



Casa abierta al tiempo  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco



# Universidad Autónoma Metropolitana

## Unidad Xochimilco

### División de ciencias biológicas y de la salud

#### Licenciatura en Medicina

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

Título del trabajo: “Experiencias y Resultados de la Aplicación del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México”

Zeltzin Yared Mena Urbano

Matricula: 2173027848

Promoción de servicio social: Agosto 2023 – Julio 2024

Asesor interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesor externo: Alejandra Gasca García

Fecha de entrega del documento: 8 de agosto del 2024

## 1. Presentación

### Presentación del Trabajo

El presente trabajo escrito es fruto de la recopilación y análisis de los contenidos desarrollados durante mi estancia en el proyecto "Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México", como parte de mi servicio social en la carrera de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco (UAM-Xochimilco), realizado durante el periodo del 1 de agosto del 2023 a 31 de julio del 2024, en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán, en donde tuve la oportunidad de atender a personas con enfermedades crónicas. La base del contenido de este trabajo proviene de los contenidos del diplomado "Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona", este diplomado se ha centrado en la formación y profundización de modelos avanzados de cuidado, adaptados a las necesidades y realidades actuales en el ámbito de la salud.

En este contexto, el trabajo se estructura en varias secciones clave. En primer lugar, se ofrece una breve introducción al "Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona", que destaca la evolución y la implementación de estrategias integrales para el manejo de enfermedades crónicas, con un enfoque en la mejora de la calidad de vida del paciente. Seguidamente, se presenta un análisis de la adecuación del modelo a la realidad de la UAM-Xochimilco, evaluando la implementación y los resultados obtenidos en esta institución.

El cuerpo del trabajo se desarrolla en torno a un resumen detallado de la dinámica de trabajo y los contenidos abordados en el diplomado, el cual se divide en cuatro módulos principales:

**Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.** En el cual se realizó la revisión de diversos artículos científicos, con temas como "Modelo de Atención Crónica", "Modelo Expandido de Atención Crónica", "Atención centrada en la persona" y "Autonomía de la persona con enfermedad crónica. Para la acreditación de este módulo se realizó el ensayo titulado "Cómo despertar interés de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas".

**Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados".** En el cual se realizó la revisión de diversos artículos científicos, con temas como "Panorama actual de la medicina basada en evidencia" y "Medicina basada en narrativa. Para la acreditación de este módulo se realizó la revisión sistemática titulada "¿En pacientes con diabetes tipo 2 el aumento en el nivel de activación del paciente evaluado mediante el cuestionario Medida de Activación del Paciente (PAM, por sus siglas en inglés) se relaciona con un descenso en el nivel de hemoglobina glicosilada? Una revisión sistemática".

**Módulo 3:** Las actividades realizadas en el módulo 3 se organizaron con la finalidad de llevar a cabo dos partes fundamentales del MAICP, la primera corresponde a la implementación del componente "Construcción de entornos saludables" que se realizó mediante la organización del 6to Encuentro de Personas con Enfermedades crónicas y la segunda para implementar el componente "Comunidad" mediante la Constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades crónicas.

**Módulo 4:** Finalmente, la tutoría de casos clínicos realizada en este módulo proporciona una perspectiva aplicada y personalizada, facilitando la resolución de problemas y la toma de decisiones basadas en casos reales.

Finalmente, el trabajo incluye un balance del desempeño clínico en la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán, basado en la información reportada a lo largo del año en la plataforma REDCap. Este análisis proporciona una visión detallada de la efectividad y las áreas de mejora en la atención brindada.

Este trabajo no solo refleja el aprendizaje y los logros alcanzados a lo largo del diplomado, sino que también pone en evidencia la capacidad de aplicar conceptos y herramientas avanzadas en la práctica profesional. Agradecemos la oportunidad de presentar este análisis y esperamos que los resultados y conclusiones aquí expuestos sean de utilidad y contribuyan al avance en el campo del cuidado integral centrado en la persona.

## **2. Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, un enfoque de desarrollo de capacidades.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT) o también denominadas “crónicas” se han convertido en la principal causa de mortalidad en el mundo. Estas enfermedades, que incluyen diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cánceres y enfermedades respiratorias, representan el 70% de las muertes globales. Este tipo de enfermedades constituye uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud a nivel mundial debido a su alta prevalencia, su creciente contribución a la mortalidad general, su rol como causa principal de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. (1,2)

Uno de los ejemplos más preocupantes es la diabetes. La Federación Internacional de Diabetes estimó en 2021 que había aproximadamente 537 millones de adultos afectados por esta enfermedad en el mundo. Se prevé que este número aumentará a 783 millones para el año 2045. Alarmanamente, se estima que tres de cada cuatro adultos con diabetes viven en países de ingresos bajos y medianos, donde el acceso a tratamiento y gestión adecuada suele ser más limitado. (3)

La hipertensión arterial es otra condición significativa. Entre 1990 y 2019, el número de personas afectadas por hipertensión se duplicó, pasando de 650 millones a 1300 millones. Sin embargo, casi la mitad de las personas que padecen hipertensión arterial en todo el mundo no están al tanto de su condición. De igual manera más de tres cuartas partes de los adultos con hipertensión residen en países de ingresos medianos y bajos. (2)

En el contexto de México, los datos del cuestionario Country Capacity Survey (CCS) revelados en el "Monitor de Progreso de las Enfermedades No Transmisibles 2020" de la OMS destacan que, en 2019 el 80% de las muertes en el país fueron atribuidas a ENT, representando 521,800 muertes del total anual. En dicho documento se destaca que, aunque México ha logrado algunos avances en la prevención y manejo de las ENT, como campañas de educación pública sobre actividad física, políticas para reducir el uso de sodio y grasas trans en alimentos de venta pública, y restricciones de marketing dirigido a la población infantil, aún carece de un plan de acción nacional integral para reducir la incidencia de estas enfermedades. (1)

La situación epidemiológica global y local resalta la urgente necesidad de fortalecer los sistemas de salud, mejorar el acceso a servicios de prevención y tratamiento, y desarrollar estrategias más efectivas para combatir las enfermedades no transmisibles y mitigar su impacto en la salud pública.

Las enfermedades crónicas, presentan un conjunto de desafíos para las personas que las padecen y sus familias. Estos desafíos incluyen el padecimiento de los síntomas, en ocasiones lidiar con discapacidad, los regímenes complejos de tratamiento y el impacto emocional de afrontar la pérdida del “estado de salud”, así como en ocasiones incertidumbre y miedo a lo desconocido. En esta situación se vuelve

fundamental el redirigir las estrategias de atención que se les brinda a estas personas para poder alcanzar un estado de control de sus enfermedades, pero sobre todo de bienestar.

En la actualidad, el paradigma para una atención de alta calidad en enfermedades crónicas busca promover una comprensión más completa de la vida y preferencias de las personas, así como la “activación” o “empoderamiento” de las mismas. (6). Estos conceptos suelen asociarse con el término “Atención Centrada en la Persona”, pero ¿qué significa realmente enfocarse en la persona? Para mí, implica un cambio de enfoque en el que no solo se atiende la enfermedad, sino también cómo esta persona vive, lo que le afecta en su día a día y lo que personalmente le gustaría cambiar o mejorar para lograr un estado de bienestar individualizado, enfocarse en la persona completa significa integrar factores psicológicos y sociales para lograr una comprensión más completa de la enfermedad y el padecimiento; para de esta manera brindar un tratamiento individualizado que se adapte a sus necesidades. Para lograr comprender al paciente como una persona integral, la relación interpersonal con el médico tratante toma un papel fundamental, debido a que es el puente que permite conocer las necesidades del individuo.

Wagner y sus colegas (3,4) han desarrollado un modelo heurístico que identifica y organiza los cambios necesarios en el sistema de salud para mejorar el control del paciente. Derivaron el Modelo de Atención Crónica (MAC) de una revisión de literatura y actividades de mejora en el Group Health Cooperative of Puget Sound en Seattle, Washington. (4,5) Este modelo se enfoca en seis elementos que pueden ser modificados para apoyar interacciones productivas entre un paciente informado y empoderado (uno que juega un papel activo en su cuidado) y un equipo preparado y proactivo. Los seis elementos son: 1) el sistema de salud, 2) la comunidad, 3) el apoyo a la autogestión, 4) el diseño del sistema de entrega, 5) el apoyo en la toma de decisiones y 6) los sistemas de información clínica. (8,9)

Glasgow y colegas sugieren que, aunque el MAC ha sido útil para varios centros en distintas partes del mundo, no refleja la diversidad y las complejidades de los aspectos de prevención y promoción de la salud que van más allá de los servicios clínicos preventivos. Argumentan que una prevención efectiva realmente va más allá del uso de servicios clínicos e incluye colaboración comunitaria e intersocial. De esta manera, nace el Modelo Expandido de Atención Crónica (MAC expandido). (7,10) El MAC Expandido apoya el papel intrínseco que los determinantes sociales de la salud juegan en la influencia sobre la salud individual, comunitaria y poblacional; dicho modelo es la base de la atención clínica brindada en las personas del proyecto “Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona”. El MAC expandido se compone de 3 subsistemas principales: 1) El sistema de salud, 2) la comunidad y 3) Promoción de la salud; dichos subsistemas se dividen en los 7 componentes que se exponen en la tabla a continuación junto con una descripción de como dicho componente se aplicó en las actividades realizadas dentro del modelo en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán. (10)

Modelo de Atención Crónica expandido aplicado en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán			
Subsistema	Componente	Descripción	Aplicación en el C.S.T-III San Francisco Culhuacán
Sistema de salud	1. Autogestión/ Desarrollo de habilidades personales	Apoyar a la persona para lograr un automanejo orientado de su enfermedad, fomentando el desarrollo de	Orientación acerca de su enfermedad, tratamiento y automonitoreo. Toma de decisiones conjuntas en relación al tratamiento. Mediante el dialogo se ayudó a las personas a establecer

		capacidades de autocuidado.	metas en conjunto y a mejorar su autopercepción.
	Apoyo en la toma de decisiones	Integración y uso de herramientas como guías de práctica clínica que apoyen la práctica clínica diaria.	El manejo médico se dio utilizando medicina basada en evidencias, como referencias se utilizaron guías de práctica clínica mexicanas, la guía de estándares de cuidado en diabetes de la Asociación Americana de Diabetes en sus ediciones 2023 y 2024, así como algoritmos terapéuticos para la atención de la Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias y Diabetes Mellitus tipo 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social en su actualización del 2020. Adaptando las recomendaciones a las necesidades individuales y decisiones de cada persona.
	Reorientar los servicios de salud	Alentar a los servicios de salud a reconocer las conexiones demostradas entre la salud y el entorno social, político, económico y físico	Se participó en Jornadas Nacionales de Salud y Ferias del Bienestar llevadas a cabo en colonias populares de San Francisco Culhuacán, CDMX; con la finalidad de captar personas vulnerables o sin atención médica, con enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad o dislipidemia; a quienes se invitó a participar en el proyecto MAICP.
	Uso de sistemas de información	Importancia de los sistemas de información (demográfica, de salud, cultural, social y económica) en la planeación de programas, políticas y otras iniciativas que fomenten la mejora de los sistemas de salud, prevención y acción comunitaria.	Se tomaron en cuenta las características sociodemográficas de la población atendida durante atención médica. Nuestra población son su mayoría personas de la tercera edad, laboralmente activas y de bajo nivel socioeconómico, por lo que se adaptó la atención médica brindado disposición de horario de las citas médicas agendadas, disposición el personal médico para que la persona tuviera la opción de reagendar vía llamada telefónica sus citas médicas, se adaptaron las opciones de tratamiento ofrecidas a la persona a la

			disposición de recursos en el centro de salud y a su poder adquisitivo de medicamentos.
Promoción de la salud	Desarrollo de políticas públicas saludables	Implementación de políticas públicas destinada a mejorar la salud poblacional, así como la implementación de programas nacionales integrales destinados a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas.	Por el momento la existencia MAICP en los centros de salud de la CDMX son un precedente que esperamos logre tener resultados que nos permita expandir el MAICP a nivel nacional.
Comunidad	Crear entornos saludables	Importancia de apoyar la creación de entornos de vivienda y desarrollo que favorezcan un buen estado de salud y calidad de vida para la personas, tanto físico, social y económico.	Se organizó el 6to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas, una estrategia para el desarrollo de actividades colectivas, un evento significativo que reunió a las personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. El propósito de este encuentro fue “Ser, hacernos comunidad”.
	Fortalecer la acción comunitaria	Trabajo colectivo en el que una comunidad establezca sus prioridades y metas para lograr un buen estado de salud comunitario. Al fomentar la participación ciudadana, la promoción a la salud tiene como objetivo ayudar a las personas a encontrar sus propias maneras de gestionar la salud en su comunidad.	Esto se realizó mediante la Constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas. La formación de estos consejos es crucial para asegurar que las voces de las personas que viven con enfermedades crónicas sean escuchadas y consideradas en el desarrollo de políticas y estrategias de atención. En los consejos asesores, las personas tienen talleres de autocuidado o proyectos, la realización de estas actividades les otorga sensación de logro que apoya a la autoeficacia.

### 3. Diplomado

El diplomado de “Atención Integral Centrada en la Persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas” certificado por parte de la UAM-Xochimilco consta de cuatro módulos, los

módulos 1, 2, y 3 se llevaron a cabo manera presencial semanalmente en las instalaciones de la UAM-Xochimilco y el Instituto Nacional de Salud Pública. El módulo 4 se tomó de manera híbrida, en su mayoría de manera en línea mediante la plataforma “Zoom meetings”.

A continuación, se presenta un cronograma de las actividades realizadas en los diferentes módulos:

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

- Sesión del 25 de agosto del 2023: Introducción al diplomado y revisión de reinicio de seguimiento de pacientes
- Sesión del 1 de septiembre del 2023. Exposición y discusión de los artículos:
  - Bodenheimer (Kaboo): Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
  - Expanded chronic model: Barr, V. Robinson, S. Marin-Link, B. Underhil, L. (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.
- Sesión del 23 de septiembre del 2023. Exposición y discusión de los artículos:
  - Método clínico centrado en la persona Perú: Cuba Fuentes, María Sofía, & Romero Albino, Zoila Olga de los Milagros. (2016). El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 780-784. Recuperado en 16 de agosto de 2024, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es&tlng=es)
  - Shared decision making: Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Sesión del 6 de octubre del 2023. Exposición y discusión de los artículos:
  - American Diabetes Association Professional Practice Committee; Introduction and Methodology: *Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement\_1): S1–S4. <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>
  - Delineating the concept: Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* 2019;9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
- Sesión del 20 de octubre del 2023. Exposición y discusión del artículo:
  - Key components: : Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, et al. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open* 2019;9:e031763. doi:10.1136/bmjopen-2019-031763
- Sesión del 3 de noviembre del 2023. Exposición y discusión del artículo:
  - Activated patient: Sullivan, M. (2017). The patient as agent of health and health care: Autonomy in patient-centered care for chronic conditions. Oxford University Press.

- Sesión del 17 de noviembre del 2023. Exposición y discusión de la guía:
  - NICE guideline: National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Shared decision making [NICE Guideline No. 197]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

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

- Sesión del 1 de diciembre del 2023. Exposición y discusión del artículo:
  - “Medicina Basada en evidencia, ¿de dónde partimos?”
- Sesión del 15 de diciembre del 2023. Exposición y discusión de los artículos:
  - Qué pensamos los doctores: 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.
  - Perceptions behaviours: Zhao, Y., Zhao, X., Liu, Y. et al. Perceptions, behaviours, barriers and needs of evidence-based medicine in primary care in Beijing: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 20, 171 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1062-0>
- Sesión de 12 de enero del 2024. Exposición y discusión del artículo:
  - Libro Elsevier verde: J. M. Argimón Pallàs, A. Guarga Rojas, J. Jiménez Villa. (2021). Medicina basada en la evidencia: guías y protocolos. En *Compendio de Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica en Medicina de Familia* (pp. 72–91). Elsevier Masson.
- Sesión del 26 de enero del 2024. Exposición y discusión del artículo:
  - Diabetes Association Professional Practice Committee; Introduction and Methodology: *Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement\_1): S1–S4. <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>
- Sesión del 16 de febrero del 2024: Exposición y discusión del artículo:
  - Libro Elsevier verde: J. M. Argimón Pallàs, A. Guarga Rojas, J. Jiménez Villa. (2021). Medicina basada en la evidencia: guías y protocolos. En *Compendio de Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica en Medicina de Familia* (pp. 72–91). Elsevier Masson.
- Sesión del 23 de febrero del 2024: Encuentro de médicos pasantes de servicio social de la promoción agosto-2023 y febrero-2024.
- Sesión del 5 de abril del 2024. Exposición y discusión de los artículos:
  - Narrative based medicine: Zaharias G. (2018). What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(3), 176–180.
  - Narrative medicine 2: Zaharias G. (2018). Narrative-based medicine and the general practice consultation: Narrative-based medicine 2. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(4), 286–290.
- Sesión del 19 de abril del 2024: Revisión de propuestas de revisión sistemática para la acreditación del módulo 2

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

- Sesiones del 1 de marzo del 2024, 8 de marzo del 2024 y 22 de marzo del 2024: discusión u planeación del 6to encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas
- Sesión del 17 de mayo del 2024. Exposición y discusión del artículo:
  - Perspectives and challenges: Arroyo, H. V. (2022). Perspectives and challenges of health promotion in Latin America. Salud Pública De México, 64(6, nov-dic), 576-586. <https://doi.org/10.21149/13655>
- Sesión del 31 de mayo del 2024: Plan de acción derivado del 6to Encuentro de Personas con Enfermedades crónicas
- Sesiones del 14 de junio del 2024, 28 de junio del 2024, 12 de julio del 2024 y 26 de julio del 2024: Revisión de avances del Plan de Acción de Consejos Asesores.

#### **Módulo 4: Práctica clínica centrada en la persona con enfermedades crónicas. Tutoría de casos.**

- El módulo 4 se llevó a cabo en doce sesiones virtuales mediante la plataforma “Zoom meetings”, de las cuales nueve fueron sesiones de exposición de caso clínico y tres de ellas fueron presentación de los temas derivados de las presentaciones de caso clínico: “Cuidar al cuidador”, “Aspectos psicoemocionales en personas con enfermedades crónicas” y “Manejo de insulinas”.

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

Se presenta a continuación el ensayo realizado y presentado para la acreditación de este módulo.

**Título: Cómo despertar interés de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas.**

##### **Introducción**

Las enfermedades crónico degenerativas representan una muy grave problemática para los múltiples sistemas de salud a nivel mundial, afectando no solo al sistema poblacional, sino también al sistema económico de cada nación, elevando los costos de atención, saturando los servicios salud, y por ende la calidad de atención que estos brindan. En Latinoamérica (México, Centroamérica y América del Sur) 40 millones de adultos padecen diabetes mellitus (DM), la mayoría tipo 2 y se estima que para 2045 esta cifra se duplique (1). A pesar de todos los esfuerzos de prevención y tratamiento, esta epidemia es cada vez mayor; lo cual representa una carga significativa no solo para el sector salud sino también para el paciente y su familia. Estas estrategias de tratamiento crean agotamiento en los pacientes, lo que induce a la mala adherencia al tratamiento, recursos desaprovechados y pobres resultados (2). Para la persona, la enfermedad y el padecimiento representa retos en su vida diaria, a nivel de actividades diarias (p. ej. Acudir a sus citas médicas en días laborales, tomar sus medicamentos, de ser necesario modificar su dieta o aumentar sus niveles de actividad física), a nivel económico (p. ej. Costear estudios o medicamentos) y a nivel psicológico (p. ej. Enfrentar el duelo de la pérdida de salud e incluso en ocasiones lidiar contra el estigma hacia su enfermedad); todas estas circunstancias en su vida personal, son en muchas ocasiones las verdaderas limitantes al momento de tratar su enfermedad.

Frente a este escenario, el autocuidado emerge como un componente esencial en el manejo de estas condiciones, permitiendo a las personas asumir un papel activo en su bienestar. Pero ¿cómo motivar a una persona para que se cuide a sí misma?, en este ensayo exploro la importancia del autocuidado en personas con enfermedades crónicas, enfatizando herramientas en la práctica clínica que ayudan a la persona a querer tomar un rol activo en el manejo de su enfermedad y la gestión efectiva de la misma en compañía del médico tratante. (3)

## **Objetivo general**

El objetivo de este ensayo es identificar elementos clave que el personal médico puede implementar en su práctica diaria para ayudar a que a las personas que padecen enfermedades crónicas despierten interés personal en su autocuidado.

## **Objetivos específicos**

- Conocer la importancia que tiene el empoderamiento del paciente para establecer su rol activo en su enfermedad.
- Identificar al paciente como persona con motivaciones individuales como herramienta de apego al tratamiento.
- Establecer la toma de decisiones conjunta como herramienta para establecer un tratamiento personalizado a las necesidades de la persona.
- Reconocer al paciente como persona con necesidades emocionales que deben ser atendidas.

## **Justificación**

La presente misiva cursa con alta relevancia por múltiples motivos. La principal y más importante para esta autora es la modificación del paradigma actual de la medicina paternalista, la cual ha demostrado no ser eficaz en el control de las enfermedades crónicas, desde la prevención hasta su tratamiento y seguimiento, lo cual nos incita a buscar nuevas estrategias para el manejo de las mismas. Uno de los aspectos más prometedores es involucrar de forma directa a la persona en el tratamiento que se le instaure, no solo el que siga nuestras indicaciones, si no que la persona tome un rol activo en su enfermedad, permitiendo no solo un mejor apego al tratamiento, sino la mejoría de su padecimiento en base a sus necesidades personales.

## **Cómo generar interés en el autocuidado**

Motivar a una persona para que se cuide a sí misma puede ser un desafío, pero existen enfoques y estrategias que pueden ayudar. Aquí hay algunas sugerencias para fomentar el autocuidado:

### **1. Empoderamiento de la persona informada**

La OMS, define empoderamiento como un “proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud” (3).

Una persona que no conoce su enfermedad no va a poder tomar responsabilidad o ejercer un rol activo sobre los mismos es por esto que al acercar a las personas a la comprensión de su enfermedad, sus síntomas y el manejo de medicamentos, contribuye a una toma de decisiones informada, promoviendo la autonomía y la sensación de control sobre la enfermedad. Las principales características que definen a un paciente activo son (4):

- Conoce a profundidad cuál es su estado de salud y su enfermedad
- Reconoce las características de su padecimiento
- Participa en la toma de decisiones sobre su salud de manera coordinada con los profesionales de salud
- Es responsable respecto del cuidado de su salud

A nivel personal, el autocuidado empodera a los pacientes al brindarles el conocimiento y las habilidades necesarias para participar activamente en su propio tratamiento. Así, el paciente pasa de ser un mero observador y agente pasivo (y cumplidor sin objeciones) del clásico modelo paternalista, a un alumno responsable, que aprende sobre su enfermedad y se involucra por iniciativa propia en la misma, pues se implica un compromiso personal. (4,5) Esta perspectiva crea una nueva responsabilidad para el médico tratante, el brindar información verídica y adecuada para el paciente; invitarlo a resolver sus dudas y a tomar un rol activo en el control de su enfermedad.

## 2. Identificar motivaciones personales

La calidad de vida según la OMS es una percepción individual, en el contexto de cultura y sistema de valores, en el cual la persona vive y en relación a sus metas, expectativas y estándares (6).

La motivación es la fuerza que guía nuestros comportamientos y acciones, desarrollo personal es el proceso de mejorarse a sí mismo en aspectos de interés individual. Encontrar qué motiva a un individuo es esencial para establecer el por qué detrás de sus acciones. Ayudar al paciente a identificar estas causalidades lo ayuda a establecer metas personales para su salud. Esto genera que sea responsabilidad del médico tratante ayudar a la persona a identificar e incluso en ocasiones llevar al consciente cuáles son sus motivaciones personales, cuáles son sus expectativas ante la enfermedad y el padecimiento; para así trabajar juntos en cómo mejorar su calidad de vida.

## 3. Involucrar a la persona en la toma de decisiones

Vivir con una enfermedad que tiene efectos directos en la vida del paciente es un factor que hace que la toma de decisiones médicas sea todo un reto. Esta propuesta sostiene que la incertidumbre, las dificultades prácticas, y el estrés emocional de vivir con diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas y sus tratamientos es de tal magnitud, que rara vez existe una sola respuesta óptima para resolver una determinada situación, puesto que sólo el paciente te puede orientar acerca de su padecimiento y necesidades (7). La toma de decisiones conjuntas se basa en la idea de que los profesionales de la salud son los expertos en la evidencia médica y los pacientes son expertos en qué importa para ellos (8). Por lo que, el paciente y el clínico deben trabajar juntos para crear un plan de acción para cada una de las situaciones que enfrenta la persona.

La utilización de esta estrategia se describe en los modelos de toma de decisiones conjuntas (en inglés, shared decision making models) publicados desde 2006, los diversos modelos publicados han compartido componentes dirigidos tanto a las funciones del médico tratante como del paciente, como lo son (8,9,10)

- Crear consciencia en el paciente de que él puede ser parte de la toma de decisiones en su tratamiento
- Deliberar con el paciente las opciones de tratamiento
- Describir y explicar al paciente las opciones de tratamiento, así como sus beneficios y efectos adversos
- Proveer a la persona información neutral, verídica y de manera adecuada
- Determinar roles en la toma de decisiones
- Fomentar al desarrollo de un compañerismo de mutuo respeto
- Tomar en cuenta la experiencia, preferencias y sugerencias del médico tratante
- Avocar la toma de decisiones a los puntos de vista del paciente y lo que es importante para ellos
- Ofrecer tiempo a la persona para pensar su decisión
- Llegar a un acuerdo mutuo

El desafío en la toma de decisión no es la falta de información proporcionada, de opciones o de favorecer una relación médico-paciente donde éstos se sientan libres de elegir.

En este sentido, este enfoque se centra en la conversación, ya que es a través de ella que se van a analizando las respuestas hipotéticas que podrían satisfacer las necesidades propias de la persona (p. ej. La adición de rutinas de actividad física cortas que pueda realizar en su centro de trabajo). El objetivo es desarrollar un plan de acción que tenga coherencia intelectual, emocional, práctica y

benéfica para el padecimiento del paciente y su enfermedad. En consecuencia, la evidencia y la manera de compartirla con el paciente, se unen en una conversación empática en la cual se aborda el reto de cómo impulsar al paciente a alcanzar sus objetivos no sólo en relación a su enfermedad, sino en su salud en general, y, por ende, en su vida.

#### 4. Gestión del estrés y apoyo emocional

Las enfermedades crónico-degenerativas, también son consideradas enfermedades complejas o multifactoriales debido a que sus explicaciones apuntan a la combinación de más de un gen, diversos factores ambientales y conductas de riesgo estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de los pacientes (11).

Dichas enfermedades pueden generar en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social de la persona (12).

Lo anterior nos permite considerar que si la enfermedad crónica por sí misma es dolorosa y sufriente, cuando las condiciones de vida de los pacientes son de pobreza, el sufrimiento posterior a la enfermedad se agudiza en términos de una serie de carencias que hacen más difícil y complejo el proceso de hacer frente y sobrellevar la enfermedad: aseguramiento de atención médica, disposición de medicamentos, condiciones económicas para ajustarse a un determinado régimen alimenticio, acceso a tecnologías diagnósticas, atención a complicaciones propias de la enfermedad crónica que se padece, entre otros requerimientos básicos.

Los seres humanos tenemos la necesidad de compartir socialmente las emociones, en esta situación el rol del profesional de la salud es el de una persona con la que el paciente puede reconocer y validar sus emociones, quien proporciona un entorno de apoyo para que la persona se sienta cómoda compartiendo sus emociones, desafíos y miedos.

El autocuidado aborda esta dimensión al fomentar estrategias para gestionar el estrés y proporcionar apoyo emocional. La conexión con otros pacientes, grupos de apoyo y la búsqueda de asesoramiento psicológico son componentes esenciales para mantener una salud mental equilibrada.

#### **Conclusión**

En conclusión, el autocuidado en personas con enfermedades crónicas va más allá de la simple gestión de síntomas, representa un compromiso vital con la propia salud. Empoderar a los pacientes, ayudarlo a identificar sus motivaciones personales, hacerlo el centro de partida en la toma de decisiones y ayudarlo a gestionar la carga emocional que trae consigo la enfermedad son elementos clave y la prognosis de aquellos que viven con enfermedades crónicas. En última instancia, el autocuidado emerge como un pilar fundamental en la construcción de un camino hacia la salud sostenible y el bienestar duradero.

Es importante tener en cuenta que cada persona es única, por lo que es necesario adaptar estas estrategias según sus necesidades individuales y circunstancias. Las conversaciones empáticas, la paciencia y el apoyo continuo a sus necesidades personales son elementos clave para motivar a alguien a cuidarse a sí mismo.

El modelo de atención integral centrado en la persona en el centro de salud tiene un fuerte impacto positivo dentro de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, esto relatado por ellos mismos, quienes han asegurado tener mejoría en múltiples aspectos de su tratamiento, como el apego al mismo, logro de metas terapéuticas y mantenimiento de estas, mejor autogestión de su

tratamiento y toma de decisiones importantes dentro de su seguimiento para adaptarlo a sus necesidades, lo que permite una individualización adecuada del mismo.

En todos los casos, los pacientes desean mejorar no solo su estado de salud, sino sus condiciones de vida en general. Este modelo de atención les permite tomar las riendas de su tratamiento y adecuarlo a sus necesidades y, algo muy importante y que no es posible con el modelo de atención tradicional, a sus posibilidades. A lo largo de este año los pacientes festejaron sus logros dentro de su seguimiento y tratamiento, asumiendo responsablemente este mismo.

Haber participado en este diplomado me permitirá atender a todos los pacientes a los que brinde atención desde un enfoque completamente distinto al sistema de atención tradicional, lo que permitirá una adecuada atención y, un elemento de suma importancia, una atención integral, que englobe todos los aspectos del paciente; no solo su enfermedad, sino también al paciente como una persona con múltiples necesidades.

### Referencias bibliográficas

1. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS 2021 [Internet]. International Diabetes Federation; 2021. Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
2. Carl May, Victor M Montori, Frances S Mair. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009 Jun;339.
3. World Health Organization. Health 2020 policy framework and strategy document [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2012 [cited 2033 Dec 27]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf).
4. A. Z. LA FIGURA DEL PACIENTE ACTIVO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS, EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA ASISTENCIA SANITARIA. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* [Internet]. 2019;66(9). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-lafigura-del-paciente-activo-S2530016419302034>
5. Tai E Shyong YTW. PERSON-CENTRED CARE IN DIABETES: WHAT IS IT BASED ON AND DOES IT WORK? *THE SINGAPORE FAMILY PHYSICIAN* [Internet]. 2020;4(6(7)):11–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.33591/sfp.46.7.u29>
6. Al Omari Atika Khalaf MAQFAA-DMAO. Quality of Life and Its Predictors among Patients with Selected Chronic Diseases. 2023; Available from: <https://www.hindawi.com/journals/nuf/2023/6657164/> DOI: <https://doi.org/10.1155/2023/6657164>
7. Serrano Valentina, Larrea-Mantilla Laura, Rodríguez-Gutiérrez René, Spencer-Bonilla Gabriela, Málaga Germán, Hargraves Ian et al. Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para Latinoamérica. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2017 mayo [citado 2024 Ene 06]; 145(5): 641-649. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000500012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000500012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500012>.
8. Van de Velde Freya De Zutter Ton Satink Ursula Costa Sara Janquart Daniela Senn Patricia De Vriendt D. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ OPEN* [Internet]. 2019; 9:15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>
9. Hanna Bomhof-Roordink, Fania R Gärtner, Anne M Stiggelbout, Arwen H Pieterse. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2019; 9:1–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31852700/> DOI: 10.1136/bmjopen-

2019-031763

10. Glyn Elwyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd, Paul Kinnersley, Emma Cording, Dave Tomson, Carole Dodd, Stephen Rollnick, Adrian Edwards, Michael Barry. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med [Internet]. 2012;27(10):1361–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
11. Norma González González\*, Alicia Margarita Tinoco García, Laura E. Benhumea González. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. Espacios 10 públicos [Internet]. 2011;14(32):258–79. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>
12. Vega Angarita O.M., González Escobar D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Jun [citado 2024 Ene 06]; (16). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es)

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

Se presenta a continuación la revisión sistemática realizada y presentado para la acreditación de este módulo.

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

#### **Introducción**

Actualmente significa un reto para la salud pública. Se estima que en el mundo hay 537 millones de personas viviendo con diabetes, de las cuales el 80% se encuentran en países de bajos y medianos ingresos<sup>1</sup>.

A nivel mundial, México ocupa el octavo lugar en la lista de países con mayor número de adultos con diabetes, con 21.2 millones de personas diagnosticadas en 2021<sup>1,2</sup>. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), tan sólo en 2019 la diabetes mellitus causó el 16% de las muertes registradas en el país<sup>3</sup>.

La diabetes es una enfermedad cuyo tratamiento también es multifactorial, incluyendo cambios en el estilo de vida, alimentación saludable, actividad física y tratamiento farmacológico. Actualmente se considera que una persona con niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7% se encuentra dentro de las metas de control terapéutico de la enfermedad, sin embargo, diversos estudios indican que el control glucémico en esta enfermedad no es óptimo, especialmente en países de bajos y medianos ingresos<sup>1,4,5</sup>, por lo que se han implementado estrategias como el modelo de cuidado de enfermedades crónicas (CCM, por sus siglas en inglés) y el Modelo de Atención Centrada en la Persona, con el objetivo de mejorar la relación médico paciente, modelos en que se promueve la toma de decisiones conjunta, fomentar la activación del paciente y su autonomía mediante el desarrollo de capacidades<sup>6</sup>.

Se define como activación del paciente a las habilidades, conocimiento y confianza que tiene una persona para tomar decisiones y llevar a cabo acciones en relación al cuidado de su salud; se considera que la activación de las personas involucra 4 etapas: (1) creer que el rol de la persona es importante; (2) tener la confianza y conocimiento necesario para tomar acción; (3) tomar acción para mantener su salud y finalmente (4) permanecer en ese curso bajo situaciones de estrés<sup>7</sup>.

Bajo este contexto se han creado diferentes instrumentos de medida que nos permiten evaluar estos

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

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

### **Objetivo general**

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

### **Objetivos específicos**

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

### **Protocolo**

#### **Planteamiento del problema**

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

#### **Justificación**

En el modelo de atención centrado en la persona para personas con enfermedades crónicas nos enfocamos en ayudarles a desarrollar habilidades para cuidar de sí mismas, promover su empoderamiento y activar su participación en el cuidado de su propia salud y bienestar. Un punto importante es encontrar una forma de medir si los pacientes están logrando esta activación, lo que nos

lleva a buscar evidencia que vincule el cuestionario PAM con un mejor manejo de las enfermedades crónicas. Esto nos permitirá evaluar objetivamente cómo las personas están progresando en su autocuidado y bienestar, más allá de solo llegar a metas de control de su enfermedad.

Así mismo, nos permitirá demostrar a las personas la importancia de su participación y cooperación durante el proceso que es el cuidado de su salud y bienestar, y por ende, obtener mejores resultados tanto médicos como personales en la vida de la persona con enfermedad crónica.

El valor teórico de la siguiente revisión sistemática deviene al encontrar uno de los puntos clave para aplicar este modelo de atención, así como su evolución a lo largo del tiempo, los cambios que ha sufrido y vulnerabilidades que se podrían modificar para hacer este un modelo ideal y esencial en el manejo de las enfermedades crónicas. Esto permitirá refinar este modelo de atención y adaptarlo para su uso en la población mexicana.

Utilizaremos la convergencia de los hallazgos encontrados acerca de la aplicación del cuestionario PAM en la atención de personas con enfermedades crónicas junto con los niveles de HbA1c, con la finalidad de identificar si dicho cuestionario es aplicable a nuestra población de pacientes y nuestro enfoque de atención centrada en la persona.

En la práctica clínica nuestra hipótesis es, que, si la bibliografía acerca del cuestionario PAM demuestra ser aplicable en personas con enfermedades crónicas, podríamos utilizarlo en la práctica clínica en conjunto con nuestro modelo de atención centrada en la persona para identificar aquellos pacientes que están desarrollando capacidades de autocuidado y aquellos que no. Al identificar esto, generamos información relevante acerca de nuestra población; es una nueva forma de evaluar los resultados de nuestro modelo de atención, es también una manera de identificar a aquellas personas que no estén generando habilidades de autocuidado, para así captarlas y crear estrategias para que lo puedan lograr. Desde el punto de vista epidemiológico esta herramienta podría significar una modificación importante dentro del sistema de salud mexicano al permitir la obtención de información mucho más concreta con respecto a la mejoría de la salud de los pacientes, los distintos tratamientos que siguen y el nivel de apego que estos tienen. Lo anterior permitiría a largo plazo la elaboración de estrategias estandarizadas en la detección y control de los pacientes con enfermedades crónicas dentro de la población mexicana. Desde el punto de vista médico, nos permitirá tener un mayor impacto en la vida de las personas a las que brindamos atención médica, permitiendo así no solo el adecuado control de la enfermedad crónica sino también la mejoría de sus hábitos diarios, para lograr una mejoría global en la calidad de vida del paciente.

Metodológicamente la revisión sistemática propuesta ayudará, si nuestra hipótesis es correcta, a precisar extracción de nuevos datos acerca de las personas dentro del modelo de atención integral centrada en la persona que estamos aplicando en unidades de primer nivel de atención de la Ciudad de México.

### **Pregunta de investigación**

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

### **Estrategia de búsqueda**

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

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

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

### **Ejecución**

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

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

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

### **Resultados**

Se revisaron un total de 6 artículos observacionales y prospectivos, 5 de ellos con mediciones longitudinales<sup>9,10,11,12,13</sup> y 1 con mediciones transversales<sup>14</sup> (Tabla 1). 4 fueron de tipo cuasi experimental<sup>10,11,12,13</sup> con distintas intervenciones que tenían como objetivo aumentar la activación de las personas para posteriormente relacionar el cambio pre y post intervención del resultado del PAM

con diversos determinantes clínicos como el índice de masa corporal, perfil de lípidos y acciones de autocontrol de la enfermedad entre otros; de estos la HbA1c es el determinante de relevancia para el presente trabajo. Las intervenciones variaron en la forma en que buscaron mejorar la activación de los pacientes, 1 lo hizo a través de la actividad física mediante caminatas organizadas<sup>12</sup>, otro mediante monitoreo estrecho y apoyo remoto<sup>10</sup>, otro a través de 2 consultas anuales donde se aplicó el modelo centrado en la persona con toma de decisiones conjunta<sup>11</sup>, y el último mediante sesiones presenciales de 15 a 20 minutos y llamadas telefónicas personalizadas según las necesidades de cada persona<sup>13</sup>.

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

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

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

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

### **Recomendaciones**

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

Además, se propone realizar un estudio longitudinal consistente en la aplicación del cuestionario PAM

en conjunto con otras herramientas para la evaluación de la calidad de vida a personas dentro del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona con el fin de comparar el nivel de activación de las personas y su relación no solo con el control bioquímico de su enfermedad a través de la HbA1c, sino también con la mejoría en su calidad de vida.

### Conclusiones

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

### Referencias

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

- people with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. 2020 Dec;8(2):1–8. doi:10.1136/bmjdr-2020-001926
12. Regeer H, van Empelen P, Bilo HJG, de Koning EJP, Huisman SD. Change is possible: How increased patient activation is associated with favorable changes in well-being, self-management and health outcomes among people with type 2 diabetes mellitus: A prospective longitudinal study. *Patient Education and Counseling*. 2022 Apr;105(4):821–7. doi: [10.1016/j.pec.2021.07.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.014)
  13. Almutairi N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H. The effect of a patient activation tailored intervention on type 2 diabetes self-management and clinical outcomes: A study from Saudi Arabian primary care settings. *Journal of Diabetes Research*. 2023 nov 27; 2023:1–11. doi: [10.1155/2023/2074560](https://doi.org/10.1155/2023/2074560)
  14. Almutairi N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H. Relationship between patient activation and type 2 diabetes mellitus self-management and clinical outcomes in Saudi Arabian Primary Care Setting. *American Journal of Health Promotion*. 2023 Dec 26;1–11. doi: [10.1177/08901171231224889](https://doi.org/10.1177/08901171231224889)

Tabla 1. Resumen de estudios

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

					HbA1c a los tres años que duró el estudio.
2019 Su D, Michaud TL, Estabrooks P, Schwab RJ, Eiland LA, Hansen G, DeVany M, Zhang D, Li Y, Pagán JA, Siahpush M.	Diabetes Management Through Remote Patient Monitoring: The Importance of Patient Activation and Engagement with the Technology.	Estudio prospectivo longitudinal	Evaluar la importancia de la activación y el compromiso del paciente con la tecnología de monitoreo remoto de pacientes en el manejo de la diabetes tipo 2.	Estudio observacional cuasi experimental pre y post intervención con una muestra de 1,354 pacientes con diabetes tipo 2 que habían estado hospitalizados por cualquier razón máximo 1 mes antes de iniciar la intervención que consistió en un programa de 3 meses de duración en el cual se realizó un monitoreo diario de diversos determinantes clínicos y mínimo una llamada telefónica a la semana en la que se brindaba asesoramiento nutricional, farmacológico y de autocuidado de la enfermedad.	Se encontró una correlación negativa entre la HbA1c post intervención y el resultado inicial del PAM. Dicha correlación variaba en cantidad sin perder la significancia estadística dependiendo de las características individuales de cada persona como la presencia o no de comorbilidades, nivel de activación y HbA1c inicial, edad, sexo y raza.
2020 Rutten GEHM, Van Vugt H, de Koning E.	Person-centered diabetes care and patient activation in people with type 2 diabetes	Estudio prospectivo longitudinal	Evaluar la relación entre la atención de la diabetes centrada en la persona y la activación del paciente.	Estudio observacional cuasi experimental pre y post intervención que tuvo una duración de 1 año en el que participaron 1299 personas con diabetes tipo 2. La intervención consistió en dos consultas anuales conforme al modelo centrado en la persona con toma de decisiones conjunta. A su vez se les aplicó el cuestionario PAM y midió la	Se encontró un incremento de 0.08% en la HbA1c post intervención asociado a un incremento discreto pero significativo en el puntaje del PAM.

				HbA1c pre y post intervención.	
2022  Regeer H, van Empelen P, Bilo HJG, de Koning EJP, Huisman SD.	Change is possible: How increased patient activation is associated with favorable changes in well-being, self-management and health outcomes among people with type 2 diabetes mellitus: A prospective longitudinal study.	Estudio prospectivo longitudinal	Examinar la relación entre los factores de riesgo de baja activación del paciente y el cambio en la activación, el bienestar y los resultados de salud en personas con diabetes tipo 2.	Estudio observacional cuasi experimental pre y post intervención que tuvo una duración de 20 semanas, con una muestra de 128 pacientes con diabetes tipo 2 quienes participaron en caminatas semanales que variaban en distancia de forma gradual desde 5, 10, 15 hasta 20 kilómetros por caminata. Las caminatas fueron organizadas coordinadas por personal de salud. A todos los participantes se les aplicó el cuestionario PAM y se les midió su HbA1c pre y post intervención, posteriormente se llevaron a cabo análisis estadísticos de regresión para determinar si existía asociación entre las variables.	Un aumento en el resultado de la activación del paciente evaluado a través del PAM se asoció a una disminución de la HbA1c en pacientes que partieron de una HbA1c mayor a 7% previa a la intervención.
2023  Almutanari N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H.	The Effect of a Patient Activation Tailored Intervention on Type 2 Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes: A Study from Saudi Arabian Primary Care Settings	Estudio prospectivo longitudinal	Examinar el efecto de una intervención adaptada a la activación del paciente sobre el autocuidado de la diabetes tipo 2 y los resultados clínicos en entornos de atención primaria en Arabia Saudita.	Estudio observacional cuasi experimental pre y post intervención que tuvo una duración de 6 meses con una muestra de 82 personas con diabetes tipo 2, quienes recibieron sesiones mensuales presenciales de 15 a 20 minutos durante 3 meses, con el objetivo de identificar las necesidades de cada participante para posteriormente dar seguimiento al progreso y brindar apoyo. Seguidas de 3 meses en los cuales se hacía un seguimiento a través de una llamada telefónica mensual. Tanto las sesiones como las llamadas telefónicas estaban ajustadas al nivel de activación y necesidades	Un incremento del resultado en el PAM se relaciona a un descenso significativo de la HbA1c

				individuales de cada paciente.	
2023 Almutairi N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H.	Relationship Between Patient Activation and Type 2 Diabetes Mellitus Self-management and Clinical Outcomes in Saudi Arabian Primary Care Setting	Estudio prospectivo transversal	Evaluar la relación de la activación del paciente con la autogestión de la diabetes tipo 2 y los resultados clínicos en el marco de la atención primaria en Arabia Saudita.	Estudio observacional que se llevó a cabo con una muestra de 398 personas con diabetes tipo 2 en el cual se realizó un análisis estadístico a través de regresión lineal y logística para evaluar si el nivel de activación medido con el PAM es capaz de predecir el resultado del control glucémico medido a través de la HbA1c.	Encontraron una asociación estadísticamente significativa entre un mejor puntaje en el PAM con un mejor control glucémico.
HbA1c, hemoglobina glicosilada; PAM, patient activation measure.					

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

Las actividades realizadas en el módulo 3 se organizaron con la finalidad de llevar a cabo dos partes fundamentales del MAICP, la primera corresponde a la implementación del componente “Construcción de entornos saludables” que se realizó mediante la organización del 6to Encuentro de Personas con Enfermedades crónicas y la segunda para implementar el componente “Comunidad” mediante la Constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades crónicas.

#### El encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.

La primera parte del módulo se centró en la implementación del componente “Construcción de Entornos Saludables”. Para ello, se organizó el 6to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas, una estrategia para el desarrollo de actividades colectivas, un evento significativo que reunió a las personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud.

El propósito de este encuentro fue “Ser, hacernos comunidad”, crear un espacio para conocer y compartir qué necesidades, aspiraciones y objetivos tienen en común como personas que viven con enfermedades crónicas.

El proceso de preparación para llevar a cabo el encuentro se llevó a cabo entre los días 1 al 12 de marzo del 2024, tiempo en el cual se tuvieron 3 sesiones para la capacitación a los médicos pasantes de servicio social en las instalaciones de la UAM-Xochimilco en donde se explicaron los objetivos del encuentro, las actividades a realizar y también se brindaron estrategias para la moderación de grupos de discusión. Se realizó también la gestión del aula del del C.S.T-III San Francisco Culhuacán para llevar a cabo el evento, y se prepararon aperitivos saludables para los asistentes del encuentro. La invitación a las personas se realizó de manera presencial en su consulta médica, se realizaron invitaciones vía llamada telefónica a las personas del programa, también se realizó un cartel de difusión del evento el cual se colocó en el centro de salud y se difundió por medios digitales; en ese momento se tenía un estimado de asistencia de probablemente 30 personas.

El encuentro se llevó a cabo en el aula del C.S.T-III San Francisco Culhuacán, el día 13 de marzo del 2024 de 9:00 a 13:00 horas. A dicho encuentro asistieron 18 personas con enfermedades crónicas pertenecientes a los centros de salud de la jurisdicción Coyoacán que forman parte del MAICP.

El encuentro se inició con una exposición de resultados del MAICP a las personas con enfermedad crónica que forman parte del programa, en donde se les platicó del panorama global del programa del que forman parte, así como también de los resultados de este en el control de las enfermedades crónicas.

Posteriormente se dividió a las personas en dos grupos de 9 personas, quienes iban a estar coordinados por un médico pasante de servicio social. En cada grupo se realizó una dinámica de presentación, se explicó a las personas que el objetivo de estar en grupo era crear una propuesta de algo que se deba implementar en el MAICP para suplir sus necesidades colectivas para el manejo de su enfermedad y su padecimiento, se explicaron las reglas de convivencia y se dio paso a la discusión que se coordinó en base a las preguntas:

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?

Al finalizar la discusión, por parte de la comunidad de la jurisdicción Coyoacán se generaron dos propuestas a implementar en el proyecto:

1. La creación de una guía de enfermedad, que ayude a las personas a saber cómo prevenir complicaciones de sus enfermedades y cómo actuar en el momento en que se presentan.
2. La elaboración de carteles que incluyan prácticas para la prevención de enfermedades crónicas.

En conclusión, este encuentro no solo sirvió como plataforma para la discusión y el fortalecimiento de entornos saludables, sino que también fomentó la colaboración comunitaria para establecer necesidades y metas en común, lo que derivó en la creación de propuestas de proyectos comunitarios.

A continuación de adjunta la relatoría de uno de los grupos de discusión del encuentro:

#### Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: COYOACAN	Coordinador(a): Zeltzin Yared Mena Urbano	
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, hacernos 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, 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.
--	--

**Descripción detallada del taller:**

**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?

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.

**Segundo 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?

En esta Sección algunas de las cosas que se mencionaron fueron:

- 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
- Martín 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 éstas 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.)

### Hacia la constitución de los Consejos Asesores.

La segunda parte del módulo se dedicó a la implementación del componente “Comunidad” del MAICP. Esto se realizó mediante la Constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas. La formación de estos consejos es crucial para asegurar que las voces de las personas afectadas por enfermedades crónicas sean escuchadas y consideradas en el desarrollo de políticas y estrategias de atención.

Derivado de las propuestas surgidas en las distintas sedes del 6º Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas se inició la implementación del último componente pendiente del MAICP, la constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.

El equipo de coordinación del MAICP consideró conveniente organizar las propuestas en tres conjuntos: Dos como Proyectos de Aprendizaje, uno sobre dudas e información necesaria para conocer mejor las enfermedades crónicas (opción A) o sobre la atención y el cuidado de las mismas (opción B).

El segundo proyecto fue sobre prevención de esas enfermedades, ya sea en el ámbito familiar (opción A) o en el entorno vecinal (Opción B). Estas dos propuestas de proyectos se propusieron para 8 centro de salud, en los que se valoró que había mejores condiciones para realizarlos. A propuesta de un equipo de pasantes, se incorporó un noveno centro de salud, el C.S.T-III San Francisco Culhuacán de la jurisdicción sanitaria de Coyoacán.

El en caso del C.S.T-III San Francisco Culhuacán el Consejo Asesor de Personas con Enfermedad crónica está conformado por 6 personas, quienes hasta el momento han tenido tres reuniones, en las que el grupo decidió trabajar en el proyecto de Aprendizaje para conocer mejor las enfermedades crónicas. Actualmente el objetivo a realizar es la creación de una guía para conocer cómo prevenir las complicaciones agudas de la hipertensión arterial y cómo actuar en el momento en que estas se presenten.

A continuación, se adjuntan las relatorías de las tres reuniones realizadas y la carta descriptiva de las mismas:

#### Primera sesión

La primera sesión del consejo asesor de personas con enfermedades crónicas del C.S.T-III San Francisco Culhuacán, se llevó a cabo el día 27 de junio del 2024, con un horario de 11:00 a 12:30 hrs, en el aula de dicho centro de salud; se contó con la presencia de 6 personas con enfermedades crónicas que forman parte del MAICP y sus dos médicos tratantes como coordinadoras de la sesión.

PRIMERA SESIÓN DE CONSEJO ASESOR	
<b>Coordinadores:</b> MPSS Mena Urbano Zeltzin Yared MPSS Uballe Hernández Harim Monserrat	<b>Proyecto:</b> Aprendizaje. Guía de enfermedad
<b>Relator:</b> MPSS Mena Urbano Zeltzin Yared	<b>Fecha:</b> Jueves 27 de junio de 2024

#### Personas participantes que acudieron

Nombre	Sexo	Edad	Número telefónico
Díaz Santoyo Gabriel	Hombre	56 años	5588040916

Galicia Salinas Elvia	Mujer	56 años	5530663592
González González José Antonio	Hombre	53 años	5546553296
La Fuente Solsona Nuria	Mujer	50 años	5573859326
Martínez Badillo María Dolores	Mujer	54 años	5540766168
Polaco Castillo Hugo	Hombre	72 años	5539338120

#### Datos del proyecto

<b>DATOS DEL PROYECTO</b>	
Proyecto: Aprendizaje. Guía de enfermedad	
Objetivo: promover el aprendizaje en grupo a través de plantearse un desafío a resolver.	
Fase: "Elección del proyecto", el grupo identifica las propuestas y dialogan sobre sus preferencias, identifican dudas y pasos a seguir.	
Hora de inicio: 11:10 horas	Hora de finalización: 12:10 horas

#### Carta descriptiva de la sesión

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad
11:10 a 11:15	Bienvenida y encuadre	Crear un ambiente de confianza que favorezca el diálogo entre los participantes.	Se le pedirá a un integrante que se presente con su nombre y algo que guste agregar de su persona. Se dará una breve exposición sobre el MAICP y el papel del consejo asesor.
11:15 a 11:25	Metodología de trabajo	Especificar la dinámica de trabajo que seguirá el consejo asesor para lograr el proyecto final.	Se explicará la metodología de trabajo mediante un diagrama de flujo presentado en diapositivas.
11:25 a 11:35	Exposición de propuestas	Entender las propuestas planteadas para poder tomar una decisión informada.	Se plantean las opciones de proyectos y se les explica en qué consiste cada uno.
11:35 a 11:55	Elección del proyecto	Integrar la información obtenida a partir del diálogo.	Se realizará la integración a partir de utilización notas adhesivas de las propuestas dadas y se clasifican.
11:55 a 12:00	Evaluación	Identificar logros, acuerdos y aprendizajes de la sesión.	Se establece que les interesa trabajar en proyecto Aprendizaje, mediante la elaboración de la guía de conocer la enfermedad.
12:00 a 12:10	Despedida	Plantear el tema a tratar y fecha de la siguiente sesión	¿Qué vamos a ver en nuestra próxima sesión?

#### Relatoría

##### 1. Bienvenida y dinámica de presentación

Se comenzó la sesión con un encuadre del tiempo estimado de la sesión y explicando a las personas que dicha sesión era para darle continuidad a sus ideas expresadas en el 6to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas. Posteriormente, se realizó una dinámica de presentación entre todos los participantes, en la que se solicitó que dijeran su nombre y si querían expresar algo acerca de ellos, su enfermedad o padecimiento, en relación a qué es lo que consideran más complicado o difícil acerca de vivir con su enfermedad con el objetivo de ayudarlos a empezar a identificar sus necesidades.

2. Con apoyo de material visual (diapositivas) se explicó a las personas que nuestro objetivo es crear con ellos un proyecto que ayude a satisfacer necesidades que ellos identifiquen como necesarias en su enfermedad y la forma en que la viven. Se les expusieron las dos opciones de “Proyecto Aprendizaje” y “Proyecto Prevención”, hablando un poco acerca de cada uno y exponiendo ejemplos de lo que podrían hacer en cada uno de los proyectos.
3. Continuamos a dar paso a escuchar qué les había llamado la atención y a resolver dudas que surgieron en relación a los dos proyectos. Al expresar necesidades e incertidumbres, expresaron que si bien consideraban importante la prevención en sus familias y su comunidad, ellos opinan que primero deben aprender a cuidarse a ellos mismos y posteriormente compartir lo que aprendan. Se tomó la decisión grupal de realizar el “Proyecto aprendizaje”.
4. Se explicó que el “Proyecto aprendizaje” está destinado a hacer publicaciones periódicas, que podemos trabajar más de un tema, pero en tiempo y forma para cada uno de forma separada.
5. Se dio paso a una lluvia de ideas, iniciando con la pregunta “¿Qué queremos saber?”, asegurándonos de escuchar las ideas de cada persona, se englobaron los siguientes temas y preguntas:
  - Formas de alimentación: hábitos, libertades, ¿qué tanta cantidad y con qué frecuencia puede tomar libertades en mi dieta?, ¿qué no puedo comer? porque obtengo diferentes opiniones por el personal de salud, opciones que puedo encontrar en la calle que se apeguen a mis necesidades de alimentación.
  - Tratamiento farmacológico: ¿qué tanto influye el tratamiento farmacológico y el no farmacológico en mi enfermedad?, ¿qué medicamentos debo tomar en caso de complicaciones?
  - Ansiedad que provoca el vivir con la enfermedad: la ansiedad que me provoca el querer comer un alimento dañino para mi salud, ansiedad que me provoca no saber cómo actuar ante las complicaciones.
6. Se englobó la lluvia de ideas en esas 3 ideas centrales mediante el uso de notas adhesivas, posteriormente se expusieron los 3 temas centrales a las personas, aclarando que, si bien se pueden trabajar diversos temas, debemos iniciar con uno, lo cual se acordó se decidirá en la siguiente sesión, se solicitó a los integrantes buscar información de los temas y llevar sus dudas a la siguiente sesión para expresarlas al grupo y que juntos decidan que es a lo que le quieran dar prioridad.
7. Se acordó hacer las sesiones de la creación de proyectos cada 15 días, tentativamente (se debe confirmar disponibilidad del aula del centro de salud) las fechas de las próximas sesiones son:
  - 11 de julio del 2024 a las 11:00 am.
  - Tentativamente 24 de julio del 2024, falta que se nos permita el uso del aula ese día.

### **Segunda sesión**

La segunda sesión del consejo asesor de personas con enfermedades crónicas del C.S.T-III San Francisco Culhuacán, se llevó a cabo el día 11 de julio del 2024, con un horario de 11:04 a 12:10 hrs, en el aula de

dicho centro de salud; se contó con la presencia de 5 personas con enfermedades crónicas que forman parte del MAICP y sus dos médicos tratantes como coordinadoras de la sesión.

PRIMERA SESIÓN DE CONSEJO ASESOR	
<b>Coordinadores:</b> MPSS Mena Urbano Zeltzin Yared MPSS Uballe Hernández Harim Monserrat	<b>Proyecto:</b> Aprendizaje. Guía de enfermedad
<b>Relator:</b> MPSS Mena Urbano Zeltzin Yared	<b>Fecha:</b> Jueves 11 de julio del 2024

**Personas participantes que acudieron**

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

**Datos del proyecto**

Proyecto: Aprendizaje. Guía de enfermedad. Objetivo del proyecto: promover el aprendizaje del grupo a través de plantearse un desafío a resolver. Fase: "Elección del proyecto", el grupo identifica las propuestas y dialogan sobre sus preferencias, identifican dudas y pasos a seguir.	
Hora de inicio: 11:04 hrs	Hora de finalización: 12:15 hrs

**Carta descriptiva de la sesión**

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad
11:04 a 11:15	Bienvenida y encuadre	Crear un ambiente de confianza que favorezca el diálogo entre los participantes.	Se le pedirá a un integrante que nombre a todos los participantes. Se dará una breve exposición sobre el MAICP y el papel del consejo asesor.
11:15 a 11:20	Metodología de trabajo	Especificar la dinámica de trabajo que seguirá el consejo asesor para lograr el proyecto final.	Se explicará la metodología de trabajo recordando los temas que les habían interesado en la sesión previa
11:20 a 11:40	Diálogo de saberes	Recolectar y dialogar sobre la información investigada.	Se dialoga acerca de con qué les gustaría comenzar y indaga en las dudas de los participantes.
11:40 a 12:00	El origen de las enfermedades crónicas.	Integrar la información obtenida a partir del diálogo.	Se realizará la integración a partir del dialogo, en el que los participantes coinciden en que les gustaría saber por qué es que se enfermaron.

10:00 a 12:10	Evaluación	Identificar logros, acuerdos y aprendizajes de la sesión.	¿Con qué nos quedamos de la sesión de hoy?
12:10 a 12:15	Despedida	Plantear el tema a tratar y fecha de la siguiente sesión	¿Qué vamos a ver en nuestra próxima sesión?

Se da paso a la relatoría

### 1. Bienvenida y encuadre

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

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

### 2. Lluvia de ideas

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

Hugo comentó que a él no le parece coherente que queramos abordar un tema en específico, que todo es importante y que deberíamos hablar de todo: prevención, por qué ocurren las enfermedades, el tratamiento, las emergencias. Se preguntó al resto del grupo que opinaban ellos, acerca de qué tema les gustaría trabajar y refirieron que coincidían con el Sr. Hugo en que todo era importante, por lo que se explicó a los participantes que podemos abordar varios temas, pero dedicando el tiempo correspondiente para investigar y redactar cada uno.

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

Elvia bromeó diciendo que debíamos comenzar “por el inicio”, se le preguntó cuál cree que es el inicio y dijo “pues, ¿por qué nos enfermamos?”

Continuamos preguntando a cada persona por qué creían que se habían enfermado.

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

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

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

José Antonio contestó que en su familia también tuvo y tiene familiares con diabetes, que su mamá, su papá y su hermano murieron por eso, que él sabe que él también tiene ese riesgo y que le preocupa que sus “niñas” (sobrinas) también, que una de ellas le ha dicho que si a él también le pasa algo ella no querría vivir, a él le gustaría saber también que tanto riesgo tienen ellas.

Hugo comentó que él padece hipertensión, que nadie en su familia tiene ninguna enfermedad, ni hipertensión, ni diabetes, que él en realidad no sabe por qué se enfermó, que en su caso la aparición de la enfermedad fue de inicio súbito e inesperado. Se le preguntó si había escuchado o leído en algún lado por qué se da la enfermedad o cuales son los factores de riesgo, a lo que respondió que escuchó que se da por el estrés y que el tabaco también influye. Preguntamos a Hugo si sabía algo más de qué otros factores influyen en el desarrollo de la hipertensión arterial y él nos dijo que no.

3. Se platicó con las personas, notamos que todos tienen interminables dudas al respecto y decidimos juntos que el tema de nuestra primera publicación será “¿Por qué nos enfermamos?”
4. Posteriormente les dijimos a las personas que debemos comenzar a investigar acerca de nuestro tema, se les preguntó cuáles eran los medios que tenían para investigar, si contaban con internet o tenían a alguien que los pudiera acompañar en su investigación, ya que uno de los objetivos del proyecto es que ellos aprendan mientras lo realizan.

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

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

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

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

Hugo dijo que él también tiene acceso a internet, pero había tenido el mismo problema que Gabriel. Acordamos que los médicos pasantes enviaríamos al grupo de WhatsApp opciones de buscadores y páginas en donde pudieran encontrar información confiable, que se sintieran libres de preguntar si es buena a la fuente que están consultando pero que se sintieran libres de buscar en su medio de preferencia, ya que es igual de importante aprender de lo correcto como de lo que no lo es para identificarlo.

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

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

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

### Tercera sesión

TERCERA SESIÓN DE CONSEJO ASESOR	
<b>Coordinadores:</b> MPSS Mena Urbano Zeltzin YaredDra. Paulina Aguilera	<b>Proyecto:</b> Aprendizaje. Guía de enfermedad
<b>Relator:</b> MPSS Uballe Hernández Harim Montserrat	<b>Fecha:</b> Jueves 25 de julio de 2024

Personas participantes que acudieron

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

a. Participantes que no acudieron

Díaz Santoyo Gabriel. Mencionó que por motivos de trabajo no podría acudir a la sesión. Teléfono: 5588040916

Datos del proyecto

DATOS DEL PROYECTO	
<b>Proyecto:</b> Aprendizaje. Guía de enfermedad	
<b>Objetivo:</b> promover el aprendizaje en grupo a través de plantearse un desafío a resolver.	
<b>Fase:</b> "Diálogo de saberes". El grupo intercambia conocimientos y experiencias	
<b>Hora de inicio:</b> 11:15 horas	<b>Hora de finalización:</b> 12:50 horas

Carta descriptiva de la sesión

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad
11:00 a 11:10	Bienvenida y encuadre	Crear un ambiente de confianza que favorezca el diálogo entre los participantes.	Se le pedirá a un integrante que nombre a todos los participantes. Se dará una breve exposición sobre el MAICP y el papel del consejo asesor.
11:10 a 11:15	Metodología de trabajo	Especificar la dinámica de trabajo que seguirá el consejo asesor para lograr el proyecto final.	Se explicará la metodología de trabajo mediante un diagrama de flujo presentado en diapositivas.

11:15 a 11:45	Diálogo de saberes	Recolectar y dialogar sobre la información investigada.	Se planteará la primera pregunta sobre la que se dejó reflexionar y recabar información en la sesión pasada. ¿Mi enfermedad tiene un factor genético?
11: 45 a 11:55	El origen de las enfermedades crónicas. Nuestra perspectiva	Integrar la información obtenida a partir del diálogo.	Se realizará la integración a partir de un mapa conceptual con los puntos más relevantes de la charla.
11:55 a 12:00	Evaluación	Identificar logros, acuerdos y aprendizajes de la sesión.	¿Con qué nos quedamos de la sesión de hoy?
12:00 a 12:10	Despedida	Plantear el tema a tratar y fecha de la siguiente sesión	¿Qué vamos a ver en nuestra próxima sesión?

#### Relatoría

##### a) Bienvenida y encuadre

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

Una vez concluida la presentación se dio paso a retomar las preguntas que acordamos investigar en la sesión previa.

##### b) Diálogo de saberes

¿Mi enfermedad tiene un factor genético?

**Hugo:** Yo en esto, sí estoy, no renuente, sino que, la genética es como todo. Uno hereda algo, los ojos, la nariz, el cabello, la forma del pie, etc. Entonces, no porque mi papá tenga algo yo lo voy a heredar. Eso es un mito, porque yo no heredé los ojos de mi papá, ni el cabello de mi mamá. Ni, ¡ah Abuelo!, podemos “abuelear”. Entonces ahí viene esto, que luego los doctores confunden, porque mi papá tuvo esto entonces yo lo voy a tener y mi hermano lo va a tener. ¡No! eso es un mito. Entonces, mis papás no tuvieron diabetes, no tuvieron hipertensión. ¿Yo por

qué lo tengo? Ahí viene la otra cuestión, no es que tanto sea la genética. Parte sí, parte no, y no basarnos solo en la genética si no que uno trae un organismo que puede o no desarrollar algo... Eso es a lo que yo le atribuyo que no sabemos realmente ¿Qué causó nuestra enfermedad? Todos dicen por ejemplo que en hipertensión el estrés, las carreras que traigo, el mal comer... Yo duré años sin hipertensión, y yo tuve problemas fuertes... y no medio hipertensión hasta ahorita.

Hugo mencionó que su conclusión fue que nadie sabe cuál es el peso de la genética, que él le pondría entre paréntesis una duda muy grandota...

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

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

**Antonio:** sí, porque mis abuelitos y mis papás lo tuvieron. Pero fíjese qué es lo chistoso, que solo la familia de mi papá lo tenía, porque la familia de mi mamá, no, ninguno tenía.

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

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

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

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

**Antonio:** todos.

**Dra. Paulina:** ¿fumaban?

**Antonio:** todos.

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

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

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

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

**Hugo:** no, también la tiroides.

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

**Hugo:** pues dicen que sí.

**Elvia:** sí.

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

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

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

que llegue a expresarse o no.

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

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

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

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

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

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

**Elvia:** evitarla.

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

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

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

**Dra. Zeltzin:** igual, creo que a Hugo le serviría aprender un concepto nuevo. Una cosa es la genética y hay otro factor nuevo que nosotros conocemos como epigenética. Es algo que a lo menor no se ha escuchado tanto.

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

**Hugo:** ¿epigenética?.

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

**Hugo:** pero ahí está ese foquito.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Elvia:** con el ejercicio.

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

**Antonio:** igual alimentación.

**Dra. Paulina:** ¿Qué más?

**Antonio:** por ejemplo, mis sobrinas, mis hijas se salen a escondidas y llegan con el refresco y el pan.

¿Cómo les digo que no? si ya vienen con él.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Dra Paulina:** ¿qué sentiste?

**Hugo:** Ese día me sentí raro, conozco mi cuerpo. Entonces me tomé la presión y tenía 170 y fracción, no me acuerdo ahorita. Entonces le hablé a mi hermana que sí es hipertensa, entre paréntesis porque también tiene la presión baja. Le dije: “oye tú qué sabes de presiones ¿esta

es buena, mala o regular?”. Dice: “¡No, es altísima!” y me puso.... Entonces yo, con permiso ahorita vengo y me fui al hospital.

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

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

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

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

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

**Nuria:** o tal vez no lo decía.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Dra. Zeltzin:** ¿No?

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

**Dra. Harim:** no, lo que estamos preguntando es, que de lo que vio que genera hipertensión a parte de la genética, hay otros factores. ¿Qué otros factores vio usted que existen que generan hipertensión que usted haya leído o escuchado?

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

**Dra. Zeltzin:** ¿la alimentación?

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

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

**Hugo:** no

**Elvia:** sí, pues es todo eso ¿no?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

acá es bajarle y no sumarle a los factores.

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

**Elvia:** obesidad, ¿no?

**Nuria:** sí.

**Hugo:** adelante.

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

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

**Nuria:** la falta de ejercicio también ¿no?

**Hugo:** las grasas malas.

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

**Nuria:** hormonas.

**Hugo:** ¿hormonas?

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

**Antonio:** el periodo.

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

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

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

**Antonio:** el alcohol.

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

**Hugo:** ¡wow! Sí, claro.

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

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

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

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

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

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

**Dra. Zeltzin:** la dislipidemia también es una enfermedad. Todos tenemos colesterol y triglicéridos porque nuestros órganos los ocupan. El problema es como en cualquier enfermedad, cuando estos niveles empiezan a subir. Porque, así como la azúcar daña los vasos, las arterias, el colesterol las tapa y también las daña. Entonces nos predispone a infartos o patologías asociadas a que se ocluya un vaso o una arteria y por eso es una enfermedad. Porque al estar elevados nos traen complicaciones. Ahora, también hay un factor genético, de hecho, hay dislipidemias familiares en las que las personas ya tiene esa predisposición y es más difícil

que se les baje, aunque tomen mucho medicamento. Entonces, igual que con la diabetes puede ser que se me desarrolle por genética o a que se me dé por mi dieta. ¿Qué se les ocurre?

**Hugo:** unas garnachas.

**Nuria:** el pan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

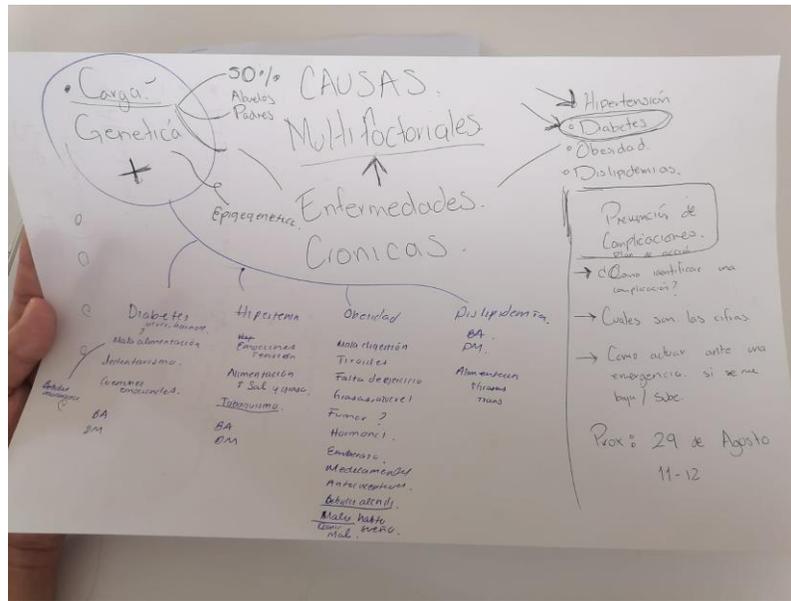
Se procede a hacer la recapitulación usando el mapa conceptual realizado durante la sesión:

**Dra. Zeltzin:** enfermedades crónicas es nuestro tema de estudio, que son diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias. Son de causas multifactoriales, todas tienen un factor genético, algunas más, algunas menos y se va a estar modificando por epigenética que son las acciones de nuestro ambiente. En diabetes quedamos mala alimentación, sedentarismo, cuestiones emocionales, bebidas alcohólicas y los malos hábitos del sueño, las bebidas azucaradas por acá, harinas. Eso quedó en diabetes.

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

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

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



d) Evaluación

**Dra. Zeltzin:** esto es lo que llevamos hasta el momento, si se dan cuenta ¿qué tienen en común las enfermedades? Muchos de los factores que influyen en el desarrollo de las enfermedades crónicas, tienen el mismo patrón además de la carga genética. Entonces los que nos dan riesgo para una, nos dan riesgo para la otra, por eso vienen juntas.

e) Despedida

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

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

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

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

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

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

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

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



### **3.4 Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedades crónicas. Tutoría de casos.**

El módulo 4 se llevó a cabo en doce sesiones virtuales mediante la plataforma “Zoom meetings”, de las cuales nueve fueron sesiones de exposición de caso clínico y tres de ellas fueron presentación de los temas derivados de las presentaciones de caso clínico: “Cuidar al cuidador”, “Aspectos psicoemocionales en personas con enfermedades crónicas” y “Manejo de insulinas”.

Se exponen a continuación 2 casos clínicos que dan mucho de qué discutir en el contexto del MAICP.

Primer caso clínico:

Hugo, un hombre de 72 años, enfrenta una serie de desafíos de salud que ilustran la complejidad del manejo de enfermedades crónicas en el contexto de la ansiedad y el abandono del tabaquismo. Su historia es un ejemplo paradigmático de cómo las condiciones médicas no solo afectan la biología del cuerpo, sino también la psicología y el bienestar emocional del individuo.

Hugo, es una persona alegre, extrovertida y testaruda, actualmente cursa con síntomas de ansiedad y refiere despersonalización desde su abandono al tabaco hace 5 meses posterior a evento de diplopía monocular derecha que refiere le causó miedo. Tiene diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de 20 meses de diagnóstico, se mantuvo desde su diagnóstico en cifras de control de presión arterial en tratamiento con monoterapia, sin embargo, actualmente presenta descontrol de la presión arterial desde su abandono del tabaquismo hace 5 meses relacionado a fuertes síntomas de ansiedad. Antecedente de prediabetes de 20 meses de diagnóstico por pesquisa en este centro de salud. Antecedente de tabaquismo de 59 años de evolución, abandonado hace 5 meses, llegando a fumar hasta 30 cigarrillos al día. Enfermedad renal crónica G3A1 de un año de diagnóstico. Actualmente en tratamiento farmacológico con telmisartán/hidroclorotiazida 80/12.5 mg cada 24 horas, metoprolol 50 mg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 24 horas, ácido acetil salicílico 150 mg cada 24 horas, atorvastatina 20 mg cada 24 horas.

Hugo vive su enfermedad con incertidumbre y ansiedad, es muy atento y le gusta siempre tener cifras normales de tensión arterial y frecuencia cardíaca, sus expectativas de salud consisten principalmente

en seguir sin complicaciones que limiten su independencia y le gustaría seguir “sintiéndose él mismo”. En él podemos ver como posterior a un evento de diplopía que le causó miedo, decide el abandono del tabaquismo, dicho abandono del tabaquismo le trae muchos síntomas de ansiedad, a partir de lo cual inicia con un descontrol muy considerable de su presión arterial que pone en riesgo su vida.

El caso de Hugo subraya la importancia de un enfoque biopsicosocial en el manejo de enfermedades crónicas. Su situación requiere de una atención que trascienda los límites de la medicina convencional. La terapia conductual conductual se presenta como una herramienta esencial para ayudar a Hugo a manejar la ansiedad y mejorar su calidad de vida. Esta forma de terapia puede proporcionarle estrategias para enfrentar el estrés y los síntomas de ansiedad de manera más efectiva, lo que podría contribuir a una mejor regulación de su presión arterial.

Además, podría ser beneficioso considerar el uso de ansiolíticos como complemento al tratamiento de su ansiedad. La integración de estas intervenciones farmacológicas con la terapia conductual podría ofrecer un enfoque más holístico y eficaz para el manejo de su estado de salud.

#### Segundo caso clínico

Georgina, una mujer de 62 años, es un testimonio viviente de la resiliencia humana y el poder de la adaptabilidad frente a adversidades extremas. Nacida y criada en la Ciudad de México, su vida ha estado marcada por desafíos significativos que han moldeado su carácter y su forma de enfrentar la vida. A pesar de los múltiples traumas que ha experimentado, Georgina se presenta como una persona amable, carismática y con la habilidad de formar vínculos de amistad profundos, reflejando una capacidad notable para superar las dificultades.

Desde una edad temprana, Georgina comenzó a enfrentar situaciones difíciles que habrían sido abrumadoras para muchas personas. A los 11 años, sufrió abuso sexual, un evento que no solo le provocó un embarazo no deseado, sino que también la llevó al abandono de su familia. Este trauma inicial marcó el comienzo de una vida de sufrimiento y desafíos, con el consiguiente inicio del consumo de drogas y alcohol a una edad temprana como mecanismo para lidiar con su dolor.

A los 31 años, Georgina enfrentó otro golpe devastador con la muerte violenta de sus dos primeros hijos. Este evento traumático fue seguido por el abandono de su pareja sentimental, lo que intensificó su adicción a las sustancias. Estos episodios reflejan un patrón de pérdidas y traumas continuos en su vida, que, a pesar de su magnitud, no han impedido que Georgina mantenga una actitud positiva y formativa hacia los demás.

En 2017, un accidente de trabajo casi le cuesta una pierna, una situación que requirió cirugía y una recuperación significativa. Afortunadamente, pudo conservar su pierna gracias al apoyo de médicos que conocía a través de su trabajo vendiendo comida y la solidaridad de compañeros de trabajo que ayudaron a financiar su cirugía. Esta experiencia subraya su habilidad para movilizar recursos y construir redes de apoyo, incluso en los momentos más críticos.

A pesar de sus desafíos, Georgina ha desarrollado mecanismos adaptativos notables, como la creación de fuertes vínculos de amistad. Estos vínculos han sido cruciales para ella, especialmente en ausencia de una red de apoyo familiar sólida. Esta capacidad para establecer relaciones significativas demuestra su fortaleza interior y su habilidad para encontrar apoyo emocional en medio de la adversidad.

Actualmente, Georgina enfrenta un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, con niveles de hemoglobina glicosilada en 8% y glicemia capilar en ayuno de 182 mg/dl. También padece hipertensión arterial sistémica, que está en metas terapéuticas, y obesidad grado I. A pesar de su conocimiento y esfuerzo por seguir el tratamiento médico, la realidad de su vida va más allá de sus enfermedades crónicas. La movilidad reducida debido a las secuelas de su cirugía de rodilla y los problemas económicos,

acentuados por su dependencia del modesto apoyo financiero de su hermana, constituyen retos significativos. En ella se puede observar como la enfermedad de una persona puede estar muy alejada de su verdadero padecimiento.

En resumen, la vida de Georgina es un reflejo profundo de la resiliencia y la capacidad humana para enfrentar y adaptarse a las adversidades. Su historia es un testimonio de la fortaleza del espíritu humano y de cómo, incluso frente a las dificultades más severas, uno puede encontrar maneras de seguir adelante, formar conexiones significativas y enfrentar los desafíos con dignidad y coraje. Georgina, a pesar de las múltiples pruebas que ha enfrentado, continúa siendo una figura de esperanza y fortaleza, y su vida ofrece valiosas lecciones sobre la capacidad de recuperación y el poder de la comunidad y el apoyo interpersonal.

#### 4. Balance del desempeño clínico en la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán a cargo de médico pasante en servicio social Zeltzin Yared Mena Urbano.

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

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024

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

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	11	55
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	9	45
Recuperados a partir de agosto de 2023	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 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

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

Condición de participación	No	%
Activas	17	85
No activas	3	15
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>3</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

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

Centro de Salud T. III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud		
Cambio de institución que le atiende	1	33.33
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	1	33.33
Falleció		
Otro motivo	1	33.33
Se ignora		
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023-juñlio 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

Centro de Salud T. III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Sexo	No	%
Femenino	14	70
Masculino	6	30
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

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

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

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	10
50 – 59 años	9	45
60 – 69 años	5	25
70 – 79 años	4	20
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

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

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

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	0	0	0	0	0	0
40 – 49 años	1	7.14	1	16.67	2	10
50 – 59 años	8	57.14	1	16.67	9	45
60 – 69 años	3	21.43	2	33.33	5	25
70 – 79 años	2	14.29	2	33.33	4	20
80 y más años	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>		<b>100</b>

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 de acuerdo a edad

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

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	2	10
3	1	5
4	1	5
5	2	10
6	2	10
7	3	15
8	1	5
9	2	10
10	1	5
11	3	15
12 y más	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

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

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	3	15
Diabetes Mellitus tipo 2	3	15
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	1	5
Obesidad y diabetes	1	5
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	6	30
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	5
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	15
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

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

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	1	7.14	2	33.33	3	15
Diabetes Mellitus tipo 2	2	14.29	1	16.67	3	15
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	1	7.14	0	0	1	5
Obesidad y diabetes	1	7.14	0	0	1	5
Obesidad y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Diabetes e hipertensión	5	35.71	1	16.67	6	30
Obesidad, hipertensión y diabetes	0	0	1	16.67	1	5
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	14.29	1	16.67	3	15
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	14.29	0	0	2	10
<b>Total</b>	14	100	6	100	20	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 hipertensión  
Centro de Salud T. III San Francisco Culhuacán  
Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro 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 diabetes mellitus tipo 2  
Centro de Salud T. III San Francisco Culhuacán  
Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro 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 obesidad e hipertensión arterial  
Centro de Salud T. III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro 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 obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro 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 diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico % de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	
------	--	--

20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	16.67
50 – 59 años	2	33.33
60 – 69 años	1	16.67
70 – 79 años	2	33.33
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro 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, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 16

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

Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico % de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0

50 – 59 años	2	66.67
60 – 69 años	1	33.33
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro 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 obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

## 5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 18

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	12	75	10	62.5	12	75
Fuera de control	4	25	6	37.5	4	25

<b>Total</b>	16	100	16	100	16	100
--------------	----	-----	----	-----	----	-----

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 19

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

Parámetro de	No	%
Control	7	43.75
Fuera de control	9	56.25
<b>Total</b>	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: Se debe tomar en consideración que hay un sesgo en la estadística de la tabla, en relación a los niveles actuales de hemoglobina glicosilada de las personas tratadas; esto debido a que el 45% de nuestra población es de nuevo ingreso y de ellos el 44% cuenta solamente con la hemoglobina glicosilada que se midió a su ingreso al programa, esto debido a la falta de reactivos en la unidad. Si bien no todas las personas están en metas terapéuticas de hemoglobina glicosilada, muchos de ellos disminuyeron significativamente sus niveles de la misma durante el año, actualmente el 68.75% de la población atendida se encuentra en niveles de hemoglobina glicosilada menores de 8 mg/dl.

Tabla No. 20

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control Periodo agosto 2023 – julio 2024  
Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán  
Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetro de	No	%
Control	15	93.75
Fuera de control	1	6.25
<b>Total</b>	16	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 21

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetro de	No	%
Control	2	40
Fuera de control	3	60
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: Se debe tomar en consideración que hay un probable sesgo en la estadística de la tabla, en relación a los niveles actuales de colesterol sérico de las personas tratadas; esto debido a que el 60% de nuestra población con diagnóstico de dislipidemia es de nuevo ingreso y de ellos el 66% cuenta solamente con la el colesterol sérico que se midió a su ingreso al programa, esto debido a la falta de reactivos en la unidad.

Tabla No. 22

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Parámetro de	No	%
Control	1	50
Fuera de control	1	50
<b>Total</b>		

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

## Conclusión

La atención de personas con enfermedades crónicas debe ser abordada de manera integral, teniendo en cuenta la singularidad de cada paciente, sus necesidades individuales y su contexto particular. El Modelo de Atención Centrada en la Persona ha demostrado ser una herramienta, ya que ha permitido mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, favoreciendo su participación activa en su tratamiento y promoción de la autogestión. Este modelo ha permitido que los pacientes se involucren no solo en la toma de decisiones sobre su salud, sino también en la adaptación de su tratamiento a sus circunstancias personales y posibilidades, lo que ha generado un mayor compromiso y éxito en el cumplimiento de las metas terapéuticas. Mi experiencia en la atención de personas con enfermedades crónicas en el centro de Salud T-III San Francisco Culhuacán, así como los resultados obtenidos en el control de las enfermedades de las personas atendidas, son un reflejo de la efectividad del Modelo de Atención Centrada en la Persona.

Las personas que viven con enfermedades crónicas atendidas por este modelo han experimentado mejoras sustanciales no solo en su salud física, sino también en su bienestar general, reflejando los beneficios de un enfoque más humano y personalizado. Esta experiencia me ha permitido reconocer la importancia de ofrecer una atención que no solo considere la enfermedad, sino también las múltiples dimensiones del paciente como persona. Además, la implementación del Modelo Expandido de Atención Crónica, que integra aspectos como el entorno, las políticas públicas, la creación de entornos saludables y el fortalecimiento comunitario, refuerza la idea de que la salud es un fenómeno multifactorial que requiere un enfoque holístico para su gestión.

En conclusión, la transición hacia modelos de atención más inclusivos y adaptados a las necesidades de los pacientes es esencial para mejorar los resultados en el tratamiento de enfermedades crónicas. El éxito obtenido en el centro de salud en el que participé refuerza la necesidad de seguir adoptando este tipo de enfoques en el sistema de salud mexicano, donde las enfermedades crónicas representan una alta carga para la población. Mi formación en este campo, a través del diplomado, ha sido fundamental para replantear la manera en que brindaré atención a los pacientes en el futuro, permitiéndome ofrecer una atención integral que valore la salud en su totalidad, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y su bienestar general.

## Bibliografía

1. OMS NONCOMMUNICABLE DISEASES: Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2021 SOBRE COVID-19: Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnette J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022
3. ATLAS DE DIABETES: International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021.
3. WAGNER 2019: Wagner E. H. (2019). Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. The Milbank quarterly, 97(3), 659–664. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12416>
4. WAGNER CONTEMPLA MEJORAR PREVENCIÓN: Glasgow, R. E., Orleans, C. T., & Wagner, E. H. (2001). Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?. The Milbank quarterly, 79(4), 579–v. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00222>

5. WAGNER 2001: Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs (Project Hope)*, 20(6), 64–78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>
6. WAGNER 2005: Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkorff, M. (2005). Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 11 Suppl 1, S7–S15. <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.s-7>
7. CUBA: Jova Morel, R., Rodríguez Salvá, A., Díaz Piñera, A., Balcindes Acosta, S., Sosa Lorenzo, I., De Vos, P., & Van der Stuyft, P. (2011). Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. *MEDISAN*, 15(11), 1609-1620. [fecha de Consulta 15 de Agosto de 2024]. ISSN: . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36844523501>
8. Person centered: Tai E Shyong, Y. T. W. (2020). Person-Centred Care in Diabetes: What Is It Based On and Does It Work? *The Singapore family physician*, 46(7), 11–15.
9. Bodenheimer (Kaboo?): Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
10. Expanded chronic model: Barr, V. Robinson, S. Marin-Link, B. Underhil, L. (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.