T. III: SAN PABLO OZTOTEPEC  
Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

| Parámetro de     | No        | %          |
|------------------|-----------|------------|
| Control          | 46        | 58.97      |
| Fuera de control | 32        | 41.02      |
| <b>Total</b>     | <b>78</b> | <b>100</b> |

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

NOTA: se presentan todos las entradas de datos por ocasión en la que el paciente con diagnóstico de dislipidemia acudió con resultados de laboratorio.

### 3.4. Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.

Es en este módulo donde se presenta la verdadera discusión entre los pasantes, ya que, como se indica en el título, este módulo fungió como espacio para la presentación de casos clínicos que cada pasante vivía en su respectiva unidad. En estas presentaciones de casos se exponen datos clínicos del paciente así como información acerca de su vida personal, como los roles que ocupan en el hogar, a que se dedican, qué cultura es la que viven. Siendo así, se obtiene un panorama más amplio, más allá de lo clínico, y se pueden considerar rubros que por sí mismos no constituyen un factor importante a la hora de integrar el contexto próximo de la persona en el MAICP. Resulta bastante conveniente contar con espacios así, ya que las situaciones similares muy rápidamente se pueden identificar con el caso, teniendo opiniones de distintos ángulos.

El analizar de esta forma los casos clínicos permite identificar en la persona sus emociones, sentimientos y creencias sobre su propia enfermedad, así como identificar en el pasante los puntos a desarrollar para llegar a la mejor aplicación del MAICP. Es importante tomar en cuenta que para el pasante también resulta complicado poder desarrollar estas capacidades, por ello, cada pasante puede vislumbrar en sí mismo qué puntos se pueden mejorar.

A mediados del curso, tuve la oportunidad de presentar el caso de una persona que es atendida en la unidad San Pablo, la cual presentó su caso iniciando con las enfermedades que padece, y el contexto en el que se desenvuelve. La Señora Teresa, fue la paciente que escogí, ya que su caso me pareció bastante importante de mencionar, siendo el caso de que sufría violencia económica por parte de sus hijos, esta situación implicó un estrés crónico, lo cual repercute directamente en las cifras hipertensivas que presentaba a la hora de la consulta. El punto a desarrollar en esta situación, fue el proceso de levantar un aviso ante el ministerio público en contra de sus hijos, a lo cual la señora Teresa se negaba absolutamente. mencionando que sus problemas familiares los resolvía en familia,

# Caso Clínico

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL  
CENTRADO EN LA PERSONA

CELIS MUÑOZ CARLOS EDUARDO



## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la persona: Teresa E.B.T

Sexo: Femenino

Edad: 68 años

Lugar de origen: CDMX

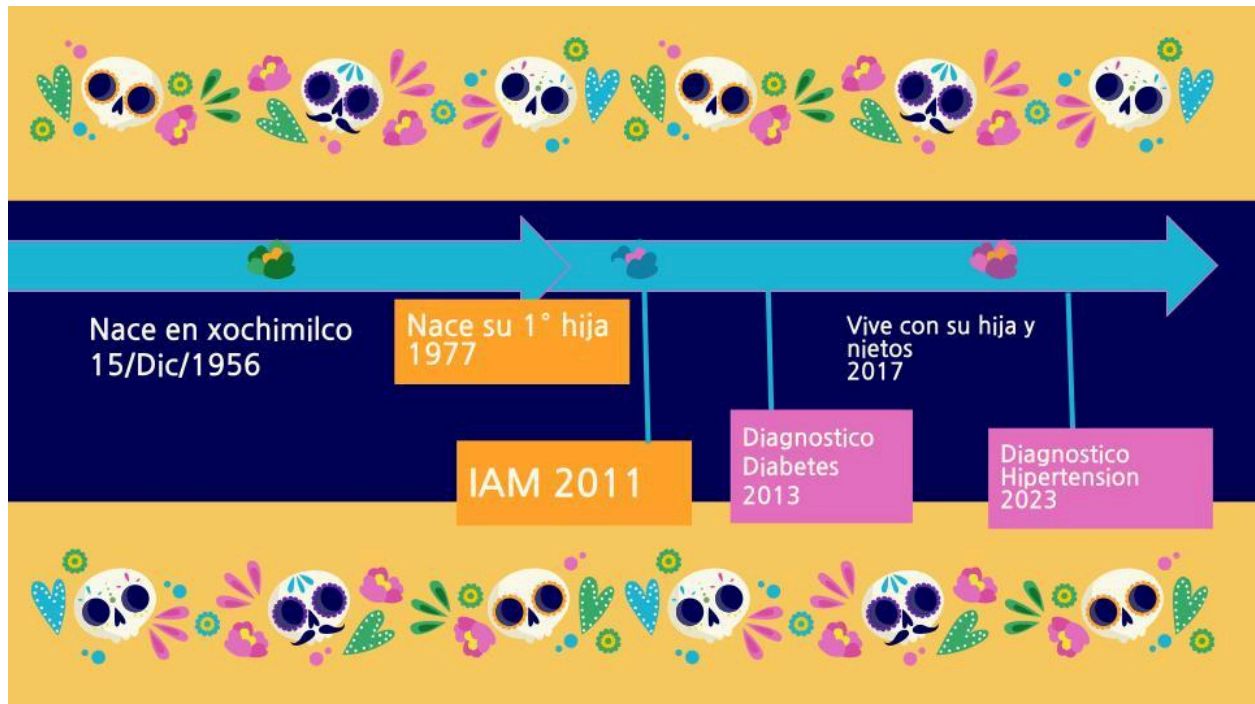
Lugar de residencia: CDMX

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Ama de Casa

Fecha: 16/10/2025



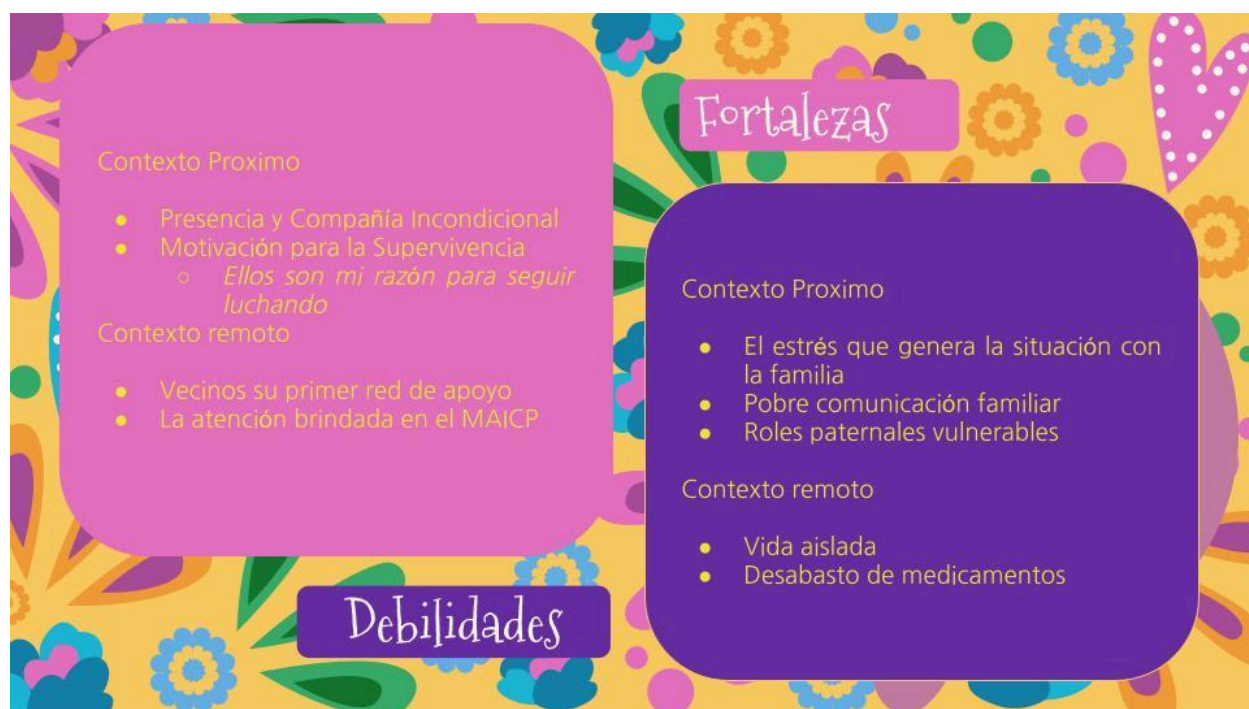


## Quien es?





| SOMATOMETRIA |       |          |         |       |            |               |
|--------------|-------|----------|---------|-------|------------|---------------|
| MES/2025     | IMC   | T/A mmHG | GLUCOSA | HbA1C | COLESTEROL | TRIGLICERIDOS |
| ENERO        | 34.7  | 110/60   | SR      | SR    | 211.05     | 170.98        |
| MARZO        | 36.31 | 110/70   | -       | -     | -          | -             |
| ABRIL        | 36.31 | 110/70   | -       | -     | -          | -             |
| JULIO        | 36.14 | 120/70   | -       | -     | -          | -             |
| AGOSTO       | 36.18 | 110/70   | 125.21  | 6.11  | 216.97     | 242.31        |
| OCTUBRE      | 35.7  | 130/80   | -       | -     | -          | -             |



## MI OBJETIVO



### Problemas a atender

Violencia Economica

### Objetivos

Control de Hipertension  
Acudir a consulta psicologica

### Acuerdos

Darle seguimiento al aviso del  
MP despues de la consulta



La señora teresa es un referente de la importancia de abordar integralmente a las personas. Inicialmente parecía difícil tener un acercamiento más allá de la consulta, pero recientemente resulta bastante cómodo preguntar incluso por las situaciones complicadas.



---

## **5. Conclusiones:**

Este año de servicio social para mi representó el mayor de los retos en la carrera hasta el momento, no solo por la implicación de responsabilidad ya como médico tratante, si no, porque desde el inicio tuve que cambiar el paradigma de la medicina, que me formé durante 5 años. Si bien, durante la carrera se explicaron los modelos de atención, no fue sino hasta este momento en el que tuve una verdadera experiencia en cuanto a atención a la salud primaria. El estar en formación en el MAICP permitió a mi persona afrontar caminos en la medicina que no creí antes que existieran, pasando por un proceso de análisis y reflexión más introspectivo, tuve bien darme cuenta que puntos de mi práctica clínica valía la pena reforzar. Hoy puedo decir que me he vuelto resiliente en cuanto a las adversidades que el sistema, la institución o las propias circunstancias presenten.

Actualmente, son muy pocos profesionales los que le dan el valor a la escucha activa de su paciente, cuando el aplicarlo resulta bastante conveniente tanto para el propio paciente como para su médico. Es aquí donde radica el valor del MAICP, ya que permite la autonomía del paciente, bajo sus propias capacidades y su contexto próximo. A la vez, propicia al equipo de salud la seguridad de disminuir sus factores de riesgo modificables, traducándose a una baja en la cifras de complicaciones por enfermedades crónicas.

En el ámbito de políticas de salud, las consecuencias de aplicar el modelo presentan bajas en los gastos por atención a complicaciones, ofreciendo la oportunidad de redistribución de bienes a la hora de hablar sobre presupuestos y seguros de salud. La evidencia que se presente en el diplomado asegura de manera contundente estas premisas, por lo que, si este modelo se pudiera aplicar en más unidades, y en más consultorios, podremos ver los beneficios en los próximos 5 años.

Durante mi estancia en el centro de salud de san pablo tuve muchas experiencias que me marcaron como profesional, ya que por primera vez me enfrente de manera personal al ejercicio que es la consulta, tuve un acercamiento más personal con las

---

personas atendidas, y con ello un aprendizaje que no hubiera tenido en otro tipo de plaza. Al inicio resultó complicado adaptarse y entender lo que es la atención integral, pero al final de este año, los gestos y atenciones de las personas y el personal de la unidad me hicieron ver que no hice un mal trabajo. Dejé el centro de salud con un gran cariño a las personas, a la unidad, y a todos los implicados en este camino, su afecto y confianza son lo más invaluable que pude obtener de este año, y sobre todo, el hecho de que tuvieran la satisfacción de acudir a su consulta.

A futuro seguiré aplicando el modelo en mi práctica clínica, y agradeciendo siempre a los asesores del diplomado, por aportar toda la información y experiencia con el modelo. Sin ellos, la consolidación de este programa no sería posible. De igual forma, espero que en los próximos años, se pueda expandir el alcance del modelo, y no solo limitarlo al primer nivel.

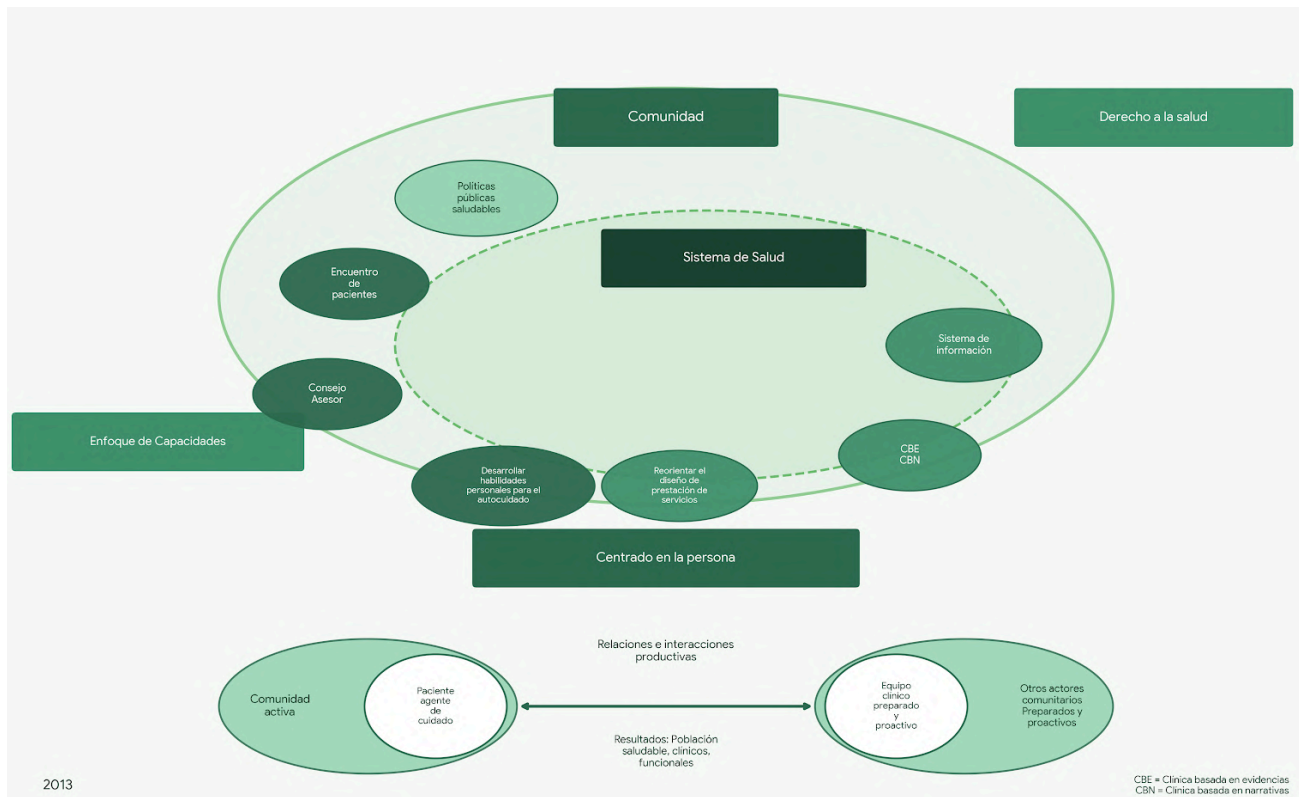
---

## 6. Referencias bibliográficas y Anexos:

1. Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73–82.
2. Cuba MS, Campuzano J. Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Revista Médica Herediana*. 2017 Jul 4;28(2):116-.
3. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ open*. 2019 Jul 1;9(7):e027775.
4. Díaz-Veiga P. El Modelo de Atención Centrado en la Persona: qué es y por dónde empezar. *Informe Cuídemí*; 2020. p. 66-71.
5. Ramos-Feijóo C, Francés García F. Participación en los procesos de cuidados desde el modelo de atención integral y centrada en la persona (MAICP). *Prisma Soc*. 2021;(32):45-68.
6. Pascual López JA, et al. Cuestionarios de atención centrada en la persona... *Aten Primaria*. 2020;52(10):738-49.
7. Huang Y, Li S, Lu X, Chen W, Zhang Y. The Effect of Self-Management on Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*. 2024;12(21):2151.
8. Entwistle VA, Cribb A, Owens J. Why Health and Social Care Support for People with Long-Term Conditions Should be Oriented Towards Enabling Them to Live Well. *Health Care Anal*. 2018;26(1):48-65.

## Anexos

### Anexo 1. Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona



## CARTEL DEL TALLER DE AUTOCUIDADO



## SESION CONSEJO ASESOR, TALLER DE AUTOCUIDADO







---

## CAMINO AL 9 ENCUENTRO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS





