

Nombre de proyecto: Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades

Trabajo final: “Reconstruyendo la formación médica tradicional: Experiencia del servicio social de medicina con el proyecto de atención centrada en la persona con enfermedades crónicas para el desarrollo de capacidades en C.S.T. III Pedregal de las Águilas – Tlalpan en el periodo Agosto 22 – Julio 23”

Nombre del autor: MPSS Edwin Salvador Blanquet Bonilla

Matrícula: 2163026722

Promoción del servicio social: 01 de Agosto 2022 – 31 de Julio 2023

Asesor Interno: Dr. Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Dra. Alejandra Gasca García

Fecha de entrega: 31 de julio 2023

Ciudad de México, México.

Contenido

1. Presentación	2
2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP)	3
3. El diplomado.....	4
3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónicas. Enfoque de capacidades	7
3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....	21
3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....	39
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.....	39
2. Información demográfica:.....	42
3. Diagnóstico y seguimiento:	44
4. Resultados de control de enfermedad crónica:	51
3.4 Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.	100
4. Conclusiones.....	102
5. Referencias bibliográficas	104
6. Anexos	105

1. Presentación

Este documento se origina para la evaluación final del servicio social en el proyecto de atención centrada en la persona con enfermedades crónicas, el mismo tiene como propósito recapitular y detallar cada una de los momentos a lo largo de un año de pertenecer al proyecto de modelo expandido de cuidados crónicos que tiene su respaldo principal en el diplomado que se lleva durante este periodo.

Se relata la importancia del modelo expandido de cuidado crónicos que adecuo la UAM Xochimilco para la atención de las personas crónicas, donde se toma a la comunidad del paciente como factor de importancia y a tener en cuenta para su atención y no solo su entorno próximo, de ahí la importancia de sus tres subsistemas (Relación del profesional de salud-paciente, Servicios de Salud y Comunidad).

Posteriormente se detalla la importancia como proveedor de herramientas para efectuar este modelo, los componentes del diplomado y sus características particulares. El mismo se compone de cuatro módulos teóricos metodológicos y de los cuales, llevan un orden consecutivo con alternaciones semanales con el cuarto módulo. El primero de ellos consiste en el fortalecimiento de autocuidado de las personas con enfermedades crónicas, donde se menciona las herramientas para que los pacientes desarrollen capacidades para su autocuidado, con decisiones compartidas y con empoderamiento para los mismos. El segundo módulo se enfoca a basar la toma de decisiones médicas, según la mejor evidencia científica, respaldada por la medicina basada en evidencias pero también en la medicina basada en narrativas, para monitorear resultados clínicos. El tercer módulo es sobre la organización y participación social respaldado por la promoción de la salud, para que las personas aumenten el control de sus enfermedades crónicas y además, sean promotores de salud en su comunidad y ambiente donde se desarrollen con entornos saludables. Aquí se presenta el balance del año en la atención médica en el C.S.T. III Pedregal de las Águilas durante la promoción de agosto 2022 – julio 2023 con resultados de control metabólico de pacientes con enfermedades crónicas. También se describe el impacto de los encuentros de pacientes y se anexa la experiencia en los encuentros donde se tuvo participación (4º y 5º Encuentro). El cuarto módulo es sobre revisión y asesoría de casos clínicos, donde se detallan algunos casos de pacientes del proyecto con enfoque centrado en las personas (y no en la enfermedad) para posteriormente revisión de temas para fortalecer la atención médica y afrontar posibles adversidades que como médico pasante del servicio social pueda presentarse.

Al final se dan conclusiones de la experiencia vivida en el proyecto de atención, el cual nos da las herramientas para cambiar el paradigma de la atención (y formación) médica tradicional a una medicina centrada en la persona, y no en las enfermedades.

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

El origen del modelo de atención centrada en la persona se basa en el modelo de cuidados crónicos de Wagner, donde en búsqueda de mejores resultados para el control de las personas con enfermedades crónicas, plantea la importancia de la comunidad y el sistema sanitario para prever las herramientas necesarias al paciente para su autocuidado, y propicia que el médico tenga equipo práctico, preparado y proactivo, generando a su vez interacciones productivas con el paciente y mejorar en su control y progresión. (1)

Es evidente que existe un fracaso en cuanto a la prevención, detección y progresión de las enfermedades crónicas en el país y a nivel global (2); aunado a esto, se han creado los modelos innovadores en respuesta a dicho fracaso, ya que el antiguo y arcaico modelo tradicional no ha tenido los resultados esperados. Las enfermedades crónicas cada año van en aumento, generando retos para el sector salud, y la falta de entendimiento de las mismas pareciera ser su génesis. Actualmente se ha observado que los factores psicosociales tienen un peso de suma importancia para el desarrollo y control de las enfermedades crónicas, y no solo genéticas o fisiopatológicas per se. (3)

De ahí la importancia de los nuevos modelos de atención de las personas con enfermedades crónicas, que han tenido diversas modificaciones para tener una totalidad de factores a considerar que puedan ser participes del desarrollo de las enfermedades crónicas. El modelo simplista de ver y juzgar al paciente como único y exclusivo responsable de dichas enfermedades es un claro ejemplo de la falta de entendimiento de los componentes que debe tener un modelo de atención.

Dichos componentes a determinar según este modelo de atención expandido de cuidados para personas con enfermedades crónicas son esencialmente, tres subsistemas que involucran a la comunidad, al sistema de salud y las relaciones entre médico y persona, de los cuales se irán explicando detalladamente y se mencionara su aplicación en el Centro de Salud T III Pedregal de las Águilas:

1. Relación del profesional de salud-paciente: Este subsistema debe estar compuesto con interacciones productivas, de parte del personal con preparación y teniendo actitud proactiva y de parte del paciente con información adecuada y sobre todo fortaleciendo capacidades individuales (como autocuidado). En el centro de salud se aplicó el primer componente del persona con capacitaciones constantes y planeando las citas médicas para tener actitud proactiva y no reactiva, además no solo centrando la atención en dos personas, si no entendiendo redes de apoyo que la persona

pueda tener; el segundo componente con el empoderamiento del paciente, brindándole todas las herramientas (capacitaciones, explicaciones detallada, atención a sus objetivos y metas para con la salud) para que desarrolle su autogestión y su autocuidado. Esto generó en la atención diaria un desarrollo de empatía y confianza, con una excelente relación persona-persona

2. Sistemas de salud: Tiene cinco elementos de suma importancia, los cuales son sistema de información, monitoreo y evaluación de resultados de tratamiento, medicina basada en evidencia, atención proactiva y seguimiento regular y tratar al paciente como persona (Autocuidado). De los anteriores, hubo un sistema de información oportuna, desde el expediente médico, el Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC) y RedCap (base de datos del proyecto) en cada uno de los pacientes atendidos en el centro de salud, que a su vez dieron pauta para observar si había éxito en los tratamientos, además de vigilar a los pacientes con bitácoras continuas y citas para su revisión; toda la atención se baso en la medicina basada en evidencia que se recopilaba gracias a las sesiones de diplomado y a las actualizaciones de parte de la coordinadora médica; gracias a esto se pudo planear las citas para tener una actitud proactiva y no reactiva, además de procurar que la mayoría de los pacientes acudieran a sus citas agendadas; todo lo anterior con el sencillo pero importante trabajo de tratar a los pacientes no como enfermedad, si no como personas, y a su vez, como se ha comentado anteriormente, brindándole las herramientas necesarias para su autocuidado.
3. Comunidad: tres principales elementos interfieren en la comunidad según éste modelo expandido, los cuales son políticas públicas saludables, consejo asesor y encuentro de pacientes. En el C.S.T III Pedregal de las Águilas existen políticas publicas en pro de la salud, generando entornos saludables y propiciando espacios para, por ejemplo, Grupo de Ayuda Mutua, además de consejos asesores de parte del personal de salud e integrantes de la población. El último elemento de este subsistema forma parte importante del mismo, ya que los Encuentro de Pacientes tienen una esencia e importancia para generar herramientas de parte de los mismos pacientes para el ya mencionado autocuidado, pero dada la importancia de este elemento se explicarán detalles más adelante de este trabajo.

3. El diplomado

El diplomado del proyecto del modelo de atención centrada en la persona tiene un papel fundamental en el mismo, ya que tiene como objetivo principal dar las

herramientas necesarias y las pautas para brindar una atención integral hacia las personas con enfermedades crónicas, con las bases para controlar sus enfermedades y mejorar la calidad de vida de todas estas personas, con una atención proactiva de aquellos quienes brinden este modelo de atención con las grandes bases del autocuidado y autogestión y el desarrollo de sus capacidades.

La organización del mismo se basa a una sesión semanal, los días viernes, con una modalidad mixta entre presencial (generalmente en instalaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana) y en línea (por vía Zoom), de manera alterna, ambos en un horario de 9:00 a 14:00 hrs; consta el mismo de cuatro módulos, de los cuales tres son teóricos metodológicos con orden consecutivo y el cuarto modulo se basa en asesoría de casos donde se desarrollan las herramientas para afrontar las dificultades y adversidades que se puedan presentar en la atención centrada en la persona; todos estos módulos se irán desglosando a continuación.

El módulo 1 tiene como nombre “Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedades crónicas. Enfoque de capacidades” donde se inician con el entendimiento de los modelos de atención para pacientes con enfermedades crónicas (como el modelo expandido) y el método clínico centrando en la persona, además las pautas para su aplicación en la atención primaria; una vez con esta introducción hacia los mismos se encamina hacia la relación del personal de salud con paciente, el 1er subsistema, con la toma de decisiones compartidas y los componentes para desarrollar el autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas, donde se explica con precisión cada uno de sus componentes y atributos. (4). La evaluación de este módulo fue un ensayo sobre el contenido del mismo modulo (o alguno de sus temas revisados).

El módulo 2 llamado “Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedades crónicas y el monitoreo de resultados”, donde en esencia, aborda los componentes del 2º subsistema con los sistemas de salud, donde se inició con los niveles de evidencia científica disponibles (medicina basada en evidencia), además de las pautas para aplicar la medicina narrativa y su valoración de resultados. Su forma de evaluar consistió en una revisión sistemática sobre métodos diagnóstico, tratamiento o pronóstico de alguna enfermedad crónica de las cuales haya tenido una aplicación práctica en la atención en los centros de salud.

El módulo 3 responde con el nombre de “Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas”, que igual que en los módulos previos, se basa en el 3er subsistema con la comunidad, donde se abordó la Promoción a la Salud como tópico inicial, donde se aborda los antecedentes del

mismo como la carta de Ottawa, así como las distintas connotaciones a lo largo de la historia, y en específico en América Latina.

El módulo 4, el cual se va alternando con los otros módulos anteriormente mencionados, es el de “Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos”, donde se analizaron diversos casos clínicos de personas que son atendidas en el proyecto en diferentes centros de salud, de donde se extraían diversos tópicos sobre las dificultades o dudas sobre los mismos casos para su desarrollo; estos se desarrollarán más adelante del proyecto.

Durante diversas sesiones del diplomado se desarrollaban los momentos para la preparación de los encuentros de pacientes, espacio de suma importancia donde los pacientes se reúnen para compartir puntos de vista y apoyarse entre ellos formando vínculos en la comunidad para su autocuidado colectivo (5). Todo este diplomado basa su evaluación, en gran parte, en este trabajo final.

A continuación se presentan los trabajos con los que se evaluaron los primeros dos módulos, trabajos elaborados por autoría propia, y al menos el segundo, en coautoría con otro médico pasante del mismo proyecto.

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

Se anexa el trabajo final (ensayo) de dicho módulo:

Ensayo: “Estrategias y alternativas ante las adversidades en personal de salud de primer nivel para desarrollar atributos centrados en la persona, según el modelo Van de Velde y colaboradores, fomentando el autocuidado en personas con enfermedades crónicas”

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una epidemia de suma importancia por el impacto que causan en temas de salud, por ser de las primeras causas de mortalidad así como la principal causa de discapacidad en el mundo según datos de la OMS (1). Es evidente el rotundo fracaso de la cobertura y quehacer médico en el primer nivel de atención de salud en cuanto a la prevención y promoción de la salud en temas relacionados con enfermedades crónicas. En México, según datos de ENSANUT 2018 (2) en población mayor de 20 años se pasó de una prevalencia 9.2% en 2012 a 10.3% en 2018 con respecto a Diabetes Mellitus 2, y en espera de los resultados de última encuesta de salud del 2022, esta cifra en lo absoluto ha ido en un aumento de importancia. Además de un aumento en las complicaciones de dichas enfermedades generando alto impacto en discapacidades y mortalidad. Eso lleva a replantear el tipo de atención que se ha llevado en el primer nivel de atención de la salud, buscando alternativas con bases científicas que puedan generar una alternativa para mejorar prevención y control de los mismos pacientes con enfermedades crónicas.

Existen algunas alternativas a la atención “tradicional” en sector salud, al menos en el primer nivel de atención. La atención centrada en la persona comprende un

método clínico con sustentabilidad científica, donde existe una perspectiva distinta a la atención de salud para las personas, centrándose en las necesidades individuales de cada una para optimizar y procurar su salud, con resultados comprobados. Una de las vastas herramientas que ofrece este modelo de atención es el autocuidado en personas con enfermedades crónicas para convertir al usuario de atención médica en autosuficiente y volviéndolo de manera activa participe de su salud. El autocuidado, según Van de Velde et. al (3) indica componer 10 atributos los cuales se clasifican en tres grupos: a) atributos orientados a la persona, b) atributos orientados a la persona-entorno y c) resumen de atributos, indicando que todos entre sí confluyen y no pueden tomarse por separado, sin embargo en el grupo a) de atributos que componen el autocuidado se mencionan la importancia de que la persona debe participar activamente, asumir responsabilidades y mantener forma positiva de afrontar la adversidad; lamentablemente no siempre se cuenta con estos atributos en la práctica médica dificultando promocionar el autocuidado en las personas con enfermedades crónicas.

En el presente trabajo se pretende describir las dificultades vividas en la práctica médica para la atención centrada en la persona con enfermedades crónicas en el C.S.T. III Pedregal de las Águilas, Tlalpan, CDMX respecto a desarrollar en las personas el autocuidado, así como estrategias en situaciones donde la persona por sí sola, no desarrolla los atributos de participación activa, asumir responsabilidades y tener una forma positiva de afrontar la adversidad, atributos orientados a la persona según el modelo de Van de Velde y colaboradores.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de este ensayo pretende describir estrategias alternas para fomentar el autocuidado en las personas con enfermedades crónicas cuando éstas no desarrollan los atributos de participación activa, asunción de responsabilidades y adaptación de forma positiva de afrontar la adversidad, atributos orientados a la persona según el modelo de Van de Velde y colaboradores

Objetivos específicos

Los objetivos específicos para lograr el objetivo general del ensayo consisten en:

1. Analizar los atributos orientados a la persona (participación activa, asumir responsabilidades y tener una forma positiva de afrontar la adversidad) del modelo de Van de Velde y colaboradores sobre el autocuidado.
2. Describir las principales dificultades sobre el autocuidado, enfatizando en los atributos orientados a la persona del modelo de Van de Velde y cols., encontradas en la experiencia de la práctica médica en un lapso de 6 meses llevando el seguimiento y control de personas con enfermedades crónicas en un C.S.T. III Pedregal de las Águilas, Tlalpan, CMDX.
3. Ofrecer estrategias y métodos alternos para lograr fomentar en los pacientes, una participación activa, que asuman responsabilidades y adoptar una forma positiva de afrontar la adversidad, atributos orientados a la persona del modelo de autocuidado de Van de Velde y cols.

Justificación

El autocuidado en personas con enfermedades crónicas es un tema ampliamente utilizado en la práctica médica pero realmente poco estudiado y mucho menos aplicado en el quehacer médico, un claro ejemplo es la ambigüedad existente en su definición (4). Van de Velde y colaboradores (3) delimitan el concepto en 10 atributos, donde se conjugan en tres grupos; a) a) atributos orientados a la persona,

b) atributos orientados a la persona-entorno y c) resumen de atributos. Ahí se asumen que todos los atributos confluyen entre sí, sin embargo iniciando con el grupo a), los cuales zona tributos orientados a la persona, se da por hecho que para que exista el autocuidado se debe iniciar con personas proactivas, responsables y con sobreponerse a las adversidades, sin embargo no siempre los pacientes, en el transcurso de sus enfermedades crónicas, mantienen estos atributos o los pueden desarrollar por sí solos. No por esas situaciones esos pacientes deberían estar marginados del autocuidado que se intenta promover. De aquí la importancia de estudiar las problemáticas que llevan al persona de atención a la salud en el primer nivel para fomentar el autocuidado así como estrategias y alternativas para sobrepasar dichas adversidades y así, contribuir en que todos los pacientes tengan desarrollada la capacidad de autocuidado.

Desarrollo

Atención “tradicional” vs Atención centrada en la persona en el primer nivel de atención de la salud

La atención médica en el primer nivel de atención de la salud, al menos en México, sigue sin contar con verdaderas actualizaciones ni cambios profundos, a pesar de ser evidentes algunas carencias como en las enfermedades crónicas, con altas prevalencias en morbimortalidad según ENSANUT 2018 (2). De ahí la importancia en realizar modificaciones en materia de atención de salud en primer nivel a la manera “tradicional” de dar consultas, donde lo más importante es curar o tratar la enfermedad dejando a un lado a la persona y sus verdaderas necesidades.

Una alternativa estudiada de varios años atrás (pero poco utilizada en la práctica médica) es el método clínico centrado en la persona, la cual pretende según Cuba Fuentes M. y Romero Albino Z. (5) mantener un enfoque de necesidades que

requiere cierta población en específico, individualizando al paciente y tratando no solo a la enfermedad, si no inclusive al contexto donde las personas se desenvuelven, la cual pasa en muchas ocasiones a segundo plano. Lamentablemente no todo el personal médico en el primer nivel de atención está capacitado para abordar este método de práctica médica. En la experiencia realizada en el proyecto innovador a cargo de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en un lapso de 6 meses de incorporación del mismo se ha observado un cambio total expresado por la mayoría de los pacientes en cómo perciben la atención médica comparada con la atención “tradicional”, y a su vez con cambios en su control metabólico de enfermedades crónicas. El impacto en la forma de percibir sus enfermedades ha cambiado radicalmente, además de mantener mayor iniciativa para tener mayor conocimiento de su enfermedad. Es también un hecho que a pesar de estar dentro de proyectos como el de la UAM y del INSP, aún falta mucho por mejorar, lo cual genera mayor expectativa de controlando este modelo de atención en su totalidad, las mejoras en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas será totalmente distinta a la actual.

Herramientas del Método de Atención Centrado en la Persona para lograr su objetivo

Existen varias herramientas donde el método centrado a la persona recae sus grandes atributos de individualización, como lo es la toma de decisiones compartida. Este es un enfoque donde, en la relación médico-paciente, basados en la mejor evidencia científica disponible y necesidades particulares, se toman decisiones a retos y situaciones presentados en el trayecto de las dolencias y enfermedades crónicas de las personas (6). Elwyn y colaboradores (6) proponen un modelo de tres pasos para su correcta utilización; a) introducción de opciones, b) descripción

de opciones y c) ayudar a los pacientes a explorar preferencias, donde se respeta las necesidades de los pacientes con decisiones informadas. Esta herramienta en la experiencia de 6 meses en el C.S.T. III Pedregal de las Águilas se ha podido desarrollar sin muchos inconvenientes por la apertura al diálogo entre médicos pasantes del proyecto y pacientes.

Existen además otras herramientas para fortalecer al Método de Atención Centrada en la Persona como lo es el autocuidado; éste es un término promovido por muchos autores sin embargo sin un esclarecimiento en su definición. (3, 4) Sin embargo es otra alternativa donde se pretende que las personas con enfermedades crónicas desarrollen capacidades para poder solucionar dificultades que se puedan presentar en el proceso de su enfermedad. Sobre ésta herramienta se hablará a mayor detalle en los siguientes apartados.

Las herramientas para que el Método de Atención Centrada en la Persona son múltiples, y para que éste tenga una correcta aplicación, estas herramientas deben ser utilizadas de manera correcta y resolver los problemas que se pueden afrontar los prestadores de servicios de salud en el primer nivel de atención, para que a su vez los pacientes puedan mejorar, desarrollar y preservar su salud.

Autocuidado: atributos necesarios para su correcta implementación y adversidades presentados en ellos

Alqahtani J. y Alqahtani I. (4) expresan la dificultad para homogenizar el concepto de autocuidado a lo largo de ya varios años, pero mencionan la importancia del mismo como herramienta clave para el manejo de enfermedades crónicas, sobre todo en población de adultos mayores. Ellos definen el autocuidado como un “proceso de desarrollo de la salud donde la población con enfermedades crónicas

llevan un “manejo del autocuidado”, con toma de decisiones informadas de manera independientes, funcionando de manera efectiva con un nulo o discreto apoyo por los médicos tratantes, con participación activa de actividades a lo que reconocen como “mantenimiento del autocuidado”, con desarrollo de habilidades de autoeficacia con atención en los síntomas presentados a lo largo de su enfermedad, promoviendo estrategias para su salud y bienestar con interacciones de proveedores de salud”. Así mismo, existen otros análisis de concepto como el que proponen inclusive modelos con atributos necesarios para que éste concreto se lleve a cabo. Van de Velde y colaboradores definen el autocuidado como

“la capacidad intrínsecamente controlada de un individuo activo, responsable, informado y autónomo para vivir con las consecuencias médicas, emocionales y de rol de su(s) condición(es) crónica(s) en asociación con su red social y el(los) proveedor(es) de atención médica” (3).

Ellos plantean desde su definición hasta en el desarrollo operacional del concepto atributos que lo delimitan, dichos atributos se engloban en tres grupos según las características de cada uno. El grupo (a) donde se observan los atributos orientados a la persona, dichos atributos son que la persona debe de ser partícipe de manera proactiva en proceso de su cuidado; que la persona debe ser responsable en dicho proceso; y que debe tener una forma positiva de afrontar la adversidad. (3) También están los atributos orientados a la persona-entorno, del grupo b), ahí engloba a que las personas deben estar informadas sobre su condición, enfermedad y tratamiento; deben tener atención individualizado donde se puedan expresar sus necesidades y prioridades; también requieren confianza de parte del personal médico y de la salud para una asociación recíproca y también apertura de parte de la sociedad donde existan vínculos para con la persona. Por último están los resúmenes de atributos, que componen el grupo c), ahí engloban los autores que esta tarea de autocuidado

debe asumirse como tarea de por vida; también existiendo que se deben desarrollar habilidades personales y por último debe englobar la gestión médica y emocional.
(3)

Es importante recalcar que todos estos atributos deben confluir y relacionarse entre sí para lograr el generar el autocuidado en los pacientes, así como no poder tomarse por separados sin embargo sin la presencia de alguno de estos grupos el autocuidado es difícil de abordar en los mismos pacientes. Mencionan también esta estrecha relación entre prestadores de servicios de salud con los pacientes, sin embargo en todos los atributos suponen un reto para los pacientes poder desarrollarlos sin alguna conducción previa, al final de cuentas nadie nos enseñan a vivir con enfermedades crónicas, motivo por el cual muchas personas fracasan en llevar su autocuidado. De ahí la importancia del personal de atención a la salud del primer nivel, donde debe observar las dificultades de las personas en estos atributos para lograr su cumplimiento.

Muchas dificultades observadas en el C.S.T III Pedregal de las Águilas, Tlalpan, se podrían dividir en dos grupos de personas, los que carecen de un desarrollo de los atributos del grupo a), centrados a la persona (a los cuales denominaremos Adversidades del grupo A – AGA) y los que carecen de desarrollo de los atributos del grupo b); atributos orientados a la persona-entorno (Adversidades del grupo B – AGB). En este último grupo, AGB, los problemas de fondo son fluctuantes, desde una red de apoyo social o familiar deficiente, presentando múltiples aristas en su correcta implementación o en un problema directo con los prestadores de servicios de salud, con una carencia de apertura para lograr confianza con los pacientes, así como no discutir sobre la condición, enfermedad y tratamiento para el paciente, sin toma de decisión compartida. Aquí es evidente que, por mucha iniciativa y responsabilidad del paciente, sus condiciones, desde la más elemental como la de

la relación médico-paciente, lleva adversidades importantes y su autocuidado será en algún momento abandonado, resultando un problema, al menos donde se puede actuar de manera activa como prestador de servicios de salud, en el mismo prestador de servicios, generando retos en la práctica médica para mejorar la misma. La aparente solución para estos problemas sería la implementación bien fundamentada y con conocimiento de la atención centrada en la persona, donde aún existen carencias. Otro grupo de problemas observados es el del grupo a), (AGA) donde las dificultades se presentan en el mismo paciente, donde por el mismo sobrepeso aparente de sus enfermedades crónicas mantienen mermados los atributos orientados a la persona, aquí los pacientes no se encuentran con actitudes proactivas, ni con responsabilidad para su cuidado. De manera superficial se podría asumir que, por no tener estos atributos los pacientes son “casos pérdidas”, ya que es en ellos donde no nacen estos atributos, deslindando de la responsabilidad a los prestadores de servicios de salud y canalizando el fracaso de autocuidado en las personas. Afortunadamente esto sería una premisa errónea, ya que el margen para trabajo en estos pacientes es amplia, donde la falta de conocimientos de parte de los prestadores de servicios de salud no debería ser la excusa.

Dificultades en atributos centrados a la persona; alternativas y soluciones a los mismos por parte de los prestadores de atención de salud

Partiendo de la premisa de “nadie nace sabiendo”, siendo empáticos con los pacientes, nadie nos enseña a vivir con una enfermedad crónica, donde los prejuicios y señalamientos de la sociedad, familiares e inclusive de los mismos prestadores de servicios repercuten de manera directa en como aprecian los pacientes dichas enfermedades. Esto ha generado, en la mayoría de pacientes que se engloban en AGA, no puedan generar un estado de pro actividad ni responsabilidad de su cuidado por un ámbito pesimista para ellos mismos. Además,

en el modelo de Van de Velde y colaboradores describen la necesidad, independientemente de la red de apoyo que puedan presentar los pacientes, al menos en los atributos centrados en la persona, de que ellos sean los iniciadores de su autocuidado. Muchas veces en la práctica médica esto no se lleva a cabo por las circunstancias anteriormente señaladas.

Una estrategia puntual para lograr en los pacientes generar un estado de pro actividad y responsabilidad en los pacientes es los programas de apoyo entre pares. Majjouti y colaboradores (7) mencionan que los programas de apoyo entre pares son enfoque innovador donde se pretende mejorar calidad de vida y bienestar. Ellos analizan diversos estudios donde se observa que gracias al mismo se obtienen resultados de disminución de hemoglobina glicosilada, disminución de presión arterial y disminución de peso significativa. Con esto se pretende que un grupo de personas con condiciones similares tengan un apoyo mutuo, compartiendo experiencias que serán probablemente similares, para que así se puedan alcanzar soluciones a problemáticas que puedan desarrollar en el trascurso de su enfermedad (7). Esto generaría empatía más rápida, puesto que en los pacientes con AGA el problema radica en no generar esta iniciativa de ser proactivo, no ser responsables de su cuidado y no ver las cosas de manera optimistas, donde si el prestador de salud quisiera intervenir directamente sería complejo, además de tener la posible noción de “como estos atributos no dependen de mí, no es mi problema”. El papel de los prestadores de servicios de salud en este programa de apoyo entre pares radicaría en conformar la estructura de los mismos, para diferenciarse de los grupos de ayuda tradicionales como lo comentan Majjoti y colaboradores (7) donde se pueden utilizar herramientas como teléfono o páginas web y con la realización de reuniones grupales donde estas sean dirigidas tanto como los profesionales de salud o los mismos pares. En la experiencia llevada por 6 meses en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, esta dinámica de compartir experiencias

entre sus enfermedades y como han solucionado las mismas ha generado mayor interés de cada persona sobre la responsabilidad que conlleva el autocuidado, así como participar de manera más proactiva no solo en su salud, si no en expresar dificultades que han presentado para ayudar a otras personas, generando a su vez una mejoría en la perspectiva de las enfermedades crónicas y su salud. Este ejemplo se observa en los Grupo de Ayuda Mutua llevado en el centro de salud Pedregal de las Águilas, donde todos los participantes mantienen de manera enérgica estos atributos centrados a la persona, y es ahí donde la conducción y seguimiento debe ser por parte de los prestadores de servicios de salud, facilitando espacios y medios de información, además de asesorías en diversos temas pero también escuchando atentamente las peticiones grupales de los pacientes con enfermedades crónicas. Otro ejemplo de experiencia personal dentro del proyecto innovador de la UAM y INSP, son los “Encuentros de pacientes”, que, aunque no hay un seguimiento más estrecho por la frecuencia en tiempo de los mismos, son un ejemplo de programas de apoyo entre pares de manera masiva, donde se reúnen múltiples personas con características similares (con enfermedades crónicas) y comparten experiencias de la mano de los responsables de proyecto, ofreciéndoles herramientas para su mejor autocontrol. La vivencia de las personas posterior a estos eventos son de un optimismo total, donde los atributos centrados a la persona del modelo de Van de Velde y colaboradores (3) del autocuidado son desarrollados a su máxima expresión por las mismas narraciones de las personas.

Aquí se podría observar una área de oportunidad para los prestadores de servicios de atención de la salud en el primer nivel, donde para proporcionar las herramientas y desarrollo de capacidades para el autocuidado en las personas con enfermedades crónicas, se podrían fomentar estrategias como la del Programa de Apoyo entre Pares.

Conclusiones

La atención médica centrada en la persona es un modelo de atención el cual tiene contundentes repercusiones en beneficio de las personas con enfermedades crónicas. Esta se basa en muchas herramientas, como lo es el autocuidado. En este módulo del proyecto centrado en la persona se basó en estas herramientas para mejorar la atención centrada en la persona, las cuales son fundamentales para su correcta implementación y que muchas veces se carece de conocimientos de los mismos. En la experiencia de la práctica médica se pueden observar dificultades para su buen desarrollo, como lo son algunos atributos para generar el autocuidado en los pacientes. Uno de ellos son los problemas en pacientes que, al menos de primera impresión, no se muestran proactivos, responsables de su cuidado y sin una perspectiva positiva a las adversidades, atributos centrados en las personas. Ahí es donde por la experiencia vivida en los seis meses de atención médica en el C.S.T. III Pedregal de las Águilas y la evidencia científica disponible nos orilla a mejorar en el quehacer médico, no descuidando a estas personas y generando en ellas las herramientas para el desarrollo del autocuidado. Unas de estas herramientas son los Programas de Apoyo entre Pares, las cuales se han visto con mejorías notables en pacientes inscritos en ellos, como lo son el Grupo de Ayuda Mutua y eventos como Encuentros de Pacientes de este proyecto, donde se genera por el intercambio de experiencias de este grupo de personas que comparten ciertas características un entorno de optimismo y responsabilidad para con ellos, semilla inicial para poder desarrollar los otros atributos y así el autocontrol en todos los pacientes con enfermedades crónicas.

En este primer módulo se puede resaltar esta herramienta del autocuidado, así como todas las literatura disponible propiciada en el diplomado para conocer áreas de oportunidad en nuestra atención médica; también sobresale el apoyo

multidisciplinario del C.S.T. III Pedregal de las Águilas para con los pacientes brindando las facilidades para estos Programas de Apoyo entre Pares y así mejorar resultados de pacientes que llevan su autocuidado. Propuestas para mejorar el modulo es indagar más sobre la información disponible para el desarrollo de autocuidado así como talleres didácticos para afrontar posibles adversidades como prestadores de servicios de salud de primer nivel que atenten contra el autocuidado. Se propone de la misma manera desarrollar este Programa de Apoyo entre Pares en las personas del proyecto de una manera más sistemática y no solo con los Encuentros de Pacientes, ya que estos últimos tienen un éxito total sin embargo por el intervalo de tiempo entre los mismos muchos pacientes no cuentan con esta iniciativa persistente por no convivir con otras personas con sus similitudes de manera constante (a menos que los centros de salud cuenten con Grupos de Ayuda Mutua bien estructurados). Quedan muchas áreas de oportunidad para que en las personas con enfermedades crónicas puedan desarrollar el autocuidado de su salud.

Referencias Bibliográficas

- 1) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Enfermedades no transmisibles. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consultado 5 Feb 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- 2) Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales [Internet]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020 [Consultado 5 Feb 2023]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- 3) 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.

- [Internet]. 2019 [Consultado 5 Feb 2023];9(7) . Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e027775>
- 4) Alqahtani J, Alqahtani I. Self-care in the older adult population with chronic disease: concept analysis. Heliyon. [Internet].Jul 2022 [Consultado 5 Feb 2023]; 8(7). Disponible en: [https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(22\)01279-8?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Felsevier/locate/S02405844022012798%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(22)01279-8?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Felsevier/locate/S02405844022012798%3Fshowall%3Dtrue)
 - 5) Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet] 2016 [Consultado 07 Feb 2023]; 33(4):780-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36349330024>
 - 6) Elwyn G., Frosch D., Thompson R., Joseph-Williams N., Lloyd A., Kinnersley P., Cording E., Tomson D., Dodd C., Rollnick D., Edwards A., Barry M. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med [Internet].May 2012 [Consultado 7 Feb 2023]; 27(10):1361–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/?report=reader>
 - 7) Majjouti K, Küppers L, Thielmann A, Redaelli M, Vitinius F, Funke C, van der Arend I, Pilic L, Hessbrügge M, Stock S, Weltermann B, Wild D. Family doctors' attitudes toward peer support programs for type 2 diabetes and/or coronary artery disease: an exploratory survey among German practitioners. BMC Prim Care [Internet]. 2022 [Consultado 9 Feb 2023].31;23(1):220. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9427433/>

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

Se anexa el trabajo final (revisión sistemática) de dicho módulo:

Revisión sistemática: “Conocer que hipoglucemiante provoca una mayor disminución de hemoglobina glucosilada en pacientes de 18 a 80 años con Diabetes Mellitus tipo 2 que no quieren insulinización”

Introducción

Se sabe que muchos pacientes que se ven día a día en la consulta, viven con diabetes mellitus tipo 2 y no cumplen los objetivos de control glucémico (1), ya sea por mal apego al tratamiento, estilos de vida poco saludables, una relación médico-paciente mala o de baja calidad, por los efectos secundarios que algunos medicamentos pudieran provocar o bien, pacientes que requieren insulina pero rechazan dicho fármaco.

En México, según informes de ENSANUT 2021 sobre COVID-19 (2) la Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades de mayo prevalencia en el país; más de 13.4 millones de personas tienen Diabetes, que significa aproximadamente 10.4% de la población mexicana, y se estima que un 5.4% tienen la enfermedad pero no está diagnosticada. Esto compete una carga importante para el sector salud, dado que las complicaciones por el descontrol glucémico son muy prevalentes (3), como lo son neuropatía (25%), retinopatía (32%) y nefropatía (23%), además de las complicaciones cardiovasculares; todas ellas de alto impacto en la calidad de vida, de aquí radica la importancia de un buen control con tratamiento oportuno para los pacientes con Diabetes Mellitus 2. Existe una gama de opciones terapéuticas de hipoglucemiantes orales e inyectados, lamentablemente no siempre basta con un solo fármaco para lograr el control glicémico y evitar la carga de la enfermedad, por lo que se hace válida la terapia combinada o inclusive, terapia triple de hipoglucemiantes con la intención de brindar las mejores herramientas para que las personas con dicha enfermedad puedan tener una calidad de vida adecuada. No obstante, el personal de la salud y las personas con Diabetes cuenta con varias complicaciones para lograr dicho control, y uno de ellos es el rechazo de la insulinización cuando existen indicaciones precisas para su utilización (fracaso previo con la combinación de hipoglucemiantes orales o por descontrol glicémico franco), lo que genera un reto para el personal de salud en búsqueda de la mejor terapéutica al paciente considerando sus preferencias.

En dicha revisión sistemática se pretende buscar los hipoglucemiantes orales (y sus combinaciones) que tengan una acción eficaz para disminución de Hemoglobina glicosilada y por ende, mejor control en pacientes que no aceptan la insulinización. En la práctica diaria el manejo adecuado requiere un tratamiento “rudo” o intensivo y temprano para poder lograr tener un buen control glicémico y al mismo tiempo reducir el riesgo de hipoglucemias y evitar la ganancia de peso (4); ¿que se busca con esto? lograr un adecuado control como se dijo anteriormente para disminuir las complicaciones microvasculares así como el riesgo cardiovascular (CV) y posibles eventos cerebrovasculares (EVC).

Antes de prescribir algún hipoglucemiante oral se deben tener en cuenta varios factores y, parte fundamental del proyecto de atención integral al paciente, se debe de individualizar al mismo; con respecto a la persona se deben tener en cuenta la edad, los años que lleva viviendo con DM2, la presencia de comorbilidades o complicaciones si es que las hubiera, factores socioeconómicos, redes de apoyo así como adherencia al tratamiento. En cuanto a los fármacos los factores a tomar en cuenta son su eficacia, efectos adversos, el riesgo de provocar hipoglucemias, facilidad de uso por parte del paciente, tolerabilidad, entre otros. (5)

Objetivos

Objetivo general

- Identificar que hipoglucemiante oral provoca una mayor disminución de hemoglobina glucosilada en pacientes de 18 a 70 años con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados que no aceptan insulinización

Objetivos específicos

- Seleccionar la combinación de hipoglucemiantes orales de acuerdo a su efecto para disminuir la hemoglobina glucosilada.
- Identificar los posibles efectos secundarios de los hipoglucemiantes orales más usados.
- Conocer el riesgo de hipoglucemia por parte de los hipoglucemiantes orales más utilizados.

Protocolo de la revisión

Justificación

Las decisiones compartidas y el colocar las preferencias del paciente sobre su salud como una de las prioridades en la atención médica centrada en la persona es fundamental para que los pacientes con enfermedades crónicas tengan una calidad de vida en óptimas condiciones. En estas acciones se contraponen con algunas decisiones que como personal médico se toman unilateralmente, como lo es la terapéutica a emplear. La insulinización tiene indicaciones precisas para su uso, así como múltiples ventajas para controlar niveles de glucemia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que tuvieron fracaso previo al tratamiento de hipoglucemiantes orales. Existen muchas personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que no aceptan insulinización por diversas razones (miedo, poca claridad en información sobre la insulina, mitos sobre ella e inclusive por no disponer de sustento económico para su adquisición y conservación de la misma) y esto genera dificultades para un control de niveles de glucemia cuando es evidente que lo requieren. Una problemática que se ha vivido en atención de primer nivel en el proyecto de "Atención médica centrada en la persona" es la negación absoluta por parte de las personas con Diabetes tipo 2 al plantear la necesidad del uso de insulina, donde dicha atención se basa en las decisiones compartidas y en priorizar al paciente como persona y no como enfermedad, por lo que genera retos para el personal médico para lograr una correcta combinación de hipoglucemiantes orales que generen el mayor control glicémico (reflejado en la hemoglobina glicosilada) para mejorar la calidad de vida.

Motivo por el cual queremos conocer cuál de los hipoglucemiantes orales más usados (metformina, glibenclamida, dapagliflozina, liraglutida, linagliptina), tienen mayor acción en las cifras de hemoglobina glicosilada para poder llevarlos al mejor control y tengan la mejor calidad de vida posible.

Formulación de la pregunta de investigación.

En pacientes de 18 a 80 años de edad que tienen diabetes mellitus tipo 2 y no quieren insulinización ¿cuál de los hipoglucemiantes orales más usados tiene un mayor impacto en la hemoglobina glicosilada?

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

“Hipoglucemiantes”, “hipoglucemiantes orales”, “hemoglobina glicosilada”, “diabetes mellitus tipo 2”

Tipo de reportes de investigación a recuperar.

Se revisaron estudios clínicos aleatorizados, ensayos retrospectivos multicéntricos, meta-análisis y revisiones sistemáticas.

Criterios de inclusión.

- Artículos escritos en idioma español o inglés
- Artículos con texto completo disponible u obtenido a través de la herramienta “sci-hub”.
- Artículos del 2004 a la fecha
- Artículos con pacientes en edad de 18 a 80 años
- Artículos con un mínimo de 10 referencias bibliográficas
- En estudios de casos y controles, que los pacientes tengan HbA1C mayor a 7%
- Pacientes que hayan sido tratados con algunos de los siguientes hipoglucemiantes orales: metformina, dapagliflozina, empagliflozina, linagliptina, sitagliptina, glibenclamida, liraglutide.
- Medición de HbA1C de al menos 12 semanas.

Criterios de exclusión

- Artículos con idiomas diferentes al español o inglés
- Pacientes tratados con hipoglucemiantes orales más insulina.
- Artículos que cuentan solo con resumen disponible
- Artículos del 2005 o más antiguos.
- Artículos que no cumplan con el criterio de edades
- Artículos con menos de 10 referencias bibliográficas

Estrategia de búsqueda.

Se buscó del 05/04/23 al 14/05/23, en la base de datos PubMed National Library of medicine, NEJM, librería Cochrane, JAMA, Mediagraphic, Google academic, Scielo y EISEvier los términos oral hypoglycemic and glycosylated hemoglobin, metformina and glycosylated hemoglobin, SGLT-2 and glycosylated hemoglobin, GLP-1 and glycosylated hemoglobin, iDDP-4 and glycosylated hemoglobin con los siguientes filtros aplicados: En los últimos 20 años; Edad 18 a 80 años.

Ejecución

Se hizo una doble búsqueda de forma individual por parte de cada uno de los autores de este trabajo.

Se leyeron los resúmenes de cada artículo para determinar que cumplieran con los criterios de inclusión. De los artículos obtenidos en PubMed, NEJM, JAMA,

Mediagraphic, Google academic, se realizó la descarga de todos los artículos disponibles. En caso de no contar con el texto completo, se utilizó la herramienta en la pagina “Sci-hub” para la obtención de estos. Posteriormente se leyeron en su totalidad; posteriormente se registraron hallazgos, objetivo, muestra, intervención, método de análisis, resultados, hallazgos para la investigación, nivel de calidad metodológica, tipo de artículo, número de referencias.

Selección de reportes de investigación

Con un total de 67 resultados para evaluar elegibilidad, de los cuales se descartaron 18 por no estar disponible el texto completo, 2 por ser diferente al idioma inglés o español, 8 porque no cumplen con las suficientes referencias bibliográficas, 25 por que hablan de un tema distinto al que se trata en esta revisión, se cuentan con un total de 14 artículos incluidos para síntesis y revisión para la realización de este artículo (se explica más detallada en figura 1).

Síntesis de datos

Se sabe que tener un adecuado control en la HbA1C (<7% o <8% en pacientes con múltiples comorbilidades) en personas con Diabetes disminuye el riesgo CV así como las posibles complicaciones macro y microscópicas en nuestros pacientes. De ahí la importancia de llevar un tratamiento adecuado y a su vez un buen control para evitar las complicaciones anteriormente mencionadas. En ocasiones, es necesario terapia adicional para llegar a metas control, sobre todo en los pacientes que llegan descontrolados al momento de la consulta médica (HbA1c <10% ó Glicemia > 300 mg/dl), requiriendo el inicio de insulina. Sin embargo, en algunos escenarios los pacientes no quieren o aceptan el uso de dicho fármaco, motivo por el cual también es importante conocer a algunos de los hipoglucemiantes orales más utilizado y saber así su capacidad de disminución de HbA1c.

METFORMINA

METFORMINA

Uno de los primeros a ver y un pilar importante (junto con los cambios en el estilo de vida) en el tratamiento de la DM2 es la metformina (6). Como sabemos, actualmente se utiliza tanto solo como en combinación con otros hipoglucemiantes orales o también con la insulina, proporcionando un efecto terapéutico único en su tipo. El efecto antihiperглиcémico de la metformina es complementado a su vez por efectos beneficiosos a nivel de lípidos y en parámetros tanto macro como microvasculares. Una gran ventaja de este fármaco es que no provoca aumento de

peso además de que tiende a reducir la hiperinsulinemia, ayudando así a contrarrestar la resistencia a la insulina y sus efectos clínicos. (6)

La eficacia de los medicamentos antidiabéticos incluye una serie de indicadores, que incluyen reducciones en la HbA1c así como en los niveles de glucosa en sangre tanto en ayunas como posprandiales; duración del efecto hipoglucemiante; efectos positivos sobre el peso corporal, los lípidos y la presión arterial y, en última instancia, el potencial para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la DM2. Un buen ejemplo de esto, es la metformina; en una revisión sistemática con metanálisis realizado por Tsapas A y otros (7), donde comparaban la eficacia de los fármacos hipoglucemiantes para la DM2, uno de los estudios hablaba sobre la metformina como monoterapia vs placebo, en el que 451 pacientes con un nivel de glucosa en sangre en ayunas de 180 mg/dl o superior y una HbA1c inicial de 9,7-10,1 % fueron tratados con 500, 1000, 1500, 2000 o 2500 mg/día durante 12 semanas. Los cambios en la HbA1c con metformina, oscilaron entre 0,6 y 2,0 % en el rango de dosis de 500 a 2000 mg/día. De forma general los resultados explican que todos los tratamientos redujeron la HbA1c en la misma medida que la metformina, con la excepción de los inhibidores de la DPP-4, que también fue menor en comparación con metformina, liraglutide, semaglutide subcutánea, pioglitazona y sulfonilure; también, para todos los tratamientos no hubo diferencia en la incidencia de hipoglucemia severa en comparación con placebo o metformina. (7).

De forma general, la metformina reduce la HbA1c en 1-2 %, a pesar de esto no desencadena hipoglicemia por si sola. Esto se comprueba y se explica en una revisión sistemática realizada por Saenz A y colaboradores donde en comparación con el placebo, la metformina mostró una mayor reducción en la HbA1c (1.06 %) y de glucosa en sangre; la metarregresión que ellos realizaron, mostró que la metformina tuvo un mayor efecto en pacientes obesos ($p < 0,0001$) y en estudios sin mejora dietética ($p < 0,0001$). Con esto, los resultados son consistentes con los análisis de sensibilidad de estudios doble ciego de alta calidad en pacientes obesos, con una distribución oculta adecuada. Ahora bien, en comparación con la dieta, la metformina mostró un mayor beneficio para la HbA1c (sumando una reducción de hasta el 1.44 % a diferencia de la metformina sin un plan dietético) y colesterol; lo que hay que destacar es que con una dieta adecuada, hubo menos hipoglucemia y menos EA ($p = 0,01$). Por último pero no menos importante, nos explican que en los resultados combinados de los 29 estudios que ellos revisaron, los pacientes que tomaron metformina, mejoraron significativamente el control glucémico (disminución de HbA1c promedio de 1.21 % y 2.31 mmol/l de glucosa en sangre) y de forma ligera con el peso corporal, los lípidos y la presión arterial diastólica, además de que los pacientes que tomaron metformina tuvieron un mayor control glucémico que los que recibieron placebo. (6).

Ahora, los efectos adversos (EA) más comunes con el uso de este fármaco son los de tipo gastrointestinal (GI), siendo la diarrea el más importante y también la primera causa de que los pacientes abandonen la terapia con este medicamento; otros EA que se les pueden sumar son las flatulencias, molestias abdominales, sabor metálico, anorexia, mala absorción de vitamina B12; estos suelen ser transitorios o bien, pueden mejorar o desaparecer al reducir la dosis o suspender el fármaco; es por eso que se puede iniciar con dosis bajas de 500 mg cada 12 o 24 horas junto con las comidas y gradualmente ir titulando; si llegaran a aparecer EA se debe reducir la dosis a la previamente tolerada; sin embargo, a pesar de esto, hasta un 10% de los pacientes no tolera la metformina a ninguna dosis. (6)

SGLT-2.

De acuerdo a un ensayo controlado, aleatorizado, doble ciego (8) en el grupo con dapagliflozina hubo un descenso en la Hba1c del 0.8% mantenido por al menos 12 semanas, mientras que en el grupo placebo fue de 0.2%. También hubo una reducción de 16.30 mg/dl en la glucosa en ayuno; además hubo una pérdida de peso de 2.2 a 3.2 kg. Estos últimos datos muy similares a los de Sjostrom y colaboradores (9), quienes durante 24 semanas los pacientes tratados con dapagliflozina redujeron 2.29 kg comparado con los pacientes con placebo, quienes redujeron solo 0.27 kg; inclusive redujeron el 16% de pacientes tratados con dapagliflozina más de 5 kg, y con mayor reducción de hemoglobina glicosilada (-1.1%) comparado con placebo (-0.6%), indicando los autores que se genera un adicional al efecto de disminución de valores de HbA1c gracias a la pérdida de peso que genera este medicamento. (9)

Bashier A (10), realizó un ensayo retrospectivo multicéntrico en población Emirati para corroborar ensayos realizados en China y Japón, donde los resultados fueron similares; se observó que de los 307 pacientes, la HbA1C disminuyó 1.5% los 6 meses y en un 1.4% en un año; sin embargo el cambio de Hb1C a los 6 meses comparado con un año no fue estadísticamente significativo. Los autores recalcan que este efecto fue independiente de la duración de la DM2, la edad, el sexo, otras comorbilidades y, lo que es más importante, otros medicamentos utilizados. Afirman que esta reducción significativa de la HbA1c se ha observado previamente en varios estudios y describe un mecanismo de acción único de los inhibidores de SGLT2 que no requiere células beta funcionales.

Otra revisión sistemática con metanálisis reciente analizó 13 estudios: 6 con dapagliflozina, 3 con canagliflozina y 1 con luseogliflozina, ipragliflozina y tofogliflozina (11). De forma concreta y resumida, los resultados mostraron que TODOS los inhibidores de SGLT-2 como monoterapia, terapia doble o terapia triple fueron más efectivos para lograr una HbA1c <7 % o en control, sin embargo existe

un mejor respuesta terapéutica como monoterapia de Canaglifozina 300 mg comparado con otros iSGLT2.

Hablando de EA, hubo un ligero aumento en la incidencia de infecciones del tracto urinario, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. No hubo diferencias en las tasas de hipoglucemia e hipotensión entre los grupos de estudio.

Entonces, como podemos ver los SGLT-2 aportan numerosos beneficios y ventajas ante el tratamiento de la DM2: (8)

- En cuanto al peso los inhibidores de SGLT-2 promueven la pérdida de peso al aumentar la glucosa en orina (recordemos que 1 g de glucosa equivale a 4 kcal), reducir los niveles de glucosa en plasma y estimular la lipólisis.
- Corrigen un mecanismo alterado en la DM2, ya que se ha demostrado que en los pacientes que viven con DM2, tienen una mayor reabsorción de glucosa en los túbulos renales.
- En cuanto a los efectos adversos, la hipoglucemia es a menudo un obstáculo para recomendar estrategias óptimas para el control de la glucosa. Dado que la inhibición de SGLT-2 es completamente independiente de la secreción de insulina, no aumenta el riesgo de hipoglucemia.

LIRAGLUTIDE

Unger y Parkin (12) hicieron una búsqueda de información en MedLine y PubMed sobre análogos de GLP-1. Ellos encontraron que la eficacia y seguridad de los agonistas del receptor de GLP-1, en el control glucémico posprandial han sido bien documentadas en múltiples ensayos clínicos en los que la HbA1c disminuyó de 0.79 % a 1.12 %. También se ha informado mantenimiento y/o pérdida de peso y mejoras tanto en la presión arterial como en los lípidos. Un ejemplo que narran es de un ensayo clínico controlado aleatorizado, 39 pacientes con DM2 recibieron dosis de 0.65, 1.25 o 1.9 mg por día vs placebo durante 14 semanas; los resultados fueron que los pacientes que recibieron liraglutide tuvieron una reducción del 1.0 % al 1.5 % en la HbA1c en comparación con el placebo.

En un artículo se realizaron una búsqueda en PubMed de ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales que compararan la eficacia glucémica, (reducción de HbA1c y proporción de pacientes que alcanzaron el objetivo de HbA1c) publicados en inglés. Encontraron en un ensayo multinacional, aleatorizado, de grupos paralelos, abierto, de comparación activa que la disminución media de HbA1c fue significativamente mayor con liraglutide 1.2 mg (-1,3 %) y liraglutide 1.8 mg (-1.5 %) en comparación con sitagliptina (-0.9 %), después de 52 semanas. Otro

estudio de cohortes retrospectivo, incluyó pacientes de EUA con un seguimiento de al menos 6 meses donde el cambio en la HbA1c media desde el inicio fue significativamente mayor en pacientes tratados con liraglutide una vez al día (disminución de 1.1 %) en comparación con sitagliptina una vez al día (-0.7 %) y con exenatide dos veces al día (-0.75%). (13)

IDPP-4

Al día de hoy, varios estudios clínicos han demostrado que la sitagliptina reduce la HbA1c en un 0.6-1.5 % en comparación con placebo, en pacientes de diferentes edades y nacionalidades. (14)

Chen y colaboradores (15), realizaron un ensayo clínico de fase III aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Los resultados fueron que después de 24 semanas de tratamiento, la monoterapia con linagliptina fue más eficaz que placebo para reducir los niveles de HbA1c en los pacientes del estudio. La reducción fue de 0.68% para linagliptina y 0.18% para placebo. Cabe decir que el análisis de subgrupos de reducción de HbA1c desde el inicio, indicó que la eficacia de la linagliptina en comparación con el placebo, no se vio afectada significativamente por factores como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el peso corporal inicial o la tasa de filtración glomerular (TFG) estimada; sin embargo, en varios subgrupos, el número de pacientes fue demasiado pequeño para permitir comparaciones significativas.

Araki E y colaboradores (16), en un ensayo controlado aleatorizado, doble ciego, compararon la eficacia de linagliptina 5 mg y de 10 mg vs placebo a 52 semanas; pues bien, el control glucémico, medido por los cambios en HbA1c durante 52 semanas, fue similar en ambos grupos tratados con linagliptina. La HbA1c alcanzó una “estabilidad” en la semana 8 y la eficacia se mantuvo hasta la semana 52. Entre los pacientes tratados con linagliptina durante 52 semanas, la HbA1c disminuyó en 0.71% y 0.72%, respectivamente, en los grupos de 5 mg y 10 mg.

Barnet AH y otros (17), en su trabajo titulado “Monoterapia con linagliptina en pacientes con diabetes tipo 2 para quienes la metformina es inapropiada: un ensayo de fase III aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de 18 semanas con una extensión de 34 semanas con control activo” encuentra que después de 18 semanas de tratamiento, linagliptina 5 mg redujo en 0.60% a HbA1c en comparación de 0.16% que produjo placebo y como hemos visto en estudios ya hablados anteriormente, la HbA1c se mantuvo hasta el final del estudio que fue hacia la semana 52. En la tabla 1 se muestran los principales EA por fármaco de iDDP4.

Sulfonilureas

Las sulfonilureas son de los hipoglucemiantes con mayor tiempo en el mercado desde la década de 1950, pero con altos riesgos de hipoglucemias entre otros efectos adversos. Goutameswar M. et al (18) en un ensayo clínico aleatorizado durante 6 meses valoró la combinación de Metformina y pioglitazona junto con las sulfonilureas para control glucémico, donde observaron reducción de glicemias capilares, de -54.35 mg/dl preprandial con solo el uso de sulfonilureas, comparado con combinación con Metformina, con reducción de glicemia en ayuno -82.22 mg/dl y sulfonilurea con Pioglitazona, teniendo reducción de -67.29 mg/dl y con reducción medias de HbA1c con monoterapia de sulfonilurea de -1 – 2.00%. Los efectos secundarios más presentados en la combinación de metformina y sulfonilurea fueron dispesia, flatulencias y pérdida de apetito.

Zhang y colaboradores (19) en su metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados compararon los iDPP4 contra las sulfonilureas, dando como resultado que las sulfonilureas reducen, con amplia ventaja comparado con los iDPP4, la hemoglobina glicosilada, con diferencia de cambios medidos en HbA1c de 0.195 (IC 95%), y ya sea en duraciones más largas (>32 semanas) o más cortas (<32 semanas) las sulfonilureas tuvieron cambios más significativos; pero hubo mejor control glucémico por parte de los iDPP4 si la comparación es contra las sulfonilureas de segunda generación. Otro hecho a considerar es que la tendencia de los iDPP4 era de pérdida de peso, mientras que con las sulfonilureas la ganancia del mismo prevalecía. Además del riesgo de hipoglucemias mayor en las sulfonilureas que en los iDPP4. (19)

Recomendaciones.

- La Metformina sigue teniendo ventaja como hipoglucemiante para pacientes con descontrol glucémico y reducción de HbA1c de 0.6 a 2.0%, ya sea en monoterapia o en terapia combinada, además de pocos efectos adversos (la gran mayoría gastrointestinales).

- Los iSGLT2 tienen reducción importante de HbA1c (-1.5%) como monoterapia. Dapaglifozina mostró ser eficiente, con reducción de 0.8-1.1% vs 0.2-0.27% por parte de placebo. Canaglifozina 300 mg es el iSGLT2 con mayor reducción de hemoglobina glicosilada (diferencia de -0.64%). Todos los hipoglucemiantes de esta familia muestran beneficios cardiovascular y en reducción de peso, por lo que se recomienda como monoterapia o terapia combinada en pacientes con riesgo cardiovascular y sobrepeso u obesidad.

- Liraglutide (reducción 1.3% a dosis de 1.2 mg y de 1.5% a dosis de 1.8 mg), como GLP1, es una gran terapia eficaz en pacientes con Diabetes Mellitus 2 con diagnóstico temprano, además de la disminución de peso, mejorar cifras

tensionales y de lípidos. No se dispone de accesibilidad para todos los sectores de los pacientes, por lo que se utiliza con limitación. Este fármaco tiene una amplia ventaja en comparación con Sitagliptina. Igual que los iSGLT2, se recomienda en pacientes con sobrepeso y obesidad.

- Los iDPP4 son los hipoglucemiantes con menor efecto para reducción de hemoglobina glicosilada; Sitagliptina reduce un 0.6-1.5% y Linagliptina lo hace con un rango entre 0.68 a 0.72%. Los efectos adversos no se presentan con tanta frecuencia comparado con otros hipoglucemiantes. Se recomienda su uso como terapia combinada siempre y cuando exista contraindicación en otro hipoglucemiante de mayor efecto de reducción en HbA1c (por ejemplo en pacientes con Enfermedad Renal Crónica)

- Las sulfonilureas son el hipoglucemiante con el mayor efecto de reducción en cifras de HbA1c (de -1% a -2%) sin embargo es el fármaco con mayor casos de efectos adversos (hipoglucemias, ganancia de peso, daño renal). Es beneficiado en combinaciones como con Metformina. Se recomienda el uso de sulfonilureas en pacientes sin contraindicaciones a su uso, y con descontrol glicémico importante, pero en períodos cortos para posterior cambio de hipoglucemiante.

- La terapia triple en pacientes con descontrol glicémico es una alternativa al rechazo de aplicación de insulina por parte de los pacientes, donde la mejor relación EA y reducción de HbA1c es Metformina + iSGLT2 + GLP1; sin embargo dado la poca accesibilidad del último fármaco este podría ser sustituida por Sulfonilureas (en caso de descontrol importante, sin sobrepeso u obesidad, sin riesgo de hipoglucemias y sin enfermedad renal) o por Linagliptina (o algún otro iDPP4).

Conclusiones.

El descontrol glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus 2 representa un reto para el personal de la salud, ya que se debe priorizar llegar a cifras de control para evitar complicaciones en crónico y en agudo, sin embargo, con el modelo de atención centrada en la persona es fundamental la toma de decisiones compartidas según las necesidades y preferencias individuales de los pacientes. Una de ellas es la negación a aceptar insulina como tratamiento para mejorar control glicémico por diversas causas. Por eso es importante tener conocimiento de la mejor opción terapéutica que se pueda ofrecer a los pacientes en dichas circunstancias. Lo anteriormente mencionado es el enfoque principal de esta revisión sistemática.

Definitivamente cada situación conlleva sus particularidades, dado que cada grupo farmacológico tiene sus ventajas y desventajas para su prescripción, y en ningún estudio analizado supera con alto margen la utilización uno (o más) hipoglucemiantes orales al uso de insulina para la reducción de HbA1c.

Siempre y cuando sea bien tolerado por efectos adversos, la Metformina sigue teniendo gran utilidad en los pacientes con descontrol glicémico, ya que se presenta reducciones entre 0.6% - 2% de HbA1c en dosis que oscilan entre 500 – 2000 mg/día, por lo que se prefiere, ya sea en monoterapia o en terapia combinada como tratamiento de primera opción. Otro grupo farmacológico con amplios beneficios como reducción de peso, reducción de T/A y control lipídico son los GLP-1, con especial énfasis en Liraglutide. Éste tiene amplia ventaja sobre otros fármacos, con una gran reducción de HbA1c entre 1.1-1.4% a dosis de 1.8 mg, la cual mantiene hasta por 52 semanas. Donde presenta amplio margen de ventaja es como terapia inicial por su efecto con las células β . La situación a considerar es el alto costo del medicamento así como su aplicación, y la poca accesibilidad de los usuarios de sistemas de salud en el país.

Así mismo otra gran opción de hipoglucemiantes orales es el uso de iSGLT2, donde la Dapaglifozina tiene mayor efecto para reducir HbA1c (reducción que oscila entre 0.5 – 1.4%) además de mantener su eficacia en periodos prolongados (hasta 2 años), además de los beneficios a nivel cardiovascular, lo que lo hace una gran alternativa para pacientes con descontrol glicémico, ya sea como monoterapia o en terapia combinada.

Los iDDP4 tienen una reducción en la HbA1c es entre 0.5-0.7% como monoterapia, aunque se es beneficiada con la terapia combinada con Metformina, llegando a reducciones de hasta 1.7%, por lo que lo vuelve un gran apoyo farmacológico en combinación.

Por último, las sulfonilureas son hipoglucemiantes con un alta potencia reductora de HbA1c (entre 1-2%) pero con amplios efectos secundarios (hipoglucemias, ganancia de peso, daño renal), además en terapia combinada con Metformina genera estabilización glicémica, por lo que se recomienda (siempre y cuando no exista contraindicación médica) en pacientes con importante descontrol glicémico y en un período corto para evitar los efectos adversos.

Referencias bibliograficas

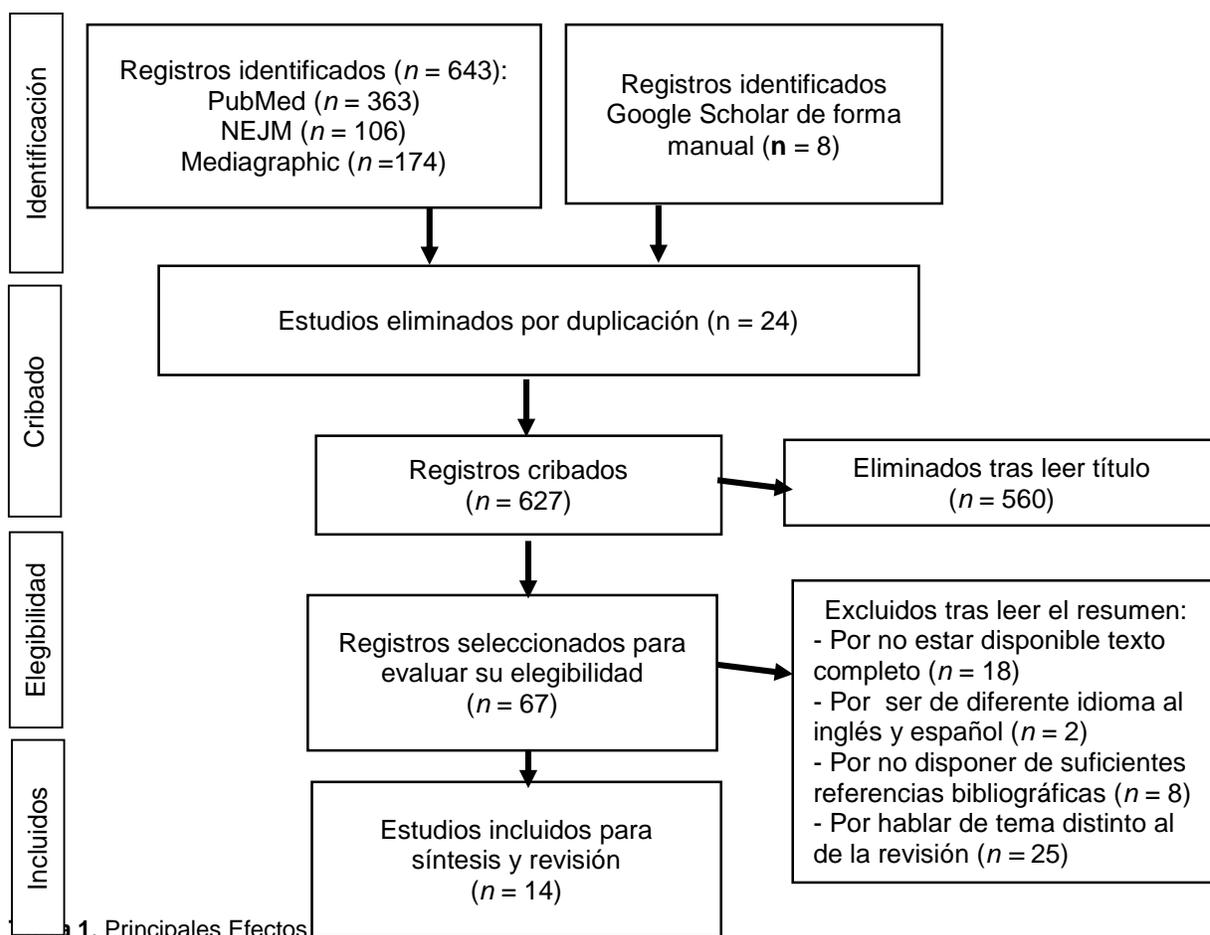
1. Escalada San Martín FJ, Salvador Rodríguez FJ. Inhibidores de la reabsorción renal de glucosa: una nueva opción terapéutica para el tratamiento de la diabetes mellitus. Avances en Diabetología. 2010 Oct;26(5):370–2.

2. 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. [Internet] Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022. Disponible en: <https://www.insp.mx/novedades-editoriales/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2021-sobre-covid-19-resultados-nacionales>
3. Goday, Alberto. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. Rev Esp Cardiol [Internet] 2002 [Consultado 11 May 2023]; 55(6); 657-70
4. F.J. Ampudia-Blasco, et al. Liraglutida en el tratamiento de la diabetes tipo 2: recomendaciones para una mejor selección de los pacientes, desde una visión multidisciplinar. Av Diabetol. 2010;26:226-34
5. F. C. Carramiñana Barrera. Seguridad de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. Semergen. 2018;44(supl 1):10-17
6. Sáenz Calvo A, Fernández Esteban I, Mataix Sanjuán A, Ausejo Segura M, Roqué M, Moher D. Metformina para la diabetes mellitus tipo 2. Revisión sistemática y metaanálisis [Metformin for type-2 diabetes mellitus. Systematic review and meta-analysis]. Aten Primaria. 2005 Sep 15;36(4):183-91
7. Tsapas A, Avgerinos I, Karagiannis T, Malandris K, Manolopoulos A, Andreadis P, et al. Comparative Effectiveness of Glucose-Lowering Drugs for Type 2 Diabetes. Annals of Internal Medicine. 2020 Aug 18;173(4):278–86.
8. List JF, Woo V, Morales E, Tang W, Fiedorek FT. Sodium-Glucose Cotransport Inhibition With Dapagliflozin in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2008 Dec 29;32(4):650–7.
9. Sjöström CD, Hashemi M, Sugg J, Ptaszynska A, Johnsson E. Dapagliflozin-induced weight loss affects 24-week glycated haemoglobin and blood pressure levels. Diabetes, Obesity and Metabolism. 2015 Jun 27;17(8):809–12.
10. Bashier A, Khalifa AA, Rashid F, Abdelgadir EI, Al Qaysi AA, Ali R, Eltinay A, Nafach J, Alsayyah F, Alawadi F. Efficacy and Safety of SGLT2 Inhibitors in Reducing Glycated Hemoglobin and Weight in Emirati Patients With Type 2 Diabetes. J Clin Med Res. 2017 Jun;9(6):499-507. doi: 10.14740/jocmr2976w. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28496550; PMCID: PMC5412523.
11. Shyangdan DS, Uthman OA, Waugh N. SGLT-2 receptor inhibitors for treating patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and

- network meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009417. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009417.
12. Unger Jeffrey, Parkin Christopher. Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) Receptor Agonists: Differentiating the New Medications. *Diabetes Ther* (2011) 2(1):29-39. DOI 10.1007/s13300-010-0013-5.
 13. Khalid A, Abdullah K. A review of glycemic efficacy of liraglutide once daily in achieving glycated hemoglobin targets compared with exenatide twice daily, or sitagliptin once daily in the treatment of type 2 diabetes. *Saudi Med J*. 2016 Aug; 37(8): 834–842. Doi: 10.15537/smj.2016.8.15800
 14. Choe EY, Cho Y, Choi Y, Yun Y, Wang HJ, Kwon O, Lee BW, Ahn CW, Cha BS, Lee HC, Kang ES. The Effect of DPP-4 Inhibitors on Metabolic Parameters in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Metab J*. 2014 Jun;38(3):211-9. doi: 10.4093/dmj.2014.38.3.211. Epub 2014 Jun 17. PMID: 25003075; PMCID: PMC40830284.
 15. Chen Y, Ning G, Wang C, Gong Y, Patel S, Zhang C, et al. Efficacy and safety of linagliptin monotherapy in Asian patients with inadequately controlled type 2 diabetes mellitus: A multinational, 24-week, randomized, clinical trial. *Journal of Diabetes Investigation*. 2015 Apr 4;6(6):692–8.
 16. Araki E, Kawamori R, Inagaki N, Watada H, Hayashi N, Horie Y, Sarashina A, Thiemann S, von Eynatten M, Dugi K, Woerle HJ. Long-term safety of linagliptin monotherapy in Japanese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab*. 2013 Apr;15(4):364-71. doi: 10.1111/dom.12039.
 17. Barnett AH, Patel S, Harper R, Toorawa R, Thiemann S, von Eynatten M, Woerle HJ. Linagliptin monotherapy in type 2 diabetes patients for whom metformin is inappropriate: an 18-week randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial with a 34-week active-controlled extension. *Diabetes Obes Metab*. 2012 Dec;14(12):1145-54. doi: 10.1111/dom.12011
 18. Mazumdar G, Swaika B, Dasgupta A. An open level study to assess the glycemic control effect of metformin and Pioglitazone as add on therapy along with sulfonylurea in uncomplicated type2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Mellitus*. 2012;02(02):191–5.
 19. Zhang Y, Hong J, Chi J, Gu W, Ning G, Wang W. Head-to-head comparison of dipeptidyl peptidase-IV inhibitors and sulfonylureas - a meta-analysis from randomized clinical trials. *Diabetes Metab Res Rev*. 2014 Mar;30(3):241-56. doi: 10.1002/dmrr.2482. PMID: 24123720.

Anexos

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA en cuatro niveles



Fuente: Elaboración propia

Fármaco

EA EN MONOTERAPIA

Sitagliptina

Cefalea, estreñimiento, prurito, mareo e hipoglucemia

Saxagliptina

Mareo, fatiga y reducción del recuento absoluto de linfocitos sin repercusión clínica

Vildagliptina

Náuseas, temblor, cefalea, mareo, astenia y edema periférico

Linagliptina

Tolerancia similar a placebo. Estreñimiento, mareo e hipoglucemia

Tabla extraída de: F. C. Carramiñana Barrera. Seguridad de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. *Semergen*. 2018;44(supl 1):10-17

Tabla 2. Revisión de estudios sobre los fármacos hipoglucemiantes con mayor efecto de reducción de hemoglobina glicosilada

Autor	Año	Nombre de la investigación título de la publicación	Tipo de investigación	Tipo de pacientes / Tipo de estudios	Hipoglucemiante estudiado	Reducción de hemoglobina glicosilada	Lugar de publicación
A. Sáenz Calvo, I. Fernández Estebanb, A. Mataix Sanjuánb, M. Ausejo Segurac, M. Roquéd, D. Mohere	2015	Metformin for type-2 diabetes mellitus. Systematic review and meta-analysis	Revisión Sistemática y Meta-análisis	29 ensayos clínicos aleatorizados de metformina en monoterapia, con resultados sobre mortalidad, morbilidad y bioquímica. /// Población de personas con Diabetes tipo 2, reclutados en clínicas de medicina general o de diabetes, con una intervención farmacológica mínima de 3 meses y que notificasen resultados primarios o secundarios.	Metformina	-Reducción de 1.06% vs placebo. -Metformina con dieta → 1.44% y disminución colesterol	https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-metformina-diabetes-mellitus-tipo-2-13078602 ELSEVIER España, Madrid
Tsapas A, Avgerinos I, Karagiannis T, Malandris K, Manolopoulos A, Andreadis P, et al	2020	Comparative Effectiveness of Glucose-Lowering Drugs for Type 2 Diabetes A Systematic Review and Network Meta-analysis	Revisión Sistemática y Meta-análisis	Ensayos aleatorios en idioma inglés que tuvieron al menos 24 semanas de intervención y evaluaron los efectos de los fármacos hipoglucemiantes sobre la mortalidad, la glucemia y los resultados vasculares	Metformina, sulfonilureas, pioglitazona, iDPP-4, iGLP-1 RA, iSGLT-2, insulina basal, regimenes de insulina basal-bolo, insulinas premezcladas, inhibidores de la glucosidasa, meglitinidas o placebo	-Reducción entre 0.6 – 2% en rango dosis de metformina 500 a 2000 mg/día -Todos los hipoglucemiantes redujeron HbA1c de la misma manera (excepto iDPP4)	https://www.cpijournals.org/doi/abs/10.7326/M20-0864?journalCode=aim Annals of Internal Medicine
List JF, Woo V, Morales E, Tang W, Fiedorek FT	2019	Sodium-glucose cotransport inhibition with dapagliflozin in type 2 diabetes	Ensayo Clínico Aleatorizado	Pacientes con diabetes tipo 2 fueron asignados al azar a una de cinco dosis de dapagliflozina, metformina XR o placebo durante 12 semanas.	Dapagliflozina, Metformina y placebo	-Descenso de Hba1c 0.8% (por al menos 12 sem) vs placebo → 0.2%	https://diabetesjournals.org/care/article/32/4/650/28840/Sodium-Glucose-Cotransport-Inhibition-With-ADA-E.U.A.
Sjöström CD, Hashemi M, Sugg J, Ptaszynska A, Johnsson E.	2015	Dapagliflozin-induced weight loss affects 24-week glycated haemoglobin and blood pressure levels	Meta-análisis	Siete estudios que evaluaron dapagliflozina 10 mg como monoterapia o terapia combinada durante 24 semanas.	Dapagliflozina	-Reducción de -1.1% vs placebo (-0.6%) -Pérdida de peso (2.29 kg) vs placebo (-0.27)	https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.12500 Diabetes, Obesidad y Metabolismo
Bashier A, Khalifa AA, Rashid F, Abdelgadir El, Al Qaysi AA, Ali R, Eltinay A, Nafach J, Alsayyah F, Alawadi F.	2017	Efficacy and Safety of SGLT2 Inhibitors in Reducing Glycated Hemoglobin and Weight in Emirati Patients With Type 2 Diabetes.	Ensayo retrospectivo multicéntrico	Pacientes con diabetes tipo 2 que recibieron iSGLT2 en el período comprendido entre abril de 2015 y febrero de 2016 (recomendaciones de la DHA, → no embarazada, todas eran mayores de 18 años y ninguna de las pacientes tenía una TFGe < 60 ml/min/m)	iSGLT2	-Reducción de HbA1c -1.5% (primeros 6 meses) y -1.4% (1 año)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5412523/ J Clin Med Res Emirati
Shyangdan DS, Uthman OA, Waugh N.	2016	SGLT-2 receptor inhibitors for treating patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis	Revisión Sistemática y Meta-análisis	Ensayos controlados aleatorios que evalúen la eficacia de los iSGLT-2 en pacientes con diabetes tipo 2 controlados de manera inadecuada con dieta y ejercicio solos o monoterapia con metformina. Duración mínima 24 semanas	iSGLT2	-Canagliflozina 300 mg logró HbA1c (<7%) en mayor proporción vs Canagliflozina 100 mg y Dapagliflozina 10 mg (no hubo diferencia significativa con Empagliflozina) -Diferencia media entre 0.2% -	https://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e009417.long BMJ Open

						0.64% de Canaglifozina 300 mg vs otros iSGLT2	
Unger Jeffrey, Parkin Christopher.	2011	Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists: Differentiating the new medications	Revisión Sistemática	Información se recopiló a través de una búsqueda en MEDLINE y PubMed para GLP-1 y el manejo de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2	GLP-1	-HbA1c disminuyó de 0.79 % a 1.12 % con GLP1 -Mantenimiento y pérdida de peso, además de mejorar T/A y lípidos. -Liraglutide, reducción de 1% a 1.5% vs placebo	https://link.springer.com/article/10.1007/s13300-010-0013-5 Diabetes Therapy
Khalid A, Abdullah K	2016	A review of glycemic efficacy of liraglutide once daily in achieving glycated hemoglobin targets compared with exenatide twice daily, or sitagliptin once daily in the treatment of type 2 diabetes	Revisión Sistemática	Búsqueda (PubMed) de ensayos controlados aleatorios directos y estudios observacionales publicados en inglés que compararon la eficacia glucémica (reducción de HbA1c y proporción de pacientes que alcanzaron los niveles objetivo de HbA1c) de liraglutida con exenatida dos veces al día y sitagliptina en adultos con DT2	Liraglutida vs Exenatida o Sitagliptina	-Disminución media de HbA1c es mayor en Liraglutide 1.2 mg (-1.3%) y 1.8 mg (-1.5%) vs Sitagliptina (-0.9%) después de 52 semanas Liraglutide (-1.1%) vs Sitagliptina (-0.7%) y Exenatide 2 al día (-0.75)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018698/
Choe EY, Cho Y, Choi Y, Yun Y, Wang HJ, Kwon O, Lee BW, Ahn CW, Cha BS, Lee HC, Kang ES	2014	The Effect of DPP-4 Inhibitors on Metabolic Parameters in Patients with Type 2 Diabetes.	Estudio retrospectivo	170 pacientes con diabetes tipo 2 tratados con sitagliptina o vildagliptina durante más de 24 semanas. Los pacientes se separaron en dos grupos, sitagliptina (100 mg una vez al día, n=93) y vildagliptina (50 mg dos veces al día, n=77).	Sitagliptina y Vildagliptina	-Sitagliptina reduce la HbA1c en un 0.6-1.5 % en vs placebo -HbA1c, GPA y AG fueron similares entre los dos grupos, pero el grupo de sitagliptina mostró un nivel de GGP más alto -Mejor control de lípidos con Vildagliptina	https://e-dmj.org/journ/doi.php?doi=10.4093/dmj.2014.38.3.211 Diabetes Metab J
Chen Y, Ning G, Wang C, Gong Y, Patel S, Zhang C, et al	2015	Efficacy and safety of linagliptin monotherapy in Asian patients with inadequately controlled type 2 diabetes mellitus: A multinational, 24-week, randomized, clinical trial	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego	Pacientes que no habían recibido tratamiento previo o habían sido tratados con un fármaco antidiabético oral se aleatorizaron para recibir 5 mg de linagliptina al día o un placebo después del lavado. Total de 300 pacientes asiáticos (87% chinos)	Linagliptina	Después de 24 sem de tratamiento, la monoterapia con linagliptina fue más eficaz (-0.68%) que placebo (-0.18) para reducir los niveles de HbA1c	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdi.12346 <i>Journal of Diabetes Investigation (JDI)</i> China
Araki E, Kawamori R, Inagaki N, Watada H, Hayashi N, Horie Y, Sarashina A, Thiemann S, von Eynatten M, Dugi K, Woerle HJ.	2013	Long-term safety of linagliptin monotherapy in Japanese patients with type 2 diabetes	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego	Los pacientes japoneses con DM2 que completaron cualquiera de las fases de un estudio de 12/26 semanas que comparó la monoterapia con linagliptina con placebo o voglibosa. En total, 540 pacientes recibieron al menos una dosis de linagliptina 5 o 10 mg y 494 completaron la extensión.	Linagliptina	-Linagliptina disminuyó 0.71% con 5 mg y 0.72% con 10 mg (por 52 semanas)	https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.12039 Diabetes, Obesidad y Metabolismo
Barnett AH, Patel S, Harper R, Toorawa R, Thiemann S, von Eynatten M, Woerle HJ.	2012	Linagliptin monotherapy in type 2 diabetes patients for whom metformin is inappropriate: an 18-week randomized, double-blind, placebo-	Ensayo clínico de fase III aleatorizado doble ciego	Pacientes con DM2 con control glucémico inadecuado, sin tratamiento previo [HbA1c 7.0-10.0%] o tratados previamente con un medicamento antidiabético oral (HbA1c 6.5 - 9.0 % antes del lavado), no elegible para metformina debido a contraindicaciones (p. ej., IRI) o efectos	Linagliptina	Después de 18 sem Linagliptina redujo -0.6% vs placebo (-.16). En la semana 52, la HbA1c media disminuyó desde el inicio en ambos grupos [linagliptina: -0,44	https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.12011 Diabetes, Obesidad y Metabolismo

		controlled phase III trial with a 34-week active-controlled extension		secundarios intolerables previos. Fueron aleatorizados a monoterapia con linagliptina 5 mg (n = 151) o placebo (n = 76) durante 18 sem, después de lo cual los pacientes que recibieron placebo cambiaron a glimepirida 1-4 mg una vez al día (los tratamientos continuaron durante otras 34 sem)		%; placebo/glimepirida: -0,72% (casos observados)]	
Mazumdar G, Swaika B, Dasgupta A.	2012	An open level study to assess the glycemic control effect of metformin and Pioglitazone as add on therapy along with sulfonylurea in uncomplicated type2 diabetes mellitus	Ensayo clínico aleatorizado	100 pacientes con DM2 fueron seleccionados de consultas externas del servicio de medicina siguiendo criterios de inclusión y exclusión prefijados.	Sulfonilureas en combinación con Metformina vs Pioglitazona	-Reducción media de HbA1c (monoterapia) de SU entre -1 a -2% -Reducción de GPA, de -54.35 mg/dl con SU, vs SU con Metformina, GPA de -82.22 mg/dl vs SU con Pioglitazona, de -67.29 mg/dl	https://www.scrip.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=19348 Revista de Diabetes Mellitus India
Zhang Y, Hong J, Chi J, Gu W, Ning G, Wang W.	2014	Head-to-head comparison of dipeptidyl peptidase-IV inhibitors and sulfonylureas - a meta-analysis from randomized clinical trials	Meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados	Búsquedas en MEDLINE, EMBASE y Cochrane de Ensayos Controlados hasta el 30 de junio de 2013, recopilando todos los ensayos clínicos aleatorios con una duración del tratamiento de ≥18 semanas. Se incluyó a 12 estudios aleatorizados con 10 982 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Sulfonilureas vs iDPP4	-SU redujeron la HbA1c significativamente más que los iDPP-4 con una diferencia de medias ponderada (DMP) de 0,105 - iDPP-4 se asociaron con una reducción del peso corporal vs SU	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.2482 Diabetes Metab Res Rev China

HbA1c: Hemoglobina glicosilada. iSGLT2: inhibidores del cotrasportador de sodio-glucosa tipo 2. GLP1: agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1. iDPP4: inhibidores de Dipeptidil Peptidasa 4. SU: Sulfonilureas. GPA: Glucosa Plasmática en Ayunas. GPP: Glucosa Postprandial, AG: Albumina glicosilada. IR: Insuficiencia Renal
Fuente: Elaboración propia (basado en artículos de esta revisión sistemática)

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

Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes promoción agosto 2022

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.

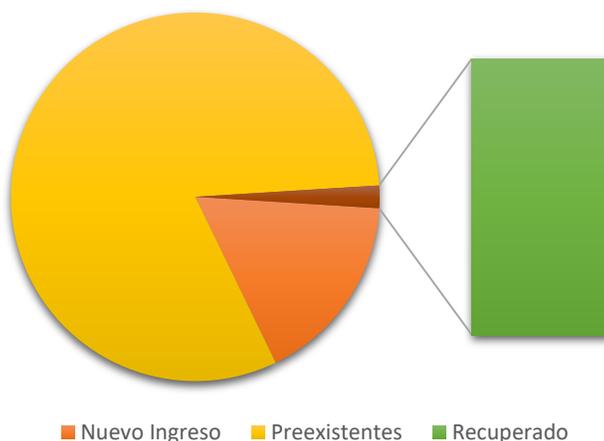
Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	39	82.98%
Nuevo ingreso a partir de agosto 2023	8	17.02%
Recuperados a partir de agosto 2023 (incluidos en los preexistentes)	1 (de los 39)	2.13%
Total:	47	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 1. Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023



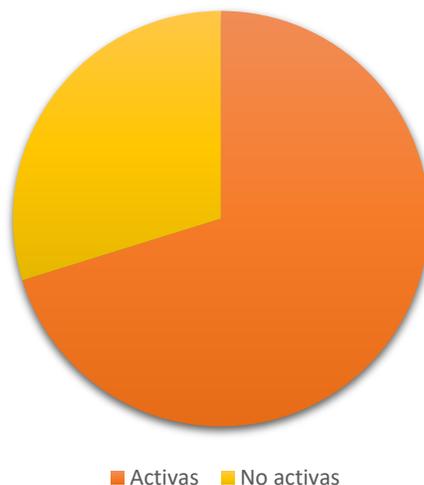
Al inicio del servicio social, en agosto 2022 se recibieron un total de 39 pacientes, de los cuales se recuperó 1 paciente que no era activo, para posteriormente, agregar 8 pacientes de nuevo ingreso en el C.S.T. III Pedregal de las Águilas.

Tabla No. 2
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activos	33	70.21%
No activas	14	29.79%
Total:	47	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 2. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023



La población atendida y activa durante el periodo Agosto 2022 – Julio 2023 fue del 70.21%, sin embargo existe un 29.79% quienes ya no acuden al centro de salud por distintas causas (finamieto, se atienden en otro consultorio), esta tendencia se ha mantenido desde el año previo, donde existía un porcentaje de 25.64% de no activos.

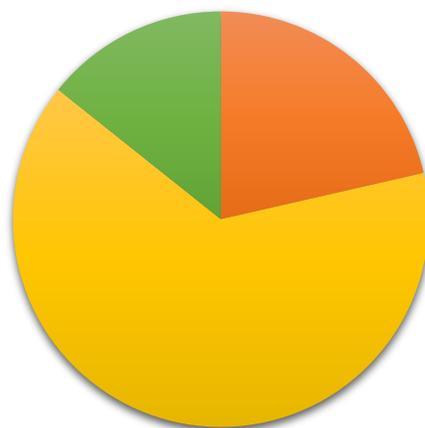
Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	3	21.42%
Cambio de institución que le atiende	9	64.28%
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0%
Falleció	2	14.28%
Otro motivo	0	0%
Se ignora	0	0%
Total:	14	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 3. Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023



■ Cambio de médico dentro del centro de salud ■ Cambio de institución ■ Falleció

Muchos pacientes se perdieron en su seguimiento por cambio de institución, quienes ya no acuden al centro de salud para su control de enfermedades crónicas, y en éste último año hubo pérdida de seguimiento por que tres pacientes

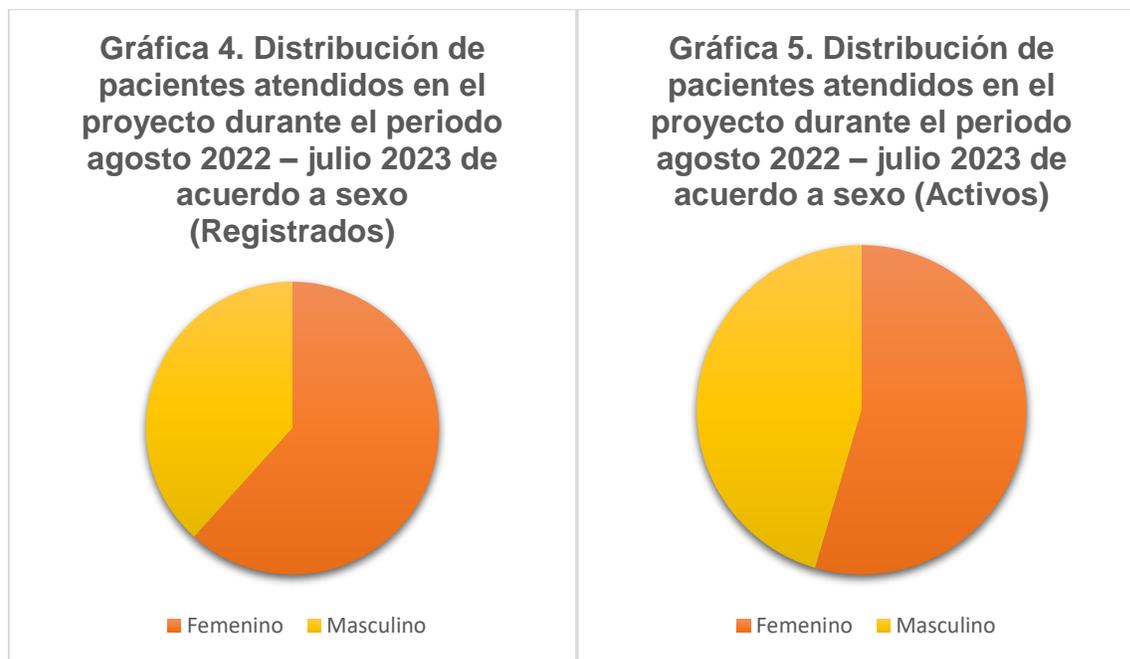
decidieron atenderse en otro consultorio, además de dos personas registradas en RedCap años atrás que, lamentablemente, fallecieron por COVID-19.

2. Información demográfica:

Tabla No. 4
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a sexo
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	Registrados		Activos	
	No	%	No.	%
Femenino	29	61.70	18	55.55%
Masculino	18	38.30	15	45.45%
Otra asignación	0	0%	0	0%
No hay dato	0	0%	0	0%
Total:	48	100%	33	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



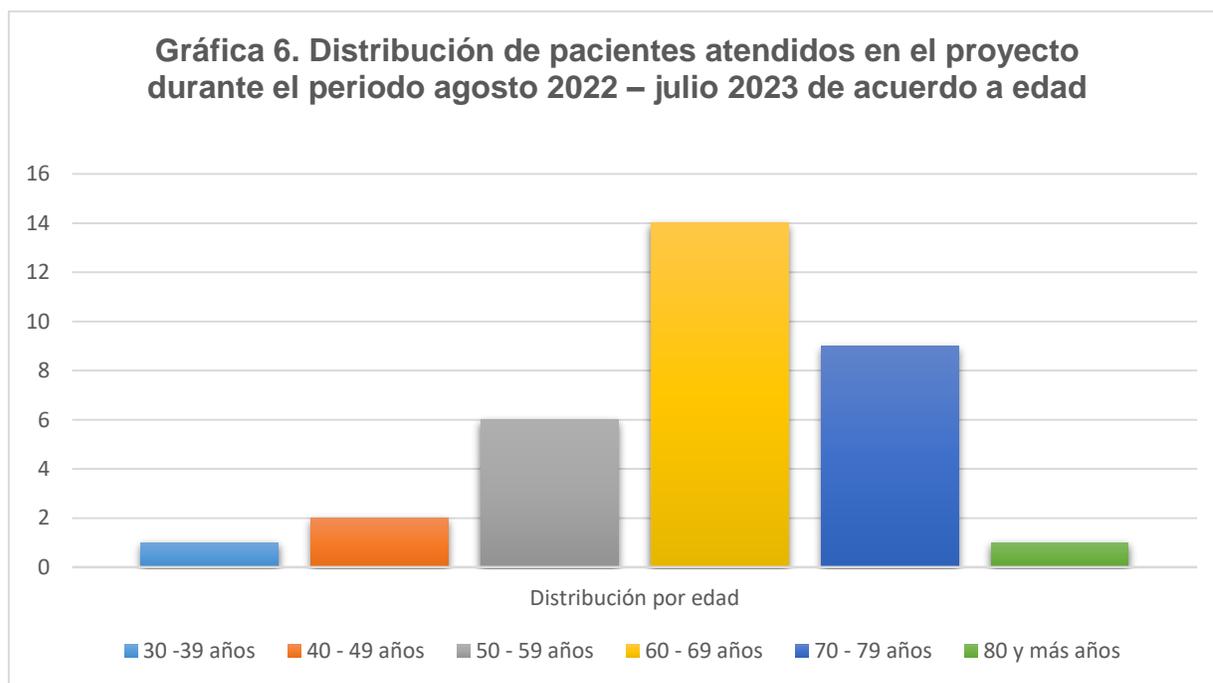
Dos tercios de los pacientes incorporados en el proyecto de atención son de sexo femenino, y un tercio de los mismos son de sexo masculino, sin embargo de los

pacientes atendidos este año y activos, hay un aumento en la proporción de personas masculinas, llegando casi a la mitad de la población atendida activa.

Tabla No. 5
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

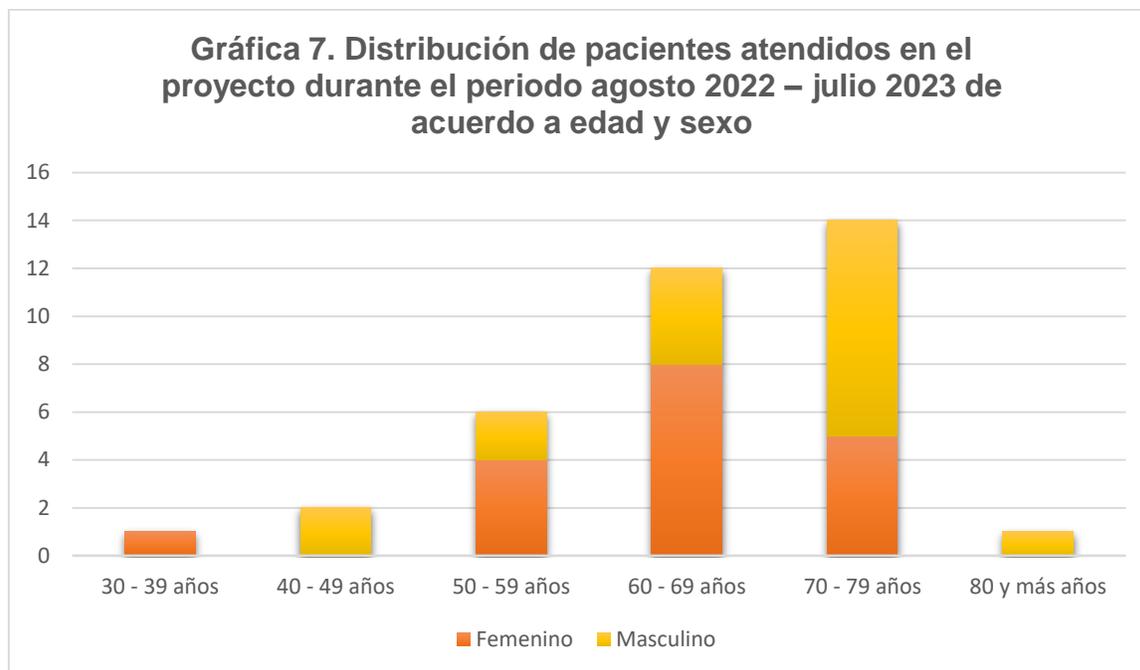
Edad	No	%
20 - 29 años	0	0%
30 – 39 años	1	3.03%
40 – 49 años	2	6.07%
50 – 59 años	6	18.18%
60 – 69 años	14	42.42%
70 – 79 años	9	27.27%
80 y más años	1	3.03%
Total:	33	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Existe una proporción alta (del 42%) de los pacientes con rango de edad entre 60 – 69 años, con el mayor rango de prevalencia, posteriormente le sigue el rango de 70 – 79 años (del 27%) para dejar en tercer lugar a los pacientes entre 50 – 59

años (18% de prevalencia) de los pacientes atendidos durante este año en el centro de salud.



La persona más joven del proyecto (30 – 39 años) es femenina, caso contrario con la más longeva (80 y más años), quién es de sexo masculino; todas las personas activas de 40 a 49 años son masculinos, y de la misma manera, la distribución de las personas de 79 – 79 años, son masculinos. Donde existe mayor prevalencia del sexo femenino es entre los 50 – 59 años y 60 – 69 años.

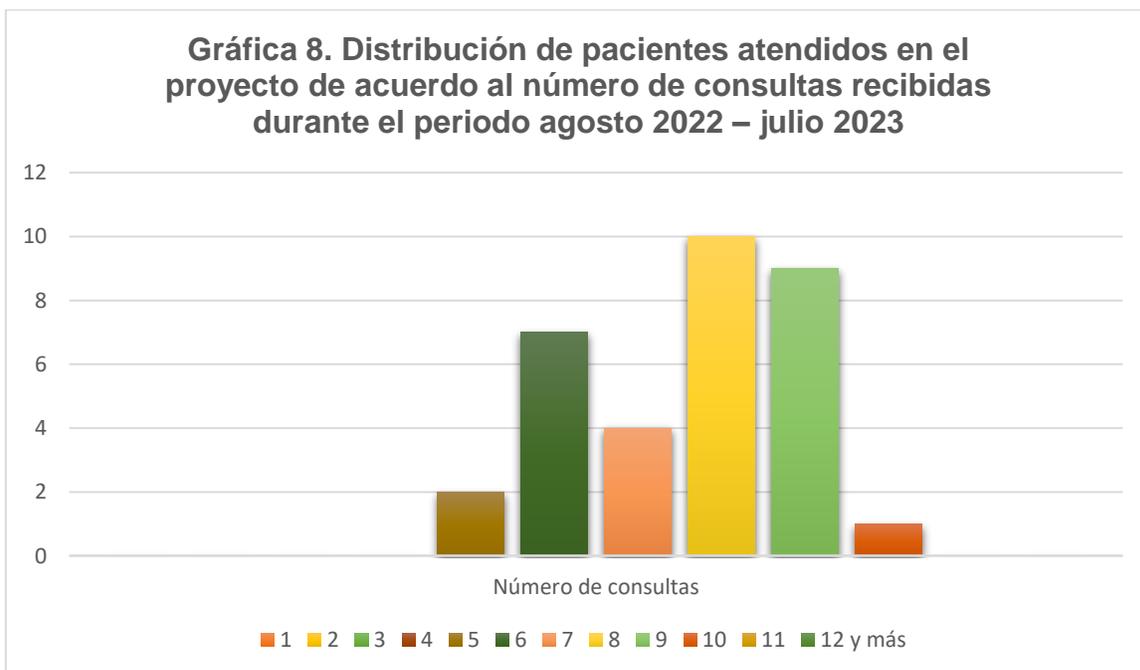
3. Diagnóstico y seguimiento:

Tabla No. 7
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	2	6.06%

6	7	21.21%
7	4	12.12%
8	10	30.30%
9	9	27.27%
10	1	3.03%
11	0	0%
12 y más	0	0%
Total:	33	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



La mayoría de los pacientes recibieron un total de entre 6 – 9 consultas al año; esto se explica por que en el C.S.T. III Pedregal de las Águilas, también se manejaba por parte del médico pasante del programa del modelo de atención de crónicos, la agenda del módulo de crónicos propio de la unidad, generando una cantidad elevada de pacientes agendados y generando a su vez, que se hiciera imposible ver a todos los pacientes una vez cada mes. Otra explicación es que muchos pacientes perdían citas y para su reprogramación, por la misma agenda, se generaba otro mes adicional a no poder monitorearlo, y una tercer causa fue propiamente por no acudir a citas de algunos pacientes.

Tabla No. 8
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Hipertensión arterial	2	6.06%
Diabetes y sobrepeso	1	3.03%
Diabetes e hipertensión	1	3.03%
Diabetes, hipertensión y sobrepeso	1	3.03%
Diabetes, dislipidemia, sobrepeso	4	12.12%
Obesidad, hipertensión y dislipidemia	2	6.06%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	6.06%
Sobrepeso, hipertensión, diabetes y dislipidemia	7	21.21%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	13	39.39%
Total:	33	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Los pacientes atendidos en el C.S.T III Pedregal de las Águilas entre agosto 22 julio 23 tienen una prevalencia alta en un síndrome metabólico *per se*, ya que aproximadamente el 60% de los pacientes tienen cuatro enfermedades diagnosticadas (DM2, HAS, Dislipidemia además de sobrepeso u obesidad); muy pocas personas (12%) cuentan con uno (6.06%) o dos (6.06%) diagnósticos de enfermedades crónicas.

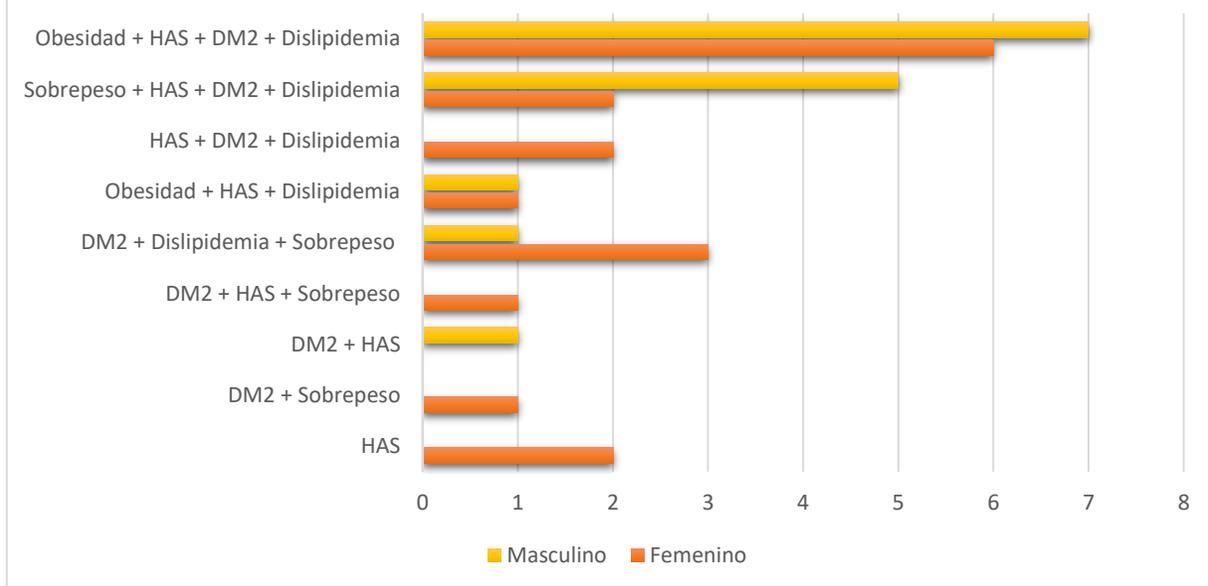
Tabla No. 9
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos / Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión arterial	2	11.11%	0	0%	2	6.06%
Diabetes y sobrepeso	1	5.56%	0	0%	1	3.03%
Diabetes e hipertensión	0	0%	1	6.66%	1	3.03%

Diabetes, hipertensión y sobrepeso	1	5.56%	0	0%	1	3.03%
Diabetes, dislipidemia, sobrepeso	3	16.67%	1	6.66%	4	12.12%
Obesidad, hipertensión y dislipidemia	1	5.56%	1	6.66%	2	6.06%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	11.11%	0	0%	2	6.06%
Sobrepeso, hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	11.11%	5	33.33%	7	21.21%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	6	33.33%	7	46.66%	13	39.39%
Total:	18	100%	15	100%	33	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 9. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo



Respecto a la distribución entre diagnóstico/sexo es llamativo ver que más de la mitad de los hombres (casi el 80%) tienen un síndrome metabólico *per se*, ya que cuentan con cuatro diagnósticos de enfermedades crónicas; con las mujeres cercano a la mitad (44%) tienen un síndrome metabólico desarrollado, y el resto de la población femenina cuenta entre 1 a 3 diagnósticos de enfermedades crónicas.

Tabla No. 10
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 - 29 años	0	0%
30 – 39 años	1	3.45%
40 – 49 años	2	6.69%
50 – 59 años	6	20.69%
60 – 69 años	12	41.37%

70 – 79 años	7	24.13%
80 y más años	1	3.45%
Total:	29	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Aproximadamente 9 de cada 10 de los pacientes que fueron atendidos en el centro de salud en agosto 22 – julio 23 tienen el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, además de algún otra enfermedad crónica (ya que ninguna persona tiene como diagnóstico exclusivo sobrepeso / obesidad).

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y hipertensión arterial
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial	%
20 - 29 años	0	0%
30 – 39 años	1	3.57%
40 – 49 años	2	7.14%
50 – 59 años	5	17.86%
60 – 69 años	12	42.85%
70 – 79 años	7	25%
80 y más años	1	3.57%
Total:	28	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Muy similar con el sobrepeso/obesidad, la hipertensión arterial sistémica (HAS) ocupa una alta prevalencia como diagnóstico de enfermedades crónicas en los pacientes atendidos durante este año, aproximadamente el 84.8% cuentan con el diagnóstico de HAS (y la gran mayoría acompañado, al menos, por otra enfermedad crónica); ésta es la única de las enfermedades crónicas que se presenta como diagnóstico único (al menos con enfermedades crónicas).

Tabla No. 12
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con diabetes mellitus tipo 2
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes tipo 2	%
20 - 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	2	6.67%
50 – 59 años	6	20%
60 – 69 años	13	43.33%
70 – 79 años	8	26.67%
80 y más años	1	33.33%
Total:	30	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Exactamente 9 de cada 10 pacientes atendidos en este modelo de atención cuentan con el diagnóstico de diabetes tipo 2 (y además de algún otra enfermedad crónica) la que la hace la enfermedad crónica más prevalente en las personas.

Tabla No. 13
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con dislipidemia
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

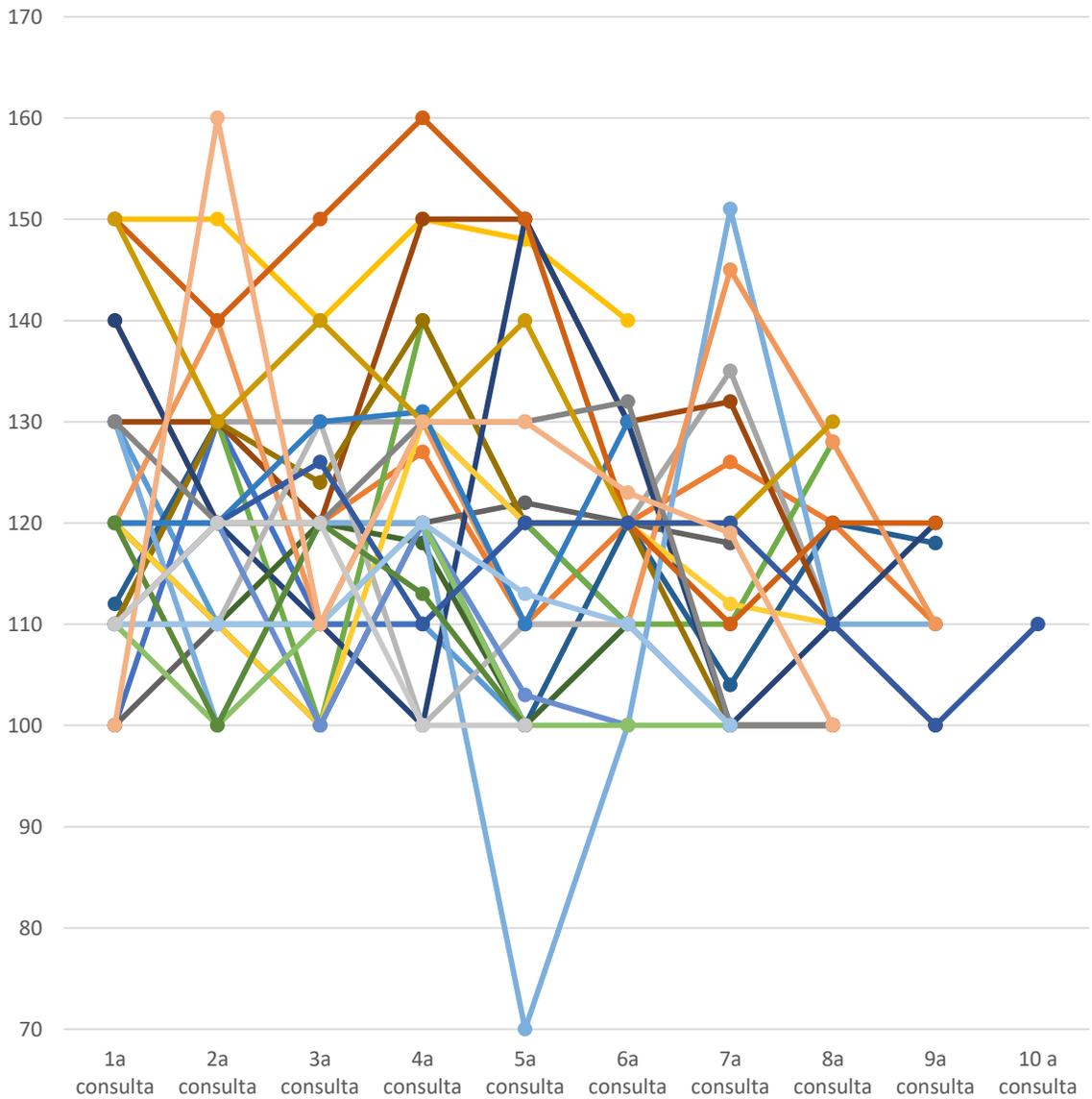
Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20 - 29 años	0	0%
30 – 39 años	1	3.57%
40 – 49 años	2	7.14%
50 – 59 años	6	21.42%
60 – 69 años	11	39.28%
70 – 79 años	7	25%
80 y más años	1	3.57%
Total:	28	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Al igual que con la HAS, la prevalencia de dislipidemias es muy similar, con altas incidencias en la población de 50 años en adelante.

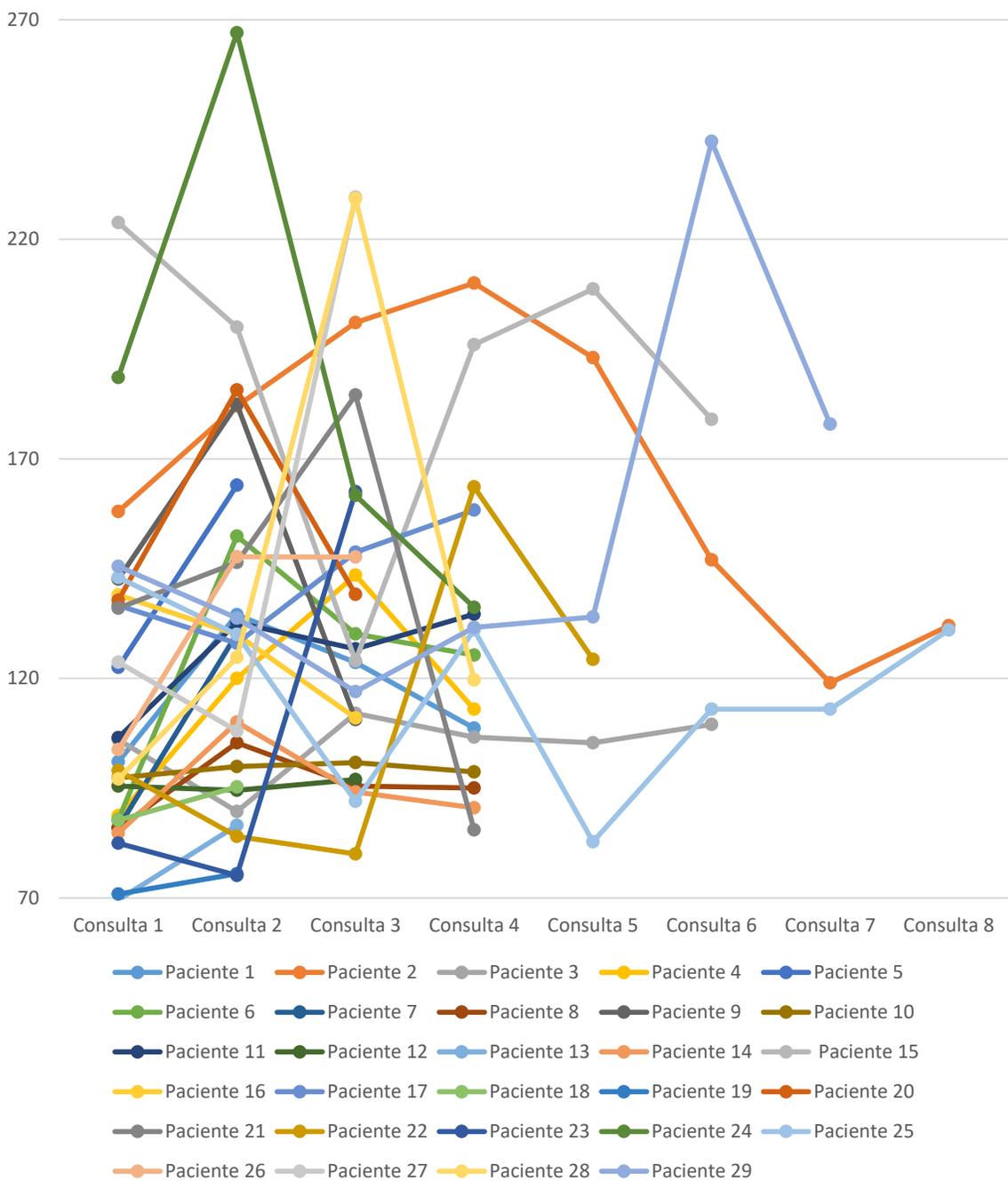
4. Resultados de control de enfermedad crónica:

Gráfica 11. Control de pacientes con hipertensión arterial sistémica según PAS por consulta recibida

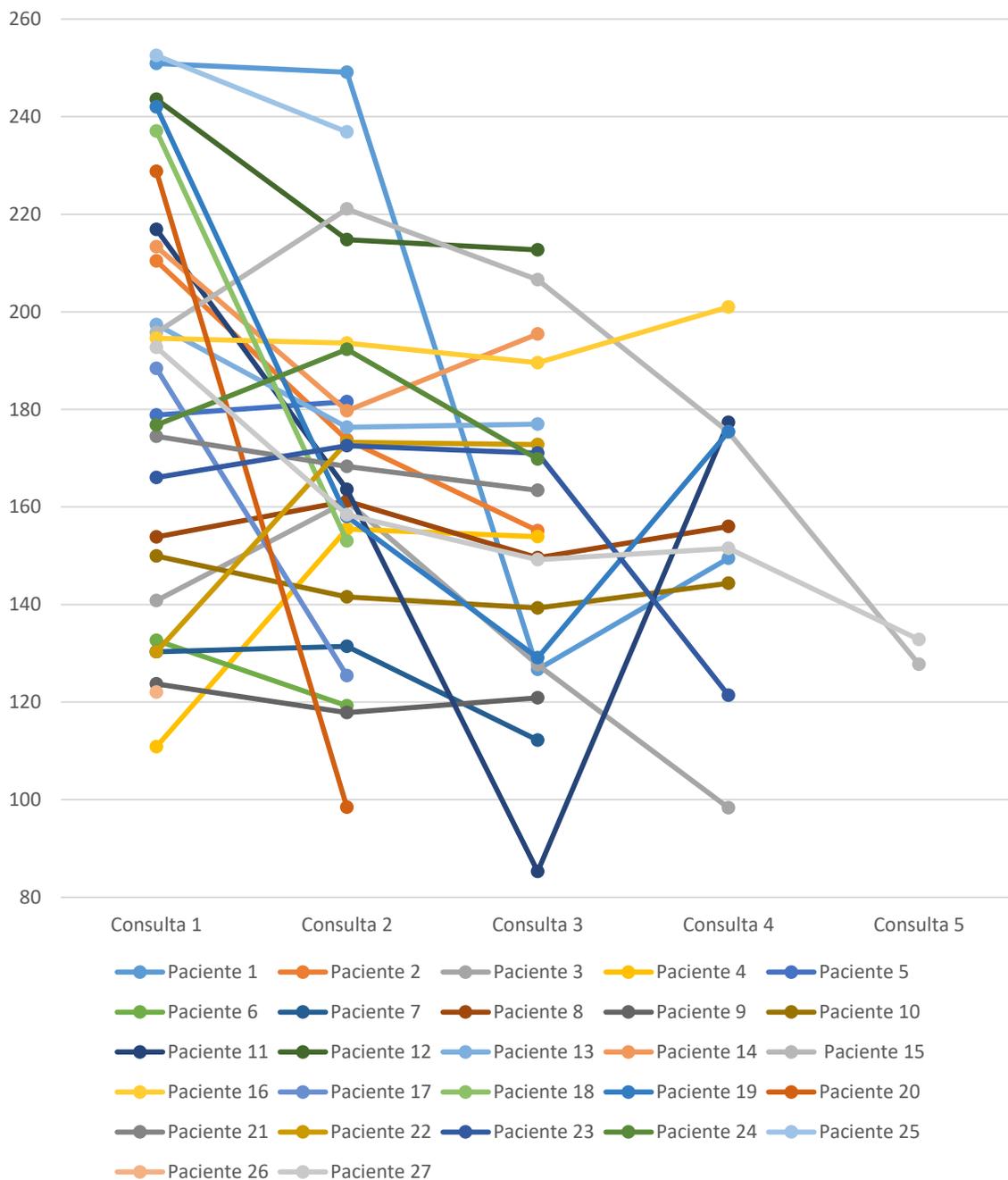


- Paciente 1
- Paciente 2
- Paciente 3
- Paciente 4
- Paciente 5
- Paciente 6
- Paciente 7
- Paciente 8
- Paciente 9
- Paciente 10
- Paciente 11
- Paciente 12
- Paciente 13
- Paciente 14
- Paciente 15
- Paciente 16
- Paciente 17
- Paciente 18
- Paciente 19
- Paciente 20
- Paciente 21
- Paciente 22
- Paciente 23
- Paciente 24
- Paciente 25
- Paciente 26
- Paciente 27
- Columna1
- Columna2

Gráfica 12. Control de pacientes con diabetes mellitus 2 según glucosa sérica (y glucosa capilar en ayuno) por consulta con reactivos disponibles para si determinación



Gráfica 13. Control de pacientes con dislipidemia según niveles de colesterol total por consulta con reactivos disponibles para si determinación



Gráfica 14. Control de pacientes con dislipidemia según niveles de triglicéridos por consulta con reactivos disponibles para su determinación

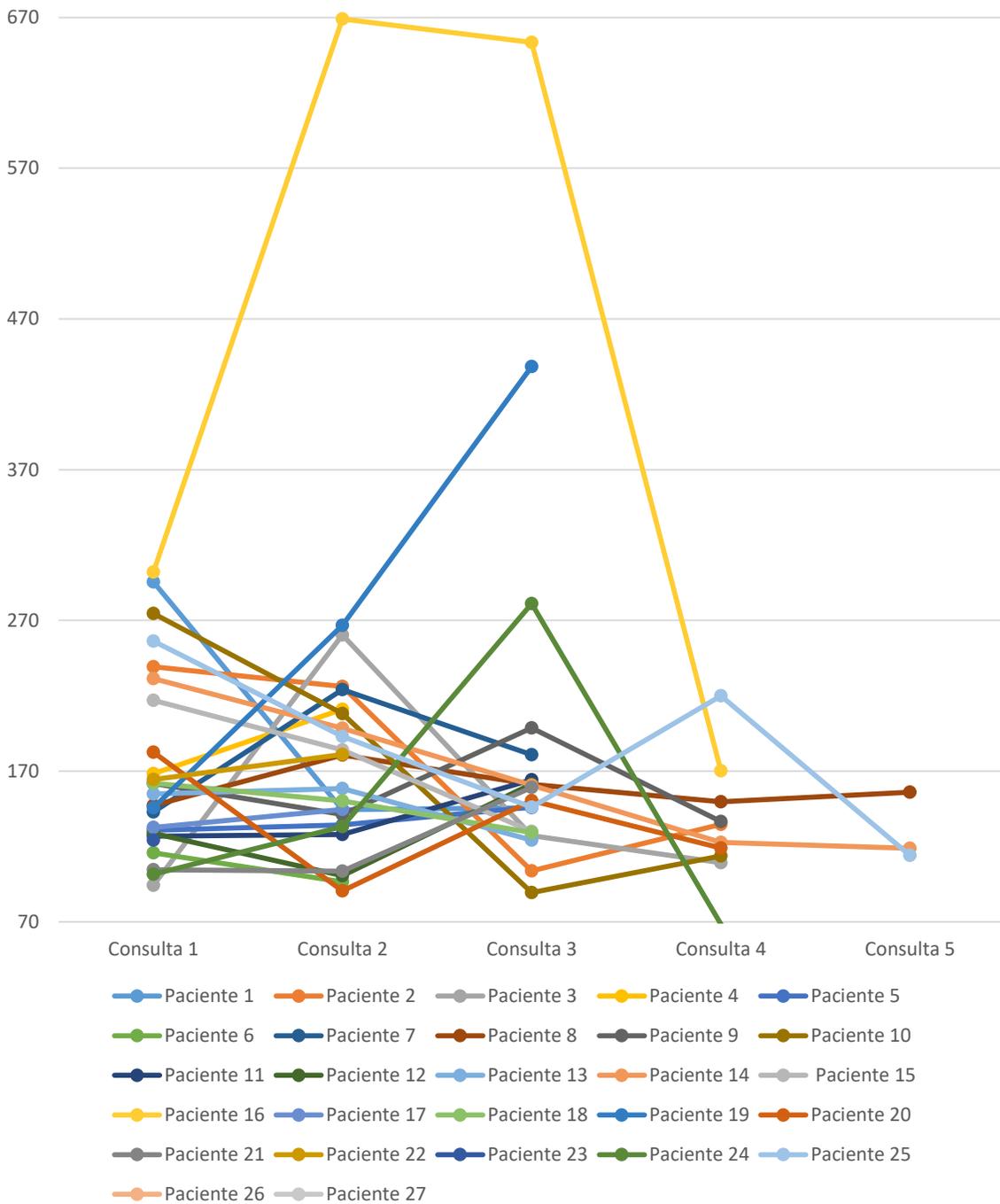


Tabla No. 14
Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No.	%	No	%
Control	25	83.33%	23	76.67	23	76.67
Fuera de control	5	16.67%	7	23.33	7	23.33
Total:	30	100%	30	100%	30	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Al momento de corte de este periodo de seguimiento en el proyecto, más de la mitad (entre 75-84%) tienen un buen control de glicemias capilares y sérica los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Tabla No. 15
Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glicosilada
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	18	60%
Fuera de control	12	30%
Total:	30	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

A pesar de tener más del 70% aparente control con glicemias séricas o capilares, muchos pacientes presentan aparente descontrol con sus últimas hemoglobinas glicosiladas, solo el 60% muestran cifras en metas de control, sin embargo estos datos pueden tener otro trasfondo, ya que en el centro de salud T III Pedregal de las Águilas no hubo reactivos para determinación de HbA1c en el último trimestre, por lo que no se podría reflejar este último si corresponde con las cifras glicémicas capilares y séricas.

Tabla No. 16
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	27	96.43%
Fuera de control	1	3.57%
Total:	28	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

En cuanto a cifras tensionales se refiere, con excepción de una persona, han logrado mantener en último mes cifras en adecuado control, con un gran éxito por haber presentado en algunos pacientes intermitencias con sus cifras tensionales.

Tabla No. 17
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	25	89.29%
Fuera de control	3	10.71%
Total:	28	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Las cifras de colesterol total en muchos pacientes con hipercolesterolemia han mejorado significativamente, con solo tres personas en quienes se han tenido dificultades para su control.

Tabla No. 18
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos sérico
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	23	82.14%
Fuera de control	5	17.86%
Total:	28	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

La hipertrigliceridemia tiene un comportamiento similar que la hipercolesterolemia, pero con mayores dificultades para los pacientes por la susceptibilidad a los cambios repentinos en corto tiempo y por patrón en su mayoría, dependiente de consumo de harinas; sin embargo más del 80% de los pacientes han tenido cifras de triglicéridos en adecuado control.

Acción comunitaria

El modelo expandido de cuidados crónicos. La incorporación de la promoción de la salud.

El modelo de atención expandido de cuidados crónicos incorpora una vertiente de suma importancia pero mal empleada en los últimos años a raíz de su creación; la promoción de la salud. Muchos modelos tienen algunas deficiencias en cuanto a la no incorporación de los entornos de las personas con enfermedades crónicas, cuando estas son muy importantes. Para que la promoción de la salud se lleve a cabo existe una necesidad de unos prerrequisitos, que son paz, vivienda, educación, alimento, ingresos económicos, ecosistema estable, recursos sostenibles y justicia social y equidad, y aunque parece complicado que por inercia existan todos ellos, este modelo de atención busca incorporarlo y procurar por ellos. La creación de entornos saludables también tiene una importancia para que las personas con enfermedades crónicas puedan realizar actividades en pro de su salud, y como personal de salud se debe velar por que ellos puedan tener disponibilidad de los mismos y acceso asegurado.

La promoción de la salud es, en esencia, pilar fundamental para que los pacientes desarrollen sus capacidades de autocuidado y autogestión, además de no solo procurar por su estado biopsicosocial, si no generar en ellos extensiones de la misma promoción de la salud y pueda mejorar no solo el individuo, si no la comunidad.

Encuentros de salud.

La herramienta por excelencia donde los principios básicos de la promoción de la salud son llevados a cabo, al menos en el modelo de atención expandido, son los encuentros de pacientes, ya que se generan entornos saludables para que los pacientes logren, en cada uno de ellos, un desarrollo de capacidades individuales y colectivas en pro de su salud. En este lapso de agosto 22 – julio 23 se desarrollaron

dos encuentros de pacientes con enfermedades crónicas en diversas delegaciones donde existe centro de salud con la incorporación del proyecto.

El primero de ellos se llevó a cabo entre el lunes 14 de noviembre 2022 al martes 22 de noviembre 2022; en la jurisdicción de Tlalpan, por la afluencia y extensión territorial de la delegación, se lleva a cabo en tres sedes distintas, donde en ambos encuentros, el C.S.T. III Pedregal de las Águilas llegó a ser sede de los mismos. El segundo se realizó en el periodo de martes 20 de junio 2023 al lunes 26 de junio 2023, que como se mencionó anteriormente, también tuvo sede en el centro de salud.

El primer encuentro donde tuve participación fue realizado el miércoles 16 de noviembre el “4º Encuentro de Pacientes: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas” donde el “Recetario Saludable” fue el tópico principal a desarrollar; la intención era que, las personas con enfermedades crónicas, quienes en encuentros previos habían generado propuestas de recetas saludables, analizaran las mismas ya con la información nutrimental elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública, además de dialogar en la definición de alimentación saludable y las dificultades que se puede tener para llevarlo a cabo, así como la estimación en costo, grado de dificultad y tiempo de preparación de cada receta y mencionar dichos y refranes para motivar la alimentación saludable, todo esto con la intención de agregarlo al recetario como capítulos del mismo. La preparación del mismo consistió en aproximadamente siete sesiones del diplomado para generar la introducción hacia los encuentros, así como detallar las funciones de los pasantes como coordinadores o relatores en cada taller a realizar; el 4º encuentro tenía 5 talleres fundamentales: 1) Alimentación saludable, 2) Adquisición, conservación, preparación e higiene de los alimentos, 2) Tabla de valor nutrimental de cada receta y “sellos afortunados”, 4) Estimación de costo aproximado, grado de dificultad y tiempo de preparación de cada receta y 5) Dichos y refranes para motivar a una alimentación saludable. La respuesta del centro de salud fue impresionante, con un aforo de 43 personas con enfermedades crónicas exclusivamente del mismo centro, con dinámica y armonía entre todos ellos, se pudieron realizar en su totalidad los 5 talleres, generando un intercambio de información y generando las herramientas necesarias para llevar una alimentación saludable y escribir los capítulos del recetario. La participación que se tuvo en éste fue como relator del grupo encargado de revisar el taller número 2. Se anexa la relatoría del mismo grupo de dialogo más adelante.

El segundo encuentro donde tuvo participación fue el “5º encuentro de personas con enfermedades crónicas: Encontrarnos para cuidarnos” donde se enfatiza el cuidado no solo personal, sino en comunidad (pareja, amigos, familia, comunidad), con una particularidad del desarrollo de herramientas para que la promoción de la salud se efectuó como está diseñado. Con cuatro directrices para alcanzarlo, como cuidar a otras personas; recibir cuidados de otras personas; cuidado de sí misma, autocuidado; cuidado del entorno. El día que se realizó en el C.S.T. III Pedregal de las Águilas este 5º encuentro fue el viernes 23 de junio 2023, para el cual se tuvieron tres sesiones del diplomado para su preparación con la organización del mismo. Los talleres tenían una composición de 3 pasos, con capacidades iniciales de la promoción de la salud: 1) identificar y realizar sus aspiraciones, 2) satisfacer sus necesidades y 3) afrontar o modificar su entorno. La intención de cada paso era, primero, que en lo personal, en su familia, en su comunidad y en los servicios de salud identificaran sus aspiraciones, posteriormente con la realización de las aspiraciones identificando los problemas y la toma de recursos para llevarlo a cabo, y por último con la autoeficacia, mejorar su entorno. En este encuentro también tuvo buena respuesta con una asistencia de 37 asistentes del mismo centro de salud, donde se desarrollaron un total de 3 círculos de discusión. Para el mismo se participó como coordinador de uno de los grupos de discusión (se anexa relatoría del mismo a continuación).

4º ENCUENTRO DE PACIENTES

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan (Pedregal de las Águilas)	Coordinador(a): Carlos Carrillo Barrera	Página: _1_ de _12_
	Relator(a) Edwin Salvador Blanquet Bonilla	
	Taller: 2 (Adquisición, conservación, preparación e higiene de los alimentos)	Fecha: 16/Noviembre/2022

1. Personas participantes: 10 participantes

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Margarita	F	55	C.S.T III Pedregal de las Águilas
Esther Salinas	F	72	C.S.T III Pedregal de las Águilas
Gumecinda Molina	F	71	C.S.T III Pedregal de las Águilas
Veronica Hernandez García	F	46	C.S.T III Pedregal de las Águilas
María Jardón García	F	77	C.S.T III Pedregal de las Águilas
María Aguirre Mendez	F	72	C.S.T III Pedregal de las Águilas
Luisa Alicia Flores Valiente	F	70	C.S.T III Pedregal de las Águilas
María Neri Novero	F	68	C.S.T III Pedregal de las Águilas
María Elena Hernandez Gonzalez	F	76	C.S.T III Pedregal de las Águilas
Virginio Morales Arzate	M	60	C.S.T III Pedregal de las Águilas

1. Datos del taller

Objetivo del taller Identificar y acordar, las ideas que consideren más importantes para comunicar a otras personas respecto a recomendaciones valiosas para la conservación, preparación e higiene de alimentos	
Hora de inicio: 11:00 am	Hora de finalización: 12:20 pm

2. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
11:00 am	Bienvenida: Coordinador presenta el nombre del taller y da agradecimiento por asistir al 4º encuentro de pacientes.
11:10 am	Presentación: Coordinador da las indicaciones sobre como nos iremos presentando, diciendo nombre, edad y porque decidieron asistir a este 4º encuentro de pacientes
11:30 am	

11:32 am	Encuadre: Coordinador indica objetivo del taller, así como reglas de la dinámica del taller y les invita a todos a participar de manera ordenada
12:18 pm	<p>Taller: Se comienza con la ronda de preguntas designadas al taller, donde se comienza con participación activa de la mayoría de los integrantes del taller, con muchas experiencias y anécdotas sobre el tema de adquisición, conservación, preparación e higiene de alimentos</p> <p>Cierre: Se resume las ideas claves así como se retoma el agradecimiento a todos los participantes por poder asistir al encuentro, así como mantener su entusiasmo en las consultas y en próximos encuentros.</p>

1. Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda de la sesión

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada una de las preguntas del taller (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")

Se inicia con la presentación de la dinámica, así como se comienza mencionando el nombre y edad de los participantes, así como explicar porque decidieron asistir al encuentro de pacientes, donde muchos participantes comienzan a explicar brevemente como han vivido con las enfermedades crónicas y su evolución de las mismas.

El coordinador Carlos inicia el encuadre mencionando las reglas del taller, mencionando que lo que se hable en este taller, aquí se quedará. También menciona llevar orden y respeto por la palabra, la cual se irá cediendo cuando levanten la mano. No se juzgará ninguna opinión; nadie está mal ni nadie esta bien, solo son opiniones y puntos de vista; somos imparciales y se respetarán todas las decisiones y opiniones que se den aquí. Posterior a exponer las reglas se repite el nombre del taller y comienza la ronda de preguntas:

Carlos Carrillo – Comenzamos con la primera pregunta, ¿Cuáles son las recomendaciones que queremos hacer a otras personas para la adquisición y conservación de los alimentos? Opiniones, levantamos la mano

Esther – Buscar un mejor precio pero también tomando en cuenta la cercanía de donde adquirimos los alimentos, y de buena calidad. En cuanto a la conservación, por ejemplo las verduras en el cajón designado del refrigerador , porque si no en otro lugar el refrigerador “quema” los alimentos o te congela demás y hay verduras que ya no sirven congeladas.

María Elena – A mi me gusta mucho la cocina; en las noches pienso que haré de comer al día siguiente, pero bajo al refrigerador y observó que alimentos tengo para poder realizar algunos platillos, y sería bueno basarse en los alimentos que disponemos, para aprovecharlos.

María Aguirre – Mi verdura la conservó en el refrigerador pero abajo, para evitar congelarse; cuando unas verduras como el jitomate ya están haciéndose “aguadito” mejor lo muelo para poder ocuparlo de otra manera (salsa o ingredientes de alimentos).

María Jardón – Procuró comprar alimentos frescos. Si tengo refrigerador pero no es de mi agrado guardar todo ahí, ya que mejor compró el domingo y lo ocupo hasta el martes, y así ir comprando frescos, así me obligo a ocupar todos los alimentos que voy comprando para evitar que se me descompongan. La verdura, la carne la voy comprando al día.

Gumecinda Molina – Almacenaba mucha verdura en mi refrigerador pero actualmente los refrigeradores de ahora “queman” algunas verduras, por más que se regularice la temperatura. Por esa razón compro poco, para consumirlo al día, y el jitomate no lo guardo en el refri porque “sudando”, así que mejor los coloco en un cesto envuelto el jitomate y me dura hasta 15 días, al igual que el tomate, elote y zanahoria. Voy secando la verdura cada 3er día. También hay que evitar echarse a perder la verdura e irse a la basura porque sale hasta más caro, así que mejor voy programando la comida que haremos. Trato de variar los alimentos para no repetirse con otros alimentos. Las hierbas (cilantro, epazote, yerbabuena) si tienen una semana las puntas se empiezan a “tostar” así que yo corto las puntas de esas hierbas, y lo que esta fresco rápido la hago en sopas o caldos. Hay que variar los alimentos.

Carlos: Algo que es importante rescatar es la planificación de comidas como lo dijo la señora Gumecinda, para ver que vamos comprando y cocinar para la semana

Gumecinda Molina – Así es, yo tengo una lista por día de que alimento voy a necesitar y que platillo haré según el día para planificar mis compras en base a eso

María Elena – Yo recomiendo que cuando se adquieran frutas y verduras, es mejor optar por comprar los alimentos de temporada, y aventurarnos a ver formas de preparar esos alimentos de temporada que no conocemos, porque sale más barato y más fresco, así como son más accesibles.

Veronica – Se podría adquirir lo que vayamos a necesitar, exceptuando las sopa, el arroz, y otros productos del centro comercial, pero sobre todo verduras, frutas y carne es mejor comprarlo en tianguis, mercados o verdulerías que están en la colonia, por que ellos traen las frutas y verduras más frescas, comparado con el centro comercial, donde las congelan y están en refrigerador, además de que son más costosos. Hay que observar también que tan maduras están las frutas y verduras para conservar más en caso de que estén “verdes”, si llegaran a estar maduras, como por ejemplo el plátano, se podría hacer un licuado, y por el mismo azúcar que tiene ya no es necesario colocar más, o dependiendo de la fruta; sería bueno clasificar las frutas y verduras entre maduras y verdes y en base a eso realizar la lista de platillos por día que comento la señora Gumecinda. Cada uno tiene sus estrategias para conservar sus alimentos.

Carlos – Verónica nos habló cosas importantes, primero que de preferencia adquirir los alimentos en los mercados y tianguis, porque son más baratos y frescos. ¿Alguna otra recomendación? En cuanto a la conservación, ¿Cómo conservan sus alimentos a parte del refrigerador?

María Elena – El plátano por ejemplo, me dura hasta 15 días aunque se ponga “negrito”, yo cuelgo en un lazo afuera del refrigerador, así como otras verduras como el jitomate y papas. Hay canastas donde se conservan estos alimentos donde se pueden secar pero no se echan a perder tan fácil.

Gumecinda – Así es, como el jitomate, tomate, papa, manzana y plátanos me duran fuera del refrigerador

Carlos – Y hablando de la congelación de alimentos ¿Ustedes congelan ciertos alimentos?

María Elena – Yo luego los frijoles sí, de un kilo lo voy separando en contenedores y lo voy sacando cuando los vaya a ocupar pero casi no guardo alimentos en el congelador. Ni las carnes, prefiero ir comprando lo que me vaya a comer al día.

Gumecinda – Yo tampoco no lo guardo en el congelador. Solo para hielos.

María Neri – No la verdura no se congela porque se quema y pierde mucho el sabor.

Esther – Evito guardar en congelador, solo cuando sobra algún alimento y no esta mi hijo o familiares, ahí si la congelo para evitar que se desperdicie. Sobre todo la calabaza, aunque lo ponga a hervir pierde el sabor.

María Neri – Hasta la carne pierde el sabor.

María Elena – Por eso la importancia de comprar solo lo que vaya a ocupar.

Carlos – Una buena recomendación es justo lo que dice la señora María Elena, comprar solo lo necesario y lo que ocuparemos. ¿Alguna otra recomendación para adquisición y conservación de alimentos?

Esther – En cuanto a la conservación, por ejemplo la acelga la conservé dentro de una bolsa envuelta en periódico, sobre todo las puntas que se van quemando. En cuanto a la manzana oí que tiene un polvo, según un agricultor de Zacatlan, el cual ayuda a refrigerar y congelar, donde en México dura hasta 3 años y en Estados Unidos hasta 5 años. Inclusive me ha tocado manzanas que saben mucho a humedad y no duran mucho.

Carlos – Yo he visto que en los supermercados los limpian y le sacan como brillo para hacerlos más atractivos a la vista, por eso hay que ver la frescura de los alimentos y no solo por como se ven a simple vista

Gumecinda – Yo he ido a la Merced, y veía como el pepino y manzanas brillosas, y noté que tenía algo de aceite pero no le tome importancia. Al lavarlo lo vuelvo a observar y se nota con aceite y grasa, por eso es importante lavarlos bien. Entonces cuando los corte estaban muy amargos los pepinos y la manzana salía como azúcar en forma de masa, nada frescos comparado con como se veían.

María Neri – Esos alimentos los limpian con un trapo con aceite, como el limón, jitomate y pepino. Esto lo digo porque trabajo para los tianguis, no le ponen nada más que el trapo con aceite.

Carlos – Cerramos la primer pregunta y pasamos a la segunda. Esta es: ¿Cuáles son las recomendaciones que consideramos más importantes para la preparación de los alimentos?

Margarita – Por ejemplo en algunos platillos como la tinga, para evitar el pollo y el res le ponía zanahoria, solo que estaba dulce, así que lo cambie por jícama, donde nadie se da cuenta que no es carne por el sabor de los jitomates, así como el color. Así como otros alimentos como carne para hamburguesas donde no se utiliza carne si no verduras. Esto para ocupar todos los productos que tengo en casa.

María Neri – Para la preparación de alimentos debe haber mucha limpieza, los productos que vamos a ocupar hay que lavarlos para evitar infecciones.

Veronica – Coincido con la señora María, hay que lavar muy bien todos los alimentos pero también saber distinguir, porque por ejemplo en redes sociales hay información como que el pollo no se lava, entonces hay que saber bien que alimentos se lavan o no. Yo por ejemplo casi no cocino, y lo que cocino es como me enseñaron, pero para personas que no estamos acostumbrados podríamos confundirnos que alimentos se lavan o no. Esa es una duda que me surge.

Carlos – Esa duda es importante, la recomendación podría ser que debería de haber información sobre que alimentos se deben lavar o no.

María Elena – Yo vive en un convento, donde iba una cocinera de alta, ella me enseñó muchas cosas, por eso me gusta la cocina, entre las cosas que me enseñó me dijo que el pollo no se lava, cosa que no obedecí, yo siempre lo lavo, porque veía como se mataban y se alcanzan a ver hasta como flemas en el pollo.

Esther – Yo también oí eso de que el pollo no se lava, me quedé pensando en eso pero me causa impacto imaginar que no se lava, porque por ejemplo un bistec no se lava, pero ¿el pollo no se lava? ¿A que se debe?

Carlos – Sería bueno que en el recetario se incluya que cosas se pueden lavar y porque así como no se pueden lavar.

Esther – Justamente pero con base y referencias de porque no se lavan.

María Aguirre – Yo sé que cuando el pollo no se lava, el caldo sale negro, por eso siempre lo lavo.

Carlos – Si nadie más tiene aportaciones, vamos cerrando esta pregunta de recomendaciones para la preparación, algo que todos concordamos que alimentos se lavan y cuales no, en cuanto a las verduras todos concordamos que todas se tienen que lavar, inclusive algunos desinfectar, ¿es correcto?

María Elena – Así es, por ejemplo la lechuga, la col que cuando crecen se abren como una flor y en el “hueco” van guardando algunas bacterias por eso es importante lavarlos muy bien.

María Jardón – También el pescado siempre lo lavo muy bien

Veronica – También es importante primero hervir la carne y después freírla o cocinarla.

María Neri – Sobre todo la de puerco ya que de ahí vienen muchas enfermedades como la cisticercosis.

Carlos – Entonces la recomendación es realizar una correcta cocción, inclusive estaría bueno saber el grado de temperatura para una correcta cocción de cada alimento (como las carnes). Vamos a cerrar esta pregunta y pasaremos a la siguiente: ¿Se desperdicia muchos alimentos en sus casas?

Todos – No

María Elena – Yo cuando me sobra prefiero hasta regalarla porque no me gusta desperdiciar

Gumecinda - Hasta que se termine todo los alimentos que preparamos, y lo de ayer lo guardo para el tercer día, y orillo a mi hija a comer otra vez lo mismo pero prefiero aprovecharlo porque es mucho dinero el cual no pienso desperdiciar.

Esther – Soy enemiga de desperdiciar, procuró no echar a perder nada. No soy de hacerme comida todo los días por el tiempo, pero procuró hacer

comida para 2 a 3 días. Trato de optimizar y ser practica, por ejemplo si compro pollo me hago primero un caldo de pollo, en la siguiente comida tacos de pollo, así que prefiero que gire mis platillos con el mismo ingrediente base para evitar desperdicio.

Veronica – Mi hermana es la que cocina, y cuando llegan a sobrar mucho de diferentes platillos que se hicieron en la semana, por ejemplo ya el viernes o fin de semana ella dice que ese día es buffet, así que comemos todo lo que sobró esa semana para evitar desperdicio. Trata de también hacer lo justo y necesario para evitar sobrantes.

María Neri – En la mía no porque solo soy yo. Compro muy limitado y para el día. Quería preguntarle a la maestra Paulina sobre si la masa tiene grasa, porque cuando hago tortillas calientes y como huevo, lo prefiero sin grasa sin aceite, entonces abro las tortillas como especie de gordita, y pongo adentro el huevo y que ahí se ponga a cocer.

Luisa – Yo tampoco desperdicio mucho, yo estoy solita, no desperdicié porque hago poquita comida al día.

María Elena – Yo mejor la regalo para evitar desperdicio

Esther – Todo esto lo vamos adquiriendo de fuentes, de instructores de salud, todo lo vamos aprendiendo y es normal que aprenda a no desperdiciar la comida, aparte la conciencia y la economía.

Margarita – No porque igual que Veronica, los viernes, de lo que quedó hay buffet.

Carlos – Entonces pasamos a la siguiente pregunta, ¿Qué recomendaciones queremos hacer a otras personas para evitar el desperdicio en casa?

Margarita – Como dijeron, hay frutas y verduras que son de temporada y son baratas. Luego en los mercados venden fruta ya muy madura a un menor precio, entonces yo hago muchas mermeladas, otras frutas las congeló o las pongo en alto vacío (olla express) así para evitar desperdicio, eso podríamos hacerlo en nuestra fruta que también ya se esta madurando.

Gumecinda – Yo también veo fruta económica y esas las compro porque son más baratas, como guayaba y mango, y con ellas hago agua frescas y la guardo en refrigerador, sin azúcar porque ya están dulces. También se

pueden hacer té de estas frutas como de guayaba (como especie de ponche) y queda muy rico, a mi hija le gusta mucho. También a este té le puedo poner naranjas que hayan quedado por ahí para darle más sabor.

Esther – Yo también hago agua con fruta barata (la cual ya está madura), esa sería una recomendación para evitar desperdicio.

Carlos – Hacer buffets de lo que sobró fue una recomendación de lo que quedó a lo largo de la semana, ¿Qué otra recomendación harían?

María Elena – Justo, hay algo que nosotros le llamamos “Sopa de Sobrinos” o “Crema de sobrina”, es una sopa o crema de todas las verduras que sobraron.

Gumecinda – También se podrían hacer ensaladas con frutas y verduras que tengamos y se puedan a echar perder.

Verónica – Si las frutas se podrían ocupar para realizar agua fresca o ensaladas con frutas.

Carlos – Vamos cerrando con este taller, les quisiera preguntar ¿Qué aprendimos el día de hoy?

Esther – El buffet, la crema de sobrina, lavar bien los alimentos.

Carlos – Muchísimas gracias por participar en este taller, haremos el cierre general y gracias por su asistencia el día de hoy.

2. Propuestas del grupo

Anote las propuestas de las ideas acordadas por el grupo para incluir en el capítulo correspondiente a su taller

Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas

Adquisición de alimentos:

- Optar por comprar en mercados y tianguis las frutas y verduras más frescas que se puedan encontrar. De preferencia comprar frutas y verduras de temporada, ya que estas son más fáciles de encontrar, son más frescas y sobre todo son más económicas.
- De preferencia adquirir los alimentos al día, evitando comprar de más y así procurar mayor frescura de los mismos.

Conservación de alimentos:

- Las frutas y verduras que van en el refrigerador, conservarlas en la zona específica del mismo. También evitar conservar toda fruta y verdura en el mismo, se pueden tener fuera del refrigerador en una canasta especial y algunos envueltos en papel o periódico, así como secarlos cada 3er día y estar vigilando constantemente su estado. Para algunas hierbas se pueden secar muy bien y guardarlos en papel, e ir cortando los extremos que se vayan secando.
- Evitar el uso del congelador para evitar comprar de más, siempre procurar comprar al día en medida de lo posible (inclusive carnes).

Preparación de alimentos

- Se recomienda que en el recetario se encuentre que alimentos se deben lavar y cuales no, y explicar el porque con bases científicas, ya que hay algunos (como el pollo) el cual parece ser que no se recomienda lavarlo.
- Se recomienda siempre lavar de manera correcta los alimentos para evitar infecciones
- Incluir a que temperatura se debe hervir cierto tipo de carnes para evitar infecciones.

Evitar desperdicio

- Se recomienda solo comprar lo necesario, con listas de alimentos que se harán en la semana.
- Si es que sobró algún alimento, implementar que en fin de semana se ofrezca un poco de todo lo que sobró (comida buffet) para no repetir diario los alimentos pero evitando así su desperdicio.
- Realizar las porciones lo más justas según las personas que consumirán los alimentos
- Fruta que este muy madura realizar mermeladas o agua fresca o té.
- Verduras que estén maduras, realizar ensaladas con todo lo sobrante. También se podrían hacer “Sopa de Sobrina” de todo lo que haya sobrado.
- Regalar comida a personas que lo necesiten en caso de no poder terminarlo.

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan	Coordinador(a): Edwin Salvador Blanquet Bonilla	Página: 1 de 28
	Relatora: Bolaños Marín Sara Guadalupe.	
	Grupo: 1	Fecha: 23.06.2023

3. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Arturo Rivera Carrillo	M	68	Centro de salud T-III Pedregal de las Águilas.
Roberto García Rodríguez	M	70	
Margarita García	F	30	
Flora Mendoza Madrigal	F	74	
Norberta Martínez García	F	76	
Micaelina Marcelina	F	73	
Félix Antonio Díaz Aragón	M	59	
Pedro Manuel Guerra Serrano	M	68	
Andrea Carmona Reyes	F	67	
Rosa María Villaverde	F	77	
Rosa María Martínez Ruiz	F	68	
Esther ...	F	72	

1. Datos del Taller

Objetivo del taller: Autocuidado	
Hora de inicio: 10:40 am	Hora de finalización: 12:30 pm

2. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Bienvenida: 09:00 am
	Presentación: 09:20
	Encuadre: 10:20 am- 10:40 am

	<p>Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones</p> <p>Paso 2. Satisfacer necesidades</p> <p>Paso 3. Fortalecer el autocuidado</p> <p>Cierre: 12:30 pm</p>
--	---

4. Descripción detallada del taller: (1 de 3)

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller
Utilice tantas hojas como sea necesario
Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, “Paso 1”)

Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones

Somos personas que vivimos con enfermedades crónicas, ¿cuáles son nuestras principales aspiraciones respecto a esta situación, vivir con enfermedades crónicas?

Nuestras aspiraciones respecto a:

Lo personal X

Nuestra familia ___

Nuestra comunidad ___

Los servicios de salud ___

Edwin (Coordinador): Buenos días, me presento el día de hoy con ustedes, mi nombre es Edwin Salvador Blanquet Bonilla, soy medico pasante, entre con ustedes en julio del 2023 y pues acaba mi periodo...no, entre en agosto y acaba en julio, ah ya me quería ir ahorita ¿verdad?, no, acaba hasta julio. Entonces pues un gusto estar con ustedes, también le voy a dar la palabra a mi compañera para que se presente, ella nos va a ayudar mucho con la tarea de relator, ahorita les explicamos en que consiste.

Sara (Relator): Hola muy buenos días mi nombre es Sara Bolaños, soy medico pasante de proyecto urbano, yo estoy en un consultorio acá en volcanes, el día de hoy yo voy a cumplir la función como relatora, a que me refiero con esto, vamos a tomar nota de las principales ideas que estemos compartiendo aquí, un favor,

estoy grabando con audio nada más lo que estamos platicando aquí para que después podamos hacer una transcripción más leal de lo que estamos platicando entonces conforme vayamos pasando o tomando la palabra les pido que me ayuden a acercarse un poco al celular para que podamos escucharnos claramente, un gusto estar con ustedes el día de hoy.

Edwin: Bueno, entonces por esa razón nuestra compañera Sara va a estar anotando no crean que está distraéndose, poniendo apuntitos o algo, no, está anotando todo lo que nosotros digamos para que lo que digamos aquí tratemos de mantener toda la integridad de lo que se platicó y después pasarlo a la información correspondiente para que puedan analizar pues la información que estamos diciendo, ¿vale? Por favor todos también con su gafete adelante y visible.

Bien, como cualquier grupo como cualquier sociedad como cualquier entorno necesitamos trabajar con reglas vale vamos a tener 6 reglas esenciales para que podamos desarrollar nuestro encuentro.

Justamente esa es la **primera regla para poder hablar, para poder tomar la palabra todos necesitamos alzar nuestra manita ¿vale?** **primera regla** nadie puede hablar si no pedimos la palabra por qué porque luego pasa que alguien está hablando y alguien quiere hablar en la mitad de la plática y es pues una falta de respeto ¿no? cortarle la información o la plática que nos estén dando, entonces, primera regla levantamos la manita si queremos participar, ojalá participemos lo más que podamos.

Okey, **la otra es no se puede hablar no se puede hablar al mismo tiempo** por lo mismo ¿no?, si alguien está hablando por más que me que ganas de hablar y decir “no es que quiero decir algo” mantenga su mano firme ¿vale? pero la mano, no hay que hablar hasta que demos la palabra, ¿Entendido la **segunda regla?**, bien.

Me voy a pasar a la **tercera, no podemos juzgar ¿vale?**, no se vale decir que algo está mal, si alguien está diciendo un comentario no se vale decir “no es cierto está mal señor Félix”, no, no, no, lo que el señor Félix, lo que el señor Roberto, lo que la Sra. Mago diga es su opinión es su postura y puede ser que no estemos de acuerdo, eso sí no necesariamente tenemos que estar de acuerdo pero se puede decir “yo no estoy tanto de acuerdo con eso” pero no se puede decir “está equivocado” porque es tu verdad y es su opinión, ¿vale? entonces no juzgar **tercera regla.**

La **cuarta**, *no podemos interpretar ¿Qué es esto?* que yo digo algo, no sé “pues a mí me duele un poquito mi estómago porque estoy triste” y que la señora Esther diga “Lo que significa que dijo él es que le duele la panza porque lo dejó su novia”, no, no, no se vale interpretar nada ¿vale?, lo que sí, sí es que tenemos duda de lo que dijo alguien es “Señor Roberto ¿usted quiso decir esto? ¿entendí bien esto? “para que sepamos la lo que está diciendo, no se vale decir “Ah sí don Roberto quiso decir compañeros que él se baña 3 veces al día” no, no, no, no hay que interpretar nada, Don Roberto (Da la palabra al señor Roberto).

Roberto: Si, como usted dijo que unos pueden mal interpretar, pero no saben lo que uno siente, somos diferentes.

Edwin: Claro, exactamente, qué bueno que dice Don Roberto esta situación.

La **quinta regla**, *importantísimo, no podemos dar consejos, ¿Por qué?*, porque todos somos diferentes y lo que a mí me funciona no le va a funcionar necesariamente a Don Manuel ni a la señora Esther, ¿vale? puede funcionar o puede que no, entonces no hay que dar consejos, “Yo lo aconsejo a Manuel que vaya al psicólogo” no, ósea ¿Quién soy yo para aconsejarlo? sí a mí me funcionó ir al psicólogo no tengo que mandar a Manuel al psicólogo ¿vale?, entonces no hay que aconsejar.

Y por último “*lo que aquí se dice aquí se queda*”, podemos dar vivencias, claro que sí, podemos abrirnos esto es un espacio seguro, ni su servidor ni Sara vamos a estar ventilando su información, aunque esté grabando no se preocupen, no vamos a subirlo a Facebook o algo por el estilo, no, esto solo es para transcribir, pero lo que aquí decimos aquí se queda.

Ustedes son libres de expresar lo que necesiten, sí necesitan desahogarse de su vecino que pone música a las 3:00 de la mañana, díganlo, yo ni lo conozco, no se preocupen ¿vale? y si lo conozco va a ser como que no.

Okey **6 reglas fundamentales**, repito rapidísimo, entonces: Levantar la mano, no hablar al mismo tiempo, no juzgar, no se vale decir “Estás mal”, no interpretar no se vale decir “Él quiere decir esto”, no dar consejos y por último lo que aquí se dice aquí se queda, ¿Entendidas las 6 reglas? (los participantes asienten), Perfecto.

De todas formas, ahorita la voy a para que escuchen los que no estuvieron aquí. (La Señora Norberta acudió al sanitario)

Entonces vamos a hacer una pequeña introducción rapidísima. Como comentó esta Maestra Paulina, que viene ahorita en representación del Proyecto de la UAM del enfoque de Atención Centrada en la Persona para las Personas con Enfermedades Crónicas vamos a hablar de tres cosas importantes en tres fases, vamos a tener esta plática en tres fases y quiero que esa plática ¿vale? no voy a exponer nada, yo solo voy a ser el moderador, yo no voy a dar mi opinión “Don Manuel está mal” no, porque atentó contra las reglas y porque no es mi intención, aquí lo importante es que dialoguemos.

También si ustedes no quieren decir nada, no sé preocupen nadie lo tiene que forzar “Señora Micaela tiene que hablar porque no está hablando”, no, no pasa nada si no quieren hablar, pero si quieren hablar perfecto yo feliz y esto va a ser más fluido.

En esta reunión vamos a tratar primero vamos a ver qué podemos hacer para llegar al autocuidado, el autocuidado es esta herramienta necesaria que tenemos que tener pacientes los con enfermedades crónicas para que no necesariamente dependamos de que nos esté cuidando el médico, la enfermera o algo por el estilo, nosotros todos, todos, todos, absolutamente todos tengan o no algún problema mayor o importante o severo somos capaces de cuidarnos a nosotros mismos.

Otra cosa más importante aún que no hablamos mucho, también tenemos la capacidad de cuidarnos como comunidad, a veces nada más me preocupó cómo estoy yo, pero no me preocupa cómo está mi entorno, mis vecinos, mi colonia, mi grupo de amigos, mi familia.

Por ejemplo, cuando vamos de excursiones a la escuela nos llevan y las maestras, los maestros están al pendiente del cuidado de todos los niños no solo de uno, esa es la intención en esencia de este módulo ¿vale? de este taller que vamos a hacer.

Platicar del autocuidado, ¿Qué metas tenemos como pacientes con enfermedades crónicas?, ¿Qué aspiraciones tenemos? y ¿Cómo las vamos a lograr, a cumplir? en esencia eso vamos a hablar ¿vale? (Se repiten las reglas para la Señora Norberta que acudió al sanitario)

Entonces vamos a comenzar con el taller como tal ¿vale? entonces vamos a empezar primero diciéndolo lo siguiente: Tenemos que primero identificar nuestras aspiraciones y realizaciones como pacientes con enfermedades crónicas ¿vale?, **somos personas que vivimos con enfermedades crónicas** todos, todos tenemos hipertensión, diabetes, problemas de colesterol o algún otro

y sino lo tenemos pues también como persona en general que puede desarrollar una enfermedad crónica, ¿vale?

Vamos a hablar de cuatro rubros y quiero que aquíelijamos uno de los cuatro rubros para que aterricemos ahí, ahorita les voy a explicar un poquito más lo que estoy diciendo, los cuatro rubros son: Aspiraciones personales ¿Qué aspiración tengo yo como **persona**? **opción uno, opción dos** aspiraciones con mi familia ¿Qué aspiraciones , qué metas tengo con mi **familia**? como paciente con enfermedad crónica, **opción tres** ¿Qué metas tengo con mi **comunidad**? como paciente con enfermedad crónica y **opción cuatro** ¿Qué metas tengo con los **servicios de salud**? con el centro de salud, con los servicios que nos brinda el centro de salud.

Entonces de estas cuatro opciones, repito: **Personal, familiar, sociedad o centro de salud** ¿De cual quisieran hablar? o ¿En cuál quisieran que aterricemos todos? obviamente yo sé que todos vamos a querer hablar tal vez de alguna cosa distinta, pero vamos a procurar llegar a un consenso, para eso estamos ¿vale? entonces ¿Qué opinan? ¿De qué quisieran hablar? Personal, familiar, sociedad o centro de salud, los escucho.

Norberta: Personal

Manuel: Social, aunque personal creo que es importante, porque creo que es bueno que otros sepan que lo que lo que a mí me pasa pueda yo venir y aprender de otras personas.

Edwin: Okey, entonces Norberta dice personal, Don Manuel sociedad, pero también podría ser personal, Don Roberto (**Roberto:** Centro de salud) en centro de salud, Arturo (**Arturo:** Personal) personal, okey van dos personales, va uno sociedad, va uno centro de salud, ¿Alguien más que guste opinar que quisiera hablar? (**Rosa Martínez:** Personal) Personal Rosy perfecto, ¿Quién más?, Esther (**Esther:** Personal) OK ¿Quién más? ¿Alguien más quiere participar en “votar”? digámoslo así, Andrea (**Andrea:** Personal) personal, Micaelina (**Micaelina:** Personal).

Creo que si están de acuerdo todos vamos a hablar en lo **personal** ¿Estamos de acuerdo? Bien, entonces vamos a hablar.

Piensen esta pregunta y responden a si ya tienen la respuesta cuáles serían nuestras aspiraciones... perdónenme, antes de pasar a la pregunta hay que presentarnos, perdónenme, como ya los conozco a casi todos digo “Ay ya conozco a todos” pero igual entre ustedes no se conocen.

Antes de comenzar la pregunta vamos a pasar diciendo nuestros nombres ¿vale? nombre completo, edad y por qué o cómo nos enteramos del encuentro y por qué estamos aquí de una manera muy breve ¿vale? empezamos con don Arturo.

Arturo: Me llamo Arturo Olivera Carrillo tengo 68 años soy diabético y me enteré por medio del doctor que me invitó a esa reunión.

Roberto: Soy Roberto García Rodríguez, me enteré por la enfermera que dijo “Le hablan” y dije “sí no me conocen” y dice, “sí pero le hablan allá atrás” y ahí vengo (Edwin: ¿Cuántos años tiene?) 70.

Margarita: Margarita García y pues me enteré por el Doctor Edwin que nos invitó (Edwin: ¿Cuántos años tenemos?) 30 y más.

Flora: Me llamo Flora Mendoza Madrigal y estoy muy a gusto con el Doctor Edwin (Edwin: ¿Y cuantos años tenemos?) 74.

Norberta: Norberta Martínez García, tengo 76 años (Edwin: Perfecto ¿nada más?, bien, no se preocupe).

Micaelina: Soy Micaelina Marcelina (Edwin: ¿Cuántos años tenemos? ¿Por qué estamos aquí?) tengo 73 años y el doctor me invitó y vine, es muy buen doctor.

Félix: Félix Antonio Díaz Aragón, 59 años, soy invitado ya desde mucho tiempo atrás.

Manuel: Bueno mi nombre completo es Pedro Manuel Guerra Serrano, tengo 68 años de edad, me invitó a este grupo la Doctora Yolanda y bueno a mí me gustaría de alguna forma poder hacer una labor para que más gente se enterara de lo que es un padecimiento crónico.

Andrea: Mi nombre es Andrea Carmona Reyes, mi edad es de 67 años, me invitó mi hermana.

Rosa Villaverde: Soy Rosa María Villaverde, tengo 77 años y he estado aquí desde que empezó el programa.

Rosa Martínez: Mi nombre es rosa María Martínez Ruiz, tengo 68 años y me invitaron mis vecinos y aquí estoy.

Esther: Mi nombre es Esther, tengo 72 años y pues sí me invitó el Doctor hace como 7 años, el Doctor Martínez, gracias.

Bien perdón, ahora sí ya que nos presentamos todos, todos somos del Centro de Salud de aquí de Pedregal de las Águilas, entonces vamos ahora sí a retomar la pregunta, decidimos platicar en lo **personal** ¿Qué aspiraciones tienen ustedes como pacientes, como personas con enfermedades crónicas? ¿Qué aspiraciones tienen? ¿cuáles son sus metas?, Don Manuel y después Señora Rosy.

Manuel: Mi principal meta es controlar por completo mi enfermedad, de hecho está controlada mis dos padecimientos, tanto la hipertensión como la diabetes pero también tengo en cuanto a salud otro problema pendiente, pero eso de qué de qué depende mucho de cómo vaya evolucionando mi caso, que es una cirugía de hernia pero eso no se ve aquí sino en el Hospital Ajusco Medio, pero también a través una meta que tengo también a través de la actividad que mejor conozco que es el teatro, poder hacer difusión de los problemas de salud, enfocado al bien común.

Edwin: Gracias Don Manuel, perfecto, muy interesante lo que nos dice don Manuel señora Rosy

Rosa Martínez: Bueno pues yo aspiro a encontrar ya mi edad los datitos por ahí que me estén este poniendo intermitentes para enterarme que como debo de seguirme cuidando para posteriormente no caer en una cama y bueno complicar las cosas tanto para mí como para alrededor de la familia. Entonces por eso estoy atenta a eso y espero lograr mi meta de hacer mucho ejercicio, comer lo que debo y eso es todo, gracias.

Edwin: Don Manuel dígame si entendí bien lo que usted nos quiso lo que usted dijo fue que quieren llegar a primero a seguir controlado por lo que ya estamos con controles al menos en nuestras enfermedades crónicas y otra cosa muy interesante que dijo utilizar uno de sus hobbies que son las artes en general, teatro, para tener mayor información para esparcir la información de los cuidados y de inclusive la experiencia de un paciente con enfermedad crónica, y ahorita que le di la palabra y la señora Rosy también pretende o lo que entendí corrígeme si estoy equivocado es de que queremos lograr el control también de nuestras enfermedades ver qué cosas pueden llegar a agravarnos para evitarlas y evitar las complicaciones de esas enfermedades como estar en cama o alguna otra cosa ¿no?, Don Manuel.

Manuel: Bueno, nada más una pequeña aclaración, yo no llamaría hobby al teatro, es mi profesión, así como la de escritor.

Edwin: Perfecto, ¿Alguien más que quiera compartir sus aspiraciones personales?

Rosa Martínez: Bueno me faltó decir que yo siempre comparto con mis vecinos y con todas las personas que puedo que se arrimen a estos lugares para que cada una venga y se entere de sí mismo que “qué bonito es vivir controlándose ya lo que tiene uno y prevenir lo que nos falte”

Edwin: Perfecto, gracias, señora Rosy, Norberta.

Norberta: Yo lo que quiero es seguir aprendiendo más como este atenderme en la diabetes porque subo y bajo la glucosa, ahorita ya más o menos estaba estable pero ya volvió otra vez, hasta que se me volvió a subir la glucosa, entonces me dice el doctor que el 21 que vine a consultar me invitó el doctor para hoy venir y este digo “No pues es que me pongo a dieta de todo, que verdura y que esto y que lo otro” pero la gula no me deja, tenía yo allí unas pasas, fui me agarré un puño y va para adentro y digo “No pues si yo no me cuido nadie me va a cuidar”, anteriormente estaba el Doctor Martínez y me decía y me decía y yo subía y subía y subía. Pesaba yo 80 kg ahorita peso 57 y medio pero hasta que “me amarré la boca” dije “no pues si me haces daño el refresco, me hace daño los dulces, me hace daño el pan de dulce” pues entonces el doctor también me tiene que ayudar pero yo también tengo que poner de mi parte, entonces tengo que disminuir como me dijo el doctor, otro, ya cuando se fue el doctor Martínez me dijo “puede servirse un plato y ponerse su porción, poquito” tener un plato grande, no muy grande tampoco y “me gusta esto , esto, esto” y pues sí así le hago, carne casi no comemos, nada más de 2 veces por semana un pedacito y ya mi verdura y todo y ya, ahí voy ya gracias a Dios, pero ahorita sí me subí mucho de mi azúcar, eso es todo gracias doctor.

Edwin: Gracias, entonces eh si entendí bien señora Norberta quiere usted también llegar al control, que usted llegó a tener este control de su glucosa, que afortunadamente ya identificó las cosas que tal vez no estén provocando esto como lo de las pasitas y todo esto pero antes llegó a tener este control, entonces quiere retomar el control ¿verdad?, perfecto esa es su aspiración.

Rosa Villaverde: Yo quiero dar testimonio, yo he estado aquí varias veces y las veces que estuve me quejé de que no encontraban mi problema o no se interesaban, empecé yo a perder peso y peso y pues no hacían nada y está aquí presente el doctor y no es para alabarlo ni nada, sino porque él fue el que para mí que tomó empeño en descubrir que era mi problema, entonces ya yo le platicué de las experiencias que había tenido y de acuerdo a eso pues Dios lo iluminó

porque me mandó a hacer otro estudio fuera de aquí y gracias a eso nos dimos cuenta y estoy agradecida con el doctor y con el centro de salud.

Edwin: Entonces también justo eso, lo que entendí señora rosa tal vez como aspiraciones es llegar también a detectar algunas cosas que nos están afectando llámese enfermedad o en su caso alguna situación que tal vez en algún momento no se le fue atendida de la manera excelentemente adecuada, tal vez si fue buena pero no adecuada y a usted le gustaría como aspiraciones que se mantenga entonces con esta vigilancia de las cositas que puedan afectarle

Rosa Villaverde: Entonces por eso estoy contenta ahora no me quejo ahora este como dice honor a quien honor merece.

Edwin: Gracias, bien ¿Alguien más que guste contar alguna aspiración que tenga? Don Roberto.

Roberto: Mira por mi parte yo lo que necesito y quiero y deseo es que este yo controlado porqué cómo vivo solo cuando voy a comer, no es lo mismo cuando está uno con alguien, no como igual. Lo que sí me gusta es que me dicen “Oiga señor Roberto su medicamento si se lo toma a la hora que le ponen va a ir perfecto pero si se le olvida” pero hay veces que se me olvida por el trabajo, tengo que hacer otra cosa y al rato ya no me puse mi insulina o no me tomé una pastilla y empiezo y me preguntan “¿Estás bien?” entonces lo que me han dicho “Sí no se cuida usted solo, ni su hija, ni quien más lo quiera le van a hacer caso” porque van a decir “Ya estás achacoso, ya te estás poniendo más viejo, necio” si sé y pues es lo malo de mí.

Me decía este el nutriólogo “Sí se va a comer un pan de dulce parte un pedacito se lo comen la noche, el otro pues mañana o pasado” yo necio me compraba 2, mejor uno en mañana y uno en la noche y nunca resultaba, siempre así, y ahora ya no es así. Ya como verduras, mi pan ya lo olvidé, refrescos, el sobrecito de polvo blanco me decían “No le sirve, le está dañando, las grasitas evítelas”, “no señor está comiendo mucho”, pero ya estoy bajando a todo. El doctor me dijo ayer “va muy bien va a seguir con el mismo tratamiento no se me desvíe tiene buen peso para para usted” le digo pues muchas gracias.

Edwin: Perfecto, muchas gracias Don Roberto, entonces también dígame si entendí bien, Don Roberto dice que él también quisiera con llegar a este control absoluto de las enfermedades, obviamente teniendo en cuenta la alimentación que es importante que claro a veces como cualquier persona, creo que no haya persona en el mundo que no le gustaría comerse un pan o algo por el estilo pero aquí Don Roberto justamente con ayuda del nutriólogo en esa ocasión pues le dio algunas recomendaciones, tal vez una aspiración por lo que entendí sería también

llegar a tener un control adecuado y además sobre todo como dijo don Roberto como él por ejemplo que vive solo pues tener el autocuidado que él mismo como le dijeron también se cuide para que después ahora sí los demás podamos cuidarnos entre nosotros entonces bien Don Roberto gracias , Don Manuel.

Manuel: bueno yo quería agregar algo, no sé de quién sea la frase, pero dicen que *“Nadie es tan débil como para no poder ayudar a otro, ni tan fuerte como para no necesitar ayuda”*, esto viene al caso porque bueno recientemente estuve cuidando a uno de mis hermanos que tuvo un problema de embolia y luego un infarto y ahorita lo tengo viviendo conmigo en casa, pero también hace años más o menos por el 2004 pues estuve cuidando a mi mamá en el en su última etapa de vida.

Yo creo que es muy bueno que estemos siempre en la disposición de ayudar, no es necesario que estemos buscando a quien ayudar, simplemente cuando se presenta la posibilidad de ayudar a alguien hay que hacerlo. Es increíble, pero uno es el que sale uno muy beneficiado emocionalmente cuando uno da algo a los demás. Es importante eso, es sentirse vivo y si tenemos alguna discapacidad hay que entender que es una dificultad, pero no un impedimento, podemos hacer las cosas y me consta. Hace poco estuve en un rodaje de una película hasta Michoacán, en Uruapan a pesar de las limitaciones que tengo, entonces hay que tener esa voluntad y sobre todo tratar de inyectarnos optimismo y volvernos adictos a la vida.

Edwin: Gracias Don Manuel por su comentario que ahorita nos acaba de realizar tiene toda la razón, Norberta, ¿Quiere decir algo?

Norberta: (Llorando) Ahí en su pobre casa estamos está mi hijo, mi nuera, mis nietas, pero es como si estuviéramos solos. Porque ni los buenos días, ni las buenas tardes, ni las buenas noches, ni cómo estás, cómo te fue, cómo amaneciste, no nada más está mi esposo y yo, ahí solos.

Los domingos voy con mi otro hijo, el más chico “Anda mi mamá siéntate vamos a comer” yo siento una alegría tan grande que le digo “gracias, hijo, que Dios te bendiga y te cuide y te socorra”, mi hijo es el único que a veces me habla, a veces no nomás lo veo “hola”, uno de mis nietos también luego “hola cómo estás” digo me siento alegre, me siento contenta que me hablan, pero estando allí pasamos juntos así no me hablan. Entre mi digo “Que Dios los bendiga y los cuide y a mí que no me olvide”.

Mis vecinos luego “hola buenos días cómo está” “Bien gracias, ¿Cómo ha estado? bien ¿Y usted?, también, ah qué bueno que Dios la bendiga y la cuide igualmente”. Mis vecinos son de los que tengo un saludo, un apapacho.

El día que me abraza mi hijo siento tan bonito, así quisiera que mis nietas, mis bisnietas me abrazaran, tengo 3 nietas de 9 años llevo “Abuelita ¿Cómo estás?, me abraza y me besa y todo “Gracias hija, que Dios te bendiga y te cuide” y a mis vecinos igual los quiero mucho. Me hablan gente que conozco en el mercado “Hola señora Norberta ¿Cómo está?, bien gracias, cuídese, sí gracias”. Eso es todo lo que les comparto, muchas gracias.

Edwin: Gracias Señora Norberta, entonces en lo que nos dijo la señora Norberta creo que hay otra necesidad que creo que no habíamos platicado, lo que entendí de las participaciones previas es que la mayoría queremos tener el control de nuestras enfermedades, no solo con las cifras de glucosa también por ejemplo la alimentación, que nos cuidemos nosotros mismos, no solo es control de nuestra enfermedad sino que busquen alguna otra enfermedad que no hayan sido detectada, que se pueda esparcir la información de otros medios que a veces no nos hemos aventurados como en nuestras profesiones pero otra cosa importante también que nos comenta la señora Norberta es una posible aspiración como paciente con enfermedad crónica es el cariño, la comprensión, un simple gesto de cariño de nuestros familiares, de todas estas personas que nos rodean que a tal vez hay sí personas pero no todas nos tienen o nos demuestran estos afectos y que sería una aspiración por lo que entendí de al menos de la señora Norberta como paciente con enfermedad crónica es esto, que no solo descuidemos o procuremos la salud sino también nuestras emociones, mi estado de soledad o de acompañamiento, es algo muy importante, señora Rosy.

Rosa Martínez: Esto es algo que nos despierta esto porque todos traemos nuestra carga, yo siempre digo “Bueno no me siento sola, Dios está conmigo y lo que tú me mandes señor, bien recibido”, busco siempre donde ocuparme y no preocuparme, digo “Yo me quiero mucho y los que me quieren alrededor pues sí, ya es ganancia” .

Los hijos como la mano no son iguales, pero sí hay uno que entre ellos si se dedica un poquito más a uno y siente uno muy bonito porque siente uno que existe y que es importante pero también hay que trabajar las emociones. Yo como lo que me gusta, su medida, no abusar, porque hay que querernos nosotros mismos primero.

Y si, si lastima mucho esas actitudes de que los hijos pues nos damos cuenta de que no son lo que hubiéramos querido, pero bueno dentro de lo que cabe están bien que es nuestra mayor satisfacción, que están bien nuestros hijos. Yo en mi caso, mis hijos lo que les di, lo pusieron bien cimentado y ni me piden, son autosuficientes, ellos podrán llegar en su carrazo aunque yo ando a “patín”, pero me siento contenta porque digo “Dios me das fuerza para caminar” al principio me

tiraba yo de dolor “¿Como es posible que ellos vivan desahogadamente y yo pues ahí voy al día y voy trabajando y todo” pero ahora lo veo y digo “Dios mío bendícelos, bendícelos”, ahí si se acuerdan ya pues ya me llevan ahí la frutita, igual que vimos en el mismo lugar y ni siquiera ¿Como estás? Y yo si yo los veo enfermos, corro “a ver que te hago, que te traigo” porque eso es lo que a mí me toca, y yo les digo “Nada más voy a eso, no me quiero ir a meter a sus casas, nada más vengo a apoyarte en lo que te levantas” , sí porque luego aunque uno sea tan servicial “le dan a uno el puntapié” “Ya no quiero que me hagas de comer” “ah caray pues que hice”, pero está bien, yo me respeto, primero yo a sí misma y he logrado superar con mucha fuerza, porque igual como la compañerita he llorado mucho y de muchas cosas, pero hoy me siento más fuerte, de repente me acuerdo si me da tristeza porque pues soy humano, no soy de palo, pero pues trato de ser fuerte y guerrera como siempre hemos sido, si lo sacamos adelante es porque fuimos guerrera, somos guerreras, dimos vida, mucho somos, entonces que eso no nos tumben ni nos tire, lo que Dios nos dé de tiempo pues hay que vivirlo, les digo yo trato de buscar, me meto que los adultos mayores, que nos llevan a Actopan, vengo aquí y también absorbo todo lo bueno para mí y me ocupo y no me preocupo, ese es mi sentir y también hay muchas cosas que me faltan pero ya que hablen los demás.

Edwin: Gracias señora Rosy, bien entonces esta otra aspiración que podríamos detectar no solo inclusive con un gesto no sino con la mera preocupación de ¿Cómo vas?, ¿Ya comiste?, ¿Estás bien) ya sea de los hijos en este caso o de alguna otra persona podría ser otra aspiración que tenemos, tener como esta sensación de no estar solos, de estar siempre acompañados de que alguien nos apoya ante estas situaciones que tal vez a veces son difíciles cuando no llegamos al control, por lo que entendí, entonces ¿Alguien más quiere decir alguna aspiración o pasamos al paso 2?

Manuel: Perdón, nada más reforzando un poco, una cosa es estar solo y otra cosa sentirse solo, y también es muy cierto el refrán ese de que “Se cosecha lo que se siembra “si estamos sembrando en las demás semillitas de amor, no sabemos cuándo van a germinar y cuándo las cosecharemos, pero siempre llega el momento de la cosecha.

Edwin: Claro, justo, tiene toda la razón, al final es dar y recibir, no solo recibir y ya también dar, recibir y al final de cuentas vamos a tener lo que cosechamos. (**Manuel:** Nunca exigir) (**Rosa Hernández:** Al tiempo hay que darle tiempo y el tiempo nos dará la razón) exactamente, perfecto, pues muy buenas aportaciones, si alguien más quiere decir alguna aspiración, señora rosa.

Rosa Villaverde: Así como empezamos solos cuando nos casamos éramos nada más 2 ya a nuestra edad ya nada más quedamos dos, entonces hay que adaptarlos, así como empezamos ahí estábamos felices, pues ahora estamos solos, pero pues ya con hijos y eso, pero verlos como estén, aunque no estén con nosotros, pero se nos alegra el alma de que estén bien y creo que hay que darle gracias a Dios. (**Edwin:** Perfecto, señora Esther)

Esther: Yo empecé con la hipertensión ya hace mucho, no sé era como muy aprensiva a los problemas de toda la familia me los comía yo, yo pienso que también bueno y aparte no sé si la genética, mi padre diabético e hipertenso, entonces pues yo tenía seguridad social y pues nunca me detectaron, no nunca y ya la perdí y vine aquí y el doctor Martínez ahí me anduvo como viendo “Ay creo que la glucosa anda ahí” pero no, y así me traía, hasta después... Ah bueno pero volviendo para la hipertensión, si, casi yo me la detecte, porque iba al Otorrino y “Tómele la presión” y yo veía 166 decían y la doctora no decía nada, hasta que yo le dije a mi médico familiar “Creo que traigo 166 a veces” “Ah pues normal” entonces yo casi me la detecte, entonces yo empecé a recibir cursitos, pláticas de eso y me empecé a interesar e invité a varios este compañeros amigos a compartir, a que se enteran como están diciendo y así fue como llegué aquí ya sin seguridad social y eso, y me gustó, empecé a recibir toda la información que daban, entonces poco a poco fui aprendiendo y compartiendo con mis amigos, aprendiendo de los demás, de todo se aprende y a veces me gusta también compartir, algo les he de dejar, algún pensamiento.

Ahorita inclusive con mi familia, tengo hijos de 50 años y “estás muy gordo, vete a a checar” como él no tiene seguridad social, “vete a checar” y pues sí me lo están checando ¿verdad?, igual al más chico, “Ni yo tengo triglicéridos tan altos como como tú y tu papá” entonces igual a la hija, “Oye hija ya te checaste” “Pues es que sí tenía yo los triglicéridos...” ¿Otra vez los triglicéridos?, pero es que comen mal, no les enseñé a comer excelente, pero creo que sí uno no quiere darle nada malo, pero ellos finalmente se van de la casa se casan y eso y aprenden ¿No?.

Pero yo lo que he aprendido es que tenemos que educar también a la familia a comer, ósea yo como de todo y hago de todo pero hasta chicharrón como, pero a veces, no me lo como todos los días y trato de llevar mis dietas, no dietas estrictas, sino lo que no se debe comer, no me puedo quitar el pan de lleno, regreso pero ahí voy, igual como decían las emociones, siempre he dicho las emociones, sí yo empecé a notar, pasé por un problema muy grave hace 15-18 años y pues sí, sí andaba yo alta de la hipertensión, pero sí empecé a controlar, a como dice la compañera “A ocuparme en vez de preocuparme”.

Yo pienso que soy muy activa, hago ejercicio, voy aquí voy allá, no tengo tiempo ni de llorar antes lloraba y ahora no tengo tiempo ni de llorar, me da flojera, cambie completamente mi actitud, siempre ha sido de buena actitud, de ver las cosas y como dice un dicho “Alejarme de las personas que me dejan nada”, pues yo solita a veces, me encontré con un grupito que luego me las jalo para acá, luego ellas me jalan y pues como siempre, todas tenemos nuestros “peros”, pero nos llevamos bien, entonces eso ayuda, tener un círculo de amigos, ir aquí, ir allá, lo más que pueda yo creo que tenemos la suficiente edad, “nos pasamos de edad”, yo por ejemplo me gusta ir como dice Pedro, está invitado invitando al teatro, a bailar, a una comida. Ahorita estuve un poco detenida por mi esposo, pero yo trato de ir, “ahí nos vemos ahí te dejo comida” y nos vamos, ósea compartir socialmente, la vida también es de compartir, no estar nada más lamentándonos por nuestras enfermedades. Y volviendo al autocuidado, siempre primero yo, comer bien y es todo lo que puedo decir, gracias.

Edwin: Bien, entonces, otras cosas importantes que dijo la señora Esther sobre aspiraciones que tenemos, lo que entendí , corríjame si estoy equivocado, es justamente esparcir información inclusive con nuestros hijos, estar cuidando también, procurar que ellos también tengan la misma información que tal vez uno como paciente con enfermedad crónica reciba para evitar que los triglicéridos salgan hasta más altos que uno que se supone que tiene enfermedad crónica; cosas así, evitar que se desarrolle la enfermedad tal vez en nuestros seres queridos, en nuestros vecinos, etcétera y otra cosa importante que también dijo este la señora Esther en las aspiraciones, creo que podría entrar a ir a hacer algunas actividades que nos gusten, aspirar a “¿Por qué no mi meta sea ir al teatro, ir a bailar, salir , conocer?” para así evitar sentirme solo o sola, evitar sentirme sin apoyo, entonces esto también es muy interesante.

Bien vamos a retomar, perdón por tantas interrupciones. Perfecto, entonces si alguien más, a menos que alguien más quiera decir alguna otra aspiración vamos a recapitular todo lo valioso que han dicho o tratar de recapitular lo que yo entendí de lo que me dijeron la mayoría:

1. El **control de nuestras enfermedades crónicas**, primera aspiración.
2. No sólo es la cifra sino también saber cómo alimentarnos, saber cómo cuidarnos.
3. **No solo mi enfermedad crónica es la única que afecta a mi salud**, puede haber otras cositas que nos estén afectando y procurar que esa una aspiración, sería que nos **detecten alguna otra situación que pueda llegar a atentar a mi estado de bienestar**.
4. También es pues el afecto, el cariño, primero del núcleo fundamental que es mi familia que es donde nacen la mayoría de las emociones y valores,

pero no solo ahí sino también en mi entorno una aspiración podría ser entonces para **evitar este sentimiento de soledad**, porque no es lo mismo estar solo a sentirse solo, es procurar ir al teatro bailar algunas otras actividades.

5. Otra aspiración podría ser **apoyar a otras personas**, como a nuestros hijos, a seguir cuidando **no vaya a detonar alguna enfermedad crónica o que también se controle** si es que ya tiene una.

Entonces creo que han dicho muchas aspiraciones muy valiosas y que bueno que no las pudieron compartir, si nadie más tiene alguna otra aspiración vamos a pasar al paso 2.

Descripción detallada del taller: (2 de 3)

**Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller
Utilice tantas hojas como sea necesario
Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, “Paso 1”)**

Paso 2. Satisfacer necesidades.

En este segundo paso se trata de que en el grupo identifiquen qué tienen en común respecto a las necesidades que aparecen en la columna de la izquierda; así como identificar cuáles son las capacidades a su alcance para satisfacerlas.

¿Cuál es uno de los problemas que compartimos respecto a lograr una alimentación saludable? (elegir un problema)

¿Cuáles son la decisión más importante que necesitamos tomar para resolver ese problema que compartimos?

¿Qué recursos, personales, familiares, institucionales (del centro de salud o de otras instituciones) podemos aprovechar para resolver el problema que hemos elegido?

¿Cómo podemos mejorar la relación que establecemos con el personal de salud que nos atiende, para mejorar nuestra alimentación? Elegir una acción que haríamos todas, todos.

¿Cuál es la meta que podemos acordar para mejorar nuestra alimentación de aquí al siguiente encuentro?

Dado el tiempo disponible, el grupo puede elegir una de las nueve necesidades que aparecen en la primera columna de la izquierda de la tabla.

...

Edwin: Ahora vamos a hablar de las necesidades que tenemos, para llegar para llegar para llegar a cumplir una aspiración, para que uno cumpla una meta necesita ver qué necesita uno, qué herramientas necesita para poder llegar a la meta estamos todos de acuerdo, sí alguien quiere escalar una montaña necesita ver cómo prepararse, qué necesita llevar para poder llegar a la cima de la montaña, eso vamos a hacer ahorita.

Vamos a tratar de identificar en común alguna respuesta a las necesidades que tenemos como pacientes con enfermedades crónicas, vamos a hablar de varios rubros, pero por el tiempo lamentablemente nos tenemos que decidir por uno, yo les voy a aconsejar tres rubros que son muy interesantes, pero si ustedes, la mayoría decide votar por otro, perfecto. Los rubros que yo les recomiendo son estos:

1. **Vida afectiva:** ¿Qué es esto?, vida afectiva no solo es con mi pareja, es con todas las personas con las que me relaciono, qué tanto cariño, qué tanto afecto, qué tantas situaciones en este estilo necesito para poder llegar a mi objetivo.
2. **Relaciones amorosas o de pareja:** Tengamos o no tengamos pareja, hayamos tenido o vayamos a tener, ¿Qué necesidades tendríamos para con nuestra pareja?
3. **La familia:** ¿Qué necesito de mi familia para llegar a cumplir mi meta?

Esas son las tres que yo les recomiendo, pero están otras opciones, está también la alimentación, ¿Qué necesidades tengo de la alimentación? ¿Qué necesidades tengo de la actividad física? ¿Qué necesidades tengo de mis medicamentos que tomo? ¿Qué necesidades tengo de mi vida laboral? ¿Qué necesidades tengo de mi vida social? y ¿Qué necesidades tengo con la participación social y política?, estos son muchos rubros, pero les voy a recapitular entonces de nuevo para que ustedes me digan por cuál quieren abordarse:

1. Alimentación
2. Actividad física
3. Medicamentos
4. Vida afectiva
5. Relación con pareja
6. Relación con familia
7. Relación con la sociedad

8. Relación en mi trabajo
9. Política y participación social

¿De cuál les gustaría hablar? ¿De qué necesidades les gustaría hablar de estos rubros que acabo de mencionar?, no sé si alguien quiera... Don Roberto.

Roberto: Relación familiar, porque de ahí ocurren muchos problemas y nada más esta uno pensando. (**Edwin:** Claro, entonces Don Roberto, familia)

Manuel: Vida afectiva, de hecho, está ligada a varios de los rubros que menciono, puede entrar la pareja, la familiar, porque todo eso tiene que ver con la con la vida afectiva, entonces siento que es importante la vida efectiva.

Edwin: Okey ¿Alguien más que le guste decir por qué tema les gustaría platicar?, les repito (repite los rubros)

Norberta: La sociedad.

Rosa Villaverde: La alimentación.

Rosa Hernández: Alimentación.

Micaelina: Alimentación.

Andrea: Alimentación

Identificar problemas

Edwin: Perfecto, vamos a hablar entonces de la alimentación, vamos a hacer varias cositas para detectar mis necesidades con la alimentación. Primero es **identificar los problemas**, para poder decir qué necesito, necesito saber cuál es el problema, entonces **¿Cuál es uno de los problemas que compartimos respecto a lograr mi alimentación saludable?**, lluvia de ideas, ¿Cuál es de los problemas principales que tienen ustedes para llevar una alimentación saludable? ¿Cuáles dirían?, Don Pedro.

Manuel: Siento que son varios, entre ellos se encuentran también el aspecto económico, pero siento que también los hábitos, tenemos que cambiar de hábitos, sí hemos tenido malos hábitos pues tenemos que cambiarlos por buenos hábitos, y a veces esos hábitos hacen que se nos haga bien difícil cambiarlos.

Edwin: Claro, perfecto, entonces Don Pedro nos dice 2 cosas fundamentales: **Economía y hábitos** que tenemos propios de ya mucho tiempo. ¿Quién más puede identificar problemas que han tenido ustedes para llevar una alimentación saludable? primero Rosy y después la señora Esther.

Rosa Villaverde: Bueno yo padezco hipotiroidismo, me es difícil bajar de peso pero sí tengo la lucha con lo que me daña, que me encanta, pero es lo que me daña y pues lo trabajo con decir “Pues también me gusta el jitomate, bueno la verdura” y bueno ahí lo balanceo, de vez en cuando me doy mi gustito pero casi por lo regular busco lo más económico y lo sabroso porque tiene mucho de bueno el comer frutas, verduras de temporada, en lo económico pues ahí vamos saliendo este porque bueno, no trabajo y tengo que administrarme, entonces yo lucho con eso pero mi enfermedad pues también la tengo que no crezca más, ahorita está controladísima, ya estoy muy controlada pero no quiero, vivo con la enfermedad y no quiero que se me vaya a salir de las manos, entonces esa es mi lucha el día a día de ¿Qué como? ¿Qué me nutre? sobre todo porque también me encanta lo otro, me gusta y mucho, pero casi no me hago muy amiga de eso, de que me encanta, ahí lo pruebo y ya pero tengo aceptarme también, el hipotiroidismo, me cuesta mi peso sobre todo porque es dañino, me ha costado muchísimo trato de mejorarlo porque sí estaba yo todavía más sobrepasada, pero parece que con eso de que pienso, manejo mi psicología y yo misma me “terapeo” digo “A ver, la verdurita es deliciosa y hay que saber la sed y apacharnos, y comer lo que también nos guste” y con eso he ido pudiendo lograr mejoría, porque pues el ejercicio, me gusta andar este yendo a bailar, porque ni bailo, no más veo. Me gusta bailar, me gusta ir a la zumba, me gusta divertirme, una hija me lleva al teatro, sabe que me gusta y todo eso me hace vivir bien contenta y digo “Para no enfermarme tanto tengo que hacer lo contrario”, yo misma me terapeo y soy yo, no digo “Ay no, estoy gorda y ya no le gusto a la gente”, yo así me quiero y yo sé mi problema y luego digo “Ay qué cansancio, pero éntrale porque eso te va a beneficiar mucho más que estés ahí viendo la tele o queriendo tejer o bordar ahí, haciéndole al sillón no, no, no, vámonos” y ya visito a mis amiguitas, nos encontramos, las aprecio, son lindas personas que respetan esos puntos que mencionó, las reglas las respetamos porque no necesitamos ni decírnoslo, cada una tiene su propio criterio y por eso nos hemos llevado tan bien, nos reunimos para estar felices, alegres, platicamos, compartirlos y esa es la vida para mí.

Edwin: De los factores que llegué a captar, corríjame si estoy equivocado en cuestión de los problemas que tenemos para la alimentación, también economía también importante que nos sepa rico, que esté delicioso, que las verduras no sepan ricas y eso podría ser cómo preparar los alimentos y por último, pero no menos importante que señora Rosy lo que nos dijo también, las enfermedades con las que estamos rodeados, que esa puede ser otra dificultad para llevar una alimentación saludable.

Esther: Yo tengo mucha resistencia al pan, pero hace como 2 años yo había bajado de peso, “Estoy muy flaca, me siento muy flaca, nada de atractivo”, pero baje 4 kg no sé porque pero poco a poco, no sé por qué, la tiroides no, pues

hágame los estudios “¿Qué siente?” pues nada, me siento flaca y como igual, bueno pues está todo bien bueno yo empecé a comer, pero como siempre, dije “Tengo que engordar”, comía más y más y más y si, me gustaba el pan “Pues más pan” así es que este subí 4 kg, ya lo subí, ahora me dicen “Que estoy pasada” ahora tengo que bajar, pero yo trato de alimentarme lo mejor posible, porque yo tengo esa resistencia al pan y lo que hago es para que se lo coman todos. Mi hijo mide no sé cuánto más, casi 2 metros y come mucho y por eso le digo que lo mandé acá porque ya desarrolló una pancita y digo “Es que comes mucho y tengo que hacer mucha comida” y sobre todo a veces carbohidrato, arroz para que él se pueda alimentar porque pura carne pues no puedo ni le hace bien, entonces ese es mi problema de que este yo trato de comer bien y a la medidita pero con mi hijo lo veo comer tanto que iba y pues yo también, pero no tanto como él, trato de llevar una dieta y hacer como dicen mis ejercicios y de aquí allá y tomar mis medicinas nada más las que me recetan, bueno de vez en vez no pero sí aprendí a que debemos este comer lo más apegado sin cómo les decía yo hace rato el chicharrón vez no, un chicharroncito, un queso crema que me gusta tanto debes en vez y yo digo que a ver salvo lo que digan mis análisis de hacer de 10 días me hacen análisis no a ver cómo estoy en las glicosilada, sí yo me siento bien así y les digo no tengo tiempo de preocuparme más de ocuparme divertirme y tomar las cosas como como buenas. Cuando llegué pues no conocía a nadie y nos saludaba para uno es joven es media soberbia, pero conforme va uno aprendiendo madurando nuestros vecinos son muy importantes saludarlos, llevarse bien, porque ellos son importantes y si no tenemos un vecino no está bueno disponible nos está pasando algo le grita a uno al vecino por lo menos. Siempre llevar una relación buena con nuestros vecinos, con nuestro entorno que ahí abarca lo de social, gracias.

Edwin: Gracias señora Esther, entonces también para recapitular la de las complicaciones en la alimentación que fue el tema que elegimos también por ejemplo en su caso un momento la una enfermedad hizo que tuviera que comer o cambiar su régimen alimenticio, bueno por una condición más bien dicho de salud de la baja de peso, otra cosa por lo que entendí también es varia las porciones, que a veces ese es uno de los problemas no porque nuestra familia llega a haber un consumo de porciones o de alimentos distintos a los que necesitaría comer y eso genera una posible adversidad a llevar una alimentación saludable, Don Pedro.

Manuel: Bueno hay 2 cosas que luego nos dificultan que llevar una buena alimentación, una es la aceptación, ósea ¿Qué es lo que pasa? que muchas veces nos vemos en el espejo y no nos gusta la imagen que vemos decimos ah “Que gorda estoy, qué feo estoy” esas marcas de la edad y no vemos que son hermosas, porque se queda ahí plasmadas las experiencias que hemos tenido a

lo largo de nuestra vida, entonces o sea no es cierto, no hagamos caso de lo que el bombardeo publicitario nos manda y que nos dan estereotipos de belleza que es difícilísimo porque por no decir casi imposible que lleguemos a estar como los modelos y las modelos, entonces olvidarnos que somos hermosos, somos personas bellísimas todos cada una con sus con sus propias características. Entonces bueno pues hay que hacer el esfuerzo para cambiar de liberación y adelgazar. Ahora, la otra cosa que es cuando vivimos con otra persona en este caso muy personal, ahora estoy viviendo con mi hermano y es que este que hay cosas que hay no le gusta no tiene ciertos prejuicios respecto a ciertas comidas, entonces eso estaba dificultando mucho, él temprano y hasta el día casi siempre cocina lo quiere hacer así así bueno algo que ustedes siempre sobre el alternando entonces a veces inclusive hago platillo cómo le gusta pero aparte yo me hago una base de verduras entonces lo que la hace o lo rechazo como un poquito pero en otro va saludable este ya no me importa si él lo come o no lo come, espero que de alguna manera alguna vez de verme comer así este al menos le dé curiosidad porque también sería muy bueno para él alimentarse mejor, busco como que tenemos que buscar la forma de adaptarnos a las personas que viven con nosotros de poco sirve que le digamos “Es que lo que comes te va a matar, te hace daño” porque eso llega hasta a fastidiar y hacer que se pongan en plan defensivo entonces este yo creo que es mejor predicar con el ejemplo, usar las palabras correctas porque las palabras pueden provocar reacciones negativas si no la sabemos usar, gracias.

Edwin: Entonces hay que ver, no es fácil cuando estamos conviviendo con otra persona, en la casa no es fácil el romper los malos hábitos, bien gracias don Manuel pues vamos a darle la oportunidad a Micaelina y después pasamos con la señora Rosy y ya recapitulamos todo lo que queremos decir.

Micaelina: Tengo un hijo que cuando come pan quiere que yo coma con él, se enoja conmigo, entonces sí tengo que comer un cachito de pan, es así como la fruta me como algo, pero pues lo bueno es que no engordo mucho, sino un poquito, pero sí quiero estar comiendo cosas ricas sí me aguanto pues hay veces sí me

Edwin: Perfecto, entonces la señora Micaelina dice otro punto importante de los problemas que encontramos en la alimentación o para llevar la alimentación saludable, es justamente esto que también comentábamos por acá anteriormente, tenemos que adaptarnos a veces o hasta parece que o uno o el otro tiene que dar su brazo a torcer entonces este es un problema que al menos ahorita 2 veces se ha mencionado de la poca accesibilidad y adaptabilidad. Otro problema de la alimentación es lo que decía el señor Manuel en cuanto a que palabras usar para llevar la contraria o expresarse mejor con el ejemplo muy bien hacerlo.

Nos queda un poco de tiempo entonces vamos a tratar de retomar todos los puntos ahora todos los problemas que dijeron ustedes son súper válidos son realmente importantes, pero lamentablemente por el tiempo no vamos a poder abordar todos vamos a escoger uno de estos problemas en la alimentación para ahora sí ya irnos de lleno con todo lo demás voy a retomar lo que han dicho ustedes:

1. **Economía Como preparar los alimentos, sabor.**
2. **Enfermedades que pueden repercutir**
3. **Gusto por un alimento**
4. **Comidas y convivencia con la familia u otras personas**
5. **Poca accesibilidad y adaptabilidad**
6. **Apego a las porciones**

Tomar decisiones

- **Prevenir otras enfermedades**
- **No consumir alimentos específicos: harinas, azúcares, pan, etcétera.**

Hacer uso de recursos

- **Apoyo con medicamentos y evitar gasto en estos para enfocar recurso en alimentos.**
- **Intercambio de recetas**
- **Apoyo del servicio de nutrición.**

Edwin: Perfecto, esa es una buena forma de afrontar este problema que tenemos. Algo rapidísimo, ya estamos a punto de concluir nuestro grupo que estamos haciendo vamos a tratar de darlo con una o dos palabras, súper rápido. ¿Qué recursos puedo obtener ya sea de mi familia, de mi persona, de mi sociedad, del centro de salud para llegar a combatir mi problema de la alimentación? así rapidísimo, por ejemplo, no se les doy una idea en el centro de salud tal vez usar el servicio de nutrición.

Rosa Villaverde: Que nos den el medicamento para no desembolsar dinero y ocuparlo en alimentación.

Roberto: Que me den unas recetas, algo así que sepa rico, porque sí me puedes comer una ensalada con otras hierbitas.

Edwin: Tratar que nos den una orientación.

Esther: Si, pues la información, yo creo que sí estamos bombardeados hay que acercarnos, nutriólogo, ahorita no tristemente no hay, pero siempre ha habido aquí. Experimentar con la comida.

Manuel: También podríamos tratar de hacer algún intercambio entre nosotros resulta entre quienes nos gusta cocinar, ya que generalmente a quienes nos gusta, encontramos maneras de cocinar saludable y sabroso, son experiencias y podemos yo puedo aprender mucho.

Rosa Hernández: La comida casera, lo prehispánico es un manjar y es en lo que debemos de adentrarnos, hay combinación de frutas con verduras y son un manjar tan satisfactorio que no nos damos cuenta de que tenemos.

Roberto: Yo necesito para un guisado que luego les voy a regalar, calabazas hervidas, ya me dijo después y qué tal estuvo mañana lo repito que nos digan cómo podríamos en asesorías en porque a veces nadie nos enseña a veces.

Manuel: Una opción deliciosa son las calabacitas cortadas a lo largo sacarle un poco de la pulpa y ponerle mezclarla con requesón quedan deliciosas y es sumamente sano.

Establecer una relación de colaboración con su persona tratante

...

Acordar metas de tratamiento y evaluar logros

Edwin: Entonces vamos allá para concluir estamos a 3 minutos así que lluvia de ideas rapidísimo lluvia de ideas rapidísimos. Vamos a acordar metas para el siguiente encuentro, ojalá todos podamos asistir, ¿Qué metas nos llevamos? ¿Qué objetivo vamos a llevar? para ver si los cumplimos o no con esto de los problemas de la alimentación así breves, ¿Qué metas podemos llevarnos para cumplir nuestras aspiraciones en el control de nuestras enfermedades? Dado nuestras necesidades que es la alimentación saludable ¿Qué metas para que lo podamos evaluar en 6 meses? señora Esther.

Esther: Existe el este cómo se llama el recetario, ojalá y pueda llegar a todos primero, y usted no deje de asistir lo invitamos los miércoles porque yo no lo había visto (Edwin: Es que los miércoles está el grupo de ayuda mutua a las 9:00 y 9:30) Aquí a compartir los miércoles a las 9:00, pues nos va a llegar el recetario ahí para poder compartir muchas recetas que nosotros hemos este aportado, los presentamos aquí cuando tenemos convivio, procuramos traer comida saludable, verduritas con el pollo, mi guisado tipo chino, mucha verdura y pollo ahí salteado, sin arroz, es opcional.

Edwin: Entonces el recetario ojalá en 6 meses en el siguiente encuentro podamos tenerlo para poder tener más apertura en estos problemitas que mencionamos.

¿Alguna otra meta, algún otro objetivo plan que se quieran plantear? para que veamos si lo pudimos cumplir en 6 meses para ustedes y para con los demás.

Yo me propongo en que 6 meses que hagamos con algo con respecto a la alimentación.

Rosa Martínez: Aunque sea una ensalada de jícama como ahorita nos dieron.

Edwin: Alguna demostración en algún tipo de alimento, perfecto, me parece bien, alguna otra meta, algún otro objetivo que tengamos ¿o nos quedamos personales? Perfecto.

Descripción detallada del taller: (3 de 3)

**Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller
Utilice tantas hojas como sea necesario
Anote textualmente cada una de las preguntas (No anote, por ejemplo,
“Pregunta 1”)**

Paso 3. Fortalecer el autocuidado

Experiencias de dominio	Experiencias exitosas Metas cortas que sí se pueden lograr	
Modelado social	Conocer y observar a otras personas que	

	logran buenos resultados	
Persuasión social	Apoyo social, de la red familiar, vecinal, y o de la comunidad	
Estado físico y emocional compatible con la (auto) confianza	Buen cuidado Buen control	

Edwin: Entonces ya, por último, para cerrar el encuentro vamos a pasar rapidísimo al paso tres en menos de un minuto porque nos comimos ahora sí que mucho tiempesito, vamos a hablar ahora del autocuidado rapidísimo, vamos a ver cómo podemos llegar a tener nuestro autocuidado conforme al problema que hablamos de la alimentación, así rapidísimo en un minutito.

(No se puede completar este punto por cuestiones de tiempo por lo cual se decide pasar al siguiente punto)

1. Propuestas del grupo

Anote las propuestas acordadas por el grupo

Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas

Edwin: Bueno, nos vamos a ir ya a las conclusiones, ¿Qué se llevan de este encuentro? 5 o 3 minutitos ¿Qué es lo que se llevan ustedes a casa después del día de hoy? ¿Quién gusta participar? ¿Quién gusta decir que se lleva), Norberta de ahí Andrea, Roberto y Rosy?

Norberta: Me llevo muchas platicas, fue una retroalimentación para mí, hermosa, de todos, les agradezco a todos su participación, esa muestra de cariño, de amor, de paz, me lo llevo en el corazón.

Edwin: Qué bueno gracias, señora Andrea ¿Qué se lleva de este encuentro?

Andrea: A mí me costó mucho trabajo venir, a mi hermana me había invitado ya muchos miércoles, yo la veía con mucho entusiasmo viene, ella es muy alegre, pero yo la veía y como que no, yo pensaba “¿Para qué voy? pero bueno ahora que estoy aquí, yo soy como un poco aislada como que no me gusta casi así relacionarme, me cuesta mucho trabajo, ahora casi mis hijos me hicieron venir “ve mamá porque no nada más vas a estar aquí encerrada, o haciendo quehacer o viendo a ver qué vas a hacer, tú también tienes que aprender a relacionarte y vas a aprender muchas cosas allá, me costó mucho trabajo venir pero ya estando aquí pues sí también igual ya uno ve como en lo personal uno va aprendiendo cosas que uno si lo sabe pero no lo quiere uno desenvolver, compartir, entonces pues yo me llevo eso, aprender a convivir.

Edwin: Perfecto, Don Roberto, ¿Qué se lleva de este taller, que se lleva de esta platica?

Roberto: Yo digo que después de todos los comentarios de la alimentación, yo digo que vamos a comer de ahora en adelante más rico ¿Por qué? Porque vamos a dar cada quien de perdida una recetita y va a estar todo delicioso.

Edwin: Perfecto, excelente Don Roberto, Señora Rosy

Rosa Hernández: pues como siempre yo digo siempre digo día a día aprendemos siempre algo nuevo y hoy en este momento, muchas gracias, estoy muy a gusto y aprendí seguir siendo sociales, compartir la alegría y que las cosas que sabemos cómo dice la compañera, nos la recordemos aquí para que sigamos el día a día.

Edwin: Me parece excelente, por último, Micaelina y después el Manuel y terminamos.

Micaelina: Pues yo aprendí muchas cosas, pues pienso seguir así, compartir con ustedes, voy a venir, gracias.

Edwin: Perfecto, la esperamos, gracias a usted.

Manuel: bueno algo que me gustó mucho y que me tiene un poco emocionado es percibir la buena vibra de todos y cada uno, creo que hemos estado en armonía muy a gusto y esto creo que es un estímulo maravilloso para seguir reuniéndonos cada miércoles, y esa constancia también trasladarla a nuestra atención médica.

Edwin: Perfecto, justamente, muy bien Don Manuel, señora Esther, cerramos con usted.

Esther: Exactamente lo que dicen todos un poquito, nos llevamos aquí un buen sabor de boca y aprendimos incluidos los que vienen por primera vez, yo ya tengo más tiempo, pero yo lo que note de la señora, le cambió la cara, mírenla tiene una sonrisa, mírenla, un aplauso para ella (Todos aplauden) (**Edwin:** y para todos) que sigan viniendo, nosotras ya somos del grupo, pero los que se interesen vengan, cuando puedan, claro (**Rosa Hernández:** Y a los doctores que comparten toda su experiencia, toda su enseñanza y todo lo que han luchado) No uno, dos aplausos, (Todos aplauden)

Edwin: Y un aplauso para todos, pero fuerte, fuerte, ¿vale? Por participar, oigan todo estuvo excelente, los felicito mucho, vale pues entonces damos por concluido este taller espero que nos les antes que me interesantes que mencionamos vamos a pasar ahorita allá al plenario para que, pues hagamos el cierre allá del encuentro, ¿Les parece? Perfecto, vamos para allá. (concluye el taller).

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

El 4º módulo del diplomado consiste en revisión de casos clínicos con una perspectiva distinta a la tradicional en su forma de presentación, ya que, además de los datos clínicos (como signos, síntomas y exploración física y laboratorios y

gabinete) también nos centramos en las redes de apoyo de la persona, expectativa de salud, como ve ella sus padecimientos y objetivos en común, además de describir a la persona y no a la enfermedad, datos muy interesantes que no suelen abordarse pero que son de suma importancia, en al menos las enfermedades crónicas. Posterior a la presentación de los casos clínicos, dependiendo sea la problemática/adversidad a tratar en dichos caso se derivan revisiones de temas que den herramientas al pasante a mejorar la calidad de atención médica y la consulta médica. A lo largo del año de servicio se presentaron cuatro casos clínicos, que se irán describiendo más adelante.

- 1) El primer caso clínico se presentó el 9 de septiembre 2022, presentado por pasantes de la promoción previa, donde se atendió a una persona femenina quién tenía de diagnóstico diabetes mellitus tipo 2 y tomaba hidroclorotizaida sin tener una necesidad real, que causaba hiperglicemias pero ella se sentí bien tomando dicho medicamento, además de ir mejorando su perspectiva de salud. De este caso clínico se derivó el tema de uso correcto de hipoglucemiantes según condiciones clínicas distintas, como personas con daño renal, con antecedente de IAM o alguna cardiopatía, pacientes con elevaciones persistentes de glicemias, etc. Este caso, al ser el primero, fue llamativo por ser, al menos en mi experiencia, el primero de este modelo, con énfasis en detalles que anteriormente no se observaban, sin embargo no se cuentan con los datos suficientes para el desarrollo de detalles.
- 2) El segundo caso clínico de E.V.S de Xochimilco, femenina de 51 años de edad con antecedente de preeclampsia, HAS de 10 años, DM2 de recién diagnóstico, y con una actividad física diaria por transporte diario con chinampas para acceder a su casa; fue detectada con diabetes por hiperglicemia capilar (siendo indetectable dicha hiperglicemia) y le realizaron referencia a urgencias donde se inició tratamiento con insulina glargina 32 UI y metformina cada 12 hrs, para posteriormente tener cifras glicémicas en 90 mg/dl; ella tuvo una aceptación de dicha enfermedad a la brevedad, para posteriormente tener mucho compromiso para controlarla y monitorearla, además de la capacidad para satisfacer su necesidad de alimentación que es de cultivar ella misma sus propios alimentos, ya que refería ser (la alimentación) el detonante para el desarrollo de su enfermedad. También como redes de apoyo tiene a su esposo, a 3 hijos y en su comunidad con el grupo Amapola del sabor que se apoyan entre sí. De este caso clínico salió el tema de alimentación y dietas, donde se desarrollaron carteles con información para los pacientes con datos como índice glucémico, dieta de la milpa, etc.

- 3) Para el tercer caso clínico me encontraba en periodo vacacional (del 8 de mayo 2023 al 12 de mayo 2023), fue presentado el 12 de mayo 23, de los cuales no se tiene información sin embargo de este caso clínico surgieron temas como la empatía, donde se desarrollaron temas acerca de éste tópico y se detalló que la empatía en exceso podría salir contraproducente, además de la importancia de la misma, no solo en la relación médico – paciente, si no en la relación persona – persona.
- 4) En el 4º caso clínico fue presentado el 21 de julio 2023, fue la señora María Elena de 67 años de edad, quién ha tenido un infortunio durante los últimos años, ya que ha tenido la pérdida de su esposo, desde el 2017 era tratada por el centro de salud (no con el proyecto) y desde entonces con TFG cercana en 26.3 ml/min/1.73m², no se realizó las referencias a tiempo, se atravesó la pandemia por COVID-19, se dio cita en nefrología hasta 2020 (sin poder ser atendida por pandemia) hasta que en marzo 2023 fue valorada por nefrología, mientras tanto su tasa de filtrado glomerular fue disminuyendo progresivamente; actualmente requiere terapia de sustitución renal pero paciente no la acepta, además de que fue referida a tanatología donde le mencionaron “si estaba consciente de que la mandaban para aceptar su muerte”; todos estos factores han contribuido a que la paciente tenga cierto rechazo a terapias médicas, afortunadamente ha sido incorporada al proyecto de modelo de atención crónica centrada en la persona donde ha tenido confianza con los médicos pasantes así como mejoría en su estado emocional. De aquí se derivará el tema con psicología, para mencionar y abordar temas difíciles así como el trato hacia las personas.

Todos y cada uno de los casos clínicos ha dado herramientas para mejorar la calidad de atención en las consultas, además de cambiar perspectivas de enfoque, desde la presentación de casos clínicos, así como la atención médica *per se*.

4. Conclusiones

El diplomado del proyecto del modelo de atención centrada en la persona tiene un papel fundamental en el mismo, ya que tiene como objetivo principal dar las herramientas necesarias y las pautas para brindar una atención integral hacia las personas con enfermedades

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México es una institución comprometida con la formación de los médicos y médicas, donde tiene mucho énfasis en la actualización y mejoramiento de habilidades clínicas, así como con la atención a las personas; el caso particular del proyecto de atención es indescriptible, ya que

cambia el paradigma de la atención tradicional que ha tenido múltiples fracasos a lo largo de la historia con una idea innovadora donde los resultados se encuentran en los datos tangibles como control de T/A, control glicémico, control de lípidos, pero también existen los intangibles, como la gratitud de los pacientes al personal incorporado en el proyecto, ya que no solo les ayuda al control metabólico, si no al desarrollo de habilidades, al autocontrol y autogestión y al principio básico que siempre se olvida, respeto y atención, acciones que se han perdido y en palabras de los mismos pacientes, “por primera vez me siento atendido como persona y no como enfermo”. El diplomado es parte fundamental del proyecto, sin éste no habría herramientas para los pasantes para afrontar las múltiples adversidades, tomando en cuenta que se viene de una formación tradicional orillando a ver enfermedades y no personas; curar y no prevenir; tratar y no promover salud.

La experiencia vivida este año de servicio social es inigualable, tanto por la formación médica y de conocimientos adquiridos, pero sobre todo, por las experiencias personales y del trato digno para con los pacientes, que son a quienes nos debemos y por lo que estamos capacitando constantemente. Cada uno de ellos tiene una perspectiva similar, la cual es agradecimiento por el modelo de atención, por ser parte del mismo y la felicidad que les da la atención médica realizada. Cada palabra de gratitud, cada gesto o detalle que pueden tener los pacientes hacia el personal que tiene un trato humanitario hace que valga la pena cada segundo de mi caminar en la licenciatura de medicina.

SEDESA da las oportunidades para el desarrollo del proyecto, sin embargo, existen diferentes experiencias según sea la jurisdicción a realizar el servicio social, ya que en unas hay más apoyo que en otras, en unas hay más información sobre el proyecto que en otras, por lo que se deberían elaborar estrategias para el cierre de la brecha de información entre jurisdicciones para tener el apoyo necesario y completo en todos los centros de salud; en caso particular de C.S.T. III Pedregal de las Águilas existe un conocimiento y apoyo total por parte del centro de salud y su personal, así como en la jurisdicción de Tlalpan.

Que los pacientes cumplan sus aspiraciones de vida de la mano de la atención médica es una satisfacción indescriptible, y se ve reflejado en su gran gratitud hacia el proyecto y el personal que lo lleva a cabo. Este proyecto es como un balde de agua fría, donde hemos estado desde el primer día de la formación médica en las universidades hasta el último día del internado médico de pregrado encaminados y sistematizados a ser especialistas, a curar enfermedades y tener conocimientos hasta moleculares de las enfermedades, aparatos y sistemas para tener “la mejor medicina” que se pueda ejercer, sin embargo este modelo de atención es una

oposición a todo lo que se ha desarrollado anteriormente, es una resistencia a la generación de esta medicina y cambia completamente el paradigma de la formación tradicional para romper estigmas y el pragmatismo que existe en la medicina (atención y formación), es la salida de la zona de confort que por años nos han orillado para poder llevar a cabo la verdadera medicina, la que aún no se ha inventado.

5. Referencias bibliográficas

- 1) Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Enf Clin Pract.* 1998;1:2-4
- 2) 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. [Internet] Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022. Disponible en: <https://www.insp.mx/novedades-editoriales/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2021-sobre-covid-19-resultados-nacionales>
- 3) Grau Abalo J.A. Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales *Salud y sociedad* 2016; Vol 7; No 2; 138 -166
- 4) 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.* [Internet]. 2019;9(7) . Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e027775>
- 5) Alqahtani J, Alqahtani I. Self-care in the older adult population with chronic disease: concept analysis. *Heliyon.* [Internet]. Jul 2022 [Consultado 5 Feb 2023]; 8(7). Disponible en: [https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(22\)01279-8?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2FEIwyn et al.: A Model for Shared Decision Making retrieve%2Fpii%2FS2405844022012798%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(22)01279-8?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2FEIwyn%20et%20al.:%20A%20Model%20for%20Shared%20Decision%20Making%20retrieve%2Fpii%2FS2405844022012798%3Fshowall%3Dtrue)

6. Anexos

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.-IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	EDWIN SALVADOR BLANQUET BONILLA
CARRERA:	MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA:	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO
PROMOCIÓN:	AGOSTO 2022 - JULIO 2023
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN SANITARIA Y JURISDICCIÓN SANITARIA	CENTRO DE SALUD T-III PEDREGAL DE LAS AGUILAS - JURISDICCIÓN TLALPAN
PERIODO QUE REPORTA:	AGOSTO 2022 – JULIO 2023
FECHA DE ENTREGA:	01 DE AGOSTO 2023

2.-SESIONES ACADEMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none">- CENTRO DE SALUD PEDREGAL DE LAS AGUILAS- DIPLOMADO “MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO DE LA CIUDAD DE MÉXICO”- MODALIDAD VIRTUAL POR PLATAFORMA ZOOM Y MODALIDAD PRESENCIAL EN. UAM XOCHIMILCO - AULA 2 DE COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA Y A DISTANCIA / AULA 1 DEL CS.T. III BEATRIZ VELASCO ALEMÁN- AUDITORIO DE LA CASA DE LA CULTURA FRISAAC- PARQUE BELISARIO DOMINGUEZ
NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO	43 SESIONES DE DIPLOMADO DE MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. 32 SESION DE METAS PARA EL PROGRAMA GRUPOS DE AYUDA MUTUA. SESIONES DENTRO DE LA UNIDAD MÉDICA. 1 SESIÓN DE PROGRAMA DE SALUD MENTAL "EL CONOCIMIENTO SALVA VIDAS" 2 SESIONES DE "RALLY DE LA MILPA" 2 SESIONES ACADEMICAS MENSUALES
PARTICIPO EN CAPACITACION AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	SI (CORRECTO LAVADO DE MANOS, ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLINICA - DIABETES MELLITUS 2 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA- OBESIDAD - CANCER CERVICOUTERINO - CANCER DE MAMA - INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, DIETA DE LA MILPA, ENDULCOLORANTES, CUANTA CANTIDAD DE AZUCAR Y SAL HAY EN LO ALIMENTO)
PARTICIPO COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	PONENCIA PARA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA UNIDAD: 1. ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLINICA - DIABETES MELLITUS 2 PONENCIA PARA PACIENTES DEL PROGRAMA DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA: 1. DETECCIÓN DE DEPRESION EN EL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRONICAS CON APLICACIÓN DE INVENTARIO DE BECK 2. COMPLICACIONES DEL PACEINTE CON DIABETES MELLITUS

	<p>3. COMPLICACIONES DEL PACEINTE CON HIPERTENSION ARTERIAL</p> <p>4. ENDULCOLORANTES NATURALES Y ARTIFICIALES</p> <p>5. ESTRATEGIAS PARA ENVEJECIMIENTO SALUDABLE</p> <p>6. DETECCION OPORTUNA DE LEPRO Y TUBERULOSIS (MITOS, REALIDADES, MANIFESTACIONES CLINICAS)</p> <p>7. SESIÓN DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA LA MEJORA DE ELASTICIDAD Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS TEJIDOS MUSCULARES</p> <p>8. SESIÓN DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA LA MEJORA DE ELASTICIDAD Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS TEJIDOS MUSCULARES</p> <p>9. TALLER DE REVISIÓN DE PIES Y USO CORRECTO DE CALZADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2</p> <p>10. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA; PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA</p> <p>11. COMO ELABORAR UNA DIETA BAJA EN AZUCAR Y SODIO</p> <p>12. INSUFICIENCIA VENOSA</p> <p>13. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR</p> <p>14. ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR</p> <p>15. TRASTORNOS DEL SUEÑO E INSOMNIO</p> <p>16. AUDICIÓN EN EL ADULTO MAYOR</p> <p>17. SÍNDROMES GERIÁTRICOS: POLIFARMACIA</p> <p>18. SÍNDROME GERIÁTRICOS: SX DE FRAGILIDAD</p> <p>19. SÍNDROME DE CAÍDAS Y USO CORRECTO DE BASTÓN</p> <p>20. ¿CÓMO FUNCIONAN NUESTROS MEDICAMENTOS?</p> <p>21. RIESGO CARDIOVASCULAR</p> <p>22. CANCER CERVICOUTERINO / CANCER DE MAMA / CANCER PROSTATICO</p>
--	---

3.-ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA SEMANA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		X
SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		X
TERCERA SEMANA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)		X
CERCOS EPIDEMIOLOGICOS (ESPECIFICAR)		X
ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	X CARTEL COLABORATIVO ACERCA DE LOS TEMAS DE LEPRO Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE; CARTEL COLABORATIVO ACERCA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR; CARTEL COLABORATIVO ACERCA REVISIÓN Y CUIDADO DE PIES; CARTEL COLABORATIVO ACERCA SINDROMES GERIÁTRICOS TENIENDO EL APOYO DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA DENTRO DE LA UNIDAD; ELBORACIÓN DE TRÍPTICOS DE DIETA SALUDABLE Y SUS RECOMENDACIONES PARA SU ÓPTIMO SEGUIMIENTO; ELBORACIÓN DE TRÍPTICOS DE MEDIDAS DE HIGIENE DE SUEÑO; ELBORACIÓN DE DIAPOSITIVAS PARA CAPACITACIÓN DE ALGORITMOS DE DIABETES	
PLATICAS EDUCATIVAS	X	
OTROS	- ASISTENCIA AL DIPLOMADO SOBRE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER	

	CONTACTO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. MODELO INNOADOR - ASISTENTE A "RALLY DE LA MILPA" (1er y 2º LUGAR) - CONSULTA GENERAL Y APOYO AL PROGRAMA DE CRÓNICOS - APOYO Y SEGUIMIENTO DE GRUPO DE AYUDA MUTUA - APLICACIÓN DE PRUEBA RAPIDA PARA HEMOGLOBINA GLICOSILDA, PROTEINURIA Y SOMATOMETRIA DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA. - RELATOR Y ORGANIZADOR EN EN 40 ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS TLALPAN - PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS - COORDINADOR Y ORGANIZADOR EN EN 50 ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS TLALPAN - PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS	
--	--	--

4.-ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	117	
CONSULTAS SUBSECUENTES	974	
HISTORIAS CLINICAS	98	
DETECCION DIABETES	86	
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGIAS REALIZADAS)	0	
DETECCION DE CANCER DEMAMA	0	
DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL	69	
DETECCION ADICCIONES	4	
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	1	
ATENCION PRENATAL	7	
PLANIFICACION FAMILIAR	9	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	5	
CONTROL DEL NIÑO SANO	2	
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	87	
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	1004	
CERTIFICADOS MEDICOS	4	
OTROS	0	

5.- ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - CURSO DE INDUCCIÓN JURISDICCIÓN TLALPAN: 16 – 22 AGOSTO 2022 (PRESENCIAL) EN ESCUELA ALTOS ESTUDIOS EN SALUD, UNIVERSIDAD LA SALLE, UNIDAD DANTA TERESA - CURSO DE INDUCCIÓN CRÓNICOS: 22 – 24 DE AGOSTO 2022 (PRESENCIAL) EN AUDITORIO DRA. ROSA MARIA PUENTE PRIETO DE LA ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL Y DEL 25 – 26 AGOSTO 2022 (VIRTUAL) VIA ZOOM
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DX. DE SALUD	<p>13 ENERO 2023, VÍA ZOOM SE DIERON LAS INDICACIONES PARA TRABAJO FINAL DEL MODULO 1 DEL DIPLOMADO.</p> <p>28 ABRIL 2023, EN C.S.T II BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN (AULA 1) SE DIERON LAS INDICACIONES PARA TRABAJO FINAL DEL MODULO 2 DEL DIPLOMADO.</p>
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	05 JULIO 2023, VÍA ZOOM SE DIERON LAS INDICACIONES PARA REALIZAR TRABAJO FINAL DEL PROYECTO DE CRÓNICOS.
NÚMERO DE INFORMES TRIMESTRALES ENTREGADOS	4 INFORMES TRIMESTRALES
NOMBRE DEL TUTOR	DRA. YOLANDA MORENO VERDE

6.- SUPERVISIÓN:

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

NOTA: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE

7.- DIAGNÓSTICO DE SALUD:

ENTREGÓ: SI: NO APLICA NO: NO APLICA NÚMERO DE CÉDULAS APLICADAS:

ANOTE LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DETECTADAS EN LA COMUNIDAD

No.	MORBILIDAD	MORTALIDAD
1	NO APLICA	NO APLICA
2		
3		
4		
5		

8.- PROYECTO DE INTERVENCIÓN:

TÍTULO DEL PROYECTO: RECONSTRUYENDO LA FORMACIÓN MÉDICA TRADICIONAL: EXPERIENCIA DEL SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA CON EL PROYECTO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN C.S.T. III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS – TLALPAN EN EL PERIODO AGOSTO 22 – JULIO 23

RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN (PROYECTO FINAL DEL DIPLOMADO DE CRÓNICOS)

EN DICHO TRABAJO SE DETALLA LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL PROYECTO IINOVADOR DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL C.S.T III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS, DONDE SE INICIA DICHO PROYECTO HABLANDO SOBRE EL MODELO EXPANDIDO Y SU IMPORTANCIA Y BASES CIENTIFICAS, POSTERIORMENTE SE DETALLA LA IMPORTANCIA DEL DIPLOMADO DE DICHO PROYECTO ASÍ COMO LOS DIVERSOS MÓDULOS (4) DEL MISMO. SE MUESTRAN LOS DOS TRABAJOS FINALES DEL 1ER Y 2º MODULO. SE DETALLAN CON TABLAS Y GRÁFICAS LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INCORPORADOS AL PROYECTO, ASÍ COMO SU CONTROL METABÓLICO A LO LARGO DEL AÑO. POSTERIORMENTE SE MENCIONAN LOS CASOS CLÍNICOS ABORDADOS A LO LARGO DEL DIPLOMADO, ASÍ COMO SU APLICACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD, Y ADEMÁS, SE DESCRIBE LAS EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS DE LOS ENCUENTROS DE PACIENTES REALIZADOS EN EL AÑO.

PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:

NO APLICA

9.- EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL:

EN CADA ASPECTO A EVALUAR, ANOTA UNA (X) EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA CALIFICACIÓN OTORGADA

EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR PARTE DEL PASANTE.

ASPECTOS A EVALUAR	9-10	7-8	>6	OBSERVACIONES
INDUCCIÓN AL PUESTO EN LA UNIDAD DE SALUD	X			
INTEGRACIÓN AL EQUIPO DE TRABAJO	X			

ASESORÍA Y APOYO EN SUS ACTIVIDADES DE PARTE DEL PERSONAL	X			
COMUNICACIÓN CON EL DIRECTOR, JEFE DE UNIDAD O TUTOR	X			
FACILIDADES PARA CUMPLIR CON LA PLANEACIÓN MENSUAL Y TRABAJO DE CAMPO	X			
CALIDAD DE LAS SESIONES ACADÉMICAS		X		
EL SERVICIO SOCIAL TE PERMITIÓ CONOCER LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		X		
LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS FUERON RESUELTOS POR LA JEFATURA DE ENSEÑANZA	X			
CALIFICACIÓN DE TU DESEMPEÑO COMO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL	X			

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO:

A NIVEL JURISDICCIONAL, ENCUENTRO MUY INTERESANTE LAS DINAMICAS REALIZADAS COMO EL RALLY DE LA MILPA, DONDE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS Y DE ACTIVACIÓN FÍSICA SON INDISPENSABLES PARA UNA MEJORA EN LA FORMACIÓN DE LOS PASANTES, POR LO QUE RECOMIENDO MANTENER LAS MISMAS, ADEMÁS DE MAYOR ÉNFASIS EN LAS UNIDADES DE PERMITIR A LOS PASANTES ACUDIR A LAS DIVERSAS REUNIONES PROGRAMADAS PARA ELLOS. EN CUANTO AL CENTRO DE SALUD, MAYOR BALANCE EN LAS CONSULTAS DE LOS PASANTES QUE ESTAN A CARGO DEL MÓDULO DE CRÓNICOS, PARA TENER MAYOR DIVERSIDAD EN LA POBLACIÓN ATENDIDA Y NO SOLO A LOS PACIENTES DEL PROYECTO DE CRÓNICOS. TODO LO DEMÁS, ESTA JURISDICCIÓN Y ESTE CENTRO DE SALUD TIENEN MUCHAS VIRTUDES QUE MEJORAN LA CALIDAD DEL SERVICIO SOCIAL.

EVALUACIÓN DEL PASANTE POR EL DIRECTOR(A) DE LA UNIDAD DE SALUD.

ASPECTOS A EVALUAR	9-10	7-8	>6	Observaciones
CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PASANTE OTORGADA POR EL(LA) DIRECTOR(A) DE LA UNIDAD DE SALUD				

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

DRA. VERÓNICA RAMOS NIETO DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD	JEFA(E) DE ENSEÑANZA JURISDICCIONAL
YOLANDA MORENO VERDE COORDINADOR Y/O TUTOR	MPSS EDWIN SALVADOR BLANQUET BONILLA

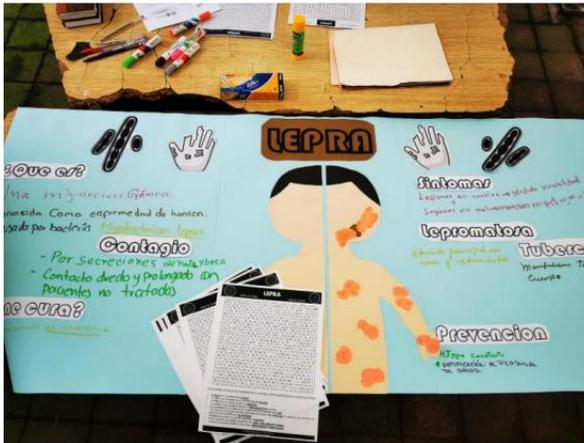
ANEXOS



Rally de "Dieta de la Milpa" Jurisdicción Tlalpan



Plática sobre "Estrategias para envejecimiento saludable"



Plática sobre "Lepra" con el Grupo de Ayuda Mutua



Plática sobre "Edulcorantes naturales y artificiales"



Cartel colaborativo con Grupo De Ayuda Mutua



Convivio saludable con Grupo de Ayuda Mutua

Plática sobre "Revisión y cuidado de pie en pacientes con Diabetes Mellitus 2"



4o Encuentro de Pacientes - Pedregal de las águilas (Tlalpan)

Platica sobre "Enfermedad Renal Crónica: Prevención y Detección Oportuna"



4o Encuentro de Pacientes - Pedregal de las águilas (Tlalpan)

ANEXOS

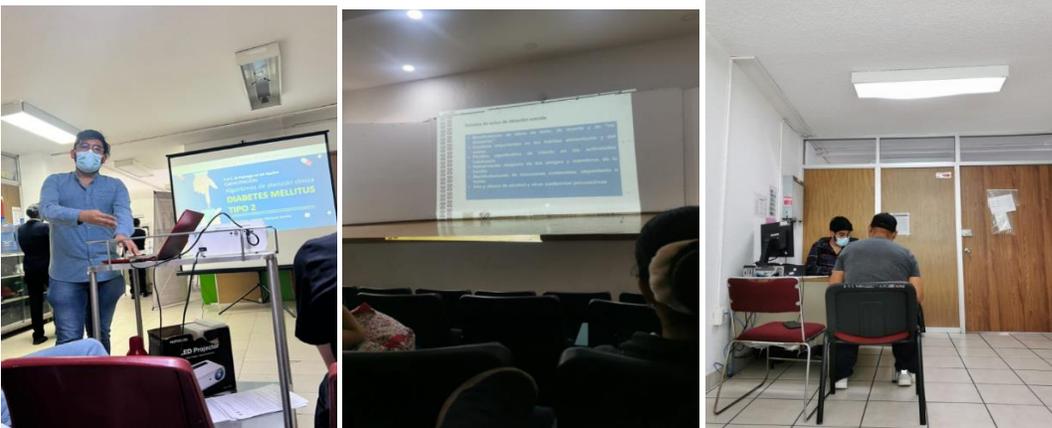


Plática sobre "Trastornos del sueño" y aplicación de Escala de Insomnio Atenas - Plática sobre "Depresión en adulto mayor" y aplicación de Escala Yesavage



Plática sobre "Insuficiencia venosa y como prevenirla" en Grupo de Ayuda Mutua

2o Lugar en Rally de la Milpa (participante)



Capacitación "Algoritmos Terapeuticos - Diabetes Mellitus 2" Asistente a sesión de programa de salud mental Consulta médica a pacientes con enfermedades crónicas

ANEXOS



Plática sobre "Síndromes Geriátricos" con el Grupo de Ayuda Mutua



Foto grupal con el Grupo de Ayuda Mutua



Preparativos para 5º Encuentro de Pacientes con Enfermedades Crónicas



Coordinador del grupo 1 del 5º Encuentro de Pacientes



5º Encuentro de Pacientes con Enfermedades Crónicas



Despedida de parte del Grupo de Ayuda Mutua