

**Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud**

**Licenciatura en Medicina**

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

Síntesis de la práctica clínica de servicio social en atención a personas con enfermedades crónicas en una unidad de primer nivel en la Ciudad de México.

**Pasante en Servicio Social:** Harim Montserrat Uballe Hernández

**Matrícula:** 2182028924

**Promoción:** agosto 2023 – julio 2024

**Asesor interno:** Víctor Ríos Cortázar

**Asesor externo:** Alejandra Gasca García

# ÍNDICE

<b>I. Presentación .....</b>	<b>2</b>
<b>II. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP).....</b>	<b>2</b>
<b>III. El diplomado .....</b>	<b>4</b>
<b>III.a Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades .....</b>	<b>8</b>
<b>III.b Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados .....</b>	<b>14</b>
<b>III.c Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas .....</b>	<b>21</b>
El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas .....	21
Hacia la constitución de los Consejos Asesores.....	27
Consejo Asesor del Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán.....	29
<b>III.d Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos .....</b>	<b>42</b>
<b>IV. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán a cargo de Harim Montserrat Uballe Hernández.....</b>	<b>47</b>
<b>IV.a Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros (preexistentes y de nuevo ingreso) en Redcap: .....</b>	<b>47</b>
<b>IV.b Información demográfica:.....</b>	<b>49</b>
<b>IV.c Diagnóstico y seguimiento: .....</b>	<b>50</b>
<b>IV.d Resultados de control de enfermedad crónica:.....</b>	<b>56</b>
<b>V. Conclusiones. ....</b>	<b>58</b>
<b>VII. Anexos .....</b>	<b>60</b>

## I. Presentación

El presente trabajo es producto del desarrollo de mi año de servicio social, el cual cursé en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán de la jurisdicción Coyoacán en la Ciudad de México. Tiene como propósito, exponer las actividades realizadas durante el año brindando atención médica a personas que viven con enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y obesidad; esto a través de la aplicación del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP). Un enfoque de Capacidades. Modelo que fue creado, coordinado y supervisado por la Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco, los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Salud Pública.

Comenzaré dando una breve descripción sobre el Modelo Expandido de Cuidados crónicos y su adecuación para el MAICP, posteriormente haré una reseña sobre el diplomado al que asistí como parte de la capacitación para la implementación del MAICP en mi unidad de salud, en dicho reseña describiré la estructura del mismo y cada uno de los 4 módulos en los que se divide, destacando su propósito, actividades realizadas y trabajos que realicé para acreditar cada uno. Después presentaré un balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas a mí cargo en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán, a través de un conjunto de tablas que desglosan la distribución de las personas atendidas a partir de diversos criterios. Finalmente concluiré con un apartado de conclusiones en el cual integraré la información presentada y mi experiencia como pasante en servicio social de la carrera de Medicina aplicando el MAICP; sus ventajas y desventajas; el conocimiento adquirido y una reflexión final acerca de mis 6 años de formación profesional de pregrado.

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

El Modelo Expandido de Cuidados Crónicos tiene su origen en el Modelo de Cuidados Crónicos, el cual fue desarrollado en el año 1998 por Wagner *et al.* en Estados Unidos con el fin de mejorar la atención médica de aquellas personas que viven con una enfermedad crónica. Dicho modelo reconoce la atención sanitaria como un sistema conformado por 3 subsistemas principales: la comunidad, el sistema de salud y las interacciones del personal de salud preparado y proactivo con un paciente informado y activo. Estos a su vez tienen 6 componentes; 4 corresponden al subsistema sistema de salud (apoyo a la autogestión, apoyo a la toma de decisiones, sistemas de información y el diseño del sistema de salud) y 2 corresponden al subsistema comunidad (recursos y políticas públicas). Dicho modelo ha tenido buenos resultados en su implementación alrededor del mundo; sin embargo en 2003 Barr *et al.* propusieron el Modelo Expandido de Cuidados Crónicos en un intento de mejorar el modelo anterior, ya que desde su perspectiva hacía falta integrar componentes que

tomaran en cuenta la promoción y la prevención por lo que integraron 2 nuevos componentes al subsistema de salud que son: la creación de entornos saludables y el fortalecimiento de la acción comunitaria.

En la tabla 1 prosigo a describir las principales características de cada componente y su relación con la implementación del modelo dentro del Centro de Salud.

**Tabla 1.** Componentes del Modelo Expandido de Cuidados Crónicos.

Componente	Características	Implementación
<b>Apoyo a la autogestión</b>	Promover el desarrollo de capacidades personales para afrontar la enfermedad.	Identificación de fortalezas y debilidades que favorezcan o dificulten el autocuidado de la enfermedad crónica en cada consulta para ir creando estrategias que promuevan un mejor autocuidado haciéndole ver a la persona el papel fundamental que juega en el control de su enfermedad.
<b>Apoyo a la toma de decisiones</b>	Proveer a los profesionales con la información necesaria para brindar la atención clínica.	En el diplomado revisamos artículos de relevancia para la implementación del modelo, para conocer los estándares de tratamiento de las enfermedades y para poder aplicar la medicina basada en evidencia.
<b>Sistemas de información</b>	Extracción y organización de la información para mejorar la eficiencia y efectividad de la atención médica.	Se lleva un registro en cada consulta a través de la plataforma RedCap. A partir de dicha información se evalúan los resultados de la implementación del programa para poder detectar fallas y aciertos y así poder corregirlos o reforzarlos según sea el caso.
<b>Diseño del sistema de salud</b>	Creación de un sistema de salud que se ajuste al seguimiento de una enfermedad crónica de forma integral.	Algunos de los cambios en como se brinda la atención aplicando el modelo son: consultas mensuales, tiempo de consulta suficiente, toma de glucosa capilar en cada consulta, registro de la evolución de cada persona, integrar el contexto social, emocional, cultural y económico propio de cada persona al abordaje, seguimiento y tratamiento.
<b>Recursos y políticas públicas</b>	Creación de leyes, programas y difusión de estilos de vida saludables a nivel gubernamental.	Elaboración de carteles sobre prevención, brindar información sobre actividad física, nutrición y estrategias de automonitoreo, entre otros como parte de cada consulta.
<b>Creación de entornos saludables</b>	Generar espacios que fomenten una vida saludable y estrategias de prevención.	Encuentros de pacientes semestrales y talleres de autocuidado.
<b>Fortalecimiento de la acción comunitaria</b>	Formación de grupos de consenso y toma de decisiones compartida a nivel comunitario.	Conformación de consejos asesores dentro de cada centro de salud donde se implementa el modelo para la implementación de talleres de autocuidado o de proyectos ya sean para aprendizaje o prevención.

Elaboración propia

### III. El diplomado

Como parte de la implementación del Modelo de Atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas dentro del centro de salud. Acudí a un diplomado, el cual se llevó a cabo los días viernes en un horario de 9:00 a 14:00 horas de forma remota a través de la plataforma ZOOM o de forma presencial en las instalaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, del Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán o del Instituto Nacional de Salud Pública. Con el propósito de capacitarnos a todas las personas implementando dicho modelo sobre su estructura y su implementación en la práctica clínica dentro de nuestro respectivo centro de salud.

En las sesiones presenciales nos reuníamos los pasantes la mayoría de las veces de cada promoción por separado organizados de forma circular, viéndonos todos de frente. En cada reunión se revisaron artículos científicos en español o inglés presentados por alguno de nosotros. Dichos artículos tenían como tema principal la estructura del modelo de atención centrado en la persona, las capacidades y habilidades a desarrollar para poder implementarlo, los resultados y perspectivas sobre su implementación en diversos países del mundo y los estándares de tratamiento para las enfermedades crónicas. En cada reunión contamos con el acompañamiento y asesoramiento continuo y personalizado de los doctores desarrolladores y encargados del MAICP, con el fin de poner en práctica de la mejor forma dicho modelo.

El diplomado está estructurado en 4 módulos de los cuales los primeros tres se cursaron de forma presencial y un cuarto de forma remota. En las sesiones a distancia nos reuníamos los pasantes de las dos promociones del año para la revisión de casos clínicos estructurados siguiendo el modelo de atención centrado en la persona. Con el fin de reconocer el proceso de atención médica centrada en la persona a través de la presentación del caso clínico; identificando los 4 momentos de la atención integral centrada en la persona, analizando la evolución de la enfermedad de la persona, reconociendo y reflexionando sobre la experiencia, sentimientos expectativas y aspiraciones de la persona y el desarrollo o falta de desarrollo de capacidades que hayan favorecido o entorpecido el autocuidado de la persona y el control de su enfermedad. Al final de la revisión de cada caso clínico se acordaba la revisión de un tema relacionado al caso clínico presentado en la siguiente sesión remota o presencial según lo ameritara el tema.

En la tabla 2 describo el esquema general del diplomado por módulos, fechas en que se llevó a cabo cada módulo y un resumen de la información revisada en cada uno:

**Tabla 2.** Esquema general del diplomado por módulos.

<b>Módulo 1: Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades</b>	
<b>Duración</b>	<b>Resumen</b>
25.08.2023 al 17.11.2023	<p>Este primer módulo consistió en conocer la estructura del Modelo de Atención Centrada en la Persona, el método clínico centrado en la persona con sus 4 componentes, la aplicación en la práctica clínica de dicho método clínico, el proceso para la toma de decisiones conjunta, el concepto de autocuidado y el desarrollo de capacidades.</p> <p>Los 4 componentes del método clínico centrado en la persona son: el primero entender el padecimiento, la enfermedad y la salud; el segundo entender a la persona como un todo, integrando el primer componente al contexto próximo y remoto de la persona; el tercero la elaboración de un proyecto en común con base en la toma de decisiones conjunta a través de la definición de problemas, objetivos y roles; finalmente el cuarto, que es la intensificación de la relación médico paciente a través de la empatía, la compasión, la confianza, el respeto, el cuidado, el apoyo, la constancia, la escucha activa y la autoconciencia, sin olvidar los fenómenos de transferencia y contra-transferencia en cada consulta.</p> <p>La toma de decisiones conjunta es un método el cual revisamos a través de un modelo que propone un proceso de deliberación que consta de tres momentos clave a partir de la identificación previa de un problema que son: el primero hacerle ver a la persona que existe una diversidad de opciones, el segundo conversar sobre los pros y contras de las diferentes opciones y tercero hablar sobre la decisión a tomar. Para dicho proceso es necesario brindar información veraz, clara y comprensible a la persona para que la decisión que se tome sea satisfactoria, siempre teniendo en cuenta las preferencia de la persona. En conjunto con lo anterior se revisaron 24 componentes con sus 53 elementos, que hacen posible la toma de decisiones conjunta. A partir de estos se realizó un ejercicio para reflexionar sobre la aplicación de los elementos en el seguimiento de una de las personas a la que estuvieramos atendiendo en nuestro centro de salud y que perteneciera al MAICP.</p> <p>Revisamos el concepto de autocuidado, de acuerdo a un artículo que lo delimitó a través del análisis de concepto de 8 pasos de Walker y Avant, en el cual llegaron a la conclusión de que el autocuidado está representado por 10 atributos; los cuales se clasifican en: 3 orientados a la persona, 4 orientados a la persona y su entorno y 3 orientados a la integración de los atributos anteriores. Con el propósito de desarrollar capacidades que le permitan a la persona mantenerse activa, responsable, informada y autónoma frente a su enfermedad en conjunto con su red social de apoyo y el personal de salud tanto en el aspecto médico como emocional.</p>
<b>Módulo 2: Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de los resultados</b>	
<b>Duración</b>	<b>Resumen</b>
01.12.2023 al 19.04.2024	<p>El módulo 2 consistió en revisar qué es la medicina basada en la evidencia (MBE), barreras para su implementación en la consulta, críticas sobre su definición y aplicabilidad en la práctica diaria, el proceso para poder hacer un correcto uso de la misma y el concepto de medicina basada en narrativa. Entendiendo a la MBE y en narrativa como metodologías</p>

	<p>que permiten brindar una atención médica fundamentada, informada, crítica y beneficiosa para las personas que la reciben.</p> <p>La medicina basada en la evidencia es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en ese momento, en conjunto con la experiencia clínica del médico y las preferencias de la persona a la que se le está brindado la atención a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento y seguimiento de cada paciente, así como para la gestión de los recursos. Para lo anterior, es necesario entender que la MBE no hace referencia al uso de una “receta de cocina” que en este caso serían las guías de práctica clínica, los meta-análisis, revisiones sistemáticas, etc. sino a la adaptación de dicha información al contexto de cada persona, sin olvidar la experiencia y valores del personal médico; para lo cual es necesario que los médicos desarrollemos habilidades que nos permitan una adecuada búsqueda, estudio, interpretación y aplicabilidad de la información disponible, así como el desarrollo de habilidades que nos permitan abstraer dicha información e integrarla con las necesidades, preferencias, valores, recursos y características de cada persona.</p> <p>Para la adecuada búsqueda, estudio e interpretación de la información científica aprendimos como formular una pregunta clínica basándonos en el acrónimo PICO (P, paciente; I, intervención; C, comparación; O, <i>outcome</i> o resultado). Aprendimos sobre la jerarquización de la evidencia científica, con base en la pirámide de la evidencia donde; en el nivel más bajo se encuentran los estudios en animales y laboratorio, seguidos de los estudios de caso y opiniones de expertos, en el siguiente nivel los estudios de casos y controles, luego los estudios de cohorte, después los ensayos clínicos aleatorizados, posteriormente las revisiones sistemáticas junto con los meta-análisis y finalmente en la punta de la pirámide las guías de práctica clínica, catalogadas como la mejor evidencia. Revisamos la significación estadística, a través del estudio e interpretación de las distintas medidas estadísticas, sus resultados y el intervalo de confianza según las variables que se estudian en los diferentes tipos de artículos acorde a la pregunta de investigación. Revisamos de igual forma la declaración PRISMA que es una lista de comprobación para el correcto desarrollo de una revisión sistemática y/o meta-análisis, que consiste en 27 ítems que deben incluirse en la redacción de las mismas.</p> <p>Finalmente la medicina basada en narrativa es una herramienta que busca mejorar la relación y el entendimiento médico-paciente a través de la adquisición de información relevante mediante el análisis de la experiencia del padecimiento de las personas, elemento fundamental de la atención centrada en la persona; para encontrar un punto en el que tanto médico como paciente se sientan en sintonía el uno con el otro de forma que esto permita mejorar la atención médica, la sintomatología asociada a un componente emocional entiendo a la persona desde la unidad entre mente y cuerpo, la toma de decisiones conjunta, la adherencia al tratamiento y la forma en la que la persona vive su enfermedad.</p>
<p><b>Módulo 3: Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas</b></p>	
<p><b>Duración</b></p>	<p><b>Resumen</b></p>
<p>03.05.2024 al</p>	<p>El módulo 3 se centró en desarrollar el subsistema “comunidad” del modelo expandido de cuidados crónicos a través de la planeación, gestión y coordinación del 6to encuentro de pacientes. Que tiene como fin crear entornos saludables, fomentar la acción comunitaria y</p>

26.07.2024	<p>Llevar a cabo promoción de la salud.</p> <p>La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Dicho concepto fue revisado según lo planteado en la Carta de Ottawa, la cual fue escrita el 21 de noviembre de 1986 en una conferencia internacional que tuvo como objetivo avanzar en materia de promoción de la salud. En ésta se plantean 5 acciones principales mediante las cuales se logra la promoción de la salud de forma efectiva, las cuales se menciona a continuación: elaboración de políticas públicas saludables que hagan la opción saludable la más cómoda para las personas, creación de entornos saludables que permitan una vida segura y satisfactoria, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de capacidades personales y colectivas y la reorientación de los servicios sanitarios para cubrir las necesidades de los individuos entendidos como un todo, priorizando la obtención de salud sobre los servicios clínicos y curativos.</p> <p>Es en este contexto donde los encuentros de pacientes del MAICP adquieren su trascendencia.</p>
<b>Módulo 4: Práctica clínica centrada en la personas con enfermedad crónica. Tutoría de casos</b>	
<b>Fechas</b>	<b>Resumen</b>
08.09.2023 29.09.2023 13.10.2023 27.10.2023 24.11.2023 08.12.2023 19.01.2024 02.02.2024 09.02.2024 12.04.2024 10.05.2024 24.05.2024 07.06.2024 21.06.2024 05.07.2024 19.07.2024	<p>El módulo 4 tiene por objetivo desempeñar la práctica clínica con base en la atención centrada en la persona y la MBE, desde el enfoque de desarrollo de capacidades para el autocuidado y control de la enfermedad crónica. Para dicho fin las sesiones de este módulo tuvieron dos vertientes. La primera dedicada a la presentación de casos clínicos organizados de acuerdo a los 4 componentes del Modelo de atención centrado en la persona (enfermedad-padecimiento-salud de la persona, la persona y su entorno, elaboración de un proyecto común mediante la toma de decisiones conjuntas y la intensificación de la relación médico-paciente). La segunda vertiente dedicada a la revisión de temas de interés surgidos a partir de la revisión del caso clínico revisado en la sesión previa para el fortalecimiento de la práctica clínica. Como se mencionó previamente, este módulo se cursó vía remota en su mayoría, reunidas las dos promociones del año, con sesiones intercaladas con los demás módulos a lo largo del curso.</p> <p>Se revisaron un total de 6 casos clínicos durante el año y 8 temas selectos derivados de ellos. Los temas fueron revisados con el apoyo de profesionales con experiencia en cada uno y los casos clínicos fueron revisados de la mano de los doctores coordinadores del MAICP y asesores de algunas de las unidades médicas. Dos sesiones fueron dedicadas a la revisión de las guías de manejo para diabetes tipo 2 e hipertensión arterial a través de la resolución de casos clínicos por equipos.</p>

Elaboración propia

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

En el cuadro 1 presentó el trabajo realizado para la acreditación del Módulo 1.

**Cuadro 1.** Trabajo para acreditación del módulo 1

<p><b>Título:</b> ¿Qué componentes de la relación médico-paciente promueven el autocuidado y activación en pacientes con enfermedad crónica no transmisible?</p>
<p><b>Fecha de entrega:</b> 05.01.2024</p>
<p><b>Introducción</b></p> <p>El concepto enfermedades crónicas no transmisibles hace referencia a un conjunto de enfermedades que deterioran la salud de los individuos a largo plazo, que no son consecuencia de un proceso infeccioso si no que son el resultado de la interacción de factores, fisiológicos, ambientales, genéticos y de comportamiento y que por su naturaleza precisan de tratamiento y cuidados continuos a largo plazo.<sup>1,2</sup></p> <p>El abordaje clínico que estos pacientes precisa de un seguimiento continuo que se ajuste a la individualidad de cada persona, puesto que las enfermedades crónicas no transmisibles se vuelven parte de su día a día e implican un constante cambio durante toda su vida. Por esto es menester de los médicos investigar sobre modelos de atención médica que se ajusten a dichas necesidades, entenderlos y estudiarlos para poder ponerlos en práctica a la hora de atender a estos pacientes.</p> <p>El modelo de cuidado crónico se ha colocado como uno de los mas sobresalientes al momento de dar resultados positivos en la salud de los pacientes que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. La relación médico-paciente es uno de los 3 pilares que lo conforman y que implican un cambio importante en la forma en la que los médicos brindan atención a sus pacientes por lo que, es importante entender y escudriñar las características que hacen posible una relación médico-paciente que logre empatar con el objetivo de mejorar la salud y activación de estos pacientes ya que, ésta muchas veces se descuida en la formación académica de los médicos a pesar de que supone una de las bases que permiten adentrarse en el mundo del paciente y así poder adaptar su abordaje de forma que sea beneficioso para su situación particular.</p> <p>El objetivo de este trabajo radica en resaltar algunas de las características que permiten una relación médico-paciente congruente con el modelo de cuidado crónico.</p> <p><b>Objetivo general</b></p> <p>Resaltar características que aporten al desarrollo de una relación médico-paciente que permitan desarrollar el autocuidado y activación de los pacientes que viven con enfermedades crónicas no transmisibles, en concordancia con el modelo de cuidado crónico y el método clínico centrado en la persona.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir de forma general en qué consiste el modelo de cuidado crónico y el método clínico centrado en la persona.</li> <li>• Presentar la importancia de la relación-medico paciente para lograr el autocuidado y activación de los pacientes que viven con enfermedades crónicas no transmisibles.</li> <li>• Recopilar las características de la relación médico-paciente encontradas en diversos estudios que han resultado en el desarrollo de autocuidado y activación de los pacientes que viven con enfermedades crónicas no transmisibles.</li> </ul> <p><b>Justificación</b></p> <p>La relación médico-paciente es un aspecto de la atención médica que permite conocer a los pacientes en su esfera bio-psico-social por lo que, lograr una comunicación adecuada es indispensable para alcanzar el</p>

objetivo de mejorar la salud de los pacientes que viven con enfermedades crónicas no transmisibles a través de poder generar pacientes activados que procuren su autocuidado.

Conocer las habilidades que contribuyen al mejoramiento de la comunicación entre médicos y pacientes que han resultado en mayor autocuidado y activación de los mismos dan un punto de partida para acercarnos a la meta de proporcionar una atención médica centrada en la persona tan necesaria en aquellos pacientes que viven con enfermedades crónicas no transmisibles.

## Desarrollo

- Epidemiología

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan las principales causas de mortalidad y morbilidad en México y a nivel mundial. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2022 en México las ECNT con mayor prevalencia son hipercolesterolemia 30.6%, obesidad 22.8%, daño renal 22.8%, hipertensión arterial 15.9% y diabetes 10.9%; todas a excepción de la hipertensión arterial mostrando un incremento con respecto a los resultados obtenidos en años anteriores.<sup>2</sup>

- Modelo de cuidados crónicos y el método clínico centrado en la persona

El modelo de cuidado crónico (Chronic Care Model, CCM) desarrollado inicialmente por Wagner *et al.* en 1999 y posteriormente expandido en 2002 por Barr V, *et al.* que consiste de tres subsistemas que son: comunidad, sistema de salud y la relación médico paciente, esta última con el propósito de generar pacientes y comunidades informadas y activadas.<sup>3</sup> El método clínico centrado en la persona (MCCP) surge como una herramienta clínica útil en la aplicación del CCM que ha demostrado ser altamente beneficiosa en el tratamiento de personas que padecen ECNT a nivel de los indicadores clínicos, autocuidado, menor hospitalizaciones y menores costos en el atención médica ya que permite incorporar la experiencia personal de la persona que vive con ECNT, su contexto, y objetivos personales a su abordaje dentro de la atención médica.<sup>4,5,6,7</sup> Consiste principalmente de 4 componentes que son: explorar los conceptos de dolencia, salud y enfermedad, entender a la persona como un todo tomando en cuenta su contexto próximo y remoto, desarrollar la relación médico-paciente y elaborar un proyecto en común a partir de la toma de decisiones conjuntas entre el médico y el paciente con base en la definición de problemas a resolver, objetivos a perseguir y roles por cumplir de cada integrante, generando así la activación del paciente.<sup>4</sup>

- La relación médico-paciente

La relación médico-paciente (RMP) en el MCCP es un componente fundamental ya que una buena comunicación entre el médico y su paciente marca el inicio para lograr entender el contexto, el entorno y la forma en la que la persona experimenta su enfermedad. Actualmente el desarrollo de competencias que promuevan una buena RMP se ha descuidado no solo al momento de dar una consulta médica si no desde la formación académica de las nuevas generaciones de médicos al no procurar el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal,<sup>8</sup> dando mayor peso si no es que toda la importancia a entender el proceso salud-enfermedad desde un punto vista que gira entorno a un diagnóstico y su tratamiento, olvidando así la importancia de ver a la persona como un todo.<sup>4,8,9</sup>

Entender y lograr una buena RMP cobra especial relevancia cuando se trata de personas con ECNT debido a la naturaleza del curso crónico y muchas veces degenerativo de su enfermedad ya que, conlleva que la persona reestructure aspectos de su vida como son el concepto personal de estado de salud, su estilo de vida, asimilar el significado y lo que implica su enfermedad y los aspectos importantes a considerar para él o ella como persona única, diferente de otra con el mismo diagnóstico.<sup>3,4,5</sup> Desarrollar esta capacidad comunicativa entre el médico y su paciente permitirá avanzar al establecimiento de objetivos, formulación de planes y finalmente a lograr su autocuidado mediante el desarrollo de capacidades.<sup>5,9</sup>

Los síntomas tradicionalmente entendidos en la práctica clínica como aquello que el paciente siente pero no puede ser comprobado o medido objetivamente, conforman una de las maneras en la que el

paciente exterioriza su dolencia entendida como aquellas expectativas, sentimientos e ideas que alteran su función, y están relacionadas con la enfermedad que padecen. La interpretación que los pacientes dan a dichos componentes está influenciada en sus determinantes sociales. Es importante tener presente el hecho de que muchas veces como médicos lo que se hace es que se busca interpretar los síntomas como signos propios de la enfermedad para legitimarlos y no como la forma que tiene un paciente de comunicar su dolencia al médico independientemente de que estos correspondan o no a una enfermedad específica, derivando en un perjuicio sobre la relación médico-paciente al complejizar la expresión de sentimientos y vivencias de su día a día, poniendo en práctica un método clínico centrado en la enfermedad y no centrado en la persona.<sup>9,10,11</sup>

- Investigaciones acerca de la relación médico-paciente y los resultados en la salud y activación de los pacientes

Una buena comunicación entre el médico y su paciente ha demostrado mejorar la adherencia a los tratamientos, y una buena adherencia conlleva a mejores resultados en la salud de los pacientes.<sup>7,10,11,12</sup>

En el meta análisis realizado por Haskard KB, *et al.* acerca de este tema refieren que la adherencia es 2.16 veces mayor en aquellos pacientes que llevan su seguimiento con médicos que tienen buenas habilidades de comunicación interpersonal frente aquellos pacientes que no.<sup>6</sup> Una mejor comunicación a su vez facilita la activación de los pacientes al tener la capacidad de intercambiar ideas, externar dudas, establecer objetivos y formular planes para llevar un mejor autocuidado.<sup>7,8,10,11,12</sup> Un paciente activado es aquel que posee el conocimiento, la habilidad y la confianza para auto gestionar su salud y su autocuidado.<sup>11,12</sup> El autocuidado se define como las acciones que toman las personas para satisfacer sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas para llevar un estilo de vida saludable y cuidar de su condición a largo plazo previendo complicaciones.<sup>6,7</sup>

Álvarez, *et al.* realizaron una investigación prospectiva transversal en la cual evaluaron la relación entre el apoyo brindado por los médicos a sus paciente y su activación. Ellos reportan que aquellos médicos que creen y apoyan la capacidad de autocuidado de sus pacientes logran generar pacientes activados y con mejores resultados en cuanto a su salud y cambios que los llevaran a un estilo de vida

Figura 1. Componentes de la relación médico-paciente.



Tomado de: Álvarez C, *et al.*<sup>11</sup>

mas saludable lo cual es la base del tratamiento de las ECNT.<sup>11</sup> En su análisis dividieron los componentes de la relación médico-paciente en tres categorías principales con sus respectivas subdivisiones (ver figura 1), encontrando una discrepancia entre lo que los pacientes perciben como características deseables en su médico y lo que los médicos perciben como características importantes que deben tener (ver tabla 1), no permitiendo construir una RMP satisfactoria que haga sentir al paciente parte de su abordaje como una persona al mismo nivel de importancia que el médico tratante, tomando en cuenta su punto de vista como algo preciado, que posee información y es capaz de formular propuestas valiosas que coadyuven en el manejo de su ECNT debido a un sentimiento de menosprecio por parte de los médicos hacia la comprensión de los sentimientos de sus pacientes.<sup>11</sup>

En un estudio cualitativo realizado en suiza por Schildmeijer K, *et al.* se entrevistó a 13 médicos con el propósito de reconocer determinantes que funcionan como barreras y factores facilitadores para lograr la participación activa de los pacientes (ver tabla 2), concluyendo que la participación de los pacientes en su manejo médico depende en gran parte de la capacidad del médico para generar una relación de confianza y buena comunicación teniendo en cuenta las características únicas de cada paciente para poder lograrlo.<sup>8</sup>

Tabla 1. Discrepancia entre características importantes de la relación médico-paciente entre el paciente y el médico.

Características importantes que debe tener el médico para el paciente	Características importantes que debe tener el médico para el propio médico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de escucha</li> <li>• Dar importancia a sus sentimientos</li> <li>• Crear una relación amistosa</li> <li>• Proporcionar información para una toma de decisiones conjunta</li> <li>• Empatía y confiabilidad</li> <li>• Compromiso con la atención que se le brinda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad técnica y teórica</li> <li>• Capacidad para mostrarse confiados ante el paciente a través de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Devoción</li> <li>○ Capacidad de servicio</li> <li>○ Confiabilidad</li> <li>○ Honradez</li> </ul> </li> </ul>

Realizada a partir de Álvarez C, *et al.*<sup>11</sup>

Tabla 2. Determinantes que funcionan como barreras y factores facilitadores para lograr la participación activa de los pacientes.

DETERMINANTES	
Categorías	Subcategorías
Capacidad de los médicos para involucrar a los pacientes	Confianza en el paciente (B y F)
	Comunicación con el paciente (B+F)
	Atención brindada al paciente (B)
Capacidad de los pacientes para ser involucrados	Estado físico y mental del paciente (B)
	Capacidad de entendimiento y nivel de conocimientos del paciente (B)
	Sobrecarga de información al paciente (B)
Oportunidades de los médicos para lograr la participación del paciente	Tiempo de consulta (B)
	Continuidad en la atención médica (B y F)
	Herramientas y rutinas para llevar a cabo la atención del paciente (B y F)
Motivación de los médicos para involucrar a los pacientes	Promover el compromiso del paciente frente a su enfermedad (B y F)
	Aprender de aquellos pacientes que detectan errores o riesgos en la seguridad de su tratamiento (B y F)
Motivación de los pacientes para involucrarse	Percepción del médico como un ente de autoridad por parte del paciente (B)
	Comunicación de información sensible por parte del paciente hacia el médico (B)
	Características sociodemográficas del paciente (B)

B, determinante que funciona como barrera; F, determinante que funciona como facilitador.  
Realizada a partir de Schildmeijer K, *et al*<sup>6</sup>

En otro estudio cualitativo realizado por Greene J, *et al.* en el que entrevistaron a médicos de familia divididos en dos grupos, uno conformado por aquellos cuyos pacientes tuvieron un incremento en su activación y aquellos que demostraron poco incremento en el transcurso de 2 años. Ellos encontraron que las 5 determinantes más relevantes que hacían la diferencia entre uno y otro grupo con respecto a las habilidades médicas que promovían un mejor autocuidado de los pacientes son: enfatizar en el hecho de que el paciente es el dueño de su estado de salud, acompañamiento de los pacientes, identificar pequeños cambios a llevar a cabo en lugar de grandes cambios en corto tiempo, programación de consultas tan frecuentes como el paciente necesitara y mostrar genuino interés por el cuidado del paciente. En esta investigación los médicos entrevistados hacen énfasis en una función de acompañamiento o guía por parte del médico más que como una figura de autoridad que marca el paso en el manejo de la condición de su paciente ya que, el que conoce las opciones o las formas de mejorar su salud que se ajustan a sus objetivos, contexto y forma de vida son los propios pacientes. Otro aspecto relevante mencionado en el acompañamiento del paciente es que el médico tenga la capacidad de ser una figura de soporte que impulse y celebre los logros alcanzados con franqueza manteniendo siempre una actitud positiva. La mayoría de los médicos entrevistados independientemente del grupo al que pertenecieron reconocieron que carecían de un entrenamiento apropiado que les permitiera apoyar los cambios de conducta en los pacientes, sin embargo, la diferencia fue que aquellos médicos con mejores resultados en la activación de sus pacientes mostraron interés y entusiasmo en encontrar formas de lograr dicha activación teniendo la disposición de invertir tiempo, esfuerzo y dedicación para este objetivo.<sup>7</sup>

Por otra parte Becker ER, *et al.* realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de determinar si

existe una asociación entre la confianza que siente el paciente hacia su médico y la activación de dicho paciente. Ellos reportan un asociación positiva significativa entre ellas determinada por las siguientes características percibidas por los pacientes en sus médicos de cabecera: honestidad, capacidad de colaboración y solidaridad. Encontraron también que la confianza se asociaba significativamente con el grado de cambios saludables en el estilo de vida logrados por los pacientes.<sup>12</sup>

Kennedy A. *et al.* reportan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de un modelo de intervención en pacientes que viven con ECNT específicamente enfermedad inflamatoria intestinal basado en el CCM, el cual busca promover el desarrollo de autocuidado en los pacientes. En este modelo ellos pusieron a disposición de los pacientes material informativo dentro y fuera de la consulta con la mejor evidencia disponible sobre su enfermedad y la experiencia de otros pacientes manejando su condición de salud, así como, dar entrenamiento a los médicos para que desarrollen habilidades que les permitan aplicar el M CCP y la toma de decisiones conjuntas, demostrando con su aplicación el mejoramiento de la calidad de vida y el empoderamiento de los pacientes sobre su ECNT.<sup>6</sup>

### Conclusiones

Es necesario cambiar el modo de pensar de los médicos, entendiendo el papel crucial que tiene el paciente en el manejo de su ECNT. De forma que esto les permita estar abiertos a capacitarse en una nueva manera de proporcionar atención médica, al adquirir comportamientos y habilidades necesarias para poder comunicarse de forma eficaz con sus pacientes aplicando el método clínico centrado en la persona con el fin de promover el autocuidado y desarrollo de capacidades como los revisados en el presente trabajo entre otros que hagan posible mejores resultados en cuanto al estado de salud, satisfacción y evolución de la condición de cada paciente que vive con una ECNT. Haciendo uso de la empatía, capacidad de escucha y de realizar preguntas con el fin de transmitir información útil y valiosa que le permitan al paciente en su individualidad como persona única comprender de mejor manera su condición para que pueda darle un significado e incorporarla a su vida en todos los aspectos que lo conforman en su esfera bio-psico-social y que así logre activarse y mejorar su autocuidado. Es importante no dejar de lado que otra parte importante para lograr la activación de los pacientes son las políticas a las que la práctica médica está sujeta, siendo así necesarios cambios también en este nivel, en concordancia con los expuesto en el CCM y el M CCP.

### Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [internet]. [consultado el 02 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.
2. Escamilla-Nuñez MC, Castro-Porras L, Romero-Martinez M, Zárate-Rojas E, Rojas-Martínez R. Detección, diagnóstico previo y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mexicanos. ENSANUT 2022, Salud Publica Mex. 2023; 65(supl I):S153–S162. doi:10.21149/14726
3. Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the chronic care model. Hospital Quarterly. 2003;7(1):73–82. doi:10.12927/hcq.2003.16763
4. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(4):780-4. doi:10.17843/rpmesp.2016.334.2565
5. Auerbach SM. The impact on patient health outcomes of interventions targeting the patient-physician relationship. Patient. 2009; 2(2):77-84. doi: 10.2165/01312067-200902020-00003. PMID: 22273083.
6. Kennedy A, Rogers A, Bower P. Support for self care for patients with chronic disease. BMJ. 2007;335(7627):968–70. doi:10.1136/bmj.39372.540903.94
7. Greene J, Hibbard JH, Alvarez C, Overton V. Supporting patient behavior change: Approaches used by primary care clinicians whose patients have an increase in activation levels. The Annals of Family Medicine. 2016;14(2):148–54. doi:10.1370/afm.1904
8. Schildmeijer K, Nilsen P, Ericsson C, Broström A, Skagerström J. Determinants of patient participation

for safer care: A qualitative study of physicians' experiences and perceptions. Health Science Reports. 2018;1(10). doi:10.1002/hsr2.87

9. Brink E, Skott C. Caring about symptoms in person-centred care. Open Journal of Nursing. 2013; 03(08):563–7. doi:10.4236/ojn.2013.38077
10. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment. Medical Care. 2009;47(8):826–34. doi:10.1097/mlr.0b013e31819a5acc
11. Alvarez C, Greene J, Hibbard J, Overton V. The role of primary care providers in patient activation and engagement in self-management: A cross-sectional analysis. BMC Health Services Research. 2016;16(1). doi:10.1186/s12913-016-1328-3
12. Becker ER, Roblin DW. Translating primary care practice climate into patient activation. Medical Care. 2008;46(8):795–805. doi:10.1097/mlr.0b013e31817919c0

Elaboración propia

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

En el cuadro 2 presentó el trabajo realizado en conjunto con mi compañera de servicio social Zeltzin para la acreditación del Módulo 2.

#### Cuadro 2. Trabajo para acreditación del módulo 2

<p><b>Título:</b> ¿En pacientes con diabetes tipo 2 el aumento en el nivel de activación del paciente evaluado mediante el cuestionario Medida de Activación del Paciente (PAM, por sus siglas en inglés) se relaciona con un descenso en el nivel de hemoglobina glicosilada? Una revisión sistemática.</p>
<p><b>Fecha de entrega:</b> 17.05.2024</p>
<p><b>Introducción</b></p> <p>La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica de origen multifactorial que actualmente significa un reto para la salud pública. Se estima que en el mundo hay 537 millones de personas viviendo con diabetes, de las cuales el 80% se encuentran en países de bajos y medianos ingresos<sup>1</sup>. A nivel mundial, México ocupa el octavo lugar en la lista de países con mayor número de adultos con diabetes, con 21.2 millones de personas diagnosticadas en 2021<sup>1,2</sup>. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), tan sólo en 2019 la diabetes mellitus causó el 16% de las muertes registradas en el país<sup>3</sup>. La diabetes es una enfermedad cuyo tratamiento también es multifactorial, incluyendo cambios en el estilo de vida, alimentación saludable, actividad física y tratamiento farmacológico. Actualmente se considera que una persona con niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7% se encuentra dentro de las metas de control terapéutico de la enfermedad, sin embargo, diversos estudios indican que el control glucémico en esta enfermedad no es óptimo, especialmente en países de bajos y medianos ingresos<sup>1,4,5</sup>, por lo que se han implementado estrategias como el modelo de cuidado de enfermedades crónicas (CCM, por sus siglas en inglés) y el Modelo de Atención Centrada en la Persona, con el objetivo de mejorar la relación médico paciente, modelos en que se promueve la toma de decisiones conjunta, fomentar la activación del paciente y su autonomía mediante el desarrollo de capacidades<sup>6</sup>. Se define como activación del paciente a las habilidades, conocimiento y confianza que tiene una persona para tomar decisiones y llevar a cabo acciones en relación al cuidado de su salud; se considera que la activación de las personas involucra 4 etapas: (1) creer que el rol de la persona es importante; (2) tener la confianza y conocimiento necesario para tomar acción; (3) tomar acción para mantener su salud y</p>

finalmente (4) permanecer en ese curso bajo situaciones de estrés<sup>7</sup>.

Bajo este contexto se han creado diferentes instrumentos de medida que nos permiten evaluar estos constructos, tales como el cuestionario para la Medida de Activación del Paciente (PAM, por sus siglas en inglés), el cual fue desarrollado por la Dra. Judith Hibbard y otros colegas en la Universidad de Oregon, analizando psicométricamente dominios de activación mediante metodología Rasch<sup>7</sup>. Esta herramienta es útil para evaluar el nivel de activación de una persona en relación a su enfermedad, clasifica a las personas en 4 estadios de activación a través de 13 reactivos con una puntuación total que va del 0 al 100. El estadio 1 tiene puntajes de 0 a  $\leq 47$ , y es el estadio en donde el paciente es menos activo en su tratamiento. Están el estadio 2 (47.1 a 55.1) y estadio 3 (55.2 a 67). Finalmente, en el estadio 4 ( $\geq 67.1$ ) se encuentran los pacientes que se consideran más involucrados en su tratamiento<sup>7,8</sup>.

En esta revisión sistemática se pretende buscar una relación entre el aumento en los niveles de activación evaluado por el cuestionario PAM en pacientes con diabetes tipo 2 y el descenso en el nivel de HbA1c.

### **Objetivo general**

Examinar la mejor evidencia disponible acerca de la existencia de una relación entre el aumento en el nivel de activación del paciente, evaluado mediante el cuestionario Medida de Activación del Paciente (PAM, por sus siglas en inglés) y, el descenso en el nivel de hemoglobina glicosilada en personas con diabetes tipo 2.

### **Objetivos específicos**

- Buscar de manera sistemática información publicada acerca de la relación entre el aumento del nivel de activación del paciente y el descenso en los niveles de hemoglobina glicosilada.
- Evaluar la calidad y metodología empleadas en las publicaciones seleccionadas para esta revisión.
- Sintetizar la evidencia científica disponible, para que ésta sea de apoyo posterior en la toma de decisiones en el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona.
- Identificar espacios de oportunidad dentro del campo de la investigación, dirigidos a establecer la validez de la aplicación del cuestionario PAM dentro la población mexicana, así como durante la aplicación del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona.

### **Planteamiento del problema**

La activación del paciente con enfermedad crónica es un objetivo fundamental en el modelo de atención integral centrada en la persona para alcanzar el estado de salud de cada persona según sus preferencias, siendo el control de la enfermedad, un aspecto relevante para alcanzar dicho estado de salud. Sin embargo, no siempre tenemos claridad de, si como médicos, estamos logrando dicho objetivo durante el seguimiento que se les brinda a los pacientes, por lo que hacer uso de una herramienta objetiva, en este caso el cuestionario PAM, que ha sido utilizado para evaluar dicho aspecto de forma satisfactoria alrededor del mundo, podría proporcionar un punto de partida para identificar en qué nivel de activación se encuentran las personas y aquellas áreas a reforzar para lograr una mayor activación de cada paciente según sus necesidades y con esto un mejor control de su enfermedad crónica, medido a través de la HbA1c como lo indican las guías internacionales.

### **Justificación**

En el modelo de atención centrado en la persona para personas con enfermedades crónicas nos enfocamos en ayudarles a desarrollar habilidades para cuidar de sí mismas, promover su empoderamiento y activar su participación en el cuidado de su propia salud y bienestar. Un punto importante es encontrar una forma de medir si los pacientes están logrando esta activación, lo que nos lleva a buscar evidencia que vincule el cuestionario PAM con un mejor manejo de las enfermedades crónicas. Esto nos permitirá evaluar objetivamente cómo las personas están progresando en su autocuidado y bienestar, más allá de solo llegar a metas de control de su enfermedad. Así mismo, nos permitirá demostrar a las personas la importancia de su participación y cooperación durante el proceso que es el cuidado de su salud y bienestar, y por ende, obtener mejores resultados tanto médicos como personales en la vida de la persona con enfermedad crónica. El valor teórico de la siguiente revisión sistemática deviene al encontrar uno de los puntos clave

para aplicar este modelo de atención, así como su evolución a lo largo del tiempo, los cambios que ha sufrido y vulnerabilidades que se podrían modificar para hacer este un modelo ideal y esencial en el manejo de las enfermedades crónicas. Esto permitirá refinar este modelo de atención y adaptarlo para su uso en la población mexicana. Utilizaremos la convergencia de los hallazgos encontrados acerca de la aplicación del cuestionario PAM en la atención de personas con enfermedades crónicas junto con los niveles de HbA1c, con la finalidad de identificar si dicho cuestionario es aplicable a nuestra población de pacientes y nuestro enfoque de atención centrada en la persona. En la práctica clínica nuestra hipótesis es, que si la bibliografía acerca del cuestionario PAM demuestra ser aplicable en personas con enfermedades crónicas, podríamos utilizarlo en la práctica clínica en conjunto con nuestro modelo de atención centrada en la persona para identificar aquellos pacientes que están desarrollando capacidades de autocuidado y aquellos que no. Al identificar esto, generamos información relevante acerca de nuestra población; es una nueva forma de evaluar los resultados de nuestro modelo de atención, es también una manera de identificar a aquellas personas que no estén generando habilidades de autocuidado, para así captarlas y crear estrategias para que lo puedan lograr. Desde el punto de vista epidemiológico esta herramienta podría significar una modificación importante dentro del sistema de salud mexicano al permitir la obtención de información mucho más concreta con respecto a la mejoría de la salud de los pacientes, los distintos tratamientos que siguen y el nivel de apego que estos tienen. Lo anterior permitiría a largo plazo la elaboración de estrategias estandarizadas en la detección y control de los pacientes con enfermedades crónicas dentro de la población mexicana. Desde el punto de vista médico, nos permitirá tener un mayor impacto en la vida de las personas a las que brindamos atención médica, permitiendo así no solo el adecuado control de la enfermedad crónica sino también la mejoría de sus hábitos diarios, para lograr una mejoría global en la calidad de vida del paciente. Metodológicamente la revisión sistemática propuesta ayudará, si nuestra hipótesis es correcta, a precisar extracción de nuevos datos acerca de las personas dentro del modelo de atención integral centrada en la persona que estamos aplicando en unidades de primer nivel de atención de la Ciudad de México.

### **Pregunta de investigación**

Es necesario cambiar el modo de pensar de los médicos, entendiendo el papel crucial que tiene el paciente en el manejo de su ECNT. De forma que esto les permita estar abiertos a capacitarse en una nueva manera de proporcionar atención médica, al adquirir comportamientos y habilidades necesarias para poder comunicarse de forma eficaz con sus pacientes aplicando el método clínico centrado en la persona con el fin de promover el autocuidado y desarrollo de capacidades como los revisados en el presente trabajo entre otros que hagan posible mejores resultados en cuanto al estado de salud, satisfacción y evolución de la condición de cada paciente que vive con una ECNT. Haciendo uso de la empatía, capacidad de escucha y de realizar preguntas con el fin de transmitir información útil y valiosa que le permitan al paciente en su individualidad como persona única comprender de mejor manera su condición para que pueda darle un significado e incorporarla a su vida en todos los aspectos que lo conforman en su esfera bio-psico-social y que así logre activarse y mejorar su autocuidado. Es importante no dejar de lado que otra parte importante para lograr la activación de los pacientes son las políticas a las que la práctica médica está sujeta, siendo así necesarios cambios también en este nivel, en concordancia con los expuesto en el CCM y el MCCP.

### **Pregunta de investigación**

¿En pacientes con diabetes tipo 2 el aumento en el nivel de activación del paciente evaluado mediante el cuestionario Medida de Activación del Paciente (PAM, por sus siglas en inglés) se relaciona con un descenso en el nivel de hemoglobina glicosilada? Una revisión sistemática.

### **Estrategia de búsqueda**

Para la elaboración de esta revisión sistemática se utilizaron los lineamientos de la declaración PRISMA. Se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y estudios prospectivos transversales y longitudinales entre el 20 y 27 de mayo de 2024 en las siguientes bases de datos y motores

de búsqueda académicos: PubMed, Cochrane y Google Académico. Utilizamos los siguientes términos [MeSH]: [diabetes mellitus, type 2], [patient participation], [glycated hemoglobin], en conjunto con el operador booleano [AND] y las siguientes palabras clave: “patient activation measure”, “PAM-13”, “HbA1c”, “activación del paciente” y “diabetes tipo 2”. En cada base de datos se delimitó la búsqueda al período de tiempo comprendido entre 2014 y 2024 para artículos de tipo revisión sistemática, ensayos clínicos aleatorizados y estudios prospectivos transversales y longitudinales.

Con el fin de obtener la mejor y mayor cantidad de evidencia disponible sobre el tema del presente trabajo, acorde a los recursos con los que contamos, seleccionamos revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y estudios prospectivos transversales y longitudinales gratuitos, en idioma español o inglés, publicados en los últimos 10 años, es decir, del año 2014 al 2024 en los cuales se haya utilizado el cuestionario Medida de Activación del Paciente para estratificar el nivel de activación del paciente con diabetes contrastado con el nivel de hemoglobina glicosilada. Los artículos fueron excluidos si estaban escritos en otro idioma que no fuera español o inglés, si no era de acceso libre, si fue publicado en años anteriores al 2014, si no era revisión sistemática, ensayo clínico aleatorizado o estudio prospectivo transversal o longitudinal y si no reportaban los resultados de hemoglobina glicosilada junto con el resultado del cuestionario de medida de activación del paciente.

### **Ejecución**

Todos los artículos fueron leídos y revisados por las dos autoras del presente trabajo. Luego de haberse realizado la búsqueda de artículos se obtuvieron un total de 137 artículos, 16 fueron descartados por estar repetidos en las diferentes bases de datos, quedando 121. De estos, 58 fueron descartados por el título debido a que abordaban temas no relevantes para el presente trabajo como salud mental, adherencia a tratamiento, satisfacción y calidad de vida, actividad física y esquemas de tratamiento.

Procedimos a leer los resúmenes de los 63 artículos restantes de estos, se descartaron 10 artículos, 5 de los cuales a pesar de ser apropiados para responder la pregunta de investigación son artículos de paga, 2 estaban escritos en portugués y 3 que evaluaban la activación del paciente mediante el PAM en personas con alto riesgo de desarrollar diabetes. Procedimos a leer la totalidad de los 53 artículos restantes de los cuales 40 fueron excluidos porque no evaluaron la activación del paciente si no actividades de autocuidado realizadas por personas con diabetes en respuesta a la aplicación de diversos programas para el autocuidado y toma de decisiones conjunta, a la impartición de pláticas educativas, a la atención médica interdisciplinaria, a visitas domiciliarias, a monitoreo estrecho, a educación a través de medios electrónicos y seguimiento mediante consultas telefónicas periódicas por mencionar algunos; 2 se descartaron porque no relacionaban el resultado del PAM con los niveles de HbA1c.

Por último 5 artículos fueron descartados porque a pesar de que sí evaluaron la activación del paciente en contraste con los niveles de hemoglobina glicosilada no utilizaron el PAM para dicho fin sino otras escalas como la Diabetes Empowerment Scale, la Summary of Diabetes Self Care Activities Measure y el Diabetes Knowledge Test. Quedando 6 artículos que fueron pertinentes para responder nuestra pregunta de investigación y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente mencionados.

### **Resultados**

Se revisaron un total de 6 artículos observacionales y prospectivos, 5 de ellos con mediciones longitudinales<sup>9,10,11,12,13</sup> y 1 con mediciones transversales<sup>14</sup> (Tabla 1). 4 fueron de tipo cuasi experimental<sup>10,11,12,13</sup> con distintas intervenciones que tenían como objetivo aumentar la activación de las personas para posteriormente relacionar el cambio pre y postintervención del resultado del PAM con diversos determinantes clínicos como el índice de masa corporal, perfil de lípidos y acciones de autocontrol de la enfermedad entre otros; de estos la HbA1c es el determinante de relevancia para el presente trabajo. Las intervenciones variaron en la forma en que buscaron mejorar la activación de los pacientes, 1 lo hizo a través de la actividad física mediante caminatas organizadas<sup>12</sup>, otro mediante monitoreo estrecho y apoyo remoto<sup>10</sup>, otro a través de 2 consultas anuales donde se aplicó el modelo centrado en la persona con toma

de decisiones conjunta<sup>11</sup>, y el último mediante sesiones presenciales de 15 a 20 minutos y llamadas telefónicas personalizadas según las necesidades de cada persona<sup>13</sup>.

La muestra en cada estudio varió en número, quedando una muestra total de 13,332 personas con diabetes entre los 6 artículos. La mayoría con diagnóstico de diabetes tipo 2 y un mínimo porcentaje con diabetes tipo 1, debido a que uno de los artículos revisados no reporta el número de personas con diabetes tipo 1<sup>9</sup>, no fue posible sacar el cálculo exacto. En cuanto a datos demográficos en todos los artículos los participantes fueron mayores de edad, con un promedio de edad de 58.7 años, destacando que en 1 de los artículos no reportan la edad media de su población<sup>9</sup> por lo que, no se tuvo en cuenta para dicho promedio. La cantidad promedio de hombres y mujeres con diabetes tipo 2 en la muestra total fue casi del 50% para cada sexo, 50.66% mujeres y 49.33% hombres.

El puntaje inicial promedio del PAM en 3<sup>9,10,12</sup> de los 5 estudios cuasi experimentales reportados por niveles fue de 20.83, 29.23, 46.53, 47.66 para el nivel 1, 2, 3 y 4 respectivamente teniendo así la mayor parte de la muestra total en un nivel 3 de activación.

En cuanto a la relación entre el puntaje PAM y los niveles de HbA1c de las personas. 4 de los 5 estudios cuasi experimentales encontraron una asociación negativa entre el resultado del PAM y la HbA1c<sup>9,10,12,13</sup>, siendo así que con el aumento en el puntaje PAM se lograba una disminución en la HbA1c. Su D, et al.<sup>10</sup> además reportaron que dicha disminución era más importante en aquellas personas que se encontraban en un nivel de activación 1 o 2 al inicio del estudio a pesar de que la mayor parte de la muestra (72%) se encontraba en un nivel de activación alto al inicio. Se estimó que aproximadamente por cada punto que las personas incrementaran en el PAM su HbA1c descendería en un 0.01%. Lo anterior corresponde a lo encontrado por Regeer H, et al.<sup>12</sup> quienes reportaron que en la disminución en la HbA1c era mayor en aquellos con una HbA1c inicial >7%, de igual forma la mayor parte de su muestra se encontraba en un nivel alto de activación.

En el caso de Sacks RM, et al.<sup>9</sup> igualmente encontraron una disminución de la HbA1c en relación con un aumento en el puntaje del PAM aunque discreta y no necesariamente en un rango de control. Dichos resultados corresponden con lo encontrado en la medición transversal realizada por Almutairi N, et al.<sup>14</sup> donde aquellas personas que se encontraban en un nivel más elevado de activación tenían una HbA1c dentro de un rango de control. El estudio longitudinal pre y postintervención realizado por Rutten GEHM, et al.<sup>11</sup> fue el único de los estudios revisados en el que la HbA1c aumentó junto con el puntaje del PAM, los mismos autores explican que el aumento en la HbA1c encontrado no es de relevancia clínica y que dicho resultado podría estar relacionado a que su estudio se enfocó en la implementación del modelo centrado en la persona con toma de decisiones conjunta no enfocadas específicamente al control de la glucemia.

Tabla 1. Resumen de estudios

Año y autor/es	Título	Tipo de estudio	Objetivo	Descripción	Resultados
2017 Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V, Parrotta CD.	Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study	Estudio prospectivo longitudinal	Examinar si la activación del paciente predice el curso de la diabetes durante un período de tres años entre pacientes con y sin diabetes.	Estudio observacional llevado a cabo entre 2011 y 2014 con una muestra de 58,277 pacientes divididos en 3 grupos: personas con diabetes (n=10,071), personas con prediabetes (1,804) y pacientes sin diabetes o prediabetes (46,402). Tomaron el resultado del PAM inicial como su variable independiente y diversos determinantes clínicos entre los cuales se encuentra la HbA1c de los pacientes con diabetes como sus variables dependientes. El análisis estadístico se llevó a cabo primero mediante un análisis descriptivo, posteriormente un análisis bivariado entre la variable independiente y cada una de las independientes y finalmente se llevaron a cabo análisis multivariados mediante modelos de regresión logística.	No encontraron una asociación significativa entre un incremento o un puntaje elevado en el resultado del PAM con la probabilidad de tener una HbA1c dentro de parámetros normales pero sí una disminución de la misma a los 3 años sin embargo, solo 7606 pacientes con diabetes de los 10,071 tuvieron la medición de HbA1c a los tres años que duró el estudio.

2019 Su D, Michaud TL, Estabrooks P, Schwab RJ, Eiland LA, Hansen G, DeVany M, Zhang D, Li Y, Pagán JA, Siahpush M.	Diabetes Management Through Remote Patient Monitoring: The Importance of Patient Activation and Engagement with the Technology.	Estudio prospectivo longitudinal	Evaluar la importancia de la activación y el compromiso del paciente con la tecnología de monitoreo remoto de pacientes en el manejo de la diabetes tipo 2.	Estudio observacional cuasi experimental pre y postintervención con una muestra de 1,354 pacientes con diabetes tipo 2 que habían estado hospitalizados por cualquier razón máximo 1 mes antes de iniciar la intervención que consistió en un programa de 3 meses de duración en el cual se realizó un monitoreo diario de diversos determinantes clínicos y mínimo una llamada telefónica a la semana en la que se brindaba asesoramiento nutricional, farmacológico y de autocuidado de la enfermedad.	Se encontró una correlación negativa entre la HbA1c postintervención y el resultado inicial del PAM. Dicha correlación variaba en cantidad sin perder la significancia estadística dependiendo de las características individuales de cada persona como la presencia o no de comorbilidades, nivel de activación y HbA1c inicial, edad, sexo y raza.
2020 Rutten GEHM, Van Vugt H, de Koning E.	Person-centered diabetes care and patient activation in people with type 2 diabetes	Estudio prospectivo longitudinal	Evaluar la relación entre la atención de la diabetes centrada en la persona y la activación del paciente.	Estudio observacional cuasi experimental pre y postintervención que tuvo una duración de 1 año en el que participaron 1299 personas con diabetes tipo 2. La intervención consistió en dos consultas anuales conforme al modelo centrado en la persona con toma de decisiones conjunta. A su vez se les aplicó el cuestionario PAM y midió la HbA1c pre y postintervención.	Se encontró un incremento de 0.08% en la HbA1c postintervención asociado a un incremento discreto pero significativo en el puntaje del PAM.
2022 Regeer H, van Empelen P, Bilo HJG, de Koning EJP, Huisman SD.	Change is possible: How increased patient activation is associated with favorable changes in well-being, self-management and health outcomes among people with type 2 diabetes mellitus: A prospective longitudinal study.	Estudio prospectivo longitudinal	Examinar la relación entre los factores de riesgo de baja activación del paciente y el cambio en la activación, el bienestar y los resultados de salud en personas con diabetes tipo 2.	Estudio observacional cuasi experimental pre y postintervención que tuvo una duración de 20 semanas, con una muestra de 128 pacientes con diabetes tipo 2 quienes participaron en caminatas semanales que variaban en distancia de forma gradual desde 5, 10, 15 hasta 20 kilómetros por caminata. Las caminatas fueron organizadas coordinadas por personal de salud. A todos los participantes se les aplicó el cuestionario PAM y se les midió su HbA1c pre y post intervención, posteriormente se llevaron a cabo análisis estadísticos de regresión para determinar si existía asociación entre las variables.	Un aumento en el resultado de la activación del pacientes evaluado a través del PAM se asoció a una disminución de la HbA1c en pacientes que partieron de una HbA1c mayor a 7% previa a la intervención.
2023 Almutanari N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H.	The Effect of a Patient Activation Tailored Intervention on Type 2 Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes: A Study from Saudi Arabian Primary Care Settings	Estudio prospectivo longitudinal	Examinar el efecto de una intervención adaptada a la activación del paciente sobre el autocuidado de la diabetes tipo 2 y los resultados clínicos en entornos de atención primaria en Arabia Saudita.	Estudio observacional cuasi experimental pre y postintervención que tuvo una duración de 6 meses con una muestra de 82 personas con diabetes tipo 2, quienes recibieron sesiones mensuales presenciales de 15 a 20 minutos durante 3 meses, con el objetivo de identificar las necesidades de cada participante para posteriormente dar seguimiento al progreso y brindar apoyo. Seguidas de 3 meses en los cuales se hacía un seguimiento a través de una llamada telefónica mensual. Tanto las sesiones como las llamadas telefónicas estaban ajustadas al nivel de activación y necesidades individuales de cada paciente.	Un incremento del resultado en el PAM se relaciona a un descenso significativo de la HbA1c
2023 Almutairi N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H.	Relationship Between Patient Activation and Type 2 Diabetes Mellitus Self-management and Clinical Outcomes in Saudi Arabian Primary Care Setting	Estudio prospectivo transversal	Evaluar la relación de la activación del paciente con la autogestión de la diabetes tipo 2 y los resultados clínicos en el marco de la atención primaria en Arabia Saudita.	Estudio observacional que se llevó a cabo con una muestra de 398 personas con diabetes tipo 2 en el cual se realizó un análisis estadístico a través de regresión lineal y logística para evaluar si el nivel de activación medido con el PAM es capaz de predecir el resultado del control glucémico medido a través de la HbA1c.	Encontraron una asociación estadísticamente significativa entre un mejor puntaje en el PAM con un mejor control glucémico.
HbA1c, hemoglobina glicosilada; PAM, patient activation measure.					

## Recomendaciones

Se propone realizar un estudio longitudinal basado en la aplicación del cuestionario PAM en distintos grupos controlados, en los cuales se utilicen distintas intervenciones para el control de su enfermedad, comparar los resultados para encontrar cual de estos grupos tiene la mayor activación de los pacientes y si esta activación es directamente proporcional con el descenso de las cifras de HbA1c.

Además, se propone realizar un estudio longitudinal consistente en la aplicación del cuestionario PAM en conjunto con otras herramientas para la evaluación de la calidad de vida a personas dentro del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona con el fin de comparar el nivel de activación de las personas y su relación no solo con el control bioquímico de su enfermedad a través de la HbA1c, sino también con la mejoría en su calidad de vida.

### Conclusiones

En esta revisión sistemática se encontró que al existir un mayor puntaje dentro del cuestionario PAM, hay una leve disminución de los niveles de HbA1c en personas con diabetes, principalmente en aquellos pacientes cuya evaluación pre intervención inició en niveles más bajos de activación que en aquellos que comenzaron con un nivel medio o alto de activación. La evidencia resumida en esta revisión puede servir para validar la importancia de la activación de las personas con enfermedades crónicas para el control de su enfermedad e identificar, en investigaciones futuras, las mejores estrategias a incluir en los programas de mejora en el control de la enfermedad del paciente crónico, así como su calidad de vida.

### Referencias

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10ma edición. [revisado 2024; citado 16 de mayo del 2024]. Disponible en <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
2. Lovic D, Piperidou A, Zografou I, Grassos H, Pittaras A, Manolis A. The Growing Epidemic of Diabetes Mellitus. *Curr Vasc Pharmacol*. 2020;18(2):104-109. doi: 10.2174/1570161117666190405165911
3. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Perfiles nacionales de carga de enfermedad por diabetes 2023. [citado el 16 de mayo del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/perfil-carga-enfermedad-por-diabetes-2023-mexico>
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Summary of Revisions: Standards of care in Diabetes-2024 [Internet]. *Diabetes Care*. 1 January 2024;47 (Supplement 1):S5-S10. doi: 10.2337/dc24-SREV
5. Romakin P, Mohammadnezhad M. Healthcare Providers' Perception of Healthcare System Factors Associated with Poor Glycemic Control among Type 2 Diabetes Patients in Fiji. *Rev Diabet Stud*. 2019;15:49-57. doi: 10.1900/RDS.2019.15.49
6. Tai ES, Yew TW. Person-centred care in diabetes: What is it based on and does it work? *Singapore Fam Physician [Internet]*. 2020;46(7):11–5. doi: 10.33591/sfp.46.7.u2.
7. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res [Internet]*. 2004;39(4p1):1005–26. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x
8. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the Patient Activation Measure. *Health Serv Res [Internet]*. 2005;40(6p1):1918–30. doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x
9. Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V, Parrotta CD. Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study. *Patient Education and Counseling*. 2017 Jul;100(7):1268–75. doi:10.1016/j.pec.2017.01.014
10. Su D, Michaud TL, Estabrooks P, Schwab RJ, Eiland LA, Hansen G, et al. Diabetes management through remote patient monitoring: The importance of patient activation and engagement with the technology. *Telemedicine and e-Health*. 2019 Oct 1;25(10):952–9. doi:10.1089/tmj.2018.0205
11. Rutten GE, Van Vugt H, de Koning E. Person-centered diabetes care and patient activation in people with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. 2020 Dec;8(2):1–8. doi:10.1136/bmjdr-2020-001926
12. Regeer H, van Empelen P, Bilo HJG, de Koning EJP, Huisman SD. Change is possible: How increased patient activation is associated with favorable changes in well-being, self-management and health outcomes among people with type 2 diabetes mellitus: A prospective longitudinal study. *Patient*

Education and Counseling. 2022 Apr;105(4):821–7. doi:10.1016/j.pec.2021.07.014

13. Almutairi N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H. The effect of a patient activation tailored intervention on type 2 diabetes self-management and clinical outcomes: A study from Saudi Arabian primary care settings. *Journal of Diabetes Research*. 2023 Nov 27;2023:1–11. doi:10.1155/2023/2074560
14. Almutairi N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H. Relationship between patient activation and type 2 diabetes mellitus self-management and clinical outcomes in Saudi Arabian Primary Care Setting. *American Journal of Health Promotion*. 2023 Dec 26;1–11. doi:10.1177/08901171231224889.

Elaboración propia

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

En correspondencia con el subsistema “comunidad” del Modelo expandido de cuidados crónicos. El MAICP de la UAM - Xochimilco estableció los encuentros de personas con enfermedades crónicas semestrales para la creación de entornos saludables y la constitución de consejos asesores para fortalecer la acción comunitaria.

#### **El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas**

El 6to encuentro de pacientes tuvo como objetivo crear comunidad entre las personas que llevan su seguimiento mediante el MAICP bajo la frase “Ser, hacerse comunidad” resaltando la importancia de entender que establecer comunidad no significa perder la individualidad de cada persona. Crear comunidad tiene como fin, aumentar el autocuidado de las personas, conjuntando capacidades tanto individuales como colectivas para formular y desarrollar propuestas.

Del 12 al 22 de marzo de 2024 se llevó a cabo el 6to encuentro de personas con enfermedades crónicas en cada una de las 9 jurisdicciones de la Ciudad de México que actualmente se encuentran implementando el MAICP. En el caso de la jurisdicción Coyoacán a la cual pertenece el C.S. T-III San Francisco Culhuacán, el 6to encuentro se llevó a cabo el día 13.03.2024. Como parte de la organización de dichos encuentros del 23 de febrero al 8 de marzo de 2024 tuvimos 3 sesiones de capacitación para la organización, coordinación y realización de relatorías para llevar a cabo los encuentros.

Los encuentros tuvieron una duración aproximada de 4 horas apegándonos a los siguientes horarios (Tabla 3):

**Tabla 3.** Estructura del 6to encuentro

Horario	Actividad
9:00 - 9:15	Bienvenida y encuadre
9:15 - 10:00	Informe de avances
10:00- 10:15	Entrega de recetario
10:15 - 12:00	Taller: Ser, hacernos comunidad
12:00 - 13:00	Plenaria
13:00 - 13:10	Clausura

Primero se dio la bienvenida general a todos los participantes: personas con enfermedades crónicas, pasantes de cada centro de salud y a las autoridades de cada institución. Posteriormente se presentaron los avances obtenidos en el control de las enfermedades crónicas de las personas que forman parte del MAICP en la jurisdicción Coyoacán. Al terminar la presentación se hizo entrega del recetario, que fue producto de encuentros anteriores y se dio paso al taller “Ser, hacernos comunidad”.

Este consistió en la formación de grupos de discusión de 8 a 10 personas en los que un pasante fue coordinador y otro pasante relator. En un primer momento se realizó el encuadre que consistió en: exponer el propósito del taller, el cual radica en explorar las aspiraciones y necesidades de las personas que viven con enfermedades crónicas, para que, a partir de ellas surjan propuestas para para ser cubiertas. Se detalló la dinámica de trabajo, especificando el tiempo dispuesto para cada tarea (presentación, diálogo en parejas, diálogo en grupo, plenaria con las conclusiones, convivencia y clausura del encuentro). Se especificaron las reglas para la participación dentro del grupo como respetar el uso de la palabra, no juzgar, no dar consejos, no interpretar y mantener la confidencialidad de lo que compartiera cada persona dentro del grupo.

El 6to encuentro de la jurisdicción Coyoacán se llevó a cabo en el C.S. T-III San Francisco Culhuacán, en el cual yo realicé mi servicio social. La convocatoria se realizó mediante un cartel, el cual se pegó en el centro de salud y se mandó por medio de WhatsApp al grupo que formamos con las personas que son parte del MAICP del centro de salud, así mismo, se les llamó por teléfono para invitarlos personalmente. Se gestionó el uso del aula; la Dra. Martha Verónica Nava Granados, coordinadora médica de la unidad y el Dr. Guillermo Martínez Quiñones, director de la unidad nos facilitaron las instalaciones, así como, el uso de una computadora y un proyector. Esperabamos un total de 25 participantes, de los cuales asistieron 19. Se formaron 2 grupos de discusión, uno de 10 y otro de 9 personas. En la tabla 4 se presenta la relatoría del grupo en el que tuve la oportunidad de ser coordinadora.

**Tabla 4.** Relatoría grupo de discusión jurisdicción Coyoacán

<b>I. Información general</b>			
<b>Jurisdicción Sanitaria:</b> Coyoacán			
<b>Coordinador(a):</b> Ubalde Hernández Harim Montserrat / Hernández Flores Ana Patricia			
<b>Relator(a):</b> Vega Monroy Alan			
<b>Fecha:</b> 13.03.2024			
<b>II. Personas participantes</b>			
Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Joaquina Magno	F	58	CS TIII San Francisco Culhuacán
Ernestina González Hernández	F	56	CS TIII San Francisco Culhuacán
Elvia Salinas Galicia	F	55	CS TIII San Francisco Culhuacán
Irma Martínez	F	66	CS TIII San Francisco Culhuacán
Hugo Polaco Castillo	M	71	CS TIII San Francisco Culhuacán
Diana Lilia Contreras Lozano	F	55	CS TIII San Francisco Culhuacán
Ángel Jorge Salazar Zotea	M	69	CS TIII San Francisco Culhuacán
Leticia Pérez Ramírez	F	63	CS TIII San Francisco Culhuacán
Patricia Ávila Juárez	F	58	CS TIII Carmen Serdán
<b>III. Datos del taller</b>			
<b>Objetivo del taller:</b> crear un ambiente agradable y cómodo que permita integrar una comunidad a fin de dialogar respecto a las necesidades, objetivos y aspiraciones en común.			
<b>Hora de inicio:</b> 10:15 hrs			
<b>Hora de finalización:</b> 12:00 hrs			
<b>IV. Agenda del taller</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Presentación de coordinador(a) y relator(a)</li> <li>2) Presentación de cada persona integrante del grupo</li> <li>3) Encuadre               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Explicar qué va a trabajar el grupo</li> <li>b) Cómo va a trabajar el grupo</li> <li>c) Las reglas del grupo</li> <li>d) Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente)</li> <li>e) Dudas respecto a la dinámica del grupo</li> </ol> </li> <li>4) Diálogo, intercambio de saberes y experiencias</li> <li>5) ¿Qué aprendimos en esta sesión?</li> <li>6) Puntos importantes a presentar en la plenaria</li> <li>7) Agradecimiento y cierre de la sesión grupal.</li> <li>8) Volver a la plenaria</li> </ol>			
<b>V. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias</b>			
<b>Primer momento:</b> diálogo en parejas.			
<b>Duración:</b> 10 minutos			
<b>Tema central:</b> ¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?			
<b>Actividad:</b> las parejas formadas platican acerca de:			

- ¿Cuál es su enfermedad o enfermedades crónicas y desde hace cuánto tiempo?
- ¿Cuáles son sus principales aspiraciones viviendo con sus enfermedades crónicas?
- ¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?

#### Descripción del ambiente en el grupo y las parejas:

Se formaron 3 parejas y una tercia de manera aleatoria (debido a la disparidad en el número de integrantes) a conformidad del grupo. De manera general, el ambiente se percibe alegre y relajado, todos los integrantes se acoplaron casi de manera inmediata generando una sensación de confort y respeto. Cada pareja (y tercia) interactúa de manera pacífica y respetuosa. Comparten experiencias, vivencias, aspiraciones metas y objetivos que les identifica entre sí y que les gustaría alcanzar a mediano y largo plazo. Entre estas se encuentran:

- La alimentación que suelen llevar, en comparación a la que consideran ideal, no se encuentran muy distantes.
- Las cifras máximas alcanzadas tanto al diagnóstico de sus enfermedades como las mantenidas a lo largo de su tratamiento tanto de presión arterial como de glucosa.
- La dificultad que supone la realización de ejercicio o actividad física al inicio, sin embargo, una vez alcanzado un cierto ritmo y habiéndose adecuado a una rutina, es más sencillo continuar con ella; así como las razones por las cuales dejan de hacerlo o no pueden mantener una constancia.

#### Presentación de cosas en común por pareja:

**Pareja 1:** Yo soy Leticia P.R. y aquí conocí a Paty, como a todos ustedes. Tenemos en común son la obesidad, que ella tiene más enfermedades como diabetes, hipertensión y tiroides, además de problemas que arrastra la obesidad como desgaste de rodilla, dolores en las articulaciones. Lo que hemos platicado la señora y yo es que si no ponemos nosotros mismos de nuestra parte respecto a nuestra salud pues no llegaremos a ningún lado. Como nos dicen ustedes, debemos ser constantes para salir adelante y continuar con salud física y mental.

**Aspiración:** Ser constantes.

**Pareja 2:** Buenos días! Yo soy Jorge S. Tuvimos una plática la Sra. Diana y yo, sobre las enfermedades que tenemos, la Sra. tiene la enfermedad de la diabetes y yo de la hipertensión y me acaban de ver porque la Dra. me dijo que tenía un mal en el pulmón, me mandó al hospital INER, donde me están atendiendo desde Junio y ya me dijeron que estoy apto para la biopsia y que mañana, precisamente, tengo la cita para que me digan qué día me harán la biopsia. Entonces la Sra Diana y yo intentamos ser constantes en las citas que nos dan aquí en el centro de salud y en el hospital.

**Aspiración:** Tener mayor calidad de vida

**Pareja 3:** Buenos días, yo soy Hugo P. y platicando con la Sra Irma, somos Hipertensos los dos. Llegamos a la conclusión de que estar realmente informados desde qué se trata nuestra enfermedad y qué podemos hacer en caso de ¿qué podemos hacer para evitar el infarto? Entonces tener nuestra tabla de información, por ejemplo, la Sra. maneja presiones de 130/90 y yo manejo más bajo entre 120-110/70-60 y así estoy, entonces sabiendo nuestra presión normal y estárnosla checando en cualquier síntoma que tengamos, poder determinar qué hacer en ese momento.

**Necesidades:** 1) Saber hasta dónde podemos aguantar, partiendo de la presión que manejamos y de ahí ¿Qué hacer? 2) Estar bien informados

**Tercia:** Bueno pues nosotras llegamos a la conclusión de que tenemos las dos enfermedades, hipertensión y diabetes. Entonces platicamos que siempre es bueno que el doctor esté al pendiente de nosotros, pero llegamos a la conclusión de que nosotras sabemos qué debemos comer, que debemos hacer ejercicio, lo principal.

**Necesidad:** Apegarnos a una adecuada alimentación y ejercicio para mantenernos en adecuado control

**Segundo momento:** diálogo en grupo.

**Duración:** 70 minutos

**Tema central:** aspiraciones y necesidades que comparten las personas con enfermedades crónicas, propuesta grupal en función de las conclusiones del diálogo

**Actividad:** el grupo platica a partir de la información recabada en las parejas y tercia cerca de:

- ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?
- ¿Qué compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?
- ¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?
- ¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?
- Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?
- De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta a alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?
- Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?

**¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?**

- De las cosas que se repiten fue que las señoras dijeron que saben lo que deben hacer para controlar su enfermedad, también nosotros. Sabemos que debemos hacer ejercicio y cuidar la alimentación.
- Que todos estamos informados, pero no lo llevamos a cabo, a veces sí y a veces no pero no al 100%. Tratamos de comer saludable y hacer ejercicio, mentalizarnos que no debemos de comer tanto pan, tanta chatarra. Saber que si ya nos comimos un pan hoy pues no comerlo mañana ni pasado, estar conscientes y hacer un esfuerzo para mantenernos saludables, porque el pensar o decir que no tenemos nada es como enfermarnos también de la cabeza.
- Todos tratamos de venir a consulta siempre, no faltar y mantener una constancia para que nos vaya mejor porque si dejamos la enfermedad “al olvido”, cuando nos demos cuenta ya no habrá remedio. Así como hay gente que dice que no tiene tiempo para venir porque trabajan o tienen otras actividades, pero inclusive hemos comentado que el centro de salud brinda servicio para las personas que trabajan, pero a veces hay personas que no quieren.
- Así como ha habido grupos de diabéticos con otros médicos, hay personas que no quieren venir a la consulta. Que les pasan cosas como que se les infectan los dedos y se les caen, pero ellos siguen sin acudir, aunque no trabajen ni hagan nada, no vienen. Pareciera que no se quieren, les falta amor propio.

**¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?**

- Entender qué produce la diabetes (cómo influyen todos los grupos alimenticios al desarrollo de la enfermedad):
  - Sra. Irma: Yo no sé por qué soy diabética si no bebo nada de dulce. Yo temprano mi vaso de agua, el té o el café yo no lo puedo tomar con azúcar porque siento que me “carcome”.
  - Sr. Hugo: Yo, por ejemplo, tengo una hermana que no come carne para nada y tiene colesterol. No come carnisas, leche, queso, huevo ni nada.
- Relación alimento/enfermedad: Dra. Harim: Otro punto importante de la charla podría ser entender la relación de los alimentos y qué es lo que estos hacen en nuestro cuerpo, cuáles se relacionan con: hipercolesterolemia, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia y diabetes tipo 2.
- Eliminar/suprimir el sentimiento de “recompensa” por una buena conducta

**¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?**

- Ser independientes a pesar del transcurso de la enfermedad  
Dra. Harim: ¿Qué acciones me hacen independiente?  
Todas las que necesitamos: bañarse, caminar, tender la cama, vestirse, lavar la ropa, comer, preparar nuestra propia comida, salir de casa sin acompañante, realizar actividades recreativas, utilizar medios de transporte público, permanecer sólo con una enfermedad o sin adquirir más, hacer todas nuestras actividades de manera digna.

- Que nuestra familia sea sana y eviten el desarrollo de enfermedades como la diabetes y la hipertensión

**Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?**

**Sr. Hugo:** una guía de enfermedad que nos permita estar al tanto de nuestra situación. Se me ocurre una guía de nuestra enfermedad para saber qué proceso llevar

**Dra. Patricia:** en ese caso, a ustedes ¿qué les serviría que contuviera esa guía para estar más informados para prevenir complicaciones o qué puntos les gustaría que se abordaran en esa guía?

**Sr. Jorge:** por ejemplo, la alimentación, qué es lo que hay que comer para poder llevar bien la enfermedad

**Sra. Diana:** que tuviéramos más información de hacer ejercicio para no desarrollar más enfermedades y llegar a una mejor vejez, con mejor calidad de vida y no depender tanto de nuestros familiares

**Sra. Elvia:** por ejemplo, mi mamá dice que mi papá se murió de la diabetes. Yo sé que nadie se muere de la diabetes, si no, de las complicaciones. Ahora yo la tengo y creo que es algo genético, pero no me gustaría que mis hijos también la tuvieran. También es algo que deberían poner, si es que realmente las enfermedades se heredan, para saber si nuestra enfermedad es cosa genética o ¿qué está pasando?

**Sr. Hugo:** que hubiera un poquito de información, porque luego uno la recibe desviada. Que ya un pariente nos dice -No tomes coca porque te va a dar diabetes. Una guía de por qué te da la enfermedad, partiendo de la base.

**Dra Harim:** muy bien, digamos: El proceso de la enfermedad, “¿Qué la provoca?”, “¿Cómo inicia?” y “¿Por qué se va agravando?”

**Sr. Hugo:** puntos sintetizados porque normalmente no leemos y ya de ahí, ya que sabes esto, “puedes hacer esto y esto para no tenerla; pero si la tienes, puedes hacer esto”. Cosas que nos permita estar bien enterados y que no nos mientan, ni nos inventen, para poder prevenir algo a nuestros hijos, a nuestros nietos o a los demás. No tan técnico, sino, algo ligerito para que lo podamos realizar de manera sencilla para hacer cada uno lo que nos corresponde.

**De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta para alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?**

Tener un protocolo iniciado, quizás avanzado de la guía de enfermedad para poder evaluar la cantidad de información proporcionada y los puntos que sea necesario modificar o afinar

**Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?**

Nombres y número telefónico de cada voluntario:

Nombre	Número telefónico
Joaquina Magno	5555812711
Elvia Salinas Galicia	5530663595
Irma Martínez	5529352976
Hugo Polaco Castillo	5539338120

Nombre	Número telefónico
Diana Lilia Contreras Lozano	5583920160
Ángel Jorge Salazar Zotea	5531106392
Leticia Pérez Ramírez	5587661891
Patricia Ávila Juárez	5551084366

## VI. Cierre del taller

**Duración:** 10 minutos

### ¿Qué aprendimos en esta sesión?

Como personas con enfermedades crónicas compartimos metas y aspiraciones que nos motivan y nos inspiran a seguir acudiendo de manera mensual, constante y puntual a nuestras citas con las y los doctores: El mantenernos lo más saludables posibles para llegar a una vejez digna que nos permita ser independientes en

todo lo que tenemos que hacer y, de ser posible, vivir nuestras enfermedades sin complicaciones.

#### **Puntos importantes a presentar en la plenaria**

Las personas con enfermedades crónicas compartimos la necesidad de estar informados sobre nuestras enfermedades; conocer qué son, su evolución, qué hacer en caso de urgencias y como llevar un estilo de vida saludable que ayude al control de nuestras enfermedades porque aspiramos a ser constantes para tener una mejor calidad de vida y prevenir nuestras enfermedades en nuestros seres queridos.

Ya en la plenaria se compartieron los puntos importantes sobre lo platicado en cada uno de los 2 grupos formados, encontrando gran similitud entre ellos. La primera propuesta fue la elaboración de carteles que pudiera pegarse en los centros de salud para difundir estilos de vida saludables e información sobre las enfermedades crónicas. La segunda propuesta fue la elaboración de un “Guía de enfermedad” en la cual se detallara con información clara, corta y precisa que son las enfermedades crónicas, por qué se producen, ejemplos prácticos sobre alimentación y actividad física que mejore el control de las enfermedades y planes de acción frente a complicaciones propias de las enfermedades crónicas.

Como parte del convivio se repartieron bolsitas con pepino, zanahoria y jícama en tiras, bollitos con tinga de pollo, barras de amaranto y botellas con agua simple. Refrigerios que fueron preparados por todos los pasantes que implementamos el MAICP en la jurisdicción Coyoacán.

### **Hacia la constitución de los Consejos Asesores**

Los consejos asesores son la estrategia que se puso en marcha este año por primera vez en el MAICP, en cumplimiento del componente “fortalecimiento de la acción comunitaria” del subsistema “comunidad” del Modelo Expandido de Cuidados Crónicos para promover el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para el autocuidado. Un consejo asesor, en el contexto del modelo, es un grupo de personas que pertenecen al MAICP, que se reúnen y crean un espacio de reflexión, participación, organización y toma de decisiones orientadas al mejoramiento del autocuidado y la atención de aquellas personas que viven con enfermedades crónicas.

El día 31 de mayo de 2024 fue presentado el plan de acción derivado de las propuestas surgidas en el 6to encuentro de personas con enfermedades crónicas en las distintas jurisdicciones. Estas propuestas fueron organizadas en tres conjuntos a consideración del equipo de coordinación del MAICP. Un taller de autocuidado y dos proyectos, un proyecto de aprendizaje sobre las enfermedades crónicas y el otro sobre prevención de las enfermedades crónicas en la familia, el vecindario y la comunidad. En la tabla 5 se expone a detalle la organización del taller y los proyectos.

**Tabla 5.** Organización de las propuestas para la constitución de consejos asesores

<p><b>I. Taller de autocuidado</b></p>
<p><b>Taller de autocuidado para promover la organización y participación en grupo. Grupos de encuentro hacia la constitución de los consejos asesores</b></p>
<p><b>Propósito:</b> fortalecer la comunidad mediante la creación de un espacio para reuniones periódicas donde se promueva la reflexión, la convivencia, el intercambio de aspiraciones, necesidades, saberes y experiencias para aprender entre todas las personas que viven con enfermedades crónicas.</p> <p><b>Objetivo:</b> desarrollar capacidades individuales y colectivas para la autogestión y el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.</p> <p><b>Dinámica:</b> creación de grupos de encuentro donde se exploren fortalezas y debilidades que las personas viviendo con enfermedades crónicas encuentran para su autocuidado en el entorno familiar y vecinal, en la comunidad y en las instalaciones de salud. Haciendo énfasis en alguno de los siguientes aspectos: alimentación, actividad física, salud psicoemocional, medicamentos y apoyo de laboratorios. A partir de la información reunida las propias personas en conjunto deben generar propuestas específicas que ayuden a mejorar el autocuidado. Esto a través de la organización de paseos, clases de activación física, preparación de platillos saludables, entre otras.</p>
<p><b>II. Proyectos</b></p>
<p><b>Proyecto aprendizaje. “Resolviendo dudas”</b></p>
<p><b>Propósito:</b> fortalecer la comunidad mediante la conformación de consejos asesores que propongan y desarrollen iniciativas que les permitan lograr mayor conocimiento y mayor comprensión de sus enfermedades crónicas.</p> <p><b>Objetivo:</b> desarrollar capacidades individuales y colectivas para la autogestión y el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas, a través de la elaboración de cuadernillos informativos que en conjunto conformen una “Guía de enfermedad” o una “Guía de cuidados”.</p> <p><b>Dinámica:</b> conformación de un consejo asesor por centro de salud que se reunirá de forma periódica y constante semanal o quincenalmente, según se acuerde en el grupo, durante 1 a 2 horas en cada ocasión. En un primer momento dicho consejo asesor deberá elegir mediante consenso la elaboración de una “Guía de enfermedad” o una “Guía de cuidados”. La primera orientada a comprender la enfermedad (sobrepeso y obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial o dislipidemias), sus causas, evolución, cuidados o prevención de complicaciones agudas y crónicas, sus signos de alarma y acciones inmediatas ante su sospecha. La segunda orientada a recabar información que permita mejorar el cuidado de la enfermedad en materia de alimentación, actividad física, medicación o salud emocional. Una vez elegida la guía a desarrollar el contenido específico de la misma se definirá de acuerdo a las dudas expuestas por los miembros del consejo asesor. Posteriormente se recabará información que resuelva dichas dudas, se organizará de forma que ésta sea concisa, fundamentada y de fácil comprensión para finalmente convertirla en un cuadernillo. Como parte del proyecto aprendizaje se deberán evaluar y monitorizar los logros en cuanto a cuidado y control de las enfermedades crónicas, así como el desarrollo de capacidades y fortalecimiento de la autoeficacia de las personas.</p>
<p><b>Proyecto aprendizaje. “Prevención de las enfermedades crónicas en la familia y la comunidad”</b></p>
<p><b>Propósito:</b> fortalecer la comunidad mediante la conformación de consejos asesores que propongan y desarrollen iniciativas encaminadas a la prevención de las enfermedades crónicas en el entorno familiar, vecinal y comunitario.</p> <p><b>Objetivo:</b> desarrollar material informativo encaminado a la prevención de las enfermedades crónicas en el entorno familiar, vecinal y comunitario; basado en la perspectiva de las personas que ya cuentan con la enfermedad, sobre aquellos factores que favorecieron su desarrollo.</p>

**Dinámica:** conformación de un consejo asesor por centro de salud que se reunirá de forma periódica y constante semanal o quincenalmente, según se acuerde en el grupo, durante 1 a 2 horas en cada ocasión. En un primer momento dicho consejo asesor deberá elegir mediante consenso la o las enfermedades a tratar (sobrepeso y obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica o dislipidemias) y el ámbito al que quieren dirigir el material que desarrollarán, una opción es hacia el ámbito familiar y la otra hacia el ámbito vecinal y comunitario. Una vez hecha la elección se explorarán los determinantes sociales inmediatos, intermedios y estructurales de la enfermedad. El ejercicio anterior dará paso a una reflexión sobre cómo a partir de los determinantes identificados se puede prevenir la enfermedad y qué acciones se pueden realizar para minimizar cada determinante. Posteriormente se deberá elegir alguna o algunas de las acciones propuestas para trasladarlas a un cartel, video o calendario, entre otros para que puedan ser distribuidos.

Elaboración propia

Los proyectos de aprendizaje se implementaron en aquellos centros de salud donde se ha tenido una mejor respuesta y desarrollo de la implementación del MAICP. Dentro de estos se encuentran los centros de salud de las jurisdicciones Xochimilco, Tlalpan y Magdalena Contreras, además del Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán de la jurisdicción Coyoacán debido al gran interés que expresaron en el 6to encuentro de pacientes para desarrollar una “Guía de enfermedad”.

Los talleres de autocuidado se implementaron en los centros de salud restantes que incluyen aquellos en las jurisdicciones Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan y los centros de salud T-III Dr. Salvador Allende con Clínica de Especialidades y T-III Carmen Sedán, ambos de la jurisdicción Coyoacán.

### **Consejo Asesor del Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán**

En este apartado describiré el proceso que se llevó para la constitución del consejo asesor en el centro de salud T-III San Francisco Culhuacán, donde realicé mi servicio social. En conjunto con mi compañera Zeltzin, una vez que se revisó el plan de acción de los proyectos con los coordinadores del MAICP, comenzamos a gestionar el uso del aula para llevar a cabo nuestra primera reunión del consejo asesor. Convocamos a través de llamadas telefónicas, mensajes vía Whatsapp, invitación personal durante las consultas y un cartel digital tanto a aquellos pacientes que mostraron interés en formar parte del consejo asesor durante el 6to encuentro, como a aquellos pacientes que no tuvieron la oportunidad de asistir por diversas causas. La primera reunión la tuvimos el día 27 de junio de 2024 de 11:00 a 12:30 horas, asistieron 5 personas. Al final de esta primera sesión las personas acordaron reunirse los días jueves, cada 15 días, en el mismo horario. En atención a esto último, la segunda y tercera reunión se llevaron a cabo los días 11 y 25 de julio de 2024 de 11:00 a 12:50 horas respectivamente. En la tabla 6 se presentan las relatorías de cada una de las 3 reuniones llevadas a cabo.

**Tabla 6.** Relatorías consejo asesor C.S. T-III San Francisco Culhuacán

**I. Primera reunión consejo asesor C. S. T-III San Francisco Culhuacán**  
**Proyecto:** aprendizaje  
**Fase:** elección del proyecto “Resolviendo dudas” o “Prevención de las enfermedades crónicas en la familia y la comunidad”  
**Fecha:** 27 de junio de 2024  
**Coordinadores:** Mena Urbano Zeltzin Yared y Uballe Hernández Harim Montserrat  
**Relator:** Mena Urbano Zeltzin Yared

PERSONAS PARTICIPANTES			
Nombre	Sexo	Edad	Número telefónico
Díaz Santoyo Gabriel	Hombre	56 años	5588040916
Galicia Salinas Elvia	Mujer	56 años	5530663592
Gonzalez Gonzalez José Antonio	Hombre	53 años	5546553296
La Fuente Solsona Nuria	Mujer	50 años	5573859326
Polaco Castillo Hugo	Hombre	72 años	5539338120

**Relatoría**

- 1) Bienvenida y dinámica de presentación
- 2) Se comenzó la sesión con un encuadre del tiempo estimado de la sesión y explicando a las personas que dicha sesión era para darle continuidad a sus ideas expresadas en el 6to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas. Posteriormente, se realizó una dinámica de presentación entre todos los participantes, en la que se solicitó que dijeran su nombre y si querían expresar algo acerca de ellos, su enfermedad o padecimiento, en relación a qué es lo que consideran más complicado o difícil acerca de vivir con su enfermedad con el objetivo de ayudarlos a empezar a identificar sus necesidades.
- 3) Con apoyo de material visual (diapositivas) se explicó a las personas que nuestro objetivo es crear con ellos un proyecto que ayude a satisfacer necesidades que ellos identifiquen como necesarias en su enfermedad y la forma en que la viven. Se les expusieron las dos opciones de “Proyecto Aprendizaje” y “Proyecto Prevención”, hablando un poco acerca de cada uno y exponiendo ejemplos de lo que podrían hacer en cada uno de los proyectos.
- 4) Continuamos a dar paso a escuchar qué les había llamado la atención y a resolver dudas que surgieron en relación a los dos proyectos. Al expresar necesidades e incertidumbres, expresaron que si bien consideraban importante la prevención en sus familias y su comunidad, ellos opinan que primero deben aprender a cuidarse a ellos mismos y posteriormente compartir lo que aprendan. Se tomó la decisión grupal de realizar el “Proyecto aprendizaje”.
- 5) Se explicó que el “Proyecto aprendizaje” está destinado a hacer publicaciones periódicas, que podemos trabajar más de un tema pero en tiempo y forma para cada uno de forma separada.
- 6) Se dio paso a una lluvia de ideas, iniciando con la pregunta “¿Qué queremos saber?”, asegurándonos de escuchar las ideas de cada persona, se englobaron los siguientes temas y preguntas:
  - a) Formas de alimentación: hábitos, libertades, ¿qué tanta cantidad y con qué frecuencia puede tomar libertades en mi dieta?, ¿qué no puedo comer? porque obtengo diferentes opiniones por el personal de salud, opciones que puedo encontrar en la calle que se apeguen a mis necesidades de alimentación.
  - b) Tratamiento farmacológico: ¿qué tanto influye el tratamiento farmacológico y el no farmacológico en mi enfermedad?, ¿qué medicamentos debo tomar en caso de complicaciones?
  - c) Ansiedad que provoca el vivir con la enfermedad: la ansiedad que me provoca el querer comer un

alimento dañino para mi salud, ansiedad que me provoca no saber cómo actuar ante las complicaciones.

- 7) Se englobó la lluvia de ideas en esas 3 ideas centrales mediante el uso de notas adhesivas, posteriormente se expusieron los 3 temas centrales a las personas, aclarando que si bien se pueden trabajar diversos temas, debemos iniciar con uno, lo cuál se acordó se decidirá en la siguiente sesión, se solicitó a los integrantes buscar información de los temas y llevar sus dudas a la siguiente sesión para expresarlas al grupo y que juntos decidan que es a lo que le quieren dar prioridad.
- 8) Se acordó hacer las sesiones de la creación de proyectos cada 15 días, tentativamente (se debe confirmar disponibilidad del aula del centro de salud) las fechas de las próximas sesiones son:
  - d) 11 de julio del 2024 a las 11:00 am.
  - e) Tentativamente 24 de julio del 2024, falta que se nos permita el uso del aula ese día.

## II. Segunda reunión consejo asesor C. S. T-III San Francisco Culhuacán

**Proyecto:** aprendizaje. “Resolviendo dudas”

**Fase:** elección del proyecto “Resolviendo dudas” en forma de “Guía de enfermedad” o “Guía de cuidados”

**Fecha:** 11 de julio de 2024

**Coordinadores:** Mena Urbano Zeltzin Yared y Uballe Hernández Harim Montserrat

**Relator:** Mena Urbano Zeltzin Yared

PERSONAS PARTICIPANTES			
Nombre	Sexo	Edad	Número telefónico
Díaz Santoyo Gabriel	Hombre	56 años	5588040916
Galicia Salinas Elvia	Mujer	56 años	5530663592
Gonzalez Gonzalez José Antonio	Hombre	53 años	5546553296
La Fuente Solsona Nuria	Mujer	50 años	5573859326
Polaco Castillo Hugo	Hombre	72 años	5539338120

### Relatoría

#### 1) Bienvenida y encuadre

Comenzamos recordando que el objetivo de la sesión es continuar con la realización del proyecto acordado en la primera reunión y que teníamos destinada una hora para ello, continuamos con una bienvenida a las personas presentes y una breve presentación con sus nombres para fomentar que se sigan conociendo, se recordó que habían decidido realizar el proyecto “Aprendizaje” y comentaron están interesados en tres directrices que fueron:

- a) Formas de alimentación: hábitos, libertades, ¿qué tanta cantidad y con qué frecuencia puede tomar libertades en mi dieta?, ¿qué no puedo comer? porque obtengo diferentes opiniones por el personal de salud, opciones que puedo encontrar en la calle que se apeguen a mis necesidades de alimentación.
- b) Tratamiento farmacológico: ¿qué tanto influye el tratamiento farmacológico y el no farmacológico en mi enfermedad?, ¿qué medicamentos debo tomar en caso de complicaciones?
- c) Ansiedad que provoca el vivir con la enfermedad: la ansiedad que me provoca el querer comer un alimento dañino para mi salud, ansiedad que me provoca no saber cómo actuar ante las complicaciones.

#### 2) Lluvia de ideas

Se recordó a las personas participantes que en nuestra última reunión acordamos buscar nuestras dudas y llegar a la reunión del día de hoy con ideas y propuestas para nuestro proyecto.

Hugo comentó que a él no le parece coherente que queramos abordar un tema en específico, que todo es importante y que deberíamos hablar de todo: prevención, por qué ocurren las enfermedades, el

tratamiento, las emergencias. Se preguntó al resto del grupo que opinaban ellos, acerca de qué tema les gustaría trabajar y refirieron que coincidían con el Sr. Hugo en que todo era importante, por lo que se explicó a los participantes que podemos abordar varios temas pero dedicando el tiempo correspondiente para investigar y redactar cada uno.

Dadas las circunstancias y los comentarios realizados por el grupo acerca de que todo es importante y les gustaría abarcar varios temas, se preguntó a las personas con qué tema les gustaría iniciar.

Elvia bromeó diciendo que debíamos comenzar “por el inicio”, se le preguntó cuál cree que es el inicio y dijo “pues, ¿por qué nos enfermamos?. Continuamos preguntando a cada persona por qué creían que se habían enfermado.

Elvia respondió que en su familia todos tienen diabetes, sus hermanos, sus padres y que por consiguiente ella sabe que hay una parte genética, pero también depende de lo que hacemos, indagando en el tema concluimos que en realidad no sabemos el porcentaje que ocupa cada factor en el desarrollo de la enfermedad.

Nuria comentó que el caso de sus enfermedades que son la dislipidemia y la obesidad no tenía claro por qué se daban o “¿qué hizo mal?”, también dijo que ella cree que también tiene una parte genética pero no estaba segura.

Gabriel comentó que él cree que hay cierta parte genética, pero opina que nuestras acciones, la alimentación y la falta de ejercicio tienen más peso que eso.

José Antonio contestó que en su familia también tuvo y tiene familiares con diabetes, que su mamá, su papá y su hermano murieron por eso, que él sabe que él también tiene ese riesgo y que le preocupa que sus “niñas” (sobrinas) también, que una de ellas le ha dicho que si a él también le pasa algo ella no querría vivir, a él le gustaría saber también que tanto riesgo tienen ellas. Hugo comentó que él padece hipertensión, que nadie en su familia tiene ninguna enfermedad, ni hipertensión, ni diabetes, que él en realidad no sabe por qué se enfermó, que en su caso la aparición de la enfermedad fue de inicio súbito e inesperado. Se le preguntó si había escuchado o leído en algún lado por qué se da la enfermedad o cuáles son los factores de riesgo, a lo que respondió que escuchó que se da por el estrés y que el tabaco también influye. Preguntamos a Hugo si sabía algo más de qué otros factores influyen en el desarrollo de la hipertensión arterial y él nos dijo que no.

3) Se platicó con las personas, notamos que todos tienen interminables dudas al respecto y decidimos juntos que el tema de nuestra primera publicación será “¿Por qué nos enfermamos?”

4) Posteriormente les dijimos a las personas que debemos comenzar a investigar acerca de nuestro tema, se les preguntó cuáles eran los medios que tenían para investigar, si contaban con internet o tenían a alguien que los pudiera acompañar en su investigación, ya que uno de los objetivos del proyecto es que ellos aprendan mientras lo realizan.

Elvia comentó que ella tiene acceso a internet y que sería el medio en que podría investigar.

Nuria dijo que ella se puede apoyar de su hija para buscar en internet o también puede ir a una biblioteca y buscar en libros.

José Antonio dijo que él puede apoyarse en una de sus sobrinas a que lo ayude a hacer su búsqueda en internet.

Gabriel comentó que él tiene acceso a internet pero que la semana pasada que intentó buscar información para la sesión de hoy no supo en dónde buscar.

Hugo dijo que él también tiene acceso a internet, pero había tenido el mismo problema que Gabriel.

Acordamos que los médicos pasantes enviaríamos al grupo de whatsapp opciones de buscadores y páginas en donde pudieran encontrar información confiable, que se sintieran libres de preguntar si es buena a la fuente que están consultando pero que se sintieran libres de buscar en su medio de preferencia, ya que es igual de importante aprender de lo correcto como de lo que no lo es para identificarlo.

- 5) Acordamos que las preguntas a investigar serían las siguientes:
- ¿Mi enfermedad tiene un factor genético?
  - ¿Qué tanto la genética influye en el desarrollo de mi enfermedad?
  - ¿Qué otros factores influyen en el desarrollo de mi enfermedad?
  - ¿Cuáles de mis acciones influyeron en el desarrollo de mi enfermedad?

Se acordó que cada uno de los integrantes debe buscar las preguntas en relación a las enfermedades que padece, distribuido de la siguiente manera: Elvia buscará acerca de la diabetes mellitus tipo 2 y la dislipidemia ya que está interesada en este último tema aunque no es una enfermedad que ella padezca, Nuria buscará acerca de la dislipidemia y la obesidad, José Antonio buscará acerca de la diabetes tipo 2 y la obesidad, Gabriel buscará acerca de la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica, Hugo buscará acerca de la hipertensión arterial sistémica y la prediabetes.

- 6) Se acordó que en nuestra próxima sesión reuniremos la información investigada y comenzaremos a redactar lo que encontramos. La próxima reunión fue agendada para el día jueves 25 de julio del 2024 a las 11:00 am.

### Análisis cualitativo

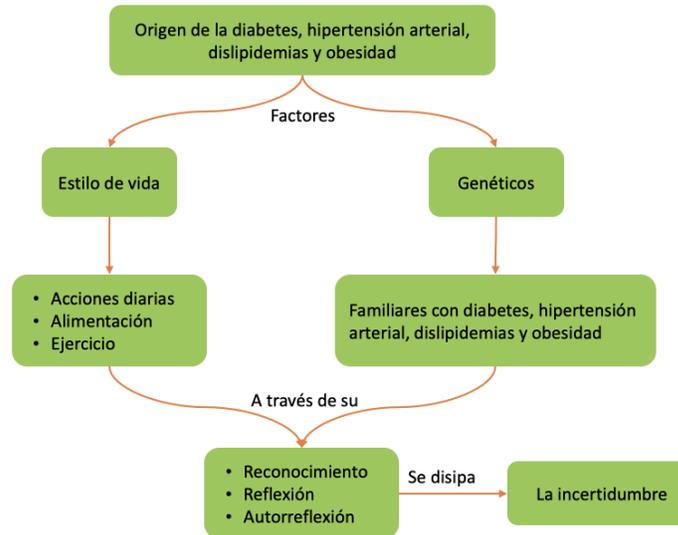
Pregunta:	
¿Por qué nos enfermamos, cuál es el origen de la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad?	
Extracto	Análisis
En mi familia todos tienen diabetes, mis hermanos, mis padres. Entonces debe haber una parte genética, pero también depende de lo que hacemos.	Genética Capacidad / reflexión Estilo de vida
No sé qué hice mal para enfermarme, creo que también hay un factor genético.	Sentimiento / incertidumbre Capacidad / reconocer Genética
En mi familia también tuve y tengo familiares con diabetes, mi mamá, mi papá y mi hermano murieron por eso. Yo sé que tengo ese riesgo y me preocupa que "mis niñas" (sus sobrinas) también. Una de ellas me ha dicho que si a mí también me pasa algo, ella no querría vivir. Me gustaría saber también que tanto riesgo tienen ellas.	Genética Capacidad / reflexión y sentido de comunidad Sentimiento / curiosidad
Yo soy hipertenso, nadie en mi familia tiene ninguna enfermedad, ni hipertensión, ni diabetes. En realidad no sé por qué me enfermé, en mi caso la aparición de la enfermedad fue de inicio súbito e inesperado. No sé qué factores influyen en el desarrollo de la hipertensión.	Capacidad / autorreconocimiento Genética Sentimiento / incertidumbre Estilo de vida

Capacidades	Sentimientos	Genética	Estilo de vida
Autorreconocimiento Reconocimiento Reflexión	Incertidumbre Curiosidad	Familiares con enfermedades crónicas	Acciones diarias Alimentación Ejercicio

Definición conceptual
Las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad están causadas por diversos factores como lo son los genéticos que afectan a las familias y los relacionados al estilo de vida como la alimentación y el ejercicio. El reconocimiento, reflexión y autorreconocimiento de dichos factores a

través de la curiosidad permiten disipar sentimientos de incertidumbre ante su origen.

### Mapa conceptual



### III. Tercera reunión consejo asesor C. S. T-III San Francisco Culhuacán

**Proyecto:** aprendizaje. “Resolviendo dudas”, ¿Por qué nos enfermamos?

**Fase:** diálogo de saberes. Intercambio de conocimientos y experiencias

**Fecha:** 25 de julio de 2024

**Coordinadores:** Mena Urbano Zeltzin Yared y Dra. Paulina Aguilera

**Relator:** MPSS Uballe Hernández Harim Montserrat

#### PERSONAS PARTICIPANTES

Nombre	Sexo	Edad	Número telefónico
Galicia Salinas Elvia	Mujer	56 años	5530663592
Gonzalez Gonzalez José Antonio	Hombre	53 años	5546553296
La Fuente Solsona Nuria	Mujer	50 años	5573859326
Polaco Castillo Hugo	Hombre	72 años	5539338120

#### CARTA DESCRIPTIVA DE LA SESIÓN

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad
11:00 a 11:10	Bienvenida y encuadre	Crear un ambiente de confianza que favorezca el diálogo entre los participantes.	Se le pedirá a un integrante que nombre a todos los participantes. Se dará una breve exposición sobre el MAICP y el papel del consejo asesor.
11:10 a 11:15	Metodología de trabajo	Especificar la dinámica de trabajo que seguirá el consejo asesor para lograr el proyecto final.	Se explicará la metodología de trabajo mediante un diagrama de flujo presentado en diapositivas.
11:15 a 11:45	Diálogo de saberes	Recolectar y dialogar sobre la información investigada.	Se planteará la primera pregunta sobre la que se dejó reflexionar y recabar información en la sesión pasada. ¿Mi enfermedad tiene un factor genético?
11:45	El origen de las	Integrar la información	Se realizará la integración a partir de un mapa

a 11:55	enfermedades crónicas. Nuestra perspectiva	obtenida a partir del diálogo.	conceptual con los puntos más relevantes de la charla.
11:55 a 12:00	Evaluación	Identificar logros, acuerdos y aprendizajes de la sesión.	¿Con qué nos quedamos de la sesión de hoy?
12:00 a 12:10	Despedida	Plantear el tema a tratar y fecha de la siguiente sesión	¿Qué vamos a ver en nuestra próxima sesión?

## Relatoria

### a) Bienvenida y encuadre

Se da inicio a la tercer sesión del consejo asesor del C.S. T-III San Francisco Culhuacán. Se les invita a que uno de ellos diga los nombres de las personas que estábamos reunidas en ese momento, siendo Elvia la que decidió hacerlo, se presentó a la Dra. Paulina quien se quedará con ellos hasta que lleguen los nuevos pasantes. Posteriormente se dio paso a la presentación a cargo de la Dra. Harim de unas diapositivas con 4 objetivos. El primero brindar un panorama sobre la estructura del MAICP, los 4 componentes que lo conforman, y el papel que juega el consejo asesor dentro del componente “comunidad” para fortalecer la acción comunitaria. El segundo objetivo delimitar qué es el consejo asesor, su importancia, su propósito y objetivo; haciendo énfasis en que el propósito de las reuniones es generar una propuesta que mejore el autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas. El tercer objetivo que fue presentar las decisiones que se han ido tomando desde la primera sesión y segunda sesión. En la primera la presentación y elección del proyecto a desarrollar y en la segunda sesión la elección del tema a desarrollar a partir de una lluvia de ideas. Finalmente el cuarto objetivo exponer la metodología de trabajo bajo la cual se desarrollará el proyecto, un primer momento de dudas, un segundo sobre un diálogo de saberes que reúne conocimientos y experiencias de las personas, un tercero sobre la organización de la información y un cuarto sobre la redacción del fascículo; resaltando que cada momento puede llevar más de una sesión para llevarlo a cabo. Una vez concluida la presentación se dio paso a retomar las preguntas que acordamos investigar en la sesión previa.

### b) Diálogo de saberes

#### ¿Mi enfermedad tiene un factor genético?

**Hugo:** Yo en esto, sí estoy, no renuente sino que, la genética es como todo. Uno hereda algo, los ojos, la nariz, el cabello, la forma del pie, etc. Entonces, no porque mi papá tenga algo yo lo voy a heredar. Eso es un mito, porque yo no heredé los ojos de mi papá, ni el cabello de mi mamá. Ni, ¡ah Abuelo!, podemos “abuelear”. Entonces ahí viene esto, que luego los doctores confunden, porque mi papá tuvo esto entonces yo lo voy a tener y mi hermano lo va a tener. ¡No! eso es un mito. Entonces, mis papás no tuvieron diabetes, no tuvieron hipertensión. ¿Yo por qué lo tengo? Ahí viene la otra cuestión, no es que tanto sea la genética. Parte sí, parte no, y no basarnos solo en la genética si no que uno trae un organismo equis, un organismo que puede o no desarrollar algo... Eso es a lo que yo le atribuyo que no sabemos realmente ¿Qué causó nuestra enfermedad?. Todos dicen por ejemplo que en hipertensión el estrés, las carreras que traigo, el mal comer... Yo duré años sin hipertensión, y yo tuve problemas fuertes... y no me dio hipertensión hasta ahorita. Hugo mencionó que su conclusión fue que nadie sabe cual es el peso de la genética, que él le pondría entre paréntesis una duda muy grandota...

**Antonio:** Bueno a mí el psicólogo de allá (Clínica Especializada en el Manejo de la Diabetes en Iztapalapa), me dice que ningún científico te puede explicar qué es la diabetes o la hipertensión. Nadie sabe nada de eso. Lo mío es herencia, mis papás, mis abuelitos tenían diabetes e hipertensión. Eso ya es como genético ¿no?.

**Hugo:** y eso es lo que usted cree, ¿Que sea herencia?.

**Antonio:** sí, porque mis abuelitos y mi papás lo tuvieron. Pero fíjese qué es lo chistoso, que solo la familia de

mis papá lo tenía, porque la familia de mi mamá, no, ninguno tenía.

**Hugo:** y ¿cuántos de sus hermanos tienen diabetes e hipertensión?

**Antonio:** todos, dos ya murieron. En un año se me fueron cuatro. Mis papás y mis dos hermanos de infarto.

**Hugo:** ¿Fue parte de la diabetes el infarto?

**Dra. Paulina:** ¿Tenían hipertensión?

**Antonio:** todos.

**Dra. Paulina:** ¿fumaban?

**Antonio:** todos.

Los participantes a excepción del Sr. Hugo nos hicieron saber que no habían investigado sobre las preguntas que se habían organizado para esta sesión.

En este momento se interrumpió el diálogo para comenzar a plasmar en un mapa conceptual lo que se había platicado hasta el momento ya que, se llegó al consenso de que las enfermedades crónicas (diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y obesidad) tienen un factor al que llamamos genética o herencia pero que no es decisivo. Mientras se comenzó a elaborar el mapa conceptual, Elvia comentó:

**Elvia:** bueno, la obesidad no es ¿porque come uno mucho?.

**Antonio:** no, a veces es de nacimiento.

**Hugo:** no, también la tiroides.

**Dra. Paulina:** ¿la obesidad es considerada una enfermedad? Sí o no.

**Hugo:** pues dicen que sí.

**Elvia:** sí.

**Hugo:** y que todo se asocia a la tiroides.

**Nuria:** no, no es cierto porque a mí me hicieron el perfil ese y salió bien.

En el mapa conceptual se escribió el tema central como “enfermedades crónicas”, de ahí partimos de un factor que es la carga genética, resaltando la palabra carga que implica que es una parte y que puede variar como en el caso del señor Antonio que es más fuerte y fue aumentando conforme a las generaciones pero que el factor “genética o herencia” no lo es todo si no que las enfermedades crónicas tienen muchos factores que la causan y que se suman para que llegue a expresarse o no.

Hugo se sigue mostrando muy resistente con respecto a la falta de certidumbre en cuanto a que la información es muy variada y no se define con claridad el peso exacto que juega cada factor por parte de los científicos. Con respecto a la genética Hugo comenta:

**Hugo:** y ¿por qué no llegan los científicos, si han checado todo eso a una conclusión? Es que confunden, unos dicen que 50%, otros 30%. Llega un punto en el que nadie sabe cómo está y por qué no se ponen de acuerdo y dicen, “ok señores dejémoslo así”.

**Dra. Paulina:** bueno, pero ¿cuál es el aprendizaje Hugo?... por ejemplo, yo ¿qué comparto con mi familia?, mi abuela tuvo diabetes, ¿cual sería mi aprendizaje o reflexión? Independientemente de que los “científicos” digan que es el 50, 30, 20 o 10 por ciento?, ¿Cuál sería como la reflexión que yo tendría como persona de decir ¡ah ok! Mi abuela y mi papá tuvieron diabetes?

**Hugo:** Pues ahora sí, entrar al punto de que por herencia tuviste diabetes.

**Antonio:** es una herencia que no se puede quitar.

**Dra. Paulina:** si tenemos la idea de que solamente da por herencia queda la resignación. En cambio, si decimos que es el 20, 30 o 10 por ciento; significa que hay una forma de poder...

**Elvia:** evitarla.

**Dra. Paulina:** solo es un foco rojo, de decir yo tengo una carga porque mis abuelos y porque mis papás tienen diabetes. Yo tengo que poner mayor atención en prevenir que no me de diabetes o no me de hipertensión, porque no es decisivo el factor genético. No es que, si mis papás tuvieron...

**Elvia:** a fuerza me tiene que dar a mí.

**Dra. Paulina:** esa es la reflexión.

**Dra. Zeltzin:** igual, creo que a Hugo le serviría aprender un concepto nuevo. Una cosa es la genética y hay

otro factor nuevo que nosotros conocemos como epigenética. Es algo que a lo menor no se ha escuchado tanto.

**Dra. Paulina:** aquí ponlo (en el mapa conceptual).

**Hugo:** ¿epigenética?

**Dra. Zeltzin:** a qué me refieren con epigenética. Que nuestro nuestro ADN se desarrolla para expresar nuestras características. Cuando somos un huevito nuestra célula tiene que decidir qué características de nuestros papás va a jalar. Ahora, así que como una serie de foquitos, en mí se van a prender algunos foquitos. Pero mis papas van a tener otro hijo igualito, con los mismos foquitos y a pesar de que es mi hermano, en él se van a activar diferentes foquitos y así con cada hermano... En la genética está el foquito de la diabetes pero que no se prendió desde que yo nací, ahí es donde entra la epigenética que son los factores de mi ambiente, el como yo coma, el como yo me ejercite, el como tal ves yo fume o no fume. Va a hacer que ese foquito se active o no se active.

**Hugo:** pero ahí esta ese foquito.

**Dra. Zeltzin:** ahí está el foquito y ¡ya!, se prende y a mí ya me dio diabetes.... Si yo toda mi vida me quito todos los demás factores que hagan que mi foquito se prenda, a lo mejor nunca se prenda pero a lo mejor sí cuando esté viejita, pero ahí está y mi hermana también lo tiene y mi hermano también lo tiene, ¿sale? Solo que no se prendió desde que yo nací, así funciona.

**Hugo:** eso sí lo entiendo, eso sí lo creo, que tienes ahí el punto y que puede prender o puede no prender, como puedes darle factores para que prenda eso, como puedes no darle factores para que no prenda. Eso sí, y desde cuando yo lo he creído así, yo no sabía que así se llamaba.

**Dra. Zeltzin:** entonces como consenso, ya que no traemos toda la información. Así, a grandes rasgos todas las enfermedades que estamos investigando, todas tienen una carga genética. También hay que saber bien que la información va a cambiando y seguirá cambiando.

**Hugo:** ah claro, pero por mucho que cambie siempre hay un principio y ese principio nunca va a cambiar... Partiendo de la base del conocimiento se desarrollan tantas cosas, pero si nosotros tenemos el principio o la base, será mas fácil entender lo nuevo, que hay y que surge.

**Dra. Zeltzin:** vamos a crear aquí nuestro fundamento... Vamos a hablar de enfermedades crónicas; diabetes, hipertensión, dislipidemias y obesidad, ya vimos que son multifactoriales. Como vimos todas tienen una carga genética y van a haber factores en mi vida que por epigenética van a hacer que me de o que no me de, o tal vez me va a dar porque mi carga es muy grande y ya lo que me toca es cuidarme... Ahora, ¿cuáles van a ser los otros factores para cada enfermedad? Porque van a cambiar para cada una pero también van a haber factores que van a compartir.

#### **¿Qué otros factores influyen en el desarrollo de mi enfermedad?**

**Elvia:** pues la mala alimentación. Yo por decir, en mi caso mi papá tenía diabetes, somos 10 hermanos y creo de hecho que todos la tenemos. Entonces, por eso a mis hijos los cuido y les digo: “no posiblemente te tenga que dar si tú te cuidas”, siempre les digo “a lo mejor si pan una vez a la semana, igual refresco solo el fin de semana que es cuando estamos todos en familia”.

**Dra. Zeltzin:** los cuida solo con alimentación o ¿alguna otra cosa?

**Elvia:** con el ejercicio.

**Dra. Zeltzin:** entonces, otra cosa que influye es que no hagan ejercicio. Usted, ¿qué cree Sr. Toño?

**Antonio:** igual alimentación.

**Dra. Paulina:** ¿Qué más?

**Antonio:** por ejemplo mis sobrinas, mis hijas se salen a escondidas y llegan con el refresco y el pan. ¿Cómo les digo que no? si ya vienen con el.

**Dra. Paulina:** como que un bracito de la mala alimentación pueden ser la bebidas azucaradas.

**Elvia:** o sea yo pienso, yo no tomo refresco, siempre estoy con mi agua. Ese día que vine a la consulta con la dra, sí salí alta pero a parte por otras cosas.

**Dra. Paulina:** ¿Qué otras cosas? Porque de ahí también se puede poner.

**Elvia:** un día antes había ido a una misa y nos dieron de comer y me dieron refresco. Yo dije no me lo voy a tomar pero sí me tomé un poquito mas del cuartito del vaso... Yo siento y he comprobado que las bebidas azucaradas sí te suben mucho el azúcar.

**Dra. Paulina:** ¿Qué más? Ejercicio, mala alimentación, bebidas azucaradas

**Dra. Harim:** lo que nos comentó ahorita Elvia sobre las cuestiones emocionales.

**Hugo:** ¡Ah claro! El estrés, la impresión, la tensión, en fin.

**Dra Paulina:** Bueno, Hugo usted por qué cree que le dio hipertensión. En su experiencia.

**Hugo:** la verdad no sé. Fue de la noche a la mañana, me comí unas enmoladas, eso nunca va a salir de mi mente pero después me empecé a sentir raro.

**Dra Paulina:** ¿qué sentiste?

**Hugo:** Ese día me sentí raro, conozco mi cuerpo. Entonces me tomé la presión y tenía 170 y fracción, no me acuerdo ahorita. Entonces le hablé a mi hermana que sí es hipertensa, entre paréntesis porque también tiene la presión baja. Le dije: “oye tú que sabes de presiones ¿ésta es buena, mala o regular?”. Dice: “¡No, es altísima!” y me puso.... Entonces yo, con permiso ahorita vengo y me fui al hospital.

**Dra. Paulina:** en el hospital ¿qué le dijeron?

**Hugo:** pues nada. Me dijeron: “¿Le duele algo?”, les dije que no y ahí me tuvieron 5 horas sentado. Luego ya de ahí me dieron el losartán la primera vez y ya, sáquese de aquí, vaya a su clínica.

**Elvira:** pero yo creo, para que le diera la presión, yo creo que ya él andaba tensionado, nada más que él no lo notaba, de que ya venía como presionado pero no lo había notado. Él decía pues no, eso pienso.

**Dra. Zeltzin:** ahora que me dice, si su hermana es hipertensa. Puede haber una carga genética no directamente de sus papás, tal vés de alguien más de arriba.

**Hugo:** no, es que mira, conozco más o menos la historia de la familia, el árbol genealógico y nadie de mi familia, de mis buelos, de mis tíos se quejaban de hipertensión o diabetes ni de nada. Mi papá nunca se quejo de nada, de gripa jamás. Les voy a dar un secreto, de por qué, y no lo llevamos a cabo según la experta de mi abuela, en paz descanse.

**Nuria:** o tal ves no lo decía.

**Hugo:** o no sabían que lo tuviera. Pero comían de todo, iban de todo, brincaban, saltaban, tomaban, todo normal.

**Elvia:** es que yo pienso que, luego así en familia nosotros contamos que yo creo que las enfermedades venía desde uff... pero nada más que años atrás pues no había doctor. Bueno, si había pero no se sabían las enfermedades. Porque en mí por ejemplo, bueno mi hermana luego cuando platicamos me dice, “yo creo que mi abuelita sí tenía la diabetes. La mamá de mi papá, porque he oído que creo que a mi abuelita se le hizo un granito por la pompi y se le fue haciendo grande, mas y mas, entonces yo creo que era diabética pero no se sabía”.

**Hugo:** sí, estoy de acuerdo. Entonces para terminar, decía mi abuela y ponía mi papá y a mis tíos. Les limpiaba el estómago con lavado y purgas. Decía “no hay como tener el estómago limpio” y con eso ya no tienen ninguna enfermedad. Entonces yo lo vi con mis tíos.

**Dra Paulina:** sí, son prácticas como de antes ¿no?

**Hugo:** sí de antes, pero mi papá nunca se enfermó.

**Dra. Paulina:** ok, puede suceder como le digo, son multifactoriales. Es verdad que diga que no está claro por qué dan y también puede pasar esto, puede pasar que personas que son sanas tienen sus genes buenos y aún así tienen hipertensión, diabetes, etc.

**Dra. Zeltzin:** ahora, de las otras cosas que buscó, de los otros factores que pueden causar hipertensión, ¿alguno le resonó en usted?

**Hugo:** no, te digo no.

**Dra. Zeltzin:** ¿No?.

**Hugo:** no, es que a mí me checaban la presión y nada.

**Dra. Harim:** no, lo que estamos preguntando es, que de lo que vio que genera hipertensión a parte de la

genética, hay otros factores. ¿Qué otros factores vio usted que existen que generan hipertensión que usted haya leído o escuchado?

**Hugo:** pues es lo mismo; el estrés, la genética, los corajes, las presiones.

**Dra. Zeltzin:** ¿la alimentación?

**Hugo:** no, es que la alimentación en hipertensión como que no me cabe.

**Dra. Zeltzin:** ¿no leyó algo de dieta alta en sodio?

**Hugo:** no

**Elvia:** sí, pues es todo eso ¿no?.

**Dra Paulina:** bueno pero ¿no ha escuchado? Porque a veces es difícil encontrar información, sale información más valiosa en estos círculos o en las familias. Había una campaña muy famosa que decía que para reducir nuestro consumo de sal, lo que te sugerían hacer era quitar el salero y era una campaña dirigida a hipertensión. Porque había gente que todavía sin probar la comida, le ponía sal.

**Hugo:** error, porque la gente lo sigue haciendo, pide el salero y se lo dan. Conozco gente que sigue haciéndolo y sin problema.

**Dra. Paulina:** entonces, podemos decirle la mala alimentación y se puede repetir para las demás enfermedades pero tienen como características específicas.

**Hugo:** pero cómo sabemos ¿cuál es una buena dieta?. Porque si tú ves en la calle, nuestros antojitos, nuestra “dieta” es muy fuerte en cosas, entre paréntesis malas, pero nuestro cuerpo ya está resistente a eso.

**Dra. Harim:** y ¿sí está resistente? Porque hay mucha diabetes y mucha hipertensión.

**Hugo:** sí, pero si sacas un porcentaje de cuánta gente come en la calle y cuánta gente tiene diabetes y cuánta no. Hay mas gente que no tiene diabetes que la que sí.

**Antonio:** a mí me han dicho que las comidas en la calle son malas por la grasa y luego pueden tener sucio el puesto.

**Dra Zeltzin:** bueno, otro factor que influye en hipertensión es la dieta alta en sal, otro factor que influye es el tabaquismo.

**Hugo:** ahí sí, yo, 50 años fumando.

**Dra. Paulina:** entonces no ha escuchado nada relacionado al tabaquismo.

**Hugo:** sí, pero el tabaquismo lo han enfocado más en los pulmones. Entonces no me he metido a ver la relación del tabaquismo con la hipertensión.

**Dra. Harim:** uno de los efectos del tabaco es elevar la presión arterial.

**Elvia:** y por decir, también podría ser suerte de la persona que no se enferma. Hablando yo de genética, vi que, o sea mi suegro, se murió así sin que le salieran canas y así son mis cuñadas. Desgraciadamente mi esposo no, él no tuvo esa buena suerte de no tener canas... y mi cuñada fuma hasta 2 cajetillas al día y yo la veo bien.

**Dra. Paulina:** sí, fíjese, en mi familia mi abuela ha fumado también toda su vida, es un hábito que a pesar de que le digamos que ya no fume, pues ella probablemente no lo vaya a dejar. Mi tía al ver a su mamá fumar, la mayoría de mis tíos fuman. Pero a ella a sus 54 años le dio un infarto... el fumar a ella le provocó ese infarto y a mi abuela que ha fumado toda su vida no le ha dado un infarto. Tiene hipertensión pero pues nunca un infarto. Sin embargo por otras situaciones a ella sí le dio un infarto. Entonces, sí tiene razón, cómo a una serie de personas con características similares si les pasa y a otras no. Entre que sí y que no, es mejor cuidarnos.

**Dra. Zeltzin:** hablando de ese tema. Estamos viendo que la abuelita de Pau, ella fumó y solo tuvo hipertensión. Ahora la buelita de Pau de todos estos factores solo fumó, a lo mejor no tenía una mala alimentación, no bebía tantas bebidas azucaradas, no tenían tantos alimentos ultraprocesados, la vida era diferente. La vida en la que creció la tía de Pau, ya fue una generación completamente distinta. Si a la tía de Pau le sumamos el tabaquismo mas las bebidas azucaradas, mas el resto de los factores ambientales que pueden influir, ella va a tener mas complicaciones que la abuelita tal ves. Entonces todo es una suma y lo que nos toca acá es bajarle y no sumarle a los factores.

Ahora ¿quieren que sigamos hablando de hipertensión y diabetes o pasamos a obesidad?.

**Elvia:** obesidad ¿no?.

**Nuria:** sí.

**Hugo:** adelante.

**Dra. Zeltzin:** en cuestión obesidad, qué factores a parte de la carga genética, por que sí hay genes asociados a la obesidad.... A parte de esa genética que los predispone a subir de peso mas fácil. ¿Qué otros factores hay que desarrollen obesidad?.

**Hugo:** la mala digestión. Un buen desarrollo digestivo no te hace obeso y la tiroides que he sabido que es parte de.

**Nuria:** la falta de ejercicio tambien ¿no?.

**Hugo:** las grasas malas.

**Dra. Zeltzin:** ¿en las mujeres qué tenemos?.

**Nuria:** hormonas.

**Hugo:** ¿hormonas?.

**Dra. Zeltzin:** sí, nosotras tenemos otras hormonas. ¿Otra cosa que le pasa a las mujeres que no les pasa a los hombres?.

**Antonio:** el periodo.

**Dra. Zeltzin:** sí, ahí van las hormonas asociadas. El embarazo, después del embarazo la pérdida de peso es mas difícil que antes del embarazo.

**Hugo:** ahora he sabido que los ginecólogos les preguntan a las recién casadas que si quieren tener bebés para meterlas en una dieta para que no suban de peso. Pero también dicen que los anticonceptivos engordan.

**Dra. Zeltzin:** También, medicamentos y anticonceptivos. Bueno, ya dijimos ejercicio, tiroides, mala digestión, las grasas, podemos incluir azúcares, fumar dijimos que no sabemos, hormonas, embarazo, medicamentos, anticonceptivos.

**Antonio:** el alcohol.

**Dra. Paulina:** en obesidad y en todas. ¿Qué más?, ¿qué sabemos de dormir?.

**Hugo:** ¡wow! Sí, claro.

**Elvia:** ¡ah! Sí, también.

**Nuria:** sí, el mal dormir.

**Dra. Zeltzin:** entonces, dormir mal también entra en todas.

**Hugo:** entonces yo ya llevo las 4...

**Dra. Paulina:** bueno, ¿podemos pasar a dislipidemias?.

**Hugo:** ahí sí desconozco el tema, yo paso.

**Nuria:** sí, a mí me ha costado trabajo el tema, entenderlo. Sí entiendo que es por los trigliceridos y el colesterol.

**Elvia:** pero lo suben y le bajan ¿Por qué?, ¿aunque tenga una buena alimentación eso ya es porque ya es así?

**Dra. Zeltzin:** la dislipidemia también es una enfermedad. Todos tenemos colesterol y trigliceridos porque nuestros órganos los ocupan. El problema es que como en cualquier enfermedad, cuando estos niveles empiezan a subir. Porque así como la azúcar daña los vasos, las arterias, los trigliceridos las tapan y también las dañan. Entonces nos predispone a infartos o patologías asociadas a que se ocluya un vaso o una arteria y por eso es una enfermedad. Porque al estar elevados nos traen complicaciones. Ahora, también hay un factor genético, de hecho hay dislipidemias familiares en las que las personas ya tiene esa predisposición y es mas difícil que se les baje, aunque tomen mucho medicamento. Entonces, igual que con la diabetes puede ser que se me desarrolle por genética o a que se me de por mi dieta. ¿Qué se les ocurre?

**Hugo:** una garnachas.

**Nuria:** el pan.

**Dra Harim:** los alimentos fritos, porque la grasa viene en el aceite o en la manteca.

**Dra. Zeltzin:** ¿todas las grasas son malas? No, no todas las grasas son iguales. ¿Cuáles son las grasas malas? Las grasas que son muy procesadas o muy reusadas.

**Dra. Paulina:** lo malo de los puestos es que usan el mismo aceite para estar friendo todo.

**Hugo:** pero dicen los que saben sobre ese aspecto fundamental y más los chef. Que reciclar un aceite le da mas sabor a la siguiente comida, como con las carnitas... Ahora también dicen y ha salido en internet que el chicarrón que hacen en el mercado, que es buenísimo, que te corta el colesterol. Incluso nutriólogas lo recomiendan.

**Dra Zeltzin:** el problema también es ese aceite, que a veces es aceite de reuso. El aceite que una vez ya fue calentado y se enfrió, si lo vuelven a calentar ya esas grasas son muy malas para el organismo ¿sale?.

**Dra. Harim:** y que así como las bebidas azucaradas son ricas, los pasteles son ricos, no quiere decir que sean buenos para nuestra salud.

**Hugo:** ¡Ah! no, no, no. Es que si llegamos a un punto, a una conclusion y ya teniendo un conocimiento más avanzado de todo eso. Todo con moderación es perfecto, el cerebro necesita azúcar, necesita las grasas, si no, quemamos los músculos. Por ejemplo los deportistas, les dan mucha mantequilla para que puedan quemar grasa en lugar de sus músculos. Entonces...

**Dra. Zeltzin:** sí, pero ellos hacen mucho ejercicio. Entonces vamos a recapitular lo que vimos hoy.

**c) El origen de las enfermedades crónicas. Nuestra perspectiva.**

Se procede a hacer la recapitulación usando el mapa conceptual realizado durante la sesión:

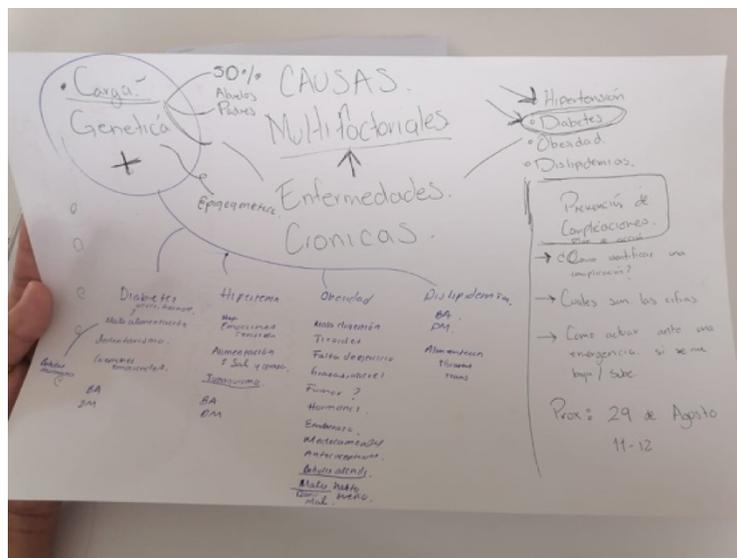
**Dra. Zeltzin:** enfermedades crónicas es nuestro tema de estudio, que son diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias. Son de causas multifactoriales, todas tienen un factor genético, algunas más, algunas menos y se va a estar modificando por epigenética que son las acciones de nuestro ambiente.

En diabetes quedamos mala alimentación, sedentarismo, cuestiones emocionales, bebidas alcohólicas y los malos hábitos del sueño, las bebidas azucaradas por acá, harinas. Eso quedó en diabetes.

En hipertensión tenemos emociones, tensión, que se pueden decir como síndromes de ansiedad, alimentación alta en sal y alta en grasas, tabaquismo también, las bebidas alcohólicas y los malos hábitos del sueño.

En obesidad tenemos mala digestión, tiroides, falta de ejercicio, grasas y azúcares, fumar dijimos que lo vamos a ver, hormonas, medicamentos, anticonceptivos, igual el alcohol, igual los malos hábitos del sueño.

En dislipidemias quedamos que eran las bebidas alcohólicas, también los malos hábitos del sueño y la alimentación alta en grasas trans.



**d) Evaluación**

**Dra. Zeltzin:** esto es lo que llevamos hasta el momento, si se dan cuenta ¿qué tienen en común las enfermedades? Muchos de los factores que influyen en el desarrollo de las enfermedades crónicas, tienen el

mismo patrón además de la carga genética. Entonces los que nos dan riesgo para una, nos dan riesgo para la otra, por eso vienen juntas.

e) Despedida

**Dra. Zeltzin:** ahora, ¿qué vamos a ver en nuestra próxima sesión?, ¿Qué sigue?, ¿Les gustaría comenzar a redactar?

**Hugo:** primero, primero, primero sacar bien los resúmenes, comenzar a sacar la información y después comenzar a depurar.

**Dra. Paulina:** ya aquí tienen como su primer fascículo que sería el de causas y como, no nos enfocamos en una enfermedad, van a ser causas en general. Como dice el Sr. Hugo ya en la siguiente sesión sería comenzar a organizar bien los temas, porque salieron bastantes. Por ejemplo, podría ser un capítulo de alimentación y el capítulo de alimentación podría enfocarse en azúcares y ahí meter bebidas azucaradas y ciertos alimentos. Luego ahí meter alimentación pero ya enfocado en sal para hipertensión. Yo creo que la siguiente sesión podríamos ya organizarlo y ya en sí, usted me dirá como poner nuestros contenidos y ya organizarlo bien.

Hugo comentó que él no ha visto claramente los puntos a tratar, los temas que se van a tratar y cómo se va a manejar, que ya teniendo el concepto que se va a manejar, se puede hacer algo.

Volvió a surgir la necesidad de Hugo de realizar un plan de acción en caso de una urgencia hipertensiva, se puntualizó que esa es una necesidad e interés personal de Hugo y no de todo el grupo, sin embargo, el resto del grupo decidió, bajo consenso unirse a la necesidad de Hugo del plan de acción ante una urgencia hipertensiva y posteriormente trabajar en otro tema de interés.

Se acordó que en la siguiente reunión se planteará la organización del plan de acción a redactar y se definirán los contenidos. Se les pidió que trajeran ideas para el contenido de la guía a parte de las surgidas al final de la sesión que fueron:

- ¿Cómo identificar una complicación?
- ¿Cuáles son las cifras?
- ¿Cómo actuar ante una emergencia? Tanto si se me sube o se me baja la presión.

La próxima reunión fue agendada para el día 29 de agosto de 2024 de 11:00 a 12:00 horas.

Elaboración propia

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

La revisión de casos clínicos durante el módulo 4 del diplomado, se hizo de acuerdo a los 4 componentes del método clínico centrado en la persona con el objetivo de reconocer los momentos dentro del proceso de la atención clínica centrada en la persona para favorecer el desarrollo de capacidades para el autocuidado y control de su enfermedad crónica.

El primer componente “enfermedad, padecimiento y salud de la persona”; donde la enfermedad abarca los datos propios de los diagnósticos de la paciente, el padecimiento que hace referencia a cómo la persona vive su enfermedad, los sentimientos alrededor de ella, las creencias, expectativas y papel en su día a día y la salud a las aspiraciones de la persona así como su significado. El segundo componente “La persona como un todo”; que abarca fortalezas y debilidades de la persona, así como su contexto próximo y remoto. El tercer componente “elaboración de proyecto común” siempre

siguiendo las directrices de la toma de decisiones conjunta. El cuarto “intensificación de la relación médico-paciente” que resalta la importancia de la interacción en sí misma, pero también como ésta evoluciona a través del tiempo con la aplicación de los 3 componentes previos. En este apartado el ponente del caso clínico debía exponer la o las razones que lo llevaron a elegir a presentar el caso clínico de esa persona y su relevancia.

Durante el año se revisaron 6 casos clínicos, los cuales fueron presentados por diferentes pasantes a través de la plataforma ZOOM en compañía de los doctores coordinadores del MAICP y doctores asesores que se encuentran en los campos clínicos con los pasantes. La dinámica de la sesión consistió en la presentación del caso clínico, posteriormente se daba paso a una ronda de preguntas por parte de pasantes y asesores, que seguían el orden de la presentación del mismo para responder dudas o precisar datos sobre el caso presentado para posteriormente dialogar sobre los puntos relevantes del caso con el propósito de identificar el o los temas a profundizar en la siguiente sesión del módulo 4. Finalmente se hacía una recapitulación sobre el aprendizaje obtenido de la sesión.

Los temas seleccionados a partir de los casos clínicos revisados se exponen en la tabla 7

**Tabla 7.** Temas selectos módulo 4

<b>I. Manejo de insulinas</b>
<b>Fecha:</b> 29.09.2023
La revisión de este tema surgió debido a la falta de experiencia práctica de los pasantes en el uso, inicio y ajuste de tratamiento a base insulinas. Esta sesión estuvo a cargo de la Dra. Amparo quien comenzó con una presentación sobre las bases teóricas de los distintos tipo de insulinas, los criterios de inicio de insulina según diferentes guías, los esquemas de tratamiento (basal, basal-bolo, y premezcladas), inicio y ajuste de los mismos. Revisamos generalidades sobre sitios de aplicación, especificaciones en el mantenimiento de la insulina y como adaptarlo al contexto de las personas. Por último presentó una serie de casos clínicos interactivos para reforzar lo visto en la sesión. Personalmente este tema fue de mucho provecho para mí, ya que me permitió adquirir seguridad para tratar a las personas que veía en consulta; algunos de ellos con esquema de insulina previo y otros a los que les inicié insulino terapia en algún momento durante el año. Entendí como iniciar un esquema, cálculo de dosis, como ir ajustando la misma y cuando y como cambiar entre esquemas. Este tema fue revisado dos veces durante el curso debido a la incorporación de una nueva promoción de pasantes en el mes de febrero quienes expresaron esta misma necesidad.
<b>II. Antidiabéticos orales</b>
<b>Fecha:</b> 13.10.2023
La revisión de este tema surgió debido a la necesidad de los pasantes de saber como seleccionar el mejor antidiabético oral para sus pacientes. Este tema estuvo a cargo de la Dra. Alejandra Gasca, para esta revisión nos basamos en las recomendaciones de la ADA 2023 la guía NICE 2022 y de la Junta de Andalucía 2022. Iniciamos con las bases teóricas de los antiabéticos orales disponibles en la actualidad, aquí se abordaron mecanismos de acción, beneficios, efectos adversos y restricciones de uso. Después revisamos algoritmos de tratamiento con monoterapia, terapia dual y triple. Posteriormente se realizó una dinámica para revisar 3 casos clínicos en equipo, al finalizar la participación por equipos se regresó a la sala general para compartir y contrastar las conclusiones de cada equipo. Esta sesión me sirvió mucho para comprender las criterios a tener en cuenta al momento de seleccionar un antidiabético oral para las

<p>personas que atendía, tomando en cuenta sus características individuales, comorbilidades y preferencias.</p>
<p><b>III. Cuidar a la persona cuidadora</b></p>
<p><b>Fecha:</b> 02.02.2024</p>
<p>La revisión de este tema surgió debido a que se detectó la necesidad de poder apoyar no solo a la persona que vive con una enfermedad crónica sino también al cuidador primario en caso de tenerlo. La revisión estuvo a cargo de tres doctoras; en un primer momento revisamos el concepto “cuidado” de forma general, como se contruye y las metas inmediatas, intermedias y últimas del mismo; posteriormente se delimitó al contexto de estar a cargo de una persona con enfermedad crónica, las exigencias y demandas que conlleva, así como la necesidad de ajustar el cuidado a los recursos con lo que se cuentan. Finalmente se resaltó la importancia del cuidado mutuo con una presentación sobre el proyecto de partería que se lleva a cabo en la Sala de Labor, Parto y Recuperación en el Hospital General de Iztapalapa, el cual es un esfuerzo de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México para brinda un espacio que permita un trabajo de parto humano, acompañado y familiar que gira entorno al cuidado de la familia que recibirá a un nuevo ser; ya que se permite el acompañamiento de familiares a la gestante, se cuenta con técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor y para facilitar el trabajo de parto, de la mano de personal debidamente capacitado. Muchas veces en la consulta médica nos centramos en la persona que está viviendo con la enfermedad, sin embargo una parte fundamental del MAICP es adentrarse en el contexto que hace diferente a una persona de otra, dentro del mismo el cuidador primario es una pieza clave a tomar en cuenta para lograr la salud de la persona y su entorno ya que en el cuidado se contruye la vida.</p>
<p><b>IV. Aspectos psicoemocionales en personas con enfermedades crónicas</b></p>
<p><b>Fecha:</b> 10.05.2024</p>
<p>La revisión de este tema surgió debido a que los pasantes de medicina nos reconocimos faltos en herramientas para acompañar a las personas que viven con enfermedad crónica que atraviesan por situaciones emocionalmente complicadas como una perdida de un ser querido, sentimientos de tristeza, frustración y enojo entre otros. La revisión estuvo a cargo de la licenciada en psicología Sara quien comenzó dando un panorama general de la salud mental en México; mencionando que la depresión, ansiedad y estrés son los principales padecimientos reportados; el mínimo porcentaje del presupuesto para la salud que se destina a la salud mental a pesar de la gran prevalencia que hay de estos padecimientos en la población general. Posteriormente mencionó estudios sobre la práctica de la salud mental en la atención primaria, sus retos, la falta de modelos de atención médica en los que se capacite a los médicos en materia de salud mental. Después presentó información del capítulo de un libro que habla de la conexión entre una emoción, asociada a una sensación o malestar físico y las formas en que la propia persona los regula; todo esto estudiado en un población de adultos mayores. Luego se formaron grupos de discusión donde se dialogó acerca de 9 preguntas alrededor de nuestras necesidades de conocimiento sobre salud mental y aspectos psicológicos en las personas con enfermedades crónicas, conocimientos previos con los que contamos, la experiencia que hemos tenido con respecto a como se maneja la salud mental actualmente en nuestras unidades de salud, qué necesidades emocionales detectamos en las personas que viven con enfermedades crónicas y como nosotros mismos incluimos, practicamos o dejamos de procurar la salud mental en las consultas médicas que damos a las personas que reciben atención a través del MAICP. Finalmente se compartió en plenaria lo dialogado en los grupos de discusión. Con esta sesión pude reflexionar acerca de la capacidad que tenemos como médicos tratantes de acompañar a la persona que estamos atendiendo cuando pasa por desequilibrios emocionales, hasta donde puedo yo acompañar y cuando ya es necesario derivar a un especialista o complementar con terapias. Partiendo del hecho de que todos somos personas que pasamos por momentos difíciles a lo largo de nuestra vida, podemos comprender las emociones y sentimientos de las</p>

<p>personas a las que les brindamos atención médica, entendiendo que sus necesidades emocionales son similares.</p>
<p><b>V. Remisión de la diabetes</b></p>
<p><b>Fecha:</b> 21.06.2024</p>
<p>En esta sesión tuvimos la oportunidad de documentarnos acerca de un concepto llamado “diabetes en remisión”; la presentación estuvo a cargo de dos pasantes basándose en un artículo publicado en 2023 proporcionado por los coordinadores del MAICP. La diabetes en remisión hace referencia a un estado en el que una persona con diagnóstico de diabetes puede mantenerse sin sintomatología ni aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad. Al ser un término en desarrollo los criterios de definición aun no estan claros. Algunos proponen un nivel de HbA1c <math>\leq</math> 6.5% sin estar bajo tratamiento farmacológico, otros <math>\leq</math> 6% y hay quienes son mas estrictos que la definen <math>\leq</math> 5.7%, siguiendo las directrices del diagnóstico de prediabetes en función del daño macro y microvascular asociado a niveles superiores de HbA1c. En este artículo se resalta la importancia de la pérdida de peso, la cual es prioritaria para alcanzar este estado de remisión, así como mantener una alimentación adecuada, baja en carbohidratos y la realización de actividad física constante. Cabe resaltar que el término remisión hace referencia a la latencia de la enfermedad a diferencia de la cura; la cual hace referencia a la erradicación de la misma. Haber revisado este tema me permitió incorporar un termino a mi practica que genera esperanza en el sentido de que un estado de remisión de la diabetes conlleva menor riesgo de complicaciones agudas y crónicas, una disminución del riesgo cardiovascular e incluso una disminución del impacto económico para los servicios de salud publica y para las propias personas viviendo con enfermedad crónica y sus familias. Con esto alcanzando un mejor estado de salud global, punto importante en el MAICP.</p>
<p><b>VI. Revisión de pie diabético</b></p>
<p><b>Fecha:</b> 05.07.2024</p>
<p>La revisión de este tema surgió debido a la falta de conocimiento acerca del manejo de úlceras en el pie diabético, complicación muy común en el persona que vive con diabetes. Está sesión fue presencial y estuvo a cargo de la Dra. Amparo quien luego de dar una breve introducción introducción sobre la importancia de la prevención de úlcera en el pie diabético y su valoración, nos dividió en grupos con el propósito de repasar la explración exploración podológica de una persona que vive con diabetes. Una persona de cada equipo se retiró sus zapatos y sirvió de modelo. La valoración podológica se realizó de acuerdo al formato de valoración podológica del paciente diabético diseñado por el Proyecto VIDA (<i>Veracruz Initiative for Diabetes Awareness</i>). La valoración por grupos se hizo de la mano de la Dra. Amparo, quien fue explicando cada punto a valorar. Al final de la dinámica, regresamos a reunirnos en plenaria para comentar algunos casos que se habían presentado en las consultas y había dudas sobre su manejo. Indudablemente la revisión de este tema es muy importante para quien atiende personas que viven con diabetes, conocer los pies de cada persona y saber explorarlos adecuadamente en cada consulta permite prevenir lesiones, darle seguimiento a la evolución de las mismas, detectar complicaciones como neuropatía diabética, insuficiencia venosa crónica e insuficiencia arterial de forma tempranas para evitar desenlaces que sean trágicos para las personas como lo sería la amputación de un miembro, lo cual iría en contra de cuidar la salud de la persona.</p>

Elaboración propia

Como parte de este módulo también tuvimos 2 sesiones en las cuales se revisaron por equipos y posteriormente en plenaria múltiples casos clínicos preparados por los pasantes; esto con el fin de reforzar el abordaje integral, seguimiento y tratamiento bajo la estructura del MAICP. Así mismo

tuvimos una sesión presencial sobre actividad física en personas con enfermedades crónicas a cargo de la Dra Gabriela, miembro del equipo del MAICP quien tras haber presentado puntos teóricos relevantes en la valoración de la condición física de una persona dio paso a una actividad extramuros dedicada a la realización de ejercicios en las instalaciones deportivas de la UAM. La actividad física es otro aspecto fundamental en el tratamiento de una persona con enfermedad crónica por lo que es necesario como médico tener al menos conocimientos básicos sobre como proporcionar una rutina de ejercicios acorde a cada persona. Para esto primero debemos saber valorar en que nivel de actividad física se encuentra esa persona a través de las capacidades físicas básicas que son resistencia, fuerza, velocidad y flexibilidad, para esto revisamos algunas pruebas que se pueden realizar dentro del consultorio. Las tres sesiones fueron muy útiles para mi práctica clínica diaria, ya que me brindó claridad a la hora de abordar de forma integral a las personas con enfermedad crónica. Fui capaz de iniciar y ajustar tratamientos farmacológicos, integrar toda la batería de estudios necesaria para su valoración integral y también fui capaz de dar recomendaciones para que cada persona desde su condición individual tuviera la posibilidad de realizar actividad física que fuera benéfica para llegar a su estado de salud.

Como parte del módulo 4 presenté un caso clínico junto con mi compañera Zeltzin, el cual presento en la tabla 8.

**Tabla 8.** Diapositivas de caso clínico



cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024.

**Tabla 10**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2023 – julio 2024  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Condición de participación	No	%
Activas	16	80
No activas	4	20
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 11**

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo agosto 2023 – julio 2024  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	1	25
Cambio de institución que le atiende	1	25
Cambio de domicilio (no sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	2	50
Se ignora	0	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

#### IV.b Información demográfica:

**Tabla 12**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Sexo	No	%
Femenino	13	81.25
Masculino	3	18.75
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 13**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	3	18.75
50 – 59 años	5	31.25
60 – 69 años	5	31.25
70 – 79 años	3	18.75
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 14**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Edad	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
20 – 29 años		0	0	0	0	0	0
30 – 39 años		0	0	0	0	0	0
40 – 49 años		3	23.08	0	0	3	18.75
50 – 59 años		4	30.77	1	33.33	5	31.25
60 – 69 años		5	38.46	0	0	5	31.25
70 – 79 años		1	7.69	2	66.67	3	18.75
80 y más años		0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		13	100	3	100	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

#### IV.c Diagnóstico y seguimiento:

**Tabla 15**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	2	12.5
3	1	6.25
4	1	6.25
5	0	0
6	1	6.25
7	3	18.75
8	3	18.75
9	1	6.25
10	0	0
11	3	18.75
12 y más	1	6.25
<b>Total</b>	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 16**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	1	7.14
Diabetes Mellitus tipo 2	3	21.43
Dislipidemia	1	7.14
Obesidad e hipertensión	0	0
Obesidad y diabetes	0	0
Obesidad y dislipidemia	2	14.29
Diabetes e hipertensión	3	21.43
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	7.14
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	14.20
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	7.14
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Nota:** dos personas activas no pudieron ser incluidas en la tabla debido a que su combinación de diagnósticos no se encuentra en ella. Una tiene diagnósticos de hipertensión y dislipidemia. La otra tiene diagnósticos de diabetes, obesidad y dislipidemia.

**Tabla 17**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	0	0	1	33.33	1	7.14
Diabetes Mellitus tipo 2	3	27.27	0	0	3	21.43
Dislipidemia	1	9.09	0	0	1	7.14
Obesidad e hipertensión	0	0	0	0	0	0

Obesidad y diabetes	0	0	0	0	0	0
Obesidad y dislipidemia	2	18.18	0	0	2	14.29
Diabetes e hipertensión	3	27.27	0	0	3	21.43
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	9.09	0	0	1	7.14
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	9.09	1	33.33	2	14.20
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0	1	33.33	1	7.14
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Nota:** dos personas activas no pudieron ser incluidas en la tabla debido a que su combinación de diagnósticos no se encuentra en ella. Una tiene diagnósticos de hipertensión y dislipidemia. La otra tiene diagnósticos de diabetes, obesidad y dislipidemia.

**Tabla 18**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 19**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	66.67
50 – 59 años	1	33.33
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 20**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia  
 Centro de Salud T. III:  
 Jurisdicción Sanitaria:

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 21**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 22**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	33.33
60 – 69 años	2	66.67
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 23**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 24**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 25**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**IV.d Resultados de control de enfermedad crónica:**

**Tabla 26**

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa  
 Periodo agosto 2023 – julio 2024  
 Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán  
 Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	1	50	6	66.67	7	63.64
Fuera de control	1	50	3	33.33	4	36.36
<b>Total</b>	2	100	9	100	11	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Nota:** de las once personas con diabetes tipo 2, dos de ellas son de reciente ingreso y no se les pudo tomar glicemia venosa por falta de reactivos en la unidad y falta de recursos económicos para hacerlos en laboratorio privado.

**Tabla 27**

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetro de	No	%
Control	4	44.44
Fuera de control	5	55.56
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Nota:** de las once personas con diabetes tipo 2, dos de ellas son de reciente ingreso y no se les pudo tomar glicemia venosa por falta de reactivos en la unidad y falta de recursos económicos para hacerlos en laboratorio privado.

**Tabla 28**

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetro de	No	%
Control	9	100
Fuera de control	0	0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 29**

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetro de	No	%
Control	4	57.14
Fuera de control	3	42.86
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla 30**

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T-III: San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetro de	No	%
Control	0	0
Fuera de control	7	100
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Nota:** cuatro de las siete personas con hipertrigliceridemia cuentan solo con el examen de laboratorio con el que se les otorgó el diagnóstico, por lo que su evolución durante el periodo de tratamiento que tuvieron, no fue valorable.

## V. Conclusiones.

El servicio social es la etapa final de la formación médica de pregrado. En mi caso, elegí cursarlo en un centro de salud, debido a mi deseo de reforzar mis habilidades dando una consulta médica general, ya que yo salí del internado médico de pregrado con la sensación de que no tenía la capacidad de dar una consulta médica sola y no quería perderme la oportunidad de ponerlo en práctica y ganar seguridad y confianza. Personalmente me gusta la forma de trabajo en las unidades médicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Tuve la oportunidad de realizar mi internado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, en el Hospital de la Mujer y en el Hospital Infantil de México Federico Gómez y recientemente mi servicio social en el centro de salud T-III San Francisco Culhuacán en la jurisdicción Coyoacán. A pesar de que a veces faltan recursos en cuanto a medicamentos y reactivos de laboratorio principalmente, me parece una buena institución en relación a su organización y condiciones de trabajo. A parte de la implementación del MAICP en el centro de salud, realicé otras actividades dentro de la unidad médica, como consultas de medicina general, de control de niño sano, control prenatal, planificación familiar, toma de citologías cervicales, pruebas PCR para detección de virus de papiloma humano, aplicación de cédulas de detección y capacitaciones al personal de la unidad.

Desde que me decidí a estudiar la carrera en medicina, tenía muy claro en mi mente el tipo de médico en el que me quería convertir, un médico “familiar” por así decirlo, que tuviera esa atención de cuidar a sus pacientes no solo medicamento si no de forma general. Quería ser un médico que aportara cosas buenas a la vida de mis pacientes. Cuando tomé mi plaza de servicio social, no tenía muy claro lo que conllevaba la aplicación del MAICP en la consulta. Para mi sorpresa, fue una

respuesta a mi necesidad de reforzar mis habilidades en la consulta y no solo eso sino que me brindó las herramientas para fundamentar ese deseo que tenía desde el inicio de ser un médico que acompañara a sus pacientes, mas allá de solo atender sus enfermedades, razón por lo cual estaré muy agradecida toda la vida. A pesar de que contaba con un asesor interno dentro de la unidad, los pacientes fueron mi responsabilidad durante este año, cada consulta, sus abordajes, tratamientos y seguimiento. Tuve la oportunidad de conocer a estas personas, de formar vínculos y aprender de ellas. Fue una gran experiencia, no solo en cuanto a conocimiento si no también a nivel personal. Fue el perfecto cierre de este ciclo de formación.

Haber cursado el diplomado paralelamente a la practica en la unidad médica también resulta algo muy valioso, el acompañamiento de los coordinadores del MAICP siempre fue muy bueno. El diplomado me permitió adquirir nuevos conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, que era algo desconocido para mí y que necesitaba. A su vez me permitió reforzar conocimientos previos como es la metodología de la investigación, abordaje de enfermedades crónicas y análisis de artículos, entre otros.

La implementación del MAICP en las unidades médicas de primer nivel de la Secretaria de Salud en la Ciudad de México me parece algo muy estimable. Realmente permite, si el modelo se aplica de forma correcta, mejorar la atención médica y la formación de los médicos pasantes, ya que brinda una perspectiva nueva. Diferente a lo que estamos acostumbrados a ver en los hospitales donde pasamos la mayor parte de nuestra formación práctica, donde la atención es muy institucionalizada y los pacientes muchas veces dejan de ser personas para convertirse en enfermedades, uno igual a otro cuando eso está muy lejos de la realidad si realmente quieres acompañar a la persona que tienes enfrente a que alcance un estado de salud integral.

Mi servicio social aplicando el MAICP también me permitió ejercer de forma continua la autocrítica la cual me llevaré el resto de mi vida profesional. Me dejó ver que como médico tengo mucho que seguir estudiando, practicando y reforzando, cosas que se quedarán conmigo para cada día ser una mejor médico. Conocer las necesidades y aspiraciones de las personas con enfermedades crónicas con las que tuve contacto este año, también me abrió un panorama diferente sobre que el seguimiento debe ser integral y personalizado al contexto de cada quien, experimentar el trabajo en equipo con cada paciente, verlos mejorar medicamente y personalmente durante el año, ha sido invaluable. La reflexión previa es aplicable a otros campos de la medicina fuera de las enfermedades crónicas, por lo que en donde sea que practique la medicina me llevaré este estilo de atención médica integral de ser pertinente con las bases que me brindó el MAICP.

## VII. Anexos

### Informe final entregado a Secretaría de Salud

#### INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

##### 1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Harim Montserrat Uballe Hernández
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA	Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco
PROMOCIÓN	agosto 2023 – julio 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	CS T-III San Francisco Culhuacán
PERIODO QUE REPORTA:	agosto 2023 – julio 2024
FECHA DE ENTREGA:	19.julio.2024

##### 2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	C.S. T-III San Francisco Culhuacán
NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO	39
PARTICIPO EN CAPACITACION AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	8
PARTICIPO COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	“Métodos de planificación familiar”

##### 3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		X
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		X
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)	X	
CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA	X	
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLOGICOS (ESPECIFICAR NUMERO Y CAUSA)		X
ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	<b>Cartel:</b> Febrero, mes nacional para la concientización, prevención, detección y tratamiento oportuno del cáncer infantil y adolescente <b>Periódico mural:</b> Día mundial de la seguridad del paciente 17/09/2023	

PLATICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NUMERO)	35	
OTROS		X

#### 4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	57	Módulo
CONSULTAS SUBSECUENTES	864	Módulo
HISTORIAS CLINICAS	50	Módulo
DETECCION DIABETES	348	Ferías de salud y módulo salud en tu vida
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGIAS REALIZADAS)	96	Ferías de salud y módulo de detección oportuna del cáncer (DOC)
DETECCION DE CANCER DE MAMA	155	Ferías de salud, módulo salud en tu vida y módulo de detección oportuna del cáncer (DOC)
DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL	348	Ferías de salud y módulo salud en tu vida
DETECCION ADICCIONES	76	Módulo
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	147	Ferías de salud y módulo
ATENCION PRENATAL	71	Módulo
PLANIFICACION FAMILIAR	65	Módulo
PREVENCION DE ACCIDENTES	125	Módulo
CONTROL DEL NIÑO SANO	12	Módulo
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	451	Módulo
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	470	Programa crónicos UAM-Xochimilco, toma de citologías cervicales en módulo y toma de electrocardiogramas en módulo
CERTIFICADOS MEDICOS	88	Módulo
OTROS	0	

#### INFORMACIÓN QUE SE DEBERÁ INCLUIR EN EL INFORME FINAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

Al concluir el servicio social se deberá entregar el informe final de actividades, el cual concentrará las tareas realizadas durante el año de servicio, el formato para la realización de éste informe es el mismo que el del informe trimestral, solo que se tendrá que anexar antes del cuadro de firmas y sello, los siguientes requerimientos, los cuales ayudan a que el pasantes pueda evaluar algunos aspectos que influyeron en la realización de su servicio social, así como ser evaluado por el Tutor o Director de la Unidad Médica, en una escala del 1 al 10.

#### ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN:

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	22, 23 y 24 de agosto en la sala de cine 1 de la Casa de cultura "Raúl Anguiano" en el Parque Huayamilpas
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DX. DE SALUD	No elaborado

FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	No elaborado
NÚMERO DE INFORMES TRIMESTRALES ENTREGADOS	4
NOMBRE DEL TUTOR	Dr. Jesús de Noé Morales Sánchez

**SUPERVISIÓN:**

INSTITUCIÓN	RECIBIO SUPERVISIÓN	
	SI	NO
S. S. P. D. F.	X	
ESCUELA O FACULTAD	X	
JURISDICCIÓN SANITARIA	X	
UNIDAD DE SALUD	X	
NO RECIBIÓ SUPERVISIÓN		X

**Fotografías del 6to encuentro de pacientes de la jurisdicción Coyoacán**





**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL  
CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS  
UN ENFOQUE DE DESARROLLO DE CAPACIDADES**

## 6° Encuentro de pacientes

**13/03/2024**  
De las 9:00 H a las 13:00H

**C.S. T-III San Francisco Culhuacán**  
Av. Heroica Escuela Naval 51,  
Col. San Francisco Culhuacán de  
San Juan, Coyoacán, 04260.  
Jurisdicción Coyoacan

Creando un espacio de confianza y respeto para compartir y reflexionar sobre la experiencia de vivir con una enfermedad crónica, el autocuidado y el desarrollo de capacidades.

**ser, hacernos comunidad**

¡TE ESPERAMOS!  
PUEDES VENIR EN COMPAÑÍA DE FAMILIARES O AMIGOS







**Fotografías de la segunda y tercera reunión del ceonsejo asesor del C.S. T-III San Francisco Culhuacán**





**Fotografías de otras actividades realizadas durante el servicio social**



Material realizado durante el servicio social

# FEBRERO

MES NACIONAL PARA LA CONCIENTIZACIÓN, PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL CÁNCER INFANTIL Y ADOLESCENTE

## ¿QUÉ ES EL CÁNCER?

Es una enfermedad donde las células del cuerpo crecen descontroladamente, adquiriendo la capacidad de invadir órganos y diseminarse a través del cuerpo.

TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

LEUCEMIA: CÁNCER EN LA SANGRE

LINFOMAS NO HODGKIN

## TIPOS DE CÁNCER MÁS FRECUENTES

## PREVENCIÓN

Aunque el cáncer infantil es difícil de prevenir puedes tomar en cuenta las siguientes medidas de protección y detección temprana:

- Evitar exposición durante el embarazo a rayos X, plaguicidas, benceno y alcohol.
- Alimentación con lactancia materna desde el nacimiento y hasta los 2 años de vida.
- Esquema de vacunación completo incluyendo vacuna contra VPH en niñas.
- Acudir a consultas de control de niño sano 2 o más veces por año.
- Tratar infecciones, sobre todo si son recurrentes.
- Evitar edulcorantes, alimentos fritos o a la parrilla y exposición a humo de cigarro.
- Alimentación balanceada rica en alimentos con antioxidantes como brócoli, pimiento, arándano, aguacate, zanahoria y espinaca entre otros.
- Realizar alguna actividad física o deporte.

## ¿SABÍAS QUE LA MAYORÍA DE LAS VECES EL CÁNCER INFANTIL ES CURABLE SI SE DETECTA A TIEMPO?

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Bibliografía: Secretaría de Salud. Guía de detección temprana y referencia correcta y oportuna ante la sospecha de cáncer en la infancia y la adolescencia 2022. 1ra ed. México: 2022. Elaborado por: IMSS Barro Montserrat, Ubaldo Hernández

ÍNDICE GLUCÉMICO DE LOS ALIMENTOS				
GRUPOS	ALTO (70 a 100) ✗	MEDIO (50 a 69)		BAJO (0 a 49) ✓
CEREALES	Hojuelas de maíz: un tercio de taza Pan blanco: 1 rebanada Tapioca: 2 cucharadas Palomitas naturales: 2 y media tazas Bolillo: 1 pieza	Arroz cocido: un cuarto de taza Avena cocida: tres cuartos de taza Avena cruda: un tercio de taza Elote cocido: 1 pieza y media Pan integral: 1 rebanada Pan de hamburguesa: 1 pieza Tortilla de harina: 1 pieza Galleta María: 5 piezas Galleta de animalitos: 6 piezas		Pasta cocida al dente: media taza Elote cocido: media taza Tortilla de maíz: 1 pieza Amaranto: un cuarto de taza Galletas habaneras: 2 piezas
LEGUMINOSAS				Frijol cocido: media taza Garbanzo cocido: media taza Lenteja cocida: media taza Haba cocida: media taza Soya cocida: un tercio de taza
VERDURAS	Calabaza: 80 gramos Papa cocida: media pieza Chicharro cocido: 1 taza	Acelga cruda: 2 tazas Elote: 150 gramos Chile poblano: 1 taza Quelites cocidos: 1 taza Huiflacoche: 1 taza Alcachofa: 1 taza	Berenjena: 1 taza Cebolla: 1 taza Espárrago: 1 taza Jícama: 1 taza Betabel: 1 taza	Nopales: 100 gramos Zanahoria cruda: media taza Apio crudo: 3 gramos Berenjena: 3 gramos Flor de calabaza: 1 taza Hongos: 1 taza Lechuga: 1 taza Pepino: 1 taza Brócoli: 1 taza Ejote: 1 taza Jitomate: 1 taza Chayote: 1 taza Tomate: 1 taza Verdolaga: 1 taza Quintoniles: 1 taza Aguacate: 1 pieza
FRUTAS	Dátil seco: 2 piezas Pera: 1 pieza Plátano: 1 pieza Sandía picada: 1 taza Tamarindo: 25 gramos	Chabacano: 4 piezas Kiwi: 1 pieza y media Mango picado: 1 taza Melón picado: 1 taza Papaya picada: 1 taza Pasas: 15 piezas Litchi: 15 gramos Piña: 10 gramos	Cereza: 20 piezas Ciruela: 3 piezas Guanábana: media pieza chica Fresa: 17 piezas medianas Manzana: 1 pieza Naranja: 2 piezas Mandarina: 2 piezas Toronja: 1 pieza Arándano deshidratado: 62 gramos	Uva: 18 piezas Coco fresco: 15 gramos Granada: 14 gramos Higo: 16 gramos Guayaba: 2 piezas Tuna: 2 piezas Durazno: 2 piezas Zapote: un cuarto de pieza
LÁCTEOS		Helado: 50 gramos		Leche entera: 250 ml Leche descremada: 250 ml Yogurt natural: 200 ml Yogurt para beber bajo en grasa: 200 ml
FRUTOS SECOS				Almendra tostada: 10 gramos Avellana: 10 gramos Cacahuete tostado: 10 gramos Nueces: 10 gramos Pepitas: 10 gramos Piñones: 5 gramos Pistaches: 10 gramos

#### ÍNDICE GLUCÉMICO:

Es la capacidad que tiene un alimento de elevar la glucosa en sangre después de consumirlos. Por lo que, se deben **preferir alimentos con bajo índice glucémico** para evitar tener niveles altos de glucosa en sangre.

#### PUNTOS A CONSIDERAR:

- La **fibra** disminuye el índice glucémico de los alimentos cuando se consumen juntos. Algunos ejemplos de alimentos con alto contenido de fibra son: frijol, lenteja, salvado, garbanzo, almendra, pistache, avellana, aguacate, brócoli, fresas, avena y pan o cereales integrales.
- Cuanto más cocidos estén los alimentos, mayor será su índice glucémico por lo que, **evita sobrecocer** las verduras o frutas.
- Cuanto más maduras estén las frutas mayor será su índice glucémico, por lo que, **opta por frutas que recién hayan alcanzado su punto de madurez**.
- Utiliza solo **1 cucharadita** de las siguientes grasas para cocinar tus alimentos de ser necesario: margarina y aceite de oliva o de canola. Evita la mantequilla, la manteca y la mayonesa.
- Ejemplos de **fuentes de grasas que son saludables** son: almendras, ajonjolí, avellanas, cacahuates tostados, nueces y aguacate.
- Prefiere consumir **las verduras en trozo y no en puré**.
- Prefiere consumir **las frutas enteras y no solo el jugo**.
- Prefiere **alimentos a la plancha o al vapor**.
- Recuerda **poner poca sal** a tus alimentos.
- **Evita** consumir los siguientes alimentos: alimentos fritos o capeados, azúcar refinada, bebidas endulzadas, alcohol, mermelada, ate, frutas en almibar, dulces, chocolate con menos de 75% de cacao, pasteles y pan dulce.
- Consume los siguientes alimentos **1 o 2 vez por mes máximo** y si puedes mejor evítalos: queso de puerco, chorizo, tocino, embutidos, camitas, vísceras, barbacoa y tamales.
- Consume **máximo 2 veces por día** sustitutos de azúcar y productos "light".
- Realiza de **3 a 5 comidas al día**, eligiendo y combinando alimentos de cada grupo alimenticio, prefiriendo la siguiente distribución durante el día:
  - **Mañana:** frutas, cereales y lácteos.
  - **Media mañana y tarde:** verduras, leguminosas, cereales, carnes y aceites o grasas.
  - **Noche:** verduras, frutas, cereales, carnes y aceites o grasas.
- Recuerda beber de **1 litro y medio a 2 litros de agua simple** al día.
- Recuerda realizar de **20 a 30 minutos continuos de ejercicio al día** como: caminar, trotar, nadar, bailar, andar en bicicleta, etc. No olvides realizar un pequeño calentamiento previo e ir aumentando la duración o intensidad del ejercicio cada 4 a 6 semanas, alternando con ejercicios de fuerza, equilibrio y flexibilidad.