



UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco



Instituto Nacional  
de Salud Pública



Universidad Autónoma Metropolitana

Licenciatura en Medicina

Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para  
el Cuidado y el Control de Enfermedades Crónicas en el Primer Nivel. Enfoque  
de Capacidades (MAICP)

### **“Informe Servicio social: Un enfoque centrado en la persona”**

Misael Nieto Lugo

Matrícula: 2192030794

Promoción agosto 2024 – julio 2025

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

07 Agosto de 2025, Ciudad de México



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SERVICIOS DE  
SALUD PÚBLICA

## 1. Presentación

El presente documento corresponde al informe final del servicio social realizado en el periodo agosto 2024 – julio 2025, en el proyecto *Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Cuidado y Control de Enfermedades Crónicas en el Primer Nivel (MAICP)*, impulsado por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

El propósito de este documento es describir y analizar el proceso de implementación y participación dentro del modelo MAICP en una unidad de primer nivel, desde una perspectiva centrada en la persona, enfocada en fortalecer la autoeficacia, la autogestión del cuidado y la vida colectiva mediante estrategias como los grupos de aprendizaje entre pares.

Mi incorporación al servicio social se llevó a cabo en el Centro de Salud C.S.T-III José Castro Villagrana, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, donde participé activamente en la implementación del modelo. A lo largo del año, desarrollé actividades clínicas y colectivas orientadas al acompañamiento y control de padecimientos de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, desde un enfoque de capacidades que busca promover la autogestión y el empoderamiento colectivo para una lograr una vida digna y saludable.

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

Este modelo incorpora tanto componentes clínicos como comunitarios, y pone en el centro de la atención a la persona, no solo a su enfermedad, abordando también los determinantes sociales de la salud y promoviendo la acción colectiva y participativa. El MAICP está compuesto por tres subsistemas principales que se integran y fortalecen entre sí.

### Subsistema relacional (equipo de salud – paciente)

Este subsistema nos habla acerca de la interacción entre el equipo clínico, el cual debe estar preparado y proactivo; el paciente quien debe estar informado y activo en el proceso de su salud. Recuerdo particularmente el caso de una mujer con diabetes e hipertensión, que acudía de forma irregular al centro de salud porque no siempre podía comprar sus medicamentos. En lugar de centrar la consulta únicamente en el control glucémico, abordamos su situación desde una mirada integral. Conversamos sobre su ingreso económico, su red de apoyo (una hija que vivía cerca), sus hábitos alimenticios, y su nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Acordamos juntos ajustar su tratamiento con opciones disponibles en el cuadro básico y le enseñé cómo monitorear sus síntomas y signos de alarma. A lo largo de las semanas, comenzó a asistir con mayor regularidad, y a traer preguntas específicas sobre su dieta y actividad física. Lo más importante fue observar cómo, al sentirse escuchada y comprendida, recuperó la confianza en su

capacidad para cuidar de sí misma, convirtiéndose en una participante activa de su proceso.

#### Subsistema comunitario

El enfoque colectivo fue un pilar fundamental. Tuve la oportunidad de colaborar en grupos de aprendizaje entre pares, participando en talleres de autocuidado y contribuyendo activamente en la elaboración del proyecto del manual de hipoglucemia, impulsado desde el Consejo Asesor del centro de salud. Este grupo, que fue creciendo a lo largo del año, se consolidó como un espacio de confianza, aprendizaje mutuo y motivación constante. La experiencia más significativa fue observar cómo las personas participantes se empoderaron, compartieron experiencias, y expresaron su deseo de seguir aprendiendo y generando nuevos proyectos en beneficio colectivo.

#### Subsistema de salud

Este representa el núcleo operativo del modelo. Mi participación en este eje estuvo centrada en cuatro componentes clave:

- Desarrollo de habilidades para el autocuidado

A través de la consulta clínica y los talleres, las personas fueron guiadas en el reconocimiento de sus síntomas, y el monitoreo autónomo de su estado de salud. El acompañamiento constante, el lenguaje claro, y el uso de herramientas visuales o manuales prácticos (como el que desarrollamos para hipoglucemias), facilitaron el proceso de aprendizaje. El objetivo no fue solo brindar información, sino fortalecer capacidades para que cada persona pudiera gestionar su enfermedad de manera efectiva y segura.

- Reorientación del modelo de atención tradicional

A diferencia del modelo tradicional, que se enfoca exclusivamente en el control clínico de parámetros, se optó por una atención más holística. Esto implicó estructurar las consultas en torno a la escucha activa, la comprensión de la historia del paciente, sus redes de apoyo, y su proyecto de vida. La consulta se convirtió en un espacio de diálogo y acompañamiento, más que en una instrucción unidireccional. Un ejemplo, fue el indagar sobre aspectos de la vida del paciente más profundos y que al final repercuten su salud; sobre su trabajo, experiencia con la enfermedad, sentimientos, redes de apoyo y metas principalmente.

- Apoyo a la toma de decisiones

Cada intervención se discutió con la persona, considerando sus preferencias, temores, creencias y recursos (en especial los económicos, pues era común que medicamentos escasearan y que se tuvieran que comprar por medios privados). Desde la elección de tratamientos hasta cambios en el estilo de vida, cada paso fue acordado de manera

conjunta, con el fin de que las decisiones fueran significativas y sostenibles. Esta estrategia favoreció la participación activa, la motivación y la autogestión.

- Sistemas de información

Posterior a cada consulta, realicé el registro sistemático de la información clínica en plataformas como RedCap y bases de datos Excel, incluyendo signos vitales, parámetros bioquímicos, evolución clínica, tratamiento y aspectos relevantes del contexto médico. Este seguimiento digital permitió analizar tendencias, identificar alteraciones y tomar decisiones informadas.

### 3. El diplomado

Lo describiría como un medio que permite un cambio radical del pensamiento médico tradicional. Pues considero que ha logrado que mi visión de la atención médica sea mejor. En el pasado habría tratado la enfermedad hoy sé que trataría a la persona.

A lo largo de este año de servicio social pude estar en contacto directo con personas que viven con enfermedades crónicas y generativas, aprendí mucho de cada uno de ellos, pero sobre todo aprendí que una atención enfocada en la persona logra más que un fármaco, pues establecer lazos de confianza, profundizar en los aspectos no patológicos pero que también juegan un papel importante en la enfermedad, puede cambiar el rumbo del proceso patológico.

Las sesiones de diplomado están enfocadas para abordar distintos aspectos de la atención médica. El primero, aprender que una persona que conoce de su enfermedad y se empodera puede lograr un control más efectivo que aquellos que no. Segundo, la toma de decisiones compartida genera en la persona mayor confianza, tranquilidad y puede aliviar temores. Tercero, el aspecto colectivo impulsa a las personas a desarrollar habilidades que mejoran su salud, además el hecho de hacerlos sentir identificados con otras personas cambia su panorama de la enfermedad y los impulsa a tener nuevas metas. Cuarto, el médico debe adquirir habilidades como la escucha activa y el interés genuino, pues es vital para conocer los múltiples aspectos de la vida que pueden afectar o mejorar su calidad de vida.

Otro aspecto que considero se debe destacar es la discusión de los casos clínicos, con el abordaje del MAICP. Durante las sesiones me parecía muy interesante como aspectos que en la consulta podrían pasar por desapercibidos, tienen un alto impacto en el control de los padecimientos. Desde la parte emocional hasta el ámbito laboral. O incluso la dinámica familiar y las relaciones fuera de ella. Analizar estos aspectos permitía reenfocar el manejo e indagar más en los aspectos de interés.

En general la modalidad permite que todo lo visto en las sesiones de los viernes se pueda aplicar en la atención médica. Finalmente, uno de los aspectos más relevantes en el diplomado son el seguimiento que se da a los consejos asesores y la organización para los encuentros de personas con enfermedades crónicas, pues en base a mi experiencia fue

una de las actividades donde más aprendí de las personas y como la dinámica colectiva puede ayudarles al desarrollo de nuevas habilidades para su control.

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

#### **Introducción**

Actualmente las enfermedades crónico-degenerativas se presentan como un problema creciente para la salud pública, ya que no solo afectan la calidad de vida de millones de personas, sino que también imponen una carga considerable a los sistemas de salud. Una de las principales causas es el desarrollo de múltiples complicaciones que incrementan continuamente las tasas de morbilidad y mortalidad. ¿Cómo prevenir las complicaciones? ¿Qué estrategias deben implementarse para que las personas tengan un adecuado control? Son algunas de las interrogantes que tratan de responderse en un sistema de salud que, paradójicamente, sigue considerando a la enfermedad como el eje central.

La medicina tradicional que aboga por un modelo paternalista ocasiona que muchos aspectos que rodean al individuo pasen por desapercibidos, pues al centrarse en la enfermedad, no considerar al individuo como alguien que puede participar de una forma activa en el proceso de su salud. Esto puede generar resultados inadecuados que afectan finalmente la salud de las personas. El modelo de atención centrado en la persona (ACP), retoma este problema promoviendo una visión más holística que considera las necesidades y valores del paciente. Aún existen diferentes estrategias basadas en este modelo que tienen el objetivo de mejorar la relación médico paciente.

Para implementar un modelo centrado en la persona debemos considerar lo determinantes que rodean a la persona. Tanto sociales como económicos y culturales. Además de conocer sus aspiraciones, deseos y necesidades. De acuerdo a estas últimas, sabemos que en la actualidad muchos de las personas viven con múltiples enfermedades, requieren múltiples tratamientos farmacológicos, viven en zonas de difícil acceso a la salud, cuentan con pobres redes de apoyo, o viven con alguna discapacidad cognitiva o física. Algunos estudios han englobado a estas personas en específico como personas con necesidades complejas. Ya que no pueden seguir un modelo basado en poblaciones específicas, sino que requieren de un enfoque más personalizado.

Desde el punto vista de la práctica clínica seguir el modelo ACP en estas circunstancias enfrenta múltiples obstáculos, que van desde el personal de atención médica, el sistema de salud hasta el propio paciente. Los cuales abordamos en este ensayo, así como estrategias que podrían beneficiar a este grupo de personas.

#### **Objetivos**

Objetivo General: Analizar los obstáculos del modelo de atención centrada en la persona en pacientes con necesidades complejas.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores estructurales que limitan la adopción del modelo de atención centrada en la persona en entornos de atención médica.

2. Evaluar los desafíos en la participación activa del paciente con necesidades complejas
3. Proponer estrategias para superar los desafíos en la implementación del modelo de atención centrada en la persona en pacientes con necesidades complejas.

## **Justificación**

La atención centrada en la persona se presenta como un modelo que busca un enfoque integral y personalizado en el cuidado de la salud de las personas que viven con enfermedades crónicas, priorizando las necesidades, preferencias y valores del paciente. En el caso de las personas que viven con enfermedades crónicas, busca desarrollar las habilidades necesarias para que alcance un papel activo en el manejo de su propia salud y bienestar. Sin embargo, existen situaciones en las que seguir los principios del modelo, se vuelven difíciles, en especial en aquellas personas que viven con necesidades complejas, quienes a menudo enfrentan grandes desafíos para alcanzar la autogestión.

Por ello existe la necesidad de explorar y comprender lo obstáculos que las personas con necesidades complejas pueden enfrentar. Y de este modo desarrollar las estrategias necesarias que permitan implementar un enfoque más personalizado. Dentro de estos obstáculos podemos identificar desde un panorama general problemas sociales, económicos, y culturales. En la práctica clínica los principales problemas se relacionan a la comunicación, la toma de decisiones, a las percepciones y expectativas de los profesionales de la salud y de los propios pacientes y finalmente aquellos problemas relacionados con el propio sistema de salud de nuestro país.

Este ensayo tiene el propósito de identificar los principales obstáculos a los que se enfrenta el modelo de atención centrado en la persona en personas con necesidades complejas y de este modo adoptar estrategias personalizadas para aquellos personas que viven con necesidades complejas. Y que se adapten a las condiciones actuales de nuestro sistema de salud.

## **Modelo de Atención Centrado en la Personas**

El modelo de atención centrado en la persona (ACP) surge a partir de una necesidad, considerar valores, necesidades y expectativas de salud del paciente, ya que la atención médica tradicional solía centrarse en la enfermedad y el tratamiento, ignorando muchas veces lo antes mencionado. Es a partir de la década de 1950 cuando el psicólogo Carl Rogers y el psicoanalista Michael Balint, introducen por primera vez el término "Medicina centrada en el paciente" como un método novedoso enfocado en la importancia de la relación médico-paciente. (1).

A finales de la década de 1970, el psiquiatra estadounidense George Engel promovió el paso de un modelo de salud médica a uno biopsicosocial, un modelo que ahora se utiliza comúnmente para explicar el cambio necesario para brindar atención centrada en la persona (2). Posteriormente nuevos artículos como "To Err Is Human" (1999) del Instituto de Medicina de EE. UU., destacaron la importancia de la atención centrada en el paciente para mejorar la seguridad y la calidad de la atención (3). En este punto ya se comienza a alentar un cambio en la visión de la medicina tradicional. En las décadas posteriores el tema fue cobrado relevancia.

## **Objetivo del modelo Atención Centrado en la Persona**

Actualmente la atención centrada en la persona se utiliza para referirse a muchos principios y actividades diferentes, y no existe una única definición consensuada del concepto. The London Health Foundation, sugiere en que consideremos el objetivo del modelo, más allá del propio significado, el cual es ayudar a las personas a desarrollar conocimientos, habilidades y confianza para una adecuada autogestión. Para ello proponen 4 enfoques: I. Ofrecer a las personas dignidad, compasión y respeto. II. Que la atención sea coordinada. III. Atención personalizada. IV. Apoyo para reconocer y desarrollar fortalezas y capacidades para permitirles vivir una vida independiente y plena (2).

## **Modelo de Cuidados Crónicos Expandido (E-CCM)**

Otros han adoptado el modelo ACP en problemáticas actuales, por ejemplo, el Modelo de Cuidados Crónicos Expandido (E-CCM), en cual sugieren interacciones más productivas entre pacientes informados y equipos de atención proactivos. Con el fin de facilitar el empoderamiento individual y comunitario para que todas las personas, tanto enfermas como sanas, puedan lograr un mayor sentido de control sobre su salud (4). También proponen centrarse en 2 áreas de enfoque: El sistema de salud y la comunidad; En el sistema de salud incluyen elementos como el soporte a la autogestión, la toma de decisiones, el diseño del sistema de entrega y los sistemas de información. Elementos esenciales para proporcionar atención de calidad y coordinar servicios que se alineen con las necesidades del paciente. En la comunidad: considera factores como la creación de políticas públicas saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de entornos de apoyo, fundamentales para fomentar un ambiente donde las personas puedan vivir de manera saludable.

En conjunto enfatizan en las "Interacciones Productivas" entre un paciente activado y un equipo de práctica proactivo. Esto sugiere que la atención eficaz se produce cuando los pacientes están comprometidos y capacitados para participar activamente en su propia atención, mientras que el equipo de salud está preparado y motivado para trabajar con ellos. En conclusión, al integrar el sistema de salud con la comunidad, el modelo aboga por un enfoque holístico que no solo se centra en la atención clínica, sino que también considera los determinantes sociales de la salud (4).

## **La Autogestión**

A partir de creciente uso del modelo ACP surge la necesidad de abordar uno de sus elementos centrales, la autogestión, dada la falta de consenso y claridad en cuanto al término. Van de Velde D. et al (5) en un análisis conceptual proponen una nueva definición usando el método de Walker y Avant, que consta de ocho pasos. En el estudio se identificaron 10 atributos esenciales para lograr la autogestión y los clasificaron en 3 grupos: atributos orientados a la persona, atributos orientados al entorno y atributos resumidos. Finalmente concluyeron que la autogestión es una habilidad que puede desarrollarse progresivamente, con la cual un individuo se vuelve activo, responsable, informado y autónomo para asumir la responsabilidad del control de sus comorbilidades. Esto en asociación con su red de apoyo y el proveedor de atención médica (5).

## **Personas con necesidades complejas de atención**

Debemos considerar que lograr que un individuo desarrolle la autogestión conlleva un cambio total en el estilo de vida. Aunado a esto se debe tener en cuenta que un gran porcentaje vive con múltiples comorbilidades, tratamientos, inadecuada red de apoyo, entre otros factores más. De acuerdo con un estudio publicado en The Lancet Healthy Longevity, en 2024, la prevalencia de que un adulto padezca dos o más comorbilidades puede oscilar entre el 20.7% y el 75.5% y en poblaciones de adultos mayores, la prevalencia puede llegar hasta el 93.1%. Mientras que la prevalencia de polifarmacia (5 o más fármacos) varió del 2,6% al 86,6% (6).

Abordar a este grupo de personas bajo un enfoque distinto es un reto importante. Un estudio realizado en 2024 incluyó el concepto de personas con necesidades complejas. Considerando principalmente la multimorbilidad, los problemas de salud mental y la vulnerabilidad social como principales diferenciadores. Además, propone que la toma de decisiones compartidas (TDC) en este grupo en específico, puede promover una participación más activa y mejoras en el proceso de atención de su salud. Ya que puede lograr que estos tomen decisiones más informadas y alineadas con sus valores y preferencias. (7).

La TDC ha mostrado ser un enfoque estrechamente relacionado al modelo ACP. sin embargo, también se menciona que existen barreras significativas que impiden su implementación, entre ellos problemas relacionados a la salud del paciente, falta de confianza y de compromiso, alineación entre las expectativas del paciente y las realidades del proceso, y problemas en la comunicación con el personal médico (7). En otro estudio cualitativo de entrevistas personales con 16 adultos que padecían múltiples comorbilidades en 2003 por Bayliss EA, et al. (8) informaron sobre alguna barrera que las personas consideraban no les permitía tener un buen autocuidado. Mencionan preocupaciones por la falta de información sobre sus padecimientos, déficits físicos y económicos, efectos adversos de medicamentos, emociones negativas y dificultades personales con los cambios de estilo de vida.

Es claro que la multimorbilidad, polifarmacia, problemas socioeconómicos, entre otros, influyen mucho en el proceso de autogestión. Es por ello la importancia de identificar aquellas personas que debería ser consideradas con necesidades complejas. Un estudio publicado en International Journal Integrated Care en 2017 por Kuluski K, et. al. (9) retomó el concepto de personas con necesidades complejas, agrupando a todo aquellos que presentaban múltiples enfermedades crónicas, deterioro funcional y cognitivo, problemas de salud mental y vulnerabilidad social. Lo cual coincide con estudios mencionados previamente por lo podemos inferir que toda persona con estas características debe ser considerada como una persona con necesidades complejas, pues favorecerá que su atención siguiendo el modelo ACP sea más personalizada.

## **Desafíos en la participación activa del paciente con necesidades complejas**

Las barreras de atención que las personas con necesidades complejas se pueden enfrentar engloban distintos ámbitos. Algunos predominaron sobre otros, sin embargo, se debe tener en cuenta la diferencias entre individuos. Debido a esto es difícil clasificar los limitantes en función de un grupo específico (Ejemplo: Aquellos que padecen únicamente

diabetes o aquellos que debutan con 3 enfermedades y además enfrentan problemas económicos). Encontrar las estrategias para ofrecer una atención individualizada es el objetivo primordial.

El estudio de Kuluski K, et. al. (9) abordan un conjunto de limitantes y soluciones a partir de experiencias de personas con necesidades complejas. Para ello las categorizan en 3 grupos: I. Las relaciones como base del cuidado; En esta categoría enfatizan en la necesidad de generar confianza y relación con el paciente y su red de apoyo. II. Procesos y estructuras de atención deseados; Integrar la atención sanitaria y social de forma proactiva: las necesidades de la persona como eje central y considerar en todo momento sus aspiraciones y emociones. III. Barreras y soluciones alternativas para la atención deseada; Hablan sobre la falta de servicios y entornos adecuados lo que a menudo ocasiona que los pacientes utilicen lo que está disponible en lugar de lo que es verdaderamente necesario o apropiado.

### **Comorbilidades como limitantes del proceso de autogestión**

A pesar de que modelos como la atención centrada en la persona promueven la participación activa de las personas, también se deben considerar que existen factores ligados a las propias personas y sus comorbilidades. En específico aquellas que puede limitar la autonomía tanto física como mental del individuo. Por ejemplo, una enfermedad que causa dolor crónico puede limitar la participación del paciente en su cuidado. Algunas enfermedades cronicodegenerativas pueden ocasionar complicaciones como perdida visual, o afectación órganos importes como riñones, corazón y cerebro, o tener efectos en su salud emocional.

Una revisión sistemática de 2014 en el que evaluaron en múltiples estudios con el objetivo de explorar las perspectivas de los pacientes que viven con múltiples enfermedades crónicas en relación con los desafíos de la autogestión. Destacaron el dolor crónico y la depresión como una de las principales limitantes. La depresión en personas con diabetes mellitus tipo 2 predijo baja autoeficacia, percepción pesimista de la enfermedad, menor adherencia a la medicación y mayor dificultad para seguir las recomendaciones dietéticas en la mayoría de los estudios (10). Dereze A. et al. (11) Analizaron múltiples estudios longitudinales, sobre como la depresión afectaba el control de diabetes mellitus tipo 2. En la gran mayoría de estudios encontraron que la depresión provocó una percepción pesimista de la enfermedad, menor adherencia a la medicación y mayor dificultad para seguir las recomendaciones dietéticas. Estos factores concomitantes en las comorbilidades suponen un reto en el proceso de autogestión. Además de hacer evidente la necesidad adoptar el modelo ACP en circunstancias como las antes mencionadas.

### **Asimetría de poder: ¿Cómo equilibrar la toma de decisiones?**

Como se ha mencionado anteriormente en este ensayo muchas estrategias que han adoptado por el modelo ACP enfatizan en la necesidad de implementar la toma de decisiones compartida (TDC). Pero también hemos hablado sobre la existencia de grupos de personas que viven con múltiples comorbilidades y como un porcentaje de estos,

también presentara limitantes tanto físicas como cognitivas que dificultan una TDC activa entre el prestador de salud y el paciente.

Tradicionalmente se entiende que existe un predominio del modelo “paternalista” en el cual el médico es quien decide el curso de acción a seguir al tratar una enfermedad. Algunos estudios como el de Cribb A, et al (12) concuerdan en que una de las mayores desventajas de este modelo es que tiende a minimizar la responsabilidad del paciente lo que puede resultar en un menor apego a su propio autocuidado. Además de no ofrecer un enfoque personalizado. En cuanto al modelo de TDC establecen que una de las mayores ventajas es la autonomía que paciente puede desarrollar, sin embargo, también consideran que una de las grandes limitantes es que los médicos deben desarrollar habilidades avanzadas para llegar a acuerdos, lograr una reflexión sobre los deseos y necesidades del paciente y un buen manejo emocional. Brown EL et al. (13) destacan un factor muy importante que limita la TDC y lo describen como la vulnerabilidad medicolegal pues reflejar la preocupación de un médico por la posibilidad de enfrentarse a desafíos profesionales o legales en caso de resultados negativos del manejo clínico de un paciente.

El éxito de la toma de decisiones compartida (TDC) se centra en la experiencia respectiva del paciente y del profesional sanitario y depende de la participación efectiva de ambas partes. El estudio Shared decision making between older people with multimorbidity and GPs: a qualitative study por Brown EL et al. (13); destaca algunos puntos que podrían abordarse como posibles estrategias para mejorar una TDC. Entre los puntos destaca una modificación de los lineamientos clínicos pues muchos de los que existen se basan en la enfermedad y no consideran otros aspectos del paciente, además propician la vulnerabilidad medicolegal. Una de las justificaciones se basa en que las recomendaciones a nivel poblacional no siempre se aplicaban a su grupo de pacientes. Otro punto que resaltan es siempre ofrecer una adecuada orientación sobre la enfermedad, el tratamiento o las opciones terapéuticas, para que el paciente pueda tomar una decisión informada. Enfatizan en la necesidad de capacitaciones para el personal de salud, sobre cómo aplicar el modelo de la TDC en la práctica diaria. Y por último mencionan que al modificar los tiempos de atención es más probable que los pacientes se adhieran a los tratamientos, pues se toma más tiempo en explicar y resolver cuestionamientos.

## Conclusión

A lo largo del ensayo partimos de la idea general sobre el modelo de atención centrado en la persona, y como surge a partir de una necesidad. Pues el análisis evidencia que las mayores resistencias no surgen de los pacientes, sino de un actual sistema rígido que reduce a la persona a una simple patología. Es por ello la importancia de cuestionar nuestro modelo actual y buscar uno que se adapte a la realidad. Por ello también enfatizamos en la necesidad de adaptar el modelo a personas con necesidades complejas.

Desde la experiencia clínica día con día vemos personas que viven con múltiples comorbilidades, que tienen una red de apoyo nula o incluso que viven con limitantes físicas para las cuales el sistema de salud no está preparado. Y que al final repercutirán en el control de sus enfermedades. Por ello creemos que deberían desarrollarse políticas públicas enfocadas a un manejo más integral del paciente, y de hacer más accesibles recursos y herramientas para que acompañados de un personal médico capacitado en el

desarrollo de habilidades de autogestión puedan lograr un relación proactiva y compartida.

Sabemos que los retos aún son enormes, pues lograr una transición entre un modelo profundamente arraigado en nuestra sociedad puede conllevar a la resistencia, tanto del personal sanitario como de las personas. Es claro que modelo de atención centrado en la persona ha demostrado un avance en la atención médica y en la relación médico-paciente.

1. ¿Qué fue lo mejor del módulo y del periodo correspondiente de su estancia en el centro de salud a través del proyecto?

Fue el hecho de comenzar el desapego del modelo tradicional, cuando iniciamos aún tenemos esa costumbre de ver a la enfermedad y no a la persona. Durante el primer módulo pude reflexionar sobre cómo es necesario considerar las experiencias, las emociones, los deseos y las necesidades de las personas. Pues así me permite no juzgar o catalogar a la persona en primera instancia y pensar en sus necesidades al tratar su enfermedad.

2. ¿Qué fue lo que no me gustó del módulo y del periodo correspondiente de su estancia en el centro de salud?

Que si bien recibimos la parte teórica y conocemos de que trata el modelo ACP hay cosas que son completamente distintas en la práctica clínica y que limitan seguir lo que vemos en el módulo. Durante mi estancia en la unidad que no se le da el suficiente reconocimiento al modelo y lo ven como una herramienta más para ofrecer atención médica.

3. ¿Cuáles son las propuestas, concretas y directas, que podrían mejorar el módulo, sus objetivos, contenidos, método de trabajo o cualquier otro aspecto del mismo?

Y ¿cuáles son las propuestas, igualmente concretas y directas, que podrían mejorar la atención de personas con enfermedades crónicas, de acuerdo con el proyecto, en el centro de salud

Considero que debería haber más capacitación sobre la toma de decisiones compartida, pues en la práctica clínica hay situaciones en las que seguir el modelo resulta complicado. Por ejemplo, ¿un paciente descontrolado que realmente necesita un medicamento, pero al dialogar este prefiere no tomarlo quien debería ceder? El médico o el paciente o como llegar a un acuerdo sin comprometer la salud.

En el centro de salud creo que debería haber más difusión a la autoridades y personal de los beneficios de un modelo ACP son mayores que seguir con el modelo tradicional. Para disminuir esa resistencia al cambio.

## Referencias

1. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. *¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi.* Aten Primaria. 2021;54(1):102232. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102232.
2. Health Foundation. *Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care.* London: Health Foundation; 2016.

3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. *The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model*. Hospital Quarterly. 2003;7(1):73-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14674182/>
5. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. *Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis*. BMJ Open. 2019;9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775.
6. Knox L, Longo W, Fink D, et al. *Prevalence of multimorbidity and polypharmacy: A systematic review*. The Lancet Healthy Longevity - Europe. 2024;1:100002. doi:10.1016/j.laneur.2024.100002.
7. Perron ME, Hudon C, Roux-Levy PH, Poitras ME. *Shared decision-making with patients with complex care needs: a scoping review*. BMC Prim Care. 2024;25:390. doi:10.1186/s12875-024-02633-9.
8. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. *Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases*. Ann Fam Med. 2003;1(1):15-21. doi:10.1370/afm.4.
9. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson MLA. *Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care*. Int J Integr Care. 2017 Jul 21;17(4):2. doi: 10.5334/ijic.2944. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5624113/>.
10. Liddy C, Blazkho V, Mill K. *Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: Systematic review of the qualitative literature*. Can Fam Physician. 2014 Dec;60(12):1123-33.
11. Derese A, Gebreegziabhere Y, Medhin G, Sirgu S, Hanlon C. *Impact of depression on self-efficacy, illness perceptions and self-management among people with type 2 diabetes: A systematic review of longitudinal studies*. PLoS One. 2024 May 6;19(5):e0302635. doi:10.1371/journal.pone.0302635.
12. Cribb A, Entwistle VA. *Shared decision making: trade-offs between narrower and broader conceptions*. Health Expect. 2011;14(2):210-9. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00694.x.
13. Brown EL, Poltawski L, Pitchforth E, Richards SH, Campbell JL, Butterworth JE. *Shared decision making between older people with multimorbidity and GPs: a qualitative study*. Br J Gen Pract. 2022;72(721):e609-e618. doi: 10.3399/BJGP.2021.0529.

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

#### **Introducción**

En nuestro país, el número de personas que viven con una o más enfermedades crónico-degenerativas ha aumentado de manera significativa en los últimos años. Es cada vez más frecuente en la práctica clínica encontrar pacientes que presentan dos o más padecimientos crónicos simultáneamente, lo que repercute de forma considerable en su calidad de vida. Enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares no solo afectan la funcionalidad física del individuo, sino que también se asocian con deterioro emocional, pérdida de autonomía y un elevado gasto económico, tanto para las personas afectadas como para el sistema de salud. Ante este panorama, resulta fundamental que quienes viven con estas condiciones crónicas desarrollen habilidades de autocuidado y estrategias de adaptación que les permitan mantener un control adecuado de su salud, prevenir complicaciones y mejorar su bienestar.

Son múltiples los factores que determinan el control de las enfermedades, en primer lugar, la atención médica juega un papel crucial, pues su objetivo debería ser, prevenir o evitar la progresión de la enfermedad haciendo participar a la persona, dotándole de conciencia sobre su padecimiento y habilidades que le permitan disfrutar de una mejor calidad de vida, sin embargo, muchas de las veces esta atención solo se centra en la enfermedad, sin considerar preferencias y experiencias de la persona. Lo que desencadena un mal apego al tratamiento y complicaciones futuras. Otro factor fundamental son las redes de apoyo. Durante mi práctica diría haber convivido con múltiples “pacientes”, cada uno con una dinámica de vida muy distinta, pero algunos con similitudes. Cuando estos acuden acompañados de familia, parejas, amigos o incluso tienen la oportunidad de estar con otras personas que viven con las mismas enfermedades, logran tener una mayor percepción de su enfermedad, se encuentran con mayor motivación y confianza para afrontar los desafíos futuros. En contraste, aquellos pacientes que enfrentan su condición en aislamiento, sin una red de apoyo sólida. Estos por lo general suelen presentar mayores dificultades para adherirse a las recomendaciones médicas, experimentar sentimientos de desesperanza, e incluso abandonan el tratamiento.

Las redes de apoyo no solo cumplen una función emocional, sino también instrumental, ya que contribuyen a que el paciente recuerde sus medicamentos, acuda a sus citas médicas o adopte hábitos de vida más saludables. Es por ello que surge la necesidad de investigar con mayor profundidad esta relación: ¿realmente existe una diferencia significativa en el control de la enfermedad entre quienes cuentan con redes de apoyo y quienes no? ¿Qué tipo de apoyo resulta más eficaz? ¿Cómo puede el personal de salud fomentar o integrar este tipo de soporte dentro del manejo clínico habitual? A través de una revisión sistemática, se espera aportar respuestas a estas interrogantes, evidenciando la relevancia de las redes de apoyo como una herramienta terapéutica complementaria y fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con enfermedades crónicas.

## **Objetivos**

- **Objetivo General**

Analizar el impacto de las redes de apoyo en la adherencia al tratamiento, el autocuidado y la evolución clínica de personas con enfermedades crónico-degenerativas.

- **Objetivos específicos**

1. Identificar los tipos de redes de apoyo (familiares, sociales, comunitarias o institucionales) más frecuentemente reportados en la literatura científica como influyentes en el manejo de enfermedades crónico-degenerativas.
2. Examinar el papel de las redes de apoyo en el fomento del autocuidado
3. Analizar cómo las redes de apoyo influyen en indicadores clínicos y resultados de salud (como control glucémico, presión arterial, funcionalidad, entre otros).
4. Explorar diferencias en el impacto del apoyo social según el tipo de enfermedad crónica, el contexto sociocultural o el grupo etario.

## **Protocolo de la revisión sistemática**

Planteamiento del problema origen de la revisión sistemática.

Vivir con una enfermedad crónica implica mucho más que seguir un tratamiento; también depende de las circunstancias cotidianas que rodean a cada persona. En el lugar donde realizo mi práctica médica acuden personas que viven con múltiples limitaciones, problemas de movilidad, procesos cognitivos que dificultan su orientación, forman parte de la población activamente laboral e incluso familias dependen de ellos. Algunos viven con sus hijos, otros con su pareja o solos. El tiempo para realizar actividad física es limitado o nulo, la alimentación saludable es difícil por la accesibilidad de los recursos o el tiempo de preparación. Limitaciones que dificultan el control de sus padecimientos. Sin embargo, personas que se enfrentan a estas barreras logran mantener un proceso activo en su autocuidado. Acuden a su consulta con regularidad, siguen sus tratamientos, cuidan su alimentación, realizan actividad física en casa. Cuando conversas con estas personas, identificas que el componente emocional y social juega un papel importante. Pero también existe una constante, la presencia de redes de apoyo sólidas.

Durante la consulta acuden acompañados de hijos, hermanos, parejas o incluso solos, pero al interactuar e indagar sobre su dinámica de convivencia social identificas la presencia de redes de apoyo, comprendiendo como estas personas ofrecen acompañamiento, apoyo emocional, e incluso cosas tan sencillas pero importantes como los recordatorios para la toma de medicamentos. El resultado, fomentan la adopción de hábitos saludables, y lo más importante lo hacen por el bienestar físico y emocional de la persona. Algunos otros encuentran sus redes de apoyo fuera de la familia, con personas que viven su misma situación, al compartir un estilo de vida generan un vínculo de pertenencia que al final favorece a su persona. Eh sido testigo de ello con los grupos de consejo asesor, donde personas que nunca se conocieron han logrado profundizar en la confianza y aprendizaje mutuo. Por el contrario, también hay quienes carecen de estas redes y tienden a mostrar mayor dificultad para alcanzar sus metas

terapéuticas y, con frecuencia, presentan un control deficiente de su condición. No es una regla general pues existen excepciones. Sin embargo, considero que es un factor que debe estudiarse ya que condiciona una mejoría en aquellos que cuentan con redes de apoyo.

### **Justificación revisión sistemática**

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad continúa representando una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México. De acuerdo con datos del INEGI (2023), las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus ocuparon el primer y segundo lugar, respectivamente, entre las principales causas de muerte en el país (1). En la Ciudad de México, aproximadamente el 12.7 % de la población de 20 años y más ha sido diagnosticada con diabetes, lo que la convierte en una de las entidades con mayor prevalencia. En cuanto a hipertensión arterial, cerca del 20.2 % de la población en el mismo grupo de edad la padece. Por su parte, la obesidad afecta al 12.2 % de los adolescentes de entre 12 y 19 años, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 (2). Estos datos reflejan la magnitud de un problema de salud pública vigente y complejo en nuestro país, determinado por múltiples factores de origen biológico, social y ambiental.

La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021 estimó que la población de 53 años y más asciende a 25.9 millones de personas, de las cuales el 43.3 % padece hipertensión arterial y el 25.6 % diabetes (3). Estas cifras han mostrado un incremento sostenido en los últimos años, lo cual impacta negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

A pesar de la implementación de diversas estrategias para mejorar el control de estos padecimientos, los resultados aún son poco alentadores. Según la ENSANUT 2022, solo el 36 % de las personas con diabetes alcanzan un control adecuado de la enfermedad, y en el caso de la hipertensión, el porcentaje es aún menor, con solo el 33 % de los pacientes controlados (4).

Estos datos reflejan no solo la magnitud del problema, sino también las limitaciones persistentes en el abordaje actual de las enfermedades crónicas en este grupo etario. En respuesta, han surgido modelos de atención centrados en la persona que reconocen las necesidades individuales, preferencias y contextos de vida del paciente, promoviendo su participación activa en el autocuidado. Dichos enfoques han mostrado resultados prometedores en algunos contextos.

Sin embargo, en la práctica clínica cotidiana es necesario integrar otros determinantes que también influyen en el control de la enfermedad, como las redes de apoyo social, familiares y comunitarias, las cuales pueden desempeñar un papel clave en la adherencia al tratamiento, la toma de decisiones compartidas y el bienestar general del paciente.

El acompañamiento que reciben las personas en el proceso de enfermedad juega un papel fundamental, pues condiciona un estado de mejoría, cuando estas ofrecen acompañamiento emocional, asistencia en la movilidad, colaboración en el cumplimiento del tratamiento médico y ayuda con las actividades de la vida diaria, pues contribuye de manera positiva al

bienestar físico y psicológico del paciente. Además, la presencia constante de una red de apoyo fortalece la adherencia terapéutica y disminuye la sensación de aislamiento, aspectos cruciales en el manejo de enfermedades crónicas.

Las redes familiares constituyen el pilar fundamental en la provisión de cuidados y acompañamiento para las personas adultas mayores. Según datos de la ENASIC, en aquellos sin discapacidad, el cuidado recae principalmente en la pareja (49.2 %), seguida por hijas o nietas (32.4 %) y, en menor proporción, por hijos o nietos (11.3 %) (3).

No obstante, la disponibilidad y calidad de estas redes varía significativamente según el contexto social, económico y cultural. En muchos casos, la fragilidad o ausencia de redes familiares puede derivar en abandono, aislamiento y un mayor deterioro de la salud física y mental. Ante esta realidad, fortalecer las redes de apoyo se ha convertido en una estrategia clave para promover un envejecimiento digno, activo y con mejor calidad de vida, especialmente en situaciones de enfermedades crónicas y dependencia funcional.

Esta revisión es relevante para las personas atendidas en el primer nivel de atención, porque puede visibilizar la importancia del acompañamiento social y familiar en su proceso de salud-enfermedad, contribuyendo a un enfoque más integral y humano en su atención. Para el centro de salud puede ofrecer elementos para desarrollar intervenciones comunitarias, estrategias de educación para la salud y políticas centradas en la participación de las familias y redes sociales como recursos terapéuticos complementarios. Para el equipo de pasantes, porque permite desarrollar habilidades desde un enfoque biopsicosocial, haciéndole participar de proyectos que involucren no solo al paciente sino a su entorno, permitiéndole reconocer a la persona como alguien que puede desarrollar las habilidades necesarias para llevar un adecuado control de sus padecimientos.

En cuanto al valor teórico, esta revisión aportará una comprensión más profunda sobre cómo las redes de apoyo influyen en el control de enfermedades crónicas, al tiempo que visibiliza factores sociales que pueden potenciar o limitar el autocuidado. También permitirá identificar si existen diferencias en el control de la enfermedad entre quienes cuentan con redes de apoyo y quienes no, lo que puede tener implicaciones para la práctica clínica. Estos hallazgos podrían generar nuevas estrategias que integren a la familia o al entorno social como parte del tratamiento, especialmente en pacientes con pobre control metabólico o escasa adherencia.

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

**P:** Personas adultas con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, dislipidemias y obesidad) atendidas en centros de salud de primer nivel.

**I:** Presencia de redes de apoyo (familiares, sociales o de ayuda mutua).

**C:** Ausencia o debilidad de redes de apoyo.

**O:** Nivel de control de la enfermedad crónica (control glucémico, presión arterial, perfil lipídico, peso).

¿Cómo influye la presencia o ausencia de redes de apoyo en el control de enfermedades crónicas en personas adultas atendidas en centros de salud de primer nivel?

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

- Chronic Disease / Enfermedades Crónicas
- Social Support / Apoyo Social
- Primary Health Care / Atención Primaria de Salud
- Family / Familia
- Self Care / Autocuidado
- Patient Care / Cuidado del Paciente
- Medication Adherence / Adherencia al Tratamiento
- Aged / Adulto mayor,
- Caregivers / Cuidadores
- Patient Compliance
- Diabetes
- Hipertensión/Hypertension
- Obesidad/Obesity

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

- Revisiones sistemáticas y metaanálisis
- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)
- Investigaciones experimentales
- Estudios
- observacionales:
- Estudios de cohortes, casos y controles y transversales.
- Guías de práctica clínica:
- Documentos oficiales que incluyan recomendaciones basadas en evidencia
- Estudios cualitativos y de métodos mixtos:

### **Criterios de inclusión.**

- Población mayor 18 años con enfermedades crónicas atendida en primer nivel de salud.
- Estudios que aborden redes de apoyo (familiares, sociales o comunitarias) y su relación con el control o manejo de enfermedades crónicas.
- Publicados en español o inglés.
- Publicados en los últimos 15 años.

### **Criterios de exclusión.**

- Estudios en población pediátrica o sin diagnóstico de enfermedad crónica.
- Investigaciones realizadas fuera del primer nivel de atención.
- Estudios que no aborden redes de apoyo como variable principal o secundaria.
- Opiniones, editoriales, cartas al editor o estudios sin metodología clara
- Publicaciones en idiomas distintos al español o inglés.
- Estudios anteriores a los últimos 15 años.

## Estrategia de búsqueda.

La búsqueda bibliográfica electrónica, se realizará utilizando múltiples bases de datos como:

- PubMed/MEDLINE
- Cochrane Library
- Google Scholar
- Scielo
- Utilizando palabras y términos antes descritos, siguiendo la siguiente estructura para recuperar la mayor información posible: (Población o condición de salud) AND (Intervención) AND (resultado)

### Ejecución

Búsqueda en PubMed:

Algoritmo de búsqueda	Resultado	Utilizado
: ("Enfermedad Crónica"[Mesh]) Y "Apoyo Social"[Mesh]) Y "Cumplimiento del Paciente"[Mesh] Filtros: Ensayo Clínico, Meta-Análisis, Ensayo Controlado Aleatorizado, Revisión Sistemática, Inglés, Español, Humanos, Adulto: 19+ años, desde 2015 hasta 2025	9	1
((((("Diabetes Mellitus"[Mesh])) OR "Hypertension"[Mesh]) OR "Obesity"[Mesh]) AND "Social Support"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh] Filtros: Ensayo Clínico, Meta-Análisis, Ensayo Controlado Aleatorizado, Revisión Sistemática, Inglés, Español, Humanos, Adulto: 19+ años, desde 2015 hasta 2025	50	13

Búsqueda en Scielo

Algoritmo de búsqueda	Resultado	Utilizado
(((enfermedades crónicas) AND (diabetes)) OR (hipertensión) OR (obesidad)) AND (redes de apoyo)) AND (control)	4	0
(((enfermedades crónicas) AND (diabetes)) OR (hipertensión) OR (obesidad)) AND (redes de apoyo))	10	1
(((Chronic Disease) AND (diabetes)) OR (Hypertension) AND (Obesity)) AND (Social Support)	1	0

(diabetes )) OR (Hypertension) OR (Obesity)) AND (Social Support)	0	0
---	---	---

Búsqueda en Google Scholar:

Algoritmo de búsqueda	Resultado	Utilizado
enfermedades crónicas, AND diabetes, OR hipertensión, OR obesidad, AND redes de apoyo, AND control	4	1
redes de apoyo, AND diabetes, OR hipertensión, OR obesidad, OR dislipidemia, AND control	207	0
redes de apoyo familiar, AND diabetes, AND control glucémico	165	2

Búsqueda en Cochrane:

Algoritmo de búsqueda	Resultado	Utilizado
disease Chronic en Título Resumen Palabra clave AND social support en Título Resumen Palabra clave AND Patient Compliance en Título Resumen Palabra clave - con fecha de publicación en la Biblioteca Cochrane Entre Jan 2010 y Jan 2025	160	0

### Síntesis de datos (resultados)

Búsquedas en PubMed

Autor y año	Tipo de estudio	Objetivo	Resultados principales

<b>Schulman-Green et al., 2021</b>	Metasíntesis cualitativa	Explorar cómo los cuidadores familiares apoyan la autogestión en enfermedades crónicas que limitan la vida.	Identificaron tres temas: centrarse en necesidades de la enfermedad del paciente, activar recursos para cuidarse como cuidador y apoyar al paciente. Se propuso una taxonomía de factores que influyen en su rol: características personales, salud, recursos, ambiente y sistema de salud. Los hallazgos indican que el papel del cuidador familiar es multidimensional, con numerosas tareas y habilidades necesarias para apoyar la autogestión del paciente.
<b>Gyawali et al., 2021</b>	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados	Evaluar el efecto de una intervención dirigida por voluntarias comunitarias en pacientes con diabetes tipo 2 en Nepal.	El grupo intervención mostró reducción significativa en glucosa en ayuno ( $-22.86 \text{ mg/dL}$ ) frente a un aumento en el grupo control ( $+7.38 \text{ mg/dL}$ ); diferencia media: $-27.9 \text{ mg/dL}$ (IC 95%: $-37.62$ a $-18.18$ ; $p<0.001$ ). También mejoró la adherencia al tratamiento.
<b>Withidpanyawong et al., 2019</b>	Ensayo clínico aleatorizado prospectivo	Evaluar el impacto de una intervención familiar dirigida por farmacéuticos en pacientes con diabetes tipo 2.	El grupo intervención tuvo una mayor reducción de HbA1c ( $-1.37\%$ ) frente al grupo control ( $-0.21\%$ ) al cabo de 9 meses. También se observaron mejores puntuaciones en conocimientos, adherencia, apoyo familiar, autocontrol y autoeficacia ( $p<0.05$ ).
<b>Pesantes et al., 2018</b>	Ensayo clínico aleatorizado de factibilidad con enfoque cualitativo	Explorar experiencias de apoyo familiar en pacientes con diabetes tipo 2 en Lima, Perú.	Familiares brindan apoyo emocional e instrumental (preparación de comidas, recordatorios de medicación). Algunos comportamientos fueron percibidos como control o vigilancia. El apoyo social es mixto: a veces útil, a veces contraproducente.
<b>Bouldin et al., 2017</b>	Estudio transversal	Evaluar si tener un cuidador	Pacientes con cuidador informal reportaron mayor adherencia a medicamentos (OR = 1.93;

		informal influye en el autocuidado de adultos con diabetes mal controlada.	IC 95%: 1.07–3.49; $p = 0.028$ ). No se observaron diferencias significativas en otros comportamientos de autocuidado.
<b>Vissenberg et al., 2017</b>	Cuasi-experimental + cualitativo	Evaluar una intervención grupal basada en redes sociales en barrios desfavorecidos.	Participantes del grupo intervención mostraron mejor comprensión de la autogestión (DSM) y aplicaron estrategias más complejas. Mejoraron la adherencia, actividad física y uso de sustituciones alimentarias.
<b>Shen et al., 2017</b>	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados	Evaluar una intervención con participación familiar para hipertensión en zonas rurales de China.	El grupo intervención mostró mejor frecuencia de medición de PA (OR 9.00), mejor adherencia (OR 1.74) y mayor tasa de control a mediano plazo (OR 0.67; IC 95%: 0.40–0.93). A largo plazo no hubo diferencias.
<b>Shi et al., 2016</b>	Estudio prospectivo comparativo	Evaluar efectos de la participación familiar en educación para pacientes con diabetes tipo 2 recientemente diagnosticados.	El grupo intervención mejoró significativamente en HbA1c (de 9.73% a 5.30%), calidad de vida (SF-36), peso (IMC), conocimientos, y actitudes hacia la enfermedad.
<b>Ayala et al., 2015</b>	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar eficacia de un programa de apoyo entre pares en diabetes tipo 2	El grupo intervención redujo HbA1c ( $-0.4\%$ ) frente al control. Se observó mayor impacto en quienes recibieron $\geq 6$ contactos. Mejora en hábitos alimenticios y autoeficacia.

		en población latina.	
<b>Assah et al., 2015</b>	Ensayo no aleatorizado	Medir el efecto de una intervención comunitaria entre pares en el control metabólico en Camerún.	Reducción significativa de HbA1c ( $-3.0\%$ en intervención vs $-1.3\%$ en control). También mejoraron el colesterol total, glucemia en ayunas, IMC y presión arterial diastólica ( $p<0.001$ ).
<b>Soto et al., 2015</b>	Estudio transversal basado en Ensayo clínico aleatorizado	Explorar la relación entre distintas fuentes de apoyo social y conductas de autocuidado en latinos rurales.	El apoyo personal fue el predictor más fuerte de conductas saludables. El apoyo familiar promovió dieta y ejercicio. El apoyo médico no se relacionó con mejores A1C ni hábitos.
<b>Whittle et al., 2014</b>	Ensayo clínico aleatorizado	Comparar intervención de autocontrol de hipertensión dirigida por pares vs seminarios de profesionales.	Ambos grupos redujeron presión arterial sistólica ( $-3.5$ mmHg vs $-5.4$ mmHg, $p=0.24$ ). La intervención entre pares no fue superior a la dirigida por profesionales.
<b>Shaya et al., 2014</b>	Estudio parcialmente aleatorizado	Evaluar intervención basada en redes sociales para diabetes tipo 2 en Baltimore.	El grupo intervención logró mayor reducción de HbA1c ( $-0.32\%$ ) y glucosa en sangre ( $-10.6$ mg/dL), además de mejoras en autoeficacia, peso, calidad de vida y conocimiento.
<b>Piwoński et al., 2012</b>	Estudio transversal poblacional	Evaluar la asociación entre nivel de apoyo social y	Menor apoyo social se asoció con menos actividad física, más tabaquismo, menos

		conductas de salud cardiovascular.	automonitoreo de PA y peor adherencia en mujeres.
--	--	------------------------------------	---

Búsqueda en Scielo:

Autor y año	Tipo de estudio	Objetivo	Resultados principales
<b>Jiménez-Navascués et al., 2015</b>	Estudio cualitativo biográfico	Analizar estilo de vida y percepción del cuidado en personas hipertensas y diabéticas.	Identifican que el apoyo familiar y vecinal motiva el autocuidado, aunque se reconoce que este es responsabilidad individual.

Búsqueda en Google Scholar:

Autor y año	Tipo de estudio	Objetivo	Resultados principales
<b>Joanico Morales, 2014</b>	Estudio transversal analítico	Evaluar relación entre redes sociales y control metabólico en pacientes del IMSS.	Aunque 73% reportó apoyo social, solo el 7% tenía control óptimo. No hubo relación directa entre apoyo y HbA1c.
<b>Rosas-Amaro et al., 2022</b>	Revisión sistemática	Revisar la relación entre apoyo familiar y control glucémico en adultos con diabetes tipo 2.	La mayoría de estudios evidencian asociación positiva entre apoyo y mejor HbA1c, aunque algunas diferencias por tipo o intensidad del apoyo.
<b>Miranda-Félix, s/f</b>	Revisión sistemática	Identificar literatura sobre relaciones intrafamiliares y autocuidado en diabetes tipo 2.	Se destaca que el apoyo familiar (hijos, cónyuges) facilita conductas de autocuidado y mejora el control de la enfermedad.

### Recomendaciones

Los estudios seleccionados para esta revisión sistemática permiten comprender el impacto de distintas formas de redes de apoyo (familiares, comunitarias y entre pares) en el control y autocuidado de enfermedades crónicas, especialmente diabetes tipo 2 e hipertensión. A través de enfoques cuantitativos y cualitativos, se identificaron múltiples beneficios asociados al

acompañamiento social, desde mejoras clínicas (HbA1c, presión arterial, peso) hasta aspectos psicosociales como la autoeficacia, el conocimiento y la calidad de vida. Los hallazgos también permiten derivar un conjunto de recomendaciones prácticas para fortalecer la participación de las redes de apoyo en programas de salud crónica.

### **El apoyo familiar y control glucémico.**

La evidencia muestra que la participación activa de la familia mejora significativamente el control glucémico, el conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 (4) (5). Por lo que se recalca la necesidad de implementar estrategias para impulsar tanto la educación del paciente como de su círculo familiar. Especialmente cónyuges e hijos, pues brindan tanto apoyo emocional como instrumental en la mayoría de los casos. Sin embargo, es importante también evaluar la calidad del apoyo. En algunos casos los pacientes perciben estas acciones como formas de control o vigilancia (6) (7).

### **Apoyo entre pares**

Otro punto fundamental que debe evaluarse con profundidad es el apoyo entre pares y su efecto en el autocuidado. En algunos estudios se examinó el papel que una persona de la comunidad puede tener al ser capacitada para apoyar a quienes viven o se encuentran en las mismas condiciones, con lo que se han encontrado efectos importantes como reducciones en hemoglobina glucosilada, mejor adherencia al tratamiento y mejoras significativas en conductas saludables. Diversos estudios han evidenciado el potencial de este enfoque para mejorar los desenlaces clínicos y conductuales en pacientes con enfermedades crónicas. Por ejemplo, en Nepal, Gyawali et al. (8) evaluaron una intervención basada en visitas domiciliarias realizadas por voluntarias comunitarias capacitadas. Esta estrategia logró una reducción significativa de la glucosa en ayuno ( $-22.86 \text{ mg/dL}$ ) en comparación con el grupo control, junto con mejoras en la adherencia al tratamiento.

Un factor clave que se debe considerar en el apoyo entre pares es la frecuencia con la que las personas tienen contacto con otro. Pero si esta es baja el resultado no será adecuado. Esto se observó en el estudio de Ayala et al. 2015, donde observó que la frecuencia de contacto es un factor crítico: pues quienes recibieron al menos 6 interacciones mostraron mejores resultados (9).

En contraste, Whittle et al. (10) compararon una intervención dirigida por pares con seminarios impartidos por profesionales de salud, y no encontraron diferencias significativas en la reducción de la presión arterial sistólica entre ambos grupos. Estos hallazgos refuerzan la idea de que la efectividad del apoyo entre pares puede depender de la estructura, calidad y seguimiento de la intervención.

### **Redes sociales ampliadas y resultados mixtos.**

Además del apoyo familiar o entre pares, diversas investigaciones han explorado el papel de las redes sociales ampliadas (entendidas como el conjunto de relaciones personales más allá del núcleo familiar: amistades, vecinos, compañeros de comunidad, organizaciones religiosas o clubes

sociales) en la promoción del autocuidado y el control de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.

Las redes sociales tienen el potencial de influir en la salud por múltiples vías: reforzando conductas saludables, ofreciendo recursos emocionales y prácticos, o fomentando la participación en actividades colectivas relacionadas con la salud. Sin embargo, los resultados obtenidos en la literatura son variados y en ocasiones contradictorios.

Un estudio realizado por Vissenberg et al. (11) en los Países Bajos implementó una intervención grupal basada en redes sociales dirigida a personas con diabetes tipo 2 de bajos ingresos en comunidades urbanas. Los participantes del grupo intervención mostraron una mayor comprensión del manejo de la diabetes, mayor adherencia al tratamiento y uso de estrategias complejas como sustituciones alimentarias y mejora en la actividad física, en comparación con el grupo control.

De forma similar, Shaya et al. (12) desarrollaron una intervención de base comunitaria que promovía la formación de pequeños grupos organizados por pacientes, quienes asistían juntos a sesiones educativas sobre diabetes. A los seis meses, el grupo intervención logró una mayor reducción de la HbA1c ( $-0.32\%$ ) y de la glucosa en sangre ( $-10.6 \text{ mg/dL}$ ). También se observaron mejoras significativas en calidad de vida, autoeficacia y conocimiento de la diabetes. Estos hallazgos sugieren que la activación de vínculos sociales existentes puede potenciar la efectividad de los programas de educación en salud, al facilitar la motivación y la continuidad.

En cambio, otros estudios no lograron establecer una asociación directa entre la percepción de redes sociales amplias y el control clínico. Joanico Morales (13), en un estudio transversal con pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reportó que, aunque el 73% de los encuestados percibía apoyo social, solo el 7% alcanzaba un control glucémico adecuado, y no se observó correlación significativa entre ambas variables. Estos datos invitan a considerar no solo la presencia de una red, sino también la calidad, frecuencia e impacto real del apoyo ofrecido.

### **Aspectos cualitativos y percepción del apoyo**

En el contexto de las enfermedades crónicas que limitan la vida, el papel del cuidador familiar se vuelve fundamental para sostener la autogestión del paciente en el hogar. A diferencia de los profesionales de salud, los cuidadores familiares asumen responsabilidades complejas de forma continua, muchas veces sin preparación formal ni reconocimiento institucional. Este acompañamiento abarca desde tareas médicas básicas hasta el apoyo emocional y la toma de decisiones compartidas, lo que convierte al cuidador en una figura central dentro de las redes de apoyo. Para comprender en profundidad cómo se configura este rol y cuáles son sus desafíos, resulta clave analizar las experiencias documentadas en la literatura.

El estudio de Schulman-Green et al. (14), una meta síntesis cualitativa, integra hallazgos de múltiples investigaciones cualitativas para explorar en profundidad cómo los cuidadores familiares apoyan la autogestión de personas que viven con enfermedades crónicas que limitan la vida. A

través del análisis de 27 estudios, los autores identifican que este rol es complejo, dinámico y multifactorial, y está influenciado por factores emocionales, sociales, prácticos y estructurales.

## **Conclusiones**

Los resultados de esta revisión sistemática evidencian de manera consistente que las redes de apoyo desempeñan un papel relevante en el autocuidado y control de enfermedades crónicas. La mayoría de los estudios incluidos demuestran que la presencia de una red de apoyo sólida mejora variables clínicas como la hemoglobina glucosilada (HbA1c), la presión arterial y el índice de masa corporal, así como aspectos psicosociales clave como la autoeficacia, el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Sin embargo, la implementación efectiva de estas redes de apoyo enfrenta desafíos estructurales y contextuales importantes. En muchos entornos, especialmente en comunidades de bajos recursos, donde la informalidad y la sobrecarga del cuidador familiar limitan el alcance del apoyo.

Otro problema común es la desigualdad en la disponibilidad de redes de apoyo funcionales. No todos los pacientes cuentan con familiares cercanos, capacitados o comunidades organizadas. En zonas rurales o socialmente marginadas, esta carencia puede traducirse en mayor aislamiento y abandono terapéutico. Aunque algunos estudios muestran que los programas de apoyo entre pares pueden compensar parcialmente esta ausencia, su efectividad depende de la frecuencia del contacto, la formación del voluntario y la sostenibilidad de la intervención en el tiempo.

Asimismo, varios estudios señalan que no basta con la presencia de una red de apoyo; es fundamental analizar la calidad del vínculo, el tipo de ayuda brindada y la percepción del paciente. En algunos casos, el apoyo familiar puede derivar en dinámicas de control, conflicto o sobreprotección que obstaculizan el autocuidado autónomo. Además, intervenciones mal estructuradas pueden generar dependencia o reducir la responsabilidad percibida del paciente sobre su propia salud.

Frente a estos desafíos, se proponen varias soluciones viables y adaptables: Como implementar programas de formación básica para cuidadores familiares y voluntarios comunitarios, que los dote de herramientas de comunicación, contención emocional y conocimientos médicos esenciales.

Integración institucional de las redes de apoyo: los sistemas de salud pueden incluir activamente a cuidadores y promotores pares en los planes de atención, reconociendo formalmente su papel e incorporándolos en el seguimiento clínico del paciente. Diseño de intervenciones flexibles y culturalmente contextualizadas: no todas las comunidades responden igual a los mismos modelos de apoyo.

Es clave adaptar los programas a las características culturales, sociales y lingüísticas de cada grupo poblacional. Uso de tecnología para ampliar redes: plataformas digitales, grupos de WhatsApp, llamadas telefónicas o aplicaciones móviles pueden facilitar el acompañamiento entre pares.

Apoyo psicosocial al cuidador: además de capacitar a los cuidadores, es indispensable crear espacios de escucha y contención para ellos, como grupos de ayuda mutua, atención psicológica gratuita o beneficios laborales en el caso de cuidadores trabajadores.

En suma, el fortalecimiento de las redes de apoyo no debe verse como un complemento opcional, sino como un componente esencial e interdependiente del manejo integral de enfermedades crónicas. Su éxito requiere no solo voluntad individual, sino también estructuras organizativas que reconozcan respalden y valoren el papel de quienes cuidan y acompañan. Solo así se podrá avanzar hacia un modelo de atención más humano, sostenible y centrado en la persona.

## Referencias

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). En México, 80% de las muertes de todas las edades corresponde a enfermedades no transmisibles México Gd, editor. Ciudad de México; 2024.
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. [Online]; 2018. Acceso 10 de JUNIO de 2025. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentation\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentation_resultados.pdf).
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). ENCUESTA NACIONAL PARA EL SISTEMA DE CUIDADOS (ENASIC). [Online]; 2022. Acceso 11 de junio de 2025. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC\\_23](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23).
4. Withidpanyawong U LSSW. Intervención familiar de farmacéuticos para la diabetes tipo 2: un ensayo controlado aleatorizado. Consejos de Educación para Pacientes. 2019; 102(1).
5. Shi M XMLZDXZYSHea. Effectiveness of family involvement in newly diagnosed type 2 diabetes patients: a follow-up study. Patient Educ Couns. 2016; 99(9).
6. Pesantes MA, Del Valle A, Diez-Canseco F, Bernabé-Ortiz A, Portocarrero J, Trujillo A, Cornejo P, Manrique K, Miranda JJ. Apoyo familiar y diabetes: experiencias de pacientes de un hospital público en Perú. Res. de Salud Cualificada. 2018; 28(12).
7. Jiménez Navascués María Lourdes, Orkaizaguirre Gómara Aintzane, Bimbela Serrano María Teresa. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. Index Enferm. 2015; 24(4).
8. Gyawali B, Sharma R, Mishra SR, Neupane D, Vaidya A, Sandbæk A, Kallestrup P. Effectiveness of a female community health volunteer-delivered intervention in reducing

blood glucose among adults with type 2 diabetes: an open label, cluster randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(2).

9. Ayala GX, Ibarra L, Cherrington AL, Parada H, Horton L, Ji M, Elder JP. Puentes hacia una mejor vida: Resultado de una intervención de apoyo entre pares para el control de la diabetes. *Ann Fam Med*. 2015.

10 Whittle J, Schapira MM, Fletcher KE, Hayes A, Morzinski J, Laud P, Eastwood D, Ertl K, Patterson L, Mosack KE.. Un ensayo aleatorizado de apoyo para el autocontrol de la hipertensión administrado por pares. *Am J Hipertensos*. 2014; 27(11).

11 Vissenberg C, Nierkens V, van Valkengoed I, Nijpels G, Uitewaal P, Middelkoop B, Stronks K. El impacto de una intervención basada en redes sociales en los comportamientos de autogestión entre pacientes con diabetes tipo 2 que viven en barrios socioeconómicamente desfavorecidos: un enfoque de métodos mixtos. *Scand J Salud Pública*. 2017.

12 Shaya FT, Chirikov VV, Howard D, Foster C, Costas J, Snitker S, Frimpter J, Kucharski K.. Efecto de la intervención de las redes sociales en la diabetes tipo 2: un estudio aleatorio parcial.. *J Salud Epidemiológica Comunitaria*.. 2014; 69(4).

13 Joanico Morales, B.. Influencia de las redes sociales y factores asociados al control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF 9.. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2014.

14 Schulman-Green D, Feder SL, Dionne-Odom JN, Batten J, En Long VJ, Harris Y, Wilpers A, Wong T, Whittemore R.. Family caregiver support of patient self-management during chronic, life-limiting illness: a qualitative metasynthesis. *J Fam Nurs*. 2021; 27(1).

15 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). [Online]; 2021. Acceso 11 de junio de 2025. Disponible en:  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf).

16 Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022 (ENSANUT Continua 2022). [Online]; 2022. Acceso 11 de junio de 2025. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>.

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

Construcción de entornos saludables: Los Encuentros de personas con enfermedades crónicas

El primer encuentro en el que tuve la oportunidad ser participante fue el 7º Encuentro y se desarrolló el día 15 de noviembre del 2024, en las instalaciones del centro de salud Dr. José Castro Villagrana, con un total de 7 participantes. El tema tratado fue el autocuidado, un tema que se fue abordando a lo largo de varios talleres cada 2 semanas. Inicialmente los talleres iniciaron con una sola persona que acudía a las sesiones y junto con mi copasante decidieron que era importante hablar sobre el autocuidado haciendo énfasis en el amor propio. En cada oportunidad invitamos a personas a unirse, algunas veces estas acudían, pero no había mucha constancia, sin embargo, el tema se desarrolló con la Sra Aidee y algo que recuerdo ella siempre nos contaba que todos los días se paraba frente a su espejo y se decía a sí misma que uno debe amarse para poder cuidarse. El resultado del taller es un cartel donde se resume lo necesario para lograr el autocuidado basado en el amor propio y la autopercepción. Se anexa al final de este proyecto. Rumbo al encuentro realizamos carteles que fueron colocados en lugares visibles para las personas que acuden al centro de salud, invitando a todo aquel interesado. En las sesiones en la UAM Xochimilco realizamos algunos ensayos sobre la forma ideal de formar un grupo de discusión, a través de la relatoría de experiencias relacionadas con nuestro paso por el proyecto. El día del encuentro afortunadamente tuvimos una respuesta aceptable y el grupo de discusión pudo tener una participación activa, lograron definir necesidades para una mejor autogestión de sus padecimientos, compartieron experiencias y sentimientos. Y sobre todo pudieron proponer como grupo temas que ayudarían a mejorar su control y el de los demás. Entre ellos el tema de hipoglucemias, actividad física, medicina alternativa y alimentación. Mi aportación al consejo asesor durante el proceso fue diseñar actividades que pudieran lograr que los asistentes expresaran sus emociones, dudas, experiencias sobre como ellos hacían para lograr un autocuidado. Algo que recuerdo mucho fue cuando hicimos actividades que en casa podían realizarse como manualidades, origami, colorear mandalas, escuchar música, todo con el objetivo de generar nuevas habilidades y acciones que pueden compartir con la familia y personas que viven sus mismos padecimientos.

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 03/Septiembre/ 2024</b>
---	-----------------------------------

**1. Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
Reyes Camara Aidee Romana	F	62		

<b>RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO REALIZADO EL DÍA 21 DE OCTUBRE SESIÓN 7</b>
--

<b>Las emociones en la familia</b>	
<b>Hora de inicio:</b> 10:30	<b>Hora de finalización:</b> 12:00

### **Bienvenida y encuadre**

Iniciamos la cuarta reunión del taller a las 10:30 de la mañana, dando la bienvenida a la señora Aidee quien asistió el día de hoy. Posteriormente explicamos el objetivo del taller (generar espacios de reflexión y de acción respecto al tema el autocuidado de enfermedades crónicas), y mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

### **II. Dialogo sobre las emociones en la familia y como afectan mi enfermedad**

Después de dar la bienvenida, comenzamos pidiendo que nos contara cual fue su aprendizaje con respecto al último encuentro.

- Sra Aide: “Me gusto la participación de otras personas, siento que ayuda a reflexionar a como otros viven con su enfermedad” Como continuidad con el taller empezamos conociendo el contexto familiar en que la Sra. Aide vive.
- Sra Aide: “Yo vivo con mi esposo e hijos, mi padre falleció y mi mamá ahora está algo enferma, nos turnamos con mis otros hermanos (9 hermanos) para su cuidado, pero hay muchos problemas entre nosotros últimamente” … “Ya no nos reunimos casi” Nos cuenta sobre su experiencia como cuidadora de su mamá y las dificultades que eso conlleva para disponer de tiempo para ella y su enfermedad. Como guía para no desviarnos del tema principal, preguntamos sobre ¿Cómo estas emociones afectan su salud?
- Sra Aidee: “Me enojo muy rápido, soy una persona que explota muy rápido, eso me preocupa por que hace que se me suba el azúcar” ¿Qué hago para tranquilizarme?
- Sra Aidee: “Cuando puedo me hago un té que me baja el azúcar, eso me ayuda a sentirme más tranquila”

Hacemos una breve pausa para analizar cómo lida con sus emociones

- Sra Aidee: “Me pongo a pensar que, si yo me enojo, la que se va a sentir mal soy yo” … “Cierro los ojos y digo que me voy a sentir mejor”..” Trato de darme un tiempo para mi, para bañarme, vestirme, ponerme guapa, que me guste lo que veo en el espejo”

Preguntamos si hay algo que le relaje y podría servirles a otras personas para lidiar con sus emociones

- Sra Aidee: “Me gusta canalizar mis emociones escuchando música y cantarla” ...”En mi familia bailamos mucho, eso nos ayudaba cuando estábamos enojados”

Analizamos como estas actividades podrían ser aplicadas en el taller, y surgió la idea de compartir música y reflexionar sobre cómo nos hacía sentir. E incluso se propusieron algunas ideas.

- Sra Aidee: “Me gustaba antes cuando existían los grupos en la clínica y hacíamos actividad física”

Analizando la dirección del taller se le propuso realizar una actividad, en un rotafolio se anotaron ideas de acuerdo a una pregunta eje. ¿Qué significa para mi vivir con una enfermedad crónica?

En el momento del diagnóstico:

Sra Aidee: “ Sentí miedo, preocupación por mi familia, ya que estaba embarazada de mi hijo” ... “No aceptaba mi enfermedad”

En la actualidad:

Sra Aidee: “Hoy mi mayor problema es la alimentación, se me antoja comer chocolates y no puedo” “siento frustración” “He aceptado en cierto modo mi enfermedad”

Recuperando el tema de la familia y las emociones la Sra Aidee nos platicó que actualmente cuenta con el apoyo de su familia, sin embargo, no le gusta hablar de su enfermedad para no preocupar a su familia. Nos dice también que no le molesta no hablar del tema. Otro de los factores que resalta el taller es como le afecta ser cuidadora de su mamá, pues en los momentos que la cuida descuida su enfermedad.

Damos unos minutos más para reflexionar sobre como estas emociones en la familia afectan a su enfermedad y proponemos que para el siguiente taller donde también se hablará de un tema relacionado se analice más y se propongan nuevas ideas para manejo de las emociones y que estas ayuden a otros.

A las 12:15 damos por terminada la tercera reunión del taller, agradeciendo a todos los participantes y acordamos que la siguiente reunión será hasta el lunes 23 de septiembre a las 10:30 de la mañana.

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan</b> <b>CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 07/Octubre/ 2024</b>
---	--------------------------------

## 2. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
Reyes Camara Aidee Romana	F	62	X	

RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO REALIZADO EL DÍA 07 DE OCTUBRE	
SESIÓN	
¿Cómo manejamos las emociones?	
<b>Hora de inicio:</b> 10:30	<b>Hora de finalización:</b> 12:15

### Bienvenida y encuadre

Iniciamos la cuarta reunión del taller a las 10:30 de la mañana, dando la bienvenida a la señora Aidee quien asistió el día de hoy. Posteriormente explicamos el objetivo del taller (generar espacios de reflexión y de acción respecto al tema el autocuidado de enfermedades crónicas), y mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

### I. Actividad “el camino de mi vida”

La actividad consistió en que cada uno de los participantes dibujara un camino en el cual plasmara su pasado, presente y futuro con dibujos, palabras y colores. Se dieron unos cuantos minutos y al finalizar la actividad cada uno compartió su dibujo. La sra. Aide dibujó un camino curvo, donde se plasmó al lado de su esposo en el momento en que fue diagnosticada de diabetes (pasado), y nos explicó que, aunque tuvo miedo e incertidumbre siempre se sintió apoyada por su pareja. En la actualidad se dibujó a ella junto a su familia pues considera que actualmente son su fuente de apoyo. Y como futuro se plasmó al final del camino al lado de su pareja, pero dejando atrás a sus hijos, y nos contó que espera que en un futuro ellos hagan su vida y ella pueda disfrutar sus últimos años cuidado de su salud al lado de su esposo.

### II. Estrategias para canalizar nuestras emociones

¿Que nos gustaría aprender? Y que esto se pueda compartir con los demás

Sra Aide: “Me gustaría hacer muchas cosas, pero siento que mi cuerpo ya no puede.” “A veces tejo, canto, bailo y siempre he tenido la idea de aprender inglés, incluso me metí a un curso hace muchos años, pero se me hace muy difícil. También hacia manualidades, de papel, pero no soy mucho de eso incluso veces me duelen mucho mis manos. Intenté pintar cerámica, pero no podía por las técnicas, eran muy difíciles”

Dialogamos sobre las posibles estrategias y concluimos que como la Sra. Aidé tiene la habilidad de tejer y además es una actividad que a ella le resulta tranquilizadora podría en sesiones siguientes enseñarnos un poco de ello. Además, si surge la posibilidad de que más personas se unan al grupo en sesiones posteriores sugerirles que nos enseñen alguna de sus actividades que los hace sentir tranquilos. También se propuso actividades nuevas como pintar en lienzos, aprender las bases de un

nuevo idioma, o intentar hacer manualidades con materiales que se tienen en casa. Se acordó que una sesión antes del último encuentro se realice algunas de estas actividades.

#### Estrategias propuestas

1. Pintar
2. Tejer
3. Hacer manualidades
4. Aprender un nuevo idioma (inglés)

### **III. Invitación al 7º encuentro de personas con enfermedades crónicas**

Se prosigue a realizar la invitación a 7º encuentro que se llevara a cabo el dia 15 de noviembre en las instalaciones del centro de Salud. Explicamos de que trata el encuentro y las actividades que se realizaran en el mismo. Contamos sobre los resultados que se han obtenido en otros centros de salud y finalmente le extendemos la invitación a la Sra. Aidé.

### **IV. Propuesta del lema para el 7º encuentro de personas con enfermedades crónicas**

Sra Aide: “Me gustaría que sea más personal como y refleje lo que hemos venido trabajando en las reuniones. Des pues de algunas propuestas se llegó a la conclusión de elegir el lema: “yo me cuido porque me amo y me respeto”

También se comentó que se haría un cartel para invitar a más personas al encuentro, por lo que la Sra Aide sugirió que él se incluyera algo referente al lema. Por lo que surge la idea de colocar alguien que se sienta bien consigo mismo al verse al espejo, pues refleja un poco lo que la Sra Aide realiza y nos ha comentado en algunas ocasiones.

### **V. próximas sesiones**

La Sra Aide propone que las sesiones continúen cada 15 días pues se le dificulta acudir semanalmente por lo que se proponen 2 sesiones más antes del encuentro.

- 21 octubre de 2024 10:30 AM → Reunión con familiares “como percibe mi familia a mi enfermedad”
- 04 noviembre 2024 10:30 AM → Compartir estrategias para canalizar emociones
- Viernes 15 de noviembre → 7º Encuentro

A las 12:15 damos por terminada la reunión del taller, agradeciendo a todos los participantes y acordamos que la siguiente reunión será hasta el lunes 21 de Octubre las 10:30 de la mañana.

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan</b> <b>CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 21/Octubre/ 2024</b>
---	--------------------------------

**3. Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
Reyes Camara Aidee Romana	F	62	X	
Martha Vazquez	F	60	X	
Ana Maria Flores Lara	F	69	X	

<b>RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO REALIZADO EL DÍA 21 DE OCTUBRE</b>	
<b>SESION 8</b>	
<b>¿Cómo percibe mi familia a mi enfermedad?</b>	

**VI. Bienvenida y encuadre**

Iniciamos la cuarta reunión del taller a las 10:30 de la mañana, dando la bienvenida a Los participantes. Posteriormente explicamos el objetivo del taller (generar espacios de reflexión y de acción respecto al tema el autocuidado de enfermedades crónicas), y mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

**VII. Actividad “escribiéndome una carta”**

Se explica en que consiste la actividad, escribir una carta a si mismo con el objetivo de profundizar en sus sentimientos y generar un espacio de autorreflexión. Al finalizar preguntamos su experiencia con la actividad a cada participante. Durante la actividad la Sra. Ana nos comentó que no sabe leer ni escribir. La Sra. Aidé sugirió que realizara la actividad del camino de mi vida que se realizó en sesiones pasadas. Con lo que se obtuvo un buen resultado.

Sra Ana: “Me resultó difícil, no se dibujar muy bien y también es difícil pensar en uno mismo”. No cuenta el momento de su diagnóstico, que inicio con una infección, aunque le resulta difícil aceptar su enfermedad actualmente se siente contenta

Sra Aide: “Creo que deberíamos escribirnos cartas más seguido. Cosa que muchas veces no hablamos nosotros mismos. Además, nos ayuda a sacar aquello que tenemos guardado”

Sra Martha: "Muchas veces hablamos con diferentes personas, pero solo expresamos lo que queremos. Cuesta trabajo hablarse a sí mismo.

Sra Ana: "Yo tengo mucho apoyo de mi hijo y estoy muy agradecida con ello. Pero si es difícil hablar con uno mismo. A veces si hablo sola conmigo".

### **VIII. ¿Como influye la familia, amigos, conocidos en el proceso de vivir con enfermedades crónicas?**

Sra Martha: "He aprendido mucho de Aide sus estados de ánimo, como vive con diabetes y cuando tengo dudas le pregunto y me ha ayudado a entender a mi esposo con diabetes. Recientemente me diagnosticaron diabetes, aunque no me siento mal porque lo presentía. Ella es mi ejemplo. Cuando me diagnosticaron estaba mi esposo y él solo me dijo bienvenida al club, también le Conté a mis hijos y su reacción fue que debíamos comenzar a cuidarnos.

Sra Aide: "Mi familia es mi apoyo y fuera de mi familia mi concuña Martha es mi mejor amiga y con quien puedo hablar de cómo me siento"

Sra Ana: "Mi único apoyo es mi hijo. Apenas me diagnosticaron, pero yo antes me reusaba a acudir al médico. Ahora es el quien me acompaña a mis citas y me da mis medicamentos"

Sra Martha: Yo viví como mi esposo se negaba a aceptar la enfermedad. Y muchas veces ellos ven a la diabetes como si fuera el cáncer. Una condena de muerte

Sra Ana. Al principio me costaba mucho pero ahora eh aprendido a aceptar la enfermedad y gracias a que tengo todo el apoyo de mi hijo

Sra Aide: Estoy en proceso de aceptación, pero mi hijo ahora tiene problemas de glucosa y aun le cuesta aceptarlo. Y la preocupación ahora es diferente.

Sra Ana: También tengo familiares que padecen diabetes. Desde un punto de vista de la familia es difícil hacer que cambien sus hábitos que acudan al médico o que cambien sus hábitos de alimentación. Mi mama nunca se cuidó o tomo algún, medicamento y lamentablemente falleció.

### **IX. ¿Ha cambiado su forma de relacionarse en familia desde que se enteró del diagnóstico?**

Sra Ana. "Mi convivencia con mi hijo no cambio, la verdad es que me sigue cuidando como siempre"

Sra Martha: "Cuando diagnosticaron a mi esposo yo quería sobreprotegerlo. Pero se reúsa aun a aceptar su enfermedad. Ahora entiendo cómo se siente"

Sra Aide. En ese momento mis hijos estaban pequeños. Mi esposo trataba de ayudarme, pero sus hábitos de alimentación no cambiaron y me era difícil mejorar los míos. Ahora con lo de mi hijo.

Si hemos cambiado hábitos de alimentación tratando de no comprar esto y aquello para que ellos se alimenten bien

Sra Martha: Ellos a veces se molestan porque creen que no estamos comiendo bien. O veces le digo a mi hijo que no coma eso porque se me antoja, pero me dice que él no está enfermo y se me hace más difícil.

#### **X. ¿Le gustaría que su familia o amigos cambien algo para que usted se sienta mejor?**

Sra Ana: A mí me gustaría que mi hijo no coma cosas que me hacen daño frente a mí. He tratado de hablar con él pero lo toma de broma. Últimamente hace el esfuerzo.

Sra Aidee: Igual sobre la alimentación me gustaría que nos ayudaran a eso. Pero también es importante que si ellos no lo hacen nosotros hacer ese esfuerzo por nosotros mismos.

Sra Martha: Mi esposo compra fruta, pero come mucha. Y siento que no es bueno comer tanta.

Durante la conversación la Sra Ana comenta que siente mucha necesidad de estar comiendo todo el día. La Sra Aide le aconseja tener frutas o verduras picadas para estar comiendo en ratos y así tratar de disminuir sus ganas de estar comiendo todo el tiempo. Como lo hace ella.

#### **XI. Conclusión**

Para finalizar hablamos de la importancia de tener redes de apoyo (familia, amigos, conocidos, vecinos) ya que como lo platicamos durante la sesión juegan un papel importante en la vida de las personas que viven con enfermedades crónicas. Sin embargo, también surge la necesidad de concientizar aquellos con los que conviven para desarrollar estrategias en conjunto con el objetivo de ayudar a las personas que viven con enfermedades crónicas, a mejorar en hábitos alimenticios, comprender su frustraciones y emociones. Por último, finalizamos la reunión acordando la última sesión antes del 7º Encuentro. En la cual se llevará a cabo algunas actividades que podría formar parte de las estrategias para canalizar las emociones. (Pintar, dibujar, tejer o escuchar canciones). También se extiende nuevamente la invitación para participar en el 7º Encuentro de personas con enfermedades crónicas.

#### **XII. Próximas sesiones**

- 04 noviembre 2024 10:30 AM → Compartir estrategias para canalizar emociones
- 15 noviembre 2024 09:00 AM → 7º Encuentro de personas con enfermedades crónicas

A las 12:30 damos por terminada la reunión del taller, agradeciendo a todos los participantes.

#### **Producto final para 7º Encuentro**



## Relatoría 7º Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b> <b>TLALPAN</b>	<b>Coordinador(a):</b> <b>DANIELA LINARES ZAVALA</b>	<b>Página: 2 DE 11</b>
<b>Relator(a):</b> <b>MISAELO NIETO LUGO</b>	<b>Grupo:</b> <b>CST. III DR.JOSÉ CASTRO VILLAGRANA</b>	<b>Fecha:</b> <b>15/11/2024</b>

### 4. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Miguel	M	73	CST-III Dr José Castro Villagrana
Ulises	M	27	CST-III Dr José Castro Villagrana
Natalia	F	69	CST-III Dr José Castro Villagrana
Aidee	F	63	CST-III Dr José Castro Villagrana
Martha	F	59	CST-III Dr José Castro Villagrana
María	F	40	CST-III Dr José Castro Villagrana
José Luis	M	73	CST-III Dr José Castro Villagrana

## 5. Datos del Taller

**Objetivo del taller:**

**Conocernos, conectarnos, entre nosotros y compartir que es vivir con una enfermedad crónica.**

**Hora de inicio: 9:50**

**Hora de finalización: 10:55**

## 6. Agenda del taller:

Horario	Actividad
9:50	Presentación de coordinador(a) y relator(a)
9:51	2. Presentación de cada persona integrante del grupo
9:56	3. Encuadre: Explicar qué va a trabajar el grupo Cómo va a trabajar el grupo Las reglas del grupo Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente) Dudas respecto a la dinámica del grupo
10:00	4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias 5. Cierre: ¿Qué aprendimos en esta sesión?
10:45	Puntos importantes a presentar en la plenaria Agradecimiento y cierre de la sesión grupal. Volver a la plenaria.
10:50	

## 7. Descripción detallada del taller:

*Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller*

*Utilice tantas hojas como sea necesario*

**Dinámica de presentación: OPCIONAL**

**Diálogo en parejas:**

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

Aproximadamente 10 minutos

Las parejas formadas platican acerca de:

¿Cuál es su enfermedad o enfermedades crónicas y desde hace cuánto tiempo?

¿Cuáles son sus principales aspiraciones viviendo con sus enfermedades crónicas?

¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?

**NOTA:**

*Si se considera pertinente y se valora que el grupo contará con el tiempo suficiente, puede realizarse esta dinámica de presentación. Las preguntas pueden modificarse por otras orientadas a que las personas se conozcan un poco más*

*Relatora o relatos; por favor:*

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

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

**Descripción detallada del taller:**

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

**2º momento**

**Diálogo en el grupo de discusión**

Aproximadamente 60 minutos

1. **¿Qué es lo que piensan de los carteles (infografías) que se les mostró?**

2. **¿Creen que algunas recomendaciones le ayudaron o ayudarán?**

3. **¿Qué piensan de los datos presentados por las autoridades de la UAM?**

4. **¿Qué cambios/ metas han logrado para el control de sus enfermedades?**

5. **¿Quiénes comparten los mismos objetivos?**

6. **¿Cuáles son sus metas o logros a futuro?**

7. **¿Qué limitante es la que consideran como grupo que evita que hagan esos cambios?**
8. **¿Qué cambios les gustaría comenzar a realizar?**
9. **¿Alguna propuesta para desarrollar en los próximos 6 meses?**

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

**2º momento**

**Diálogo en el grupo de discusión (continua)**

Se dieron unos minutos para que los participantes observaran los temas hablados durante los talleres y también los de otro centro de salud (Cuauhtémoc). Al finalizar dimos comienzo al dialogo en grupo y la coordinadora pregunto su opinión acerca de las infografías:

**1. ¿Qué es lo que piensan de los carteles (infografías) que se les mostró?**

- Miguel: nos comenta que lo que aborda es importante, principalmente los cambios en la alimentación. Comenta que todo se trata de una situación difícil, ya que, es el resultado de los malos hábitos.

**2. ¿Creen que algunas recomendaciones les ayudarán o les ayudaron?**

- Miguel: habla sobre La alimentación correcta pero que esta siempre se debe ajustar al presupuesto. También comenta que el ejercicio es clave, incluso hacer el esfuerzo de intentarlo, y ser conscientes de su situación.

-Ulises: interviene ya que no comprende a lo que nos referimos con salud emocional.

La coordinadora explica que las emociones son una parte fundamental en el control de las enfermedades pues influyen positivamente pero también de forma contraria. Y saber reconocerlas y aprender autogestionarlas es parte fundamental de los talleres.

-Ulises: Nos expresa su inquietud como cuidador principal de su abuelita para informarse sobre que alimentos podría comprar para que su abuelita Natalia tenga una dieta saludable, considerando igual la parte económica.

- Natalia: Expresa que eso le ayudaría mucho. También nos explica que no puede ver lo que hay en los carteles ya que no sabe leer ni escribir.

3. ¿Qué piensan sobre los datos que hoy no mostró la representante de la UAM?

- José Luis: (tuvo dificultad para expresar sus palabras, ya que fue un momento emotivo para él). Explicó que él ha sentido el cambio desde que está en programa, y nos contó su experiencia con atenciones médicas previas en las que la atención brindada solo consistía en recibir medicamentos. Incluso en el momento de su diagnóstico no resolvieron todas las dudas que él tenía. Pensaba que se trataba de una enfermedad mortal, donde no había salvación.

-Martha: Ella retomó la experiencia de José Luis y explicó que su comadre (Aidee) fue quien le ayudó a saber más sobre su enfermedad pues recién le diagnosticaron. Y finalmente nos habla de cómo las sesiones del taller le han enseñado mucho a reflexionar sobre sus padecimientos.

La coordinadora retoma lo hablado y concluye que el hecho de explicar a las personas a lo que se enfrentan con su enfermedad les ayuda en el proceso de aceptación y control de estas.

- Aidee: Cuenta como fue durante los inicios de su diagnóstico, y como a lo largo del tiempo ha ido aprendiendo mucho a base de su experiencia y con lo que todos los médicos le hablan. También nos platica que durante los talleres le gusta compartir lo que sabe y que a la vez aprende mucho de los asesores.

-Ulises: Él comenta que cuando vio las cifras presentadas anteriormente se sorprendió. Además, nos contó que muchas veces ignoramos los síntomas de la enfermedad por miedo a acudir al médico. Finalmente nos platicó que raíz del diagnóstico de su abuelita han hecho muchos cambios.

-Aidee: Continua con lo mencionado por Ulises y explica que el amor propio es lo más importante pues, aunque muchas veces la familia no cambie sus hábitos ellos lo deben hacer poniendo límites. Nos cuenta como ella se pone límites con las cosas dulces. Y finaliza diciendo: "Nosotros somos los que dicen sí o no".

. La coordinadora retoma lo comentado y nos habla que en muchos casos vivir con nuestra familia puede ayudarnos, ya que con el apoyo de ellos podemos lograr cambios con mayor facilidad.

4. ¿Qué cambios/ metas han logrado para el control de sus enfermedades?

- Miguel: Retoma lo mencionado por Aidee y explica que se debe evitar lo que es malo para la salud principalmente en la alimentación. Aunque muchas de las veces se le ha dificultado, pero también comparte con el grupo que eso no es una limitante.

La Coordinadora ahondó en lo hablado por Miguel y pregunta sobre los cambios consideran contribuyen a mejorar su control de sus padecimientos

-Miguel: Considera 3 puntos claves:

- i. Tomar sus medicamentos a sus horas
- ii. Cambios en la alimentación
- iii. Ejercicio

5. La coordinadora pregunta al grupo si alguien comparte los mismos objetivos

-José Luis: Explica que veía a las personas con diabetes comer de todo, pero se dio cuenta que consumir cosas dulces como bebidas azucaradas y otros, elevaban sus niveles de glucosa a niveles muy altos.

La coordinadora concluye a partir de lo mencionado que la alimentación es uno de los factores donde principalmente se deben hacer cambios.

-Ulises: él nos cuenta como ha implementado cambios en la alimentación y que muchas veces incluye a su abuelita en la preparación de los alimentos. También nos compartió que su nuevo objetivo es realizar actividad física con ella.

-Martha: Se incluye a la conversación mencionando que hay que tener mucho amor propio y no depender de los demás, sino que ellos mismos deben comenzar a disciplinarse.

La coordinadora retoma lo mencionado y recapitula sobre algunos objetivos o metas que fueron surgiendo durante la conversación: El amor propio, Cuidar la alimentación y el Ejercicio. Además, pregunta al grupo cual otro objetivo/meta consideran que no se ha tomado en cuenta.

## 6. ¿Cuáles son sus próximas metas a futuro?

- Aidee: propone que se hablé sobre el ejercicio, y retoma el ejemplo de José Luis que se le dificulta hacer ejercicio porque no sabe cómo realizarlo adecuadamente. Incluso propone que se hable de ejercicios que se pueden hacer desde casa.

. Miguel: No da algunos ejemplos de los ejercicios que él hace y además nos cuenta que acude desde su casa a la clínica caminando y también nos platica que el ejercicio es una cuestión de disciplina.

## 7. La coordinadora pregunta al grupo qué limitante es la que consideran como grupo que evita que hagan esos cambios.

- La mayoría concluye que se debe a falta de conocimiento sobre el ejercicio.

- Martha: Propone que se haga algo enfocado a ejercicios de relajación pues considera que el estrés es un factor importante que evita que lleguen a su control.

- José Luis: Concuerda con Martha en que las preocupaciones hacen que tenga muchos problemas para controlar sus enfermedades

8. ¿Cómo les gustaría comenzar a realizar esos cambios?

- José Luis: De nuevo nos platica que es difícil empezar ya que no saben cómo realizar ejercicio.

- Miguel: Nos cuenta sobre una experiencia realizado ejercicio donde tuvo una crisis de hipoglucemia y no sabía qué medidas tomar para evitar o qué hacer cuando ocurre un episodio así.

-Martha Retoma lo mencionado por Miguel y nos cuenta como le sucedió a su marido una situación similar y que acudió con Aidee para saber más del tema. Además, concluye que muchas de las veces no saben qué hacer en esas situaciones.

-Aidee: Comparte al grupo como ella se siente en un episodio de hipoglucemia y que es lo que hace en esos casos (comer algo dulce). Igual menciona que es algo diferente en cada persona y que se debe estar al pendiente y prestar mucha atención

-La coordinadora resume los objetivos presentados hasta ahora

- Ter una mejor calidad de vida
- Aprender nuevas rutinas de ejercicio
- Cómo reconocer y qué hacer ante una hipoglucemia

9. Y pregunta al grupo ¿Alguna otra propuesta para realizar los próximos 6 meses?

- Miguel: Expresa que le gustaría saber qué hacer durante un episodio de hipoglucemia.

- Aidee: Comenta que le gustaría hablar sobre las hipoglucemias en próximos proyectos. Además, expresa una nueva propuesta, hablar sobre herbolaria, como alternativa a algunos medicamentos, puesto que muchas ocasiones en la clínica no hay todos los medicamentos. Y comparte al grupo sobre un té que le ha ayudado a bajar sus niveles de glucosa.

-Miguel: Igual comparte un remedio que utilizó, pero no le funcionó

Finalmente, la coordinadora habla de los logros que obtuvimos en el taller, ya que en muchos de ellos los participantes pudieron reconocer emociones, y encontrar método de autogestionarlas. Resume todos los nuevos objetivos de los participantes en la plenaria de hoy:

- Aprender nuevas rutinas de Ejercicios
- Hablar sobre hipoglucemias ¿Qué hacer y cómo identificarlas?
- Alternativas terapéuticas a medicamentos
- Cambios en los hábitos alimenticios

### **Cierre del Taller:**

#### **¿Qué aprendimos hoy?**

**- Aidee:** Expresa que le gusta que ahora sean más las personas que integran el grupo. Y los invita a que así sea en las próximas reuniones, para poder hablar sobre sus experiencias y además les ayuda a aprender más de sus enfermedades.

**-José Luis:** Concluye que es necesario hacer cambios para tener una mejor calidad de vida

**-Ulises:** Desde su perspectiva familiar habla que aprendió que hay mucho que debe considerar en el cuidado de su abuelita.

Para finalizar la coordinadora agradece la participación de todos, así como su asistencia al encuentro. De igual forma lo hace la representante de la UAM e igual invita a todos a participar en las próximas reuniones.

(la mayoría de los participantes se ven animados e incluso fijan algunos días en los que les es posible acudir y mencionan que les gustaría participar en las sesiones posteriores)

**Coordinador o coordinadora:** *Recuerden agradecer la participación de las personas tanto en el Encuentro como en el grupo de discusión en particular, e invitar a las personas a volver a la plenaria.*

### **Rumbo al 8º Encuentro de personas con enfermedades crónicas.**

Posterior al 7º Encuentro la respuesta de una parte de los asistentes fue muy positiva, el grupo creció. El grupo decidió trabajar bajo la modalidad de **Proyecto**, enfocándose en la elaboración de una herramienta educativa centrada en la identificación, manejo y prevención de las **hipoglucemias** en personas con diabetes. Esta decisión se tomó a partir de una lluvia de ideas en la que se identificaron los temas de mayor interés y necesidad para el grupo.

La elección se reforzó tras escuchar testimonios que evidenciaban la falta de información clara y accesible sobre el tema. Así, se propuso elaborar un Manual colectivo de Hipoglucemias, producto construido de forma participativa con lenguaje sencillo, ilustraciones y experiencias reales. Para ello nos reuníamos cada 2 semanas y hacíamos actividades acordes al nuevo apartado del manual desde el diseño de la portada hasta las definiciones. Se realizó también una carta descriptiva con una propuesta de los temas, fechas y actividades planeadas con el objetivo planear de forma adecuada el contenido del proyecto.

También se llegó al acuerdo en antes de cada sesión se realizaría 30 minutos de activación física la cual tiene el objetivo de aprender técnicas adecuadas y que más personas se sientan interesadas a sumarse al proyecto.

El día del Encuentro, se recibió a más de la mitad de las personas confirmadas, quienes acudieron a la unidad con entusiasmo. El evento inició con las palabras de bienvenida, seguidas por la presentación de autoridades de la UAM, quienes mostraron los resultados del modelo participativo.

Posteriormente se expuso el avance del Manual de Hipoglucemias, reconociendo el esfuerzo colectivo del Consejo Asesor. Se llevó a cabo un grupo de discusión, donde los asistentes compartieron sus

experiencias en el cuidado de la salud, los beneficios del proyecto y la importancia de continuar promoviendo iniciativas participativas.

Al finalizar, se propuso dar continuidad al Consejo Asesor, estableciendo nuevas líneas de trabajo en salud comunitaria y fortaleciendo el liderazgo de los propios usuarios como agentes activos de su cuidado.

## Carta Descriptiva

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad	Coordinación	Participantes	Evaluación
11/03/20 25	Titulo	Definir un título atractivo para el manual que genere un sentimiento de identidad en el lector, así como un interés por leerlo y conocer del tema	"Construyendo nuestro Sello"  Pregunta eje: ¿Qué palabras o frase te haría sentir que este manual fue creado especialmente para cuidar de ti?	Generar un ambiente de confianza en el que todos se sientan dispuestos a compartir lo que piensan y guiarlos para que en conjunto sus ideas den forma al título final	cada participante colocan palabras o frases en torno a la pregunta eje Se les solicitará que al finalizar cada uno lea en voz alta lo que escribió. Cada idea se discutirá grupalmente hasta llegar a un consenso con el que todos logren identificarse con el título.	Concluimos con la pregunta ¿Se sienten identificados con el título? ¿Cuál fue la dificultad más grande que les generó al crearlo?
24/03/20 25	Diseño de portada	Crear un diseño que resulte inclusivo y llamativo para el lector	"Portadas con Identidad"	Proporcionar material necesario para que cada integrante genere el diseño que le parezca más atractivo	Cada participante elegirá el color, imágenes, tipografía, disposición de elementos, al analizar expondrán su portada y todos los elementos que generen un atractivo en el grupo conformaran la portada	Concluimos con la pregunta: ¿La portada expresa lo que quieren transmitir del tema?
07/04/20 25	Diabetes tipo 2	Explicar el concepto de diabetes mellitus a través de la experiencia y el saber propio por medio de frases	La cadena de la Diabetes	Lanza al grupo una frase como: La diabetes es... y en orden cada uno debe complementar la frase y al final lograr obtener una definición	Cada persona completa la frase relacionada a la diabetes en base a su experiencia y saber	Momento de reflexión: ¿La definición te ayuda a explicar qué es la diabetes a tus conocidos, familia y amigos?
21/04/20 25	complicaciones de la diabetes	Identificar las principales complicaciones de la diabetes con un esquema <u>anatomico</u>	Huelga Dulce	Proporciona al grupo una imagen del cuerpo y sus principales órganos y se le pide que marquen qué órganos creen que se afecten y por qué.	Los participantes tendrán que identificar en base a su experiencia y conocimiento qué órganos se pueden afectar y explicar por qué creen que se afecten.	Reflexión: ¿Logro identificar algunas de las complicaciones que puede generar la diabetes?

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad	Coordinación	Participantes	Evaluación
05/05/20 25	Definición de Hipoglucemia	Establecer una definición clara de qué es una hipoglucemia para que sea fácil de recordar	Dulcometro	Se colocara un termómetro similar al de temperatura y se les proporciona a los participantes síntomas en imágenes y deben colocarlos en orden dependiendo los niveles de glucosa en sangre	cada participante debe identificar síntomas que pueden aparecer dependiendo los niveles de glucosa en sangres en base a su creencia o experiencia	¿Podemos Reconocer oportunamente un episodio de hipoglucemia?
19/05/20 25	Identificar una hipoglucemia y diferenciarla de otros padecimientos	Logra que los lectores identifiquen y diferencien un episodio de hipoglucemia	Señales del cuerpo	Colocan 3 grupos de patólogos que tiene síntomas en común (Hipoglucemia, Hipertensión, Ansiedad/estrés) y fichas con síntomas para ser agrupados	En grupo deben elegir síntomas y pegarlo en el grupo que consideren que pertenecen. Y una prueba que les ayudara a confirmar su sospecha	Que preguntas y pruebas nos podemos realizar para guiar nuestros autodiagnóstico
02/06/20 25	Qué hacer ante una Hipoglucemia	Informar sobre el proceso adecuado a seguir en el momento en que se identifica un episodio de hipoglucemia	Rescatando la glucosa	Simulara una persona con hipoglucemia y sedara a cada participante tarjetas con distintos alimentos que hay en casa o de fácil acceso	Cada participante deberá elegir un alimento o bebida con el que crean que les ayudara a subir la glucosa. Y se le preguntara como evaluaran ellos si el cuadro resolvió.	¿Se identificar oportunamente que administra ante una hipoglucemia? Y ¿Qué pasos se deben seguir para asegurarnos que se resolvió?
16/06/20 24	Como realizar actividad física y evitar una hipoglucemia	Plantear una serie de recomendaciones para que una persona que vive con diabetes pueda realizar actividad física sin temor a un episodio de hipoglucemia	Movimiento sin riesgo	S plantean diferentes ejercicios para realizar en grupo	Una vez finalizados se realiza una lluvia de ideas sobre que recomendaciones les gustaría aportar para evitar que ocurra una hipoglucemia realizando actividad física o que podría hacer en caso de que se presente un episodio	¿Sabemos por qué al realizar actividad física nuestros niveles de glucosa disminuyen? ¿Ahora se como prevenirla.

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad	Coordinación	Participantes	Evaluación
30/06/20 25	Experiencias	Compartir un conjunto de experiencias y aprendizajes de quienes han padecido un episodio de hipoglucemia	Círculo de historias	Generar un ambiente de confianza en el que todos se sientan dispuestos a compartir sus experiencias y aprendizajes Preguntas eje: ¿Cómo ocurrió el episodio? ¿Qué síntoma presentó? ¿Cómo identificó que se trataba de una hipoglucemia? ¿Qué hizo para resolver la situación? ¿Qué consejo le daría a una persona que no conoce del tema?	Se les pedirá que si alguno tiene alguna experiencia nos la relate y comparta con el grupo, ya sea propia o de algún familiar, amigo o conocido.	Alguien se identifica con alguna experiencia relatada? ¿Qué es lo que hubieran cambiado si pudieran regresar al pasado?
14/06/20 25					Se invitará a elegir aquellos	Que emociones han presentado en el

## Relatorías

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 27/Enero/ 2025</b>
---	------------------------------

### 8. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
Reyes Camara Aidee Romana	F	62	X	
Martha Vázquez	F	60	X	
Natalia Isidra Cid Olmos	F	69	X	
Miguel Sánchez Monroy	M	73	X	

<b>RELATORÍA DEL DÍA 27 DE ENERO</b>	
<b>SESION 0</b>	
<b>BALANCE DE CONSEJOS ASESORES</b>	
<b>Hora de inicio: 10:15</b>	<b>Hora de finalización: 12:00</b>

## XIII. Bienvenida y encuadre

Iniciamos la cuarta reunión del taller a las 10:15 de la mañana, dando la bienvenida a Los participantes. Posteriormente explicamos el objetivo del taller (generar espacios de reflexión y de acción respecto al tema el autocuidado de enfermedades crónicas), y mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

### I. Primera valoración de la formación del Consejo Aseso

Iniciamos el dialogo haciendo un pequeño recuento de lo que se llevó a cabo en los talleres pasados con el fin de que los nuevos participantes formaran estuviera al tanto de los logros

obtenidos. Posteriormente revisamos el cuadro de actividades para el autocuidado. El mismo se encuentra anexado a este documento.

**a. Resolución de problemas:**

Sra. Aidée: Ella considera que desde los primeros talleres y hasta la fecha se ha enfatizado en sus necesidades, y que se han abordado de manera adecuada.

Sr Miguel: Menciona estar de acuerdo con al Sra Aideé. Pues también considera que sus dentro de los problemas la salud emocional es clave en el control de sus enfermedades.

El resto opinó que estaban de acuerdo y calificaban como un nivel de logro Alto

**b. Toma de Decisiones:**

Sr Miguel: Menciona que a pesar de no haber acudido todos los talleres, siempre se tomaron en cuenta sus opiniones, y que aquellas situaciones en la que había discrepancias se abordaron correctamente.

Sra Aidee: Menciona que desafortunadamente al inicio y cuando se iniciaron los talleres no acudía mucha gente o a veces solo iba ella, por lo que las decisiones se tomaron en base a sus opiniones.

Sra Martha: A pesar de no haber asistido a muchos talleres nos platica que las decisiones que se toman siempre han sido en la que todos están de acuerdo.

Ellos califican como un nivel de logro Alto ya que consideran que aún se debe mejorar en la organización y planeación de los temas y talleres.

**c. Uso eficiente de los recursos**

Sra Aidee: Ella cree que realmente no se han utilizado recursos más que los personales y familiares y que hasta el momento no ha sido necesario utilizar algún otro recurso.

El resto menciona estar de acuerdo con la sra Aidée por lo que se califica como un nivel de logro Medio

**d. Establecer relaciones de colaboración**

Sra Martha: Menciona que la relación que mantiene con Aidee lo ayudo a conocer más sobre los talleres.

Sra Aidee: Menciona que desde que inicio los talleres ha tenido una muy buena relación con los pasantes, ya que le apoyan mucho, la escuchan, y toman en cuenta sus opiniones. “He aprendido mucho de ellos y ellos de mí”

El resto concuerda con que aun hace falta mejorar la relación entre los participantes y que se trabajara en ello. Nivel de logro ALTO

**e. Establecer metas y valorar logros**

Sra Aideé: Cuenta que al inicio ella consideró que el tema de salud emocional influía mucho en sus enfermedades. Y por ello decidió que era un buen tema para desarrollar. Considera que al final aprendió mucho y que otros también hayan podido comprender que las emociones son importantes.

Ya que muchos de los otros participantes no habían estado en la mayoría de los talleres decidieron que estaban desacuerdo con la Sra Aidé de calificar como nivel de logro ALTO

**II. Trabajo en Equipo**

**a. Participación**

La mayoría considera que aún no hay tanta participación. Por diferentes factores, pero principalmente la confianza. Nivel de Logro Medio

**b. Roles**

Sra Aidee: “Aun falta más compromiso por parte del grupo. Como acudir cuando tenemos los talleres o investigar de los temas que vamos a hablar”

El resto del grupo menciono que era muy importante que el grupo siga creciendo en vez de reducirse. Nivel de logro bajo.

**c. Trabajo individual.**

Concuerdan que al igual que el compromiso grupal el individual puede mejorar. Califican como nivel de logro Medio

**d. Proactividad**

Sra Aide: Platica que siempre que podía acudía al taller, participaba y proponía temas sobre los que hablar

Sra Martha: “No estuve en muchas sesiones, pero en las que participe, me sentí bien, los doctores no ayudan mucho y nos hacen sentirnos bien.

En grupo consideran que ahora que hay más se pueden proponer nuevas ideas y actividades. Nivel de logro Medio.

**e. Expresión de Ideas**

Todos concuerdan que tanto sus ideas como la de los demás son tomadas en cuenta valoradas y puestas en discusión grupal. Nivel de logro Alto.

**f. Reconocimiento**

De forma grupal reconocen que el trabajo en equipo es muy importante, sin embargo, aún se debe fortalecer, por lo que tiene un nivel de logro medio.

### **g. Soluciones**

Sra Aide: Considera que siempre se ha buscado la mejor forma de realizar las actividades con lo que se tiene y con las personas que hay. Nivel de logro ALTO

## **III. Perspectivas para 2025**

### **a. Aspiraciones**

Sr Miguel: Aborda que se siente motivado por continuar con los talleres. Además, propone que se aborde el tema de hipoglucemias y que además a mediad que se avance se hable sobre otras complicaciones de la diabetes mellitus.

Sra Aidee: Ella nos platica que está en la mejor disposición e continuar y está de acuerdo con el Sr Miguel de hacer un nuevo proyecto de hipoglucemias. Además, nos cuenta su experiencia sobre el tema y la importancia de hablar sobre el mismo.

Sra Martha: Nos cuenta que a ella si le gustaría iniciar ese proyecto ya que tiene muchas dudas al respecto y que le serviría para ayudar a su esposo.

Sra Natalia: Ella menciona que también le gustaría hablar sobre el ejercicio.

En grupo llegan al consenso que todos los temas son importantes sin embargo quieren seguir un orden. Y propusieron primero hablar sobre la hipoglucemia y para abordar un poco lo del ejercicio que en cada sesión del taller se inicie con unos minutos de ejercicio (calentamientos, estiramientos, flexiones). También se propuso que se realizara en alguna sesión una invitación para agregar más personas al grupo. Nivel de logro MUY ALTO

### **b. Necesidades**

Todos acordaron que las reuniones se continuaran realizando cada 2 semanas los lunes en un horario de 10:0 am a 12:00 pm. Y que siguiera utilizándose el auditorio de la unidad ya que esperan que el grupo vaya creciendo.

Nivel de logro MUY ALTO

### **c. Modificar el entorno**

Se propuso un nuevo proyecto en este caso realizar un manual donde se informe sobre que es la diabetes y sus complicaciones y principalmente se aborde las hipoglucemias. Propusieron que el contenido fuera el siguiente.

#### **1. Portada**

Título: hipoglucemia: “mi diario de salud” al inicio centrado

Imagen: una persona con sudoración viendo lucescitas

Fondo: pendiente

Frase: conociendo mi hipoglucemia // aprendiendo a reconocer una hipoglucemia // reconociendo la hipoglucemia en mi cuerpo //

- a. Manual / diario / folleto
- b. Interactivo: agregar datos mis padecimientos, mi edad, mis datos
- c. Contraportada
- d. Como me siento hoy (letras figuras, emojis)

2. Qué es la Diabetes y sus complicaciones
3. Como diferenciar una hipoglucemia de otros padecimientos (hiperglicemia, TA elevada o baja,)
4. Síntomas
5. Soluciones y qué hacer si no se resuelve
6. Ejercicio e hipoglucemias
7. Experiencias personales
8. Anexos para bitácoras ¿cómo me siento hoy?

El contenido será principalmente sobre imágenes, poco texto y una imagen llamativa y atractiva.

Para finalizar el taller se acordó que el próximo taller se realizaría el día 10 de febrero 2025. Se dio por finalizado el taller a las 12:00 horas y se agradeció la asistencia y participación de las personas.

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 11/MARZO/ 2025</b>
---	------------------------------

**9. Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
Reyes Camara Aidee Romana	F	62	<input checked="" type="checkbox"/>	
Martha Vázquez	F	60	<input checked="" type="checkbox"/>	
Miguel Salazar Leyva	M	78	<input checked="" type="checkbox"/>	
Miguel Sánchez Monroy	M	73	<input checked="" type="checkbox"/>	

<b>RELATORÍA DEL PROYECTO MANUAL DE HIPOGLUCEMIA</b>
<b>SESION 1</b>
<b>BALANCE DE CONSEJOS ASESORES</b>

**Hora de inicio: 10:15**

**Hora de finalización: 12:00**

#### **XIV. Bienvenida y encuadre**

Iniciamos la cuarta reunión del taller a las 10:15 de la mañana, dando la bienvenida a Los participantes. Posteriormente explicamos el objetivo del taller:

- *Desarrollar un recurso didáctico práctico e intuitivo en forma de manual, orientado a toda persona que viva o conviva con diabetes mellitus, que permita identificar oportunamente un episodio de hipoglucemia y ofrezca pautas para su manejo fuera de una unidad hospitalaria, fortaleciendo la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.*

Mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

##### **1. Actividad Ejercitación grupal**

Iniciamos pidiendo a todo el grupo se pusiera de pie y hiciera una fila para iniciar las actividades que sugieren las guías de VIVILFRAIL. El señor Miguel Leyva se ofreció para proponer ejercicios de calentamiento que ha aprendido en sus sesiones de rehabilitación en el Instituto de Neurología.

Completamos la rueda B de ejercicios en un lapso de 30 minutos, se hicieron pausas de 1 minuto después de cada serie para verificar que todos sintieran bien y verificar si deseaban continuar. Todos mostraron entusiasmo y energía para continuar las actividades. Finalizamos con leves estiramientos que el señor Miguel propuso.

##### **2. Actividad Construyendo nuestro sello**

Se le pidió a las personas del grupo que en una hoja blanca plasmaran la respuesta con una palabra/Frase la siguiente pregunta. *¿Qué palabras o frase te haría sentir que este manual fue creado especialmente para cuidar de ti?*. Se les dio 10 minutos para que reflexionaran sobre la pregunta y escribieran lo que pensaban.

Sra Martha: Menciono que le fue difícil, pero para ella el título debía hablar sobre iniciar una nueva vida aceptándose y cuidándose

Sra Aide: Para ella este debía cuestionar si realmente conoces la enfermedad y mencionar que si bien la enfermedad ataca a uno mismo no están solo y que tienen el apoyo de familia, amigos y conocidos.

Sr Miguel Monroy: No contó muy brevemente su experiencia con la hipoglucemia y recalcó que el título debe servir para Evitar que este tipo de situaciones sucedan.

Sr Miguel Leyva: El sugirió que el título fuera más claro y su propuesta fue “Para prevenir y atender Casos de Hipoglucemia”

Para dirigir las ideas propuestas y que el título generará un sentimiento de identidad se les pidió que reflexionaran sobre las emociones que surgieron el día de su diagnóstico.

- Sra Martha: “Para mi fue un momento de Confusión” No contó que a pasar de tener familiares y su esposo con el diagnóstico a ella le surgieron muchas dudas.
- Sra Aide: Su primer sentimiento fue preocupación. Pues como nos había contado ya en sesiones anteriores se detectó durante su embarazo, situación que le inquietaba aun más.
- Sr Miguel Monroy: “Para mí fue un momento de impresión”. Nos contó que no estaba preparado para recibir esa noticia.
- Sr Miguel Leyva. “Incrédulo” fue la palabra que uso para describir como se situó en aquel momento” Ya que relata que mucha de su familia lo padecía, amigo y conocidos, pero pensó que nunca le pasaría a él.

Para complementar el ejercicio ahora se les pidió que imaginaran que pueden regresar en el pasado y reencontrarse con esa versión suya en el momento del diagnóstico y que mencionaran que palabra o frase les gustaría haber escuchado para sentirse queridos, escuchados o protegidos” Pues ese debía ser el objetivo del título del manual.

- Sra Martha: Ella se hubiera dicho a si misma “**Debemos tomar acción**” “**Investigar más**” para lograr cuidarnos mejor.
- Sra Aide: “**Aceptación**” “**Autocuidado**” fueron las palabras que le hubiera gustado decir a su yo pasado. Pues cree que la aceptación es el primer paso que se debe dar
- Sr Miguel Monroy: “**Aprendimos a vivir con ello**”. Él considera que durante todo este tiempo de vivir con la enfermedad ha logrado aprender a cuidar de si mismo y aceptar su padecimiento”
- Sr Miguel Leyva: El considera que el apoyo que recibe de los demás es fundamental por lo que se hubiera dicho a si mismo “**No estamos solos**”.

Agrupamos todas estas palabras clave obtenidas de sus experiencias de las personas asistentes y a partir de ellos crearon una lluvia de ideas para estructurar el título. En un inicio se pretendía iniciar con la frase Mi diario de salud: \_\_\_\_\_” y agregar la frase de identidad. Sin embargo, comentaron que este sería muy largo por lo que se descartó.

La propuesta fue:

“*Conoce, evita y vive: Juntos Cuidamos tu nueva vida sin hipoglucemia*”

La decisión de elegirla se basó en que cumplía con las ideas que ellos hablaron anteriormente: **Tomar acción, aprender a vivir, autocuidado, apoyo de los demás.**

Sra Aide: “Agrupa muy bien nuestras ideas y emociones, me gusta”

Sra Martha: Explico que cumplía el objetivo de título y que se sentía identificada

Sr Miguel Monroy: Estuvo de acuerdo con que fuera el título del manual. Además, sugirió que debía contener la experiencia de los que han sufrido una hipoglucemia.

Sr Miguel Leyva: Mencionó que le gustaba y se sentía identificado.

Al finalizar se les preguntó si deseaban modificar algo y todos coincidieron que era un buen título. Se reflexionó un poco sobre lo aprendido en la sesión. La mayoría concordó que fue un poco difícil ya que les resultaba difícil expresar todo con una o unas cuantas palabras. Pero a medida que avanzaban podían proponer más cosas.

### 3. Cierre

El señor Miguel Leyva abrió la invitación para todos para acudir a la actividad física que se impartía por parte de médicos de medicina del deporte del instituto de neurología.

Para finalizar se agradeció a cada uno por su asistencia y participación en cada una de las actividades. Se acordó la próxima reunión del consejo asesor, y los materiales que propusieron para la próxima sesión de ejercicios y finalizamos la sesión a las 12:00 horas.

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 24/MARZO/ 2025</b>
---	------------------------------

#### 10. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
Reyes Cámara Aidee Romana	F	62	X	
Martha Vázquez	F	60	X	
Miguel Salazar Leyva	M	78	X	
Miguel Sánchez Monroy	M	73	X	

<b>RELATORÍA DEL PROYECTO MANUAL DE HIPOGLUCEMIA</b>	
<b>SESIÓN 2</b>	
<b>DISEÑO DE PORTADA</b>	
<b>Hora de inicio: 10:15</b>	<b>Hora de finalización: 12:00</b>

### I. Bienvenida y Encuadre

Con gran entusiasmo dimos inicio a la cuarta sesión del consejo asesor comunitario. A las 10:15 a.m., recibimos a las y los participantes, agradeciendo su puntualidad y compromiso con este proyecto. Reiteramos el propósito central del taller:

**"Diseñar un manual práctico y accesible para personas que viven con diabetes mellitus, que les permita reconocer oportunamente un episodio de hipoglucemia y saber cómo actuar antes de acudir a un hospital, fortaleciendo así su autonomía en situaciones críticas.**

Recordamos las reglas de convivencia previamente establecidas:

1. Respeto entre todos los integrantes del grupo.
2. Lo que se comparte en este espacio es confidencial.

## **1. Actividad de Ejercitación Grupal – Ejercicios con Guía VIVIFRAIL**

Comenzamos la parte activa de la sesión solicitando a los participantes que se formaran para iniciar los ejercicios guiados.

Durante aproximadamente 45 minutos realizamos la **Rueda B** de ejercicios de la guía **VIVIFRAIL**, realizando pausas de 1 minuto entre series para asegurar que todos se sintieran cómodos y seguros. El ambiente fue animado, y la disposición de los participantes hizo que la dinámica fluyera con naturalidad.

### **Testimonios durante la ejercitación:**

- **Sra. Aidee:** “Yo pensé que no iba a poder con todos los ejercicios, pero me sorprendí a mí misma. ¡Sentí que me estaba quitando el óxido de encima!”
- **Sr. Miguel Monroy:** “Estos ejercicios me hicieron sudar, pero eso está bien. Se siente bien saber que todavía podemos darle guerra a la flojera.”
- **Sra. Martha:** “Me costó un poco el equilibrio al principio, pero me ayudó el hecho de que todos íbamos a nuestro ritmo. No me sentí presionada.”
- **Sr. Miguel Leyva:** “Esos estiramientos finales que propuse me han salvado de quedarme todo tieso después. Los deberíamos dejar siempre para cerrar.”

## **2. Actividad Central – Diseño de Portada con Identidad Individual**

Pasamos a la **actividad principal de la sesión**, centrada completamente en el **diseño de una portada** que represente colectivamente el sentido del manual.

Se explicó con claridad el propósito:

Cada participante diseñará una portada usando el material proporcionado. Deberá elegir el color, imágenes, tipografía y disposición de los elementos que más le parezcan atractivos y significativos. Posteriormente, expondrán su diseño ante el grupo, y de cada propuesta se seleccionarán los elementos más valorados para conformar la portada oficial del manual.

Se instalaron mesas de trabajo con revistas, cartulinas, marcadores, pegamento, impresiones y plantillas gráficas. Los participantes trabajaron de forma individual durante aproximadamente 40 minutos.

### **Exposición de Diseños y Elementos Identitarios**

#### **Sra .Martha:**

Presentó un diseño con colores cálidos (rosas y naranjas). En el centro, colocó una imagen de un camino iluminado por un amanecer. Explicó que para ella, vivir con diabetes fue como reiniciar su vida, pero con más conciencia.

#### **Sra. Aidee:**

Eligió tonos azules y morados, acompañados de siluetas de personas tomadas de la mano. Resaltó que su experiencia con la enfermedad ha sido más llevadera gracias al apoyo de su familia.

#### **Sr. Miguel Monroy:**

Presentó un diseño sobrio, en blanco y negro, con un reloj como símbolo central. Explicó que su objetivo era generar conciencia sobre el tiempo: actuar rápido ante la hipoglucemia puede evitar cosas malas

#### **Sr. Miguel Leyva:**

Usó un fondo blanco y añadió elementos para reflejar salud y prevención. Su diseño era limpio y ordenado, con un diagrama sencillo que mostraba signos de hipoglucemia y acciones rápidas.

### **Discusión Grupal y Selección de Elementos**

Después de cada exposición, se abrió el diálogo grupal. Cada integrante compartió qué elementos de los diseños le parecían más atractivos, útiles o representativos:

El grupo decidió combinar elementos clave de cada diseño

Finalmente, formulamos una pregunta colectiva para cerrar el ejercicio:

#### **¿La portada expresa lo que quieren transmitir del tema?**

- **Sra. Aidee:** “Sí. Me siento representada. El mensaje es claro”
- **Sr. Miguel Monroy:** “Sí. Tiene un poco de cada quien. Eso es lo más valioso.”
- **Sr. Miguel Leyva:** “Tiene sentido. Es una portada que informa y también conecta.”

### **3. Cierre**

El **Sr. Miguel Leyva** compartió una invitación abierta para asistir a las sesiones de activación física que se realizan en el Instituto Nacional de Neurología. Agradecimos profundamente a cada participante por su entrega y creatividad. Se acordó la fecha de la siguiente reunión y los materiales necesarios para continuar el desarrollo del manual.

**Hora de cierre:** 12:00 hrs

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan</b> <b>CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 8/ABRIL/ 2025</b>
---	-----------------------------

**11. Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
Reyes Camara Aidee Romana	F	62	X	
Martha Vázquez	F	60	X	
Migue Salazar Leyva	M	78	X	
Miguel Sánchez Monroy	M	73	X	

<b>RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO</b>	
<b>SESION 3</b>	
<b>BALANCE DE CONSEJOS ASESORES</b>	
<b>Hora de inicio:</b> 10:15	<b>Hora de finalización:</b> 12:00

**XV. Bienvenida y encuadre**

Iniciamos la cuarta reunión del taller a las 10:15 de la mañana, dando la bienvenida a Los participantes. Posteriormente explicamos el objetivo del taller:

- *Desarrollar un recurso didáctico práctico e intuitivo en forma de manual, orientado a toda persona que viva o conviva con diabetes mellitus, que permita identificar oportunamente un episodio de hipoglucemia y ofrezca pautas para su manejo fuera de una unidad hospitalaria, fortaleciendo la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.*

Mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

**4. Actividad Ejercitación grupal**

Iniciamos las actividades que sugieren las guías de VIVILFRAIL (rueda A) con un leve calentamiento que el señor Miguel Leyva propuso.

Completabamos la rueda A de ejercicios en un lapso de 30 minutos, se hicieron pausas de 1 minuto después de cada serie para verificar que todos sintieran bien y verificar si deseaban continuar. Todos mostraron entusiasmo y energía para continuar las actividades, además de

llover material extra para continuar con la progresión de intensidad del ejercicio (botellas de agua, costales de semillas, pelotas)

Posteriormente iniciamos las actividades haciendo un pequeño recuento de lo que se llevó a cabo en el taller pasado y mostrando a los participantes el resultado final de la portada (anexado al final de la relatoría). Posteriormente revisamos el cuadro de actividades para planeados para el ese mismo día.

### **5. Actividad: Cadena de la diabetes**

Para Iniciar la actividad de les pidió que completaran la frase para mí la diabetes es...

- Sra. Miguel Monroy: Para mí es una enfermedad que afecta el páncreas
- Sra Aidee: Es un inadecuado funcionamiento del páncreas
- Sra Martha: También sé que es un padecimiento en el cual el páncreas no funciona correctamente
- Sr Miguel Leyva: Es una patología que se da por diferentes circunstancias

Para seguir enriqueciendo la definición se le pregunto qué elementos consideraban estaban alterados en la diabetes

- Sr Miguel Leyva: Están alterados los niveles de glucosa
- Sra Aidee: Al no funcionar bien el páncreas también la insulina
- Sra Martha: Sube el azúcar en la sangre

Una vez conformado los 3 elementos que principalmente están alterados en la diabetes el señor Miguel Leyva considero que la definición debía también mencionar que se trataba de una enfermedad crónica y degenerativa

\* Miguel Leyva: Además de lo que ya mencionaron, es importante recalcar que se trata de una enfermedad crónica y degenerativa

Inicialmente el Sr Leyva menciono que para él la diabetes era una enfermedad que se daba por diferentes circunstancias, le pedimos que hablara más sobre ello

- Miguel Leyva: Como ya dijimos el páncreas no funciona correctamente, pero también entran los hábitos alimentación y la falta de actividad física
- Miguel Monroy: Y también la elevación de la glucosa (Nos compartió además sobre como manejaba niveles altos de glucosa al inicio de su diagnóstico)
- Sra Aidee: La herencia también influye

Hasta este momento la definición era la siguiente: “Enfermedad crónica y degenerativa que se produce por un mal funcionamiento del páncreas e inadecuada producción de insulina provocada por diferentes circunstancias: Malos Hábitos de alimentación, Sedentarismo y la Herencia familiar ... “

- Sr Miguel Leyva: También influyen la forma en la que la sociedad nos enseña a comer, cada vez con más comida chatarra al alcance de todos
- Sr Miguel Monroy: Es por eso que en los pueblos viven más ya que consumen menos eso
- Sra Martha: La cuestión económica también es importante, a veces no es posible comprar alimentos saludables
- Sra Aidee: También debemos considerar la parte en como nos han enseñado desde pequeños comer y no hacer actividad física

Una vez incluido ello y elementos que se mencionaron al inicio la definición completa quedo de la siguiente manera:

*“Enfermedad crónica y degenerativa que se produce por un mal funcionamiento del páncreas e inadecuada producción de insulina provocada por diferentes circunstancias: Malos Hábitos de alimentación, Sedentarismo, Herencia familiar, factores económicos, sociales y culturales. Que desencadenan una elevación de glucosa en la sangre”*

Para finalizar la actividad se le preguntó al grupo si la definición era clara, reflejaba lo que ellos querían transmitir y si estaban satisfechos con el resultado.

- Sra Martha: Me parece que es muy buena y expresa lo que sabemos de la diabetes
- Sra Aidee: Es fácil de comprender y me gustó mucho
- Sr Miguel Leyva: Considero que abarca todo lo que hablamos hoy y es fácil de entender
- Sr Miguel Monroy: Me gusta como quedo y aprendimos mucho hoy

Al culminar acordamos definir la próxima sesión para hablar sobre las complicaciones de la diabetes mellitus y mostrar los avances del manual ya con la definición incluida. Se agradeció la participación de los integrantes y se fijó la reunión en 2 semanas en el mismo horario.

#### **Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan</b> <b>CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 14/MAYO/ 2025</b>
---	-----------------------------

#### **12. Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
REYES CAMARA AIDEE ROMANA	F	62	<input checked="" type="checkbox"/>	
MARTHA VÁZQUEZ	F	60	<input checked="" type="checkbox"/>	
MIGUE SALAZAR LEYVA	F	78	<input checked="" type="checkbox"/>	

<b>RELATORÍA DEL PROYECTO MANUAL DE HIPOGLUCEMIA</b>	
<b>SESIÓN 4</b>	
<b>HUELLA DULCE</b>	
<b>Hora de inicio:</b> 10:10	<b>Hora de finalización:</b> 12:00

## **I. Bienvenida y encuadre**

Iniciamos la cuarta reunión del taller a las 10:10 de la mañana, dando la bienvenida a Los participantes. Posteriormente explicamos el objetivo del taller:

- Desarrollar un recurso didáctico práctico e intuitivo en forma de manual, orientado a toda persona que viva o conviva con diabetes mellitus, que permita identificar oportunamente un episodio de hipoglucemia y ofrezca pautas para su manejo fuera de una unidad hospitalaria, fortaleciendo la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.

Mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

## **Actividad Ejercitación grupal**

Iniciamos las actividades que sugieren las guías de VIVILFRAIL (rueda B) con un leve calentamiento que el pasante José María Daza propuso

Completamos la rueda A de ejercicios en un lapso de 40 minutos, se hicieron pausas de 1 minuto después de cada serie para verificar que todos sintieran bien y verificar si deseaban continuar. Todos mostraron entusiasmo y energía para continuar las actividades, además de llevar material extra para continuar con la progresión de intensidad del ejercicio (botellas de agua, costales de semillas, pelotas).

Posteriormente iniciamos las actividades haciendo un pequeño recuento de lo que se llevó a cabo en el taller pasado y mostrando a los participantes el resultado final de la definición que ellos crearon sobre ¿Que es la Diabetes Mellitus? (anexado al final de la relatoría). Posteriormente revisamos el cuadro de actividades planeados para el ese mismo día.

## **Retroalimentación**

- Sra Aidee: “Me parece un diseño bastante bonito y que se entiende muy fácilmente”
- Sr Miguel: “Muy práctico, sin mucho texto y más para que los que no saben del tema lo entiendan a la primera”
- Sra Martha: Me emociona que estos lo puedan leer otras personas y aprender de nosotros”

## Actividad: Huella Dulce

Para Iniciar la actividad se realizaron múltiples tarjetas con dibujos de distintos órganos del cuerpo con la finalidad de que los participantes identificaran aquellos órganos que ellos creían estaban afectados por la diabetes. El primer paso fue marcar la silueta del Sr, Miguel para generar un espacio de identidad y reconocimiento de sus padecimientos. A continuación, se le pidió que pagara en la silueta los órganos (tarjetas) que él creía se afectaron por la diabetes.

Coméntenos, señor Miguel, ¿por qué considera que coloco esas tarjetas?

- Sr Miguel: “Bueno, primero un comentario, a ver qué dicen los médicos. He escuchado que la diabetes perjudica prácticamente todo el cuerpo, por la acumulación de la glucosa... Y en lo personal, aunque sigo haciendo ejercicio, más o menos como desde hace 10 años, en la musculatura, se nota que hay pérdida de masa muscular, por ejemplo, no siento la misma fuerza que tenía hace 10 años, más cuando empecé con el proceso la diabetes. También en ocasiones he tenido sensación como hormigueo, y ardor en las piernas”

Posteriormente Continuamos con el dibujo de la silueta de la Sra Martha y le pedimos que coloque las tarjetas que ella considere necesarias. Para que al final compartiera con el grupo por qué eligió cada una de ellas.

- Sra Martha: “Comenzando por la piel, yo he sentido que mi piel ya ha estado más reseca y áspera. Aunque yo me ponga la crema, siento que no me lubrica bien...Después la imagen de la neurona por las neuropatías, porque me hormiguea todo. Y a veces, estando sentada, siento que se me duerme hasta la mano, el dedo y las piernas, llega el momento en que tengo que estirar las piernas para disminuir ese dolor. Y los riñones, sí, los siento, así como medio descompensados. (9:02) Pero, aparte, yo anterior, años atrás, he tenido problemas con mis riñones. También padezco mucho de colitis, más cansancio, y menos fuerza y todo a aumentado a raíz de mi diabetes.

Finalizamos con la Sra Aide con quien realizamos la misma actividad y le pedimos que explicara la razón de su elección.

- Sra Aidee: “Yo elegí casi todo jajaj, pero bueno leuento a las doctoras que están hoy presentes que padezco diabetes mellitus desde hace 34 años, entonces pues conozco mucho de lo que me pasa por lo mismo. Bueno empezando por mi vista, esta ha disminuido e incluso veo muchas como arañitas. En boca muchas veces no tengo el mismo gusto o sabor por los alimentos. De mi estomago a consecuencia de tantos años y por tanto medicamento tengo muchas molestias, igual sufro mucho de colitis. En los músculos ya no tengo la misma fuerza, y mis articulaciones ya están muy gastadas, y eso hace que me sienta muy cansada algunos días... Pero dentro de lo que cabe hemos tratado de salir adelante.

Finalizamos agradeciendo a todos por su participación y por compartir su experiencia al grupo. Ya para terminar la actividad ahora se le pidió a todo que además de las complicaciones u órganos afectados que ellos refieren, mencionarán otras que conocían o habían escuchado y que podrían incluirse en el manual.

- Riñones
- Pie Diabético
- Neuropatía
- Páncreas
- Corazón
- Hígado
- Vista
- Cerebro
- Hipoglucemias
- Mayor riesgo de infecciones
- Coma diabético

Estas son el listado de las complicaciones que mencionaron y que ellos han escuchado que personas con diabetes mellitus han padecido, desde conocidos hasta familiares.

Sra Marha: Los riñones son de los órganos que más se afectan y también eh escuchado mucho de las neuropatías

Sra Aidee: Yo me imagino que el corazón también debe estar afectado, al igual que el hígado ya que ahí se va guardando todo.

¿Han escuchado de complicaciones que requieren hospitalizaciones inmediatas?

Sra Aidee: Solo eh escuchado del coma diabético, y alguna vez me explicaron que es por un descontrol de la glucosa

Sr Miguel: El cerebro y como mencione antes la glucosa alta afecta todo el cuerpo, incluso a veces nos llegamos a enfermar con mayor facilidad

Para finalizar el taller colocamos en una silueta todos los puntos que los participantes mencionaron y creen que eso está afectado por la diabetes. Y reflexionamos con la pregunta ¿Qué aprendimos hoy?

Sra Martha: Es muy interesante saber que hay muchas otras enfermedades que se pueden occasionar por tener el azúcar muy elevado. Hoy aprendí mucho

Sra Aidee: Aprendimos mucho y creo que es importante tener conocimiento de que órganos pueden afectar por el simple hecho de padecer diabetes. Ojalá otros puedan aprender de nuestras experiencias Sr Miguel: Una excelente actividad creo que hoy conozco como puede afectar a otras personas

Se agradeció una vez más su participación de todo el grupo y se habló sobre las fechas tentativas para el próximo encuentro de personas con enfermedades crónicas y la dinámica que se tiene prevista. Todos agradecieron lo aprendido el día de hoy y acordamos reunirnos en 2 semanas.

**Taller: Grupos de encuentros hacia la constitución de los consejos asesores.**

<b>JURISDICCIÓN SANITARIA: Tlalpan</b> <b>CSTIII- Dr. José Castro Villagrana</b>	<b>Fecha: 02/JUNIO/ 2025</b>
---	------------------------------

**1. Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Paciente	Familiar
--------	------	------	----------	----------

Reyes Camara Aidée Romana	F	62	X	
Martha Vázquez	F	60	X	
Migue Salazar Leyva	M	78	X	
Miguel Sánchez Monroy	M	73	X	
Juanita Tomas	F	45		X
Ascensión Tomas Estrada	F	72	X	

<b>RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO</b>	
<b>SESIÓN 5</b>	
<b>DULCOMETRO Y SEÑALES DEL CUERPO</b>	
<b>Hora de inicio:</b> 10:15	<b>Hora de finalización:</b> 12:00

## I. Bienvenida y encuadre

Iniciamos la quinta reunión del taller a las 10:15 de la mañana, dando la bienvenida a Los participantes. Posteriormente explicamos el objetivo del taller:

- Desarrollar un recurso didáctico práctico e intuitivo en forma de manual, orientado a toda persona que viva o conviva con diabetes mellitus, que permita identificar oportunamente un episodio de hipoglucemia y ofrezca pautas para su manejo fuera de una unidad hospitalaria, fortaleciendo la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.

Mencionamos las reglas que se acordaron desde la primera sesión (1. Ser respetuoso con todos los integrantes del grupo, 2. Lo que se menciona en el taller es confidencial y debe de quedarse en el grupo).

### 1. Actividad Ejercitación grupal

Iniciamos las actividades con un leve calentamiento de 10 minutos (estiramientos y flexiones). Posteriormente iniciamos los ejercicios en un lapso de 30 minutos, se hicieron pausas de 1 minuto después de cada serie para verificar que todos sintieran bien y verificar si deseaban continuar. Todos mostraron entusiasmo y energía para continuar las actividades, hicimos uso de botellas de agua, costales de semillas y pelotas. Posteriormente preguntamos al grupo si estaban realizando estas actividades en casa y todos mencionaron que sí. Y enfatizamos mucho en ir mejorando la técnica de los ejercicios para evitar complicaciones.

### 2. Retroalimentación del desarrollo del manual

En cuanto al apartado de definición que se obtuvo en la actividad “la cadena de la diabetes” se obtuvo dos propuestas: 1. Colocar la definición lineal, sin alterar su estructura 2. Descomponer la definición en forma de lista para ser más comprensible.

Sra Aidee: “Me gusta más en forma de lista, creo que se ve más sencilla de leer y entender...”

Sra Martha: “Yo me quedo con la opción 2, también creo que se acomoda mejor”

El resto del grupo coincidió con la Sra Martha y Aidee.

Continuando con la retroalimentación de los avances en el manual revisamos la última actividad realizada sobre las complicaciones

Sra Martha: “A mí me deja pensando sobre la silueta de la persona, porque se tiene esa creencia de que solo les pasa a las personas gorditas, pero realmente también a los delgados nos afecta, me gustaría que se cambiara la silueta por alguien más delgado”

Se consulto a todos sobre el cambio y mencionaron estar de acuerdo con la Sra Martha. En cuanto al resto todos estuvieron de acuerdo con que mostraba todo lo que ellos expresaron en la actividad pasada.

(Hicimos una pequeña pausa para explicarle a la Sra Ascensión y a la Sra Juanita (hija) sobre cada apartado del manual, así como explicar cómo es que se ha obtenido la información plasmada ahí. También le hicimos la invitación para que se sintieran libres de expresar su opinión.

Sra Ascensión: “Me parece muy interesante lo que se ha realizado, yo antes acudía a grupos de ayuda cerca de mi casa, ya no voy, pero ver lo que han logrado es muy bonito. En algunas ocasiones también eh tenidos problemas de baja azúcar y esto es de mucha ayuda...”

Sra Juanita: “Todo lo que nos han explicado es muy interesante, yo no padezco ninguna enfermedad hasta ahora pero siempre le digo a mi mamá que uno debe cuidarse para evitar ese tipo de cosas, a veces la quiero llevar a hacer ejercicio, pero no quiere, por eso la traje el día de hoy.”

### 3. Actividad: Dulcometro

Para iniciar la actividad correspondiente a la sesión No. 5 se colocó en el frente de los participantes una imagen de un termómetro haciendo alusión a los diferentes niveles de glucosa (Elevado, normal y bajo). Y múltiples tarjetas de síntomas que puede aparecer con la hipoglucemia. Se le pidió a cada persona que pasaran 1 a 1 para colocar síntomas que ellos creían o basados en su experiencia podría relacionarse a un episodio de hipoglucemia.

- Sra Ascensión: Coloco una imagen de visión borrosa. Explico que ella en ocasiones siente que su vista se altera y que su hija le da algo dulce con lo cual mejora o desaparece su síntoma, por lo que lo relaciona a una disminución de glucosa.
- Sra Aidee: “yo he tenido algunos episodios de hipoglucemia y lo que he sentido es que empiezo a ver todo doble, con temblor y una especie de sudor frío. Pero también me

gustaría colocar que cuando se me sube mucho empiezo a ver arañitas, el oftalmólogo me dijo que algunos de mis vasitos de los ojos a veces crecen y se rompen, entonces eso ya no se quita.

• Sra Martha: Pues yo siento que cuando se me baja tengo mareos y náuseas, me empieza a latir muy rápido el corazón y me da una especie de ansiedad... También algunas otras veces solo tengo mucha hambre.

• Miguel Leyva: "En lo personal nunca he tenido un episodio de hipoglucemia. Me siento bien, me siento, a pesar de la edad fuerte, hago mis actividades y les quiero comentar que pienso yo que lo que me ha ayudado es hacer ejercicio diario. Desde hace cuatro años, ingresamos a un grupo bastante grande, donde nos dan activación física, ejercicio, seis días a la semana, una hora. Además del control alimentario muy, muy puntual. No por obligación, sino por recomendación, trata uno de apegarse a ello. Y siento que eso me ha salvado, me ha ayudado mucho"

"Me siento diez años más joven de lo que soy, por ejemplo. Hace cuatro años no podía correr, hoy puedo correr, saltar, jugar fútbol, básquetbol, o lo que sea. Entonces yo siento que la alimentación, el control médico, claramente el ejercicio y la alimentación es fundamental. Y se siente uno bien. Quiero también decir que al principio cuesta, cuesta trabajo hacer los ejercicios. Pero la constancia de hacerlos diario es como los boxeadores, ¿no? Se preparan y llegan en su punto al combate.

• Miguel Ángel Monroy: "Aquella ocasión en la que se me bajó mucho la glucosa y que incluso tuve que ir al hospital, me sentí muy irritado, no me podían controlar, y luego cuando iba en el taxi me sentía como desconcertado, confuso... Ya en el hospital me sentí con mucha ansiedad y hasta me tuvieron que inyectar glucosa por la vena"

Para finalizar le pedimos a los demás participantes que observaran las tarjetas restantes ya que también son síntomas que pueden aparecer en un caso de hipoglucemia, con el objetivo de que puedan identificarlos, en caso de ser necesario.

#### 4. Actividad 2. "Señales del cuerpo"

Esta consistió en diferenciar síntomas de hipoglucemia que también pueden aparecer en diversos padecimientos y pueden llegar a confundirse. Para ello continuamos utilizando tarjetas con síntomas (imagen y texto), se realizaron 3 apartados en pizarrón donde se colocó en una columna Hipertensión/ Hipotensión, en otras Hipoglucemia, y en otra Ansiedad o Estrés. Y debajo un círculo para aquellos síntomas que pueden estar presentes entre las patologías. Se le pidió a cada participante que eligiera múltiples tarjetas y colocara cada una en el padecimiento correspondiente. Si el síntoma podía aparecer en dos o más situaciones se colocaba en el círculo.

(por cuestión de tiempo, cada uno pasó a colocar sus tarjetas y se comentó al final en grupo el resultado final)

Hipertensión / Hipotensión	Hipoglucemia	Estrés/Ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zumbidos</li> <li>• Somnolencia</li> <li>• Ver Lucecitas / Destellos</li> <li>• Dolor de pecho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hambre</li> <li>• Visión borrosa</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Visión doble</li> <li>• Temblores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio</li> <li>• Dolores musculares</li> <li>• Nervios en el estomago</li> </ul>
<b>Síntomas en común</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Palidez</b></li> <li>• <b>Ansiedad</b></li> <li>• <b>Sudoración</b></li> <li>• <b>Palpitaciones</b></li> <li>• <b>Sensación de presión en el pecho</b></li> <li>• <b>Desmayos</b></li> <li>• <b>Nauseas / vómitos</b></li> <li>• <b>Confusión</b></li> </ul>		

### ¿Qué opinan de el orden final de los síntomas?

- Aidee: Yo creo que hay muchos síntomas que pueden llegar a confundirse, y que son muy parecidos en una y otra enfermedad. A veces es difícil saber si es la presión o que se te esta bajando la glucosa. Pero cuando le pasa a uno aprende a identificarlos
- Martha: Hay síntomas que podemos identificar fácilmente y otros que no, yo tengo conocidos que padecen de la presión, pero no sienten nada, aunque se les suba mucho. Yo no padezco de la presión afortunadamente, pero creo que con esta actividad ya podría identificarlos mejor. Y vuelvo a lo mismo me falta mucho por aprender.
- Sr Miguel Leyva: Yo he sentido zumbidos y me tomo la presión y estoy bien... Lo que si es que si se me pasa la hora de la comida siento que se me baja la presión, me siento cansado, y si me la llego a medir la tengo como en 90/60.
- Sr Miguel Monroy: En mi caso, aunque se me suba no siento nada. Y la hipoglucemia si la he tenido, así que aguas porque si se siente bien feo.
- Sra Ascensión: Yo tampoco siento nada, lo que, si es que a veces me da como ansiedad, y si se me llega a bajar la glucosa mi hija me da algo dulce o me dice que tenga algo dulce a la mano, como miel y me la pongo en debajo de la lengua porque me han dicho que así se absorbe más rápido.

### ¿Qué preguntas podríamos hacernos para saber que nos esta pasando?

- ¿Ves luces / destellos?
- ¿Te duele la cabeza?

- ¿Escuchas zumbidos?
- ¿Sientes presión en pecho?
- ¿Te mareas?
- ¿Dificultad para respirar?
- ¿Te ves pálido o pálida?
- ¿Sientes que te vas a desmayar?
- ¿Te sientes más cansado(a) de lo normal?
- ¿Tus pies o manos están fríos?
- ¿Te cuesta poner atención?
- ¿Te sientes mareado(a)?
- ¿Tienes problemas para dormir?
- ¿Se acelera tu corazón?
- ¿Tienes cambios de ánimo?
- ¿Sientes nervios en el estómago?

### **¿Qué aprendimos hoy?**

• Sra Aidee: Pues creo que cada cuerpo es diferente, pero con lo que aprendimos el día de hoy podemos pensar que, si aparece uno de esos síntomas, podemos darnos una idea de lo qué es o de lo que está pasando.

• Sr Miguel Leyva: Hoy aprendimos mucho sobre las hipoglucemias y si es bien difícil a veces diferenciarlos de otras enfermedades lo que yo les recomiendo a todos es que mantener un horario de alimentación fijo, no desayunar a veces a las 11, a veces a las 7, tener horarios muy establecidos, y la otra es, aparte de las tres comidas, desayuno, comida y cena, tener dos colaciones intermedias, que ayudan mucho a prevenir cualquier bajón repentino.

• Sra Miguel Leyva: Se me quedó mucho la idea de la miel y también siento que eso de las arañitas en los ojos me pasa, ya tengo muchos problemas con mi vista. Pero hoy aprendí mucho

• Sra Ascensión: Pues yo aprendí, de verdad me gustó. Pues como ya se dijo, cada uno tenemos nuestro punto de vista, nuestras reacciones, ¿verdad? Por ejemplo, yo me pongo o me siento rara, saco mis viboritas (gomitas) y me como algunas y se me pasa. Entonces, pues sí, aprende uno.

• Sra Martha: Como dije antes apenas llevo un año con mi diagnóstico, soy nueva en esto y estoy aprendiendo mucho de esto.

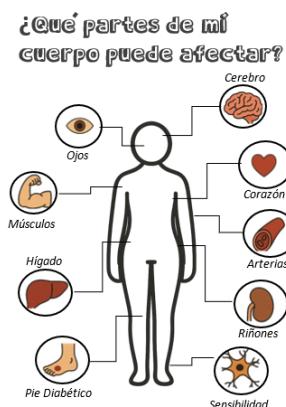
• Sra Juanita: Yo a veces me dormía con mi mamá porque me decía que llegaba un momento que no se podía ni mover porque se le bajaba el azúcar, entonces ya corría yo y le daba un juguito con el popote y ya se reanimaba. Entonces, ahorita ya más o menos le digo, que cene a sus horas para que no se le baje tan así. Entonces yo ya le puse un tarrito de miel cerca de su cama porque el otro día ya no me podía ni pararse. Pero con todo lo que hablamos hoy, los consejos y experiencias de los demás aprendimos mucho.

Para finalizar la reunión damos un aplauso a todos por su participación y asistencia. Acordamos reunirnos la próxima semana para continuar con los avances, todos estuvieron de acuerdo. La sesión finalizó a las 12:15 minutos.

## Producto final logrado (avance)



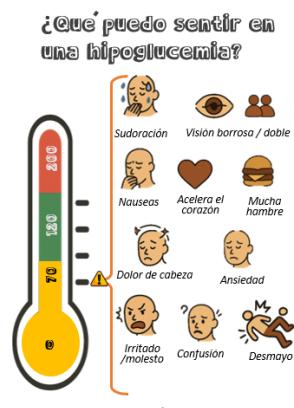
18



17



16



15



14



6



13



12



8



1



10

## Relatoria 8º Encuentro

## Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica

<b>Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan</b>	<b>Coordinador(a): Misale Lugo Nieto</b>	<b>Página: DE</b>
<b>Relator(a): Daza Sanchez Jose Maria</b>	<b>Grupo:</b>	<b>Fecha:04/07/2025</b>

**1. Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Reyes Camara Aidee Romana	F	63	CST III Jose Castro Villagrana
Cabrera Coronel Felix	M	51	CST III Jose Castro Villagrana
Tomas Estrada Ascencion	F	72	CST III Jose Castro Villagrana
Flores Lara Ana Maria	F	68	CST III Jose Castro Villagrana
Guerrero Moreno Erika Paola	F	47	CST Jose Castro Villagrana
Cruz Cruz Mercedes	F	50	CST Jose Castro Villagrana
Salas Sanchez Juan Manuel	M	72	CST Jose Castro Villagrana
Olvera Tomas Juana	F	43	CST Jose Castro Villagrana
Marisela Meneses Trejo	F	61	CST Jose Castro Villagrana
Salazar Leyva Miguel Angel	M	78	CST Jose Castro Villagrana
Vazquez Ramirez Martha	M	60	CST Jose Castro Villagrana

**1. Datos de la Sesión del Grupo de Discusión****Objetivo de la sesión:**

Valorar las fortalezas y las debilidades que identificarnos para:

- a) Aumentar el cuidado y el control de nuestras enfermedades crónicas
- b) Crear y fortalecer nuestro consejo asesor en nuestro centro de salud

**4. Descripción detallada de la sesión:**

La sesión comenzó con la intervención del Dr. Misael, pasante de la unidad, quien se presentó ante el grupo con un mensaje de cercanía y vocación: expresó su deseo de ayudar a las personas, y cómo este encuentro representa para él una oportunidad de acompañar, aprender y brindar atención desde lo humano. A su lado también se encontraba el pasante. Jose , quien saludó al grupo y se integra, a la dinámica de bienvenida.

Posteriormente, se invitó a cada participante a presentarse y compartir las razones que los llevaron a asistir al encuentro.

**Motivaciones personales y testimonios significativos:**

Sra Camara Aidee: abrió la participación con una profunda reflexión. Habló de lo difícil que ha sido convivir con médicos que, en lugar de apoyar, desmoralizan. Valoró profundamente la calidez humana de los doctores presentes y del grupo. Compartió que ya había estado en otros grupos, pero este en particular le brindó un espacio donde se siente escuchada y acompañada.

Sra. Cruz Mercedes: expresó que su motivación principal es aprender, tanto desde la experiencia personal como desde el compartir con otros. Señaló que vivir con una enfermedad crónica implica acumular aprendizajes valiosos, y que este tipo de espacios le permiten crecer y fortalecerse.

Sra. Vázquez Martha: asistió por invitación de su comadre. Al convivir previamente con personas diabéticas, pero no estar directamente en la experiencia, se dio cuenta de su propia ignorancia frente a muchos aspectos de la enfermedad. Mencionó también que vive con hipertensión y que su objetivo es aprender a tener una mejor calidad de vida. Reconoció que muchas veces es más fácil hacerle caso a un conocido que a un médico, y por eso estos espacios grupales son tan importantes: permiten aprender de pares con el acompañamiento de profesionales.

Sra. Olvera Juana: Compartió que siempre ha estado interesada en su salud. Asistió constantemente a consultas y grupos, aunque reconoció que no siempre siguió las indicaciones al 100%. Hoy, reafirma su deseo de cuidarse, porque reconoce el valor de su vida y quiere evitar el deterioro físico que lleve a la dependencia total. Para ella, poder seguir haciendo cosas cotidianas como comer sola, es un símbolo de autonomía y dignidad.

Sra. Tomas Ascensión: Expresó que su familia hijas y bisnietos son su principal motivación para seguir adelante. Contó que hubo días en que no quería levantarse de la cama, pero pensar en su familia y en las palabras de los doctores le ha dado fuerza para seguir. Agradeció al grupo por ser un espacio donde ha aprendido mucho, y donde puede sentirse estimulada emocional y mentalmente.

Participante 4, joven mujer. Mencionó que su madre es diabética, y que ella asiste al grupo para aprender a cuidar de su madre y también de sí misma, pues hay antecedentes familiares importantes. Nunca había estado en un grupo como este y resaltó la importancia de adquirir conciencia sobre la enfermedad, conocerla y afrontarla desde la información.

Sr. Salas Juan: Compartió una experiencia personal relacionada con un familiar que fue atendido en un hospital privado donde casi lo operan innecesariamente. Esto lo hizo valorar la importancia de un diagnóstico adecuado y de profesionales que escuchen. Agradeció el trabajo del equipo médico y comentó que estos espacios le han permitido construir un nuevo camino de autocuidado.

Sr. Cabrera Feliz: Comentó que participar en el grupo le ha ayudado a comprender mejor lo que vive su esposa, también enferma. Relató que muchas veces no sabemos qué hacer en caso de una crisis como una hipoglucemia, y que este grupo le ha permitido aprender herramientas prácticas para actuar en el momento y acompañar mejor. Agradeció que un médico del propio centro de salud los haya convocado, algo que nunca antes había vivido. Valoró el compromiso del equipo y dijo que cuando el trabajo se hace con amor, se nota. Él, como mecánico, se siente satisfecho cuando un cliente sale contento; de igual forma, ve que los doctores trabajan con convicción y entrega. Finalmente, compartió una metáfora que leyó de una antropóloga social: “la alimentación es como una religión”, y cambiar los hábitos alimenticios es tan complejo como cambiar de fe. Solo algo muy impactante o una transformación personal profunda puede lograrlo. Concluyó agradeciendo a los doctores y a sus compañeros por este espacio de crecimiento.

## Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

### *La Salud es un Derecho Humano*

Tenemos Derecho a llevar una vida saludable; no importa si tenemos una o más enfermedades crónicas, aun así es posible lograr esa vida saludable.

Pero lograrla no depende solamente de nuestra voluntad individual; aunque ciertamente es fundamental lo que hagamos o no hagamos personalmente en favor de nuestra salud.

Lograr esa vida saludable depende de lo que hace o deja de hacer toda nuestra sociedad; por ejemplo:

Es nuestro Derecho y necesitamos tener un buen servicio de atención a nuestra salud, tengamos o no un seguro de salud.

Alimentación: Necesitamos poder adquirir alimentos saludables y que no proliferen los productos chatarra, como refrescos, frituras y pastelillos que para nada favorecen nuestra salud.

Actividad física y recreación: Necesitamos lugares seguros, accesibles, limpios, donde acudir a hacer actividad física y convivir en paz

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

Justicia y paz. Necesitamos convivir en nuestras colonias, barrios, pueblos y unidades habitacionales sin miedo de que vayamos a ser víctimas de violencias y delitos.

Necesitamos vivir en paz, con justicia, en comunidad

Por eso estamos hoy aquí; para pensar y proponer:

### **Introducción por Moderadora:**

Se establece un ambiente de confianza y respeto. Se invita a las y los participantes a levantar la mano para tomar la palabra, con el objetivo de mantener un espacio ordenado y participativo. Se hace énfasis en que el grupo es un espacio seguro, donde se pueden compartir experiencias personales, emociones y conocimientos. Se plantea la pregunta guía de la sesión:

"¿Qué vamos a hacer para mejorar nuestra salud? Ya sea en lo personal, en lo familiar, en el centro de salud, en el trabajo o en la comunidad."

Se destaca que hay tiempo limitado (1 hora y 45 minutos) y se invita a aprovecharlo para reflexionar colectivamente sobre el autocuidado. También se reitera la importancia de construir colectivamente propuestas que permitan cuidar de forma integral nuestro cuerpo, nuestras emociones y nuestras relaciones sociales.

Intervención 1 - Sra. Olvera Juana: La señora Juana toma la palabra y comparte una reflexión integral sobre el autocuidado. Menciona que muchas veces se prioriza a los demás (pareja, hijos, nietos), pero se deja de lado el propio bienestar. Hace énfasis en que el cuidado personal es una condición indispensable para poder estar para los otros. Señala que una buena alimentación mejora el efecto de

los medicamentos, en particular en personas con hipertensión o diabetes. Relata que ha aprendido que el estrés, la ansiedad y la depresión descompensan la salud, incluso si se siguen las indicaciones médicas. La señora Juanita subraya que hay que trabajar el bienestar individual sin sentir culpa por poner límites, y sin esperar a que el cuerpo colapse para reaccionar. Además, hace un llamado a atender no solo lo físico sino también lo emocional y mental.

"Ya no te puedes descuidar pensando en que voy a cuidar a mi esposo, tienes que trabajarte individualmente."

Insiste en que hay que procurar pequeños momentos de ejercicio (aunque sea media hora diaria), cuidar la alimentación y procurar hobbies o aprendizajes que generen bienestar. Finaliza reiterando que si una no está bien, no puede estar para los demás.

Intervención 2 - Sr. Salazar Miguel: Comparte su experiencia en un proyecto comunitario orientado al fortalecimiento del funcionamiento neuronal mediante cinco ejes: seguimiento médico, alimentación, activación física, sociabilidad y activación cognitiva. Relata que el proyecto incluyó actividades como ejercicios por internet, sesiones físicas, tablas de alimentación, reuniones, asambleas, películas y juegos cognitivos. Menciona que se formó un grupo pequeño pero constante. Agradece el acompañamiento de una doctora que les orienta y dirige ejercicios suaves pero efectivos tres veces por semana en un parque local.

"Los ejercicios no son rudos, pero mueven músculos que normalmente no usamos. Poco a poco uno va mejorando."

Miguel comenta que gracias a esta experiencia ha fortalecido su autoestima, su red de apoyo, su salud física y también su salud mental. Reconoce que sentirse parte de una comunidad le ha permitido ser más consciente del papel del esparcimiento, el amor propio, el aprendizaje constante y el compromiso con uno mismo.

Intervención 3 -Sra. Tomas Ascencion: Habla sobre el compromiso personal con la salud mental, emocional y social. Señala que es importante tener propósitos claros en el trabajo, en la familia y en el propio cuidado. Comparte que para ella la paz interior es uno de los elementos más importantes para mantenerse fuerte y evitar enfermedades. Relata que, en su experiencia, la comunicación y la socialización con otras personas también son formas de sanación.

"El amor florece. Es como una planta: si no se riega, se seca."

Comenta que a veces una puede tener una alimentación limitada, pero si hay actitud y felicidad, eso también influye en la salud. Reconoce el valor de compartir y de escuchar a otros como parte del proceso de cuidado.

Intervención 4 – Sra. Meneses Marisela: Cuenta que disfruta mucho leer e intercambiar libros, lo cual le ha permitido conocer nuevos autores y relajarse. También se ha interesado en mejorar sus técnicas de ejercicio viendo videos y aprendiendo sobre alimentación. Menciona que le gusta aprender de la experiencia de otros y que ha encontrado paz y entusiasmo al compartir lo aprendido.

"A veces uno repetía muy rápido los ejercicios y no eran efectivos. Aprendí que menos repeticiones, pero bien hechas son mejores."

También habla de cómo el vínculo con su madre se ha fortalecido gracias a estas actividades compartidas y cómo eso le ayuda a mantenerse motivada.

Intervención 5 - Sra. Flores Ana María: Explica que disfruta la música y las manualidades. Debido a un problema en sus ojos, no sale mucho de casa, pero estas actividades la ayudan emocionalmente. Comparte que, gracias a lo aprendido en los talleres, ha comprendido que el estrés y la presión emocional afectan directamente sus niveles de glucosa.

"Cuando no me siento estresada ni presionada, mis niveles de azúcar están más estables."

Agradece la oportunidad de formar parte del grupo y se compromete a continuar participando como forma de prevención.

Intervención 6 - Sr. Salas Juan: Comparte que ha aprendido a leer libros digitales gratuitos y a analizar literatura. Esto lo ha estimulado mentalmente y lo considera parte importante de su bienestar. Menciona que antes no tenía este hábito, pero que descubrió el gusto por la lectura como una forma de mantenerse activo y curioso.

"Aprendí a buscar críticas, a hacer análisis de personajes. Eso me da energía mental."

Dice que ahora se siente más capaz de conversar con otros, opinar y compartir ideas.

Intervención 7 Sra. Tomas Ascensión: Comparte su rutina espiritual que incluye predicación, estudio bíblico y reuniones religiosas. Afirma que estas actividades la ayudan a mantener su mente activa y un buen ritmo de vida. Describe con detalle cómo organiza su semana y cómo el involucrarse en actividades comunitarias relacionadas con su fe ha mejorado su estado de ánimo.

"Yo nunca había aprendido tanto como ahora. Esto me da paz y me ayuda a dormir bien, a comer mejor y a tener esperanza."

Habla también de cómo su historia de vida estuvo marcada por la pobreza, pero ahora ha encontrado un equilibrio emocional a través de la espiritualidad.

Intervención 8 – Sra. Camara Aidee: Relata su proceso de aceptación del diagnóstico y cómo ha desarrollado una rutina terapéutica basada en el auto amor. Menciona que al principio negó la enfermedad, pero después comprendió que debía hacerse responsable y comenzar a cuidarse. Cada día se mira al espejo y repite frases de afirmación personal para motivarse.

"Me miro al espejo y digo: 'Yo me amo, yo me respeto'. Si no me amo, no puedo amar."

Afirma que estas frases la han sostenido en momentos difíciles y la motivan a continuar cuidándose. También comenta que ahora desea enseñar a sus hijas sobre el autocuidado para prevenir complicaciones en el futuro.

¿Nos comprometemos, como grupo, a hacer algo juntas, juntos de aquí al siguiente Encuentro que podamos evaluar para mejorar nuestra vida saludable?

Sí, nuestra meta como grupo a lograr de aquí al siguiente Encuentro es: El grupo acordó continuar con el proyecto Manual de Hipoglucemias, y hablaron sobre la importancia en la constancia de acudir a las sesiones y que el grupo siga creciendo. Además, el señor Félix se comprometió a bajar 5 kg de aquí al próximo encuentro. Lo que refleja el momento de reflexión y de acción en este grupo se discusión.

Para organizarnos y alcanzar la meta, nos vamos a reunir (lugar y fecha): Se acordó continuar con la misma frecuencia de las sesiones (cada 2 semanas), los días lunes de 10 a 12 del día. En las instalaciones del Centro de Salud José Castro Villagrana.

**Cierre de la sesión:**

¿Qué aprendimos hoy?

Una de las participantes reflexiona:

"No es que no queramos cuidarnos. A veces es la misma enfermedad la que nos tira. Pero al escuchar a otros, una entiende que no está sola."

También se habla de la necesidad de continuar estos espacios, aunque termine el proyecto actual. Se propone que los mismos participantes se organicen para sostener actividades semanales. Se reconoce que hay avances individuales y colectivos. La sesión concluye con una reflexión sobre lo que significa ser humano:

"La humanidad comenzó cuando alguien cuidó de otro con una pierna rota. Eso es lo que nos hace humanos."

**Datos del Consejo Asesor que quedó formado:**

**Integrantes**

Nombre Completo	Edad	Sexo	Enfermedad crónica	Número de teléfono para contactar
Aidée Romana Reyes Camara	63	F	Diabetes tipo 2	55 19 00 87 21
Félix Cabrera coronel	51	M	Dislipidemia	55 19 06 62 07
Ascensión Tomas Estrada	72	F	Diabetes tipo 2	56 24 38 08 27
Ana María Flores Lara	68	F	Diabetes tipo 2 Hipertensión Arterial	55 21 30 65 23
Erika Paola Guerrero Moreno	47	F	Diabetes tipo 2	55 49 42 32 28
Mercedes Cruz Cruz	50	F	Diabetes tipo 2 Hipertensión Arterial Dislipidemia	55 19 06 62 07
Juan Manuel Salas Sánchez	72	M	Hipertensión	55 36 76 75 36
Juana Olvera Tomas	43	F	Ninguna	56 24 38 08 27
Miguel Salazar Leyva	78	M	Diabetes Tipo 2 Hipertensión Arterial	55 32 44 17 49
Marisela Menesses Trejo	61	F	Ninguna	55 32 44 17 49
Martha Vázquez Ramírez	60	F	Diabetes tipo 2	55 45 75 47 96

**3.4 Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana a cargo de Misael Nieto Lugo**

**1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social.**

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2024	17	38
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2024	28	62
Recuperados a partir de agosto de 2024	0	0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Nota: Al iniciar mi pasantía intente contactar a los pacientes, sin embargo, la mayoría no respondieron a las llamadas y otros refirieron no poder acudir por motivo de trabajo o horarios.

Tabla No.2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	19	42.2
No activas	26	57.7
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	10	38.4
Cambio de institución que le atiende	1	3,8
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	3	11.5
Se ignora	12	46.1
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

## 2. Información demográfica.

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	No	%
Femenino	18	64
Masculino	10	36
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	4
50 – 59 años	7	25
60 – 69 años	9	32
70 – 79 años	11	39
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Femenino		Masculino		Total		
	Sexo	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años		0	0	0	0	0	0
30 – 39 años		0	0	0	0	0	0
40 – 49 años		1	6	0	0	1	4
50 – 59 años		7	39	0	0	7	25
60 – 69 años		3	17	6	60	9	32
70 – 79 años		7	39	4	40	11	39
80 y más años		0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	3	11

2	2	7
3	3	11
4	5	18
5	2	7
6	6	21
7	2	7
8	3	11
9	0	0
10	0	0
11	1	4
12 y más	1	4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	4	26.6
Diabetes Mellitus tipo 2	0	0
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0
Obesidad y diabetes	1	6.6
Obesidad y dislipidemia	1	6.6
Diabetes e hipertensión	4	26.6
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	6.6
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	6.6
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	20
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Nota: Hacen falta categorías. Por ejemplo, pacientes con diagnóstico de *hipertensión* y *dislipidemia* no se encuentra por lo que queda excluido.

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	0	0	4	66.6	4	26.6
Diabetes Mellitus tipo 2	0	0	0	0	0	0
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0	0	0	0	0
Obesidad y diabetes	1	11.1	0	0	1	6.6
Obesidad y dislipidemia	1	11.1	0	0	1	6.6
Diabetes e hipertensión	2	22.2	2	33.3	4	26.6
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	11.1	0	0	1	6.6
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	11.1	0	0	1	6.6
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	33.3	0	0	3	20

<b>Total</b>	9	100	6	100	15	100
--------------	---	-----	---	-----	----	-----

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad</b>	<b>%</b>
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	2	50
70 – 79 años	2	50
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad</b>	<b>%</b>
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	25
60 – 69 años	1	25
70 – 79 años	2	50
80 y más años	0	0
<b>Total</b>		<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	2	66.6
60 – 69 años	1	33.3
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

## 5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 17

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	11	64.7	10	58.8	21	61.7
Fuera de control	6	35.2	7	41.1	13	38.2
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

NOTA: En mis registro atendí 17 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Tabla No. 18

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	9	52.9
Fuera de control	8	47.05
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Nota: se toma como referencias control con una Hb1Ac < 7%

Tabla No. 19

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	19	86.3
Fuera de control	3	13.6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Nota: En el periodo antes mencionado atendí 22 personas con diagnóstico de hipertensión.

Tabla No. 20

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	19	67.8
Fuera de control	9	32.1
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Nota: En este caso tome el total de pacientes vistos en mi unidad durante el periodo antes mencionado. Los resultados reflejan que actualmente 9 están en descontrol y 19 en control

Tabla No. 21

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	15	53.5
Fuera de control	13	46.4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

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

Generalmente el diplomado se comprende en 4 módulos, 3 que se ven de manera consecutiva y 1 que se ve a la par de otro, el módulo 4. Que tiene como objetivo la evaluación de casos clínico-centrados en la persona. Cada caso clínico debe guiarse en los 4 ejes del modelo, 1. La enfermedad, el padecimiento y la salud de la persona. 2. La persona y su entorno. 3 La relación médico paciente (colaboración). 4. La intensificación de la relación médico paciente.

El primero aborda la enfermedad desde su historia, y examen físico. El padecimiento, donde analizamos sentimientos, ideas, funcionalidad y expectativas. Algo que difiere de la medicina tradicional desde mi punto de vista. Y finalmente la salud donde nos enfocamos a las aspiraciones y metas que la persona tiene o debe desarrollar. Importante ya que de esto dependerá significativamente la adherencia terapéutica.

La persona y su entorno, este punto trata de cambiar totalmente la visión centrada en la enfermedad a una visión holística que considera a la persona como un todo (Enfermedad, padecimiento, y salud).

Finalmente, el punto 3 y 4, aborda la relación médico paciente. Pues aboga por el trabajo y la toma de decisiones compartida, la creación de proyectos en común. En cada valoración idealmente se deberían plantear objetivos, generar metas, construir planes que beneficien al paciente. Incluyendo al paciente cada una de estas decisiones.

Esta revisión de casos clínico centradas en la persona no solo tiene el objetivo de reflexionar sobre la atención de una persona y su entorno. Sino que también genera áreas de mejora, en temas que pueden tener impacto en el tratamiento o seguimiento de la persona, por ello, después de cada caso clínico se aborda un tema relacionado a la enfermedad. A lo largo del

diplomado vimos temas de hipertensión, diabetes, manejo de insulinas, dolor crónico, y síndromes geriátricos. Estos temas son desarrollados por el equipo de asesores médico, que nos acompaña en cada sesión.

**Relación de los casos vistos a lo largo del año y los temas revisados con posterioridad, derivados de la revisión de ese caso.**

Caso Clínico Centrado en la Persona	Tema Derivado
<b>20/09/2025</b> <b>Ponente: Gómez Flores María Isabel</b>	Tratamiento Inicial en pacientes de reciente diagnóstico de hipertensión arterial / Dolor Crónico
<b>13/12/2024</b> <b>Ponente: Elia Sofia Sánchez Santiago</b>	Manejo de Medicamentos Equivalentes (Hipertensión, Diabetes tipo 2)
<b>31/01/2025</b> <b>Ponentes: John Antony / Misael Nieto / Ulises</b>	Manejo de insulinas
<b>04/04/2025</b> <b>Ponente: Fátima Lima Rodríguez</b>	Síndromes Geriátricos / Envejecimiento saludable

**Caso Clínico Presentado**



**CASO CLÍNICO**

**ANTECEDENTES**

1. Antecedentes heredofamiliares

**Abuelos Paternos y maternos :** Desconoce

**Padre:** Finado, padeció Diabetes Mellitus tipo 2

**Madre:** Finado, padeció Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus.

**Tíos paternos (2):** Padecen Diabetes Mellitus

**Hermana:** Padeció diabetes Mellitus tipo 2

**Hijos:** Aparentemente sanos

1. Antecedentes Personales no patológicos

Habita en casa prestada de materiales perdurables y todos los servicios (agua, luz, drenaje) con esposo e hijo, cuenta con 3 habitaciones. Consumo 2 a 3 comidas al día. Adecuadas en cantidad y calidad. Carne 3/7, frutas 7/7, lácteos 7/7, verduras 6/7. 1 a 2 litros de agua al día. Inmunizaciones completas

**FICHA IDENTIFICACIÓN**

Nombre: HHJ  
Edad: 56 años  
Sexo: Femenina  
Escolaridad: Secundaria completa  
Ocupación: Estilista  
Estado Civil: Casada



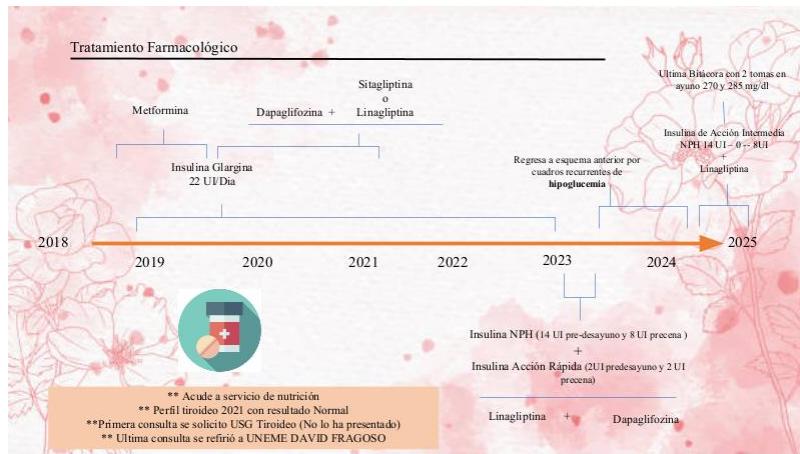
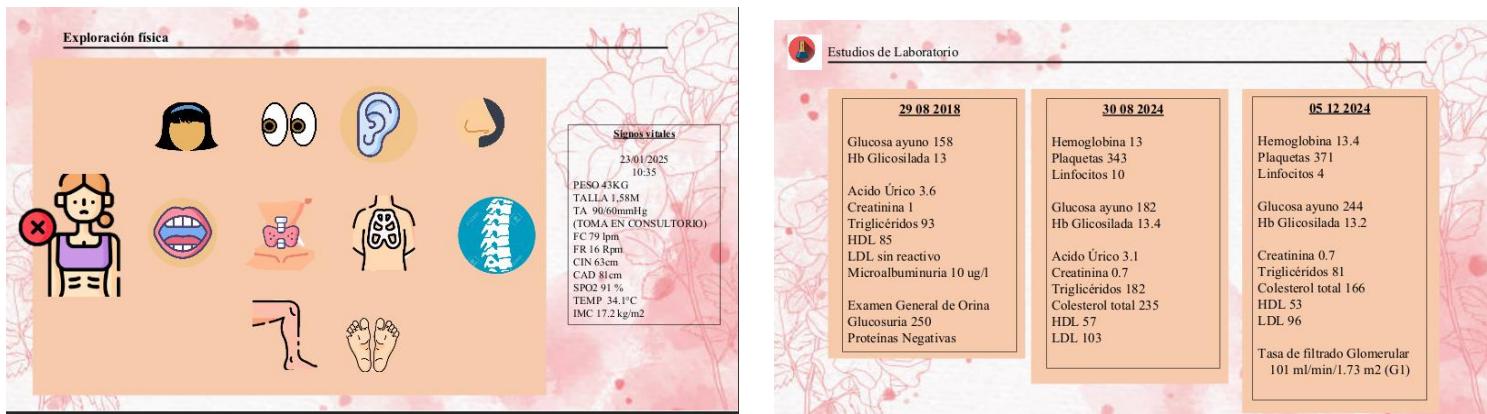
**ANTECEDENTES**

**Antecedentes Personales patológicos**

- Diabetes mellitus de 18 años de evolución, diagnosticada en 2007 posterior a embarazo.
- Trastorno de ansiedad diagnosticado hace 3 meses en seguimiento por psicología
- Quirúrgicos: Cesárea (2007). Refiere padeció diabetes gestacional
- Transfusionales: Negados
- Toxicomanías: Negados
- Alergias: Negadas

**Antecedentes Gineco obstétricos**

- Menarca 13 años
- Ritmo 30x3
- IVSA 21 años
- Método de planificación familiar: Preservativo
- Parejas sexuales: 1
- GII, PI, CI
- FUR: 50 años
- Citoloxia cervical 2024: Normal
- Mastografía 2024: Normal



#### 4. Conclusiones.

Durante mi servicio social en el modelo de atención centrado en la persona con enfermedades crónicas tuve la oportunidad de generar un cambio en el pensamiento médico, que aunque fue gradual me permitió reflexionar sobre el poder del acompañamiento, la escucha activa, la confianza y el trabajo en equipo. Habilidades que muchas veces se pierde o nunca se desarrolla en la formación médica.

A diferencia de la consulta médica tradicional, en la que el enfoque suele centrarse en los signos, síntomas y parámetros biométricos, este modelo permitió un abordaje más humano, comprensivo y profundo de cada paciente. Entendí que las enfermedades crónicas no se gestionan únicamente con medicamentos y cifras de laboratorio, sino con un acompañamiento constante que valora la parte emocional, las metas, los miedos y el entorno de la persona. Detrás de cada diagnóstico hay más que una enfermedad.

Considero que construir una relación médico-paciente basada en el respeto, la empatía y la confianza, factores que, aunque intangibles, tuvieron un impacto clínico real y medible. Me sorprendió gratamente ver cómo, al brindar confianza y espacios de escucha activa, muchos pacientes sintieron que había alguien que se preocupaba por su salud, esto los hacia sentir

más motivados para realizar cambios en su estilo de vida, y encontrar sentido en sus propias aspiraciones, incluso en medio de un diagnóstico crónico.

Desde el punto de vista institucional, la implementación de este modelo tiene ventajas claras: mejora la comunicación con las personas, promueve el autocuidado y fortalece la adherencia al tratamiento. Además, fomenta el trabajo colectivo integrando no solo a médicos, sino también a personas que viven y sienten sus mismos padecimientos. Considero que es uno de los ejes centrales de este modelo. Sin embargo, también observé ciertas limitaciones, una de ellas fue saber que en mi unidad hubo un largo periodo en el que el modelo no se implementó de la mejor manera, por ello muchas veces las autoridades de la unidad sintieron que no era un proyecto viable. Esto aunado a otros factores como la sobrecarga de pacientes que en algunas ocasiones limita el tiempo de consulta. La falta de insumos en espacial de estudios de laboratorio y la atención de especialidad pues al requerir una atención integral es importante que todos estos factores funcionen a la par. A pesar de ello considero que el modelo tiene una amplia oportunidad de crecimiento.

En cuanto a los pacientes que pude acompañar de manera recurrente, constaté que muchos de ellos, a pesar de convivir con enfermedades crónicas, tienen aspiraciones profundas y legítimas: mejorar su calidad de vida, mantenerse funcionales, cuidar de sus familias y conservar su independencia. Fue impactante ver cómo, con un acompañamiento adecuado, estos pacientes recobraban motivación para alcanzar metas que habían creído inalcanzables. También comprendí que el trabajo grupal (como el consejo asesor) es una herramienta poderosa para fortalecer vínculos y aumentar la resiliencia comunitaria.

Finalmente, reflexionando sobre mi formación de pregrado, considero que, si bien obtuve una base sólida en el manejo de enfermedades crónicas, este año de servicio social y el modelo centrado en la persona me brindaron herramientas clínicas y humanas que rara vez se abordan en la formación médica tradicional. La experiencia me dejó claro que debo seguir desarrollando habilidades de comunicación, escucha activa, manejo emocional del paciente, y trabajo multidisciplinario. Asimismo, debo mantenerme actualizado no solo en temas clínicos, sino también en enfoques innovadores de atención que prioricen la dignidad, la equidad y el bienestar de las personas.

En conclusión, esta etapa formativa no solo consolidó mi identidad como médico, sino que también me enseñó que la medicina más efectiva es aquella que ve al paciente como un ser integral y que trabaja con él, no solo para él.

## 5. Referencias bibliográficas

1. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. *The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model*. Hospital Quarterly. 2003;7(1):73-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14674182/>

2. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. *Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis*. BMJ Open. 2019;9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
3. Dharmasaroja P. Empowering reflection and reflective writing in medical education. *Rama Med J*. 2024;47(2):57–69. doi:10.33165/rmj.2024.47.2.267231.
4. Tajar CD. ¿Qué es la medicina narrativa? En: Carrió S, Janson J, eds. *El enfoque narrativo en la práctica profesional*. 1.ª ed. Buenos Aires: Ediciones GEDIC; 2022. p. 17–30.
5. Reeve J, Cooper L, McMillan A, Harrington J, Rosenthal J. Exploring the relationship between evidence-based medicine, shared decision making and the concept of person-centred care: a scoping review. *Perspect Med Educ*. 2023;12(3):229–38. doi:10.1007/s40037-023-00786-2.
6. Chicaiza Ayala W, Henríquez Trujillo R, Jara Muñoz E. *Introducción a la Medicina Basada en Evidencias*. Curso-Taller.: Proyecto Salud de Altura; 72 p.
7. Sánchez López MC, Madrigal de Torres M, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Aguinaga Ontoso E. ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2010;42(10):507–513. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.030
8. Zhao Y, Zhao X, Liu Y, Wei Y, Jin G, Shao S, Lu X. Perceptions, behaviours, barriers and needs of evidence-based medicine in primary care in Beijing: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2019;20:171. doi:10.1186/s12875-019-1062-0
9. 2. Diagnosis and classification of diabetes: standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 2025, vol. 48, no Supplement\_1, p. S27-S49.
10. Siwek J. Evidence-based medicine: common misconceptions, barriers, and practical solutions. *Am Fam Physician*. 2018 Sep 15;98(6):343-4
11. Blánquez Martínez D, Hayón Ponce M, Chavemas Bustamante S. *Guía de equivalentes terapéuticos*. Ceuta: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2022.
12. Elwyn G, Neves AL, Evans R, Baker A, Clayton B, Legare F, et al. Shared decision making with patients with complex care needs: a scoping review. *Health Expect*. 2024;27(1):5–19.
13. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. 2019;9(6):e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
14. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):780–4. doi:10.17843/rpmesp.2016.334.2565

## Anexos







