



## **Casa abierta al tiempo**

Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco.  
División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

**Licenciatura:** Médico cirujano.

### **Proyecto urbano de salud.**

Implementación del Modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades.

**Título:** Análisis y desarrollo del modelo de atención centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas desde un enfoque de capacidades.

### **Médico Pasante del Servicio Social:**

Mariana Pascasio Ramírez  
2162029845

Periodo: Febrero 2022 – Enero 2023.

**Asesor Interno:** Víctor Ríos Cortázar

**Asesora Externa:** Alejandra Gasca García

Lunes, 30 de enero del 2023, Ciudad de México.

## **1. Presentación.**

Se expone a continuación un trabajo referente a lo que comprendió el periodo del servicio social en medicina dentro del proyecto urbano de salud. Este documento encuentra su origen y propósito en el desarrollo a lo largo de 12 meses de la capacitación, el acercamiento y la práctica con respecto al modelo de atención centrado en la persona, la medicina basada en evidencia, la medicina basada en narrativas, entre otros aspectos. Su organización se aborda de la siguiente manera: Se comienza con una descripción del modelo expandido de cuidados crónicos, tema abordado extensamente durante el proyecto, y posteriormente se relata la parte que compone al diplomado del mismo proyecto.

El documento continúa con un ensayo referente al fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica desde un enfoque de capacidades, donde se aborda su concepto y desarrollo (se destaca la relación entre la medicina centrada en la persona y la medicina narrativa, como parte de un cambio al ejercicio médico).

Posteriormente se aborda una revisión sistemática realizada como parte del desarrollo de métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados (se muestra la evidencia actual con respecto al tratamiento farmacológico (liraglutide) versus la actividad física para la pérdida de peso, fundamentalmente en situaciones particulares que pudieran dificultar la actividad física, y así analizar la evidencia actual para la toma de decisiones).

Después se muestra un registro estadístico que muestra la información referente a las consultas y atención a lo largo del año en el consultorio.

Se continúa con una tutoría de casos clínicos, ilustrando así, el enfoque centrado en la persona dentro de la práctica diaria.

Finalmente el documento termina con una serie de conclusiones con respecto al proceso llevado a través de la carrera de medicina, el servicio social y el aprendizaje obtenido con respecto al enfoque de este proyecto.

La pasantía del servicio social se desarrolló en el Centro Social Sergio Méndez Arceo, parte del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur en San Pedro Mártir, Tlalpan, Ciudad de México.

La participación dentro del proyecto consistió en la atención clínica de los pacientes del proyecto, con un seguimiento estrecho de sus enfermedades crónicas, buscando su control, fortaleciendo el concepto del autocuidado y tomando como evidencia el registro de sus datos cuantitativos tales como la presión arterial, la glucosa capilar y central, antropometría, cifras de colesterol y de triglicéridos, además de hemoglobina glucosilada en quienes tuvieran diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, buscando así que el paciente lograra un buen estado de salud, siendo capaz de lograr la autogestión de su padecimiento.

Aunado a lo anterior se prestó el servicio de la consulta general en consultorio del movimiento popular de pueblos y colonias del sur.

De forma paralela al ejercicio clínico, parte fundamental dentro del modelo centrado en la persona, fue la participación en encuentros de pacientes del proyecto urbano, donde la intención fue dar voz a sus experiencias, nutriendo, expandiendo y reenfocando la visión del proyecto.

En la sección académica se tuvo el desempeño dentro del diplomado, con la realización de lecturas y discusión de los temas en sesiones semanales (temas como: modelo de atención centrado en la persona, medicina basada en evidencia, medicina narrativa y otras necesidades provenientes de la práctica médica como talleres de alimentación, uso de insulina, hipoglucemiantes).

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

Dentro del modelo expandido de cuidados a las enfermedades crónicas, encontramos tres principales subsistemas: la relación médico-paciente, el sistema de salud y la comunidad. Cada uno de ellos cuenta con diversos componentes esenciales que nos permiten comprender la complejidad y extensión del modelo, de forma que nos sea posible aplicarla en la práctica médica.

Dentro de la relación médico-paciente, hay que entender que coexisten dos entidades: la persona y el equipo clínico, donde resulta vital que en la relación se tenga un enfoque centrado en la persona, es decir, comprendiendo al paciente en la totalidad de su contexto económico, cultural, social y emocional, de forma que, nuestra meta sea entender las necesidades y estimular las capacidades del individuo para propiciar la autogestión de su enfermedad, logrando su entendimiento del diagnóstico y que así, que sea capaz de tomar sus propias decisiones (guiadas por el personal médico) y mantenga un estado de salud óptimo.

En cuanto al sistema de salud, es vital comprender que parte de sus componentes es un adecuado sistema de información y recopilación de datos, que, con un adecuado sistema de seguimiento, comprenda las necesidades poblacionales y propicie un enfoque a una mejor aplicación del modelo

Finalmente, y no menos importante, la comunidad. Resulta necesario comprender los componentes de la comunidad dentro del sistema, resultando así, la creación de un entorno saludable que favorezca el sentido y acción comunitarias, facilitada por herramientas tales como los encuentros de pacientes y la formación de consejos asesores, buscando y generando así una sanación colectiva de un problema común.

## **3. El diplomado**

Dentro del diplomado, llevado a cabo durante sesiones semanales a lo largo de 12 meses y dividido en 4 módulos, se proporcionó por parte de los coordinadores material de lectura acorde a cada tema a desarrollar dentro del temario, de modo que los pasantes del servicio social (tanto de la Secretaría de Salud pertenecientes al modelo de crónicos como del Proyecto Urbano) tuvimos un papel en el desarrollo del tema con exposiciones del material, contando en todo momento con la guía de los coordinadores, de forma que se identificara de forma adecuada la intención de cada artículo y se plasmara su importancia, generando discusión y resolución de dudas, contribuyendo al entendimiento y aplicación del modelo.

### **3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica**

**Enfoque de capacidades.**

**Título: Promoción del autocuidado de pacientes con enfermedades crónicas desde el enfoque en la medicina centrada en la persona y la medicina narrativa: para gestar un primer paso en el cambio del ejercicio médico.**

#### **Introducción**

Confrontar la creciente tendencia epidemiológica con respecto a las enfermedades crónico-degenerativas en el mundo constituye uno de los principales conflictos de salud en la actualidad, y para comenzar a comprender este conflicto habría que destacar que en el estudio de estas enfermedades, es conocido que son en gran medida prevenibles, y que el número total de muertes (en especial aquellas que ocurren prematuramente), se pueden reducir considerablemente mediante la modificación de diversos factores de riesgo comunes. Este hecho hace necesario emplear un enfoque centrado en la prevención y control de estos factores, y resultaría primordial destacar a los servicios de primer nivel como los contactos estrechos entre pacientes y proveedores de salud, haciendo vital un primer nivel de atención bien estructurado (claro, con una adecuada coordinación con los servicios más especializados: segundo y tercer nivel de atención), pero sobre todo, con

acciones que permitan el análisis de estos factores predisponentes, su modificación y prevención real, y una adecuada terapéutica, con resultados que tengan impacto en la salud y calidad de vida de las personas que padecen este tipo de enfermedades.

Surge casi inmediatamente la incógnita con respecto a ¿cómo se puede gestar una estrategia eficaz en el ejercicio médico (individual y colectivo) para la atención de los padecimientos crónicos? ¿qué factores hacen que la atención médica se vea afectada? ¿cuál es la información que se tiene actualmente con respecto a esta problemática? ¿por qué a pesar de los avances en la efectividad de los tratamientos farmacológicos no hay un adecuado progreso con esta situación? y sobre todo preguntarnos si ¿los pacientes reciben la atención que desean o necesitan?

La razón de este ensayo es gestar una mirada más comprometida de la atención a los pacientes que padecen enfermedades crónicas, haciendo hincapié en una atención que pueda integrar la visión del paciente y la visión profesional, y así, avanzar en la ejecución de la práctica médica que englobe los principios de una atención centrada en la persona y el proceso de desarrollo de capacidades para el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas. Aunado a esto, la particularidad de este escrito toma su interés al tener un enfoque desde las teorías de la medicina narrativa, como un primer paso para encarnar el enfoque humanístico en la atención del día a día, dado que el aterrizaje de estos modelos podría resultar complejo en el ejercicio médico actual, entendiendo que la educación y formación médica se ha dado, casi siempre, desde un enfoque puramente científico.

Para poder comprender este análisis habría que entender que los cuidados centrados en la persona son parte de un modelo de cuidados de la salud que se caracteriza por comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y que promueven las decisiones compartidas entre médicos y pacientes, es decir, que integra en la atención médica los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales junto a las expectativas de los pacientes, valorando además la interacción humana en el proceso clínico<sup>1</sup>. Y es así como iniciamos

asimilando la idea de que, si se desea avanzar en el manejo de las enfermedades crónicas, se debe organizar y promover una atención humana que pueda brindar recursos, conocimientos y aptitudes para que los pacientes puedan llevar por sí mismos (y con un soporte médico de calidad) sus enfermedades crónicas.

Es entonces que una primera intención con respecto a este análisis es generar es una interacción entre un paciente bien informado y el equipo de salud bien preparado; queda pensar ¿qué se requiere para poder llevar una atención de este tipo?, ¿cómo nos involucramos activamente en una atención con estas características? Y ¿qué conflictos existen para ejercer una práctica desde este enfoque?

La medicina narrativa parte de una explicación de cómo el ejercicio médico desde un punto de vista puramente científico no tiene de manera alguna el alcance para ejercer esta disciplina con una realidad humana, y el claro impacto que existe a consecuencia de entender así esta profesión. Pareciera que esta visión comienza a resolernos la problemática del equilibrio científico-humano a través de ciertas herramientas tal como entender al paciente como un texto, con todas las implicaciones propias de un texto como el estar abierto a historias que desconocemos, conocer realidades con las que no habíamos tenido contacto, y tener el cuidado y respeto para su interpretación.<sup>2</sup>

El hecho de tener una visión empática y comprensiva, el entendernos como seres humanos, y la posibilidad obtener beneficios y llegar a un nivel mucho más profundo de la práctica de la medicina son algunas interpretaciones que podemos obtener de la medicina narrativa, y es así como podemos comenzar a desglosar diversas variantes englobadas en toda esta premisa para entender entonces a la ciencia y a la experiencia humana como entidades que coexisten y nos acercan, en este caso, a la enfermedad, sus etiologías, sus variantes, el proceso diagnóstico, el tratamiento, y la educación en la salud, y con todo esto, experimentar un entendimiento más complejo de nosotros mismos y de los demás, de cómo nos

conectamos, nos relacionamos, y así, encaminarnos a resultados más benéficos con respecto a las enfermedades crónico-degenerativas.

## **Objetivos.**

### **Objetivo general:**

El objetivo de este ensayo es comenzar por dar una visión estructurada y comprometida en la atención en pacientes con enfermedades crónicas, entendiéndolo desde el modelo de atención centrada en la persona y el proceso de desarrollo de capacidades para el autocuidado, con un aterrizaje en la medicina narrativa como herramienta en el ejercicio médico diario.

### **Objetivos específicos:**

- Plasmar los conceptos principales de la atención centrada en la persona, el desarrollo de la autogestión y la medicina narrativa.
- Analizar las dificultades en el contexto del ejercicio médico actual, desde un enfoque del modelo centrado en la persona.
- Proponer una asociación entre el modelo de atención basado en narrativas con la atención centrada en la persona.

## **Justificación**

Dentro de los diversos análisis del módulo 1 del diplomado “*Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades*”, se tiene un acercamiento a la medicina centrada en la persona y el fortalecimiento de la autogestión del paciente con enfermedades no transmisibles, sin embargo, queda la posible incertidumbre de qué herramientas pueden ser utilizadas la práctica médica cotidiana para poder tener una interacción con los pacientes desde una forma que no sea puramente científica, que, aunque claramente ha dejado un impacto significativo en el manejo y resultado de las estas



patologías, ha sido el común dentro de la enseñanza médica y del cual no es sencillo desprenderse.

Esta problemática del equilibrio científico-humano podría comenzar a resolverse con ciertas herramientas tales como la propuesta de la medicina narrativa, al entender al paciente como un texto (premisa principal de este enfoque) con todas las implicaciones que esto tiene, y con bases sólidas del modelo de atención centrado en la persona y fundamentos en los programas que promueven la autogestión de enfermedades crónicas, tales como la asociación con el paciente, donde se reconstruyen los roles preestablecidos y donde se ayuda a crear herramientas, conocimientos y recursos para el día a día, y los cambios en el estilo de vida necesarios para un buen manejo de las enfermedades crónicas sea posible, real, compartido y duradero.

## **Desarrollo.**

### **MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA.**

El término “medicina centrada en el paciente” fue acuñado por Michael Balint en Inglaterra en la década de 1950, para diferenciarlo de la perspectiva dominante de la medicina, que él denominó centrada en la enfermedad.<sup>1</sup>

Dentro del análisis de la problemática médica actual, resulta necesario comprender el desarrollo de las ideas con respecto al ejercicio médico; analizar cómo se gesta la separación médico-paciente y las respuestas que se han dado a lo largo de la historia de la práctica médica. Se puede iniciar por comprender el modelo biomédico, un paradigma en la que la medicina, su práctica y enseñanza se centran en la investigación científica, y deja de lado a los aspectos subjetivos de su ejercicio; este modelo nos esclarece como este sistema de ideas tiende a destacar los aspectos materiales de la realidad y la experiencia, y al método científico como

forma de conocimiento. No obstante, el modelo biomédico (o paradigma positivista) recibió fuertes críticas por el carácter deshumanizante de su práctica.<sup>1</sup>

Es entonces que se dio origen a la formulación de un nuevo modelo, que se nutre de diversos campos de las ciencias humanas, denominado por el médico argentino José Mainetti como paradigma humanista en medicina.<sup>1</sup>

Las características principales del nuevo paradigma son: la utilización de métodos de las ciencias naturales y las ciencias humanas en la comprensión del paciente, la valoración de los aspectos objetivos y subjetivos de la salud y sus cuidados, además de una concepción biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, lo que determina un modelo de cuidado que denominamos centrada en el persona.<sup>1</sup>

Es así como podríamos preguntarnos ¿de qué forma podemos estructurar nuestro pensamiento, nuestro sentir y nuestra práctica entendiendo al modelo humanista en el ejercicio actual de nuestra profesión? ¿qué factores se deben tener en cuenta para evitar caer en el reduccionismo conceptual y la práctica mecánica e impersonal?

Es posible asimilar en qué momento se da la génesis de una práctica médica donde la dignidad se pasa a un segundo plano, pero es entonces que podríamos comenzar a desglosar este modelo humanista, y analizar que todas estas líneas de investigación coinciden en cinco elementos: el modelo biopsicosocial en la atención clínica, la consideración del médico como persona, la consideración del paciente como persona, la comunicación médico-paciente-familia y la alianza terapéutica.<sup>1</sup>

Es interesante en principio, ver como todos estos conceptos requerirían una interacción humana sólida y real, donde cada componente recupera su potencial humano y la amplitud de sus contextos sociales, económicos, culturales, históricos y sociológicos.

El desarrollo histórico del concepto “alianza terapéutica” proviene de la psicología y ha sido definida como una relación de ayuda que se caracteriza por la confianza, la responsabilidad compartida, y el establecimiento conjunto de prioridades, roles y metas.<sup>1</sup>

Carl Rogers postula tres actitudes básicas para el desarrollo de una relación de ayuda positiva: la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional del paciente.<sup>1</sup>

Dentro de estos conceptos, comúnmente utilizados, valdría la pena profundizar en cuánto cómo alcanzar la empatía, ¿qué significa para nosotros este término?, y ¿qué impedimentos tenemos para aceptar a un paciente? Porque a pesar de la posible maduración de estos conceptos a través de la historia de la medicina, la enseñanza difícilmente se centra en el establecimiento conjunto de tareas u objetivos, sino al contrario, predomina la interacción médica mandataria o incluso condescendiente.

Aunado a esto, sería menester remarcar la importancia que dentro de esta alianza que intentamos comenzar a gestar, podría pasar desapercibida la necesidad del autoconocimiento del médico como persona, y el desarrollo que se necesita para enfrentar el pesar ajeno, el rol individual, social y hasta moral que se le asigna al médico, la posible visión desde el privilegio académico que podría acarrear un sinfín de prejuicios hacia la “ignorancia del paciente”, etcétera.

De acuerdo con Mezzich<sup>3</sup>, dentro los principios identificados de medicina centrada en la persona se encuentran: el compromiso ético, la sensibilidad cultural, la individualización de la atención clínica, la base común entre clínicos, paciente y familia para el entendimiento diagnóstico y la acción terapéutica, la educación médica e investigación en salud centradas en la persona, entre otros.

A partir de estos principios, podemos comenzar a analizar ciertos puntos cruciales como: ¿qué compone al compromiso ético? ¿cómo se obtiene la sensibilidad cultural? ¿cómo se desarrolla la comunicación dentro de la enseñanza médica, considerando la individualidad de cada médico? ¿cómo integramos todo el marco familiar y social de un paciente en nuestras decisiones terapéuticas? ¿cómo se equilibra con el sistema de salud que existe actualmente?

Este modelo<sup>6</sup> propone seis elementos interdependientes a considerar en el rediseño de la atención, dentro de los cuales es preciso analizar en primer lugar y de forma colectiva al sistema de salud, donde es vital la creación de una cultura y organización que asegure una atención de calidad; y en cuanto a la práctica individual enfatizar al componente que habla de dar soporte a la autogestión del paciente, donde se requiere empoderar y preparar a los pacientes para manejar su propia salud, la toma de decisiones, y a la vez que fomente la responsabilidad de su propia salud, sin dejar de lado claro, el apoyo emocional y las estrategias para vivir con enfermedades crónicas, que requiere colaboración y el establecimiento de prioridades, metas y planes; y que a su vez sea coherente con la evidencia científica reciente. De esta forma comienza una transformación de un sistema reactivo a proactivo, con la definición de roles, con una atención estructurada y planificada y con un enfoque a la alfabetización en salud y la sensibilidad cultural, donde se responda a necesidades culturales y lingüísticas de los pacientes.<sup>6</sup>

Estos elementos dan una idea incipiente de una nueva estructura médica y de qué factores podrían comenzar a tomarse en cuenta para su desarrollo, donde el concepto de automanejo/autocuidado/autogestión (usado en este escrito de forma indistinta) cobra una importancia crucial, a nivel individual y colectivo.

## **AUTOMANEJO**

El autocontrol de la enfermedad se ha definido de diversas formas, y diversos autores<sup>5</sup> ofrecen definiciones tales como el control diario de las condiciones crónicas

por parte de las personas durante el curso de una enfermedad, e implica la gestión médica, la gestión de roles y la gestión emocional”.<sup>5</sup>

Dentro de las intervenciones que se tienen para apoyar la autogestión se encuentra que el manejo médico implica asociarse con los pacientes, para que de esta forma se gaste un respaldo para la adherencia a largo plazo de un régimen (preventivo o terapéutico) que puede mejorar el estado funcional de las personas y los resultados de salud, y se debe organizar entonces, un sistema que proporcione el conocimiento, los recursos, las habilidades necesarias para aumentar la capacidad de los pacientes para realizar múltiples tareas por sí mismos, con el fin de mejorar sus propias condiciones.<sup>5</sup>

Este enfoque incluye que los pacientes adopten y mantengan múltiples cambios de comportamiento en el estilo de vida: en las prácticas dietéticas, el ejercicio y el uso de medicamentos, así como la gestión de comunicaciones complejas con la familia y los proveedores y sistemas de atención médica.<sup>5</sup>

Resulta complicado pasar de un ejercicio médico que suele ser unidireccional y vertical, a una construcción totalmente diferente, donde se busca que tanto el médico adquiera una nueva habilidad comunicativa, como el paciente adquiera conocimientos y ejerza participación activa dentro de las decisiones que se toman para el desarrollo de su enfermedad.

Podría ser en un primer momento, una tarea complicada a desarrollar, ya que requiere de una deconstrucción casi total del concepto de la práctica médica y los roles del profesional de la salud y del paciente. Valdría la pena preguntarnos en qué fundamentos se basa esta autogestión, y cómo se puede obtener un resultado favorable en su aplicación.

“La autogestión opera a través de un conjunto de subfunciones psicológicas; las personas tienen que aprender a monitorear su comportamiento de salud y las

circunstancias bajo las cuales ocurre, y cómo usar metas próximas para motivarse y guiar su comportamiento”.<sup>5</sup>

Inicialmente podría hacerse un análisis retrospectivo individual (ya sea en nuestra enseñanza o práctica) con respecto a qué herramientas se han utilizado para que los pacientes puedan resolver problemas o tomar decisiones al salir de la consulta; si somos capaces de ayudarles a la utilización de recursos que se disponen; si mantenemos una “sociedad” y damos herramientas para planificar sus propias acciones, o si cuestionamos y enriquecemos la forma en que se pueden adaptar.

Para continuar en el desglose de una práctica como esta, sería oportuno cuestionar ¿cómo equilibramos las motivaciones y metas de los pacientes con las metas terapéuticas que establecen la literatura médica? ¿cómo se brinda autoconfianza a un paciente que ha seguido un rol impuesto por nosotros mismos, donde solo se siguen indicaciones y no se incentiva a la duda, o encarnar su propia enfermedad? ¿sabemos qué valor le da un paciente a su enfermedad? ¿cómo se promueve un crecimiento colectivo y una autonomía?

## **MEDICINA NARRATIVA**

Como médicos, somos educados en nuestra área bajo los preceptos de que tenemos la función de cuidar y velar por la salud del paciente, pero pocas veces nos preguntamos qué cualidad le damos al paciente en nuestro imaginario médico.

Muchas veces entendemos al paciente como un ser humano ajeno (lo cual es probablemente debido, como ya se analizó previamente, a la perpetuación de ideas que surgen modelo biomédico, que nos podrían obligar a cubrir el rol de la “profesionalidad”, y al evitar completamente que nos involucremos en el plano subjetivo o emocional), pero las consecuencias de este tipo de ideas, generan un desapego inmenso, dejando la imagen del paciente como algo externo, deshumanizado e incluso en algunas ocasiones inferior (exacerbado claro, por las ideas que se generan en una sociedad de clases o privilegios como la nuestra), y

que está en espera de nuestras decisiones, en un estado de ignorancia ante lo que le sucede, sin poder ejercer ninguna participación autónoma en su proceso de enfrentar a la enfermedad, más que claro, lo que indiquemos que es pertinente, cosa que generalmente no siempre es llevada a cabo con el respeto de una intervención humana, sino con actitudes condescendientes o mandatarias, excluyendo casi por completo las variantes emocionales, históricas, culturales o económicas de cada individuo.

Trascender esta actividad a un plano filosófico podría parecer un sin sentido, es decir, el no apartar sino precisamente engrandecer cualidades humanas en algo que entiende como un “trabajo”, pareciera ser innecesario, y es afectado aún más en un sistema capitalista, que, por su naturaleza, la producción en un trabajo prevalece a cualquier expresión humana que pueda surgir de él.

Dentro de los fundamentos de la medicina centrada en la persona, mencionamos el identificar al médico como persona, y entra entonces la importancia de reconocer la fuerte y constante evolución de nuestra propia persona, la consciencia que desarrollamos y asumimos, el conocernos ante diversos entornos, el saber cómo nos desenvolvemos y cómo todas las cualidades humanas se expresan y fluyen; y la necesidad de que esta situación sea algo que pueda ejecutarse y equilibrarse a la par que se ejerce la medicina, siento situaciones que existen en un mismo tiempo.

“Las narrativas pueden desestructurar la forma en que usualmente aprenden a practicar los profesionales de salud, redescubriendo la singularidad”<sup>2</sup> es una frase que expresa cómo hace falta desmenuzar la concepción que tenemos de la práctica médica y nos recuerda que olvidar la individualidad de cada ser humano que acude a nosotros con dolor físico o moral, esperanza o desesperanza, temor o alegría al estar enfrentando un momento sumamente importante para su vida, es un camino que normaliza una antipatía y perpetúa una omisión de que cada situación tiene toda una atmósfera de significados diferentes.

Destruir el concepto que tenemos y reconstruirlo con las consideraciones empáticas y humanas es el proceso clave que nos muestra el rumbo de la medicina narrativa.

Entender que el encasillamiento conceptual de las personas nos facilita el trabajo, pero nos hace omitir.

Desarrollar sensibilidad tras un camino de introspección y apertura nos obsequia la posibilidad de algo parecido a la hermenéutica, el extraer pensamientos de silencios, de gestos, de movimientos, y nos permite brindar ayuda a un paciente a atravesar un momento o momentos de crisis.

“El dolor humano representa una realidad mucho más amplia y difícil de explorar que el mero sufrimiento físico”<sup>2</sup>; es menester entender el significado particular de lo que se vive en lo que hacemos todos los días.

Entendemos entonces, puntos básicos como la necesidad de la comunicación efectiva para transmitir alivio e información adecuada ante cualquier sufrimiento, de manera que se genere confianza, empatía y apertura para entender y respetar la autonomía de cada paciente. Existen diversas características claras para ejercer un camino donde se geste una relación médico-paciente genuina, y para esto, es imperativo construir una sensibilidad que sea capaz de percatar, asimilar y entender diversos estímulos provenientes de cualquier persona, pero ¿cómo construir una sensibilidad sin una práctica en la vida cotidiana de introspección, de cuestionamiento, de apertura?

Puede ser, como ya hemos mencionado, el predominio de la perspectiva biológica y técnica que orienta la formación médica actual y no deja espacio para aspectos sociales, culturales y emocionales que configuran las percepciones y concepciones de la forma en que los pacientes experimentan y lidian con sus padecimientos; o pueden incluirse algunos otros aspectos, asuntos de otras materias de las cuales podríamos auxiliarnos, como el hecho de vivir en una sociedad capitalista, que nos demuestra cómo la empatía no es algo que no tengamos, sino producto de nuestros intereses; ejemplo de esto es la clara diferencia en la atención pública y privada, que refleja la mezquindad donde el que paga merece y le ponemos precio a la calidad de nuestra interacción humana.



O probablemente sea que dentro de las motivaciones que tenemos al estudiar medicina, a pesar del hecho de que muchos médicos comienzan con la intención altruista de ayudar o de generar alivio, el sistema de estudio erra ese mismo camino donde, inconscientemente tal vez, olvidamos que existe una condición de humanidad dentro de todo lo que hacemos. La forma en que se ha perpetuado la educación de la medicina, basada en un sistema de competitividad, donde la motivación principal es el orgullo, evitar humillaciones, el prestigio quizá, deja demasiado lejos una motivación real, estropea me atrevo a decir, la nobleza tan característica de esta disciplina, y nos aleja irremediabilmente de lo real, del contacto, de lo humano; perdemos la visión y nos sumergimos en un mundo que realmente solo existe si eres médico; aprendemos y anhelamos de lo que vemos, y generalmente en una sociedad como la nuestra, nos atrevemos a cuestionar poco el porqué de nuestras acciones, motivaciones y comportamientos; nos sumergimos en una atmósfera y perspectiva de alejamiento; nos enojamos por la "ignorancia" colectiva de los pacientes (y no con el sistema que no procura la enseñanza en salud pública), y como en todas las relaciones, el paciente lo siente y lo reprueba, es decir, pasa no solo a hostilidad, sino a dolor, tristeza incluso, y un agravamiento del estado emocional de la persona frente a nosotros.

Es probable que muchos médicos no hayan estado en una circunstancia de ser paciente, y es entonces que nos damos cuenta como la empatía tiene que generarse a un nivel de sufrir igual para entenderlo, y no de detenernos a percibir el conglomerado de emociones que pueden manifestarse en un ser humano.

Generalmente no se tiene un cuidado colectivo en procurar y desarrollar la propia inteligencia emocional, quizá entonces no es de sorprendernos que un médico no pueda asimilar las emociones de alguien más, si ni siquiera comprende las suyas, si probablemente las evita; si ni siquiera es consciente de lo que piensa y siente ante convivir diariamente con tantas personas. El número de interacciones interpersonales que se tienen es gigante, y no podemos esperar que, sin un nivel de introspección y sin un detenimiento al pensar en el sentir, en la percepción y en el actuar con una persona, o en qué concepto o perspectiva se tiene el papel de ser

médico, surja por generación espontánea la empatía necesaria para una relación médico-paciente. Es decir, es quizá solo si una persona desarrolla una idea de sí mismo, pueda percatarse y quizá atreverse a tomar una postura ante las emociones ajenas, ante las visiones de alguien que acude adolorido y con deseo de ayuda, con su propia versión del mundo que lo rodea.

Hace falta tener una sensibilidad, y comprometerse con ella todos los días, cultivarla, entender que ser empático es una forma de vivir y no una búsqueda desesperada por interpretar pacientes; y por supuesto que una comunicación efectiva sería una excelente forma de culminar una práctica como esa, preguntar, respetar, y renunciar a la idea de que somos omnisapientes; encarnar la idea de que cada palabra emitida es valiosa para interpretar el miedo, el enojo, la indiferencia de los pacientes, y dirigirnos con ellos a un camino de transparencia, donde ninguna de las dos partes se sienta necesariamente vulnerable y expuesta, sino protegida (sin tener necesariamente un enfoque paternalista).

Un aspecto sumamente interesante mencionado dentro de la medicina narrativa, que pareciera una posible solución ante tantos obstáculos en el conglomerado de sentimientos y relaciones, es el uso de la autoetnografía, modalidad de investigación que combina las técnicas autobiográficas y etnográficas con el propósito de describir y analizar en forma sistemática la experiencia personal como vía para la comprensión de la experiencia cultural<sup>6</sup>. Esto claro, da lugar a un mejor entendimiento de cómo se experimenta la práctica profesional, con todas las emociones y la diversidad que esto pone en juego, y para estudiar en profundidad el modo en que se va construyendo la relación con aquellos cuya salud se encuentra a nuestro cargo.

“Al médico se le exhorta para que sea empático y compasivo, pero no se le dan las herramientas para hacerlo. Tampoco se le enseña cómo hacer para despertar la empatía y para mantenerla viva a través de todas las vicisitudes por las que atraviesa a lo largo de su vida profesional. Que pueda lograrlo, se relaciona con el cuidado que pueda darse a sí mismo, el reconocimiento que pueda tener de lo que siente. Porque en su camino para transformarse en médico, la persona atraviesa

por muchos y profundos cambios a los cuales ella califica como verdaderamente cataclísmicos.”<sup>6</sup>

La consciencia de cómo nos transformamos es algo complejo si no se practica continuamente. Si no estamos en estrecho contacto con el flujo de nuestras ideas, sentires y actitudes, de pronto nos encontraremos normalizando conductas de las que no estamos convencidos, que se nos han impuesto, y más aún si se trata de una profesión donde se tiene contacto con tantas emociones, obligaciones, imposiciones, competitividad, dificultades y cansancio.

“Escribir no es una actividad que tenga que reducirse a informar, sino que al ejercerla se puede hacer mucho más: componer, crear, representar”<sup>6</sup>, es una de las frases que refleja cómo una comunicación constante con lo que somos y dejamos de ser, no solo va en una dirección, sino que nos proporciona un sinnúmero de soluciones al problema científico-humanista de la relación médico-paciente, y de la vida misma, donde un ser humano es capaz de utilizar sus poderes humanos para crear lazos, crear conexión, desprenderse de prejuicios y ampliar aún más el mundo que creía conocer.

“En nuestros días, la carrera de Medicina no se caracteriza por fomentar las capacidades literarias de los futuros médicos ni a través de la lectura ni mucho menos de la escritura. Nuestros alumnos, confinados durante los últimos años de su vida a la lectura de textos médicos y a la escritura de historias clínicas, no producen textos particularmente bien escritos”<sup>6</sup> nos recuerda de nuevo, que la creación de una sensibilidad no es parte del enfoque de la carrera de medicina, y es difícil de obtener si no se ha tenido la fortuna de desarrollarla previamente; sin embargo, a partir de un análisis como este, podemos replantearnos y construir una nueva forma de ver la realidad y nuestra propia ejecución del papel médico, de una forma inmensamente más profunda de lo que se nos había impuesto en primer lugar; podemos atrevernos a hablar a un nivel más profundo con un paciente y atrevernos a tener una interacción humana real. Hay demasiado impacto y demasiada inmersión en la atención a la salud como para no darle prioridad a

nuestro componente esencial: el sentimental, el de la percepción, el que destruye y reconstruye siempre nuestra visión del mundo y de nosotros mismos.

“Podría ser, incluso que, gracias a esta apertura propiciada por la vertiente narrativa, los futuros médicos pudieran aprender algo antes de apresurarse a prejuzgar, descalificar o condenar sobre esas distintas modalidades de sabiduría que se construyen a lo largo de muchas generaciones, se transmiten a través de la tradición, y se remodelan cada día al compás de las circunstancias que las personas enfrentan en su vida cotidiana”.<sup>6</sup>

### **Conclusiones.**

Cuando se habla de ejercer la medicina, poco se hace énfasis en que las experiencias emocionales inherentes a la vivencia de la enfermedad por parte del paciente, y la vivencia por parte del personal médico es poco atendida pese a que el quehacer dentro de este campo se ubica en una de las laderas más difíciles de la experiencia humana, esa en donde se enfrentan los temores, las angustias y las limitaciones impuestas por la enfermedad y la muerte.

La medicina centrada en la persona, los modelos de autogestión y la medicina narrativa son parte de una primera respuesta hacia el problema científico-humanista, donde se establecen las bases para una atención apoyada en las ciencias naturales y las ciencias humanas, y en conjunto se puedan aterrizar estas herramientas en el cotidiano, de forma que podamos comenzar una introspección y ver qué tenemos de esto en nuestra práctica cotidiana, de qué herramientas podemos apoyarnos aún más y comenzar por ver las facilidades y dificultades que esto ofrece en nuestro propio ejercicio médico y en el propio desarrollo de esta sensibilidad totalmente nueva.

Veo menester entonces, salir del esquema reduccionista y expandir el concepto de las prioridades ajenas, desmenuzar el concepto de la vida, de los contextos, de una forma que se logre evitar el adoctrinamiento y la creación de culpas hacia los pacientes.

Florencio Escardó<sup>1</sup> señalaba “enfrentada al nuevo planteo, la medicina tuvo que buscar aliados que se llamaron la psicología, la antropología, la sociología o la sexología, disciplinas que se tipifican como ciencias del hombre, queriendo decir con ello: del hombre total en relación consigo mismo, con sus semejantes y con su medio.”

Parte de la postura que se genera con este texto es poder plantear la expectativa del cambio, donde podemos asimilar la necesidad de que destruya todo lo que está hecho para armarlo de nuevo. Se crea la convicción de destruir el precepto de ver a los pacientes como entes ajenos para dar paso a entender a una persona que se presenta ante nosotros, mostrando de una de las infinitas posibilidades en que se da la vida, y reprobando al sistema que gesta la separación. Sin la construcción individual, ninguna solución ni propuesta radical o colectiva puede existir, ni mucho menos un acercamiento asertivo con los pacientes, ni con ningún ser humano.

Ejercer la profesión médica es una actividad compleja desde todos los puntos de vista: el académico, el social y el individual. Durante cada etapa la visión es distinta y compleja, pero en el momento actual en el que nos encontramos lidiando todos los días con una persona que acude con un padecimiento, muchas cosas hacen falta para poder culminar con una atención que tenga fundamento científico y que posea una interacción humana de calidad, para que logremos comprender la complejísima vivencia ajena y podamos con eso establecer un acuerdo que nos lleve a una atención adecuada y digna de las enfermedades crónico-degenerativas. Aparentemente queda seguir caminando con este nuevo rumbo, con la consciencia y su crecimiento constante, y la infinidad de expresiones humanas que se dan en este proceso.

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

**Título: En pacientes adultos con diagnóstico de obesidad, ¿es superior el uso de liraglutida (aR-GLP1) como terapia farmacológica, que la realización de actividad física para la pérdida de peso?**

## **Introducción:**

Definimos a la obesidad como una enfermedad multifactorial, crónica y progresiva asociada a un exceso de grasa corporal (1). Por definición, para la mayoría de las personas, la obesidad se define como un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más y se clasifica en subcategorías según los rangos de IMC. (1, MENCIÓN: CDC 2019)

En la actualidad, la obesidad es uno de los principales problemas de salud a nivel global, relacionada directamente con diversas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, apnea del sueño, osteoartritis, diabetes, ciertos tipos de cáncer y, por supuesto, las complicaciones de cada una de estas afecciones (1).

En este contexto, resulta menester realizar un enfoque especializado a las distintos factores que componen al fenómeno de la obesidad, como la etiología (comprendiendo el contexto histórico, social, económico y cultural de los pacientes, de forma que sea posible tener una atención adecuada centrada en la persona), y así, lograr un diagnóstico oportuno, y un tratamiento adecuado, que nos ayude a conseguir y mantener un estado metabólico adecuado, comprendiendo también que la recuperación de peso después de una pérdida inicial, es un problema importante en el tratamiento de personas con obesidad, a menos que se siga un programa estructurado de mantenimiento de peso (2).

El tratamiento de la obesidad debe tener un enfoque crónico que involucre modificaciones en el estilo de vida en un principio, es decir, cambios en los hábitos alimenticios (dieta restringida en calorías), el aumento de la actividad física y las modificaciones del comportamiento. Aunado a esto, existen varios agentes farmacológicos a corto y largo plazo disponibles para ayudar con la pérdida de peso. (1) Para los pacientes aptos para el uso de estos medicamentos, la selección de un agente apropiado en función de su mecanismo, eficacia y perfil de seguridad, así como la preferencia del paciente, puede proporcionar los resultados deseados, resaltando claro, que este control médico del peso debe ser un enfoque multidisciplinario que involucre educación y motivación continuas al paciente. (1)

Una disminución del peso corporal del 3 al 5 % se ha asociado con una reducción de los factores de riesgo relacionados con la obesidad, aunque se recomienda una pérdida de peso superior al 5 al 15 % del peso corporal inicial para pacientes con enfermedades coexistentes, obesidad mórbida o ambas cosas (1).

Resulta de vital importancia hacer mención de que, a pesar de que hablamos y conocemos las medidas de tratamiento básicas para la obesidad como lo son las modificaciones alimentarias y el ejercicio, existen diversas condiciones que podrían impedir la realización de actividad física (fundamental como hemos mencionado), tales situaciones pueden ejemplificarse en pacientes con osteoartritis de rodillas o cadera (en ocasiones producto de la misma obesidad, debido a un aumento en la

carga biomecánica (1)), pacientes geriátricos, pacientes con amputaciones de extremidades, o incluso, pacientes que por cualquier otro motivo como la demanda en tiempos laborales, la dificultad de obtener y seguir un plan de ejercicio estructurado, etcétera) y como consecuencia, no logren un buen control en las medidas higiénico-dietéticas. Es entonces que se genera una nueva problemática a resolver en el contexto de los pacientes con obesidad, que necesitan ser atendidos con las condiciones que se presenten.

En esta revisión sistemática, se pretende analizar la información actual con respecto a la comparación en el uso de un medicamento agonista del péptido similar al glucagón tipo 1 (en este caso liraglutida), con la actividad física, de forma que se esclarezca la información disponible con respecto a la comparación de estas dos medidas, y así, poder tomar decisiones en la práctica médica y conseguir un adecuado seguimiento con los pacientes que posiblemente requirieran una modalidad de atención de este tipo.

Se esclarece que este artículo no pretende dar ningún valor moral ni estético a la obesidad, sino analizarlo como un factor de riesgo modificable y sus alternativas terapéuticas.

### **Objetivos:**

**Objetivo general:** Analizar la información actual con respecto a la superioridad del uso de liraglutida versus el ejercicio, para la correcta toma de decisiones en la consulta diaria, cuando la actividad física se encuentre limitada.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer los resultados con respecto al uso de tratamiento farmacológico versus no farmacológico.
- Considerar las ventajas a largo plazo de cada modalidad.
- Conocer los efectos adversos y contraindicaciones del medicamento en cuestión.
- Conocer las ventajas particulares de cada modalidad.

### **Protocolo de la revisión sistemática:**

#### **Justificación de la revisión.**

Con respecto a la problemática situada en torno a la obesidad, la necesidad de un enfoque integral para su atención, el entenderlo como un factor de riesgo modificable y el planteamiento de necesitar una solución para las diversas condiciones que limitan la actividad física, se pretende desglosar un análisis que pudiera dar solución a este tipo de consideraciones.

Para las personas con obesidad, se recomienda una pérdida de peso del 5 al 10 % dentro de los 6 meses posteriores al diagnóstico (3). El primer paso del control médico del peso son las modificaciones del estilo de vida, comprendidas por intervenciones no farmacológicas como una dieta saludable, el aumento de la actividad física y modificaciones del comportamiento. (1)

Estas modalidades no farmacológicas forman el pilar de todos los tratamientos para la obesidad y, por lo tanto, deben enfatizarse mucho incluso después de agregar los medicamentos para el control del peso. Los medicamentos generalmente se agregan si las modificaciones del estilo de vida por sí solas no proporcionan la pérdida de peso deseada. Se recomienda agregar la farmacoterapia a las modificaciones del estilo de vida para los pacientes con un IMC de 30 o más o un IMC de 27 o más con dos o más comorbilidades. Estas comorbilidades incluyen hipertensión, diabetes, prediabetes y dislipidemia, entre otras. (1)

Seis medicamentos diferentes están aprobados por la FDA para el control médico del peso como complemento de las modificaciones del estilo de vida, incluida la dieta reducida en calorías y el aumento de la actividad física. (1)

Comprender la fisiopatología subyacente de la obesidad es imperativo para comprender cómo estos medicamentos ayudan a controlar el peso. La causa de la obesidad es compleja y multifactorial e incluye factores conductuales, ambientales, anomalías genéticas y diversas condiciones de salud, así como ciertos medicamentos. Los factores conductuales y ambientales que pueden contribuir a la obesidad incluyen opciones personales de estilo de vida, como la dieta y las rutinas de actividad física, así como un acceso deficiente a alimentos saludables o medios para realizar actividad física. (1)

Fisiológicamente, el cerebro controla el apetito cuando recibe señales entrantes de los tejidos adiposos y el intestino. Estas señales se ven afectadas por varias hormonas como la leptina, la insulina y el cortisol y varios péptidos intestinales como la grelina. Estos regulan aún más las expresiones de varios péptidos en el cerebro que afectan las vías de señalización serotoninérgicas, catecolaminérgicas y opioides. El cerebro incorpora todas estas señales y sintetiza una respuesta para consumir alimentos y gastar energía; sin embargo, si hay una desregulación en cualquiera de estas señales, puede conducir a un mayor consumo de alimentos y una disminución del gasto de energía. Los agentes farmacológicos disponibles actúan sobre estas señales y vías para reducir el consumo de alimentos y aumentar el gasto energético. (1)

La liraglutida en dosis regulares tiene indicación para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. El péptido endógeno similar al glucagón-1 (GLP-1) se libera del estómago durante la digestión de los alimentos. Cuando estimula los receptores GLP-1 en el cerebro, induce saciedad y provoca la supresión del apetito. La administración exógena de liraglutida en dosis altas implica una inyección subcutánea una vez al día, independientemente de las comidas. (1)

El período de titulación de 5 semanas comienza con una dosis inicial de 0,6 mg, que se aumenta a una dosis final de 3 mg con incrementos de 0,6 mg para ayudar a



minimizar los efectos secundarios gastrointestinales. Según la etiqueta, si al final de la semana 16 no se ha logrado una pérdida de peso de al menos un 4 % desde el inicio, se debe suspender la liraglutida ya que es poco probable que se produzca una mayor reducción de peso. A diferencia de todos los demás agentes orales para el control del peso, este es un producto parenteral y, por lo tanto, requiere educación adicional sobre la administración adecuada, los sitios para administrar el medicamento, el almacenamiento y la eliminación adecuada de objetos punzocortantes. (1)

Los efectos adversos más comunes giran en torno a molestias gastrointestinales como náuseas, vómitos, estreñimiento, dolor abdominal, diarrea y dispepsia, que pueden minimizarse con una titulación más lenta. Se ha observado elevación de la frecuencia cardíaca en ensayos clínicos; sin embargo, el impacto clínico es insignificante ya que esta elevación fue de dos a tres latidos por minuto. La frecuencia cardíaca debe controlarse a intervalos de rutina por este motivo. (1)

Aunque son raros, se han notificado casos de pancreatitis, incluidas pancreatitis hemorrágica y necrosante; se debe educar a los pacientes sobre los signos y síntomas de la pancreatitis aguda. Dado su efecto hipoglucemiante, puede provocar hipoglucemia cuando se utiliza con otros antihiperoglucemiantes como la insulina y las sulfonilureas; el ajuste de la dosis en estos últimos agentes puede estar justificado. Estos pacientes deben ser educados para emplear un control adecuado de la glucosa en sangre. La liraglutida está contraindicada en pacientes con antecedentes personales o familiares de carcinoma medular de tiroides, tumor de tiroides de células C o síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2. La etiqueta también incluye una advertencia sobre insuficiencia renal y conducta o ideación suicida. Por lo tanto, es importante monitorear la función renal y los cambios de comportamiento durante la terapia. (1)

### **Formulación de la pregunta de investigación.**

**P:** Pacientes o problema de interés: **Población adulta con obesidad.**

**I:** Tipo de intervención principal: **Intervención terapéutica con liraglutide.**

**C:** La comparación de la intervención: **Ejercicio.**

**O:** El tipo de resultado clínico de interés.: **Pérdida de peso.**

**En pacientes adultos con diagnóstico de obesidad, ¿es superior el uso de liraglutida (aR-GLP1) como terapia farmacológica, que la realización de actividad física para la pérdida de peso?**

**Descriptor, palabras claves y términos relacionados con el tema de la guía.**

Obesidad, tratamiento farmacológico para la obesidad, liraglutide, ejercicio.

Obesity, obesity drug therapy, obesity therapy, obesity pharmacological treatment, obesity lifestyle changes, liraglutide, exercise.

### **Tipo de reportes de investigación a recuperar.**

Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis.

### **Criterios de inclusión.**

- Personas con edad mayor a 18 años.
- Personas con diagnóstico de obesidad (IMC >30).

### **Criterios de exclusión**

- Personas menores a 18 años. (Pacientes pediátricos).
- Personas con IMC <30.
- Artículos que analicen un programa de ejercicio y liraglutida de forma simultánea (sin compararlos por separado).
- Artículos con más de 5 años desde la fecha de publicación.
- Pacientes con uso previo de aR-GLP1.
- Artículos que analizaran aR-GLP1 diferentes a liraglutida.
- Pacientes que suspendieran tratamiento farmacológico durante los ensayos.
- Pacientes con otro medicamento de pérdida de peso o cirugía bariátrica.

### **Estrategia de búsqueda.**

#### **Ejecución y selección de reportes de investigación.**

A continuación, se redacta cada paso de la búsqueda de información para esta revisión, cuya ejemplificación en imagen se aprecia en el apartado de "Anexos".

1. Ingresar a la página:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

2. En la página principal, ir a la sección de "Explore" y dar click en MeSH database.
3. Se buscó la palabra MeSH "Obesity", se seleccionó "drug therapy", "therapy" y se agregó al buscador.
4. Posteriormente, en una nueva búsqueda se agregó la palabra: Liraglutide y se seleccionó "therapeutic use".
5. Finalmente se agregó al buscador la palabra "Exercise".
6. Al dar click a la búsqueda final:

**((("Obesity/drug therapy"[Mesh] OR "Obesity/therapy"[Mesh] )) AND "Liraglutide/therapeutic use"[Mesh]) AND "Exercise"[Mesh]**

Se obtuvo un total de 18 resultados.

- Se agregó como filtro: 5 years para tener información actualizada, con un resultado final de 14 resultados, de los cuales se utilizaron (4) por criterios de exclusión, previamente descritos.

### Síntesis de datos (resultados).

Nombre del artículo:	Año	Observaciones
Healthy Weight Loss Maintenance with Exercise, Liraglutide, or Both Combined.	2021	<p>Se investigó la eficacia del tratamiento de 1 año con un programa de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa, liraglutida a una dosis de 3,0 mg por día, o la combinación de ejercicio más liraglutida, en comparación con placebo, para el mantenimiento de la pérdida de peso saludable después de pérdida de peso inducida por una dieta baja en calorías.</p> <p>En un ensayo aleatorizado, directo, controlado con placebo, se estudiaron a adultos con obesidad que no tenían diabetes.</p> <p>Después de una dieta baja en calorías de 8 semanas, los participantes fueron asignados aleatoriamente durante 1 año a una de cuatro estrategias: un programa de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa más placebo (grupo de ejercicio); tratamiento con liraglutida (3,0 mg por día) más actividad habitual (grupo liraglutida); programa de ejercicios más terapia con liraglutida (grupo de combinación); o placebo más actividad habitual (grupo placebo).</p> <p>Los puntos finales con hipótesis preespecificadas fueron el cambio en el peso corporal (punto final primario) y el cambio en el porcentaje de grasa corporal (punto final secundario) desde la aleatorización hasta el final del período de tratamiento en la población por intención de tratar. También se evaluaron los puntos finales preespecificados relacionados con la salud metabólica y la seguridad.</p>

		<p>Después de la dieta baja en calorías de 8 semanas, 195 participantes tuvieron una disminución media del peso corporal de 13,1 kg.</p> <p>Al cabo de 1 año, todas las estrategias de tratamiento activo condujeron a una mayor pérdida de peso que el placebo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de ejercicio, -4,1 kg (intervalo de confianza [IC] del 95 %, -7,8 a -0,4; P=0,03);</li> <li>• Grupo de liraglutida, -6,8 kg (IC del 95 %, -10,4 a -3,1; P&lt;0,001);</li> <li>• Grupo de combinación, -9,5 kg (IC del 95 %, -13,1 a -5,9; P&lt;0,001).</li> </ul>
In persons with obesity, exercise plus liraglutide improved weight-loss maintenance vs. exercise or placebo.	2021	<p>En las personas que lograron una pérdida de peso inducida por la dieta inicial, la terapia con liraglutida y un programa de ejercicio vigoroso previnieron la recuperación de peso en comparación con el placebo después de 1 año. Liraglutida más ejercicio dio como resultado una reducción adicional de 3,4 kg al año.</p> <p>Estos hallazgos subrayan la dificultad de mantener la pérdida de peso solo con ejercicio y respaldan el papel de los agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1 RA) como complemento del ejercicio para el mantenimiento de la pérdida de peso.</p> <p>Aunque los beneficios son comparables a los de los programas combinados de dieta y ejercicio, la adherencia a la liraglutida fue cercana al 90 %, lo que probablemente sea más alto que la adherencia a las intervenciones dietéticas. Además, la evidencia muestra que se puede lograr una pérdida de peso continua durante hasta 68 semanas con los AR GLP-1, lo que destaca su valor en el mantenimiento del peso.</p>
Exploratory analysis of eating- and physical activity-related outcomes from a randomized controlled trial for weight loss maintenance with exercise and liraglutide single	2022	<p>Se investigaron los efectos del mantenimiento de la pérdida de peso con ejercicio, liraglutida o la combinación sobre los cambios inducidos por la pérdida de peso en los resultados exploratorios preespecificados, la alimentación y el comportamiento sedentario en 130 participantes que completaron el ensayo de acuerdo con el protocolo del estudio (ejercicio (n = 26), liraglutida (n = 36), combinación (n = 29) y placebo (n = 39)).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un año después de la pérdida de peso, el grupo de placebo había disminuido la puntuación de</li> </ul>

<p>or combination treatment.</p>		<p>supresión del apetito posprandial en un 14 % y aumentó el tiempo de sedentarismo en 31 min/día y recuperó el peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La liraglutida evitó la disminución de la puntuación de supresión del apetito posprandial en comparación con el placebo (0 % frente a -14 %; P = 0,023) y mantuvo la pérdida de peso.</li> <li>• El ejercicio después de la pérdida de peso no aumentó el apetito ni el comportamiento sedentario en comparación con el placebo, a pesar del aumento del gasto de energía durante el ejercicio y la pérdida de peso mantenida.</li> <li>• La combinación de ejercicio y liraglutida aumentó la puntuación de restricción cognitiva (13 % frente a -9 %; P = 0,042), lo que refleja una restricción consciente de la ingesta de alimentos y disminuyó el tiempo sedentario en 41 min/día (-10 frente a 31 min/día ; IC del 95%, -82,3 a -0,2; P = 0,049) en comparación con el placebo, lo que puede haber facilitado la pérdida de peso adicional.</li> </ul> <p>Apuntar tanto a la alimentación como al comportamiento sedentario podría ser lo más efectivo para prevenir la recuperación de peso.</p>
----------------------------------	--	---

### Recomendaciones.

Desafortunadamente, la evidencia actual con respecto a la pregunta de investigación es insuficiente y tiene un aterrizaje en el mantenimiento de pérdida de peso tras una pérdida inicial y no como comparación en una terapia inicial.

En los estudios analizados podemos comprender que el ejercicio por sí solo condujo al mantenimiento de la pérdida de peso inicial y redujo aún más el porcentaje de grasa corporal (2). Sin embargo, se analiza información con respecto al mantenimiento de pérdida de peso como que el ejercicio (caminar o entrenamiento de resistencia) como estrategia de mantenimiento de la pérdida de peso después de la pérdida de peso inducida por la dieta tuvo un efecto menor o ningún efecto, y por el contrario, el programa de ejercicios en este ensayo fue predominantemente de intensidad vigorosa, tanto en sesiones grupales como individuales (principalmente ciclismo y carrera a pie) y con alta adherencia a las recomendaciones de la OMS en cuanto al volumen de actividad física. Esta estrategia se asoció con una mejor condición cardiorrespiratoria, un aumento de la masa magra y la prevención de una recuperación de 4 kg de grasa corporal.(2) Esto podría entonces generar la necesidad de tener un ejercicio físico con ciertas

características, y como personal médico capacitarnos al respecto de su implementación.

El tratamiento con liraglutida sola resultó en el mantenimiento de la pérdida de peso inicial, con un efecto del tratamiento frente al placebo de  $-6,8$  kg, similar a los resultados de estudios previos, y también se asoció con la pérdida de masa grasa. Sin embargo, se menciona un aumento de la frecuencia cardíaca con liraglutida sola. El aumento de la frecuencia cardíaca generalmente se considera un efecto adverso, asociado con una menor supervivencia. (2)

Las limitaciones por lo menos del primer ensayo analizado incluyen el hecho de que los resultados pueden no ser generalizables a personas mayores ( $>65$  años de edad), personas con mayor obesidad (IMC de  $>43$ ), pacientes con condiciones coexistentes (p. ej., diabetes tipo 2) y personas que tienen poca adherencia a la participación en un programa de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa o que tienen una capacidad limitada para realizar ejercicio de intensidad moderada a vigorosa. (2)

Lo anterior, estableciendo falta de información con respecto al tipo de población que necesitamos o podríamos atender.

En el segundo análisis, el se mencionan igualmente diversas advertencias como que el 59 % de los participantes que recibieron liraglutida (con o sin ejercicio) informó náuseas y el 35 % presentó reducción del apetito, lo que puede haber provocado el descegamiento y un posible sesgo. (5)

La falta de cegamiento de los grupos de ejercicio también puede haber sesgado los resultados, porque los participantes informaron una mayor percepción de la salud, el funcionamiento físico y el bienestar emocional que otros grupos. (5)

Además, se desconoce hasta qué punto los resultados se aplican a las personas que inicialmente no lograron una pérdida de peso de  $\geq 5\%$  durante una dieta de 800 kcal/d de 8 semanas y se desconoce la sostenibilidad de estos beneficios más allá de 1 año. (5)

Finalmente, y como se mencionó previamente, no todas las personas pueden participar en un programa de ejercicio vigoroso y estructurado, y es posible que estos hallazgos no se generalicen a regímenes de actividad física más moderados. (5)

## **Conclusiones.**

A pesar de la aparente efectividad que se tiene con respecto al liraglutida en cuanto a la pérdida de peso y su mantenimiento, y en algunos estudios superior solo al ejercicio, existe mucha falta de evidencia en este momento para conocer si pudiera ser o no superior en un primer momento terapéutico, debido a que como se mencionó, existen particularidades de los estudios que no son fácilmente aplicables.

Es menester aterrizar la evidencia a situaciones particulares, donde el uso primordial del tratamiento farmacológico tenga mayor claridad y población específica.

Aunado a esto, es importante mencionar que, de tener más evidencia, existen otras complicaciones en la realidad mexicana, sobre todo al conseguir y preservar un tratamiento farmacológico costoso en nuestro nivel económico predominante.

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

#### Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción febrero 2022.

##### 1. Número total de pacientes registrados durante el año de servicio social.

<b>Número total de pacientes registrados durante el periodo de febrero 2022 a enero 2023.</b>	870 Padecimientos: 1256*
---	-----------------------------

\*Este número involucra el número total de padecimientos vistos en el año, entendiendo que cada diagnóstico diferente en una misma persona se contabilizó como un número aparte.

##### Proyecto Urbano:

<b>Número total de pacientes actualmente registrados como parte del proyecto urbano, consultorio San Pedro Mártir.</b>	
<b>Activos</b>	<b>No activos</b>
9	2
<b>Total: 11 pacientes.</b>	

\*Sin pacientes de nuevo ingreso durante el periodo febrero 2022 – enero 2023.

\*Pacientes no activas con el mismo motivo: dificultad para asistir a consulta (distancias, problemas familiares).

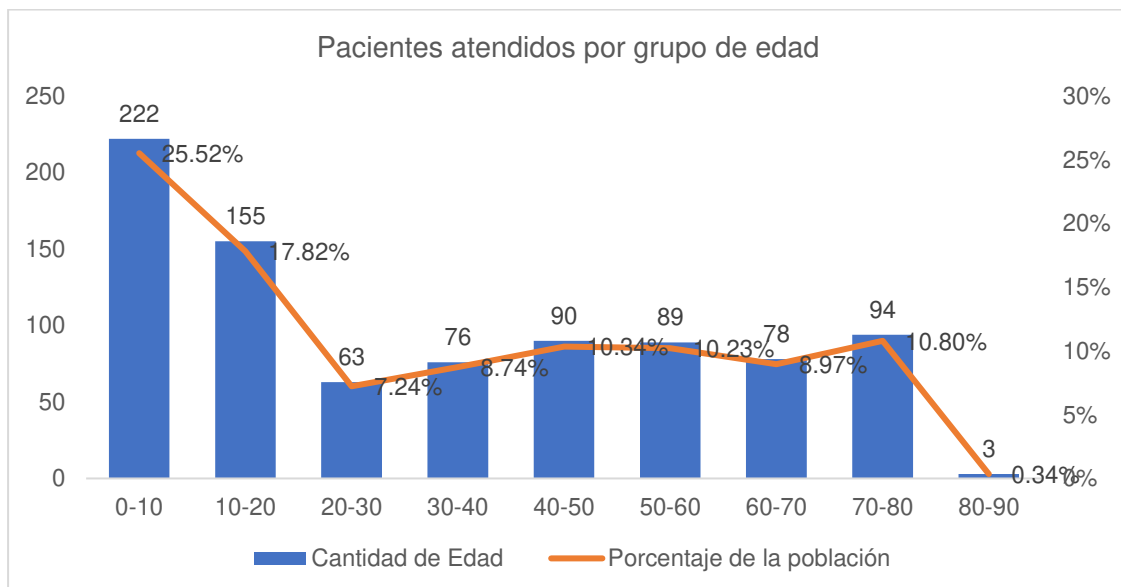
##### 2. Información demográfica posible:

###### 2.1 Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por sexo:

Masculinos	Femeninos
270	600
Total anual: 870	

2.2 Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por grupos decenales de edad.

Grupos de edad	Cantidad de pacientes	Porcentaje de la población
0-10	222	25.5%
10-20	155	17.8%
20-30	63	7.2%
30-40	76	8.7%
40-50	90	10.3%
50-60	89	10.2%
60-70	78	8.97%
70-80	94	10.8%
80-90	3	0.3%
<b>Total:</b>	<b>870</b>	<b>100.00%</b>



### 3. Motivos de atención

#### 3.1 Número de consultas totales (en el año):

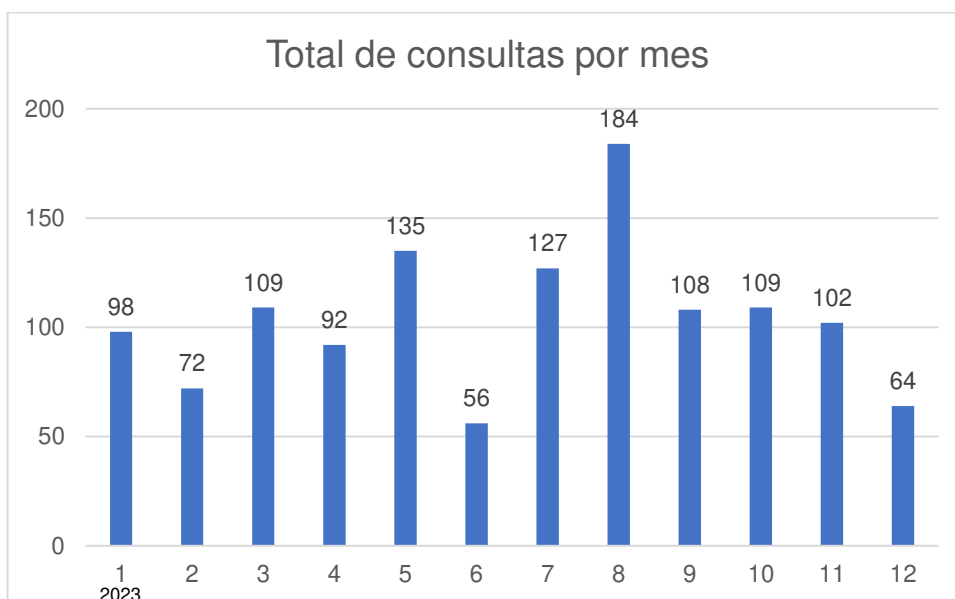
<b>Número total de consultas:</b>	<b>1256*</b>
-----------------------------------	--------------

\*Este número involucra el número total de padecimientos vistos en el año, entendiendo que cada diagnóstico diferente en una misma persona se contabilizó como un número aparte.



### 3.2 Por mes:

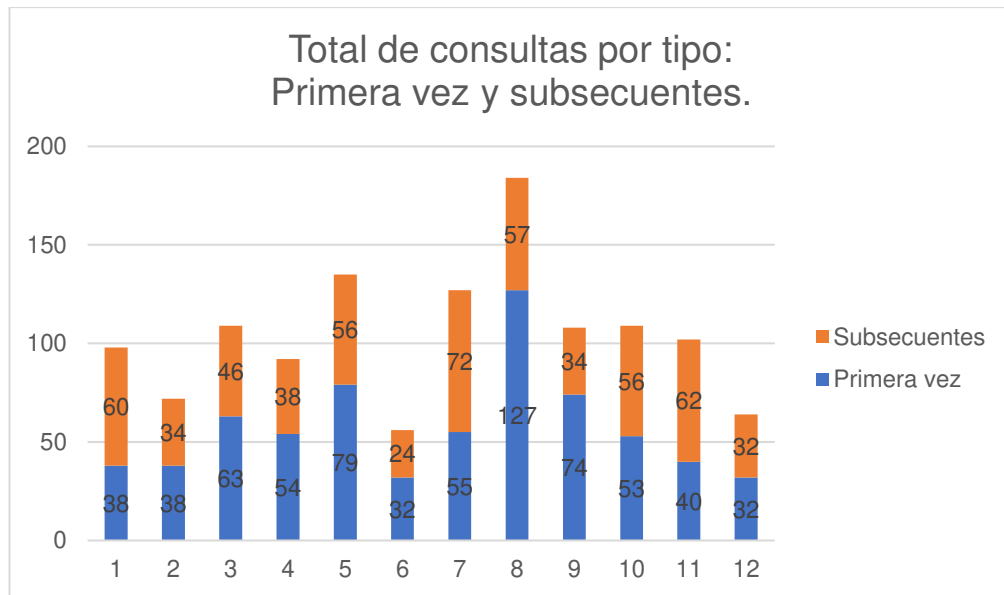
Mes	Número de consultas
Enero 2023	98
Febrero	72
Marzo	109
Abril	92
Mayo	135
Junio	56
Julio	127
Agosto	184
Septiembre	108
Octubre	109
Noviembre	102
Diciembre	64
<b>Total:</b>	<b>1256</b>



### 3.3 Primera vez y subsecuentes (de seguimiento):

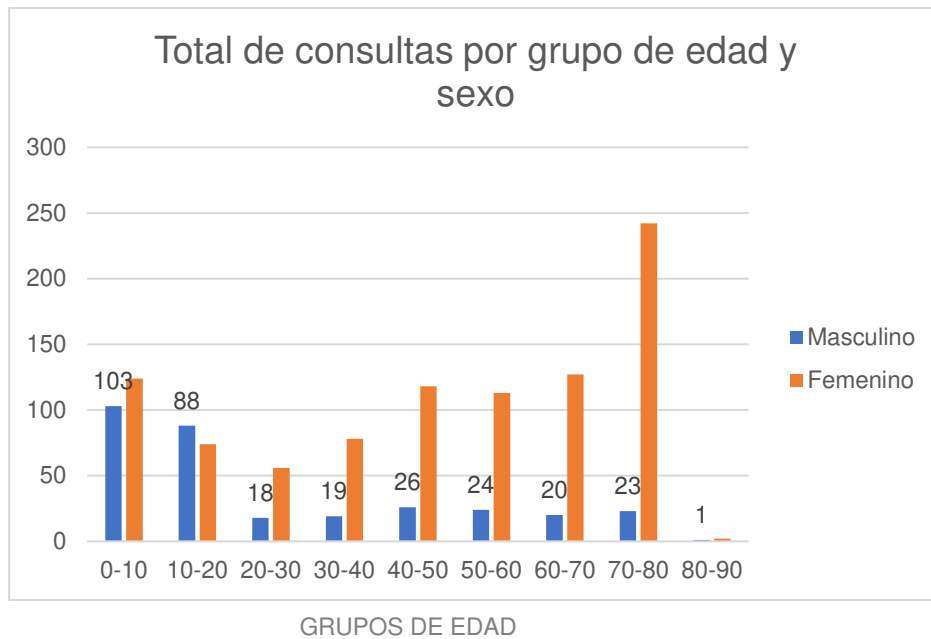
Primera vez	Subsecuentes
685	571

Total: 1256



### 3.4 Por grupos de edad y sexo:

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0-10	103	124	227
10-20	88	74	162
20-30	18	56	74
30-40	19	78	97
40-50	26	118	144
50-60	24	113	137
60-70	20	127	147
70-80	23	242	265
80-90	1	2	3
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>934</b>	<b>1256</b>



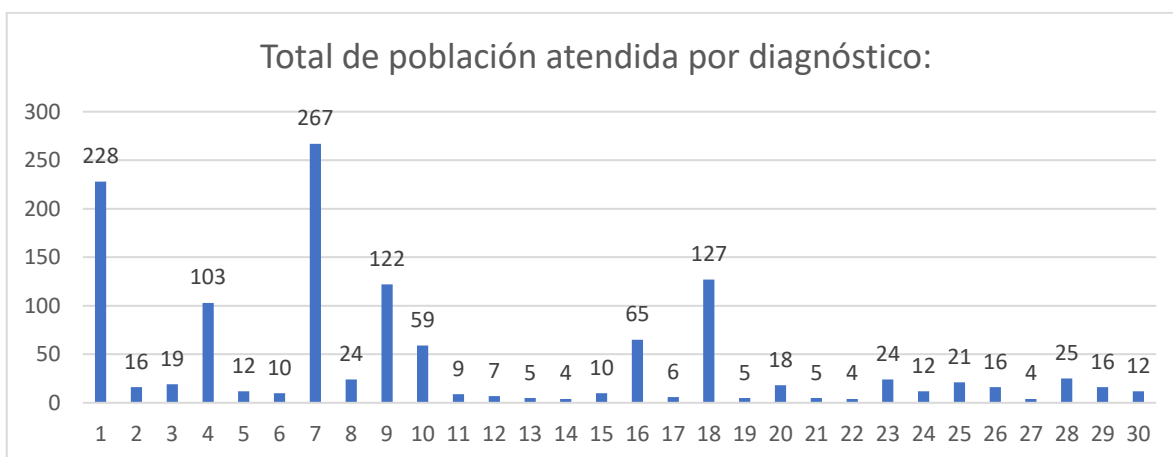
#### 4. Morbilidad atendida

##### 4.1 Población atendida por diagnóstico:

Número asignado para la lectura de la gráfica.

#	Diagnóstico	Número de pacientes:
2	Baja masa ósea u osteoporosis.	16
3	Vaginitis infecciosa	20
4	Consulta por certificado médico	103
5	Infección ocular	12
6	Dolor de origen muscular	10
7	Infección de vías aéreas superiores	267
8	Trastorno depresivo / ansiedad	24
9	Diabetes Mellitus	122
10	Dislipidemia	59
11	Dolor torácico	9
12	Embarazo	7
13	Enfermedad hemorroidal	5
14	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	4
15	Enfermedad renal crónica	10
16	Gastroenteritis pb infecciosa	65
17	Gonartrosis	6
28	Hipertensión arterial	127
19	Hiperuricemia	5
20	Infección vías urinarias	18
21	Infección por virus del papiloma humano	5

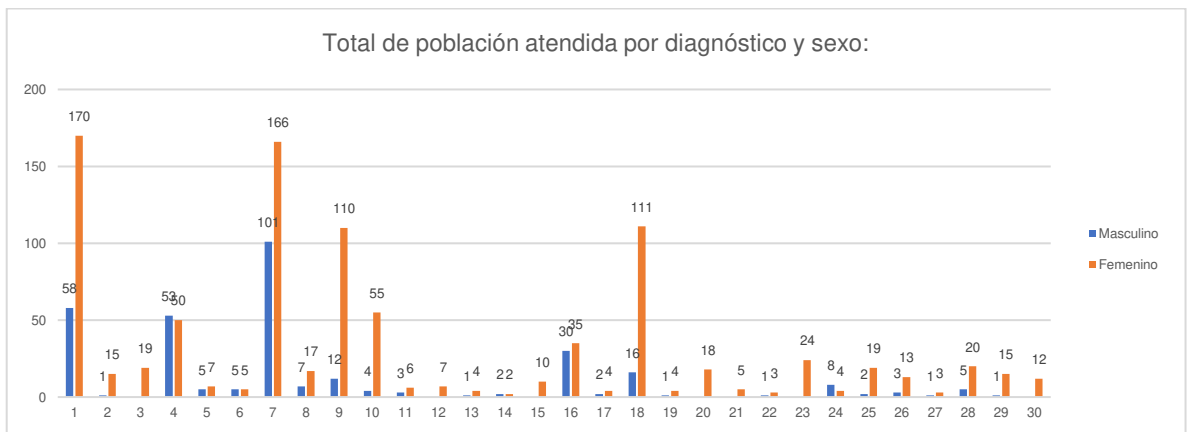
22	Infección de vías aéreas inferiores	4
23	Insuficiencia venosa periférica	24
24	Enfermedad coronaria	12
25	Obesidad	21
26	Sx resistencia a la insulina	16
27	Revisión general	4
28	Sx intestino irritable	25
29	Sobrepeso	16
30	Sx ovario poliquístico	12
1	Otros	228
#	<b>Total:</b>	<b>1256</b>



#### 4.2 Población atendida por diagnóstico y sexo:

#	Diagnóstico	Masculino	Femenino	Total
1	Otros	58	170	228
2	Baja masa ósea u osteoporosis.	1	15	16
3	Vaginitis infecciosa	0	20	20
4	Consulta por certificado médico	53	50	103
5	Infección ocular	5	7	12
6	Dolor de origen muscular	5	5	10
7	Infección de vías aéreas superiores	101	166	267
8	Trastorno depresivo / ansiedad	7	17	24
9	Diabetes Mellitus	12	110	122
10	Dislipidemia	4	55	59
11	Dolor torácico	3	6	9
12	Embarazo	0	7	7

13	Enfermedad hemorroidal	1	4	5
14	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	2	2	4
15	Enfermedad renal crónica	0	10	10
16	Gastroenteritis pb infecciosa	30	35	65
17	Gonartrosis	2	4	6
28	Hipertensión arterial	16	111	127
19	Hiperuricemia	1	4	5
20	Infección vías urinarias	0	18	18
21	Infección por virus del papiloma humano	0	5	5
22	Infección de vías aéreas inferiores	1	3	4
23	Insuficiencia venosa periférica		24	24
24	Enfermedad coronaria	8	4	12
25	Obesidad	2	19	21
26	Sx resistencia a la insulina	3	13	16
27	Revisión general	1	3	4
28	Sx intestino irritable	5	20	25
29	Sobrepeso	1	15	16
30	Sx ovario poliquístico	0	12	12
	<b>Total general</b>	<b>322</b>	<b>934</b>	<b>1256</b>



#### 4.3 Población atendida por diagnóstico y grupos de edad:

Grupos de edad	Diagnósticos:																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
0-10	22		1	46	3	2	116		1							31			
10-20	29		2	51	1	1	51	1		2	3	2				9			
20-30	22		1	1	3	2	20	2			1	3	1			6			

30-40	23		7	1	1	1	22	3	10	2	2	2	1			6		5	
40-50	39	1	6	2	3	1	25	9	12	8	3		1	2		3		12	1
50-60	20	1	2	2		1	16	1	20	10			1	1		2	1	25	2
60-70	30				1	1	11	3	29	10				1		6		24	1
70-80	42	14				1	5	5	50	27			1		10	2	5	60	1
80-90	1						1											1	
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>103</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>267</b>	<b>24</b>	<b>122</b>	<b>59</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>65</b>	<b>6</b>	<b>127</b>	<b>5</b>

Grupos de edad	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total
0-10			2					2	1			227
10-20		1				1	1		2		5	162
20-30	3					1			1		6	73
30-40	2	3	1		1		1		2		1	97
40-50	2			1		3	5		2	3		144
50-60	5	1	1	5	5	2	3	1	4	5		137
60-70	3			12	3	4	2		6			147
70-80	3			6	3	10	4	1	7	8		265
80-90												3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>1255</b>

### Población de pacientes con diagnósticos cardio-metabólicos.

La siguiente información fue recuperada de pacientes atendidas dentro del proyecto urbano, es decir, paciente con seguimiento estrecho por enfermedades crónico-degenerativas.

Número total de pacientes actualmente registrados como parte del proyecto urbano, consultorio San Pedro Mártir.	
Activos	No activos
9	2
<b>Total: 11 pacientes.</b>	

\*La totalidad de pacientes son femeninas.

\*La totalidad de pacientes se encuentra dentro del rango de edad de 47 a 78 años

4.4 Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardio-metabólica: **5 pacientes.**

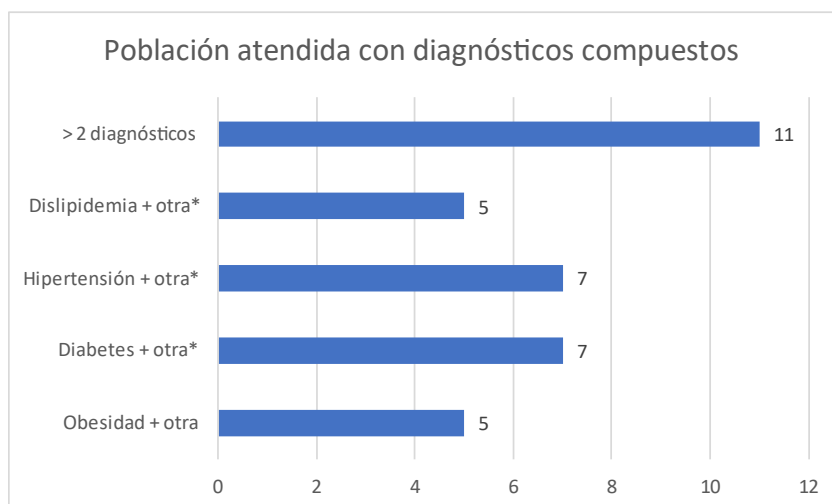
4.5 Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardio-metabólica (excepto obesidad): **5 pacientes.**

4.6 Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardio-metabólica (excepto obesidad): **7 pacientes.**

4.7 Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardio-metabólica (excepto obesidad): **5 pacientes.**

4.8 Población atendida con más de dos diagnósticos: **11 pacientes.**

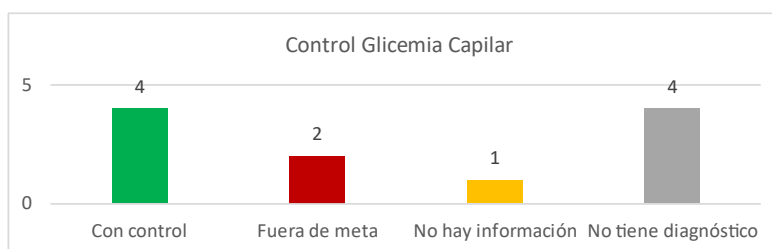
Diagnóstico	Número de pacientes	Porcentaje
Obesidad + otra enfermedad	5	45%
Diabetes + otra enfermedad	7	64%
Hipertensión + otra enfermedad	7	64%
Dislipidemia + otra enfermedad	5	45%
> 2 diagnósticos	11	100%
<b>Total</b>	<b>11</b>	



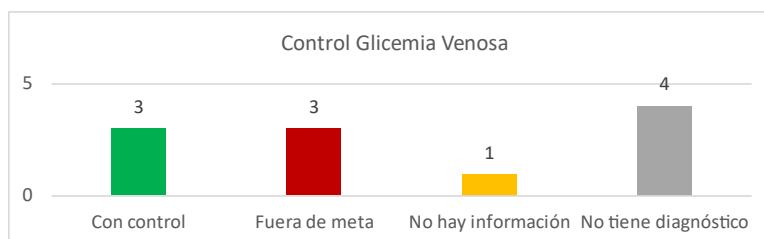
## 5. Resultados de control de enfermedad crónica

5.1 Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo con glicemia:

Estado	Control: Glicemia Capilar	Porcentaje
Con control	4	36%
Fuera de meta	2	18%
No hay información	1	9%
No tiene diagnóstico de DM	4	36%
<b>Total</b>	<b>11</b>	



Estado	Control: Glicemia Venosa	Porcentaje
Con control	3	27%
Fuera de meta	3	27%
No hay información	1	9%
No tiene diagnóstico de DM	4	36%
<b>Total</b>	<b>11</b>	

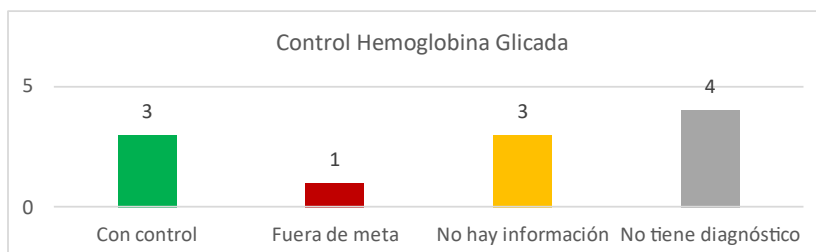


5.2 Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo con hemoglobina glucosilada:

Estado	Control: Hemoglobina Glicada	Porcentaje
--------	------------------------------	------------

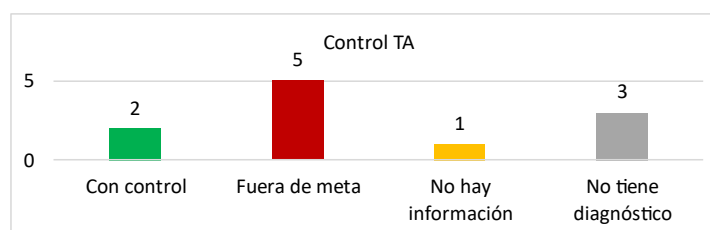


Con control	3	27%
Fuera de meta	1	9%
No hay información	3	27%
No tiene diagnóstico de DM	4	36%
<b>Total</b>	<b>11</b>	



### 5.3 Casos y porcentajes de control de hipertensión arterial de acuerdo con T.A.:

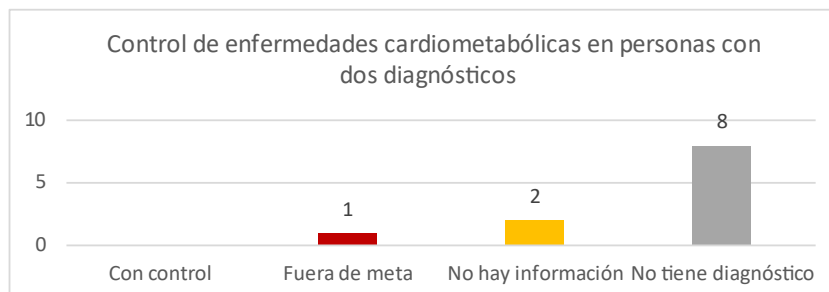
Estado	Control de cifras tensionales	Porcentaje
Con control	2	18%
Fuera de meta	5	45%
No hay información	1	9%
No tiene diagnóstico de HTA	3	27%
<b>Total</b>	<b>11</b>	



### 5.4 Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con dos diagnósticos:

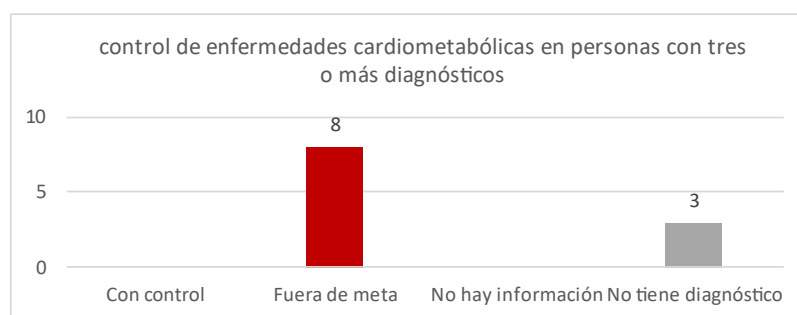
Estado	Dos diagnósticos	Porcentaje
Con control	0	0%
Fuera de meta	1	9%

No hay información	2	18%
No tiene dos diagnósticos	8	73%
<b>Total</b>	<b>11</b>	



5.5 Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con tres o más diagnósticos:

Estado	Tres o más diagnósticos	Porcentaje
Con control	0	0%
Fuera de meta	8	73%
No hay información	0	0%
No tiene 3 o más diagnósticos	3	27%
<b>Total</b>	<b>11</b>	



5.6 Tendencia a lo largo del año de servicio social:

**Niveles de glucosa:**

Paciente	glucosa feb	glucosa mar	glucosa abr	glucosa may	glucosa jun	glucosa jul	glucosa ago	glucosa sep	glucosa oct	glucosa nov	glucosa dic	glucosa ene
1	-	115pp	108	127pp	-	86	110	-	103	95	-	93
2	102	-	-	97	-	-	-	-	-	-	-	87
3	84	95	-	90	92	97	108	-	-	-	-	91
4	-	-	243	220	-	130	127	-	-	-	-	138
5	136pp	-	120	114	-	-	-	-	84	118	121	201
6	-	-	-	-	128	-	-	-	-	-	-	-
7	84	-	-	-	-	94	-	-	94	-	86	-
8	-	134	-	119	-	-	148	-	84	-	-	127
9	134	-	147	99	102	96	100	108	-	-	-	103
10	182	174	-	120	-	178	165	94	95	136	125	103
11	107	-	-	108	113	126	107	111	-	103	-	106

### Hemoglobina glucosilada:

Paciente	HbA1C mar	HbA1C abr	HbA1C jul	HbA1C ago	HbA1C nov	HbA1C dic
1	-	-	-	5.9	-	-
2	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-
4	-	10.8	-	-	-	7.5
5	7.1	6.4	-	-	6.8	-
6	-	-	-	-	-	-
7	-	-	5.9	-	5.7	-
8	-	-	-	-	-	6.2
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	8.3	-	-	6.7
11	-	-	-	-	-	-

### Cifras tensionales:

Paciente	PA feb	PA mar	PA abr	PA may	PA jun	PA jul	PA ago	PA sep	PA oct	PA nov	PA dic	PA ene
1	-	110/70	106/70	110/80	-	120/80	100/70	-	110/80	110/72	-	128/86
2	130/90	-	-	130/90	-	-	-	-	-	-	-	158/96
3	120/80	110/80	-	120/80	120/80	120/80	120/86	-	-	-	-	140/86
4	-	100/70	110/80	90/70	-	110/70	110/80	-	-	-	-	128/80
5	128/80	120/70	120/60	110/80	-	-	-	-	110/60	140/60	128/76	130/70
6	-	-	-	-	120/60	-	-	-	-	-	-	-
7	120/80	-	118/80	-	-	110/80	-	-	120/80	-	110/70	-
8	-	110/70	-	110/80	-	130/80	120/70	-	110/80	-	-	148/80

9	110/70	110/70	110/70	140/80	-	118/70	120/82	110/70	-	-	-	176/82
10	130/86	140/90	-	130/80	-	140/90	146/70	130/80	130/70	140/98	152/86	138/70
11	138/70	-	-	130/90	140/90	138/90	130/90	140/80	-	160/100	-	147/97

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

#### **Tutoría de casos.**

Durante el diplomado del proyecto, el temario se desarrolló de tal forma en que se revisaran los primeros tres módulos de forma consecutiva, y a la par, se desarrollara el módulo 4. En este último se analizó la presentación de casos clínicos de pacientes con enfermedades crónicas que hubiesen dado su consentimiento para el estudio de su caso, y de esta manera, en las sesiones destinadas a esta actividad, se desarrolló el análisis de la atención que había tenido el o la paciente, y así, se reforzaran actitudes en pro del modelo, se diera una atención centrada en la persona y se fortaleciera la autogestión de las enfermedades crónicas.

En cada uno de los casos resultó imprescindible exponer de forma clara la historia clínica del paciente con el objetivo de aclarar sus padecimientos y su estado de salud general, además de las emociones o el impacto generado en su vida cotidiana por sus diagnósticos, la forma de vivir su enfermedad, su personalidad, sus preocupaciones; además, se hizo énfasis en desarrollar el entorno que rodeara a cada paciente, comprendiendo su entorno familiar y su red social de apoyo.

Dentro de estos análisis, desarrollados en cada sesión por un médico pasante distinto, se generaban dudas de diversas áreas del paciente por coordinadores y pasantes, resultando en tópicos generales que requerían una atención particular. De esta forma, se ejecutaron talleres tales como: uso de insulinas, plan de nutrición, hipoglucemiantes, entre otros.

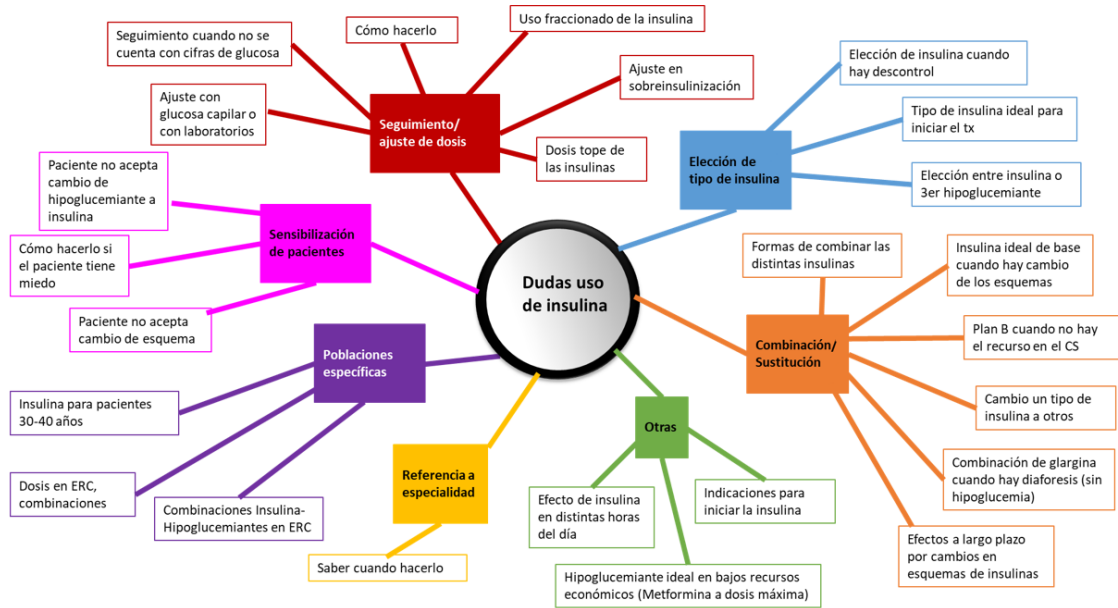


Imagen recuperada de la base de información del proyecto proporcionada por el coordinador Víctor Ríos Cortázar, utilizada durante el servicio social para ejemplificar las dudas generadas a partir de la presentación de casos clínicos.

Tal como se ilustra en la imagen, uno de los talleres más desarrollados durante el diplomado (como consecuencia de la presentación de casos clínicos), fue el de uso de insulinas, donde cada médico pasante aportó una duda al respecto y se generó una resolución general, de forma que pudiera tenerse la mejor evidencia en la toma de decisiones en el ejercicio cotidiano.

Así como este taller, otro a destacar fue la realización de planes de alimentación con la ecuación de Harris-Benedict.

#### 4. Conclusiones.

La realización del servicio social en el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, dentro del Proyecto Urbano ha sido, por decir lo menos, una experiencia absolutamente enriquecedora. En primer lugar, conocer uno de los pueblos originarios de la Ciudad de México como lo es San Pedro Mártir, y, sobre todo, haber sido guiada por las y los integrantes del Movimiento Popular, ha sido una expansión intensa a un sentido comunitario. Haber enfocado mi atención médica a la par de llevar un diplomado enfocado en la implementación del modelo de atención integral

de la salud centrada en la persona, se coordinó para poder tener una ejecución médica con una visión comprometida y respetuosa del contexto general de otro ser humano. Conté con una particular ventaja desde el inicio, al estar en un consultorio como lo es el Centro Social Sergio Méndez Arceo, donde la carga laboral podría ser menor que en alguna institución pública, teniendo la posibilidad de desarrollarme con una mayor libertad con respecto al tiempo destinado a una consulta, de forma que el diálogo, la relación médico-paciente, la aplicación del modelo de atención centrado a una persona, no se veían limitado a atender a muchos más pacientes, y así, todos los aspectos a compartir y a desarrollar de la complejidad humana, pudieron tener su espacio, dando lugar al factor emocional tanto del paciente como del médico (situación poco desarrollada en esta profesión). Es así como he podido empatizar e intentar comprender los factores asociados a un buen o mal apego tratamiento, es decir, analizar las aspiraciones, miedos, realizaciones de los pacientes, conduce a apreciar el espectro de la atención médica como un ejercicio extremadamente complejo. Pude tener contacto con una comunidad que me compartió dolores, temores, vulnerabilidad y experiencias que tienen un impacto inmenso en la percepción de la salud, de la prioridad que se le da a la toma de medicamentos, de la alimentación, de la actividad física; medidas que ocasionalmente se indican sin analizar la profundidad de lo que significa vivir con la generación de hábitos y omitiendo los que se han tenido antes.

Puedo atreverme a generalizar que la carrera de medicina es un tema complejo y está construido sobre muchas bases sociales que nos hacen desear ser algo o alguien en particular, que nos muestran una imagen del médico como algo que intrínsecamente tiene un valor social agregado. Deseamos entrar en ese juego, lo conocemos, lo disfrutamos y lo sufrimos. Aceptamos muchas condiciones romantizadas como los horarios laborales extremos y las jerarquías. Enfrentamos muchos dilemas individuales como la validación a través del conocimiento que tenemos o no. Tendemos a caer en la línea borrosa entre que la medicina es nuestra personalidad o nuestra profesión, es decir, no solo estudiamos medicina, sino que somos médicos.

Independientemente de como cada persona decida tomar acción en esas condiciones, hacemos un equilibrio entre lo que nos apasiona, lo que necesitamos, lo que reprobamos, y dentro de todo esta inmensidad de ideas y conceptos, nunca deja de impactarnos el hecho de que todo lo que hacemos, sabemos o desconocemos, decimos o dejamos de decir, tiene un impacto directo en la salud de otra persona, quien tiene absoluta confianza en nosotros, buscando solución, esperanza, llegando posiblemente con miedo o dolor. Previo al año del servicio social, probablemente no se tiene un acercamiento tan personal y directo con la gente ni con la comunidad. La obtención de las habilidades médicas para dar solución a problemas es parte de esta etapa final de formación, y la vivencia dentro de este proyecto, da mucha pauta a poder darle el valor que merece al contexto completo de una persona.

Comencé el servicio social deseando ser una persona con las aptitudes y destrezas necesarias para poder atender a los pacientes, de forma que se reflejara mi formación académica (previa y continua) y el tacto humano. Se desarrolla entonces una práctica nunca vivida de la misma forma, con absoluta responsabilidad del seguimiento de un proyecto, de la salud de los pacientes y del desarrollo individual. Solo puedo agradecer ser la persona que soy ahora, con la dificultad, con la dicha y los sinsabores que se alcanzan a lo largo del desempeño de esta profesión. Deseo fuertemente honrar y preservar lo que me han enseñado cada uno de mis docentes, los pacientes, las comunidades, agradeciéndome a mi misma permitirme permear de todo lo que la vida me ha ofrecido hasta este momento.

## **5. Referencias bibliográficas**

### **Módulo 1:**

#### **Referencias bibliográficas.**

1. Coppolillo, Fernando Enrique. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. Person-centred care. Epistemological basis for primary care and family medicine.

- ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL. Mayo 2013. Vol 10, Nº 1. p. 45-50
2. Urday, D. y Cuba, M. (2019). Medicina Narrativa. An Fac med. 2019; 80(1)109-13. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15880>
  3. Mezzich, Juan Enrique , Perales, Alberto , ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA: PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2016;33(4):794-800. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36349330026>
  4. Barr, V, 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), p. 73-82.
  5. Allegrante et al. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. Annual Review of Public Health. 2019. 40:127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
  6. Martínez S., C., 2015. El nacimiento a la profesión médica a comienzos del siglo veintiuno en México. Una incursión desde la Medicina Narrativa. En: Autores Varios. Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud, cap. 5. México: UAM-X, págs. 119-148.
  7. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. BMJ Open 2019;9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775

## **Módulo 2:**

### **Referencias bibliográficas.**

1. Patel K. Obesity Treatment: A Focus on Pharmacotherapy of Weight Management. Orthop Nurs. 2020 Mar/Apr;39(2):121-127. doi: 10.1097/NOR.0000000000000643. Erratum in: Orthop Nurs. 2020 May/Jun;39(3):191. PMID: 32218009.
2. Lundgren JR, Janus C, Jensen SBK, Juhl CR, Olsen LM, Christensen RM, Svane MS, Bandholm T, Bojsen-Møller KN, Blond MB, Jensen JB, Stallknecht BM, Holst JJ, Madsbad S, Torekov SS. Healthy Weight Loss Maintenance with Exercise, Liraglutide, or Both Combined. N Engl J Med. 2021 May 6;384(18):1719-1730. doi: 10.1056/NEJMoa2028198. PMID: 33951361.



3. Park JH, Kim JY, Choi JH, Park HS, Shin HY, Lee JM, Kim JW, Ko HJ, Chon S, Kim BK, Kim CS, Lim S. Effectiveness of liraglutide 3 mg for the treatment of obesity in a real-world setting without intensive lifestyle intervention. *Int J Obes (Lond)*. 2021 Apr;45(4):776-786. doi: 10.1038/s41366-021-00739-z. Epub 2021 Jan 20. PMID: 33473176.
4. Tronieri JS, Fabricatore AN, Wadden TA, Auerbach P, Endahl L, Sugimoto D, Rubino D. Effects of Dietary Self-Monitoring, Physical Activity, Liraglutide 3.0 mg, and Placebo on Weight Loss in the SCALE IBT Trial. *Obes Facts*. 2020;13(6):572-583. doi: 10.1159/000511130. Epub 2020 Nov 16. PMID: 33197917; PMCID: PMC7802504.
5. Sarma S, Lipscombe LL. In persons with obesity, exercise plus liraglutide improved weight-loss maintenance vs. exercise or placebo. *Ann Intern Med*. 2021 Sep;174(9):JC102. doi: 10.7326/ACPJ202109210-102. Epub 2021 Sep 7. PMID: 34487446.
6. Jensen SBK, Janus C, Lundgren JR, Juhl CR, Sandsdal RM, Olsen LM, Andresen A, Borg SA, Jacobsen IC, Finlayson G, Stallknecht BM, Holst JJ, Madsbad S, Torekov SS. Exploratory analysis of eating- and physical activity-related outcomes from a randomized controlled trial for weight loss maintenance with exercise and liraglutide single or combination treatment. *Nat Commun*. 2022 Aug 15;13(1):4770. doi: 10.1038/s41467-022-32307-y. PMID: 35970829; PMCID: PMC9378667.

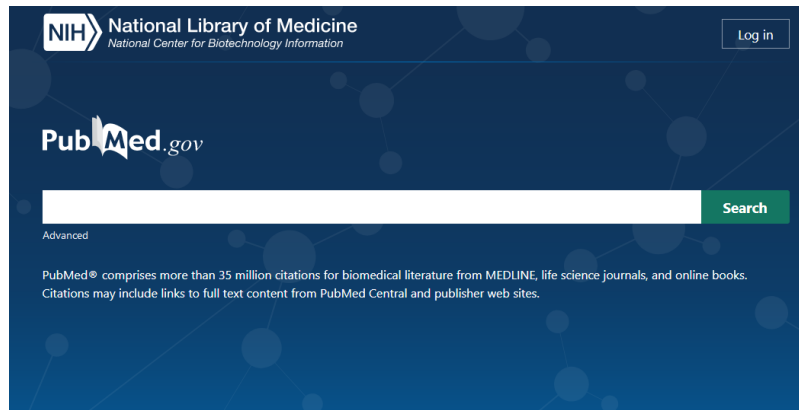
## **Anexos.**

### **Módulo 1: Sin anexos.**

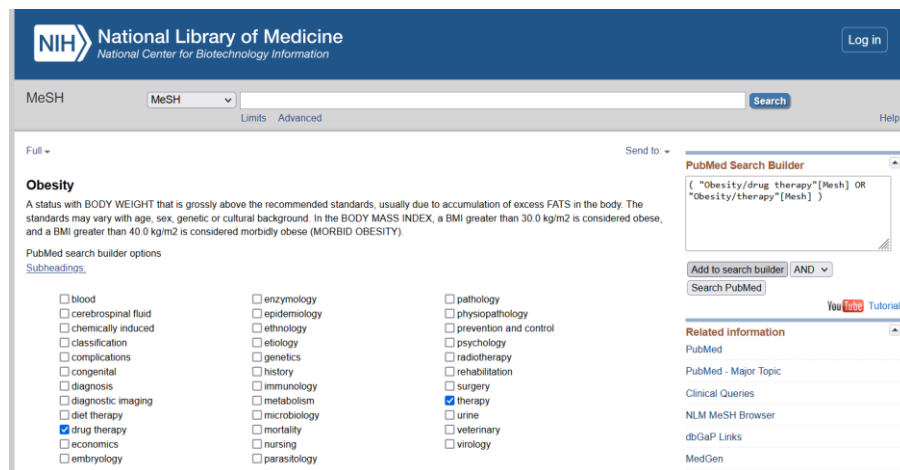
### **Módulo 2:**

#### **Imágenes del proceso de búsqueda de artículos científicos en base PubMed.**

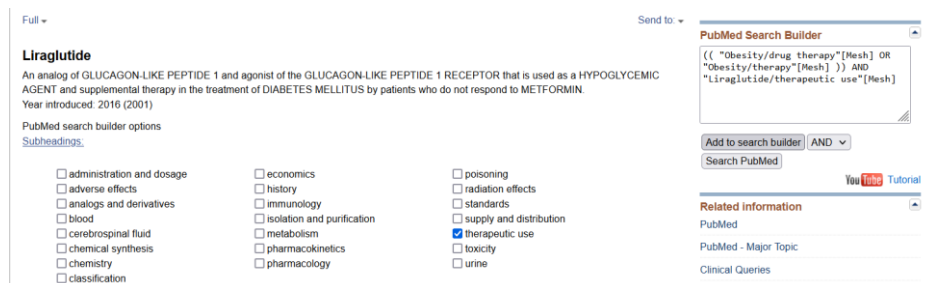
1. Ingresar a la página:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
2. En la página principal, ir a la sección de “Explore” y dar click en MeSH database.



3. Se buscó la palabra MeSH “Obesity”, se seleccionó “drug therapy”, “therapy” y se agregó al buscador.



4. Posteriormente, en una nueva búsqueda se agregó la palabra: Liraglutide y se seleccionó “therapeutic use”.



5. Finalmente se agregó al buscador la palabra “Exercise”.

## Exercise

Physical activity which is usually regular and done with the intention of improving or maintaining PHYSICAL FITNESS or HEALTH. Contrast with PHYSICAL EXERTION which is concerned largely with the physiologic and metabolic response to energy expenditure.

Year introduced: 1989

PubMed search builder options

[Subheadings:](#)

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> adverse effects | <input type="checkbox"/> immunology | <input type="checkbox"/> standards                     |
| <input type="checkbox"/> classification  | <input type="checkbox"/> physiology | <input type="checkbox"/> statistics and numerical data |
| <input type="checkbox"/> genetics        | <input type="checkbox"/> psychology | <input type="checkbox"/> trends                        |
| <input type="checkbox"/> history         |                                     |  |

- Restrict to MeSH Major Topic.  
 Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

6. Al dar click a la búsqueda final:

**((("Obesity/drug therapy"[Mesh] OR "Obesity/therapy"[Mesh] )) AND "Liraglutide/therapeutic use"[Mesh]) AND "Exercise"[Mesh]**

Se obtuvo un total de 18 resultados:

NIH National Library of Medicine  
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

py[Mesh] AND "Liraglutide/therapeutic use"[Mesh] AND "Exercise"[Mesh]

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Most recent Display options

MY NCBI FILTERS 18 results

RESULTS BY YEAR

TEXT AVAILABILITY

ARTICLE ATTRIBUTE

ARTICLE TYPE

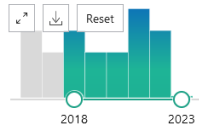
1 Exploratory analysis of eating- and physical activity-related outcomes from a randomized controlled trial for weight loss maintenance with exercise and liraglutide single or combination treatment.  
Cite Jensen SBK, Janus C, Lundgren JR, Juhl CR, Sandsdal RM, Olesen LM, Andresen A, Borg SA, Jacobsen IC, Finlayson G, Stallknecht BM, Holst JJ, Madsbad S, Torekov SS.  
Share Nat Commun. 2022 Aug 15;13(1):4770. doi: 10.1038/s41467-022-32307-y. PMID: 35970829 Free PMC article Clinical Trial.

2 Sperm count is increased by diet-induced weight loss and maintained by exercise or GLP-1 analogue treatment: a randomized controlled trial.  
Cite Andersen E, Juhl CR, Kjeller ET, Lundgren JR, Janus C, Dehestani Y, Saupstad M, Ingerslev LR, Duun OM, Jensen SBK, Holst JJ, Stallknecht BM, Madsbad S, Torekov SS, Barrés R.  
Share Hum Reprod. 2022 Jun 30;37(7):1414-1422. doi: 10.1093/humrep/deac096. PMID: 35580859 Free PMC article Clinical Trial.

3 Effect of Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Daily Liraglutide on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity Without Diabetes: The STEP 8 Randomized Clinical Trial.  
Cite Rubino DM, Greenway FL, Khalid U, O'Neill PM, Rosenstock J, Serrig R, Wadden TA, Wizert A, Garvey WT; STEP 8 Investigators.  
Share JAMA. 2022 Jan 11;327(2):138-150. doi: 10.1001/jama.2021.23619.

7. Se agregó como filtro: 5 years para tener información actualizada, con un resultado final de 14 resultados, de los cuales se utilizaron (4).

## RESULTS BY YEAR



## TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

## ARTICLE ATTRIBUTE

- Associated data

## ARTICLE TYPE

- Books and Documents
- Clinical Trial

Filters applied: in the last 5 years. [Clear all](#)

- 1 **Exploratory analysis of eating- and physical activity-related outcomes from a randomized controlled trial for weight loss maintenance with exercise and liraglutide single or combination treatment.**  
 Cite Jensen SBK, Janus C, Lundgren JR, Juhl CR, Sandsdal RM, Olsen LM, Andresen A, Borg SA, Jacobsen IC, Finlayson G, Stallknecht BM, Holst JJ, Madsbad S, Torekov SS.  
 Nat Commun. 2022 Aug 15;13(1):4770. doi: 10.1038/s41467-022-32307-y.  
 PMID: 35970829 [Free PMC article](#) [Clinical Trial](#)
- 2 **Sperm count is increased by diet-induced weight loss and maintained by exercise or GLP-1 analogue treatment: a randomized controlled trial.**  
 Cite Andersen E, Juhl CR, Kjeller ET, Lundgren JR, Janus C, Dehestani Y, Saupstad M, Ingerslev LR, Duun OM, Jensen SBK, Holst JJ, Stallknecht BM, Madsbad S, Torekov SS, Barrès R.  
 Hum Reprod. 2022 Jun 30;37(7):1414-1422. doi: 10.1093/humrep/deac096.  
 PMID: 35580859 [Free PMC article](#) [Clinical Trial](#)
- 3 **Effect of Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Daily Liraglutide on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity Without Diabetes: The STEP 8 Randomized Clinical Trial.**  
 Cite Rubino DM, Greenway FL, Khalid U, O'Neil PM, Rosenstock J, Sørrig R, Wadden TA, Wizert A, Garvey WT; STEP 8 Investigators  
 Share