



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 de la Ciudad de México”. Un enfoque de capacidades

Más Allá del Paradigma Convencional: El progreso de mejorar la salud de las personas con enfermedades crónicas con el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona

Médico Pasante del Servicio Social: Susana Guadalupe Marcos Cruz

Matricula: 2173030078

Promoción del servicio social: Agosto 2023 – Julio 2024

Asesor interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesor externo: Alejandra Gasca García

Fecha de entrega: 16/08/2024

1. PRESENTACIÓN

El siguiente documento es el resultado final de una integración de los cuatro módulos cursados dentro del diplomado del Modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP), como parte de mi formación como médico pasante del servicio social en la licenciatura de medicina comprendido en el periodo de Agosto 2023 – Julio 2024, con el propósito de describir de forma detallada lo realizado y los conocimientos adquiridos durante esta promoción, además de evidenciar que se alcanzaron a cumplir los objetivos de cursar este diplomado; principalmente adaptando mi práctica clínica a los principios, estrategias y recursos de un modelo de atención integral enfocado en la persona, utilizando un enfoque basado en capacidades individuales y colectivas, para ello a continuación se realizara un informe detallado adjuntando los trabajos finales realizados respectivos a cada módulo, describiendo en un principio la estructura y los componentes del modelo expandido de cuidados crónicos así como su adaptación a la Universidad Autónoma Metropolitana, se esquematizara la organización de este diplomado, respecto a su contenido y sesiones para llevarlo a cabo, en este transcurso y con el fin de promover la organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas y crear entornos saludables surgen los encuentros de personas con enfermedades crónicas, llevándose a cabo el 6° encuentro en el cual se tuvo la oportunidad de ser partícipe de fortalecer la acción comunitaria dentro de las Jurisdicciones Sanitarias de Coyoacán y Xochimilco, derivado a estos encuentros surgieron propuestas, las cuales en lo que respecta a Coyoacán; forma parte estructurándose en un taller de autocuidado; realizándose sesiones descritas en breve, el trabajo realizado aquí añade un reporte del balance en mi desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud TIII Doctor Salvador Allende con Clínica de especialidades, de la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán, registrados en RedCap, plataforma en la cual se llevó un seguimiento únicamente de pacientes pertenecientes a este diplomado, compilando esta evidencia a través de las generaciones que van cursando el mismo, con lo anterior se pretende demostrar a continuación con evidencia escrita, fotográfica y grafica el trabajo realizado en esta promoción Agosto 2023-Julio 2024.

2. EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS, LA ADECUACIÓN DE LA UAM XOCHIMILCO (MAICP).

Referirse a una atención centrada en la persona es realizar una práctica médica basada en respetar y responder a las preferencias, necesidades y valores particulares de cada persona, asegurando que estos valores influyan en todas las decisiones clínicas. El modelo expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas surge de la necesidad de encontrar estrategias efectivas y basadas en evidencia, para mejorar la atención en salud de las enfermedades crónicas, abarcando desde su prevención y promoción hasta su tratamiento, los mismos autores que describen a esta, hacen referencia incluso a que para poder llevarla a cabo es necesario ampliar el alcance sobre todo en los recursos de la comunidad y en la vinculación de políticas que favorezcan la atención en salud.

Este modelo expandido se encuentra conformado por tres subsistemas, los cuales son: 1° La relación e interacción entre personas (paciente-personal de salud), 2° la comunidad con sus políticas públicas y 3° el sistema sanitario; este último dentro del segundo. Los cuales a su vez para su mayor comprensión se dividen en componentes; los cuales se describen a continuación:

Dentro del subsistema comunidad y sus 3 componentes; 1.- La creación de políticas públicas saludables, asegurando el acceso a servicios a todos, garantizando una equidad política y atención a su salud. 2.-La creación de un entorno saludable, refiriendo estas condiciones de saludables a nivel social, comunitario y biofísico natural. 3.- El fortalecimiento de la acción comunitaria; donde los profesionales en salud identifican en conjunto con las personas las necesidades para mejorar su salud.

Por lo anterior, las actividades realizadas para cumplir dicho modelo; ejemplificadas en el Centro de Salud Salvador Allende fueron ser partícipe de las estrategias como el 6° encuentro de pacientes con enfermedades crónicas, con el propósito de formar y empezar a ser una comunidad, al igual que su participación por parte de nosotros, realizando el taller de autocuidado, en los cuales pacientes, es decir personas que comparten tener alguna enfermedad crónica, se conocen entre sí, se escuchan y toman decisiones conjuntas, pasando del individual a lo colectivo, con un fin común.

El sistema de salud, como subsistema cuenta con 4 componentes básicos; los cuales son el desarrollo de habilidades para la autogestión, la reorientación de los servicios de salud, apoyo y los sistemas de información. Siendo la autogestión el impulso que se requiere para que la persona con enfermedad crónica desarrolle habilidades para el autocuidado, para desarrollarlo, aunque según autores de forma limitada; en áreas como promoción a la salud la Clínica Salvador Allende realiza acciones como: la creación de grupos de ejercicio para todo tipo de población de forma constante. Por último, la interacción médico-paciente, se realiza con un paciente activo, el cual adquiere habilidades de autocuidado en su salud, en la cual el médico y el sistema de salud le brinda herramientas para llegar a este nivel. (1).

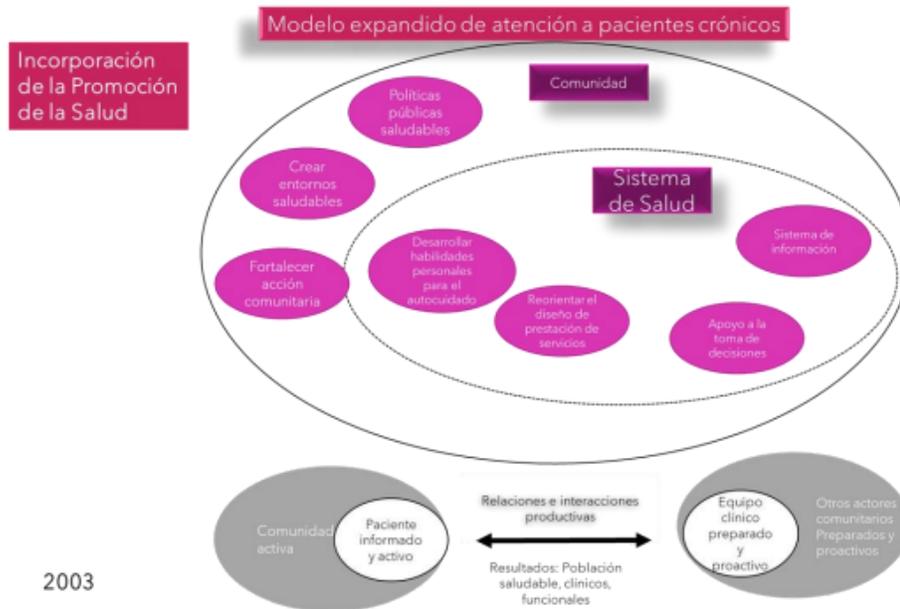


Figura 1: Modelo Expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas

3. EL DIPLOMADO

Las sesiones del diplomado de este modelo de atención integral centrado en la persona, se llevaron a cabo de forma regular en dos modalidades; en línea con la ayuda de recursos digitales tipo software videoconferencia (zoom), PowerPoint o Word, para desarrollar el módulo 4 en forma de tutoría de casos presentados por integrantes del diplomado, de forma individual o en equipo; donde se realizaba la revisión de estos, teniendo como invitados en las sesiones a profesionales en salud, con la finalidad de realizar aportes, derivado de estos casos clínicos, surgieron temas selectos los cuales se desarrollaron en estas sesiones próximas; comprendiendo (Insulinas, Hipoglucemiantes, Directrices de la ADA, exploración física del pie diabético) por otro lado las sesiones que se llevaron a cabo de forma presencial tuvieron lugar en diferentes instalaciones como la Universidad Autónoma Metropolitana, Centro de Salud T III Beatriz Velasco Alemán y el Instituto Nacional de Salud Pública, en dichas sesiones se desarrollaron revisiones de material bibliográfico correspondiente a los primeros 3 módulos; realizando exposiciones, discusión grupal en forma de mesa redonda, estas sesiones se realizaron cada viernes durante los meses que abarcan el periodo de Agosto 2023-Julio 2024, a continuación se esquematizan los módulos comprendidos; en el cual se visualiza el módulo 4 y su extensión durante los 3 primeros módulos.

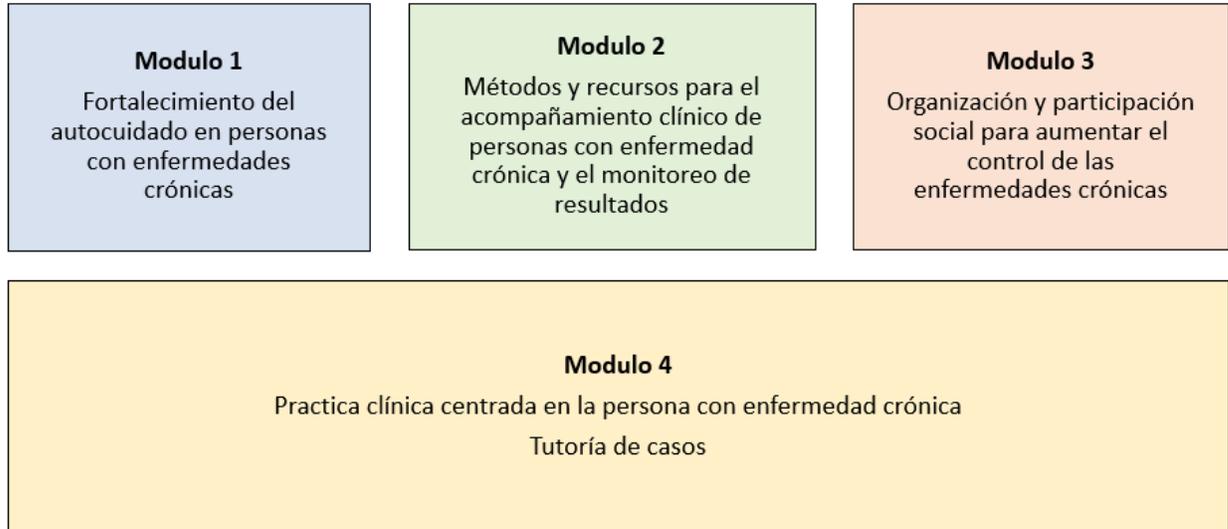


Figura 2. Esquema de Diplomado del MAICP

3.1 MÓDULO 1. FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA. ENFOQUE DE CAPACIDADES.

Introducción

La evolución constante de la medicina y con ello de su campo en la atención médica ha llevado a un cambio paradigmático significativo, pasando de un enfoque puramente biomédico (sistematizado en ver enfermedades y no personas) a uno más centrado en la persona. La atención clínica centrada en la persona se proyecta como un pilar fundamental en este cambio, reconociendo la singularidad de cada individuo y promoviendo una participación activa en el proceso de atención. En este ensayo, exploraremos a fondo cómo este enfoque revolucionario favorece el autocuidado de los pacientes, generando beneficios significativos para la salud individual y la sociedad en su conjunto. Esta atención se define como *“aquella que sea respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y que garantice que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas”* (1). Por ello en el siguiente documento se describen elementos que interactúan entre sí y que podrían ser modificables para que el resultado sea un paciente activo e informado, tomando de partida las habilidades del profesional sanitario para que el paciente desarrolle esas capacidades.

Objetivos

Objetivo Principal: Identificar los componentes de la práctica médica que muestran resultados para que el paciente desarrolle capacidades para el autocuidado y la autonomía

Objetivos Específicos:

- Describir y concientizar de la importancia en implementar el modelo de atención centrada en la persona para realizar una medicina más humanística
- Explicar componentes de la toma de decisión compartida en la relación médico paciente
- Ejemplificar situaciones en las que se cumple o no la atención centrada en la persona en la práctica médica

Justificación

La importancia de este ensayo radica en reorientar la ideología de los profesionales de salud sobre la importancia de implementar en un sistema de salud un Modelo de Atención Crónica como que propone Wagner, ya que este tiene como objetivo abordar las necesidades en un sentido más holístico a lo que conocemos de las personas y no de las enfermedades, para esto se enfoca en distintos componentes simultáneamente, sumándole una atención centrada a la persona, y justamente se cuenta con antecedentes como es tal el de Canadá en el que se centra en los estilos de vida como determinante principal para definir la salud de su población, reconociendo que su fuerza sobre la promoción de la salud tendría que ir dirigida hacia allá, obteniendo buenos resultados bajo el concepto de permitir a las personas tener más control de sus enfermedades. Coincidiendo este punto con el hecho de que se realice este ensayo estando en un contexto de un primer nivel de atención, en el cual en México, se desarrollan principalmente las actividades de promoción y prevención en salud, se hace implícito el hecho de que para llevar a cabo este modelo para beneficio de los pacientes y del sistema de salud, se aborden de manera exhaustiva los determinantes de la salud, el cual ha sido un concepto que en los últimos años ha cobrado más fuerza, sin embargo esto ya es conocido, dentro de este modelo como el paciente como ser individual puede desarrollar habilidades que le sean útiles para sus necesidades, reconocerlas y que el médico sea participe de esto (1).

El panorama de atención clínica centrada a la persona y el autocuidado del paciente

Para poder llegar a los objetivos del siguiente ensayo, se debe realizar una breve mención del origen del método clínico centrado en la persona, y es que justamente su origen surge de la observación de las necesidades que no son resueltas por parte de las personas atendidas en atención sanitaria, es por esto que el método clínico centrado en la persona tiene componentes para responder estas necesidades, los cuales se podrían aplicar cuando se realiza este encuentro médico-paciente en el consultorio desde el momento de que entra al consultorio hasta que se comprende que la vida del paciente, su entorno, forma parte de esa consulta aunque no se pueda visualizar en ese instante.

En medicina se tiene estandarizado al momento de consulta dos grandes aspectos, el interrogatorio y la exploración física, sin embargo, ambas se quedan limitadas a la enfermedad y no al paciente, como persona. El método clínico centrado en la persona nos propone ver más que una patología, un paciente con enfermedades crónicas tiene un contexto cercano en el cual el médico debe indagar porque la familia cumple un rol de apoyo importante para hacer frente a sus enfermedades crónicas, por ejemplo un paciente con una buena dinámica familiar frente a uno que tenga una mala dinámica familiar, y como se ve afectada la perspectiva y la experiencia

de esta persona para vivir con sus enfermedades crónicas, esto conforma una realidad que en la consulta de primer nivel de atención, indagando solo un poco sobre el estilo de vida, se pueden obtener datos sobre el ingreso socioeconómico, quien es el principal proveedor en su familia, si el es y/o se considera dependiente o independiente, etc... todos esos datos nos orientan a como se percibe el paciente a si mismo como persona y como puede percibir sus enfermedades, importante para que evaluemos las herramientas que podríamos trabajar para que fomentemos el autocuidado de esa persona.

Entender que el paciente que tenemos enfrente es un todo, hace referencia a comprender que no solo es una persona tangible, comprender lo que no es tangible es entender que hay partes en él, la parte espiritual que son sus creencias y valores son responsables de las actitudes que ese paciente tenga y son herramientas que van cambiando con cada persona que entre a una consulta médica. Poner en práctica la relación médico paciente es tan complejo que personalmente apoyo la creación de una materia, curso o taller durante la formación de los médicos generales que nos otorguen herramientas para sostener este trabajo, misma propuesta que se ha comentado en diversos artículos sobre la atención medica centrada en la persona.

Probablemente uno de los momentos en la interacción médico paciente que más fallas podría llegar a tener es ofrecer metas u ofertas terapéuticas inalcanzables para el paciente en ese momento, porque este no tenga las herramientas o insumos para lograrlas, ya que fácilmente es caer en el error de proponer un tratamiento farmacológico adecuado para la enfermedad, sin tomar en cuenta por ejemplo el factor económico, es decir la disponibilidad económica del paciente para costear ese plan terapéutico, sin que lo abandone, o tal vez exigir la disminución de peso sin conocer si el paciente se percibe como una persona incapaz de realizar una actividad física aunque externamente el médico lo vea físicamente capacitado.

Para llegar a esto es importante el proceso de transferencia en el cual se realiza la transmisión por parte del paciente al médico de sus vivencias; el cual es común y pasa desapercibido en consulta médica mas de lo que se imagina, por ejemplo ocurre cuando un paciente nos podría contar su miedo a través de otra persona, "mi vecina se quedó ciega cuando empezó a usar la insulina", el nivel de empatía que tendría que desarrollar el médico va más allá de explicar lo que hace la insulina, entender el miedo de perder el sentido de la vista y asociarlo a algo que personalmente vivió/experimento a través de otra persona, haciendo suyo el miedo y la vivencia, es una verdad para el paciente, que difícilmente sería comprendido por el médico, pero no imposible, así el panorama de indicar un plan terapéutico funcional podría verse más amplio de lo que se veía, realizando el proceso de contrasferencia, por parte del médico al paciente.

Sin embargo otro reto al que se enfrenta con el sistema sanitario en México para que ocurra este proceso, sería la cantidad de tiempo que se da para la consulta médica, y no solo como limitación para el médico, también limita al paciente de poder expresar sus necesidades reales, por lo que rediseñar el sistema de salud en México, resultaría complicado, si no hay un cambio en el pensamiento de una mayoría, empezando por el personal que la ofrece, el personal sanitario, desde pensamientos básicos como que el médico controla al paciente de sus enfermedades crónicas, si no que los pacientes autocontrolan sus enfermedades crónicas, y el

médico es y opta varios papeles para poder ayudar y resolver junto con el paciente. Esto fundamentado no en algo experimental, el método de atención crónica tiene evidencia con un buen nivel científico es y definido como “una atención que sea respetiva a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, y que garantice que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas” (2).

La construcción de un nuevo sistema

Para poder rediseñar la atención sanitaria se ha propuesto enfocarse en seis elementos que interaccionan entre sí, los cuales desarrollare a continuación: En primer lugar se menciona el sistema de salud como el árbol de la jerarquía donde se tendrían que aceptar nuevos enfoques para dar solución a la problemática de salud, los cuales son responsables de crear directrices que al final de cuenta norman la conducta de los profesionales en salud, por lo que formulando una hipótesis podría tener resultado si el conocimiento sobre la importancia de implementar una atención medica centrada en la persona llegara a mas población, promoviendo una concientización colectiva, resaltando aún más las necesidades que ya existen, logrando crear un foco de atención. La comunidad como segundo elemento nos invita a asociarnos y no solo con un paciente, si no tomar en cuenta que forman parte de un conjunto, los cuales comparten intereses y perceptivas comunes, siendo de la tercera a la sexta la autogestión, el apoyo a las decisiones y el diseño del sistema de prestación, las cuales deben o tienen como objetivo en conjunto que respalden el autocuidado del paciente, y por último la información sistematizada que permite tanto a los pacientes y al personal sanitario tener acceso a la información de acuerdo a sus necesidades (3).

Humanización de la medicina

La atención centrada en la persona marca una transición hacia una atención más humanizada, donde los pacientes dejan de ser simplemente casos clínicos y se convierten en individuos únicos con necesidades específicas. Este cambio humanizador establece las bases para una relación más profunda entre el paciente y el profesional de la salud, creando un ambiente propicio para el autocuidado.

La humanización en el contexto médico se realiza cuando la autonomía de los pacientes es respetada en el escenario de tener el poder y la capacidad para decidir aceptar o negarse a las indicaciones que el médico sugiera, aquí es cuando la bioética medica entra validando los derechos de los pacientes, esto desde la perspectiva del paciente, en cambio la humanización de la medicina en el contexto de los profesionales de salud se basa en erradicar situaciones que los denigran como el abuso, la explotación o maltrato que podrían ocurrir en ambas partes (4).

Atención centrada en la persona con fundamento científico

Durante la práctica médica diaria, se realizan recomendaciones idealmente bajo la mejor evidencia científica, hay normas y directrices que van desde cuando hacer el tamizaje, diagnóstico y la mejor opción terapéutica, todo respaldado por información que llamamos de primera mano o con evidencia, es por esto que proponer un cambio en el sistema también tiene

que estar respaldado y si lo está, hay estudios que demuestran su efectividad en la salud, el autocuidado del paciente.

Algunas de las problemáticas a enfrentar para seguir la evidencia, es la excesiva carga laboral en poco tiempo y la falta de conocimiento para poder investigar, desde el conocimiento para poder ingresar a una base de datos y elegir la información con la mejor evidencia, y es un problema que abordado por las nuevas generaciones en formación se lleve metodología de la investigación y a los profesionales en salud ya laborando, cursos de capacitación, también es un problema de la infraestructura donde se labora, pues el acceso a esta no está al alcance de forma equitativo en todos. (5).

La toma de decisiones compartida como puente para el autocuidado

Llevar a cabo este proceso depende de una buena relación médico paciente, siguiendo una serie de pasos descritos en un modelo ya establecido, descrito a continuación, es importante que se comprenda el concepto de deliberación, y con ello comprender que los intereses del paciente son con las necesidades que el mismo reconoce, deliberar en todo caso, vendría siendo liberar al paciente de expresarnos esas necesidades que no podemos reconocer sin que nos las mencione. La toma de decisiones, se basan en discursos los cuales corresponden a uno de elección, de opciones y otro de decisiones, donde el primer proceso de deliberación lo aplicamos cuando en el momento de la consulta se interroga al paciente si tiene alguna duda nueva respecto a lo que se comentó en esa cita y podrían surgir más dudas, en la próxima consulta se podrían aclarar, o que su defecto se realice con otro personal de salud, ya que se puede dar en momentos, lugares diferentes, teniendo en cuenta que es un proceso que requiere tiempo y no es una cuestión que en un minuto se aclare, pues es una de las razones por las que podría ocurrir un abandono terapéutico, el siguiente paso se pone en práctica cuando se realiza un resumen de las opciones dadas, se discuten los daños y beneficios, se hace esta participación conjunta y realiza esta integración del paciente a sus opciones terapéuticas, es decir se hace partícipe, tomando responsabilidad y autonomía de su salud, sin buscar culpabilizar a alguien, si no con el fin de explorar esas preferencias y finalmente la charla de decisiones, donde se realiza una revisión de las ofertas y se toma una decisión. Algunas veces la abundante información resulta abrumadora para el paciente, es una herramienta útil también resumir lo anterior y verificar si se tiene alguna duda o punto en el que se quisiera profundizar, pero ¿cuál sería la finalidad o a que más podríamos obtener como resultado de llevar a cabo este modelo (6)

Una participación informada

La toma de decisiones compartida es una pieza fundamental en el modelo de atención centrada en la persona, reconociéndose como un proceso de intercambio de información entre el paciente y el médico, obteniendo una participación en la toma de decisiones, para esto se reconocen elementos que se tienen en común en distintos modelos para poderla llevar a cabo, dentro de estos algunos son que el médico reconozca como importante la opinión del paciente, por ejemplo si el interés de un paciente que vive con diabetes mellitus es no utilizar insulina, indagar su perspectiva y sus posibilidades de utilizarla o no, en lugar de solo indicar un

tratamiento farmacológico por una cifra que según las guías de manejo para el cuidado de pacientes con diabetes ya indicarían la insulino terapia, sin indagar sobre la mente del paciente y la posibilidad de que opción es mejor para el, lo que provocaría posiblemente el abandono terapéutica del paciente, el dialogo del médico debe ser esclarecedor para el paciente, liberando al paciente de sus dudas, miedos, metas, de esto trata la deliberación y negociación que se realiza en el acto de la consulta, para esto se tienen que poseer ciertas habilidades, que se desarrollan por parte del personal sanitario, ofrecer las opciones de tratamiento abre un puente en el que el paciente se siente participe del cuidado de su salud y se abandona parte de este modelo paternalista que adopta el médico en la relación médico paciente en el cual solo emite comandos de orden al paciente, presentar opciones incluye conocimiento basado en la mejor evidencia científica como en todo este proceso, pero en este paso presentar beneficios, riesgos, viabilidad de las opciones, es informarse y adecuarse al tipo de población que se está otorgando al atención a la salud, por ejemplo; en Mexicanos el factor de riesgo más importante para presentar un infarto agudo al miocardio es la hipertensión arterial, sin embargo para llegar a este punto, se reunió información, la cual se le informa al paciente adecuándolo a su contexto interpersonal es decir sus preocupaciones, metas de salud, preferencias y valores. Tomando en cuenta que este proceso es tan complejo que puede no ocurrir en una sola consulta, ofertando un tiempo para que el paciente piense sus opciones, investigue y discutirlo en un nuevo encuentro.

Con base a esto podríamos concluir que la participación informada tiene como uno de sus objetivos el capacitar a los pacientes para comprender la importancia de las decisiones relacionadas con su atención, promoviendo así un mayor compromiso con el autocuidado.

El empoderamiento del paciente

Para poder llevar a cabo un modelo de atención centrada en la persona es fundamental el empoderamiento del paciente, antes de poder llegar a una definición, es indispensable comprender que es un proceso, donde se otorgan las herramientas necesarias para el autocuidado, que incluyen la humanización de la atención médica, la construcción de una buena relación médico paciente, que se realice una participación informada con una toma de decisiones compartida, finalmente en una consulta médica conocer que esto existe abre un nuevo paradigma para cumplir metas terapéuticas y personales del paciente.

Cada unidad de salud desarrolla estrategias para dar promoción a la salud, actividades las cuales se ven favorecidas creando grupos, por ejemplo pacientes que reúnen ciertas características como enfermedades crónicas, que tengan la disponibilidad de horarios para acudir a citas programadas, platicas informativas, convivios recreativos, etc... porque la colectividad tiene la intención de fomentar aún más estableciendo una expectativa a base de metas grupales, para esto hay diversos recursos educativos (folletos, pancartas, uso de medios gráficos) y tecnología de seguimiento como llevar un registro del control de citas en una base de datos, registro de resultados de laboratorios con valores críticos, pero ¿qué ocurre con los pacientes que no pueden entrar dentro estos grupos? Pacientes que no cuentan con la disponibilidad de horarios por motivos personales, laborales, socioeconómicos, familiares, de transporte, pacientes con enfermedades crónicas de difícil control que por alguno de los motivos

anteriores no pueden entrar dentro de estos grupos seleccionados, podrían beneficiarse más de empezar a recibir atención médica centrada en la persona, entendiéndolo que ningún paciente entra dentro de grupos amplios, respetando y reconociendo la singularidad de cada paciente y la diversidad de los escenarios en su vida, sabiendo que todo es fluctuante y no lineal, por esto la personalización de planes de cuidado, es un pilar fundamental para la atención centrada en la persona, las necesidades son distintas en cada individuo; por ejemplo en medicina tendemos mucho a generalizar por variables cuantitativas o cualitativas, por grupos de edad, sexo, si tiene o no la enfermedad, sin embargo, las necesidades de dos personas con un rango de edad entre 60-75 años, con la misma enfermedad crónica, no va a ser la misma si se toman en cuenta los siguientes aspectos; si vive o no sola, si son autónomas o no, si son independientes o no, si la percepción que tiene esa persona sobre su enfermedad, su tratamiento, o sobre su propia persona, finalmente estos aspectos repercuten en su capacidad de cumplir con sus objetivos, y lo podemos asociar a lo que comúnmente conocemos como equidad e igualdad, que si bien el primero es dar a cada uno lo que le necesita y el segundo es dar a todos por igual, con esta premisa podemos reconocer que las necesidades de cada individuo serán diferentes y por defecto no podemos brindarles a todos las mismas herramientas, que sería una falla reconocible del sistema de salud, no reconocer que la atención médica es personalizada.

Conclusiones

La atención clínica centrada en la persona no solo es un cambio en la forma en que se presta atención médica, sino una revolución en la promoción del autocuidado. Al humanizar la atención, construir relaciones sólidas, informar y empoderar a los pacientes, personalizar los planes de cuidado y fomentar la continuidad del cuidado, este enfoque transforma la experiencia de los pacientes y potencia su capacidad para tomar las riendas de su propia salud. La implementación generalizada de la atención centrada en la persona no solo mejorará los resultados individuales, sino que también contribuirá a la construcción de una sociedad más saludable y consciente de su bienestar individual y colectivo. Por lo anterior, lo visto en este módulo fue la adquisición de un nuevo conocimiento, una nueva forma de practicar la medicina sin deshumanizarla, proporcionar las herramientas que el profesional sanitario debe conocer, pues el proceso de adquirirlas es con base a la práctica médica, lo que aplicado al contexto de un centro de salud en México, es en base a mi experiencia aplicable y enriquecedor para establecer una relación médico-paciente y no se realice un abandono terapéutico, y por lo tanto abandono de la salud de los mismos, sobre todo ya que se destina el tiempo completo para aplicar este proyecto con aplicación del modelo de atención centrado a la persona, observe la motivación y curiosidad de los pacientes al escuchar una consulta “diferente” a las que se tiene costumbre, por lo que una de mis propuestas para mejorar la aplicación de este modelo en la atención sanitaria es informar a los pacientes que se trabaja con el mismo, cuál es su enfoque, ya que por sí mismo atrae el interés de las personas, otra propuesta sería destinar un consultorio destinado a trabajar de este modo, sería un plan realista empezarlo como un prototipo esperando que a largo plazo se puedan comparar los resultados de estos pacientes con otros consultorios, definitivamente considero que una barrera a vencer sería la saturación de los servicios de salud, podría resolverse si se observan los resultados beneficios del modelo

de atención centrada en la persona como un menor costo al sistema sanitario, por lo que se tendría que reorganizar el sistema si se tienen resultados satisfactorios.

3.2 MÓDULO 2. MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y EL MONITOREO DE RESULTADOS.

Introducción

Actualmente los sistemas de salud cursan por una etapa de avances científicos y tecnológicos nunca antes vista, lo que ha permitido mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la mayoría de las enfermedades que aquejan a las personas, confiriéndoles una mejor calidad de vida, no obstante, muchos pacientes han experimentado una atención médica impersonal y deshumanizada proveniente de un sistema de salud que se comporta de manera utilitaria. El entrenamiento médico moderno está dirigido a formar profesionales de la salud ávidos de adquirir conocimientos científicos y técnicos de la medicina, capaces de atender signos y síntomas y resolverlos, sin embargo, se carece de estrategias para acceder al paciente, a sus experiencias y a su mundo interno. Junto con la capacidad científica, el médico necesita desarrollar nuevas competencias para ejercer una medicina más empática en la cual se brinde un verdadero acompañamiento a la persona que vive con la enfermedad.

Centrar la atención en la persona implica reconocer que cada individuo tiene una historia que contar, fue así como en el año 2001 la Dra. Rita Charon acuñó el término Medicina Basada en Narrativa cuyo objetivo es acercarnos al paciente para vivir la experiencia de su enfermedad más que para tener conocimiento acerca de la misma. La introducción de la narrativa en la formación médica permite tener una visión mucho más amplia de la que ofrece el modelo biomédico tradicional, nos permite valorar en condiciones de igualdad al conocimiento subjetivo tanto como al objetivo, la experiencia humana, el comportamiento y las emociones tanto como al conocimiento científico. A través de las narraciones se establece un vínculo entre la persona que cuenta la historia y quien la escucha, potenciando las tareas clínicas y la relación médico paciente, lo que da como resultado una atención clínica eficaz. A través de este ensayo se le ofrece al lector la oportunidad de convertirse en un testigo de las vivencias narradas por algunos pacientes con enfermedades crónicas que asisten al Centro de Salud Salvador Allende en la Ciudad de México, lo anterior con la finalidad de conocer cómo ha sido su experiencia con el sistema de salud desde el momento de su diagnóstico hasta la actualidad. Se extiende una invitación para que el personal de salud comience a examinar a los pacientes desde otras perspectivas, poniendo como ejemplo la medicina basada en narrativa como una herramienta que puede aplicarse en la práctica clínica, la cual nos mueve a actuar en nombre del paciente y mejorar nuestras propias capacidades.

Objetivos

Objetivo general: Describir mediante la aplicación de la medicina basada en narrativa la experiencia sobre la atención sanitaria que han tenido los pacientes con enfermedades crónicas de larga evolución.

Objetivos específicos:

1. Explicar los beneficios de la medicina basada en narrativa sobre la calidad de la atención sanitaria.
2. Identificar las barreras presentes en la atención sanitaria a partir de las experiencias narradas por los pacientes.

Planteamiento del problema

Sabemos que las enfermedades crónicas representan la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial, lo cual ejerce una presión importante para el sistema nacional de salud desde un punto de vista económico y social, bajo este panorama surge la exigencia de una eficiencia económica medida en términos de productividad, por lo que las instituciones de salud, principalmente en el ámbito público operan con el objetivo de incrementar su rendimiento, de forma que se debe brindar atención médica a un determinado número de pacientes en el lapso de una hora, disminuyendo el contacto con la persona y, por ende, la calidad en la atención. El médico ejerce una medicina casi automatizada a través de la cual se hace un uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones acerca de la atención de sus pacientes, esta propuesta constituye hoy en día una forma natural de pensar y practicar la medicina en todos los niveles de la atención. Aunque este actuar médico pareciera moralmente correcto, nos hemos olvidado del aforismo hipocrático de curar a veces, tratar con frecuencia y consolar siempre, hemos hecho de la medicina una ciencia deshumanizada que ha dejado de lado la relación médico-paciente, una ciencia cuya primicia es resolver un conjunto de signos y síntomas, perdiendo de vista que aun cuando los pacientes consideran su enfermedad grave, muchos de ellos se curan solo en virtud de la satisfacción que les produce que un médico les comprenda.

Durante nuestra estancia en el Centro de Salud Salvador Allende, y al convertirnos en los médicos de primer contacto de las personas con enfermedades crónicas, pudimos darnos cuenta de que el panorama de la atención sanitaria todavía es gris, no es infrecuente la cosificación de los pacientes, olvidando que se trata de individuos con rasgos personales, que tienen sentimientos y emociones, se rigen por valores y preferencias, y que refieren el deseo de ser tratados con respeto, humildad, carisma, y lo más esencial, tienen una gran necesidad de ser escuchados, de contar su propia historia. A menudo sucedía que llegaba un paciente a consulta de seguimiento de sus enfermedades crónicas presentando cifras de glucosa fuera de metas terapéuticas, aunado a ello, con un aumento en el peso corporal respecto a la consulta previa, o bien, llegaba un paciente quien siempre había tenido la fortuna de tener cifras de presión arterial en metas y de un mes a otro se presentaba con criterios de una crisis

hipertensiva, en ambos casos, la disponibilidad de información y el avance de la medicina basada en evidencia nos llevaba fácilmente a buscar un mejor tratamiento para resolver el “problema”, pero no lo estábamos comprendiendo, ¿qué pasaría si alguno de estos dos pacientes estuviera viviendo bajo un alto grado de estrés laboral o familiar, o si alguno de ellos estuviera pasando por la pérdida de un ser querido?... La salud, al igual que la enfermedad, está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos, económicos, etc., a los médicos se nos ha formado con este conocimiento, pero no se nos ha dicho que hacer con él.

A partir de esta premisa surgió en nosotros el interés de explorar el campo de la Medicina Basada en Narrativa, partiendo de que no existe la posibilidad de una medicina que no tome en cuenta la evidencia científica, pero reconociendo que esta manera tan metódica de ejercer la medicina tiene grandes limitaciones que influyen en la percepción y la experiencia que tienen los pacientes acerca del sistema de salud. Es así como surge la premisa central de esta revisión sistemática: ¿Podríamos aplicar la Medicina Basada en Narrativa en la atención sanitaria y con qué finalidad? Quizá las narraciones puedan convertirse en el puente entre la Medicina Basada en Evidencia y la relación médico paciente, quizá podamos llegar a reconocer por fin la singularidad de cada persona, validar sus historias y ejercer una medicina más empática, al tiempo que desarrollamos una comprensión más profunda no sólo de la experiencia de la enfermedad y del paciente, sino también de nosotros mismos.

Justificación

El presente trabajo surge de la necesidad de demostrar cómo la medicina basada en narrativa puede fungir como una herramienta útil en la comprensión de las personas que viven con enfermedades crónicas, en específico se desea conocer a través de su aplicación la percepción que tienen los pacientes sobre la atención sanitaria. La trascendencia de lo anterior radica en el valor que tienen las narraciones de los pacientes y la información contenida dentro de ellas, la cual puede guiarnos para hacer cambios en el sistema sanitario y mejorar con ello la experiencia de los usuarios desde el contacto uno con las unidades de primer nivel de atención, así como buscar soluciones a las inasistencias u abandonos de las consultas de seguimiento, mejorar la expectativa que se tiene sobre los servicios de salud y sobre su propia enfermedad. Hasta el momento no se tiene ningún precedente del uso y reporte de la Medicina Basada en Narrativa en la alcaldía Coyoacán, por lo que al contar las historias de los pacientes que reciben atención en esta jurisdicción sanitaria, se podrán conocer algunas barreras que han sido identificadas por los mismos a lo largo del tiempo, lo que servirá como retroalimentación para eliminar esas carencias y preparar a profesionales de la salud con las habilidades, destrezas y competencias necesarias para transpolar esto a la práctica clínica y en la consulta del día a día.

Nuestro interés como pasantes del servicio social de la licenciatura en medicina, es aprender a poner en práctica las actitudes y aptitudes necesarias para sacar el máximo beneficio de la medicina basada en narrativa y lograr a través de ello una comprensión profunda de la persona y su enfermedad, así como evaluar la experiencia de nuestros pacientes sobre la atención que reciben, reconocer sus necesidades y validar sus historias y el significado que tiene la enfermedad para cada uno de ellos. Deseamos que la medicina narrativa pueda ser un medio para mejorar la satisfacción o sensación de bienestar del paciente al ser “atendido” desde este

nuevo enfoque, el cual viene a sumar a la medicina basada en evidencia. Al no contar con antecedentes similares en nuestro país, las conclusiones del presente trabajo tienen el propósito de aportar conocimiento de un campo que no ha sido completamente explorado.

Metodología

Se utilizaron como términos MeSH los siguientes: Medicina Basada en Narrativa; Atención Dirigida al Paciente; Pacientes; Enfermedad; Empatía.

Para la base Pubmed se aplicó como filtro de búsqueda el tipo de artículo, se seleccionaron únicamente revisiones sistemáticas y metanálisis de 10 años de antigüedad, no se aplicaron filtros sobre la disponibilidad del texto, se obtuvieron 1,496 resultados, se revisó título y resumen de los mismos y se seleccionó un único artículo. En la base de datos Cochrane Library se aplicó como filtro la fecha de agregado el artículo a la base de datos con una temporalidad de entre el 01/01/2014 hasta el 17/05/2024, sin filtros de fuente ni idioma, se obtuvieron 156 resultados con los cuales se siguió el mismo procedimiento y se seleccionaron 2. Finalmente se utilizó la base Google Académico en la cual se puso como filtro de búsqueda publicaciones realizadas entre 2014-2024, sólo artículos de revisión, se obtuvieron 3,720 resultados, seleccionando 12.

Para cumplir con la finalidad del ensayo se elaboró una guía de 15 preguntas la cual se incluye en el anexo 1 del documento. Se consideró que estas debían ahondar sobre la experiencia de la atención sanitaria recibida en 3 momentos fundamentales en la vida del paciente: al momento del diagnóstico, durante la evolución de la enfermedad y en el momento actual, las preguntas tuvieron una distribución 5-2-5, se agregaron 3 preguntas más para permitir una breve descripción de la persona que padece la enfermedad. Se incluyeron pacientes que tenían más de 10 años de haber sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica y que llevan su seguimiento en el Centro de Salud Salvador Allende, sin importar otras variables como el sexo o la edad, se seleccionaron a 4 de ellos al azar, se les dio cita en el consultorio y se llevó a cabo la entrevista.

Desarrollo: las narrativas

Ricardo, M.R

Soy Ricardo, soy contador público, tengo 59 años. Yo me defino como una persona muy creativa, soy luchón, con ideales bien formados por mis padres, perfeccionista, cumplidor, puntual, de un actuar recto. Tengo 12 años de ser diabético e hipertenso. Siempre he sido muy sociable, eso me ha llevado a tener bastantes amigos y conocidos que siempre que me ven, me saludan y me dicen "cuídate mucho o échale ganas", pero realmente yo considero que solo son dos las personas que me han brindado su apoyo incondicional: mi esposa y mi hermana, ellas son quienes siempre están preguntándome cómo estoy, si ya tome los medicamentos, en qué pienso, qué es lo que estresa o si tengo alguna inquietud, hacen que me sienta acompañado. La primera enfermedad que me diagnosticaron fue la diabetes, yo estaba más joven, era muy activo, deportista, practicaba tenis, mi nutriólogo me mandó a hacer algunos estudios y resultó

que tuve 3000 de triglicéridos, él se alarmó bastante y me sugirió acudir al doctor urgentemente. Cabe mencionar que en ese tiempo yo trabajaba para una empresa muy grande, económicamente me iba muy bien, entonces busqué a un médico internista particular, cuando me recibió y vio mis estudios comenzó a reírse y me dijo -"¿Con estos triglicéridos todavía está vivo?, te vas a infartar en cualquier momento"-, me pidió hacerme más estudios y ahí en cuando me declaró con diabetes. Las palabras que me dijo despertaron tanto miedo en mí que me sometí a dietas muy estrictas por varios meses, hacía más ejercicio que antes y empecé a bajar de peso porque no quería morirme, no había nadie en mi familia que estuviera enfermo, tenía muchos sentimientos encontrados porque yo pensaba que eso solamente se heredaba. Dos meses después, sin que yo tuviera síntomas me detectaron hipertensión, y fue la primera vez que viví lo que era estar deprimido, yo me preguntaba cómo era que si yo había sido una persona activa, apegada a las dietas y disciplinado me hubieran detonado tantas cosas en un abrir y cerrar de ojos, al principio no asimilé lo que verdaderamente quería decir que una enfermedad fuera "crónica", no me veía de por vida tomando medicamentos o limitando mi alimentación, eso fue lo que más repercutió en mí y en mi estado de ánimo, aparte yo había visto fallecer a los 4 abuelos de mi esposa que eran diabéticos, 2 de ellos murieron por complicaciones de la enfermedad, yo no quería terminar así y dejar a mi familia desamparada, siempre he sido el proveedor de la casa y yo todavía tenía un hijo pequeño que me necesitaba. En ese momento la atención que recibí la podría describir como oportuna pero insensible porque a pesar de que me detectaron las enfermedades, las bromas o los comentarios que los médicos hicieron hacia mí estaban fuera de lugar. Durante estos años cambiaron muchas cosas en mi vida, algo que me marcó fue perder mi empleo, siempre estuve acostumbrado a tener una buena solvencia económica, a sacar dinero de mi cartera para pagar las consultas con los especialistas, y de repente me quedé sin nada, hasta sin seguro social -que afortunadamente nunca la ocupe porque el trato ahí es deplorable-, pero ahora sin dinero no sabía a dónde recurrir, durante ese tiempo encontré la respuesta a muchas dudas que había tenido, me di cuenta que me enfermó el ritmo de trabajo y de estrés tan fuerte que había llevado durante todos los años que trabajé para la empresa, el mal comer, el mal dormir. Pensar que no tenía el dinero para pagar por mi atención o mis medicamentos repercutió mucho en mi salud mental, eso hizo que me empezara a descontrolar en todo, hasta que unos familiares que se atendían aquí me invitaron a venir, me resistí mucho tal vez porque ya tenía una mala impresión de las instituciones públicas, no quería que me trataran mal. Hasta ahora llevo 4 años viniendo mes con mes, y aunque tengo de nuevo la oportunidad de poder pagar por una consulta, me siento muy a gusto con la atención que recibo por parte de todos ustedes, no me esperaba que fuera a encontrarme con doctores que son buenos seres humanos, que tienen la paciencia para resolver mis dudas, que me revisan de pies a cabeza, llevan mi seguimiento, me toman mis laboratorios y me apoyan para recuperar mi salud, les tengo mucha confianza y más allá del tema de salud también he recibido por parte de ustedes una palabra de aliento. Es bueno verlos no solo como nuestros médicos, sino también como amigos, sé que puedo venir y contarles cómo me fue el último mes en otros aspectos de mi vida, platicar de la fórmula uno o del fútbol y todo eso se agradece. A estas alturas la atención que recibo en el programa de crónicos es amigable, confiable y puntual, ojalá que sigan así, la labor que hacen con nosotros los enfermos es muy noble y eso no hay cómo pagarlo.

Enedina, P. D

Yo soy Enedina, tengo 71 años, soy ama de casa y me considero como una mujer activa, independiente y fuerte. Vivo con diabetes desde hace 30 años, me detectaron hipertensión arterial hace 6 años y enfermedad renal crónica hace menos de 1 año. Mi esposo y yo tuvimos 3 hijos, los mayores se fueron para Estados Unidos y el hijo menor vive con nosotros, ha tenido problemas con las drogas desde que era más joven y es muy grosero, sólo puedo contar con mi esposo que también está muy enfermo. Recuerdo muy bien que cuando me diagnosticaron diabetes tenía yo 40 años, me había fracturado un pie y cuando llegué al hospital el doctor me dijo que en los estudios que me habían hecho tenía “alta el azúcar”, no me explicó más, me dijo que tenía que ir a un centro de salud para que me atendieran, en ese momento sentí mucho miedo, mi madre que en paz descansa fue diabética y le cortaron la mitad de la pierna por la diabetes, pensé que me iba a pasar lo mismo, sentí que no me lo merecía porque nunca llevé una mala vida de joven, no comía mal, no me mal pasaba. Empecé a ir a un centro de salud que estaba cerca de mi casa, ahí me atendió un doctor y todas las consultas eran lo mismo, llegaba, me pasaba, a veces me revisaba y otras veces solo me daba la receta para que surtiera mi medicamento, así fue por mucho tiempo, hasta que me compliqué de un ojo y se me desprendió la retina, cuando estaba sobre la plancha del quirófano, el doctor que me iba a operar me dijo - “Madre, ya no la puedo operar, tiene usted la presión muy alta”-, no sabía qué era eso de la presión y no me lo explicaron, vino un cardiólogo a valorarme y me dijo que tenía que tomar el Losartán de por vida. El escuchar la palabra “de por vida” me producía mucha tristeza porque yo sentía como si me estuvieran condenando, me hubiera gustado que me explicaran un poco más sobre lo que estaba pasando con mi cuerpo, no fueron malos, pero si pudiera definir la atención que tuve en ese momento sería como “superficial” o “indiferente”, no se me ocurre otra cosa. A lo mejor en el momento no tuve tantas preocupaciones porque estaba yo joven, era más fuerte, pero a medida que van pasando los años, uno empieza a pensar en cómo va a llegar a la vejez, van apareciendo las complicaciones y eso causa angustia, sobre todo cuando no tienes a alguien que vea por ti, que te procure, que te cuide. Hubo muchas dudas desde que me diagnosticaron, no sabía que podía a comer, que me hacía daño, si me iba a pasar lo que a mi mamá, pero después de tantos años he aprendiendo a conocer las enfermedades que tengo y a mi cuerpo, en este momento mi única preocupación es hacer lo posible para no tener más complicaciones, que pueda yo conservar mi movilidad, ir a comprar mis cosas para la comida, hacer el aseo sin tener que depender de que alguien me lleve o me haga. Llegué a Salvador Allende cuando inauguraron la clínica, venía de estar de un centro de salud a otro y fue la primera vez que yo viví lo que era tener un seguimiento de mis enfermedades, en el centro de salud anterior cuando empezaron a tratarme, me veían cada 4 meses, aquí realmente he visto ese interés por darnos la consulta mes con mes, y si no venimos mi esposo y yo ustedes nos marcan, se interesan, pero no nos dejan. Se nota la diferencia cuando uno va con un doctor y te atienden rápido, te dan el medicamento y en 15 minutos ya te quieren afuera, hacen sentir a uno como que da molestias, aquí tenemos la libertad de venir a que muy amablemente nos atiendan y hasta he podido contarles en alguna ocasión los problemas de casa y ustedes me han brindado esa escucha y hasta una palabra de ánimo sin tener la obligación de hacerlo. Yo quisiera que quien venga haga las cosas igual, i

podiera calificar mi experiencia desde que soy parte del programa de crónicos sería confianza, tranquilidad y continuidad.

Julieta, N,

Soy una persona de 64 años, me defino como una mujer trabajadora, ex ama de casa, viuda, abuela cariñosa, alegre y que siempre le gusta ver lo mejor de la vida, no me gusta enfocarme en cosas tristes o que me hagan sentir mal, siempre estoy intentando ver qué puedo hacer por mí, así que ahora soy más independiente que antes cuando estaba casada. Yo empecé con la diabetes hace 25 años e hipertensión arterial hace un mes, siento que al principio no me lo podía creer, parte de mí pensaba que era un error de laboratorio porque no creía que mi alimentación fuera tan mala y que por mi culpa estuviera pasándome esto. Lo que comentaron los doctores fue que estas enfermedades aparecen por una suma de cosas, muchas por descuido mío como el peso por ejemplo. Me costó mucho trabajo empezar a tomar el tratamiento como me lo mandaban, honestamente descuide mucho eso durante un año. Las personas que me han acompañado todo este tiempo han sido mis hijos, ellos se interesan por comprarme mis medicamentos, acompañarme a las consultas con mis doctores o preguntarme cómo me va, y por ellos yo empecé a ser más constante en tomar las medicinas. Las palabras más fuertes que me dijo el doctor cuando me diagnóstico fueron -"Usted no se cuida"- y me dio a entender que esto era una consecuencia de todos mis malos hábitos, no sé si estuve bien, pero en ese momento me sentí muy enojada con el doctor por culpabilizarme, además era bastante arrogante en su forma de hablar conmigo. Describiría mi experiencia en ese momento como un trago amargo, un momento de negación y de profunda tristeza, sobre todo cuando me dijeron que no tenía cura, eso fue lo que más me preocupó, yo pensaba en cuánto tiempo me iba a morir y si me podían dar todos los medicamentos o siempre los iba a tener que comprar, pensaba en que mi pareja e hijos se iban a molestar conmigo por estar enferma, y no me equivoqué del todo, yo siempre vi por mi pareja cuando él estuvo enfermo, pero él jamás vio por mí. Durante estos 25 años en los que he tenido diabetes, he tenido subidas y bajadas, la verdad más bajadas que subidas y a veces solo veo una línea que va en picada, tardé varias consultas en aceptar que tenía que cambiar cosas a las que estaba acostumbrada, me di cuenta que salía mejor en mis laboratorios cuando me portaba bien con mi comida o realizaba actividad física, y me iba peor cuando dejaba de asistir a las consultas, o dejaba de hacer mi dieta. Una de las cosas que más recuerdo es que cuando falleció mi pareja, mi vida cambio drásticamente, yo no me case formalmente, no me dejó la casa, tuve que volver a vivir con mis hijos, yo nunca había trabajado y tuve que hacerlo para tener para vivir, entonces pase de ser esposa, ama de casa a viuda y casi persona en situación de calle, por eso creo que me dio hipertensión, y recientemente ustedes me empezaron a estudiar un probable cáncer de piel, he tenido más estrés en mi vida, creo que este año ha sido el peor año con mis enfermedades. Sentí empatía cuando tuve una glucosa muy alta como de 200 y me preguntaron qué fue lo que paso, que si había algo que me preocupara en ese momento, la verdad es que yo había comido mucho y mal esos meses porque falleció mi esposo y ahora he tenido que comer algunas veces comida rápida en la calle porque es más económica, yo reconozco que me porte mal unos meses por mi situación y por mis posibilidades que cambiaron mucho, pero jamás me regañaron, solo cambiaron mi tratamiento, les expliqué lo que pasaba y me ofrecieron ir a psicología, ahí me

explicaron que yo estaba en duelo, estaba en una etapa de mi vida en la que ya no estaba mi esposo. Cuando me diagnosticaron hipertensión arterial tampoco me lo podía creer, creo que aún no lo acepto, pero mi diagnóstico no fue nada parecido al de la diabetes, estoy tomándome la presión en casa, así que yo sola he visto cómo van cambiando mis cifras, digamos que estoy en proceso de ser hipertensa, -se ríe-. Ahora si considero que me puedo expresar libremente en consulta, claro de una forma formal, educada, yo siempre he dicho lo que pienso. Lo que les recomiendo a los nuevos doctores que vengan a la clínica es que sean educados con nuestro tiempo y el de ellos, que estudien mucho y que se interesen por nuestra salud, porque sí nos importa, por eso venimos a consulta, y si tienen que decir algún comentario hacia nosotros, que lo hagan de forma respetuosa. La atención médica que recibí cuando me diagnosticaron diabetes a la que llevo ahora en la policlínica es muy diferente, en general me ha tocado de todo, doctores buenos y malos y otros más o menos, he visto tantos que ni me acuerdo de ellos pero ahora me siento bien, mis doctorcitas siempre están al pendiente de mí, se preocupan por mi salud, tienen mucha comunicación conmigo por llamadas, mensajes, hasta cuando me fui a Oaxaca me mandaron a buscar, así que ahora podría describirla como buena, comunicativa y constante.

Jesús, N.

Yo soy Jesús, tengo 67 años, me describo como una persona responsable, trabajadora, considero que tengo vocación para la enseñanza porque fui maestro en educación para adultos por diez años y nunca cobré, siempre mostré interés por conocer los problemas de mis alumnos, de cierta forma les ayude a resolver algunos de sus problemas de aprendizaje, así que también me considero una persona buena, de buen corazón. Soy comerciante, tengo mi propio negocio, una tienda en mi casa, su casa. De mi salud, pues me diagnosticaron diabetes hace 15 años y las personas que me han apoyado son mis nietos, mis hijos, mi perrita, mis doctores y mis alumnos. En el momento que me diagnosticaron me había dado una infección en la orina, me dieron tratamiento y no me curé, fui con otro médico, me vía pálido y él me tomó la glucosa, tuve 500, me dijo que fuera corriendo a urgencias, en realidad fue muy rápido el momento, me explico que era algo de vida o muerte, en el hospital me bajaron la glucosa a 200, yo no me sentía tan mal, solo estaba un poco débil pero pensé que era por la misma infección, ya internado, un doctor que se veía que ya tenía sus años en la profesión, me dijo que era diabético y que posiblemente había tenido la glucosa alta por mucho tiempo sin que yo me diera cuenta porque nunca me la midieron, me recetaron insulina y una pastilla, y me mandaron a mi clínica para que me ajustaran el medicamento. Cuando empecé a razonar que tenía diabetes mis sentimientos fueron resignación y aceptación, ya no me quedaba de otra, no me costó trabajo entender lo que tenía que hacer, seguir las indicaciones y siempre tuve un buen control de mi enfermedad, en general la mayor parte del tiempo. Describiría la atención que recibí en ese momento como regular, entendí ya era diabético incluso desde antes de que me diagnosticaran la infección de vías urinarias pero no se enteraron porque nunca nadie me tomo la glucosa. Durante estos años mis principales preocupaciones fueron no volverme a enfermar, porque me explicaron que eso me puede alterar mis niveles de azúcar, no quiero tener pie diabético o necesitar de más y más insulina, uno siempre tiene preocupaciones dependiendo de lo que estemos atravesando, algunas de esas inquietudes se han resuelto porque me han

explicado en mis consultas las cosas y los medicamentos que ocupó, así que considero que yo he aprendido cosas nuevas. La atención que he recibido en estos años ha sido diferente, un tiempo ocupé otro seguro social y sólo iba por recetas, la consulta era muy rápida y las citas muy alejadas una de la otra, ahora siento que se preocupan por mí y por mis consultas, he tenido emociones positivas, me siento acompañado, he atravesado por momentos difíciles como recientemente que me dio herpes, pero entendí que el dolor era algo que iba a tener siempre y que poco a poco iba a ir disminuyendo, considero algo que nos falta es paciencia, muchas veces uno se desespera, eso ha cambiado en mí, ahora me estreso menos y vivo mi vida bien, me centro más en mí, en mi familia, en hacer mis actividades y no preocuparme tanto por mis enfermedades, sólo cuidarme mucho. Ahora vengo mes con mes a consulta, siento que me escuchan y me explican las cosas como son, siempre buscan la forma de ayudarme, con el herpes por ejemplo, me dieron mis medicamentos y me ofrecieron ir a rehabilitación, ese plus que nos dan lo agradecemos bastante. Mi recomendación a los futuros médicos que lleguen a la policlínica es que vengan sin juzgar a las personas, no nos consideren ignorantes, mejor explíquenos lo que no sabemos, aunque no lo parezca, a través de ustedes y de sus palabras llegamos a entender lo que tenemos, yo como maestro lo he vivido. Les agradezco porque me permitan expresarme libremente, al principio cuando no conocemos al doctor a uno como persona le da pena, pero dependiendo como se dé la relación, vamos teniendo la confianza de contarles todo. Describiría la atención que recibo ahora como empática, amistosa pero profesional, muy buena, muchas gracias por todo lo que he recibido de ustedes.

Discusión

Por años se ha capacitado a los médicos para aplicar la entrevista clínica habitual con el fin de obtener los antecedentes biológicos, médicos e indagar superficialmente en los aspectos psicosociales "más relevantes" de los pacientes, mismos que determinarán el curso de la atención médica. En el afán de hacer de la medicina una ciencia nos hemos olvidado de que también es un arte con una dimensión subjetiva tan imprescindible de valorar cómo se valora a la dimensión objetiva. El aspecto humano ha quedado olvidado, poco nos preocupamos por adquirir herramientas con las cuales lleguemos a comprender el significado que tienen las enfermedades para las personas, Rita Charon considera que "Una medicina científicamente competente por sí sola es insuficiente para ayudar a los pacientes a lidiar con la pérdida de la salud o encontrar un significado en el sufrimiento, tampoco puede dotar al médico de la capacidad de establecer una relación médico paciente compasiva y empática que entienda el significado del sufrimiento para cada paciente"(7). En nuestras narrativas pudimos leer como los pacientes describen la atención médica usando adjetivos como "insensible", "distante" y "superficial", la asimilación de un diagnóstico, las emociones que acompañan a las enfermedades, el duelo, son circunstancias internas que los pacientes afrontan y a las que asignan un determinado significado, lo que para un médico es una detección más, para la persona que recibe la noticia constituye "un trago amargo".

Los pacientes necesitan de médicos que tengan la capacidad de comprender sus enfermedades y vivan con ellos la experiencia que resulta de las mismas. Como dijo Oliver Sacks: "Los médicos no pueden penetrar en los dominios de lo incomunicable (o de lo que es

extremadamente difícil de comunicar) a menos que se conviertan en un compañero de viaje de sus pacientes, los acompañen en sus exploraciones, se muevan constantemente en su compañía y descubran con ellos una experiencia viva, exacta y lenguaje figurativo que les permite comunicar lo que parecía incomunicable”(8). La falta de empatía con la que se brinda atención sanitaria se cataloga por diversos estudios como evidencia basada en la práctica médica, y se mide a través del nulo tiempo que se dedica a la consulta, el grado de satisfacción de los pacientes y el tiempo que el médico tarda en interrumpir el discurso del paciente, las actitudes de insensibilidad y la mala práctica hacen que tanto el médico y las instituciones de salud sean calificadas como inhumanas. (9).

La medicina narrativa se inspira en el modelo de medicina biopsicosocial y el modelo de atención clínica centrado en la persona, busca darle al paciente el papel protagónico de una historia que será narrada desde su propia experiencia. La competencia narrativa exige tener la capacidad para absorber, interpretar y responder a las historias propias o de otros individuos (7). La narrativa se entenderá como el acto de construir una historia en la que se cuentan una serie de eventos bajo un determinado orden, permitiendo al paciente expresar su mundo interno en términos emocionales, sociales, familiares, etc.; pero además ofreciendo al personal de la salud información contextualizada y biográfica del mismo (10).

Este enfoque aporta al modelo biomédico tradicional un panorama más amplio del paciente y de todas las implicaciones que tiene la enfermedad sobre su vida y su entorno, nos extiende una invitación para ver a los pacientes como si fueran un libro abierto del cual tenemos mucho que aprender, este libro lleno de historias o narrativas contendrá recuerdos, asociaciones, alusiones, opiniones, todas ellas estarán sujetas a nuevas interpretaciones y abiertas para quien desee leerlas. En las narrativas que se exponen en este ensayo los pacientes piden no ser juzgados, como se dice popularmente “no podemos juzgar a un libro por su portada”, ni etiquetarlo sin antes acceder a su contenido, Post enuncia que “la narrativa de la enfermedad debe ser respetada, que ningún paciente puede ser reducido a un acertijo biológico que debe ser resuelto”(11). Para poder llevar la medicina narrativa a la práctica clínica, se requiere de habilidades en el lector las cuales incluyen el poder escuchar activamente lo que se va a contar con el suficiente respeto, interés, imparcialidad y receptividad, así como la capacidad de reflexionar lo que se está leyendo, y mantener en todo momento una curiosidad abierta para preguntarnos a nosotros mismos y al autor cuál el trasfondo de lo que se presenta. Si el médico no puede realizar el papel de lector u oyente, el paciente podría no contar su historia al no sentirse escuchado, haciendo que la percepción de la atención clínica quede marcada por el incumplimiento y que la relación médico paciente se fragmente lo suficiente a tal grado que los pacientes pueden llegar a sentirse como una carga para su médico. Como explica Rita Charon: "El dolor, el sufrimiento, la preocupación, la angustia, la sensación de que algo no está bien: son muy difíciles de concretar con palabras, por lo que los pacientes tienen tareas muy exigentes de 'contar', mientras que los médicos tienen tareas de 'escuchar' muy exigentes" (7).

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad requieren el ejercicio de estas capacidades narrativas del médico, de hecho pueden ser el instrumento terapéutico más potente (12). Al contar todo tipo de historias se ha podido encontrar un efecto curativo, Hatem y Rider, por

ejemplo, citan estudios clínicos que muestran cambios significativos en los parámetros fisiológicos, como la mejora de las funciones pulmonares en pacientes con asma o la disminución de la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumática debido a escribir sobre experiencias estresantes personales (9). Por supuesto no estamos hablando de convertirnos en el paciente o adueñarnos de su dolor, pero sí hablamos de fortalecer la relación médico paciente a través del acompañamiento, un estudio sobre el tiempo de conversación espontánea de los pacientes en la medicina general señala que dos minutos de escucha son suficientes para que el 80% de los pacientes cuenten sus preocupaciones. De los 335 pacientes, solo 7 necesitaron más de 5 minutos. Los médicos del estudio estaban entrenados en la escucha activa, y el estudio consistía en pacientes difíciles con historiales médicos complejos (9).

La medicina narrativa ofrece simultáneamente a los médicos los medios para mejorar la eficacia de su trabajo con los pacientes, con ellos mismos, con sus colegas y con los el público, como dice Alzate: “En la narración hay posibilidad de conocimiento, tanto de quien narra como de quien se narra, hay posibilidad de reconocimiento del otro y de sí mismo, porque existe la posibilidad de narrarme y contarme. Igualmente, tener la capacidad de narrar y narrarme ofrece la oportunidad de testimoniar y convertirme en testigo, es decir ser confiable ante un hecho, ser capaz de constatarlo”(11). La medicina narrativa facilita la gestión de los elementos motivadores en cada paciente lo que facilita la generación de cambios requeridos, Kathryn Montgomery Hunter fue una de las primeras en señalar la estructura narrativa del conocimiento médico: “La narrativa es el último dispositivo de casuística en la medicina que permite a los profesionales que comparten su visión del mundo diagnóstico y terapéutico ajustar los principios generales al caso individual y lograr un grado de generalización que es a la vez practicable y abierto al cambio”(7). A través de la narrativa podemos cambiar el rumbo de la atención clínica, este nuevo enfoque podría renovar la medicina y sólo por ello vale la pena que sea explorado.

Conclusiones

La medicina basada en narrativa no debe confundirse ni limitarse con “saber escuchar las historias que tienen por contar los pacientes”, el verdadero reto para el profesional de la salud consiste en tener la capacidad de obtener, interpretar y saber qué hacer con dicha información, no obstante, es necesario que el sistema sanitario facilite y ponga a disposición de todo el personal las herramientas necesarias para adquirir habilidades y destrezas que permitan introducir la narrativa en un entorno sanitario carente de empatía y humanidad.

Este nuevo enfoque debe de verse como la oportunidad de establecer un encuentro más humano con los pacientes y una comprensión más profunda de cada individuo a la que sería casi imposible acceder por otro método, como resultado se produce una relación médico-paciente más nutrida y terapéutica, se abre paso a una atención médica más completa y adecuada a las necesidades individuales de cada paciente, lo que se ve reflejado en las narraciones contadas por ellos mismos, en donde ha habido un cambio en la forma en la que perciben a los sistemas sanitarios a través del tiempo, inclusive sus vidas han evolucionado así como lo han hecho sus enfermedades hacia un cambio natural y espontáneo en donde han adquirido nuevas capacidades de autocuidado y autogestión.

A pesar de que se realizaron preguntas concretas sobre la atención de la salud, todas las narrativas contienen implícitas emociones, sentimientos y creencias, con eso reafirmamos que no es posible aislar la enfermedad de la persona. Quizá una de las principales barreras por las cuales la medicina basada en narrativa aún no forma parte de nuestras directrices es la falta de evidencia científica que la respalde, porque... ¿Cómo podríamos medir lo subjetivo? Las historias narradas en este ensayo representan un portavoz para introducir este enfoque en la práctica clínica y en la formación médica moderna.

“Cuando leas... abre tu mente tanto como sea posible, entonces los signos y señales de una sutileza casi imperceptible te llevarán ante la presencia de otro ser humano como ningún otro”. Virginia Woolf, How to Read a Book.

Guía de preguntas utilizadas para la realización de las narrativas de las personas:

¿Quién es usted? (Cómo se define/identifica)

¿Cuáles son las enfermedades crónicas con las que usted vive?

¿A quiénes considera su red de apoyo?

Al momento del diagnóstico

¿Cómo fue su experiencia en el momento en que le diagnosticaron su enfermedad crónica con el personal sanitario (médico, enfermería)?

¿Qué palabras o frases tuvieron mayor impacto para usted en ese momento del diagnóstico de sus enfermedades crónicas?

¿Cuáles fueron sus emociones durante el momento del diagnóstico de sus enfermedades crónicas?

¿Qué fue lo que más le ocasionó preocupación en el momento de su diagnóstico?

Utilice 3 palabras para definir su atención médica en este momento

Durante la evolución de sus enfermedades crónicas

¿Considera que alguna de sus preocupaciones que tuvo al inicio de su diagnóstico, se resolvieron en este proceso? ¿Cuáles fueron? ¿Cuáles han quedado pendientes?

¿Considera que la atención médica que ha recibido a lo largo de estos años, ha cambiado su forma de vivir con sus enfermedades? Justifique

Actualmente

¿Ha notado alguna diferencia entre la atención médica que recibe actualmente con la que recibió en el momento de su diagnóstico?

¿Cuáles serían sus recomendaciones para los médicos/personal sanitario en formación que próximamente se encontrará en alguna unidad de atención?

¿Considera que puede expresarse libremente en el momento de su consulta médica sobre sus necesidades en salud? ¿Por qué?

Relate una situación en la que haya sentido empatía durante el proceso de su enfermedad.

Utilice 3 palabras para definir su atención médica actual.

3.3 MÓDULO 3. ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA AUMENTAR EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

El encuentro de personas con enfermedades crónicas es una de las estrategias del Modelo de Atención Integral centrado en la persona para el cuidado y el control de enfermedades crónicas que tiene como objetivo: construir y fortalecer la constitución de la comunidad saludable (o entorno saludable) de quienes viven con enfermedades crónicas, y para ello sus componentes son crear políticas públicas saludables, entornos saludables y fortalecer la acción comunitaria, descrito esto se puede ver que por sí mismo se describe a las acciones correspondientes al subsistema comunidad dentro del modelo expandido previamente tratado a principios de este documento.

Los médicos pasantes del servicio social adscritos a este diplomado extendieron la invitación al 6° Encuentro de personas con enfermedades crónicas dentro del Centro de Salud Salvador Allende con clínica de especialidades por diversos medios; de forma verbal durante las citas programadas en el consultorio de crónicos, con apoyo de un cartel impreso (anexo 1) vía telefónica y extendiendo la invitación en áreas de espera a las personas que asistían al centro de salud, en la información que se les proporcionaba se fundamentaba el objetivo de dicho encuentro, horario y sede, teniendo respuesta confirmatoria de un total de 9 pacientes previo a la fecha acordada, sin embargo por cuestiones de logística, la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán informo un cambio de sede; previo fin de semana a la fecha acordada, se realizó la recaptura de los pacientes informando como nueva sede el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán, el día 13 de Marzo del 2024, participando estas dos unidades más el Centro de Salud T-III Carmen Serdán, con la asistencia de un paciente del CST -III Dr. Salvador Allende. (anexo 2)

Con el propósito de obtener resultados satisfactorios a dichos encuentros, se realizaron dentro de las sesiones del Diplomado del MAICP; capacitaciones, basadas en tres momentos (el antes, durante y el después), practicando la dinámica de un grupo de discusión formado por los mismos integrantes médicos pasantes del servicio social del diplomado, esta simulación en la cual se tomaban ciertos roles como: coordinador, relator, personas participantes, se realizó siguiendo una guía de preguntas e información proporcionada por el equipo de del diplomado,

todo esto realizado dentro de las instalaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Dentro de estas actividades, mi participación se basó en dos momentos; el primero dentro de la Jurisdicción sanitaria de Coyoacán; fungiendo como relatora de este encuentro, con la información previamente mencionada, en un segundo momento participe como coordinadora realizado en la Jurisdicción de Xochimilco, la cual se realizó con fecha del 22 de Marzo del 2024, en un horario de 9:00 a 13:30 horas, en el Centro Cultural Teatro Carlos Pellicer, con los Centros de Salud T III Xochimilco, Xalpa y Tulyehualco, anexo a continuación las relatorías correspondientes, siguiendo el orden mencionado.

Describiendo el encuentro realizado en la jurisdicción sanitaria de Coyoacán el total de pacientes esperados por los tres centros de salud, era de 25 pacientes posibles, teniendo una asistencia total de 18 pacientes, siguiendo un programa el cual constaba de la bienvenida por parte de las autoridades correspondientes en este Centro de Salud, un encuadre e informe de avances realizado en esta sede con la ayuda de Paulina Aguilera (Responsable UAM), la realización del taller, ser; hacernos comunidad, plenaria, entrega de recetario a los participantes y clausura de las actividades. Con lo anterior descrito se realiza un programa similar en la Jurisdicción sanitaria de Xochimilco, la cual tenía un estimado en total 97 pacientes, llegando a un 85 de participantes totales y teniendo como responsable UAM: Víctor Ríos, realizado el día 22 de Marzo del 2024, las conclusiones de ambos encuentros son las siguientes:

ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (COYOACAN)

Jurisdicción COYOACAN	Sanitaria:	Coordinador(a): Zeltzin Yared Urbano Benítez	Página: <u>2</u> de <u>10</u>
Relator(a): Bernal Pérez Martha Patricia/Marcos Cruz Susana Guadalupe		Grupo: 2	Fecha: 13/MARZO/2024

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
José Antonio González	M	53	C.S.T III San Francisco Culhuacán
Jesús Martínez Guzmán	M	67	Policlínica Salvador Allende
Gracia Lilia Pastrana	F	75	C.S.T III Carmen Serdán
Gabriela Salazar	F	80	C.S.T III Carmen Serdán
Martín Castañeda	M	60	C.S.T III San Francisco Culhuacán
Hilda Gómez	F	58	C.S.T III San Francisco Culhuacán
Margarita Rosas	F	77	C.S.T III San Francisco Culhuacán
Nuria Lafuente S.	F	50	C.S.T III San Francisco Culhuacán
Filogonio González Hernández	M	63	C.S.T III San Francisco Culhuacán

2. Datos del Taller

Objetivo del taller: Ser, hacemos comunidad: Crear un ambiente agradable para conocer y compartir qué necesidades, aspiraciones y objetivos tenemos en común, como personas que viven con enfermedades crónicas.

Hora de inicio: 9:00 Hrs.

Hora de finalización: 13:30 Hrs.

3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Presentación de coordinador(a) y relator(a) 2. Presentación de cada persona integrante del grupo 3. Encuadre Explicar qué va a trabajar el grupo Cómo va a trabajar el grupo Las reglas del grupo Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente) Dudas respecto a la dinámica del grupo 4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias Ser, hacemos comunidad 5. ¿Qué aprendimos en esta sesión? 6. Puntos importantes a presentar en la plenaria 7. Agradecimiento y cierre de la sesión grupal. Volver a la plenaria.

4. Descripción detallada del taller:

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

Primer momento. Diálogo en parejas:

¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?

Aproximadamente 10 minutos

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?

Por favor:

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

Describe, si es posible, algunos de los intercambios que logre escuchar. Pero no olvidar que lo importante es el diálogo en las parejas que se formen.

Primero se formaron parejas entre los integrantes del grupo 2. En general se percibió un ambiente tranquilo, respetuoso y relajado, la conversación entre los participantes en algunas parejas era fluida, mientras que entre otras parejas que se desarrollará la conversación fue un poco más difícil y entre otra pareja en uno de los participantes predominaba más en el intercambio de información. Se presentaron entre ellos con su nombre, del centro de salud del que provenían y las enfermedades crónicas con las que viven. Así mismo intercambiaron

algunas de sus vivencias que tanto ellos como sus familiares habían pasado, como personas que viven con enfermedades crónicas, también algunas de las dificultades que enfrentaron al conocerse como personas con hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo II o dislipidemia, algunas de las cuales fueron, que en un principio estaban en negación acerca su padecimiento, posteriormente el acudir a sus citas médicas mes con mes y seguir su tratamiento, así como el adaptarse a cambios en sus hábitos y costumbres con relación a su alimentación y su actividad física.

Comentando que en especial, uno de los cambios más difíciles que han tenido que hacer, es la alimentación, ya que en ocasiones no cuentan con el tiempo suficiente para preparar sus alimentos, debido a sus horarios de trabajo, también el que el costo de algunos alimentos son elevados, entre otros.

Durante todo el tiempo que se llevó a cabo este intercambio de ideas y vivencias entre las parejas formadas, fue de manera respetuosa entre los integrantes.

Descripción detallada del taller:

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

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

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

Asegúrese de anotar cada una de las preguntas, de preferencia escriba cada vez la pregunta completa, a fin de que la transcripción se haga de manera correcta; sin dar margen a errores:

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión.

1. ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas? ¿Qué compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

- Que todos son personas y que tienen enfermedades similares (Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial Sistémica o Dislipidemia).
- Algunos cuando se enteraron de que tenían una enfermedad crónica estuvieron negación, por cierto, tiempo.

Jesús Martínez Guzmán: -Nosotros como personas, muchas veces no entendemos la complejidad de nuestras enfermedades, hasta que nos sentimos mal o tenemos complicaciones en el hospital -

- Algunos coincidieron en que les costaba trabajo seguir o comprender la información que se les daba en el momento de la consulta
- Asisten a sus consultas, siguen las recomendaciones que se dan en consulta.
- Se cuidan para evitar que se presenten complicaciones de sus enfermedades crónicas.
- Intentan cuidar y mejorar su alimentación.
- Tienen el interés de mejorar su calidad de vida



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

- Deben tener citas médicas y chequeos generales frecuentes, para tener diagnósticos oportunos de enfermedades crónicas, evitar sus complicaciones y también poder cuidarse mejor.
- Lleva una alimentación saludable

-Martin Castañeda: “Es diferente la alimentación en personas que no trabajan y las que sí lo hace, depende mucho de tus recursos económicos, sin embargo, podemos poner muchas excusas como estas, habrá quien sí las tenga difíciles, pero yo reconocí que mi actitud era el verdadero problema, porque yo ya sé que tengo que comer, que hacer y qué no hacer, hasta que tuve un episodio de hipoglucemia, corregí mi forma de pensar, y comprendí que me hacía daño a mí”

- Que es importante tener más difusión sobre las enfermedades crónicas, tanto para ellos, así como para sus familiares y conocer sus causas y consecuencias de estas mismas.

-Gracia Lilia Pastrana: “Yo acudía a cursos para personas con diabetes, cuando aún no me daban el diagnóstico, la gente me preguntaba porque iba y yo les decía, que, porque consideraba importante informarme, ya que tengo familiares que fallecieron por esto, entonces el miedo fue una de mis principales preocupaciones para interesarme en esto”

- Como personas con diabetes, requieren exámenes oftálmicos al menos 1 vez al año, para evitar alguna complicación de la vista.
- Una mejor orientación acerca de su alimentación y poder implementar cambios saludables en esta misma.
- El apoyo moral, proveniente de la familia, de la comunidad o del médico

-Gracia Lilia Pastrana: -Desde que me diagnosticaron Diabetes, todos los días en lugar de agradecer por un día más, me sentía triste, yo considero que el apoyo moral es tener palabras de aliento y sentirme escuchada y muchas veces no lo recibí exactamente de mi familia”

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

- Tener más AMOR PROPIO, para poder cuidar mejor de sus cuerpos, para así poder cuidarse mejor y tener un adecuado autocontrol de su enfermedad.

- Filogonio González Hernández: - Hacer consciencia en que tenemos la necesidad de cuidarnos también es difícil, al menos a mí se me hizo difícil, pero el carnet que nos da el centro de salud dice “el primer responsable de su salud, es usted” pero yo creo que el ser humano tienen la tendencia a no cuidarse, por ejemplo un joven de 20 años come y bebe cosas que no debe, porque sabe que no se va a morir mañana, sin embargo nosotros tenemos que hacer un cambio de actitud de ese comportamiento que tenemos aprendido desde que fuimos jóvenes de 20 años, desde que nos dan el diagnóstico de Diabetes”.



- Aprender nuevamente a comer. (Comentaron que desde pequeños nadie les enseñó a tener una alimentación adecuada, pues no es equilibrada, también que los medios de comunicación influyeron mucho, por la publicidad que se le da a alimentos como la Coca-Cola, las golosinas, etc.)
- Evitar tener ayunos prolongados, ya que han notado que tener muchas horas de ayuno aumenta sus niveles de glucosa.
- Apoyarse mutuamente, pues en ocasiones por parte de sus familiares los regañan o ya están cansados de estarlos cuidando, y en ocasiones siempre es bueno unas palabras de aliento por parte de alguien que entiende lo complicado que es hacer los cambios en su forma de alimentación, actividad física y tratamientos médicos.
- Cuidarse física, mental y médicamente.
- Continuar en parámetros de control de sus enfermedades crónicas y evitar complicaciones.
- Tener calidad de vida.
- Poder seguir siendo independientes y no dar molestias a sus familiares con complicaciones propias de su enfermedad,

-Jesús Martínez Guzmán: A mí me gustaría tener un equilibrio entre la enfermedad y yo, no curarme, porque sé que eso no es posible, considero que ya acepté mi enfermedad, aunque hay veces que siento que recaigo”.

- Transmitir lo que ya se a otras personas
- Convivir más con sus familiares y amigos ahora y no cuando sea tarde (se comentó que en ocasiones los familiares se frecuentan más cuando las personas con enfermedades crónicas ya tienen complicaciones, así que es mejor convivir más con ellos ahorita que aún son fuertes e independientes). -Hilda Gómez: “A mí me hablan por teléfono, pero también me preguntan de mi consulta médica y como voy de mi salud”.

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

De acuerdo con lo que se comentó entre los participantes del grupo, sí es posible mediante los siguientes aspectos:

- Apoyándose entre ellos mismos.
- Intercambiando información que tengan a la mano y al mismo tiempo vivencias, para conocer mejor su enfermedad y también conocerse mejor entre ellos.
- Al conocerse mutuamente, pueden tenerse como red de apoyo y no solo a su familia, transmitir información con dudas que se fueron resolviendo a lo largo de su enfermedad.
- Establecer horarios de comida, para poder mejorar su alimentación.



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

Que mediante folletos o carteles se pueda:

- Realizar mayor difusión referente a enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial Sistémica y Dislipidemias).
- Que los grupos de enfermedades crónicas tengan mayor difusión, para que más personas puedan asistir a estos y aprender y conocer más acerca de sus enfermedades y complicaciones.

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

Todos los participantes aceptaron participar en una próxima reunión y así mismo proporcionaron sus números telefónicos para agregarlos a un grupo de WhatsApp y así estar en contacto entre ellos.

Cierre del Taller: ¿Qué aprendimos hoy?

Como personas que vivimos con enfermedades crónicas es importante informarnos y conocer mejor nuestras enfermedades, para así poder cuidarnos, tener una mejor alimentación y evitar que tengamos complicaciones relacionadas con diabetes, hipertensión o dislipidemia. Del mismo modo que entre ellos mismos se pueden ser su red de apoyo y darse consejos y recomendaciones en ciertos aspectos (como alimentación, actividad física, etc.)

ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (XOCHIMILCO)

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco	Coordinador(a): Susana Guadalupe Marcos Cruz	Página: <u>2</u> de <u>17</u>
Relator(a): Ana Patricia Hernández Flores	Grupo: 9	Fecha: 22/03/2024

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Monroy Mejía Araceli	F	52	CST III. San Mateo Xalpa
Méndez Díaz María Eugenia	F	62	CST III. Xochimilco
Díaz Vargas Concepción	F	90	CSTIII. Xochimilco
Medina Meléndez Inés	F	48	CST III. Tulyehualco
Bautista Ibáñez Margarita	F	60	CST III. Tulyehualco



Rodríguez Arellano Laura	F	46	CST III. Tulyehualco
Cruz Santana Gabriela	F	48	CST III. Tulyehualco
Domínguez Alamillo Guadalupe	F	65	CST III. Tulyehualco
Campusano Mejía Olivia	F	62	CST III. Xochimilco

Objetivo del taller: Construir y fortalecer la constitución de una comunidad saludable para quienes viven con enfermedades crónicas a través de la creación de espacios para dialogar, compartir y reflexionar acerca de las experiencias personales viviendo con la enfermedad, así como la identificación de las aspiraciones y necesidades comunes con la finalidad de generar propuestas de acción colectiva en beneficio de la comunidad.

Hora de inicio: 09:00

Hora de finalización: 13:30

2. Datos del Taller

3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Presentación de coordinador(a) y relator(a) 2. Presentación de cada persona integrante del grupo 3. Encuadre Explicar qué va a trabajar el grupo Cómo va a trabajar el grupo Las reglas del grupo Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente) Dudas respecto a la dinámica del grupo 4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias



- Ser, hacernos comunidad
5. ¿Qué aprendimos en esta sesión?
 6. Puntos importantes a presentar en la plenaria
 7. Agradecimiento y cierre de la sesión grupal.
- Volver a la plenaria.

4. Descripción detallada del taller:

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Primer momento. Diálogo en parejas:

¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?

Aproximadamente 10 minutos

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?

Por favor:

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

Describa, si es posible, algunos de los intercambios que logre escuchar. Pero no olvidar que lo importante es el diálogo en las parejas que se formen.

El grupo #9 fue el último en integrarse y estuvo conformado por 9 personas todas del sexo femenino, 2 de ellas acompañadas por sus hijas de aproximadamente 2 años de edad, de forma general todas las integrantes se muestran alegres y con disposición a participar, tras explicarles cuál era la dinámica de la primera actividad a realizar, se logra conformar a 3 parejas y una tercia de forma aleatoria debido a la disparidad del grupo. Al iniciar y durante los 10 minutos otorgados para conocer a la persona que tenían enfrente, se percibe un ambiente ameno, relajado y cordial, se observa que la conversación entre las parejas fluye con facilidad, las personas se encuentran cómodas y alegres relatando sus experiencias,



aspiraciones y necesidades con sus compañeras. Algunos de estos intercambios se trataban acerca de:

El deseo de evitar las complicaciones que se derivan de las enfermedades crónicas al haber tenido la experiencia de ver o vivir junto a un familiar, amigo o conocido, la forma en que estas afectaron no solo el estado de salud, sino también la calidad de vida llevándolos a una muerte no digna.

La importancia de recibir una educación en salud orientada hacia la prevención de enfermedades crónicas, incluyendo la identificación de los factores de riesgo modificables para que sus familiares gocen de un estado de salud pleno.

Aprender a llevar una alimentación adecuada, el reconocimiento de cuáles son los alimentos que pueden influir en el control glucémico o de la presión arterial, y la obesidad.

La dificultad de mantener hábitos saludables tanto de alimentación como de ejercicio cuando no cuentan con una buena red de apoyo que las motive a seguir adelante.

Presentación de las parejas

Se pide que de forma voluntaria que una persona por pareja comparta con el resto del grupo cuales fueron las aspiraciones y necesidades que compartió con su pareja. Las participaciones fueron las siguientes:

- Pareja #1: “Yo soy Guadalupe soy hipertensa y mi pareja es Margarita, ella padece diabetes e hipertensión, nosotros tuvimos en común que estamos pasadas de peso, compartimos la necesidad de saber que alimentos podemos comer y cuales deberíamos evitar para mejorar nuestras cifras de glucosa, de presión y no subir más de peso, que se nos informe cuales son los factores de riesgo que podríamos evitar para que nuestros familiares, principalmente nuestros hijos no lleguen hasta ese punto, personalmente tuve la experiencia de vivir con un familiar que tristemente acabo sin una pierna y falleció a causa de la diabetes, es algo a lo que no quisiéramos llegar.”

Aspiraciones: Preservar la calidad de vida evitando las complicaciones relacionadas a sus enfermedades crónicas.

Necesidades: Mejorar sus hábitos alimenticios y conocer los factores de riesgo que son modificables.

- Pareja #2: “Yo soy la señora Gaby, soy prehipertensa y estuve con la señora Laura, ella es diabética, ambas deseamos vivir una vida lo más plena posible como si no tuviéramos nuestras enfermedades, ¿Cómo? mejorando nuestra alimentación y entendiendo que “la enfermedad no debería ser sinónimo de muerte”, necesitamos reaprender a comer otra vez como lo hacen los niños pequeños, existe ese temor a la palabra “dieta”, el solo escucharla nos hace imaginarnos que vamos a vivir con muchas restricciones, con una lista de prohibiciones que nos va a dar el especialista o



el médico y que además vamos a pasar por hambre, creo que debemos estar mejor orientadas para no tener esos conceptos erróneos.”

Aspiración: Tener un estilo de vida similar al que tenían antes de ser diagnosticadas con la enfermedad.

Aprender a comer de forma saludable.

- Pareja #3: “Yo soy Araceli y estuve con la señora Olivia, compartimos como enfermedades diabetes e hipertensión, nos gustaría llegar a una edad en donde seamos independientes en todas nuestras actividades, ambas tenemos hijos y no quisiéramos darles problemas a ellos por no cuidarnos adecuadamente a esta edad. Sabemos que es importante acudir a las consultas pero nuestros hábitos juegan un papel muy importante, nos cuesta trabajo tener la disciplina para decir “NO” a lo que sabemos que nos hace daño consumir, creo que nadie nos prepara para asimilar la enfermedad que tenemos, es difícil dejar de hacer, de comer las cosas que nos gustan y optar por las cosas que son saludables, también para la familia de uno es difícil adaptarse al cambio, no van a dejar de comer lo que a ellos les gusta porque el enfermo es uno, y eso hace que en ocasiones te sientas solo.”

Aspiraciones: Conservar su independencia al llegar a la vejez.

Necesidades: Ser más disciplinadas en su alimentación y contar con la empatía y el apoyo de su familia o cualquiera que sea su red de apoyo.

- 4.- Tercia: “Yo soy María Eugenia y respecto a lo que compartí con la señora Concepción y la señora Inés es que dos de nosotras somos hipertensas y aspiramos a mejorar nuestras cifras de control con la menor cantidad de medicamentos posibles, para ello estamos de acuerdo que necesitamos entre otras cosas ser más disciplinadas con el tema de la alimentación que es lo que más trabajo nos cuesta, a mí por ejemplo mis hijos me regañan cuando me ven comiendo sal, pero para mí es difícil ver como el resto de mi familia puede comer alimentos que si yo no limito en mi dieta perjudican en mi presión arterial. También creemos que sería importante tener más herramientas para saber poner sobre la mesa alimentos saludables, por ejemplo, la señora Inés también nos platicó que hace algún tiempo asistía a talleres en los cuales le enseñaban a preparar ensaladas, soya, ese tipo de alimentos, pero después dejaron de organizarse y podría ser una buena alternativa para aprender a alimentarnos mejor.”

Aspiraciones: Disminuir la cantidad de pastillas que toman al día.

Necesidades: Ser disciplinadas y constantes para mantener una buena alimentación y contar con una red de apoyo empática con ellas.

Descripción detallada del taller:

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller



Utilice tantas hojas como sea necesario

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

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

Asegúrese de anotar cada una de las preguntas, de preferencia escriba cada vez la pregunta completa, a fin de que la transcripción se haga de manera correcta; sin dar margen a errores:

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

1.- ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

-Sí yo creo que la mayoría de las que estamos aquí al ser mujeres somos también amas de casa, tenemos hijos o hasta nietos, queremos verlos crecer o verlos formar una familia, yo veo que dos de ustedes incluso vienen con sus niñas pequeñas, entonces de cierta forma somos el ejemplo de las generaciones que vienen debajo de nosotras y el compromiso que tenemos es atendernos, no faltar a nuestras consultas, eso nos hace estar aquí hoy, que somos personas interesadas en nosotras mismas.

-Que la mayoría de nosotros parecemos estar informados de que nuestra salud se ve influida por muchos factores, entre ellos la forma en la cual nos alimentamos y que tenemos que hacer otras cosas, por ejemplo, ejercicio, la salud es como la tierra, hay que cultivarla con buenos hábitos para poder cosechar buenos resultados, comiendo bien, durmiendo bien, atendiéndonos y teniendo esa constancia para que nos vaya mejor.

-Yo creo que independientemente de cual sea la enfermedad que padecemos, todos tenemos o nos hemos fijado objetivos que queremos alcanzar, para algunos mantener nuestras cifras de glucosa, para otros la presión arterial, algunos otros quieren bajar de peso, y para lograr todo



esto tenemos que llevar un estilo de vida saludable en alimentación, en ejercicio, en venir a nuestro seguimiento mensual.

-Compartimos diagnósticos, más allá de eso tenemos en común algunas experiencias de vida, todos en algún momento, tal vez al principio cuando nos enteramos del diagnóstico, pasamos por emociones y sentimientos de confusión, decepción, injusticia, y conforme hemos ido afrontando la enfermedad hemos sentido miedo, ahora que sabemos un poco más y que estamos en el programa también estamos mejor informados, sabemos que puede ocurrir y somos más responsables al tener ese conocimiento. -Que algunas tenemos las mismas necesidades, aprender a alimentarnos mejor, ser disciplinadas, sentirnos acompañadas, ser funcionales cuando lleguemos a la vejez y todas tenemos en mente o nos hemos visualizado de alguna forma para cuando cumplamos determinada edad, deseamos no tener complicaciones, todas queremos disfrutar la vida que nos queda por delante con nuestras familias y también quisiéramos que ellos no repitan o no tengan que sufrir por tener una enfermedad crónica.

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

-Yo veo que la mayoría de nosotras estamos al tanto de que hay alimentos que perjudican en el control de nuestras enfermedades, pero a pesar de saberlo, ser disciplinadas nos cuesta mucho trabajo y lo mismo pasa con el ejercicio, nos falta mantener esa constancia, porque conciencia la tenemos, pero muchas veces como lo comentaron hace rato, el que nos den una dieta y nos den una lista con todas las cosas que no podemos comer desde ese momento, por el simple hecho de estar "prohibidas" son las que más se nos antojan o los que más nos cuesta trabajo dejar de comer, entonces hasta la forma en la cual nos dicen las cosas influye en nuestra conducta, en lugar de eso a mí me han dicho que no necesito dejar de comer las cosas de forma radical, solamente es aprender que existen porciones que de vez en cuando no está mal consumirlas, entonces ahora sé que si yo me comprometo, tomo mis medicamentos, voy a consulta y mi glucosa está bien me puedo comer medio pan dulce de vez en cuando sin sentir ese miedo o culpa de consumir lo que me gusta.

-Sí, el aprender a cuidar mejor nuestra alimentación, escuchándolas a todas creo que necesitamos tener esa información de que alimentos me suben la glucosa, que alimentos me suben la presión, que alimentos no me permiten bajar de peso y cuales elevan el colesterol, a veces uno consume cosas creyendo que son saludables, nunca faltan los juguitos, el té, porque nos lo recomendó la vecina y resulta que no lo son y uno no lo sabe, necesitamos estar mejor orientadas en ese sentido.

-Tener una educación en prevención, tal vez para nosotras ya es demasiado tarde y una de las cosas es que en ocasiones ni siquiera entendemos por qué nos tocó enfermarnos a nosotras. ¿Por qué yo soy hipertensa si no hay nadie en mi familia que lo sea?, ¿Por qué si considero no lleve una mala alimentación?, ya después entendí que tuve un estilo de vida muy sedentario, me estresaba mucho, pero a lo que voy es que se nos informe cuáles son esos factores de riesgo porque ya lo decíamos, todas tenemos familia, hijos, nietos jóvenes que pueden vernos y aprenden a través de nosotras, así como algún día les enseñamos a caminar, a hablar, a todo, así también pueden aprender a cuidar de sí mismos para no llegar a este punto.

-El contar con el apoyo de la familia yo creo que también es algo que todas deseamos, que las personas con las que vivimos o que son más allegadas a nosotras nos provean de compañía, de afecto de escucha y no que solamente estén ahí para regañarnos, yo soy una adulta mayor, me cuesta trabajo escuchar y ya no camino sin ayuda, entonces mi hija está ahí para ayudarme a hacer lo que yo he ido perdiendo la capacidad de hacer por mí misma, me ayuda a buscar información en internet porque yo no sé usar los aparatos de hoy en día y me cuida, me lleva a mis consultas, me da mis medicamentos, eso es lo que me ha permitido estar y sentirme mejor a comparación de otras personas de mi misma edad.

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

-Sí, mucho se habla de la calidad de vida, yo creo que queremos envejecer con las mejores condiciones posibles, yo por ejemplo estoy muy acostumbrada a levantarme temprano, salir de mi casa, ir a comprar mi mandado, hacer mi comida, quiero conservar como todas ustedes esa libertad de ser yo misma hasta donde más sea posible, yo también viví con un familiar que sufrió una amputación y es muy triste porque no se cuidó cuando tuvo la oportunidad de hacerlo, por eso estamos aquí, a lo mejor nos vemos en un espejo y no quisiéramos ese reflejo a futuro, queremos seguir aquí para disfrutar a nuestros hijos, a nuestros nietos, todos en algún momento vamos a fallecer, pero lo importante es ¿cómo?, yo no quisiera convertirme en una carga para mis hijos por no haberme atendido ahora que puedo y que estoy a tiempo.

-Definitivamente creo que el evitar las complicaciones, es algo que a todas nos da miedo, como lo dijo la señora, ya sea por experiencias que hemos tenido con personas cercanas o porque uno ve y se entera de tantas cosas que uno no quisiera para su salud, mi madre tuvo diabetes y era muy gordita, perdió la vista, un día le dio un infarto fulminante y ahí quedó. Pero no sólo es el hecho de no tener complicaciones, sino también de que si ya tenemos una enfermedad crónica, quedarnos ahí, yo que soy diabética no quisiera tener aparte hipertensión, obesidad, o más enfermedades.

-Yo también creo que todas o la mayoría de las que estamos aquí quisiéramos vivir un estilo de vida como si no tuviéramos la enfermedad, tener esa tranquilidad de que estamos haciendo las cosas bien y en beneficio de nosotras mismas porque la salud no es solamente un componente de la calidad de vida sino también es un resultado de ella y todo lo que hacemos y dejamos de hacer por nosotras mismas se ve reflejado en nuestra salud.

-Yo siento que si nosotras ya estamos enfermas y algunas de nosotras tenemos una, dos o más enfermedades crónicas lo que deseamos es evitar que alguien de nuestra familia las desarrolle, nadie de nosotras quisiera tener un hijo o una hija igual de enfermos que nosotras.

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

-Sí, a lo mejor podemos partir de ir disminuyendo la cantidad de alimentos que sabemos que no nos aportan nada y en lugar de eso aprender que alimentos pueden sustituirlos, saber hacer elecciones más inteligentes sin que eso signifique que comer sano es comer lo que no nos gusta o lo que no está rico.

-A mí sí me llamó la atención que la alimentación es lo que más se repite en el grupo, la mayoría de nosotras no es que no sepamos que algo nos hace daño, sino más bien no hemos terminado de tener la contundencia como lo dijo una de ustedes de decir “NO” y

disciplinarnos, yo creo que una buena idea sería que nos apoyen en el sentido de darnos más herramientas por ejemplo, ya está el recetario, pero también podríamos retomar lo que dijeron las señoras hace rato, que impartan talleres de alimentación saludable, en los que nos enseñen a preparar platillos con un buen contenido de nutrientes para nosotras porque a veces también la rutina del diario hace que no sepamos ni qué hacer de comer, sería como una herramienta para tener más variedad y al mismo tiempo cuidar nuestra salud y la de la familia.

-El problema y no me gustaría hablar por todas, es que muchas veces también la misma familia nos hace más difícil el que podamos apegarnos a llevar una buena alimentación, yo estoy de acuerdo en que ellos no tienen por qué restringir su dieta porque no son quienes están enfermos, pero si yo soy una persona que tiene diabetes y estoy tratando de cuidar mejor lo que como y llega mi esposo después de trabajar con una bolsa de pan entonces creo que no está entendiendo mis necesidades, para mí el contar con una red de apoyo que apoye mis necesidades es fundamental, si mi red de apoyo me acompaña con mi enfermedad, pues tal vez mi esposo en lugar de traer pan, me va a traer un kilo de manzanas porque leyó o se informó de que tienen menos azúcar y no me hacen daño, buscará mi bienestar.

-Yo también estoy de acuerdo, la idea del taller de alimentos me parece buena, pero la realidad es que ustedes al ser mamás entenderán, yo puedo ir al taller, aprender a hacer ensaladas y prepararle a mi familia, a mis hijos, un plato con todo el amor del mundo pensando en su salud, en que ellos prevengan enfermedades, pero la verdad es que no se la van a comer, si a veces cuando cocinamos dentro de la misma familia hay integrantes a quienes no les gusta lo que hacemos de comer, ahora si yo les pongo un plato de verdura o algo saludable menos, por eso creo que se deberían de hacer talleres para que la familia pueda involucrarse más con el enfermo.

-A mí me parece también una buena idea que se haga un taller tanto para pacientes como para sus familiares en donde no se nos venga a hablar de la enfermedad como tal, sino que se les informe a ellos sobre el tipo de alimentos que perjudican en nuestro control de glucosa y de presión, o que por ejemplo como ya lo habían mencionado se nos informe de los alimentos que elevan el colesterol o los triglicéridos, tal vez si yo le digo a mi familia no me harán caso o no me van a creer, pero escuchándolo de ustedes como profesionales de la salud es diferente, tal vez ellos están conscientes, pero no están totalmente involucrados con nosotras y con nuestras enfermedades, necesitamos sentirnos apoyadas o acompañadas, no se trata de que se sacrifiquen con nosotras, pero sí que nos ayuden a crear alternativas para mejorar nuestra salud, que sean empáticos

-Dra. Susana: Bueno, ya tenemos una propuesta de estos talleres, aparte de esto, ¿alguien más tiene otra sugerencia?

-Incluso nos podría funcionar hasta empezar con un grupo de whatsapp, aunque la verdad siendo honestas cuantas de nosotros vemos un mensaje y decimos “bueno al rato lo leo”,

pero creo que si se envía un mensaje con información sólida, válida y fidedigna, “ah mira la manzana tiene este valor nutrimental” lo manda la nutrióloga fulana de tal de tal lado, para mí es una información válida y no es ¡Ah, la vecina me recomendó!..

-Yo si preferiría que fuera una sesión presencial, porque el objetivo es que contemos con la compañía de nuestras redes de apoyo y empezar a integrarlas a nuestro estilo de vida y que sea de paso ellos empiecen a educarse para prevenir enfermedades.

-Dra. Susana: Todo esto que me comentan es muy importante, porque realmente nos damos cuenta de que el contar con una buena red de apoyo, llámese familia, amigos o quienes consideren ustedes que son más cercanos, es indispensable e influye en sus hábitos alimenticios y en los resultados que van a obtener en sus enfermedades crónicas. Si estos talleres para ustedes y sus familiares se llevaran a cabo, ¿Qué tipo de personal de salud les gustaría que estuviera a cargo?

-Yo creo que tendría que ser un abordaje integral, de entrada un nutriólogo porque es el especialista que nos va a informar sobre la relación que tienen los alimentos con que nosotros tengamos un buen o un mal desempeño en el control de nuestras enfermedades y también sería importante que estén presentes nuestros médicos que nos brindan el seguimiento porque confiamos mucho en ellos y son quienes están pendientes de nosotros mes con mes.

-También podría incluirse a un psicólogo porque el tener una enfermedad crónica es difícil desde el momento en el que te dan el diagnóstico, tan es así que lo mencionaron hace un momento, muchas de nosotros ni siquiera hemos asimilado que viviremos con una enfermedad, yo por ejemplo soy prehipertensa, pero nadie en mi familia es hipertenso ni diabético, entonces me siento con miedo, con la frustración de decir “¿Por qué yo, o por qué a mí sí me sucedió si nadie más en mi familia lo tiene?”. Al final del día el recibir una noticia así te cambia la vida porque piensas que hay cosas que no vas a poder volver a disfrutar, que nada va a ser lo mismo, que vas a tener que tomar medicamento de por vida, el tener una enfermedad crónica es un duelo, tienes que asimilar que perdiste tu salud y nadie te enseña cómo hacer eso.

-Yo también concuerdo con la idea del psicólogo, también habemos personas quienes estamos pasadas de peso y tratamos de no comer grasas, harinas, cosas que pues sabemos que engordan y aun así difícilmente bajamos de peso y eso es frustrante, uno cae en el desánimo y en preguntarse por qué si estamos haciendo lo posible por no alimentarnos mal no dejamos de estar tan gorditas.

-Dra. Susana: Bueno, ya compartimos muchas experiencias y puntos de vista, yo me imagino que hay muchas más cosas que compartir, el propósito de este encuentro es buscar soluciones, como el recetario, entonces aquí la situación para llegar a una conclusión es ponernos de acuerdo, otros grupos a lo mejor se centraron en alimentación, tratamiento, prevención, aquí lo que entiendo que queremos aterrizar son las redes de apoyo, estos talleres que comentaba Gaby pues no solamente deben ir enfocadas al

paciente, sino también al familiar. Ahora, esas pláticas entonces no deben ir dirigidas a qué es la diabetes, qué es la hipertensión, ¿Entonces a qué les gustaría que fueran dirigidas?

-Yo opino que deberían enfocarse en cómo ser una buena red de apoyo, y para ello concuerdo con lo que dijeron antes, ser una buena red de apoyo es escuchar la necesidad que tiene mi familiar con enfermedad crónica, es decir si mi necesidad como diabético es no consumir harinas y llega mi hermana, mi hijo, mi esposo con un paquete de galletitas o un pastel, mi red de apoyo no está escuchando mi necesidad, se tiene que lograr que quienes están al rededor mío entiendan qué es lo que yo requiero para que entonces digan, ah bueno no debe comer eso, entonces no le traigo, le traigo a lo mejor un pan integral que yo escuché que a lo mejor no tiene tantos azúcares y lo puede consumir, a eso deberían dirigirse a cómo cuidar, a cómo acompañar.

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

-Se podría iniciar elaborando un borrador con los temas por orden de prioridad a tratar en el taller, incluyendo actividades o programas de nutrición y de ejercicio, de apoyo psicológico y apoyo a los pacientes y sus familias, incluso elaborar material didáctico, lonas, folletos para realizar la invitación a las personas que deseamos nos acompañen a futuro a estas actividades o incluso si hay otras personas que tienen en casa a algún familiar con enfermedades crónicas y se detienen a leer este tipo de material y se interesan, sería una forma de que más pacientes lleguen traídos por sus familiares y se integren al programa.

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

Todas las participantes se mostraron dispuestas a asistir a una próxima reunión, se comentó que podrían incluso invitar a sus familiares para que las acompañen y ellos también puedan involucrarse y participar en externar sus dudas e incluso hacer propuestas sobre qué tipo de contenido desean llevarse de esos talleres que les pueda ayudar a brindar apoyo y acompañamiento a la persona que padece enfermedades crónicas. Por su parte, las integrantes del grupo acordaron empezar a poner más atención en qué necesidades notan que podrían ser satisfechas a través del taller.

Se hizo la observación de que sería difícil que la red de apoyo se involucre si las reuniones o el taller se llevan a cabo en un horario convencional de oficina porque todos tienen actividades que realizar, por lo que se podría disponer de un fin de semana para que ellas puedan venir acompañadas, o incluso un día no hábil.

Personas que desean volver a participar		
Nombre	Centro de Salud	Teléfono
Monroy Mejía Araceli	CST III. San Mateo Xalpa	5637933152
Méndez Díaz María Eugenia	CST III. Xochimilco	5549518418
Díaz Vargas Concepción	CST III. Xochimilco	5549518418
Medina Meléndez Inés	CST III. Tulyehualco	5517565048
Bautista Ibáñez Margarita	CST III. Tulyehualco	5517904971
Rodríguez Arellano Laura	CST III. Tulyehualco	5521611796
Cruz Santana Gabriela	CST III. Tulyehualco	5521519956
Domínguez Alamillo Guadalupe	CST III. Tulyehualco	5565176279
Campusano Mejía Olivia	CST III. Xochimilco	2144467892

Cierre del Taller:

¿Qué aprendimos hoy?

Hoy aprendimos que como personas con enfermedades crónicas no estamos solos, hay otras personas enfrentándose a lo mismo que nosotros y eso nos permite compartir necesidades, aspiraciones, sueños, anhelos, emociones y sentimientos, y que todos estos son válidos. Que el estar enfermo no debe ser significado de muerte, sino que es una oportunidad para empezar a cuidar hoy de nuestra salud, que si cultivamos buenos hábitos vamos a cosechar buenos resultados en beneficio de una mejor calidad de vida y que sobretodo, el contar con una red de apoyo a nuestro alrededor es fundamental, sean familiares, amigos o vecinos, incluso a través de este mismo encuentro hemos encontrado un espacio, donde como comunidad podemos escucharnos, intercambiar maneras de pensar, experiencias, vivencias y que estamos formando nuevos lazos de apoyo que si son jalados en la misma dirección vamos a incentivar cambios que nos permitan satisfacer nuestras necesidades y cumplir más fácilmente con nuestras aspiraciones.

Hacia la constitución de los Consejos Asesores

A partir de las sugerencias planteadas en las diversas sedes del 6° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas, se comenzó a implementar el último componente pendiente del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP): la creación de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.

Las propuestas planteadas a través del 6° Encuentro de personas con enfermedades crónicas fueron organizadas por el equipo de coordinación del MAICP, en 3 conjuntos principales: El primer conjunto constando en 2 Proyectos de Aprendizaje; El primero enfocado en dudas e información necesaria para una mejor comprensión de las enfermedades crónicas, o en otra dirección sobre la atención y el cuidado de estas. El 2 proyecto se centró en la prevención, en el ámbito familiar o en la comunidad vecinal de estas enfermedades crónicas.

El tercer conjunto; siendo el Taller de Autocuidado; fue destinado a otros centros de salud, dentro de ellos el CST III Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades, para esto; se realizó la invitación a los pacientes que asistían al módulo de crónicos, dialogando de primera instancia con las personas interesadas en asistir al 6° Encuentro y que por cuestiones de logísticas (cambio de sede) y personales no pudieron asistir, esta invitación se realizó de forma verbal y por vía telefónica, comentado los resultados de dicho Encuentro y el objetivo del taller; siendo fortalecer las capacidades para el autocuidado de ellas que viven con enfermedades crónicas a partir de la identificación de sus fortalezas y las debilidades, teniendo la primera sesión del taller el día 20 de Junio del año 2024, con una duración de 1 hora con 45 minutos, dentro de la cual se realizó la bienvenida al taller de autocuidado con una dinámica de integración, asegurando un ambiente confiable, respetuoso para facilitar el dialogo del grupo, teniendo como reglas mínimas; no aconsejar, no interpretar lo que otra persona dice y establecer una confidencialidad grupal, durante esta sesión, la dinámica que se llevó a cabo en general fue muy buena, respetando los acuerdos, dentro del cual se reconocieron como fortalezas como; la participación activa en el cuidado de su salud, la apertura para el apoyo social, y debilidades fundamentadas principalmente en la alimentación, dependencia económica o familiar, acordando enfocar el taller en la alimentación, se acuerda la fecha de la próxima sesión, con la oportunidad de realizarlo en el área de preparación de alimentos del mismo centro de salud, para la realización de un taller teórico practico.

Relatoría del taller de autocuidado realizado el día 20 de junio 2024

Se da inicio al taller de autocuidado brindado una cordial bienvenida a quiénes asistieron a la reunión, posteriormente se le solicita a cada uno de los integrantes que se presenten mencionando su nombre y realicen una breve descripción de sí mismos respondiendo a la pregunta ¿Quién soy yo y cuál es la percepción que tengo de mí persona? (autoconcepto), a continuación se lleva a cabo la dinámica rompehielos interrogando a los

participantes sobre qué se entiende por autocuidado. Algunas de las respuestas se describen a continuación.

-Jesús Martínez G.: El autocuidado para mí significa quererse y cuidarse a uno mismo, atenderse y no abandonarse para mantenerse sano.

-María Eugenia Hernandez R.: Para mí es cuando tomo una hora de mi día para mí, para hacer ejercicio, cuando como saludable, cuando me baño, me arreglo y me pongo guapa, creo que son todas las acciones que uno hace para sentirse bien consigo mismo.

-Victoria Vargas R.: Creo que es procurarse a sí mismo, escuchar a nuestro cuerpo y atender nuestras necesidades, ponerme a mí por encima de los problemas económicos, familiares o de cualquier otra índole que pueda tener en la vida.

Martha Elia Torres M.: Es amarse por delante de todas las cosas.

Después de escuchar las diferentes ideas que se tienen sobre el concepto de autocuidado, se explica cuál es el objetivo del taller, se menciona que a través de éste se pretende crear un espacio en el cual podamos aprender a desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para llevar a cabo el autocuidado ante un panorama en donde la persona vive con una o más enfermedades crónicas. Dicho esto, se comenta que el taller se llevará a cabo cada 15 días por sugerencia previa de los interesados (previa llamada telefónica) y por la disponibilidad del espacio en el centro de salud, además se trabajará de forma colectiva según las necesidades y preocupaciones que se identifiquen en este grupo, a continuación se procede a formar una mesa redonda y se realizan una serie de preguntas con el objetivo de identificar y plantear soluciones a dichas problemáticas, las cuales se describen a continuación.

¿Cuáles son las fortalezas (lo que nos ayuda) que tengo para lograr el cuidado de mis enfermedades crónicas? A nivel personal.

Jesús Martínez G: Yo considero que soy una persona que se compromete con su salud, no me abandono, tengo amor propio y soy responsable con mi toma de medicamentos y con informarme sobre mi enfermedad y considero que todos deberíamos hacerlo, porque cuando uno se va dejando, se abandona a sí mismo y por lo tanto a su salud.

Martha Elia Torres M.: El amor propio es muy importante, a mi sinceramente me ha faltado mucho en ese sentido, entonces he recibido apoyo de otras personas, como pasantes de psicología, de medicina o incluso de otras personas (vecinos) que se han dado el tiempo de escucharme.

Rosa Marisela Padilla M.: Yo creo que mi principal fortaleza es interesarme en todo lo que compete a mi enfermedad, creo que el interés tiene que venir primero de uno mismo.

Virgilio Cruz C.: Una de mis fortalezas es que soy muy disciplinado y sobretodo la organización que llego a tener con mis medicamentos, yo tomo muchas pastillas al día,

entonces como dice la señora Rosa Marisela creo que me intereso por mi salud, y el ser organizado es una forma de demostrarlo para no olvidarme de tomar ninguno y con eso lograr estar bien de salud, sentirme bien y al mismo tiempo recordarle a mi esposa ((Andrea Sofia Huerta H.) los suyos.

Victoria Vargas R.: Para cuidar de mi salud, me ha ayudado mucho que siempre me he interesado por hacer actividad física, es algo que me gusta y disfruto mucho, vengo al grupo de zumba del centro de salud e intento comer saludable. Entonces considero que mi amor propio y mi disciplina me ha llevado a desarrollar hábitos que son buenos para mi salud.

¿Cuáles son mis fortalezas y debilidades que tengo para lograr el cuidado de nuestras enfermedades crónicas? En nuestra comunidad, familia.

Victoria Vargas Ramírez: Como les acabo de compartir yo creo que en ese sentido la clínica tiene la disposición de poner a nuestro alcance algo que nos puede beneficiar como el hecho de que exista una instructora dedicada a un grupo de actividad física que se da tres días a la semana o inclusive la cercanía que tenemos la mayoría de nosotros con el parque de Huayamilpas, este tipo de espacios son una oportunidad que de saber aprovechar se pueden realizar un montón de actividades distintas.

María Eugenia: La desventaja es que esos grupos no son para todas las edades, porque yo intenté ingresar a Tai Chi y solamente estaba dirigido a grupos de adultos mayores, pero sí considero que los precios son muy accesibles, incluso fui a natación (en el parque de Huayamilpas) un tiempo y eso me ayudó muchísimo a sobrellevar mis enfermedades, a mejorar mis cifras y fue cuando logré mantener un peso más saludable.

Martha Elia Torres M.: Por donde yo vivo se han presentado oportunidades con mis propios vecinos en las que nos apoyamos con los medicamentos cuando los llegamos a necesitar, contamos con una especie de dispensario, considero que somos muy unidos y hemos logrado tener mucha empatía los unos por los otros.

Virgilio Cruz Sánchez: Yo creo que tenemos la facilidad de tener muchos espacios para comprar nuestros alimentos, tianguis o mercados que muchas veces dan un precio más económico que el que podemos encontrar en centro comercial, al menos por la cercanía, a mi señora (Andrea Sofia, esposa) y a mí, nos resulta más fácil movernos a cualquier tianguis que se pone a cuerdas de nuestra casa o al mercado de la Bola, además de que nuestros hijos nos procuran y traen a nuestra casa alimentos que les comentan que son saludables para nosotros o nos hacen falta, como la fibra o las cápsulas de omega, pero ya son comprados en supermercados.

¿Cuáles son las debilidades (lo que nos dificulta) que enfrentamos para lograr el cuidado de nuestras enfermedades crónicas? A nivel personal

Martha Elia Torres M: Una debilidad que tengo para mí autocuidado es que soy una persona que no ha sabido manejar sus emociones adecuadamente, por eso llevo

seguimiento por psicología y psiquiatría, muchas veces mi autoestima afecta mucho mi comportamiento en el sentido en que pongo o quito importancia a mis enfermedades, a asistir a la consulta médica o incluso si salgo mal con mis niveles de glucosa, me deprimó más y dejo de hacer cosas por mí, siempre he necesitado de alguien que me apoye para volver a tener ese interés con mi enfermedad.

Jesús Martínez Guzmán: Yo creo que a mí me falta mucho organizarme, a diferencia del señor (Virgilio) muchas veces se me olvida tomarme mis medicamentos a la hora en que los tengo que tomar o termino comiendo comida rápida en la calle porque siento que siempre ando con prisa, y cuando como mal reconozco que me va mal en los resultados de laboratorio o hasta yo mismo me siento más cansado o más pesado, pero creo que todo esto es porque no me organizo adecuadamente y porque muchas veces no sé (no tengo el conocimiento) que puedo comer.

María Eugenia Hernández Romero: Yo creo que mi debilidad más grande es no tener autocontrol para comer, no gestionar mis emociones, si yo tengo alguna situación que me apriete económicamente o problemas con mi hijo inmediatamente mi ansiedad me lleva a comer mucho y de mala manera.

Vásquez Escobedo María de los Ángeles: yo considero como debilidad no ser autosuficiente, muchas veces uno se encuentra en manos de familiares que no le dan apoyo o le dan apoyo de mala forma, (comentando situación de violencia intrafamiliar que infringe su hija sobre ella) entonces considero que depender económicamente de alguien o peor tantito físicamente puede dificultar el lograr tener una vida feliz con mis enfermedades crónicas.

Andrea Sofía Huerta H.: Yo creo que muchos contamos con apoyo que nos da el gobierno, pero como dice la señora (María de los Ángeles), tener el dinero no nos hace encargarnos de nosotros mismos, si nos ayuda a comprarnos medicamentos que en la clínica últimamente no hay, o alimentos, pero sí necesitamos de nuestros hijos o de nuestra familia, amigos, vecinos para poder salir adelante y muchas veces uno lo que menos quiere es sentirse como una carga.

Jesús Martínez Guzmán: Es que el dinero siempre importa, yo tengo mi negocio, (tienda) y siento que sí hay trabajo que uno como adulto mayor puede hacer, si la tenemos más difícil, pero siempre hay algo que podemos hacer o buscar para sentirnos productivos y evitar las caras malas, gracias a Dios mi familia también me apoya, no económicamente porque hasta ahora he podido solo, pero creo que si en algún momento lo llegara a necesitar no me negarían esa ayuda.

Andrea Sofía Huerta H.: Y si no tiene familia, nosotros podemos ayudarle (a María de los Ángeles), existen muchas casas de retiro, trabajo como menciona el señor; (comentando opciones).

Vázquez Escobedo María de los Ángeles: Sí, mi familia ya hablo con mi hija, quizá no me daña físicamente, pero hace comentarios que me hacen sentir como una carga, cuando yo en realidad trato de ser útil, le cocino, me hago cargo de mi nieto, limpio la casa, yo les agradezco por formar este tipo de grupos porque me ayudan a distraerme de las situaciones que vivo en casa, hago otras actividades diferentes, conozco a más personas que también padecen lo mismo que yo y sigo aprendiendo más y más de mis padecimientos.

Rosa Marisela Padilla Muñiz: Pues yo considero que mi debilidad más grande es no saber qué es lo que debo de consumir, la otra vez vi una promoción en una tienda y decían que los cereales tenían descuento, tome mi fibra y en caja me dijeron que la fibra no era cereal, entonces para mí fue impactante, me ofendí mucho porque mi fibra no tenía descuento, a veces ya no sé si lo que yo creía es cierto o no.

¿Cuáles son nuestras propuestas para mejorar el cuidado de nuestras enfermedades crónicas?

Rosa Marisela Padilla M.: Yo creo que espacios como estos son necesarios porque nos enteramos de situaciones diferentes o similares a las nuestras, en lo personal y por lo hablado yo creo que para poder mejorar nuestro autocuidado como grupo podemos realizar diarios de sentimientos y emociones, en una ocasión mi psicóloga me enseñó a hacer anotaciones sobre cómo me sentía, a mí me gustaría que siguiéramos teniendo espacios como el día de hoy en los que trabajemos sobre temas como la depresión, el miedo que tenemos de tener diabetes o hipertensión, porque son situaciones agobiantes que en ocasiones no sabemos cómo enfrentar y no se nos enseña cómo vivir el día a día con esto, entonces que enfoquemos el taller en la gestión emocional sería de mucha ayuda, al menos de nosotros creo que 4 tenemos seguimiento por algún experto en salud mental.

Andrea Sofía Huerta H.: Yo considero que unas de las debilidades en las que todos coincidimos fue tener la disciplina de alimentarnos bien, a mí me gustaría que nos enfoquemos en aprender a comer de forma más saludable.

Jesús Martínez Guzmán: Más que la disciplina, yo creo que la alimentación a la que todos estamos acostumbrados viene de nuestro hogar, muchas veces uno no sabe qué comer, y solo come lo que sea más rápido de cocinar, de comprar o lo más económico.

Victoria Vargas Ramírez: Y cuando uno recibe atención por un nutriólogo que no es particular, solo nos dicen que debemos de consumir menos de algo, menos grasas, menos refrescos, menos lácteos, pero toda la comida lleva un poco de todo, cuando preparamos enchiladas estas pueden llevar crema, queso, pollo, la tortilla, son comidas ricas, y recetas que casi todos sabemos hacer, pero a mí me gustaría que nos enfoquemos en la alimentación por esa razón, no estamos acostumbrados a hacer comidas saludables, o a veces creemos que lo que cocinamos lo es y puede ser que no, así como en el recetario que nos mostraron, es diferente que uno tenga las porciones

correctas, con los ingredientes que son saludables para nosotros, considero que muchas veces cuando decimos que no comemos mal, es verdad, solo es a lo que estamos acostumbrados.

María Eugenia Hernández R.: Es que justo, no sabemos qué comer, yo tampoco creo que coma mal, pero supo de peso o he tenido el colesterol o los triglicéridos altos, y muchas veces como por no saber controlar mi ansiedad y no porque tengo hambre, por lo que ambas opciones me parecen buenas.

Victoria Vargas Ramírez: Yo creo que sí es algo que podemos trabajar entre todos, el ejercicio en lo personal me encanta, pero no todos los que estamos aquí podemos realizar la misma actividad porque tenemos diferentes edades, sin embargo la alimentación es una necesidad vital y todos necesitamos aprender sobre ella.

Vázquez Escobedo María de los Ángeles: A mi si me gustaría saber qué tipo de ejercicios puedo hacer porque yo que tengo problemas en mi columna y mis articulaciones ya que veces me duelen, me han recomendado algunos, pero me da miedo lastimarme y hacerle más daño a mi cuerpo que causarle un beneficio.

Jesús Martínez Guzmán: Bueno, yo trabajo todo el día en una tienda, entonces no tengo mucho tiempo de salir a hacer actividad física, pero sí sé que es importante, y trato de darme mi tiempo para salir a hacer mis caminatas al parque. Pero estoy de acuerdo con la señora Victoria, creo que en la alimentación vamos a concordar todos.

	Fortalezas	Debilidades	Propuestas
Autocuidado	<p>Participo y me involucro en lo que concierne a mis enfermedades. (Atributo: Participa activamente en el cuidado de su Salud).</p> <p>Soy disciplinado (Atributo: Responsabilidad en el proceso de la atención).</p> <p>Me interesa estar informado y conocer más sobre mi estado de salud. (Atributo: La persona debe estar correctamente informada).</p> <p>Me dedico tiempo y espacio a mí mismo para hacer actividades que me gustan y me permiten sentirme bien. Me pongo a mí mismo por encima de las adversidades de la vida, me respeto y escucho.</p>	<p>-Depender del apoyo familiar.</p> <p>-Limitaciones económicas.</p> <p>- No autogestionarse a mí mismo o a mis emociones.</p> <p>-Estar mal informado.</p>	<p>- Taller de cocina saludable</p> <p>- Club de caminata o grupos de ejercicio, aprender qué tipo de actividad es más segura para cada uno de nosotros.</p> <p>- Diario de sentimientos y emociones para mejorar la</p>

	(Atributo: La persona tiene una forma positiva de afrontar la adversidad).		gestión emocional.
Cuidado en el vecindario	-Aprovecho la cercanía con el parque de Huayamilpas, los supermercados, los grupos de ejercicio. (Atributo 9: La autogestión supone la habilidad personal de utilizar los recursos). -Hago equipo con mis vecinos, somos empáticos, nos apoyamos unos a otros como comunidad. (Atributo 7: La autogestión implica apertura al apoyo social).	- En algunas actividades o grupos hay restricción por el sexo, la edad, etc.	-Crear nuestro propio grupo sin restricción para las edades.
Cuidado en las instituciones de salud	-Tenemos consultas mensuales en las que se nos brinda tiempo de calidad y nos permiten expresarnos con libertad, (Atributo: Formar una asociación paciente-proveedor de atención médica). -Acceso gratuito a medicamentos, laboratorios. -Podemos formar parte de talleres como este o actividades como el 6to encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.	-Falta de reactivos de laboratorio, falta de medicamentos.	-Hacer un dispensario de medicamentos que sirvan para los pacientes con enfermedades crónicas.

Producto de esta sesión, se acordó de forma conjunta una segunda sesión enfocándose en el tópico de la alimentación con base a la propuesta planteada, se estableció comunicación vía telefónica para acordar una fecha y el material a ocupar en esta.

La primera sesión del taller de cocina saludable se realizó el 18 de Julio del 2024, siendo el objetivo de esta sesión: Fomentar el autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas a través de la recreación de recetas saludables, al tiempo que incrementan sus conocimientos sobre el valor nutrimental, a fin de que sean capaces de

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

realizar elecciones saludables en materia de alimentación, llevado a cabo a través de un taller teórico-práctico, a continuación se anexa la carta descriptiva y posterior la relatoría de esta segunda sesión.

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad	Coordinación	Participantes	Evaluación
11:00-11:10	Bienvenida	Crear un ambiente de confianza y de mutuo reconocimiento.	Dinámica de integración: Presentación de nuevos integrantes, yo me llamo..., decidí asistir por qué...	Bienvenida, agradecimiento por la participación y asistencia de cada una de las personas que acudieron a la sesión.	Disposición en círculo (cada participante en su respectiva silla) alrededor del área de preparación de alimentos.	Al finalizar la dinámica se pregunta al grupo si se sienten listos para iniciar con las actividades programadas para la sesión.
11:10-11:20	Encuadre	Identificar la organización, objetivos y dinámica del taller.	Recapitulación breve de lo acontecido en la reunión anterior. Revisión de la tarea propuesta para esta sesión.	Se retoma el significado de la palabra autocuidado, el objetivo del taller de cocina saludable y las reglas para lograr una convivencia sana y de respeto mutuo. Se examina el cumplimiento de la tarea de esta sesión sobre realizar una búsqueda del plato del bien comer y sus grupos de alimentos, para lo cual se pide la participación de las asistentes al taller.	Exponen sus conocimientos sobre lo que es el plato del bien comer y cuáles son los grupos de alimentos que lo componen.	Escucha activa de las participantes.
11:20-11:50	Plato del bien comer	Reforzar nuestros conocimientos sobre el plato del bien comer. Reflexionar sobre aquellos alimentos incluidos en	Diálogo grupal. Dinámica "Conociendo nuestro plato del	Se otorga a los participantes un dibujo del plato del bien comer en blanco, rotulado únicamente el título de cada grupo de alimentos, se integran de forma aleatoria equipos de 3 personas, brindando instrucciones sobre el ejercicio a	Participación en equipos para colocar con base a sus conocimientos los alimentos sobre cada grupo en el plato del bien comer. Participación individual sobre alimentos	Retroalimentación grupal con todos los equipos para evaluar las respuestas de la dinámica y esclarecer dudas.

		nuestra alimentación diaria.	bien comer".	realizar, el cual consiste en colocar cada uno de los alimentos de una lista de 15 (dictados por el coordinador de la sesión) dentro del grupo al que se creen que pertenece. Al finalizar se realiza una retroalimentación breve. Se promueve la participación de las asistentes para que reflexionen sobre cuáles son los alimentos que son parte de su alimentación diaria de acuerdo a cada grupo de alimentos, invitándoles a proponer una receta propia que los incluya y que cumpla con las características del plato del bien comer para realizarla en la próxima sesión.	que son parte de su alimentación diaria, compromiso de pensar en una receta que cumpla con las características mencionadas para la próxima sesión.	Propuesta de una receta que ocupe los alimentos más frecuentemente consumidos por las asistentes, siguiendo los lineamientos del plato del bien comer.
11:50-12:40	Parte práctica, elaboración de la receta: Omelette campirano	Realizar la elaboración de una receta saludable, identificando los grupos de alimentos que se están consumiendo, Compartir habilidades prácticas con nuestra comunidad-familia.	Recreación de la receta: "Omelette campirano".	Lectura de los ingredientes y pasos a seguir plasmados en el recetario. Dinámica para identificar los grupos de alimentos que se van a preparar.	Participación individual sobre la identificación de los ingredientes requeridos para la elaboración del platillo y a qué grupo del plato del bien comer pertenecen. Organización en equipo de 3 para la preparación de la receta.	Obtención del platillo "Omelette campirano" por equipos de 3 personas.

12:40-13:00	Evaluación y aprendizaje	Retroalimentar lo aprendido en el taller.	Discusión del grupo y propuestas.	La coordinadora del taller interroga sobre lo aprendido, recordando el objetivo del taller de autocuidado; invitándolos a acudir a próximas sesiones y a pensar si así se desea en la obtención de un producto final.	De forma voluntaria se comparten conocimientos aprendidos en este taller y propuestas para el próximo encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.	Elaboración de propuestas: Videoclips recreando las recetas, adicionando en ellos información valiosa, ya sea auditiva o visual aprendida en el taller.
-------------	--------------------------	---	-----------------------------------	---	---	---

Relatoría del Taller de Autocuidado: Taller de cocina saludable

Previo a la sesión, se acuerda entre los participantes informarse sobre el plato del bien comer, así como sobre cada uno de los grupos de alimentos que lo componen. Se elige de manera conjunta la primera receta a recrear, se acuerda que por parte del programa se aportarán los ingredientes necesarios para su elaboración, mientras que el grupo se organiza para acudir con los utensilios de cocina que se requieran para la preparación del platillo.

Se da inicio al taller dándole una cordial bienvenida a todas las asistentes a la segunda sesión, se identifican a 3 personas nuevas (invitadas por una de las pacientes del programa), por lo que se organiza una breve ronda de presentación entre las participantes para integrarlas al taller. Posteriormente se realiza una breve recapitulación de la primera sesión, fortaleciendo el concepto de autocuidado y el objetivo del taller, el cual es fomentar el autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas a través de la recreación de recetas saludables y la adquisición de conocimiento sobre el valor nutrimental de los alimentos para que sean capaces de realizar elecciones saludables en materia de alimentación.

A continuación, se le pide a las participantes integrarse en mesa redonda, se retoman las reglas de participación para sostener un ambiente de cordialidad, respeto y escucha activa. De forma general se explora el cumplimiento de la tarea acordada para esta sesión a través de la pregunta ¿Qué es el plato de bien comer?, algunas de las respuestas que se obtuvieron son las siguientes:

-María de los Ángeles: “Pues se puede decir que es una guía de alimentación que nos sirve para comer de forma más saludable, yo la verdad llevo muchos años viendo en los diferentes centros de salud en los que he estado ese dibujo, pero si soy honesta a veces nos falta ese interés para investigar en qué consiste o de qué manera puede beneficiar nuestra salud, creo que si siempre lo ponen en carteles o folletos es porque es importante”.

- Dionicia Hernández A.: “Yo leí que el plato del bien comer nos sirve para orientarnos hacia cómo debe ser una alimentación balanceada, nos muestra los diferentes grupos de alimentos que hay y cómo podemos combinarlos en nuestra alimentación diaria”.

- Nieta de Andrea Sofía: “Es una imagen que representa los diferentes grupos de alimentos y la proporción en que debemos ingerirlos para tener una buena alimentación”.

-Rosa María Padilla M: “Yo también concuerdo con lo que ya han dicho las demás, el plato del bien comer clasifica a los alimentos y nos ayuda a conformar una dieta correcta considerando las porciones adecuadas”.

Una vez que se ahonda sobre la tarea, se procede a organizar una dinámica rompehielos con la finalidad de integrar y consolidar los conocimientos que adquirieron a través de la búsqueda que realizaron en casa, a esta dinámica la titulamos “Conociendo nuestro plato del bien comer”, a continuación se pide a las participantes que se integren en equipos de 3 personas de forma aleatoria, una vez conformados los equipos se reparte a cada persona una hoja que contiene un dibujo en blanco con el plato del bien comer, en el cual únicamente se rotula el título de cada grupo alimentario. Como instrucciones se les menciona que se les va a dictar una lista con 15 nombres de diferentes alimentos, incluidos aquellos que se ocuparan para la elaboración de la receta a realizar en la sesión, en equipo deberán discutir a qué grupo del plato del bien comer pertenece cada uno y anotarlos en la sección correspondiente en el dibujo impreso en la hoja de papel, se procede a enlistar los alimentos: Huevo, queso, espinaca, champiñones, aceite, frijoles, pan integral, manzana, cacahuete, tortilla, arroz, avena, carne, leche y carne de res, se da un tiempo de 15 segundos por cada palabra. Una vez terminadas todas las palabras, se pide que participen levantando la mano para corroborar en qué grupo de alimentación categorizaron cada palabra, realizando una retroalimentación grupal y encontrando que se ha adquirido un correcto aprendizaje sobre la clasificación de los alimentos por grupo, cumpliendo de esta forma con uno de los objetivos de la primera sesión.

Concluida la primera actividad, se les interroga a los pacientes sobre los alimentos que forman parte de su alimentación cotidiana por grupo alimenticio, las respuestas que se obtuvieron fueron las siguientes:

- Grupo de verduras y frutas: Manzana verde, papaya, ciruela, zanahoria, lechuga, camote, champiñón, pepino, jitomate, tomate, cebolla, calabacitas.
- Cereales, granos y tubérculos: Tortilla, bolillo, papa, avena, arroz, quinoa, pasta
- Leguminosas: Frijoles, lentejas, cacahuetes, garbanzos.
- Origen animal: Huevo, pollo, res, cerdo, pescado.
- Aceites y grasas saludables: Aguacate, almendra, mayonesa, pistaches, nuez, aceite de olivo, aceite de canola, pepitas,

Se realiza la transcripción de dichos alimentos, se propone entre las asistentes pensar en una una receta que incluya parte de los ingredientes que son consumidos con mayor frecuencia en su alimentación diaria, intentando que esta cumpla con las porciones propuestas en el plato del bien comer. Dicha tarea se retomará en la siguiente sesión con la finalidad de elaborar la receta resultante en alguna de las sesiones posteriores. Para finalizar se realiza una retroalimentación breve sobre el plato del bien comer y se ilustra

sobre las diferencias en cuanto a la composición del antiguo plato vs el porcentaje propuesto para cada grupo de alimentos en el nuevo esquema, así como algunas de las generalidades de las guías de alimentación mexicanas 2023.

Para proseguir con la sesión, se les pide que tomen lugar alrededor de la mesa de la cocina, sobre la cual ya están dispuestos los utensilios e ingredientes que se van a ocupar, se denota que la receta proviene del recetario que a su vez, es fruto de los encuentros de pacientes de diversos centros de salud quienes también forman parte del programa de enfermedades crónicas, no pasando sin antes mencionar que está avalado por el Instituto Nacional de Salud Pública, a continuación se le pide a alguien que de forma voluntaria nos lea el título de la receta, los ingredientes a ocupar y el modo de preparación. Una vez mencionado lo anterior, se les pide que retomen sus equipos de 3, se entrega a cada equipo un sartén, un bowl, espátula y cuchillo, dado lo anterior, los ingredientes están al centro de la mesa, por lo que se da inicio a la preparación del platillo “Omelette campirano”. Se brinda el espacio para que cada integrante participe en la elaboración, cabe mencionar que, en todo momento, como pasantes, buscamos colaborar en el proceso, sin embargo la mayor participación provino de las propias pacientes. Transcurridos 25 minutos se obtiene el platillo final y se brinda el tiempo necesario para degustar de los alimentos.

Al finalizar la degustación se plantea la última parte de esta sesión de taller de autocuidado: La evaluación, iniciando con un cuestionamiento a los participantes, ¿Qué aprendimos hoy? ¿Qué es lo que nos llevamos de esta sesión?, las respuestas obtenidas fueron:

-Nieta de Andrea Sofía: “Yo no sabía que el plato del bien comer se había actualizado, creo que saber esto nos sirve para empezar a realizar cambios en casa desde el momento en el que servimos el plato”.

-Dionicia Hernandez: “Yo conocí más sobre los alimentos que consumo, no sabía por ejemplo que los cacahuates eran considerados leguminosas, pensaba que eran grasas, partiendo de esto cada vez que coma algo voy a hacer el ejercicio mental de clasificarlo ahora que ya sé a qué grupo del plato pertenecen, eso me va a ayudar a orientarme sobre qué tanto estoy comiendo de cada grupo y buscar que mi alimentación sea lo más parecida posible a las proporciones que vimos hoy”.

-Andrea Sofía: “Yo aprendí una receta nueva, rica y saludable para hacerla con mi familia, se podría pensar que comer sanamente implica un gasto más fuerte, pero yo estoy viendo que no precisamente es de esa manera, incluso la preparación fue muy sencilla”.

-Victoria Vargas Ramirez: “Yo hago mucho el huevo en mi comida diaria pero no de está forma, lo hace más saludable el hecho de que tenga espinaca y queso, es más variado y rico. Se les agradece mucho que hagan este tipo de talleres, no es lo mismo para nosotras como pacientes hacer un intento de comida saludable, que venir a aprender con nuestras doctoras y sobre todo a compartir espacio con otras personas que también padecen las mismas enfermedades que uno”.

-María Eugenia: “Yo también les agradezco mucho estos espacios, siento que es muy bueno venir aquí a ser escuchadas, incluso mientras estábamos preparando la receta el percibir que ustedes como nuestros médicos están viendo lo que hacemos a mí me genera esa sensación de que estoy siendo “supervisada” pero no en el mal sentido, me refiero a que estoy siendo orientada y capacitada para mejorar mi alimentación”.

Se agradece por la participaciones correspondientes, se realiza una retroalimentación del objetivo del taller de autocuidado, enfocándonos en la necesidad identificada en la sesión previa de adquirir aprendizaje, capacidades que fomenten una alimentación saludable, para esto se les propone en esta sesión pensar en la realización de un producto final con los aprendizajes adquiridos en este taller con la finalidad de poder compartirlo con familiares y en la comunidad durante el próximo encuentro de pacientes con enfermedades crónicas. Con el apoyo de Ada Judith Morales Lugo quien estuvo presente durante toda la sesión, se les recuerda e informa a las participantes sobre el propósito de los encuentros de pacientes realizados en este diplomado, colocando como ejemplo de un producto final al recetario. Tras un espacio de diálogo la única propuesta planteada fue la realización de videos recreando las recetas contenidas en el recetario (o bien, recetas creadas por el mismo grupo que cumplan con los lineamientos del plato del bien comer) los cuales contengan como plus los conocimientos adquiridos en el taller, de acuerdo a cada sesión, teniendo así un material visual de aprendizaje, sin embargo, se plantea la posibilidad de generar nuevas propuestas en siguiente sesión. Se agradece por la participación de las asistentes, quienes se muestran comprometidas a asistir a futuras sesiones, con una despedida por parte de nosotros como médicos pasantes.

Después de especificar lo realizado durante esta promoción, los pendientes para los médicos pasantes que continúen con el taller de autocuidado, son:

- Continuar con la segunda sesión de taller de autocuidado: cocina saludable; así como realizar recaptura de las personas que asistieron a la primera y segunda sesión.
- Se planteó en la última sesión del diplomado, la posibilidad de realizar una redirección del taller hacia un proyecto; dependiente de las eventualidades que ocurran en dicho taller; además de trabajar con la última propuesta realizada, que fue la realización de videos; como material a compartir en el próximo encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.

3.4. MÓDULO 4. PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA. TUTORÍA DE CASOS.

Este módulo tenía su curso aleatoriamente con los otros tres módulos correspondientes del diplomado, de modo que referente a la tutoría de casos idealmente se planteaba realizar una sesión en la modalidad virtual, para presentación de un caso por algún medico pasante del servicio social o un equipo de pasantes, este caso tendría que seguir cierto formato para que la presentación fuera lo más explícita posible, teniendo como

objetivos; reconocer la atención médica centrada en la persona a través de la presentación de dicho caso, identificando y analizando la evolución de las enfermedades en la vida de la persona, y reflexionar sobre las experiencias, sentimientos, expectativas y aspiraciones de la persona, enfocándose por último en el desarrollo de aquellas capacidades que han favorecido o no el autocuidado y control de su enfermedad, estos casos presentados constaban de una estructura propuesta para que la coordinación de dicha sesión fuera más efectiva.

Derivado de la presentación de casos clínicos, los temas resultantes de la tutoría de estos fueron: Diabetes Mellitus Tipo 2 (Tratamiento farmacológico oral de diabetes mellitus tipo 2, Manejo clínico de insulinas, Exploración física del pie diabético, Remisión de Diabetes Tipo 2), Hipertensión Arterial Sistémica y cuidar del cuidador, la revisión de los mismos se realiza con información basada en evidencia científica, con artículos recomendados, realizándose una sesión de forma virtual, en forma de presentación y realizando posteriormente una discusión del mismo. Puntualizando la realización de un taller teórico práctico del tema “exploración física del pie diabético”, dentro de las instalaciones de la UAM Xochimilco.

4. BALANCE DEL DESEMPEÑO CLÍNICO DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL “CENTRO DE SALUD TIII DR. SALVADOR ALLENDE CON CLÍNICA DE ESPECIALIDADES”, A CARGO DEL MÉDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL: SUSANA GUADALUPE MARCOS CRUZ

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros en Redcap.

Tabla No. 1: Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 en el Centro de Salud T. III: Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán

Momento de ingreso	No.	%
Ingreso anterior a agosto 2023	42	82.35
Nuevo ingreso a partir de agosto 2023	9	17.64
Recuperados a partir de agosto 2023	19	37.25
Total	51	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: El número de pacientes totales registrados en RedCap es de 53, con dos registros desde el 2022 que no corresponden, el número total real de registros de los pacientes es de 51.

Nuevo ingreso se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024.

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024

Tabla No. 2 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 en el Centro de Salud T. III: Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades de la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán

Condición de participación	No.	%
Activas	28	54.90
No activas	23	45.09
Total	51	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo agosto 2023 – julio 2024.

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

Tabla No.3 Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo agosto 2023 – julio 2024. en el Centro de Salud T. III: Dr. Salvador Allende en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán

Motivos de inclusión como NO activas	No.	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	14	60.86
Cambio de institución que le atiende	6	26.08
Cambio de domicilio (no se sabe si continua con su atención)	3	13.04
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	0	0
Total	23	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

2. Información demográfica:

Tabla No.4 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 - julio 2024 de acuerdo a sexo en el Centro de Salud T. III Dr. Salvador Allende con Clínica de Especialidades en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

Sexo	No.	%
Femenino	22	78,57
Masculino	6	21,42
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 5 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad en el Centro de Salud T. III Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la jurisdicción sanitaria de Coyoacán.

Edad	No.	%
20-29 años	3	10.71
30-39 años	1	3.571
40-49 años	6	21.428
50-59 años	6	21.428
60-69 años	9	32.142
70-79 años	3	10.71
80 y más años	0	0
Total	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 6 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad y sexo en el Centro de Salud T. III Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29 años	3	13.63	0	0	3	10.71
30-39 años	1	4.54	0	0	1	3.571
40-49 años	5	22.72	1	16.66	6	21.428
50-59 años	5	22.72	1	16.66	6	21.428
60-69 años	6	27.27	3	50	9	32.142
70-79 años	2	9.09	1	16.66	3	10.71
80 y más años	0	0	0	0	0	0
Total	22	100	6	100	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No.7 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2023 – julio 2024 en el Centro de Salud T. III: Dr. Salvador Allende en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

No. De consultas	No. De pacientes	%
1	0	0
2	3	10.71
3	0	0
4	4	14.28
5	2	7.142
6	2	7.142
7	2	7.142
8	1	3.57
9	5	17.857
10	2	7.142
11	5	17.857
12 y mas	2	7.142
Total	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 8 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad en el Centro de Salud T. III: Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

Diagnósticos	No.	%
Sobrepeso y obesidad	2	7.14
Hipertensión Arterial Sistémica	1	3.57
Diabetes Mellitus tipo 2	3	10.71
Dislipidemia	2	7.14
Obesidad e Hipertensión	2	7.14
Obesidad y Diabetes	5	17.85
Obesidad y dislipidemia	2	7.14
Diabetes e hipertensión	4	14.28
Obesidad, hipertensión y diabetes	3	10.71
Hipertensión, Diabetes y dislipidemia	3	10.71
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	3.57
Total	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 9 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo en el Centro de Salud T. III Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Sobrepeso y obesidad		2	9.52	0	0	2	7.14
Hipertensión arterial		1	4.76	0	0	1	3.57
Diabetes Mellitus tipo 2		2	9.52	1	14.28	3	10.71
Dislipidemia		1	4.76	1	14.28	2	7.14
Obesidad e hipertensión		2	9.52	0	0	2	7.14
Obesidad y diabetes		1	4.76	4	57.14	5	17.85
Obesidad y dislipidemia		1	4.76	1	14.28	2	7.14
Diabetes e hipertensión		4	19.04	0	0	4	14.28
Obesidad, hipertensión y diabetes		3	14.28	0	0	3	10.71
Hipertensión, diabetes y dislipidemia		3	14.28	0	0	3	10.71
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia		1	4.75	0	0	1	3.57
Total		21	100	7	100	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 10 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad.	%
20-29 años	1	50
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	0	0

60-69 años	1	50
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 11 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de HTA.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	100
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 12 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes tipo 2 en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de DM2.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0

50-59 años	2	66.66
60-69 años	1	33.33
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 13 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

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

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 14 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y HTA.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0

40-49 años	1	50
50-59 años	1	50
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 15 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes tipo 2 en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y DM2	%
20-29 años	1	20
30-39 años	0	0
40-49 años	1	20
50-59 años	0	0
60-69 años	3	60
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	5	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 16 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y Dislipidemia.	%
20-29 años	0	0

30-39 años	0	0
40-49 años	1	50
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	1	50
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 17 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de HTA y DM2.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	25
50-59 años	0	0
60-69 años	3	75
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	4	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 18 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 tipo 2 en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, HTA y DM2.	%
20-29 años	1	33.33
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	33.33
60-69 años	1	33.33
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 19 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipidemia en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico de HTA, DM2 y Dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	33.33
60-69 años	1	33.33
70-79 años	1	33.33
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 20 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial,

diabetes tipo 2 y Dislipidemia en el Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, HTA, DM2, 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
Total	1	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

4.- Resultados de control de enfermedad crónica.

Tabla No. 21 Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa en el Periodo Agosto 2023-Julio 2024 del Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Control	13	76.47	2	100	15	78.94
Fuera de control	4	23.52	0	0	4	21.05
Total	17	100	2	100	19	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 23 Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glicosilada en el Periodo Agosto 2023-Julio 2024 del Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
Control	14	73.68
Fuera de control	5	26.31
Total	19	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 24 Distribución de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y cifras de control en el Periodo Agosto 2023-Julio 2024 del Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
Control	8	57.14
Fuera de control	6	42.85
Total	14	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 25 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico en el Periodo Agosto 2023-Julio 2024 del Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
Control	0	0
Fuera de control	5	100
Total	5	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla No. 26 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos en el Periodo Agosto 2023-Julio 2024 del Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
Control	0	0
Fuera de control	7	100

Total	7	100
-------	---	-----

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

5. Conclusiones.

Mi experiencia cursando el servicio social de la licenciatura en medicina en una plaza de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), ha sido altamente enriquecedora y formativa en el contexto de mi formación médica. Durante este periodo he tenido la oportunidad para aplicar los conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera, integrándolos en un entorno de atención sanitaria real, diferente a cada etapa durante mi formación profesional, al realizarlo en esta institución he aprendido desde cuestiones administrativas para la atención médica de los pacientes hasta desempeñar una atención sanitaria destinada al tipo de población que hay dentro de la jurisdicción que me corresponde, en específico considero que el Centro de Salud Dr. Salvador Allende es una sede excelente para realizar el servicio social, ya que además de tener personal con buena comunicación, favoreciendo un ambiente laboral satisfactorio para desempeñar mis actividades, otorgando consultas a los pacientes con enfermedades crónicas e implementar adecuadamente el modelo de atención centrado a la persona, facilitándonos un consultorio, horarios personalizados con los pacientes, y asesoramiento en caso de dudas con nuestro tutor correspondiente. Agregado a esto dentro de la unidad se contaba con especialistas dentro del área de ginecología, pediatría, psiquiatría, psicología, ortopedia donde se nos facilitó realizar interconsultas y recibir asesoramiento por los mismos. Las sesiones programadas y otorgadas por parte de la clínica siempre tuvieron un buen ambiente laboral, además de brindarnos información para realizar procedimientos y capacitarnos para la realización de algunas actividades. En lo personal estoy satisfecha con el espacio que se nos otorgó y las oportunidades que tuvimos de aprendizaje, en particular cursando este diplomado de atención integral centrado en la persona ya que como mencionaba anteriormente, se nos brindaron las facilidades como el espacio, horarios y asesoría para implementar el modelo. Cursar mi servicio social en este diplomado, represento un reto, principalmente para una atención médico paciente en la cual siempre de forma estricta se basaba en un modelo paternalista, implementando todos los principios del modelo, la toma de decisiones compartida fue una base que se trabajaba durante todas las consultas, además pude observar dentro de este periodo un aumento en el empoderamiento y autonomía de las personas que se atendían, puesto que es evidente una participación activa en la toma de decisiones sobre su cuidado, una motivación a

realizar un seguimiento más constante, a su vez mejorando la comunicación de la relación médico-paciente, y en este último aumentando su sensación de satisfacción y sensación de control de sus enfermedades. Mencionando en particular la SEDESA como institución, dentro de la unidad de salud y su jurisdicción correspondiente donde yo estuve realizando mi servicio social, nos ofreció facilidades para implementar dicho modelo MAICP, como son: el espacio para realizar el seguimiento y brindar consultas para la atención médica, con equipo para realizar exploración física y área donde realizar el intercambio de información, se nos facilitó horarios flexibles lo que nos permitió gestionar nuestras actividades con las personas atendidas, además de contar un equipo multidisciplinario en su primer nivel de atención completo, las desventajas con lo que respecta a la SEDESA para implementar dicho modelo fueron distintas en cada zona donde se implementa dicho modelo, siendo principalmente la gestión del tiempo para poder llevarlo a cabo en el seguimiento de las consultas, sin embargo no fue una problemática en el Centro de Salud TIII Dr. Salvador Allende, por lo que me siento en la necesidad de abogar por políticas públicas que mejoren el acceso a la salud de forma similar en otras instituciones.

Después de interactuar con las personas atendidas en este modelo, me pareció gratificante para mi formación como profesional y como persona, compartir mis conocimientos teóricos con ellos, pero sobre todo que las personas hayan compartido sus experiencias, conocimientos, fortalezas y debilidades que han tenido en el transcurso de vivir con sus enfermedades crónicas, sobre todo porque esto me permitió brindar un tipo de ayuda/atención basada en las necesidades que escuchaba en el momento durante este encuentro con las personas, con lo que respecta al escuchar; represento un reto, simplemente porque al ser uno de mis primeros encuentros como profesional de la salud con los pacientes, las habilidades sociales para realizar una comunicación efectiva no fueron tan ejercitadas o cursadas como materia dentro de mi formación, rescatando de aquí que esto sería una propuesta para cualquier programa de licenciatura que requiera tener atención con personas que viven con enfermedades, retomando con lo derivado de tener contacto con las personas, sus principales aspiraciones y realizaciones, se centraban en mejorar o no perder una calidad de vida favorable, haciendo referencia a esto como seguir siendo independiente física, económica, autónomo, la mayor cantidad de tiempo posible, para lograrlo enfocarlo en el escenario de cada paciente, era muy complicado, pues cada uno tenía diferentes condiciones de vida.

Dentro de mi formación como médico general, concluir todas las etapas de esta licenciatura me han dado la pauta para poder afirmar, que el conocimiento teórico sin practica no es nada, solo representa una parte simple de algo más complejo, para esto el momento crucial de mi carrera ha sido el servicio social, ya que enfrentarse a la diversidad y complejidad del ser humano y sus relaciones, llevando a cabo el modelo de atención integral centrado en la persona, resalto en mi la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación que resulten efectivas. Mi trayectoria como médico de pregrado y médico pasante, me otorgaron herramientas humanas que aún me faltan por seguir desarrollando, como la adaptación, empatía, el trabajo en equipo, el saber escuchar y el saber actuar, sin embargo, me siento satisfecha porque no encuentro limitante para no poder seguir desarrollándolas en un futuro inmediato.

Finalmente, concluir mi licenciatura aprendiendo e implementando el modelo de atención centrado en la persona, me invito a realizar una autoevaluación, un crecimiento personal y profesional para el desarrollo de una práctica médica ética y competente no solo en este año si no a lo largo de mi vida profesional y humana.

6.REFERENCIAS

1. Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital quarterly*, 7(1), 73–82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
2. Tai, E-Shyong & Yew, Tong Wei. (2020). Person-Centred Care in Diabetes: What Is It Based On and Does It Work?. *The Singapore Family Physician*. 46. 11-15. 10.33591/sfp.46.7.u2.
3. Cuba Fuentes María Sofía, Romero Albino Zoila Olga de los Milagros. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev. perú. med. exp. salud publica*. 2016. (consultado el 2024 Enero 15) ; 33(4) : 780-784. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342016000400024&lng=es.
4. Castro, L. R., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Estupiñan, E. M. B., Dávila, L. M. L., Farías, G., Torres, F. A., Malca, E. Q., & Sorokin, P. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal [Humanization: A Conceptual and Attitudinal Problem]. (2018). (Consultado 27 Diciembre 2023), *Revista iberoamericana de bioética*. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.002>.
5. López, María & Madrigal, Manuel & Sánchez, Juan & Puche, Juan & Ontoso, Enrique. (2010). ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Atención Primaria - ATEN PRIM*. 42. 507-513. 10.1016/j.aprim.2009.09.030.
6. Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stigelbout, A. M., & Pieterse, A. H. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ open*, (2019). (Consultado el 05/01/24) 9(12), Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>

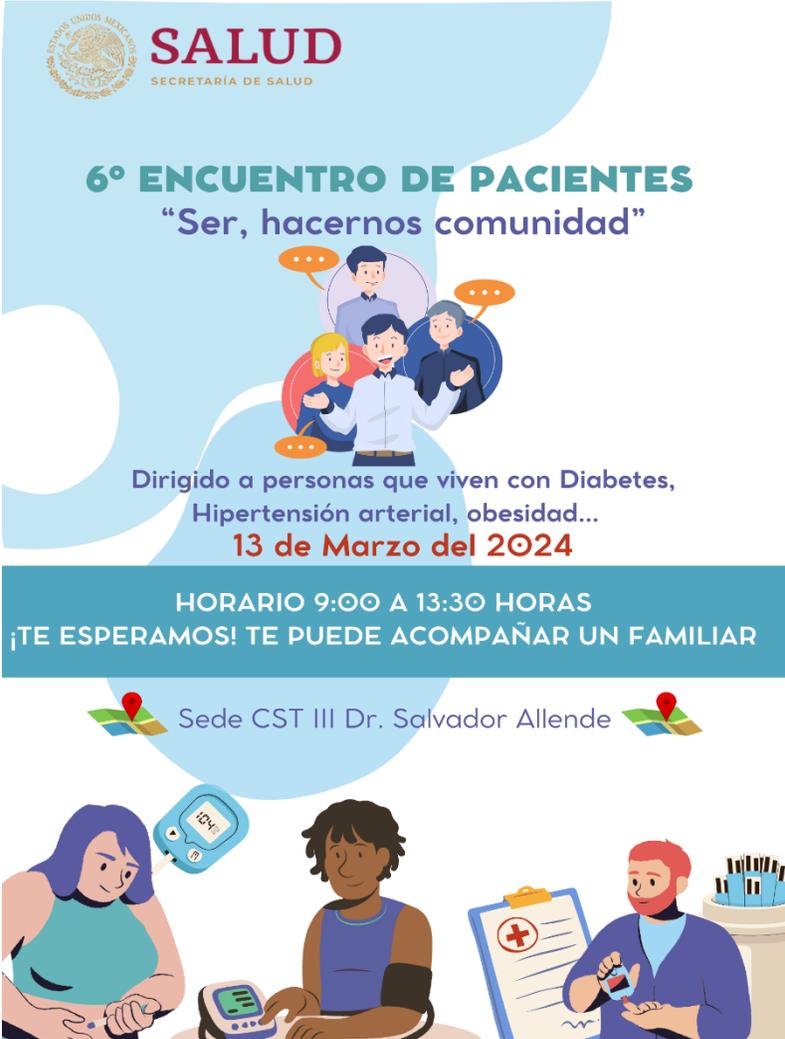
7. Charon R. Medicina narrativa: un modelo para la empatía, la reflexión, la profesión y la confianza. JAMA [Internet]. 2001 [Citado 29 abril de 2024]; 286(15):1897–1902. doi:10.1001/jama.286.15.1897
8. Pino Andrade R. Medicina narrativa en el diagnóstico médico. Med Cali [Internet]. 2020 [Citado 27 abril de 2024]; 51 (1): 1-5. doi:http://doi.org/10.25100/
9. Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. Perm J [Internet]. 2019 [Citado 30 abril de 2024]; 13(1):80-6. doi: 10.7812/TPP/09.996.
10. Juárez Lorenzo M, Rodríguez Martín B, Conde Caballero D. Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [citado 05 de Mayo de 2014]; 22(1-2): 55-59. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>.
11. Rosas Jiménez CA. Medicina narrativa: el paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión. Acta bioeth [Internet]. 2017 [Citado 25 de abril de 2024]; 23 (2): 351-359. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351>
12. George Z. La medicina basada en narrativa y la consulta de medicina general. Le Medicine de famille canadien [Internet]. 2018 [Citado 01 mayo de 2024]; 64 (1):286-290. Disponible en: <https://www.webfepafem-pafams.org/medicinanarrativa/>
13. George Z. ¿Qué es la medicina basada en narrativa? Le Medicine de famille canadien [Internet]. 2018 [Citado 01 mayo de 2024]; 64 (1):176-180. Disponible en: <https://www.webfepafem-pafams.org/medicina-narrativa/>
14. Urdy-Fernández D, Cuba-Fuentes MS. Medicina narrativa. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Ene [Citado 26 de abril de 2024] ; 80(1): 109-113. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15880>.
15. Marrón S. ¿De qué hablamos...cuando hablamos de narrativa médica?. Fronteras en Medicina [Internet]. 2018 [Citado 28 de abril de 2024]; 3(2):103-107. disponible en:<https://es.scribd.com/document/721237568/15801030107>
16. Tajer CD. Haciendo posible el debate sobre la medicina basada en evidencias. Revista Argentina de Cardiología [Internet]. 2010 [Citado 27 abril

de 2014]; 78(5), 459-466. doi:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326948005>

17. Bhavaraju V. L., Miller S. Faculty development in narrative medicine: using stories to teach, learn, and thrive. *Journal of graduate medical education* [Internet]. 2014 [Consultado 07 de mayo de 2024]; 6(2), 355–356. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00077.1>
18. Barber S., Moreno-Leguizamon C. J. Can narrative medicine education contribute to the delivery of compassionate care? A review of the literature. *Medical humanities* [Internet]. 2017 [Consultado 09 de mayo de 2024]; 43(3), 199–203. doi: <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011242>
19. Remein C. D., Childs E., Pasco J. C., Trinquart L., Flynn D. B., Wingerter S. L., Bhasin R. M., Demers L. B., Benjamin E. J. Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019. *BMJ open* [Internet], 2020 [Consultado 12 de mayo de 2024]; 10(1), e031568. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031568>
20. Soto-Faúndes C, Pérez-Villalobos C. Profesionalismo y medicina narrativa. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2022 [Citado 14 de mayo de 2024]; 150(9), 12341238. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000901234>

ANEXOS:

Anexo 1: Cartel 6° Encuentro de pacientes con enfermedades crónicas



The poster features the logo of the Secretaría de Salud at the top left. The main title is "6° ENCUENTRO DE PACIENTES 'Ser, hacernos comunidad'", with an illustration of four diverse people in conversation. Below this, it specifies the target audience: "Dirigido a personas que viven con Diabetes, Hipertensión arterial, obesidad..." and the date "13 de Marzo del 2024". A dark blue banner at the bottom of the poster contains the text "HORARIO 9:00 A 13:30 HORAS ¡TE ESPERAMOS! TE PUEDE ACOMPAÑAR UN FAMILIAR". Below the banner, the location is given as "Sede CST III Dr. Salvador Allende" with map icons. At the very bottom, an illustration shows a healthcare professional interacting with two patients, one of whom is using a blood pressure monitor.

 **SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

6° ENCUENTRO DE PACIENTES
"Ser, hacernos comunidad"

Dirigido a personas que viven con Diabetes,
Hipertensión arterial, obesidad...
13 de Marzo del 2024

HORARIO 9:00 A 13:30 HORAS
¡TE ESPERAMOS! TE PUEDE ACOMPAÑAR UN FAMILIAR

 Sede CST III Dr. Salvador Allende 



Anexo 2: 6° Encuentro de pacientes con enfermedades crónicas, sede CST III Culhuacán



Anexo 3: Primera sesión de taller de autocuidado en el Centro de Salud TIII Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades



Anexo 4: Primera Sesión de taller de cocina saludable en el Centro de Salud T III Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades en el área de preparación de alimentos



Anexo 4.a. Identificando los grupos de alimentos que consumimos diariamente





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD



Anexo 4.b. Recreación de receta