



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Licenciatura: Medicina

Nombre del proyecto: 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)

TRABAJO FINAL: La atención a las personas que viven con enfermedades crónicas desde un modelo enfocado no solo en un control bioquímico sino en el bienestar personal.

Presenta MPSS Yarely González Rodríguez

Matricula 2193068167

Promoción: Agosto 2025 – Julio 2026

Asesor interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

CDMX a 6 de agosto de 2026

1. Presentación:

Este trabajo final tiene como propósito resumir y explicar los temas abordados en el diplomado 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) en sus cuatro diferentes módulos. Donde el primero hablará de cómo lograr que las personas con enfermedades crónicas a través de este modelo puedan identificar y potenciar sus capacidades así como guiarlos en el auto aprendizaje para el autocuidado de sus enfermedades. En el segundo módulo las diferentes maneras de hacer medicina basada en evidencia, y medicina basada en la persona. Tercer modulo, la participación social y el generar comunidad se ve reflejado en el bien colectivo e individual del control Metabólico de las personas, en donde principalmente nos ayudamos de la formación y consolidación de consejos asesores. En el cuarto módulo, una manera diferente de presentar casos clínicos pero con una perspectiva que nos ayuda a ver la enfermedad y su control o descontrol metabólico desde la de la persona.

Todo esto aplicado en un grupo De 31 personas en la Unidad de Salud T III Pedregal de las Águilas, en donde se daba consulta de 7 am a 12 pm los días lunes y miércoles.

El modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas (MAICP).

El MAICP a diferencia de una atención médica tradicional centra el acompañamiento médico en 3 sistemas diferentes, la enfermedad, la dolencia y la salud, considerando que para tratar y dar seguimiento médico a una persona con enfermedades crónicas es multifactorial. La enfermedad como la cuestión fisiológica, anatómica y patológica, La dolencia en donde se integra la principal diferencia de dejar de definir a las personas por las enfermedades que padecen y verlas por la historia que representan y la salud que este concepto no siempre es universal y cada persona toma decisiones en su propia perspectiva de salud.

El Diplomado

El diplomado del MAICP consistía en sesiones mensuales de 2.5 hrs en donde se intentaban llevar a cabo sesiones con dinámicas parecidas al sistema modular, a través de artículos con validez científica, una sesión era enfocada al módulo 1 y la siguiente al módulo 3, una vez cada 2 meses una Sesión del módulo 4, al terminar el módulo 1 se presentó un trabajo para acreditaron que consistió en un ensayo donde se abordaban los temas del módulo, una vez concluido se inició el módulo 2 y al finalizar de igual modo se presentaron las propuestas para acreditar ese módulo teniendo 3 opciones como lo eran la revisión sistemática, medicina narrativa y escritura reflexiva.

Al inicio de las sesiones el doctor Victor daba una introducción a la lectura correspondiente y luego 2 compañeros exponían el artículo para dar fin con una sesión de preguntas y respuestas que invitaban a la discusión y reflexión.

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

¿Cómo guiar a las personas con enfermedades crónicas para lograr un autocontrol de su enfermedad?

INTRODUCCIÓN

Actualmente las enfermedades crónicas son una preocupación internacional. Su creciente incidencia se acerca a niveles epidémicos, suponen una carga para las personas y los sistemas de salud. Es fundamental encontrar estrategias eficaces y basadas en la evidencia para promover la salud, prevenir y controlar las enfermedades crónicas. (Wagner et al., 1999).

Debido a los recientes retos sobre cómo los servicios de salud pueden abordar de forma sostenible las necesidades crecientes de la atención a personas con enfermedades crónicas. De ahí surge la importancia de generar cambios en la forma de llevar la atención médica y surgen los términos de autogestión. (Van de Velde D, et al., 2019).

La autogestión se define como el manejo diario de condiciones crónicas por parte de los individuos a lo largo de su enfermedad. El término autocontrol indica que los pacientes manejan su enfermedad a medida que progresa. Esto nos indica que las personas con enfermedades crónicas son quienes deberían gestionar su dolencia ya que solo ellos mismos pueden ser responsables del cuidado diario de sus enfermedades. . (Huang. et al., 2024)

Es muy importante el reconocer la diabetes e hipertensión como una condición crónica exige la inevitabilidad del automanejo por parte de las personas sin interferir con sus preferencias y decisiones. Y así lograr reconocer a las personas como sujetos activos y autónomos involucrados en la búsqueda y producción de su salud.

En este ensayo se hablará sobre **¿Cómo guiar a las personas con enfermedades crónicas para lograr un autocontrol de su enfermedad?** Esto a través de la autogestión, un enfoque en capacidades, empoderamiento, Y qué puedo cambiar de mi intervención médica para dirigirla hacia acompañar y lograr un paciente activo con la capacidad de autogestionar su enfermedad y así poder tener mejoras significativas en su salud.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este ensayo es aprender a cómo guiar y acompañar en la consulta medica a personas con enfermedades cronicas para que logren las capacidades necesarias para que logren una autogestion que los lleve a una mejoría de su enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Señalar la relevancia de atender a personas con enfermedades crónicas.
2. Averiguar qué hace a un paciente autónomo
3. Conocer atributos y capacidades de las personas con enfermedades crónicas para una autogestión de su enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

En los ultimos años han existido cambios profundos en la forma de practicar la medicina. El paradigma que rigió la formación de muchas generaciones de medicos fue el de la enfermedad. Sin embargo, cuando los paradigmas no dan respuesta a los problemas que deben responder, surge una crisis y esta crisis puede llevar a un cambio de paradigma. (Cuba, M., & Campuzano, J, 2017)

En el momento en que nosotros como médicos comenzamos con la atencion a personas con enfermedades crónicas intentamos poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre estas patologias sin embargo, después de que ya han pasado varias consultas y las personas no llegan a las “metas clínicas” establecidas en las guias que rigen nuestra conducta médica, a veces nos preguntamos si realmente las personas están haciendo las cosas como yo se las indiqué. En ningun momento después de años de estudio se nos advirtió que la realidad era diferente.

Las personas que viven con enfermedades crónicas a menudo reciben atencion fragmentada centrada en tratar multiples afecciones individuales en lugar de una atencion integral a la persona coherente con sus prioridades y circunstancias, (Watson et al., 2024)

Con normalidad se les habla a las personas sobre su responsabilidad para llevar una vida “sana” y sin complicaciones. Pareciera demasiado sencillo limitarnos a solo dar recomendaciones de como las personas deberían vivir sus vidas, y nunca preguntamos sobre

qué significa para ellos ser saludables. Diversos académicos e investigadores intentan incorporar los conceptos de atogestión, definiendo a la salud como “La capacidad de adaptarse y autogestionarse ante los desafíos físicos y emocionales” (Van de Velde D, et al., 2019).

Es en ese momento en el que la necesidad de las personas nos obliga a cambiar la manera en que los prestadores de atención médica dirigimos nuestros planes hacia conseguir que las personas puedan lograr un autocontrol de su enfermedad. Resaltando lo valioso que es aprender cómo guiarlos en el camino de generar capacidades que los lleven a la autogestión.

DESARROLLO

¿POR QUÉ DEBERÍA DE SER RELEVANTE ATENDER A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS?

Las enfermedades crónicas son una preocupación internacional. Es fundamental encontrar estrategias eficaces y basadas en la evidencia para promover la salud, prevenir y controlar las enfermedades crónicas. (Wagner et al., 1999). ¿Sin embargo, la atención de estos padecimientos es relevante por su significancia estadística o por lo que representa la vida en sí de las personas? La salud a pesar de tener una definición ya establecida debemos entender cuál es el significado que le da cada una de las personas. (Cuba, M., & Campuzano, J, 2017)

Cuando tenemos nuestro primer acercamiento a tratar las enfermedades que aquejan a los pacientes, pocas veces les damos la importancia suficiente de que ya no estamos aprendiendo de los libros sino que frente a nosotros hay una persona, y aunque quizás jamás se nos enseñó a relacionarnos con ellos debemos utilizar esta relación médico-paciente para acompañar a las personas en el camino de su salud, por la relevancia que tiene su vida y no porque forman parte de una estadística más.

UN PRIMER ACERCAMIENTO A TRATAR A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y NO A LA PATOLOGÍA

Al principio resulta frustrante ver cómo a pesar de que los médicos estemos constantemente actualizándonos en conocimientos resulte que hay personas que aparentemente no tienen bajo

control su enfermedad y pareciera que algo estamos haciendo mal, y quizás si, porque nadie nos enseñó que los médicos no tratan las enfermedades crónicas. Las personas con enfermedades crónicas se tratan a sí mismas con la ayuda de sus médicos; el médico es parte del tratamiento. Los pacientes están a cargo de sí mismos.

Con normalidad los médicos guiamos nuestra consulta con un método paternalista definido por Tom Beauchamp como la restricción justificada de la autonomía de las personas siendo una línea más “dura”, llevando a una relación asimétrica entre el poder del Médico y el del paciente, llegando incluso a imponer una decisión negando la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones. (Viesca, 2017)

Desde un principio queremos implementar este método sin darnos cuenta que al principio es más complejo pero que al paso del tiempo ayudando y acompañado a las personas a lograr su autonomía, su propia toma de decisiones sobre su enfermedad, paulatinamente hará más sencillo el papel del médico. Pero... ¿Cómo lograr esto?

¿COMO HACER A UN PACIENTE AUTÓNOMO?

Entre los mecanismos de la agencia personal, ninguno es más central o más generalizado que las creencias de las personas en su capacidad para ejercer cierto grado de control sobre su propio funcionamiento y sobre los acontecimientos del entorno.

Conforme pasa el tiempo nos damos cuenta que todas las personas tienen herramientas diferentes para afrontar la manera en que ven, viven y afrontan su enfermedad. Es ahí el momento indicado para comenzar el camino junto con las personas, hacia la autonomía.

Las intervenciones para cambiar los comportamientos de salud generalmente tienen más éxito en iniciar el cambio de comportamiento que en mantener dicho cambio. Motivo por el cual se marcan diferentes pasos a seguir.

1. Conocer los atributos y capacidades de cada persona. ” (Van de Velde D, et al., 2019).

- a. La persona debe participar activamente en su proceso de atención: al adoptar la autogestión el paciente debe dejar de ser pasivo y solo receptor de información.

Adquiriendo mayor compromiso respecto a su planificación y gestión de problemas de salud.

- b. La persona debe asumir la responsabilidad del cuidado: independientemente de si tiene o no una red de apoyo. Esto ayuda a reconocer que el paciente es el único actor dentro del proceso de su atención y debe ser responsable de su cuidado diario.
- c. La persona tiene una forma positiva de afrontar la adversidad: actuar de esta manera ayuda a que el resto perciba a los pacientes como capaces de reconocer su capacidad de tomar decisiones sobre sus propios problemas.
- d. La persona debe ser informada sobre su condición: para que pueda tomar decisiones se debe tener la correcta información de su estado de salud.
- e. La autogestión es individual e implica expresar necesidades, valores y prioridades, y depende de la percepción de las personas.
- f. La autogestión implica apertura para generar una asociación recíproca con el personal médico. Acuarto de manera tradicional asumiendo que solo el médico es el experto acorrala a los pacientes a lo pasivo y no a colaborar. Es difícil entender y aplicar pero no siempre las personas harán lo que se 'Indique' sino lo que ellos puedan y sepan hacer respetando su autonomía. Generando así una experiencia compartida con el personal tratante.
- g. La autogestión implica apertura al apoyo social: los médicos, las personas y el entorno son importantes. Las personas deben fortalecer las relaciones necesarias y no únicamente centrarse en el individualismo.
- h. La autogestión es una tarea de por vida: no es una tarea con punto final, se vuelve una tarea cotidiana.
- i. La autogestión requiere habilidades personales. Es muy importante reconocer que se necesitan atributos como el saber resolver problemas de manera individual, toma de decisiones, usar los recursos al alcance, formar una relación sólida médico-paciente, establecer metas.
- j. La autogestión abarca lo médico, lo social y lo emocional: abarca desde la toma de medicamentos, cambios en el estilo de vida, la realización de bitácoras no se deja de lado o es menos importante que lo emocional y lo social. " (Van de Velde D, et al., 2019).

Cuando en la consulta médica constantemente estamos no logrando los objetivos médicos normalmente tomamos una actitud de señalamiento y culpa hacia la persona sin embargo

jamás buscamos esos atributos y los trabajamos y potenciados con las personas. Lograr que paulatinamente las personas trabajemos en estos atributos hará que las personas puedan tener un control de su enfermedad aún si hay cambios en su atención médica.

2.Promover la autonomía de las personas.

Promover la autonomía de las personas puede resultar paradójico y complejo. La costumbre llevó a la pasividad en la cual solo las personas acatan las indicaciones médicas. Para lograr esto como médico debemos establecer respeto y facilidad a las personas. Se ha demostrado en múltiples estudios que cuando estas necesidades psicológicas básicas se satisfacen en el proceso de cambio del comportamiento en salud, es más probable que dicho cambio se internalice y se mantenga mejor a lo largo del tiempo, porque la motivación es de carácter autónomo

CONCLUSIÓN

Cuando comencé mi atención médica a persona con enfermedades crónicas, ingenuamente pensé que sería sencillo, que mi trabajo se reduciría a subir/bajar insulina, ajusta dosis de medicamento, analizar estudios clínicos y dar recetas; que equivocada estaba aquel día, hasta que comprendí que no sólo era eso, sino que las personas son más fascinantes pero que genuinamente me importaba su mejoría, pero el pensar en cómo hacer yo sola que ellos estuvieran “bajo control” me causó conflicto hasta el grado de entender que no estaba sola en su atención y que debía de desaprender lo que mal enseñado estaba.

Las personas y los médicos debemos actuar en conjunto, y que mi deber era acompañar en su proceso de salud y no “curarlos” de una enfermedad que va a estar con ellos todos los días. Para eso tuve que aprender la mejor manera de que el resto de los días de su vida (fuera de la consulta) ellos pudieran generar las capacidades necesarias para llevar a cabo el manejo de su enfermedad. Cada uno de ellos ve y vive las cosas de manera diferente y tiene objetivos diferentes y la atención debe ser ajustada y totalmente personalizada a lo que ellos más desean hacer con su vida.

Los contenidos de este módulo son temas fascinantes que de no ser por el diplomado quizás jamás hubiera aprendido, pero para intentar enteros y además aplicarlos no solo basta con

leerlos sino que interiormente debe de haber un cambio en cada persona de la salud que este dispuesta y acepte este reto. Ojalá en alguna materia como estudiantes de medicina no solamente se nos enseñara la medicina social sino que la atención integral de las personas no es sólo que diferentes especialistas vean al paciente sino que los diferentes especialidad entiendan que ven personas. Durante este módulo se nos hizo mucho hincapié que nuestra manera de dar atención médica cambiaría en el momento en el que entendieras que quien entrará al consultorio era una persona.

Algunos compañeros cuestionaron muy válidamente el hecho de que no existe una razón en específico y que no hay un método certero de saber si este modelo de atención sirve, y es cierto, no sabes que sirve ni certeramente cómo hasta que lo aplicas y ver los resultados directamente de las personas.

Hay cosas que el modulo debería mejorar quizás la bibliografía más acorde a la situación geográfica en la que nos encontramos y en las condiciones culturales, económicas y sociales se la población en las cuales este modelo de atención se está implementado. Con la esperanza de que en algún momento los artículos leídos sean de cómo el MAICP logró cambios significativos y mejoría en la atención a personas con enfermedades crónicas en Centros de Salud IMSS Bienestar de la Ciudad de México.

No sé cuándo tiempo tardaré en que las personas que acuden a mi consulta logren una autogestión de la enfermedad y se vuelvan autónomos pero pronto aprendí que las personas saludables no son solo aquellos que emiten comportamientos saludables, sino que son agentes en sus propias vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Entwistle VA, Cribb A, Owens J. Why health and social care support for people with long-term conditions should be oriented towards enabling them to live well. *Int J Health Policy Manag.* 2016;6(1):48–50.
2. Huang Y, Li S, Lu X, Chen W, Zhang Y. The effect of self-management on patients with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel).* 2024;12(21):2151. doi:10.3390/healthcare12212151.

3. 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(7):e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775.
4. Cuba MS, Campuzano J. Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Rev Med Hered*. 2017;28(2):116-121. doi:10.20453/rmh.v28i2.3115.
5. Seoane JA. Las autonomías del paciente. *Ilemata*. 2010;2(3):11-75.
6. Wagner EH. Care of older people with chronic illness. In: Calkins E, Boulton C, Wagner EH, editors. *New ways to care for older people: building systems based on evidence*. New York: Springer; 1999. p. 39-64.

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

ESCRITURA REFLEXIVA. MODELO VERTICAL, JENNIFER MOON.

INTRODUCCIÓN

Dewey definió la reflexión como la “exploración activa, persistentes y cuidadosa de cualquier creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sustentan y las conclusiones adicionales a las que tiene”. La reflexión es un proceso de exploración y explicación de eventos en forma de descripción, interpretación y resultado (1).

La escritura reflexiva (ER) permite a los médicos distanciarse, revisar sus pensamientos, objetivos y acciones, y reconocer como sus perspectivas, motivaciones y emociones influyen en su conducta (2). La ER también les ayuda a consolidar su aprendizaje e impulsa su desarrollo profesional y personal (2).

La reflexión se proclama como un medio para para ayudar a los médicos a lidiar con la complejidad inherente de la medicina, siendo esta una herramienta de desarrollo profesional que no sólo refleja los conocimientos sino el impacto del sufrimiento humano, las emociones, los errores, que busca no solo cuestionar nuestras decisiones sino cultivar empatía, y transformar la manera de hacer medicina.

Para llevar a cabo este proceso es de suma importancia implementar algunos de los diferentes modelos, uno de los más utilizados es el Modelo Vertical de Jennifer Moon. A diferencia de

otros modelos que ven la reflexión como un ciclo cerrado, Moon propone una exploración hacia abajo, descendiendo a través de diferentes niveles de profundidad cognitiva (3).

Este modelo se lleva a cabo a través de 4 pasos esenciales.

1. **ESCRITURA DESCRIPTIVA:** Se reporta el evento tal como sucedió, de forma puramente objetiva.
2. **REFLEXIÓN DESCRIPTIVA:** Se añaden las primeras impresiones, emociones y cuestionamientos personales.
3. **REFLEXIÓN DIALÓGICA:** Aquí la perspectiva se amplía. El profesional empieza a dialogar consigo mismo y a considerar otros puntos de vista.
4. **REFLEXIÓN CRÍTICA:** Es el nivel más profundo. La experiencia se conecta con la teoría médica, la ética y la práctica futura, modificando la estructura mental del profesional.

OBJETIVO GENERAL

Reflexionar sobre un escenario durante una consulta del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona y la manera en cómo este generó un aprendizaje profundo utilizando el método de escritura vertical de Jennifer Moon.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y describir una interacción médica relevante que generó la necesidad de una reflexión
- Utilizando el modelo de reflexión vertical de Jennifer Moon reflexionar sobre un acontecimiento médico.
- Explorar las emociones, valores, contexto social y expectativas de vida de uno o más pacientes.
- Reconocer, cuestionar, reflexionar y validar abiertamente mis propias emociones, limitaciones, prejuicios y frustraciones durante la atención médica.
- Realizar una integración teórica de lo aprendido en el primer módulo del diplomado.
- Proponer acciones concretas para la transformación de mi futura práctica médica.

JUSTIFICACIÓN

Durante nuestra formación profesional cualquier interacción médica con personas lleva consigo un proceso, se plantea una situación y posterior a eso hay una toma de decisiones,

que aparentemente son demasiados sencillos, pero qué sucede cuando las circunstancias son diferentes y éstas interacciones nos resultan un reto por diferentes razones, ¿en medicina se nos prepara para detenernos un momento y reflexionar, cuestionar o permitir sentir lo que acaba de suceder? ¿Cómo médicos en formación tenemos las suficientes herramientas para afrontar entornos que requieran una conexión más profunda con las personas?

Pareciera que en algún momento perdimos la capacidad de empatizar, de sentir pero sobre todo de reconocer nuestros errores y de aprender de los experiencias, pero un aprendizaje que no es superficial, sino de aquellos que nos llevan a generar un cambio en cómo ejercer la práctica médica o incluso a mejorar como personal médico.

Es por eso que es importante realizar este tipo de ejercicios metacognitivos complejos e incómodos.

En esta reflexión se abordará como de una interacción médico persona se pudo reflexionar, identificar errores, y proponer soluciones para mejorar la manera de ejercer medicina y de haber atención centrada en la persona, siguiendo el modelo de reflexión vertical de Jennifer Moon y utilizando lo aprendido durante el diplomado.

DESARROLLO

1. ESCRITURA DESCRIPTIVA

Jueves 5 de febrero de 2026, han pasado ya 6 meses desde que inicié mi servicio social, en el proyecto de Atención Integral Centrado en la Persona en el Centro de Salud T III Pedregal de las Aguilar, justo la mitad de este.

Me alisto como cualquier día para ir al centro de salud, un trayecto bastante monótono, lleno de tráfico y ruido. Son las 7:00 hrs de la mañana, aunque mi jornada empieza a las 8 am, desde hace dos meses he hecho algunas excepciones con algunas personas y empiezo la consulta de 60 a 30 minutos antes, como es de costumbre la mayoría del personal aún no llega y todo está un poco vacío, pido que me abran el consultorio 5, (este no solía ser mi consultorio, sin embargo ya que el las instalaciones del centro se encuentran en remodelación desde diciembre de 2025, hemos tenido que adaptarnos, entonces compartía consultorio con mi asesor clínico, mi coordinadora médica, el personal de calidad médica y mis 4 amigas también pasantes, y en ocasiones con epidemiología) entro al consultorio, aún no hay nadie, me instalo, termino pendientes de un día antes. Como desde hace 2 meses no hay nadie de enfermería que me ayude a tomar signos vitales, salgo a las 7:40 del consultorio

para ir a archivo clínico a por los expedientes médicos de las personas que vayan llegando a su cita médica.

Afuera está esperándome la primera persona citada del día, Miguel P. R., sentado recargado sobre su barbilla sobre su brazo y este a su vez sobre su silla de ruedas, junto con su hija mayor V. En cuanto los veo me dirijo a ellos para saludarlos, y darles la bienvenida, después voy a archivo médico por su expediente. Tomo sus presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación, en una mesa fuera del consultorio, le preguntó cómo está para iniciar conversación. Termino y le abro la puerta para que puedan pasar al consultorio.

Toman su lugar y yo el mío.

Repito mi pregunta inicial

- Miguel. ¿Cómo está?
- Muy bien, aquí visitándote. Responde.
- Me da mucho gusto que me visite y que esté muy bien. Cuénteme, ¿qué hizo este mes? ¿Cómo le fue?
- Ah buenísimo, quiero contarte que ya me aprendí el nombre de mis medicamentos, ves que teníamos ese pendiente

En 15 años de diagnóstico con diabetes e hipertensión Miguel no había aprendido ninguno de los nombres de sus medicamentos pero en las últimas consultas me expresó su preocupación por saberlos y nos propusimos aprender el nombre de un medicamento diferente cada mes.

- ¿Apoco si ya se los aprendió? Le pregunté. Excelente, a ver dígamelos, ¿cómo se llaman sus medicamentos?

Con sus dos manos empuja su silla de ruedas hacia mi, para estar más cerca, me mira fijamente a los ojos y me dice.

- YARELY
- Si, por eso, ¿cómo se llaman sus medicamentos?, le respondo
- Por eso, YARELY. Porque tú curas, tú me curaste.
- Muchas gracias Miguel, pero ese es mi trabajo, que tú estés bien.

Ambos nos reímos. Le dice a su hija que por favor me enseñe la hoja de libreta donde tiene apuntadas sus glucosas y sus presiones arteriales. Y las miro, analizo y le digo.

Creo que no estoy haciendo muy bien mi trabajo, aún no llegamos a las metas de su glucosa y presión que nos habíamos propuesto

- No, por ahora. Pero lo estoy intentando, y con tu ayuda lo voy a lograr.
- Eso es lo más importante, que lo intente, recuerde, el trabajo es suyo, yo solo lo acompaño.

- NO. Tú me curas, eres mi amiga y siempre me tratas bien.

La consulta continuó, como ya pasaban de las 8 hrs mis compañeras pasantes comenzaron a entrar al consultorio, y aunque son muy respetuosas se perdió la privacidad de la consulta. Establecimos metas para el próximo mes, le di su receta médica, agendamos próxima cita, nos dimos la mano, nos deseamos buen día, excelente mes y salió de mi consultorio.

Después de eso saludé a mis compañeras y a mi coordinadora médica que ya habían llegado al consultorio. Me informaron que por cerco epidemiológico todos iban a salir a campo y sería la única pasante y tendría que encargarme de lo que llegara, Salí a buscar a ver si la siguiente persona que ya había llegado y seguí mi día alternando entre mis consultas médicas, y los demás pendientes, todo eso hasta que mi reloj marcara las 14 hrs y así poder irme. Quizás por la cantidad de trabajo de ese día no me tome ningún momento para apreciar lo que Miguel me había dicho.

Tres días antes, fui llamada a la dirección de mi centro de salud, ¿el motivo? El fin de semana anterior se nos convocó para ir a cerco epidemiológico del sarampión, sin embargo yo no me encontraba en la CDMX, así que di aviso a mi encargado de enseñanza regional para poder en otra oportunidad reponer el día, sin embargo el lunes 2 de febrero en cuanto la directora me vio me pidió ir a dirección. Fuí y se me cuestionaron los motivos de mi falta al cerco epidemiológico de dos días antes, expliqué mis razones sin embargo durante 30 minutos solo recibí comentarios como, “no son vacaciones”, “el servicio social es 24/7”, “si querías hacer tu servicio social lejos de tu casa acostúmbrate a no ver a tu familia durante un año”, “si aguantaste el internado puedes aguantar como yo te trate”, “estás dada de baja del servicio social”, “¿como nos vamos a arreglar?”, “lo que más me molesta es tu actitud”, “lo que yo veo es que se nota que tu servicio social no te importa”. No supe qué responder y solo no dije nada, y después me dejaron salir de dirección. Posteriormente a ese día, mis acciones, pasos, gestos, palabras, recetas, notas médicas fueron vigiladas con extrema cautela y al más mínimo error se me reprendía verbalmente.

Eso pasó 3 días antes de que Miguel me dijera que yo era su medicina, y que lo había ayudado.

2. REFLEXIÓN DESCRIPTIVA

Recuerdo el mes de febrero como el inicio de una etapa muy compleja en mi centro de salud. Era apenas jueves y ya me sentía muy agotada física y mentalmente. Ese día al despertar abrí los ojos deseando encontrarme con un mensaje milagroso que nos dijera que no teníamos que asistir al centro de salud, y me salvara de un día posiblemente más catastrófico que el anterior pero, ese mensaje nunca llegó.

Al llegar a la puerta del Centro de Salud una vez más el miedo, la angustia, la desesperación y las ganas de salir corriendo de regreso a mi casa se apoderaba de mí, pero no podía volver, tenía que hacerle frente a un lugar que en un segundo y por una mala decisión mía se volvió difícil de afrontar.

Ese día, al ver a Miguel y a su hija listos para la consulta, sentí mucha felicidad, esa desesperación desapareció de mi cuerpo, parece ser que las personas que vienen a consulta generan ese sentir en mí pero no me di cuenta de eso meses después. Sin embargo, pensé que sería una consulta más sin embargo, no lo fue.

Miguel es una persona muy especial que hace 15 años le dieron el diagnóstico de diabetes y meses después el de hipertensión, sin embargo tomó decisiones que lo llevaron a tener muchas complicaciones, una de ellas fue hace 5 años que debido a una infección con desenlace muy poco favorable terminó en la amputación de su pierna derecha, pero a pesar de eso siguió presentando muchas dificultades para el Control de su enfermedad. ¿Qué estaba pasando con Miguel? ¿Estaba haciendo las cosas mal? ¿No le importaba su salud?

Yo lo conocí en octubre de 2025 debido a que por dificultades cubrí la consulta de mi compañera del proyecto de crónicos, recuerdo muy bien que en aquella ocasión llegó con una cifra de glucosa en ayunas de +500 mg/dl. Yo siempre he dado la consulta sola pero era la primera vez que me tocaba atender una hiperglucemia. Miguel se presentó ante una médico pasante que sabía la teoría pero en la práctica se quedó corta. Pedí ayuda para tomar una decisión médica, y cómo lo resolví, lo envié a urgencias médicas, así de sencillo.

¿Hice lo correcto? ¿Ese día apliqué atención centrada en la persona? Quizás no, pero posterior a eso todo cambió. Intercambie número telefónico con su hija y quedamos de vernos en 7 días para darle seguimiento a su padecimiento además de que solicité nuevos estudios de laboratorio.

Siete días después lo volví a ver para saber cómo se encontraba y qué había sucedido en urgencias médicas, si embargo la sorpresa fue que no había ido a urgencias, no se había

aplicado la insulina glargina, no se había tomado los medicamentos, y tampoco se había hecho los exámenes de laboratorio.

¿Qué hice? ¿Le llamé la atención, me molesté con él, le dije que ya no le iba a dar atención médica? ¿O le cuestioné si su salud no le importaba? Puede haber hecho todo eso pero, únicamente le pregunté, ¿qué está pasando Miguel? Escuché muchas cosas de él, de su dinámica familiar, de su vida, de cómo sucedió su amputación, de su esposa, de su alimentación, de sus actividades diarias y ahí aprendí que no sólo era una persona muy interesante, fuerte y resiliente sino, que su acompañamiento médico sería un reto médico y personal así como una oportunidad enorme para conocerlo más a él, y a mí misma. *¿Cómo podía conocerme a mí misma a través de Miguel?*

Desde qué inicié el servicio social se me ha juzgado, criticado e incluso castigado por mi “actitud” y en general por mi personalidad. He recibido muchos llamados de atención por mis gestos, mis palabras, mis acciones, e incluso mi manera de vestir. Desde entonces y como nunca antes he llenado mi cabeza de muchas preguntas. ¿Soy una mala pasante? ¿Eso me hace una mala persona? ¿Hay tantas cosas malas en mí? ¿Por qué sólo las quejas y comentarios provenían del personal del centro de salud pero no de las personas a las que les doy acompañamiento médico? ¿Esos comentarios podían influir en mi manera de dar la consulta? ¿Por qué me dolía tanto el no resultar agradable para las y los trabajadores del centro de salud? *¿Tenía que cambiar entonces mi personalidad para que mis pacientes lograrán sus objetivos en salud?*

Recuerdo una de las primeras sesiones del diplomado en donde varios compañeros pasantes expresaron sus dificultades para que las personas dejaran de compararlos con los pasantes anteriores. Aquella vez alguien contó sus dificultades para tener una buena relación con un paciente en específico llegando incluso a dar obsequios para que eso cambiará.

El médico pasante que estuvo antes de mí es un médico excepcional, eso solían decirme mis compañeras pasantes que lo conocieron, las personas y algunas doctoras. ¿Eso era una dificultad o un reto para mí? Al principio eran ambas, una dificultad porque como lograría que las personas lo olvidarán y confiaran en mí y en mi criterio médico sin compararme o esperar que fuera igual al pasante anterior, y un reto porque parece ser que en medicina creemos que tenemos que ser mejores que los demás y siempre superar a nuestros antecesores. Luego de esa sesión del diplomado y al darme cuenta que lo que yo sentía

también les pasaba a mis compañeros, dejé de ver a las personas como hasta entonces las había visto; como una manera de medir que tan agradable y tan buena médico era y comencé a ver sus fortalezas y capacidades, enfocarme en eso me llevó a hacerme incluso más cuestionamientos.

A veces intento recordar mis primeras consultas, ¿hacía las cosas bien? ¿Realmente implementa el modelo de atención centrada en la persona? ¿Sabía lo que hacía, por qué lo hacía, y para qué lo hacía? ¿Conocía la importancia del proyecto del cual formaba parte? Posiblemente no, posiblemente los primeros 3, 4 y 5 meses tomé malas decisiones médicas por falta de actualización médica, por no estudiar, por falta de confianza, quizás no escuché ni resolví lo suficiente o no tenía las capacidades necesarias. Realmente no podría decir con la suficiente certeza el día que entendí de que trataba la atención centrada en la persona o los consejos asesores. Igual y miro al pasado dándome cuenta de mis errores y deseando saber lo qué sé ahora y aun con deseo de saber más.

En ocasiones me he sentido muy cansada, con la necesidad de que el servicio social se termine ya, pero cada que veo a las personas en consulta, me doy cuenta que no se trataba de si quiero no quiero irme, porque sé que solo puedo estar con ellos un año, sino que no estoy lista para que se termine.

En marzo, cuando las cosas seguían casi de la misma manera, y continuaba con ese agotamiento un personaje apareció en el Centro de Salud, el psicólogo, recurrí a él para que algunos de mis pacientes pudieran tener atención psicológica y en una platica que parecía casual, le conté aquello que Miguel me había dicho, con su ayuda comencé a reflexionar y me hice la pregunta que mas importante que sigo sin poder resolver, *¿cómo dejar ir a las personas con amor?*

3. REFLEXIÓN DIALÓGICA

En aquella sesión del diplomado después de escuchar las experiencias y la aparente desesperación de mis compañeros de ser queridos y valorados por las personas encontré la respuesta a las preguntas anteriores; Parecía ser que nos estábamos esforzando más por

agradar que por hacer lo que debíamos. Que mi antecesor haya sido un excelente médico no tenía que ser ni un reto ni una dificultad para mí. Simplemente no tenía que centrar mi atención en que las personas lo olvidaran, que no me compararan o que me quisieran.

No tenía que cambiar nada en mi, porque las personas ni siquiera esperaban que fuera igual al pasante anterior, ellas me querían tal cual era yo y ahí dejé de aparentar, de intentar cambiar para agradar y empezar a ser yo, con mis expresiones, con mi humor, con mis gustos y con mis heridas también, y que sería lo aprendido en el modelo juntos con mis experiencias lo que me haría una buena médica. Tenía entonces que centrar mis objetivos con los de las personas.

Al poco tiempo ya no se me compraba con él ni en el consejo asesor ni en la consulta, y no porque las personas ya no lo quierais o lo hubieran olvidado, al contrario sé que no lo olvidan que lo siguen queriendo. Es solo que ahora yo los quiero a ellos. En realidad ellos nunca quisieron que yo fuera como el pasante anterior, me querían a mí tal cual era.

Quizás debo de considerarme afortunada, ya que escoger la anécdota principal de este trabajo fue una tarea difícil, pues todas las personas que han pasado por mi consultorio me han regalado momentos muy gratos y dignos de reflexión y aprendizaje.

Cuando le di consulta por segunda vez a Miguel pude darme cuenta inmediatamente que no sería nada sencillo acompañarlo en este proceso y que requeriría de poner en práctica lo aprendido. Analicé la situación, Miguel, es una persona autónoma, puede realizar sus actividades diarias porque él vive sola, ya que sus hijas solo lo acompañan pero no lo asisten, eso refleja el grado de autonomía a pesar de su limitación física (amputación), pero ser autónomo va más allá de qué actividades puede o no puede hacer solo. De igual manera a él no le gusta que se le ordene nada, en cuanto más se le impone algo menos lo hace, empecé a cuestionar para averiguar cuáles eran las herramientas con las que le permitían afrontar y vivir su vida, y entonces las consultas fueron con un enfoque en potenciar sus capacidades sin invadir su autonomía y sin juzgar, culpar o señalar. Seguimos un enfoque de 10 pasos.

1. En el primero busqué que Miguel participará activamente en su proceso de atención médica, al dar indicaciones médicas ya no me dirigía a su hija, sino que respeto la inteligencia de él, confiando en que al comunicarme con él, me entendería lo que él estaba explicando y con eso en conjunto planificar y gestionar sus problemas de salud,

me limite a intentar decirle que hacer a ayudar a que él solo buscará que era lo que tenía y que podría hacer con eso.

2. Segundo, enfatizar que el mayor responsable sobre su salud no es ni su hija ni yo, sino él mismo, y que las decisiones que toma día con día son por él y para él, siendo el principal responsable de su cuidado diario, esto incluyendo alimentación, medicamentos como la toma de antihipertensivos y el uso de insulina, manejo de estrés.
3. Tercero, la manera de afrontar las adversidades. Comenzamos identificando las principales como dificultades económicas tanto para comprar medicamento como para un aparato para tomar glucosa y TA, el cambiar hábitos de alimentación, y las veces en las que a pesar de hacer cambios y proponernos metas no siempre llegar al objetivo. Buscamos afrontar las adversidades con la mejor actitud.
4. Cuatro, informar de la mejor manera sobre su condición médica, él siempre fue una persona con muchas preguntas sobre lo que le pasaba y sobre lo que le podía pasar, así que intente explicar y orientar sin ser pesimista o infundir miedo de sus posibles complicaciones. El conocimiento junto con sus prioridades nos hicieron tomar mejores decisiones en conjunto con su padecimiento como a él mismo en su día a día.
5. Cinco, dar el tiempo y la oportunidad de que él pudiera en consulta expresar necesidades, valores y prioridades, sin yo interpretar o asumir sobre cualquier cosa que me haya compartido y ante cualquier duda mía preguntar antes de juzgar. Nunca se me dificultó hacer esto no sólo con él, sino con el resto de las personas.
6. Generar una buena relación con Miguel para que así el fuera más abierto y entre los dos ser más recíprocos, sin generar un ambiente de autoridad y llevándolo a la pasividad sino respetando su autonomía y su conocimiento. Un paso muy importante y poco complejo, él nunca fue una persona grosera, era muy feliz y muy abierto al diálogo.
7. Apoyo social: Miguel tiene una red de apoyo sólida con sus hijas, sin embargo también nos enfocamos en una red de apoyo en el Centro de Salud, con trabajo social, enfermería y resto de médicos.
8. Trabajar en que la autogestión sea una tarea diaria y permanente. Confiándole a él su capacidad de dirigir, organizar y realizar sus propias tareas, cuidado y proyectos de manera autónoma.
9. Identificar las habilidades de Miguel, nos centramos en la manera de cómo él resolvía los problemas, como tomaba decisiones, la manera de usar los recursos a su alcance,

nos fijamos metas pequeñas que nos llevarán a una meta más grande, y consolidamos la relación médico paciente.

10. No dejamos de lado ninguno de los pilares para el Control de su enfermedad, los medicamentos, la alimentación y su contexto social.

Fue una tarea complicada, y aunque después de 9 meses, no logramos cumplir completamente los 10 pasos que nos establecimos, si se logró un avance. En este tiempo he visto una evolución de Miguel tan favorable. Solía tener dificultades para alimentación, pero con una buena orientación ha habido avances. En ningún momento nos centramos en solo aumentar dosis de insulina, de antihipertensivos, de hipoglicemiantes, siempre di otro tipo de orientación y a menos que fuera sumamente necesario se hacían ajustes a sus medicamentos, de los cuáles ya conoce el nombre de algunos y es mucho más disciplinado con la toma de estos. Se han cumplido las metas de glucosa y de TA de una manera excelente. es impresionante ver su mejoría y el control de su enfermedad. Hubo momentos en los que nos enfrentamos con situaciones que quizás no estaban planeadas como su recaída con el alcohol después de 15 años sobrio. Él mismo sin que yo se lo pidiera me expresó sus razones y se comprometió conmigo. Logramos generar una amistad enorme, que trasciende los límites del consultorio y de la medicina, en muchas ocasiones recibo sus llamadas cuando solo quiere hablar conmigo.

Cuando Miguel me dijo que yo era su medicina, sentí sus palabras como un abrazo, como un abrazo cálido, fuerte y sincero, pero que no sólo el me abrazaba, sino que detrás estaban el resto de pacientes, mis compañeras, mis amigas y amigos y mi mamá. Sentí como si el peso de haber estudiado 6 años medicina por fin soltara mi cuerpo.

Durante aquella consulta evité llorar, reprimí mis sentimientos y continué dando con normalidad la consulta.

Al salir Miguel y su hija de mi consultorio, ya había alguien más esperándome, también me hizo feliz ver a la siguiente paciente, y así con cada uno de ellos y ellas. El día transcurrió, pero no fue hasta que llegué a mi casa y comencé a llorar.

¿Qué pasó realmente? Miguel me digo tan poderoso para mí, capaz de darme la energía, fuerza, confianza, cariño que en un momento crucial necesitaba borrar de mi cabeza algo que 3 días antes me habían dicho sin sustento alguno, “se nota que no te importa el servicio social”.

Lo que sucedió ese día representa el momento en que comencé a ser consciente del cambio que se puede generar al dar atención médica centrada en la persona. Seis meses antes de esto en el diplomado leí artículos que hablaban sobre autogestión, empoderamiento, autonomía, autocuidado, capacidades y más términos enfocados en buscar la mejoría de la salud y la vida de las personas, y los mismos seis meses me había preguntado si lo lograría algún día. Aún no lo sé.

Al paso de las semanas, cuando ellos y ellas comenzaron a tener más confianza en mí y a contarme sus adversidades entendí que a veces solo querían ser tratados con comprensión y empatía, y dejar de sentir que sus problemas eran ignorados.

Hace un par de meses leí el libro de Han Kang, *La Vegetariana* y en un capítulo en donde el personaje principal visita un hospital psiquiátrico para visitar a su hermana y el médico le pregunta cómo se encuentra, se me hizo muy curioso que esa pregunta resultará sorprendente y tomada como un acto de compasión del médico. ¿Por qué siempre nos olvidamos de los cuidadores primarios? Esos hijos, hijas, hermanas, madres, padres, nietos, primos que tienen una responsabilidad enorme que también merecen acompañamiento.

Sin embargo, a pesar de que la relación con mis pacientes es buena, ¿por qué no he logrado la misma relación o vínculo con el personal, del centro de salud? ¿Debería priorizar así como prioriza mi relación con mis pacientes? Quizás no, pero eso me pone a seguir cuestionando, y no para darles la razón sino porque a lo largo de estos meses sí he tenido actitudes groseras y prepotentes hacia cierto personal del centro de salud, comportamiento digno de cuestionarse. He escuchado en múltiples ocasiones como el personal de limpieza llamó a una de mis pacientes, tonta, he visto como el personal de archivo retrasa sus consultas, los llama mentirosos, y la lista podría seguir, pero cada vez que he sido testigo de algún comentario ofensivo, o grosero hacia las personas, me he enojado y no he sabido controlar mi ira llevándome a tener la misma respuesta hacia esos trabajadores, y en cada una de ellas ha terminado en llamados a la dirección, eso me ha generado un desgaste emocional muy grande en mí. Y aunque en cada una de esas ocasiones he sido respaldada y protegida por mi coordinadora médica y por mis compañeras pasantes ¿qué derecho tengo yo de tener una situación así? Yo solía y aún lo hago, justificarme en defensa de mis pacientes, sin embargo mi actitud es realmente la correcta. Nada justifica mi actitud arrogante, déspota y grosera. Y es cierto, quizás me cueste aceptarlo pero sí, tengo normalizadas ciertas gesticulaciones que

podrían tomarse como ofensivas e hirientes. Pero por qué el personal genera ese sentimiento en mí?

4. REFLEXIÓN CRÍTICA

¿Cómo dejar ir a las personas con amor?

Desde que fui consciente del cariño y aprecio genuino que les tenía a las personas supe que lo más difícil no iba a ser darle atención médica, sino separarme de ellos. A veces pienso en el, primer lunes en el que no tenga que ir al consultorio 6 y ya no pueda dar la consulta médica, en el que ya no haya un "doctora, ya llegó su paciente", en que ya no me pueda reír a carcajadas con S, o el día que D ya no me cuente lo que ha pasado con su casa, en el que A no me hable de los perros que tiene, que MSF no me cuente lo mucho que amó a su esposa, que ME no me platique sobre sus nietas, que RM y JP no se acusen en consulta, en el que SG no me cuente sus aventuras, en que MAF me cuente lo que aprendió en sus clases de guitarra, y CTG me diga lo feliz que está en sus clases de natación.

Debo decir que estoy un poco celosa de la o el próximo pasante que llegué con ellos, no sabe lo mucho que yo desearía quedarme con ellos, y aunque a veces el cansancio y el estrés me vencen su presencia me da energía.

Pero no tengo que ser egoísta, no me puedo quedar más tiempo y tengo que darle la oportunidad a otro médico o médica de que conozca a estas maravillosas personas, y aunque tengo miedo, pero voy a confiar en que la siguiente persona sabrá quererlos y hacer más por ellos y ellas de lo que yo pude hacer en este tiempo. Se que al paso del tiempo ellos me recordaran con menos frecuencia, ya que dejaré de formar parte de su vida, pero ellos aunque ya no estemos juntos formarán parte de mi esencia y de quien soy, de cada uno aprendí cosas, resiliencia, amor, Respeto, paciencia, consideración, autenticidad y a ser feliz aunque no todo vaya bien.

El mes de julio ha sido un mes de despedidas, desde junio adelanté que llegaba el momento de irme, pero el que mucho se despide poco quiere irse. Tengo que despedirme de cada uno de ellos y de sus acompañantes pero, poco he hablado de otro adiós tan difícil, el del consejo asesor. Desde hace un mes me preguntaron cuándo me iría, porque ya son conscientes que nuestro tiempo compartido no es eterno. Cuando me lo preguntaron les respondí que aún me quedaba tiempo y eso generó un alivio en ellas y ellos, pero sin querer hace unos días se

enteraron que solo me quedan dos semanas, mi reacción fue de enojo, frustración y dolor. En la última reunión les expliqué que el tiempo había pasado y debía de irme y que no se los quería decir porque no sabía como y no quería.

El consejo me vio estrenada, enojada, feliz, enérgica y experimentó conmigo muchas facetas de mi vida en estos 12 meses. Así que les he escrito una carta para decirles adiós. Anexo carta al consejo asesor que será leída el día miércoles 29 de julio de 2026 en mi última reunión con ellas y ellos.

Hola, grupo. Hola a cada una y uno de ustedes.

Quizás hoy podría ser el último día que los vea. Es por eso que escribí esta carta para cada uno de ustedes.

Se que estuvimos juntos un año y que conozco mucho de ustedes, sé lo que les importa, les duele, les preocupa y los hace felices. Cuando el vernos una vez a la semana o incluso más se convirtió en una rutina, siempre el tiempo cobra factura y hoy me toca a mí recibir mi cuenta.

El día que yo llegué a este centro de Salud jamás me imaginé lo mucho que iba a cambiar, nadie me advirtió co,o conocerlos modificaría mi vida.

A veces todo parece que pasa más lento pero pasa, yo llegué aquí hace 12 meses, con miedo, incertidumbre, pero también con energía, ganas de aprender y de compartir con ustedes.

Lo que yo pensé que serían sesiones monótonas se convirtieron en el mejor momento de mi semana. Reuniones llenas de risas, carcajadas. Llanto, baile, compañía e incluso de frustración.

No les voy a mentir diciendo que siempre me la pasé bien en el Centro de Salud, porque no fue así. Aquí lloré demasiadas veces, me castigaron, me juzgaron, pero nada a lo que yo no pudiera hacerle frente. ¿Por qué? A pesar de tener 24 años y de que todos piensan que somos jóvenes y tenemos energía, a veces el corazón también se cansa.

He vivido sola en la CDMX desde hace 6 años. Seis años en los que cuando llegaba de la universidad no había nadie esperándome en mi casa. Pasé la pandemia encerrada en un cuarto de 4×3 metros. Durante este tiempo perdí cosas, experiencias y personas.

Mucho tiempo sentí que el estudiar medicina me había quitado más cosas de las que me había dado que cuando me gradué ni siquiera me sentía feliz o con ganas de celebrar. Todos estos años de cansancio, hambre, dolor y soledad, ¿cuándo iban a rendir frutos? No sé de dónde obtenía fuerzas para seguir. Más de una vez quise abandonar, irse, renunciar pero no lo hice.

No fue hasta en el, servicio social en el que mi manera de ver las cosas cambió y no por la medicina en sí, sino por las personas que conocí aquí, por ustedes en especial. Un grupo lleno de energía, de resiliencia, de motivación, de experiencias, de conocimiento. Ustedes fueron un pilar muy importante en mi desarrollo profesional y personal. Sin embargo, no todo dura.

Nos acompañamos 12 meses pero hoy tenemos que separarnos. ¿Cómo haré eso? Yo no lo sé, no sé aún cómo irme. Debo decirles gracias, gracias por todo lo que me permitieron estar con ustedes, gracias por permitir conocerlos, por escucharme, por hacerme reír, por enseñarme, por siempre darme opciones y soluciones, por sacarme una sonrisa, gracias por enseñarme que hay muchas cosas que aun no conozco, gracias por enseñarme lo maravilloso que es compartir la vida. Gracias por acompañarme en la última etapa de mi formación como médico general.

El día de hoy yo dejo de ser su doctora, pero seguimos siendo amigos y amigas. Y me tengo que ir. Yo los dejo ir con amor, tanto amor que al recursos solo vendrá a mi mente recuerdos felices y el deseo de que estén bien. Quieran mucho, guíen y apoyen a la o el siguiente pasante al siguiente pasante.

Gracias a todas las personas incluidas las del modelo, las del consejo y las de consulta general, aprendí a ser más sensible, a escuchar antes de juzgar, a no interrumpir, a acompañar, a guardar silencio cuando debía, a ser paciente, a cuidar mis palabras, a respetar ideas, creencias, religiones y tradiciones, A ayudar, a perdonar, y a fomentar una comunicación que les permitiera expresar sus vivencias y emociones. Ellos me ayudaron a reducir mi carga emocional y agotamiento.

¿Voy a seguir implementando este modelo en mi práctica profesional? Personalmente no lo sé, este proyecto me hizo replantearme la especialidad médica que durante muchos años

quise; medicina forense, ¿cómo puedo hacer atención integral centrada en la persona cuando ya están muertas? Lo he estado pensando me resultó complicado, poner en práctica este modelo en esa especialidad es más complejo que solo preguntarme si el tiempo, el espacio, el sistema o la enfermedad serán mis limitantes. Creo que en la medicina forense la ética y el respeto hacia quien tienes enfrente sin importar que no esté vivo son cruciales. Por eso me he planteado que en caso de ejercer esa especialidad lo haré viendo más allá de un montón de restos humanos, en definitiva no podré generar un vínculo, no me contarán sus vidas, sus sueños, ni sus problemas y ni siquiera los veré una vez al mes. No podré acompañarlos ni trabajar en sus metas, objetivos, capacidades, autonomía, o autogestión pero en definitiva podré ver muchas cosas a través de ellos.

En definitiva poner en práctica el MAICP en medicina forense no será nada parecido a intentar hacerlo en medicina interna, cirugía, ortopedia, pero ¿pudo haber cambiado algo en mí que me permita no ejercer con más empatía? Pronto lo averiguaré, pero mientras ejerza medicina general, sea en primer nivel, o de manera remota, cualquier momento en el que tenga la oportunidad de interactuar con alguna persona definitivamente aplicaré el MAICP. Este modelo pudiera parecer que es difícil de aplicar, en definitiva lo es, la carga emocional de acompañar personas con enfermedades crónicas es muy importante, hay muchas cosas y factores que nos retan pero no deberían de ser obstáculos. Ni el tiempo, ni el espacio, ni la enfermedad ni los recursos son un limitante, sino una oportunidad ya que el MAICP no es un modelo con una única manera de aplicarse, también se individualiza. Quizás el mayor obstáculo no es el sistema en sí, sino el personal médico poco dispuesto a cambiar el sistema y a desafiarlo. Se requiere calidad humana para implementar esta atención médica.

CONCLUSIÓN

Todo el personal de salud al tener interacción con personas ha pasado por diferentes situaciones que han puesto a prueba su intelecto y su valores, pero cuántas veces nos hemos dado a la tarea de reflexionar sobre todo lo que nos acontece día con día que quizás sin ser conscientes nos ha moldeado e inclinado de cierta forma. Las quejas de las personas sobre cómo son atendidas en diferentes hospitales o clínicas existen. ¿Algo estamos haciendo mal como personal sanitario y de cuidado? Siempre al área médica socialmente se le ha exigido el ejercer con vocación, forzandonos a jornadas exhaustivas, a cobrar poco por nuestro trabajo y conocimiento. Si bien hay muchas causas por las cuales la atención médica no siempre se

ejerce centrada en la persona y se torna un poco más mercantilizada. Proyectos y diplomados como el de Atención Integral Centrado en la Persona son una buena estrategia para atacar diferentes debilidades de nuestro sistema de salud, que son demasiadas.

Es por eso que realizar estas actividades de escritura reflexiva son importantes, se debería de implementar como parte de todas las materias o módulos dentro de nuestra formación universitaria, ya que el conocimiento debe de tener un impacto. Tener las herramientas para reflexionar y aprender de los acontecimientos diarios en la atención médica es esencial para el fortalecimiento de las capacidades para la toma de decisiones y creación de conocimiento de todos los médicos.

Esta reflexión me ayudó a mi a ver mi evolución en cuanto a mi manera de implementar el modelo como de mi propia persona, a reconocer lo que hice bien, lo que aprendí, mis capacidades pero sobre todo a incomodar a mi misma, cuestionado la razón de mis actos y de mis decisiones y forzarme a modificar lo que sea necesario. No soy la misma persona que cuando inicié el servicio social, pero tampoco soy la misma persona que cuando empecé con esta reflexión, tengo mucho trabajo por hacer, pero tengo la certeza de que tendré más oportunidades para hacer ejercicios de escritura reflexiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donohoe, A., Guerandel, A., O'Neill, G. M., Malone, K., & Campion, D. M. (2022). Reflective writing in undergraduate medical education: A qualitative review from the field of psychiatry. *Cogent Education*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/2331186X.2022.2107293>
2. Lim JY, Ong SYK, Ng CYH, Chan KLE, Wu SYEA, So WZ, Tey GJC, Lam YX, Gao NLX, Lim YX, Tay RYK, Leong ITY, Rahman NDA, Chiam M, Lim C, Phua GLG, Murugam V, Ong EK, Krishna LKR. A systematic scoping review of reflective writing in medical education. *BMC Med Educ*. 2023 Jan 9;23(1):12. doi: 10.1186/s12909-022-03924-4. PMID: 36624494; PMCID: PMC9830881.
3. Moon, Jennifer A. (2004), *A Handbook of Reflective and Experiential Learning. Theory and Practice*, Londres y Nueva York: Routledge Falmer.

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

9no encuentro de personas con enfermedades crónicas

Llevado a cabo el día viernes 24 de abril de 2026 en el CST III Pedregal de las Águilas.

Con un total de 55 asistentes y 40 en los grupos de discusión

El tema central del Encuentro fue como crear entornos saludables utilizando dos preguntas clave en los grupos de discusión como como generar entornos saludables en ámbito personal, grupo, comunidad y la influencia de las propagandas de comida con bajo valor nutricional en épocas de mundial.

Se llevó a cabo con una explicación breve de que son los encuentros y por qué estábamos reunidos, del MAICP, de los resultados obtenidos y de los proyectos que estábamos trabajando como comunidad.

Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Control de Enfermedades
Crónicas en Unidades de Primer Contacto de la Ciudad de México.
Un enfoque de capacidades

9º Encuentro de Personas con enfermedades crónicas:
Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

“Dra. Carina Gómez Escutia”

Cédula de entrevista grupal

Víctor Ríos Cortázar

Alejandra Gasca García



Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: TLALPAN	Coordinador(a): Yarely González Rodríguez	Página: DE
Relator(a): Ariadna Pérez	Grupo: 3	Fecha: 24 de abril de 2026

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Salvador García	M		Pedregal de las Águilas
Erick Contreras	M		Pedregal de las Águilas
Félix Aragón	M		Pedregal de las Águilas
Patricia García	F		Pedregal de las Águilas
Rosalba López	F		Pedregal de las Águilas
Rosa María Martínez	F		Pedregal de las Águilas
Leobarda Andrés	F		Pedregal de las Águilas
Guadalupe Garduño	F		Pedregal de las Águilas
Ariadna Pérez	F		Pedregal de las Águilas
Yarely González	F		Pedregal de las Águilas

Rosa: Ahorita me gusta de todo, de todo hasta lo más prohibido (todos se rien)

Rosalba: a mi me gusta mucho el atún, se me hace muy práctico en sobre, y de ahí salió la broma a mis hijos de decirle "me toca sobre" (todos se rien)

Aproximadamente 10 minuto

NOTA:

Relatora o relator; por favor:

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

Descripción detallada de la sesión:

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

2° momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

Encuentro de Personas que vivimos con enfermedades crónicas

Estamos realizando el 9° Encuentro de Personas que Vivimos con Enfermedades Crónicas

Este Encuentro, y los 8 anteriores, forma parte del proyecto que hemos llamado "Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas".

Es un proyecto que iniciamos en 2019, apenas un poquito antes de la pandemia, con la colaboración de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y que ahora opera el IMSS-Bienestar; el Instituto Nacional de Salud Pública y la UAM Xochimilco.

Una de las características importantes de este modelo es que pone en el centro, como lo más importante, a las personas que viven con enfermedades crónicas, a sus familias y a sus comunidades.

¿Qué significa poner a las personas en el centro de la atención clínica?:

Significa no solo entender su enfermedad, que es importante; sin además, comprender lo que les significa vivir día a día con sus enfermedades crónicas.
Comprender sus experiencias, sus inquietudes, sus emociones y sus aspiraciones.

Comprender su entorno familiar, vecinal y social en general; así como la red de apoyo que puede estar a su alcance.

Lograr una relación de comprensión y de colaboración entre quienes vivimos con enfermedades crónicas y quienes nos atienden.

Tomar de común acuerdo las decisiones que valoremos como convenientes para el cuidado y el control de nuestras enfermedades crónicas

Una relación que debería irse profundizando poco a poco con el tiempo y mejorando conforme vamos logrando las metas acordadas.

Se trata de lograr que quienes vivimos con enfermedades crónicas seamos personas autónomas, capaces de nuestro autocuidado. Sí, personal, pero también colectivo, que entre todas y todos nos apoyemos y nos acompañemos.

¿Qué es el Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas?

Uno de los aspectos que forman el Modelo de atención integral centrado en la persona, es el que llamamos de "Comunidad"

Formamos una comunidad cuando convivimos, nos reconocemos mutuamente y establecemos relaciones de colaboración en busca de un bien común, el bienestar de todas y todos.

Así que el Encuentro, como este en el que estamos, busca que nos formemos como una comunidad de personas que vivimos con enfermedades crónicas.

El Encuentro es, entonces, este espacio para conocernos, dialogar, reflexionar y así, entre todas y todos, encontrar formas de ayudarnos, incluso de que mejoren los servicios de salud y de lograr la vida saludable a la que tenemos Derecho.

Por eso estamos hoy aquí en este grupo pequeño; para conocernos, para platicar, reflexionar y, si podemos, hacer nuestras propuestas:

Acabamos de ver los resultados de cómo vamos en nuestra atención clínica

Acabamos de ver lo que han logrado nuestros consejos asesores para mejorar el cuidado de nuestra salud y la de otras personas

Teniendo en cuenta estos resultados y estos logros, les proponemos que platiquemos sobre dos preguntas:

1. ¿Cómo podemos mejorar el cuidado de nuestra salud?

- ✓ En lo personal
- ✓ En lo familiar
- ✓ En el centro de salud
- ✓ En nuestro grupo
- ✓ En nuestra comunidad

Elijamos uno o dos de estos niveles y respondamos la pregunta respecto a esos niveles

Se escogió el ámbito personal y familiar

Patricia: Es sumamente importante estar conscientes de que si no nos cuidamos los únicos afectados somos nosotros. En mi caso ya son 24 años de diabetes y más por sus complicaciones, lo que me ha hecho reflexionar sobre la importancia del autocuidado. Lo más importante que puedes hacer es tener un buen médico, una buena institución, pero fundamentalmente nosotros, ya que si no estamos sensibilizados y no somos conscientes del autocuidado... porque en el caso de la familia, si nadie tiene diabetes, algunas veces llegan con comidas que dices: "ay, se me antojan", y eso puede dificultar el control.

Yo creo que lo podemos consumir en medidas y aplicando el principio de la sustitución: si me como algo, pues a lo mejor no como tortilla ese día o le voy variando, pero fundamentalmente la responsabilidad es de uno y de las decisiones que tomamos día con día.

El yo reconocer el trabajo de ustedes como pasantes es una manera de devolver lo que se me ha dado: su calidad humana, reconocer sus conocimientos y lo que nos dan, ya que forman parte importante en nuestro proceso de atención.

La familia tiene que aplicarse y entender que no es fácil, porque luego ellos dicen: "vamos a los taquitos" y yo digo no, o algunas veces sí, pero te comes uno o exagerando dos, y eso es cuestión de consciencia y de quererte, porque cuando empiezas con problemas de la vista o riñón es muy difícil revertirlo.

Salvador: Por ejemplo, en el control de la enfermedad nos cuesta demasiado trabajo porque no tenemos una enseñanza, porque no estamos enterados de qué es una enfermedad ni de cómo manejarla adecuadamente desde el inicio.

Pero, por ejemplo, a través del centro de salud, a mí de aquí me mandaron a la UNEME; ahí son excelentes como aquí, y uno aprende mucho, especialmente sobre educación en salud y autocuidado. De ahí ya se puede enseñar mucho a sus hijos y a sus nietos cómo combatir la enfermedad que ya tenemos y prevenir complicaciones.

En mi experiencia, yo le decía a mis hijos: "no hijo, no comas esa pizza, esa hamburguesa", y me decían: "pero si tú eres el enfermo, no nosotros", y yo les decía: "sí, pero tú también puedes serlo y hay que cuidarse", porque es una enfermedad que también puede prevenirse con hábitos.

Rosa: Bueno, pues yo vine a una plática, me quedé y me quedé, y aquí sigo, porque a mí me ha servido mucho, porque he hecho consciencia, porque sabemos que nuestro organismo tiene ciertos tiempos de servir y que con el tiempo puede deteriorarse si no lo cuidamos.

Porque aunque nos guste el veneno —porque yo así le digo— mata poco a poco. Me encanta, pero me inclino más por las cosas que me nutren y me levantan, tratando de hacer mejores elecciones.

Y me siento muy feliz aquí porque aprendo y me siento acompañada en el proceso. Y con mi familia soy el ejemplo; ahorita estoy en natación y también le han bajado, lo cual muestra cómo los cambios pueden influir en los demás.

Rosalba: En el cuidado de la enfermedad, yo lo vi en un principio con mi mamá y pues ya ahorita conmigo, el acompañamiento que he recibido me ha ayudado bastante, sobre todo para entender mejor la enfermedad y cómo manejarla.

El cuidado con la familia es decirles que a veces sí se llegan a molestar, pero es simplemente caminar con el ejemplo, que ellos vayan viendo nuestros cambios, que sí lo vamos logrando poco a poco.

Yo, en el aspecto de que luego hacen pedidos, sí me ha tocado y digo “ay”, por ejemplo con la pizza, sí tomo una rebanadita, pero ya no subo a la casa de mi hijo, porque es comer más rebanaditas y tomar refresco, lo cual puede afectar mi control.

Por ejemplo, a mi nuera apenas le detectaron resistencia a la insulina, pero solo le mandaron dieta, y mi hijo está llevando ese acompañamiento con ella, apoyándola en sus cambios.

Y cuando estoy con ellos y hay refresco, yo le digo a mi hijo: “solo déjame tomar medio vasito”, y después le pido más, y él mismo me dice: “no mamá, tú dijiste medio vasito”, ayudándome a mantener ese control.

2. En un poco menos de dos meses tendremos el mundial de futbol.

Qué bueno que tengamos este evento. Sin embargo, va a ser pretexto para que se promueva con mucha publicidad el consumo de productos que llamamos chatarra, bebidas alcohólicas (sobre todo cerveza): además de la posibilidad de que muchas personas pasen muchas horas sentados frente a su TV o dispositivo semejante; además de que la afectación a la movilidad, puede dificultar acudir a tiempo a nuestras consultas.

¿Cómo podemos hacerle frente a este panorama, tratando de que nos afecte lo menos posible? ¿Tenemos alguna propuesta?:

- ✓ En nuestro ambiente familiar
- ✓ Como comunidad de personas que vivimos con enfermedades crónicas

Rosalba: Es horrible desde ahorita, con todo el cambio que se viene, sobre todo por el ambiente y todo lo que implica.

Yo al menos sí me gusta el fútbol, pero no creo ser esa parte de quedarme sentada en el televisor, porque soy más de salir y mantenerme activa. Entonces yo voy a viajar a mi pueblo para esas fechas y así escaparme de la ciudad, porque cuando estoy ahí no veo televisión, ya que hay muchas más actividades: como hacer comida, ver a los pollos, ir a dejar y recoger a los niños, ir al local de mi amiga, lo que me mantiene ocupada y distraída. Y en el ámbito familiar, como mis hijos ya han visto el cambio en el estilo de vida, entonces no creo que tanto les vaya a llamar la atención todo esto, porque ya tienen otros hábitos. Ellos ya consumen mucha ensalada, han tratado de evitar el refresco y algunas otras cosas, lo cual también refleja ese cambio en casa.

Félix: Miren, yo le tengo respeto a todo: a la coca la quiero mucho, al mundial también, porque nos va a traer mucha economía. La coca es como todo, nos la prohíben pero también es muy buena, y lo digo en el sentido en que tengo una hipoglucemia y órale con eso (todos se ríen). Entonces para mí es lo más efectivo, pero no para tomar de forma habitual.

Erick: Hay que ser conscientes de que hay días buenos y malos, y eso forma parte del proceso de cualquier cambio de estilo de vida.

Cuando comemos algo con culpa no somos conscientes realmente de lo que hacemos ni disfrutamos la decisión, pero ustedes, como ya lo han dicho, son quienes enseñan con el ejemplo, tanto en su familia como en su entorno, y eso tiene un impacto importante.

Cierre de la sesión: ¿Qué aprendimos hoy?

A partir de las ideas y opiniones compartidas en esta mesa, se pudo observar que el control de las enfermedades crónicas no depende únicamente del tratamiento médico, ya que en la mayoría de ocasiones pueden influir las decisiones que cada persona toma en su vida diaria. Aunque contar con un buen médico y servicios de salud es algo importante, el papel principal lo tiene el propio paciente en su autocuidado.

Otro de los puntos importantes fue que la educación en salud hace una gran diferencia, el contar con un espacio donde se puedan impartir pláticas o programas permiten entender mejor la enfermedad y facilitan que las personas puedan tener cambios reales y que a su vez puedan influir en sus hijos y familiares, ayudando a prevenir.

Otro punto importante es que no se trata de prohibir todo, sino de tener un equilibrio.

Estrategias como comer con moderación, hacer sustituciones o adaptarse al contexto permiten mantener el control sin sentir que se pierde la calidad de vida y esto favorece que los cambios sean más sostenibles.

La familia juega un papel clave, ya que puede ser un obstáculo en algunos momentos, pero también un gran apoyo. Muchas veces el poder hacer un cambio se logra poco a poco a través del ejemplo, generando nuevos hábitos dentro del entorno familiar.

El reconocer que el proceso no es perfecto: hay días buenos y malos. Y aprender a manejar esto sin culpa ayuda a tener una relación más consciente con la alimentación y con la enfermedad en general.

Con el contexto del mundial, se hace más evidente cómo el entorno influye en estos hábitos.

Eventos como este suelen ir acompañados de reuniones, comida y bebidas que pueden dificultar el control, por lo que es importante que cada persona adapte sus decisiones sin dejar de disfrutar.

Finalmente, algo que se valora mucho es el acompañamiento del personal de salud, no solo por lo que saben, sino por la forma en que tratan a los pacientes. La confianza y el trato humano influyen mucho en que las personas se sientan motivadas y comprometidas con su cuidado.

En conjunto, todo esto nos enseña que cada persona vive su enfermedad de manera distinta y que entender su contexto, hábitos y decisiones es clave para lograr un mejor control. Y que incluso en contextos como es el mundial es posible adaptarse y llevar un buen control.

Fortalecimiento de la acción comunitaria: El Consejo Asesor del Centro de Salud

Otra estrategia que la Secretaría de Salud ahora IMMS BIENESTAR puso en marcha fue los Grupos de Ayuda Mutua que sí son muy diferentes a los Consejos Asesores, en los Consejos Asesores se busca un aprendizaje en comunidad basado principalmente en las experiencias de los participantes sobre cómo viven con enfermedades crónicas, se plantea un proyecto de intervención que será planeado y realizado por el grupo en cada una de las sesiones cada dos semanas, a diferencia de los Grupos de Ayuda en los que si se dan pláticas por profesionales sobre temas de enfermedades crónicas. Pero no se busca cuestionar ni buscar que las personas tengan un objetivo en común que todos quieran cumplir.

Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Cuidado y el Control de Enfermedades Crónicas

Consejo Asesor de personas con enfermedades crónicas

Nombre de la o el médico pasante que llena esta cédula	Promoción:
Yarely González Rodríguez	Agosto 2025 - Juio 2026

Fecha de llenado de la cédula:	01.08.2026
--------------------------------	------------

Datos de identificación

Centro de salud:	USNP T III PEDREGAL DE LAS AGUILAS
Distrito de salud para el bienestar (Jurisdicción Sanitaria):	TLALPAN , DISTRITO 13 TOPILEJO
Nombre del Consejo Asesor:	UNIÓN Y FUERZA
Número inicial de integrantes del Consejo Asesor	20
Número actual de integrantes:	20

Día de la semana y horario en que se reúne el Consejo Asesor:	MIERCOLES, DE 9:30 HRS A 11: 00 HRS
Periodicidad con la que se reúne: (semanal, quincenal, trisemanal, mensual):	QUINCENAL O SEMANAL (DEPENDE)

Relación de personas integrantes del Consejo Asesor:

No.	Nombre	Edad	Sexo	teléfono de contacto
1	BARRON VELASCO VICTOR MANUEAL	72	MASCULI NO	
2	GUMECINDA MOLINA	75	FEMENINA	
3	ROSALBA REYES	57	FEMENINA	5519136606
4	RUTH MARIA MOLINA	37	FEMENINA	5649178138
5	CRISTINA CISNEROS ANDRADE	61	FEMENINA	5518376254
6	GARDIÑO PACHECO DUADALUPE	53	FEMENINA	5613126728
7	WILES GONZALEZ HILDA CELIA	80	FEMENINA	
8	IMA MORALES	65	FEMENINA	
9	CRMONA REYES ROSA	60	FEMENINA	
10	GARCIA CORONA BEATRIZ PATRICIA	65	FEMENINA	
11	GARCIA RODRIGUEZ ROBERTO	72	MASCULI NO	3314615121
12	LAGUNAS ESTRADA MERCEDES	60	FEMENINA	5571677580
13	MARIA ELENA ANDRADE CISNEROS	73	FEMENINA	
14	ROJAS BETANZOS EDELMIRA	72	FEMENINA	
15	GALVEZ DELGADO MARIA ESTELA	68	FEMENINA	5522708476
16	GUERRA SERRANO PEDRO	70	MASCULI NO	5524001166
17	SALINAS CASTRO ESTHER	75	FEMENINA	5510151664
18	FELIX ANTONIO		MASCULI NOM	
19	ROSA MARIA CARMONA		FEMENIN O	5576708070
20	RUFINA MORALES BERNAL		FEMENIO	

(Agregue páginas si es necesario)

Actividades recientes del Consejo Asesor

Taller o Proyecto anterior al actual del Consejo Asesor

Nombre del taller o proyecto:		
Tema central del taller o proyecto:	Ejercicio practico para tu salud diaria	
Objetivo general del taller o proyecto:	Aprender ejercicios fisicos de fortalecimiento muscular para tener una mejor independencia fisica	
Número de sesiones programadas:	6	
Número de sesiones realizadas:	6	
Producto o productos logrados	2 videos	
Número, promedio, de personas que participaron:	8	
Fecha de inicio del taller o proyecto:	agosto 2025	
Fecha de término:	mayo 2026	

Taller o Proyecto actual del Consejo Asesor (concluido o en proceso)

Nombre del taller o proyecto:	Recetas que cuidan	
Tema central del taller o proyecto:	Generar un recetario con recetas de cada una de las personas del consejo asesor	
Objetivo general del taller o proyecto:	Tener opciones diferentes de alimentación saludable	
Número de sesiones programadas:	sin sesiones programadas	
Número de sesiones realizadas:	1	
Producto o productos logrados:		
Número, promedio, de personas que participaron:		
Fecha de inicio del taller o proyecto:		
Fecha de término		

3.4 Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud (colocar aquí el nombre del Centro de Salud donde se realizó el Servicio Social) **a cargo de** (Colocar aquí el nombre del pasante que presenta el informe)

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

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2025 - Julio 2026
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Aguilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2025	30	83.3
Nuevo ingreso a partir de agosto 2025	5	13.8
Recuperados a partir de agosto 2025	1	2.7
Total	36	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Nota:

Tabla No.2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2025 – julio 2026
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	31	86.1%
No activas	5	13.8%
Total	36	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Nota:

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo agosto 2025 y julio 2026

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

Tabla No.3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo agosto 2025 – julio 2026
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	1	20
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	1	20
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	3	60
Total	5	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

2. Información demográfica.

Tabla No.4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo a sexo
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	No	%
Femenino	17	47
Masculino	19	53
Otra asignación		
No hay dato		

Total	36	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Tabla No.5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 - julio 2026 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	2.7
40 – 49 años	2	5.5
50 – 59 años	5	13.8
60 – 69 años	14	38.8
70 – 79 años	13	36.1
80 y más años	1	2.7
Total	36	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Tabla No.6
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025 -
 enero 2026 de acuerdo a edad y sexo
 Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad \ Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	1	5.8	0	0	1	2.7
40 – 49 años	1	5.8	1	5.2	2	5.5
50 – 59 años	1	5.8	4	21.05	5	13.88
60 – 69 años	9	52.94	5	26.31	14	38.88
70 – 79 años	5	29.4	8	42.10	13	36.11
80 y más años	0	0	1	5.2	1	2.7
Total	17	100	19	100		100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

3. Diagnóstico y seguimiento.

Tabla No.7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2025 - julio 2026

Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No. de pacientes	%
1	2	5.8
2	0	0
3	0	0
4	1	2.9
5	1	2.9
6	0	0
7	0	0
8	3	8.8
9	3	8.8
10	2	5.8
11	9	26.47
12 y más	13	32.25
Total	34	

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo Julio 2025 - agosto 2026

Tabla No.8
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo julio 2025 –
 agosto 2026 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
 Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y Obesidad	0	0
Hipertensión Arterial	4	11.11
Diabetes Mellitus Tipo 2	3	8.33
Dislipidemia	0	0
Obesidad e Hipertensión Arterial	3	8.33
Obesidad y diabetes	3	8.33
Obesidad y Dislipidemia	0	
Diabetes e Hipertensión Arterial	15	41.6
Obesidad, Hipertensión Arterial y diabetes	7	19.44
Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia	1	2.77
Obesidad, Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia	0	0
Total	36	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No.9
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 –
julio 2026 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Aguilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso	y	0	0	0	0	0	0
Obesidad							
Hipertensión Arterial		3	17.6	1	5.22	4	11.11%
Diabetes Mellitus Tipo 2		2	11.7%	1	5.22	3	8.33%
Dislipidemia		0	0	0	0	0	0
Obesidad	e	1	5.88%	2	10.5%	3	8.33%
Hipertensión Arterial							
Obesidad diabetes	y	3	17%	0	0	3	8.33%
Obesidad	y	0	0	0	0	0	0
Dislipidemia							
Diabetes	e	5	29.4%	10	52.6%	15	41.66%
Hipertensión Arterial							
Obesidad, Hipertensión Arterial diabetes	y	2	11.76%	5	26.31	7	19.44%
Hipertensión Arterial, diabetes	y	1	5.88%	0	0	1	2.7%
Dislipidemia							
Obesidad, Hipertensión Arterial, diabetes	y	0	0	0	0	0	0
Dislipidemia							
Total		17	100%	19	100	36	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No.10
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 - julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Hipertensión Arterial
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Aguilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	0	0%
50 – 59 años	0	0%
60 – 69 años	2	50%
70 – 79 años	2	50%
80 y más años	0	0%
Total	4	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Tabla No.11
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025 –
enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Aguilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	0	0%
50 – 59 años	1	33.33%
60 – 69 años	1	33.33%
70 – 79 años	1	33.33%
80 y más años	0	0%
Total	3	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No.12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad e Hipertensión Arterial
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad e Hipertensión Arterial	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	1	33.33%
50 – 59 años	0	0%
60 – 69 años	1	33.33%
70 – 79 años	0	0%
80 y más años	1	33.33%
Total	3	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No.13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2025 – julio 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	1	33.33%
40 – 49 años	0	0%
50 – 59 años	0	0%
60 – 69 años	1	33.33%
70 – 79 años	1	33.33%
80 y más años	0	0%
Total	3	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No.14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025 – enero 2026 de acuerdo con edad y diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	0	0%
50 – 59 años	3	20%

60 – 69 años	6	40%
70 – 79 años	6	40%
80 y más años	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No.15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025 – enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2

Centro de Salud T. III: Pedregal de las Aguilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	0	0%
50 – 59 años	1	14.28%
60 – 69 años	3	42.85%
70 – 79 años	3	42.85%
80 y más años	0	0%
Total	7	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

Tabla No.16
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025 –
enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Hipertensión Arterial, Diabetes
Mellitus Tipo 2 y Dislipidemia
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Aguilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0%
30 – 39 años	0	0%
40 – 49 años	1	100%
50 – 59 años	0	0%
60 – 69 años	0	0%
70 – 79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	1	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 – julio 2026

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 2025 - julio 2026

Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	8	33.33%	10	41.66%	18	75%
Fuera de control	1	4.16%	5	20.83%	6	25%
Total	9	37.49%	15	62.49%	24	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Tabla No.18

Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada

Periodo agosto 2025 - julio 2026

Centro de Salud T. III: Pedregal de las Águilas

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	22	91.66%
Fuera de control	2	8.33%
Total	24	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

Tabla No.19
Distribución de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y cifras de control
Periodo agosto 2025 - julio 2026
Centro de Salud T. III: Pedregal de las Aguilas
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	6	85.72%
Fuera de control	1	14.2%
Total	7	100%

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo agosto 2025 - julio 2026

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

Yo no realicé ninguna tutora de casos pero estuve presente en dos de ellos de los cuáles hay que recalcar su manera tan diferente estructurarlos y presentarlos sin dejar de lado a la persona, sus objetivos, expectativas, sentimientos, red social, capacidades, herramientas y dificultades. Mencionar que es de suma importancia y esta manera de presentar casos clínicos debería de verse más en hospitales, Cursos y congresos.

Conclusiones

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a la realización de su servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), y en este proyecto en particular, cursando un diplomado como parte de ese servicio social? Estar en este proyecto y tomar este diplomado me hizo darme cuenta que se puede llegar a un buen control de las enfermedades de las personas si como profesionales de salud estamos dispuestos a desaprender parte de la medicina tradicional ya inculcado durante nuestra formación médica. CEDESA tiene muchos obstáculos, no siempre se contaba con insumos, con consultorio o con tiempo para dar la consulta con todo lo necesario pero el diplomado también nos enseña que la atención centrada en la persona no siempre requiere eso sino medicas y medicos dispuesto a aprender a ver a las personas más allá de las estadísticas y la patología que representan.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a su experiencia con la atención de sus pacientes con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona? Mi experiencia en el proyecto ha sido la mejor desde que empecé mi formación médica, este proyecto cambia la vida de las personas de los pasantes, supera cualquier expectativa, volvería a repetir mi servicio social en este proyecto.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las ventajas y a las desventajas que ofrece la institución (la SEDESA), con la implementación de este modelo? Como ventaja que SEDESA está lleno de derechohabientes que realmente requieren este tipo de atención. Desventajas que no siempre tenemos consultorio, no siempre hay medicamentos ni el apoyo para cumplir todo lo que se debería de hacer, además de la limitación a pedir cantidad. En lugar de calidad, el tiempo muy lejano entre consultas de especialistas en segundo y tercer nivel.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las aspiraciones y las realizaciones de quienes viven con enfermedades crónicas (pacientes) y que pudo atender más de una vez a lo largo de su servicio social? Todos y todas tenemos maneras diferentes de ver, vivir, sentir, e imaginar la vida, esto determinado por nuestras enfermedades, posición social, género, etc, pero en las Personas del proyecto hay tanta resiliencia, capacidades y herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a lo que fue su formación profesional de pregrado, incluyendo desde luego el año de servicio social, y lo que tendrá que mejorar en su futuro inmediato? Afortunadamente la UAM Xochimilco nunca dejó de lado la medicina social y los determinantes sociales de las personas así como con la ayuda del sistema modular nos enseñó a ser autodidactas. Que es algo muy importante hoy en día y más en el servicio social. Pero el servicio social me enseñó la importancia de las personas, y a resolver con lo que tenemos. Hay muchas cosas que mejorar en la parte teórica y práctica del pregrado en UAM X, como más cursos, talleres, diplomados y una oferta teórica más grande. De igual modo, las pocas cosas que teníamos también pudieron ser aprovechadas de otra manera.

REFERENCIAS

Cacace, Patricio J., & Giménez-Lascano, Gustavo. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista mexicana de medicina familiar*, 9(2), 63-72. Epub 30 de enero de 2023. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>

ANEXOS



Última reunión del consejo asesor.

video de lo sucedido en la última reunión y despedida de la MPSS Yarely González Rodríguez

https://drive.google.com/file/d/154jc6D0dhC5NK0_v887F2FpTk4BkCIDJ/view?usp=drive_link