



División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Título del Proyecto

“Propuesta de intervención basada en procesos educativos para incidir en los hábitos alimenticios de los niños con obesidad de los grados cuarto, quinto y sexto de primaria del turno matutino de la primaria Rafael Ramírez Castañeda, Santa Catarina Yecahuizotl, Tláhuac, Ciudad de México, octubre de 2019”

Asesora del proyecto:
Dra. Carolina Martínez Salgado

Autoras y ejecutoras del proyecto

Almanza Muñoz Alexa Adriana
(Matrícula: 2132030732)

Tolentino Funamoto Joana
(Matrícula: 2113074590)

Ciudad de México
Enero 2020

Índice

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
El programa de intervención “Reto 10”.....	6
Justificación del proyecto.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Formulación de objetivos.....	9
Marco Teórico.....	9
Metodología.....	16
Resultados.....	24
Conclusiones.....	30
Enseñanzas del estudio.....	31
Experiencias Personales.....	34
Agridulce, crónicas del servicio social. Alexa Adriana Almanza Muñoz.....	35
Limbo MIP-MPSS.....	36
Tome su turno y espere en la fila.....	38
Siguiete parada... Tláhuac.....	40
UNEME EC Mixquic.....	42
Orígenes de “Reto 10”.....	45
Pago MPSS.....	49
Relación Médico- paciente y Médico-pasante.....	50
Días UAMavillosos.....	51
Alexa, en el país de las maravillas.....	52
Sensei.....	56
Crónicas de Narnia.....	57
Palabras más, palabras menos.....	61
Mi pasantía en retrospectiva. Joana Tolentino Funamoto.....	62
De MIP a MPSS.....	63
La elección de plazas.....	64
El camino a San Andrés Mixquic.....	65

De vuelta a los días hospitalarios.....	73
Santa Catarina Yeca...¿Qué?.....	77
Reto 10.....	80
De “señoritas” a “nutriólogas”.....	82
Los gloriosos “Días UAM”/ Las sesiones académicas.....	83
La Secretaria de Salud y el Sistema Rotatorio.....	84
Conclusión...¿?.....	86
Ahora si...Conclusión.....	87
Bibliografía.....	88
Anexos.....	91

INTRODUCCIÓN

En las siguientes páginas presentamos el informe de servicio social de la Licenciatura en Medicina realizado en los Servicios de Salud de la Ciudad de México, específicamente en la jurisdicción Tláhuac, en la modalidad rotatoria, en el periodo de febrero 2019 a enero 2020, como parte de los requisitos estipulados por la Universidad Autónoma Metropolitana para la titulación.

Este informe está organizado en dos partes. En la primera presentamos la elaboración y ejecución de un programa de intervención elaborado por las autoras con base en el estudio de los procesos educativos necesarios para incidir en los hábitos alimenticios de un conjunto de niños en quienes detectamos la presencia de obesidad, que durante el año de 2019 cursaban los grados cuarto, quinto y sexto de primaria del turno matutino de la primaria “Rafael Ramírez Castañeda”, en el poblado de Santa Catarina Yecahuizotl, Tláhuac, en la Ciudad de México. En la segunda incluimos una narración de nuestra experiencia personal a lo largo del año en el cual realizamos nuestro servicio social, período que ha resultado sumamente significativo como culminación de nuestra formación profesional como médicas.

Elaboramos este informe con el propósito de sentar dos precedentes. Uno académico, con base en la elaboración del proyecto de intervención y la descripción de cómo lo pusimos en operación y cuáles fueron sus resultados. El otro personal, por medio de la narración de nuestra perspectiva del Servicio Social en la cual deseamos dejar constancia de esta experiencia

El documento consta, así, de tres partes. En la primera, a la que titulamos “Antecedentes”, exponemos brevemente cómo fue que identificamos el problema a abordar a partir del diagnóstico de salud llevado a cabo dentro de la Primaria “Rafael Ramírez Castañeda”, cómo llegamos a la decisión de diseñar este proyecto de intervención y cuál fue la propuesta metodológica elegida para hacerlo. En la segunda parte presentamos en extenso cómo llegamos al diseño del proyecto “Reto 10” que aplicamos a los alumnos de los grados cuarto, quinto y sexto de esta escuela que tenían el diagnóstico nutricional de obesidad. Y en la parte final narramos, de manera individual, las vivencias suscitadas por esta experiencia y el impacto personal de las mismas a lo largo de nuestro servicio social.

ANTECEDENTES

Para la elaboración de este trabajo, se tuvo que identificar un problema eje dentro de la comunidad estudiada, por lo cual realizamos un diagnóstico de salud en el turno matutino de la Primaria “Rafael Ramírez Castañeda”, localizada en Santa Catarina Yecahuizotl, Tláhuac, Ciudad de México (CDMX), en el periodo del 14 al 25 de octubre del 2019. Se realizó la medición de talla y peso en todos los grupos de la primaria (18 grupos) con un total de 534 alumnos de entre 6 y 12 años. Estos conjuntos de niños representan un 30.2% del total de la población de escolares en primaria en esa localidad. Posteriormente, se obtuvo el diagnóstico nutricional de cada uno por medio de las curvas percentilares de patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud en su última actualización “Índice de Masa Corporal por edad (5-19 años)” para niños y niñas¹.

El resultado fue que sólo el 57% del total de los alumnos estudiados se encontraba dentro de su Índice de Masa Corporal (IMC) normal, mientras que el 43% (230 niños) presentó un IMC alterado. De esos 230 alumnos, el 41% presentaba sobrepeso, 31% obesidad y 16% mostraba obesidad por arriba de la tercera desviación estándar. Fue así como identificamos como un problema de salud la alta frecuencia entre estos alumnos a la obesidad, que mostraba, por cierto, una mayor prevalencia entre los niños que cursaban los grados cuarto, quinto y sexto.

Debido a esto, decidimos que era conveniente realizar una propuesta metodológica basada en procesos educativos para tratar de incidir en los hábitos alimenticios y el cambio en el estilo de vida de estos niños, por medio de la educación para la salud. Invitamos entonces a los alumnos de cuarto a sexto grado, y a sus padres, a integrarse a un programa de 10 semanas, de una sesión semanal.

En dicho programa, titulado “Reto 10”, consideramos al ser humano como un ser biopsicosocial. El proceso consistió en abordar cinco rubros por sesión, cuatro de ellos, serían abordados durante cada sesión y el último consistiría en tareas a casa como consolidación de lo aprendido durante las sesiones; “Ilumínate” se ocupó de ofrecer clases teóricas abordando temas tales como obesidad, nutrición, actividad física, entre otros. En el segundo, “Mente Sana, Cuerpo Sano” se realizaron dinámicas dirigidas al desarrollo de autoestima, empatía, etc., con el apoyo de personal de psicología. El tercero, “Actívate”, está constituido por una serie de rutinas y/o clases con actividad física. El cuarto, “Taller”, se aplicaron los conocimientos aprendidos en la clase teórica por medio de dinámicas integrales. Y en el quinto y último “Tareas de consolidación” se utilizó el libro “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México” de la Secretaría de Salud para que los alumnos realizaran diversas tareas

asignadas con relación a lo aprendido durante la sesión semanal y se reforzara el conocimiento de la misma².

Para la evaluación del progreso, implementamos dos formatos. El primero de ellos, destinado a los pacientes, contenía un reto semanal individualizado, elegido por ellos mismos, con la finalidad de autoevaluar el apego a dicho hábito en la semana. El segundo formato estaba destinado a la evaluación del progreso en la pérdida de peso ponderal por medio del registro del peso semanal.

De un total de 122 alumnos con diagnóstico de obesidad, realizamos una invitación individual a los 76 alumnos que cursaban los grados cuarto, quinto y sexto con dicho diagnóstico (los cuales representan un 62.2% de la población total de alumnos con obesidad). Los motivos por los cuales se realizó la invitación sólo a los últimos tres grados de la primaria fue principalmente que éstos representaban la mayor incidencia de obesidad dentro de la primaria. Sin embargo, es importante mencionar que como médicos pasantes no contábamos con ningún tipo de capacitación pedagógica la cual es indispensable para el correcto abordaje e implementación de programas educativos en escolares de 6 a 8 años (primero a tercer grado de primaria). Otro de los motivos, era que para la correcta aplicación del proyecto era necesario contar con habilidades como la lectura y escritura, las cuales no estaban presentes en la mayoría de la población escolar de los tres primeros grados.

Por cuestiones de logística, el intervalo entre la invitación individual a los 76 alumnos y el inicio del programa fue de tan sólo una semana, durante la cual acudieron voluntariamente para incorporarse al programa sólo el 13.1% de los alumnos invitados (16 alumnos).

**EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN *RETO 10*
DISEÑO, APLICACIÓN Y RESULTADOS.**

Justificación y Delimitación de la problemática

Justificación del proyecto

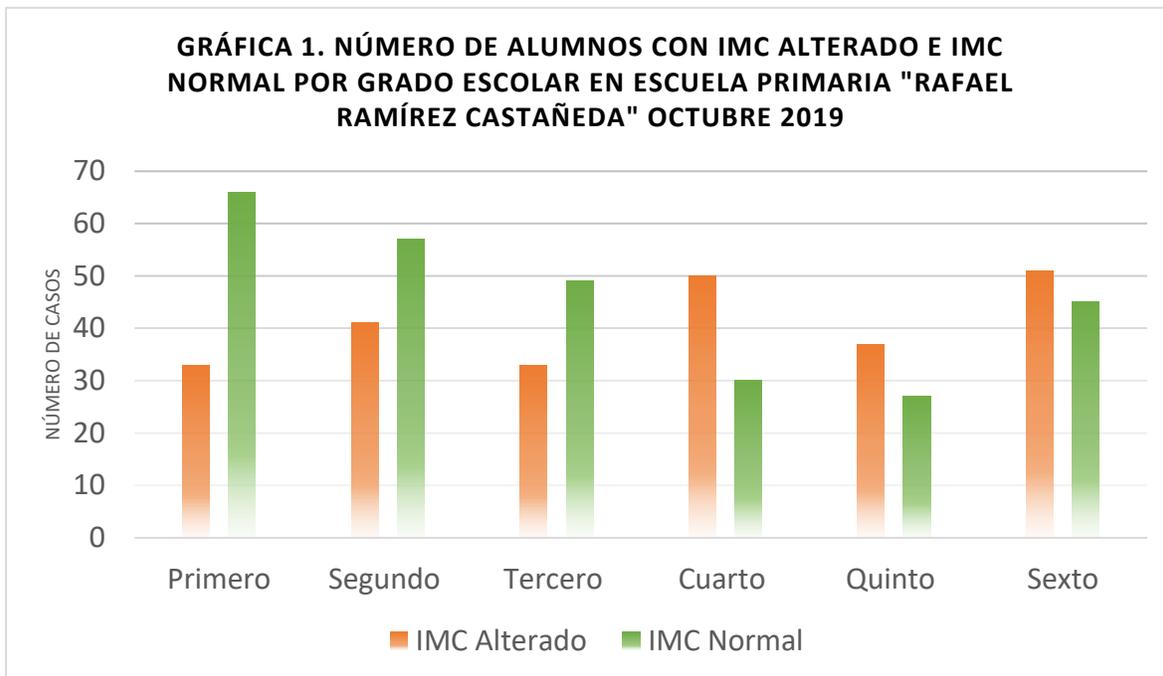
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, México presenta una prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de 5 a 11 años del 19.8% y 14.6% respectivamente (34.4% en total). La media nacional de prevalencia para obesidad infantil es del 15%, los estados con mayor prevalencia son Campeche (23.2%) y Baja California Sur (23%), mientras que los estados con menor prevalencia son Chiapas (9%) y Oaxaca (10%). La CDMX se encuentra por debajo de la media nacional con una prevalencia del 12%³

En una actualización de la medición de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en México realizada en el año fulano se registraron incrementos exponenciales en los últimos 5 años en el grupo de escolares, así como una mayor prevalencia en zonas urbanas. Esta situación puede atribuirse a que, durante los últimos 30 años, México ha sufrido varios cambios demográficos, económicos, ambientales, culturales e inclusive gubernamentales con relación a la regulación de los alimentos ofertados y la publicidad alrededor de los mismos. Dichos factores han impactado de manera negativa en el estilo de vida y bienestar de su población, en donde la incidencia de obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas.⁴

Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños obesos aumentará a 70 millones para 2025. Sin intervención, los lactantes y niños obesos, se mantendrán obesos durante la infancia, adolescencia y edad adulta.²

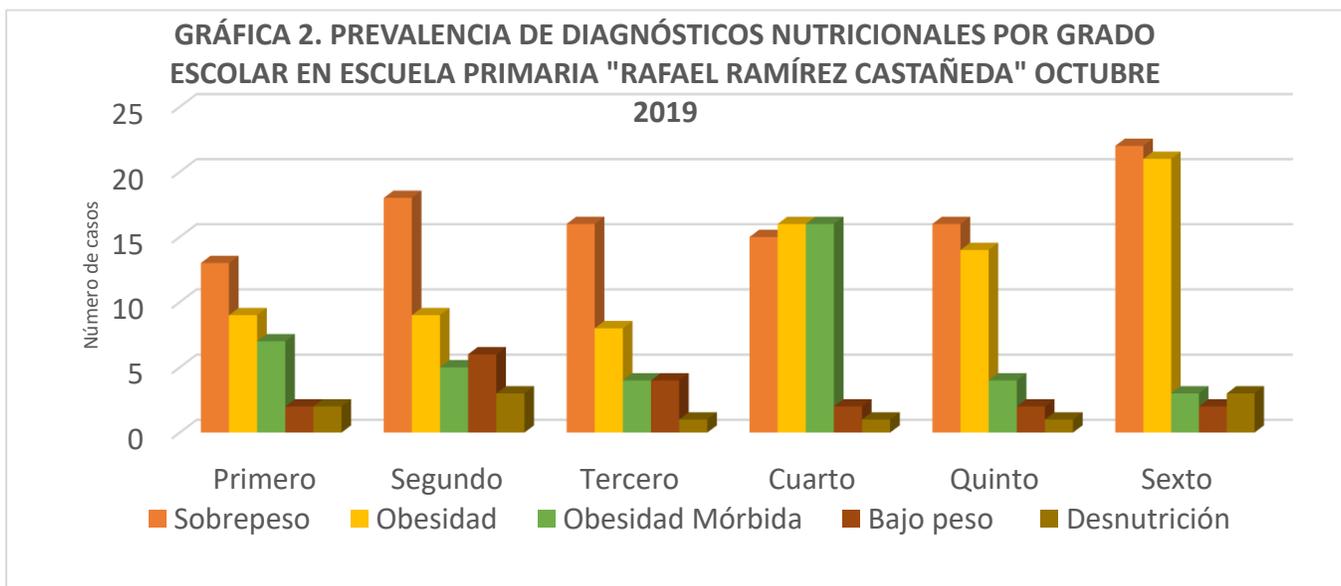
Debido a esto, se realizó un diagnóstico de salud en el turno matutino de la Primaria “Rafael Ramírez Castañeda”, como antes describimos, en el cual, se obtuvo el diagnóstico nutricional de cada uno de los alumnos por medio de las curvas percentilares de patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud en su última actualización “Índice de Masa Corporal por edad (5-19 años)” para niños y niñas.⁵

La gráfica 1 muestra a los alumnos que presentaron un IMC alterado, y ahí también se observa la mayor prevalencia de este problema en los niños de los grados cuarto a sexto. Fue por esta razón, y ya las antes mencionadas, así como una mayor capacidad de compromiso y comprensión en este grupo de edad, que se decidió aplicar el programa a este grupo poblacional.



Fuente: Cálculos elaborados a partir de los datos recabados por las autoras.

Como se muestra en la Gráfica 2. Los grados que presentaron un mayor índice de obesidad dentro del diagnóstico de salud fueron cuarto, quinto y sexto con 64%, 48.6%, 47.5% respectivamente.



Fuente: Cálculos elaborados a partir de los datos recabados por las autoras.

Planteamiento del problema

Con base en el diagnóstico de salud realizado en el periodo del 14 al 25 de octubre del 2019, en el turno matutino de la Primaria “Rafael Ramírez Castañeda”, localizada en Santa Catarina Yecahuizotl, Tláhuac, CDMX, se identificó como problema de salud la alta prevalencia de obesidad en los alumnos, con un alto porcentaje de dicho diagnóstico nutricional en los grados cuarto, quinto y sexto. Por lo cual se decidió realizar una propuesta de intervención cuya metodología se basa en procesos educativos para incidir en los hábitos alimenticios y los estilos de vida de los niños con obesidad.

Formulación de Objetivos

Como objetivo general se pretende implementar una propuesta de intervención cuya metodología se basa en procesos educativos para incidir en los conocimientos acerca de los hábitos saludables tanto alimenticios como los relacionados a erradicar un estilo de vida sedentario de los de los niños con diagnóstico de obesidad de los grados cuarto, quinto y sexto del turno matutino de la primaria Rafael Ramírez Castañeda.

El objetivo específico es implementar sesiones integrales semanales denominadas “Reto 10” de contenido teórico y práctico con temas básicos de nutrición, ejercicio, así como el intento de fomentar hábitos de higiene mental, adecuada alimentación y actividad física, con la finalidad de brindar herramientas de autocuidado al paciente enfocadas al cambio de estilo de vida.

Marco Teórico

Para conocer las partes que debían integrar nuestro proyecto de intervención, fue necesario conocer los diferentes enfoques que se han propuesto a nivel mundial, nacional, regional e inclusive situacional relacionados con nuestro grupo a intervenir, así como los diferentes postulados de soluciones a la problemática, con la intención de utilizar alguno de ellos como sustento para el abordaje y construcción de la propuesta de intervención. Entre las situaciones a considerar que aparecen en las propuestas revisadas queremos destacar las siguientes:

Obesidad Infantil: Definición e impacto en la salud

La obesidad es considerada la epidemia del siglo XXI. La obesidad infantil se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa con respecto a la edad y sexo que es perjudicial para la salud. Dicha enfermedad usualmente es atribuible a la ingesta de alimentos bajos en fibra y alta densidad energética, así como

bebidas azucaradas, todo lo cual se aúna a un tiempo excesivo frente a televisores y/o videojuegos que condicionan una insuficiente actividad física.⁶

La obesidad infantil tiene importantes repercusiones a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo tiene implicaciones en la presión arterial, metabolismo de carbohidratos, lípidos, nefropatía, autoestima y afectación de la calidad de vida.⁷ A mediano y largo plazo condiciona un factor predisponente de obesidad en el adulto, hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, artrosis, colecistitis, colelitiasis. Cáncer de colon, mama y próstata, así como una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta.⁸

Factores de Riesgo de Obesidad Infantil

Existen factores de riesgo modificables (ej. ambientales y estilo de vida) y no modificables (ej. genéticos, peso de nacimiento, obesidad de los padres), en los cuales la familia de cada paciente constituye un factor clave dentro de la prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil, por lo cual es esencial que el manejo preventivo y terapéutico se lleve a cabo dentro del núcleo familiar ya que es éste en donde principalmente son adquiridos los hábitos y estilos de vida que causan o evitan la enfermedad.⁹

Influencia del núcleo familiar

La conducta alimentaria, predilección y rechazo de los alimentos se ven directamente influenciados por el entorno familiar, durante los primeros años de vida, que es cuando se realiza la adquisición de hábitos e incorporación de prácticas alimentarias de la población. En la infancia la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias favorables o perjudiciales para la salud. Los padres repercuten en el contexto alimentario infantil utilizando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación familiar, condicionando el tipo, cantidad, calidad y horarios, así como edad de introducción de los alimentos.¹⁰

Los hábitos alimenticios inculcados por los padres se definen por las tradiciones familiares, la disponibilidad de alimentos en el hogar, el acceso a medios de comunicación y la interacción familiar durante la comida. La reiterada exposición del infante a éstos modelos familiares, ocasiona un estímulo condicionado que asocia alimentos específicos a ciertos eventos (fiestas, castigos, festividades, premios, entre otros) lo cual ejerce un efecto modulador sobre su conducta alimentaria. Como consecuencia de este reforzamiento en la conducta, los niños adquieren tendencias a determinados alimentos, así como costumbres familiares que le generen bienestar y al mismo tiempo eligen aquellas que repetirán en el futuro. El patrón social en el que la familia moderna se desenvuelve, ha propiciado que actualmente los padres permitan la discusión y negociación con los hijos sobre su alimentación, cediendo a la insistencia y la manipulación de los mismos para la elección de los alimentos.¹¹

De acuerdo a la OMS, “Los padres pueden influir en el comportamiento de sus hijos poniendo a su disposición en el hogar bebidas y alimentos saludables, apoyando y alentando la actividad física. Por lo cual, los programas de tratamiento basados en la familia pueden ser la estrategia más efectiva, ya que facilitan los necesarios cambios de conducta que mejoran la salud y peso del niño. Las sugerencias para la promoción de una nutrición saludable en el hogar para niños y adolescentes otorgadas por la OMS incluyen; dar un desayuno saludable antes de acudir a la escuela, dar colaciones saludables, fomentar la ingesta de frutas y verduras, hacer lo posible por realizar las comidas en familia, reducir en lo posible la exposición a las prácticas mercadotécnicas, por ejemplo, el tiempo dedicado en pantalla así como enseñar a los niños a resistir la tentación y las estrategias mercadotécnicas, proporcionar información y aptitudes para que puedan elegir opciones alimentarias saludables”.¹²

Consumo fuera del hogar

En la población pediátrica, el consumo fuera del hogar de alimentos de alto contenido energético y de baja calidad nutricional, se ve facilitado por la falta de supervisión familiar lo cual puede ocasionar el acelerado incremento de peso ponderal.

En un estudio realizado en México, 2011 por el Centro de Investigaciones en Nutrición y Salud se evaluó la asociación entre el consumo de alimentos fuera del hogar (durante el trayecto a la escuela, en la escuela y el trayecto de vuelta al hogar) con el sobrepeso y la obesidad en una muestra nacional de 9,537 niños y niñas en edad escolar, obteniendo como hallazgo principal, una asociación positiva con el consumo de frituras y alimentos lácteos con la prevalencia de sobrepeso y obesidad.¹³

Obesidad y medios de comunicación

Antes de los cuatro años de vida, los niños presentan una exposición promedio de una hora al día al televisor, esta cifra aumenta de manera gradual hasta alcanzar las 7 horas diarias en edad escolar. La presencia de estos dispositivos en las habitaciones de los niños, incrementa 1-2 horas al día la exposición a estos medios de comunicación.

En un estudio multicultural de la UNESCO reporta que el 91% de los niños tienen acceso a un televisor dentro de casa e invierten un más del 50% del tiempo del día frente al televisor, siendo el dormir, la única actividad que lo supera.¹⁴

Un estudio comparativo internacional acerca de los anuncios televisivos para niños indica que la exposición varía entre los 10-12 minutos por hora. Se estima que en

los países occidentales cada niño ve alrededor de 40,000 anuncios al año, de los cuales aproximadamente 4,500-7,000 son anuncios de comida no saludable, lo que influencia las expectativas nutricionales de los niños.¹⁵

Otros estudios observaron que los niños preferían el sabor de alimentos y bebidas presentados en envases de McDonald's al de aquellos productos idénticos en envases similares, pero sin marca.¹⁶ El 70% de los niños de 6 a 8 años creen que la comida rápida es más sana que la hecha en casa. Esta concepción equivocada está estadísticamente relacionada con el tiempo de exposición a los medios de comunicación. Un estudio muestra que tres de cada cuatro peticiones de niños son de productos alimentarios vistos en la televisión.¹⁷ En una revisión sistemática de 123 artículos científicos publicados sobre el tema, se concluyó que existe una fuerte evidencia de la influencia de la publicidad sobre las preferencias, solicitudes de compra y la ingesta alimentaria de los niños de 2 a 11 años a corto plazo.¹⁸

Los profesionales de la salud desempeñan un importante papel en la prevención de la obesidad infantil debido a que es su responsabilidad el fomento de la educación para la salud en todos los miembros de la familia, con la finalidad de disminuir la prevalencia del problema. De acuerdo a un estudio realizado en Vasco, 2017 acerca de la influencia de la publicidad alimentaria en la obesidad entre los niños de 10 a 15 años, señala que: "De éste modo se debe instruir tanto a niños como a padres en la elección de alimentos saludables, enseñándoles a ser críticos a la hora de discernir la realidad y ficción de la publicidad a la que se encuentran irremediablemente expuestos. Además de indicar pautas de alimentación saludable y reconocimiento crítico de alimentos adecuados, se debe hacer hincapié en la actividad física, ya que es otro factor importante para prevenir la obesidad, evitando el sedentarismo, tratando así de disminuir el tiempo invertido en la televisión y por ende en la publicidad."¹⁹

Factores sociales determinantes de obesidad

A partir de una perspectiva sociocultural, la obesidad se puede considerar como una consecuencia directa de los cambios suscitados en los hábitos sociales, económicos, políticos y culturales. Aunado a los cambios que se han dado por la modernización y globalización, tales como la producción en masa que ha disminuido considerablemente el precio de la alimentación, transformando las elecciones de los consumidores y sus prácticas culinarias y alimentarias.²⁰



Figura 1. Modelo ecosocial para estudiar los factores asociados a la obesidad

Fuente: Muñoz Muñoz F., Alzate Arango C. Obesidad Infantil: Un nuevo enfoque para su estudio. Salud uninorte Vol. 33, Número 3. Barranquilla Colombia. 2017. Pág. 492-503

Al ser una patología multifactorial, la obesidad involucra ámbitos genéticos, metabólicos, ambientales y psicosociales. La epidemiología social ha considerado la teoría propuesta por el psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner denominado “Modelo Ecosocial” el cual considera la relación de factores contextuales que ubican al niño bajo la influencia de distintos niveles representados en forma de círculos concéntricos, los cuales van de lo más distal a lo más proximal, tal como se muestra en la Figura 1.²¹

El nivel de influencia más distal a los niños es el denominado Macro-sistema, el cual constituye a todas las dimensiones previas (Meso-sistema, Micro-sistema) y está conformado por los factores sociales, políticos y económicos que integran a la sociedad.²²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo pública su preocupación por esta epidemia desde el año 2002, emitiendo recomendaciones a los países miembros para que fueran incluidas en sus políticas públicas²³. En el marco del foro internacional sobre políticas públicas realizado en noviembre del 2013 en la Ciudad de México, se alertó sobre la presión constante de la industria para evitar

que algunas leyes previamente aprobadas en otros países también fueran adoptadas en países de Latinoamérica. Según la OMS: “Siete países, entre ellos México, Brasil, Costa Rica, han pasado diversas legislaciones para regular la comida chatarra y se ha presentado una fuerte batalla de la industria, la cual ha logrado frenar algunas de ellas”.²⁴ Aun cuando la escuela y familia juegan un papel fundamental en la prevención del sobrepeso en escolares, se debe de reconocer el papel que juega el estado como rector y el sistema de salud para la prevención temprana y el tratamiento de la misma.²⁵

Educación para la salud

La educación para la salud tiene como objetivo principal el diseño de programas de intervención creados con el fin de modificar las creencias, costumbre y hábitos no saludables, así como promover, proteger y fomentar la salud.²⁶

Por lo tanto, el uso de la educación para la salud como estrategia de promoción de la salud, ayuda al fomento de hábitos alimentarios saludables los cuales pueden contrarrestar la prevalencia de obesidad favoreciendo su crecimiento y desarrollo, fomentando su salud y la prevención de enfermedades evitables de su edad.²⁷

En México se ha realizado la implementación de programas nutricionales, basados en la promoción y educación para la salud, entre ellos se encuentra el Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud.²⁸ Este programa consta de un programa aplicado por parte de los maestros, incluyendo en los temas curriculares dentro de las instituciones escolares de nivel básico, determinantes de salud, tales como la correcta alimentación y la actividad física, sin embargo, hasta el momento no ha mostrado los resultados esperados.²⁹

En 2010 se implementa el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) como estrategia para combatir el sobrepeso y obesidad infantil, teniendo como principal función el establecer la normativa adecuada para el expendio y distribución de alimentos y bebidas en dichos establecimientos. De ésta estrategia se deriva como proyecto coadyuvante el Programa de Acción en el Contexto Escolar el cual promueve la salud por medio del desarrollo de competencias para una vida saludable, con la participación de varios sectores, entre ellos; profesores, padres de familia, alumnos y encargados de los expendios de alimentos dentro de las escuelas, cuya función fue la promoción y educación para la salud y la actividad física regular, así como facilitar la alimentación correcta al otorgar el acceso y disponibilidad de alimentos y bebidas saludables.³⁰

De acuerdo con una revisión teórica en 2012 en la Universidad Autónoma del Estado de México, con relación al papel de la familia, los anuncios publicitarios y la escuela en la adopción y/o modificación de hábitos alimentarios de los niños, se concluyó que aún con los diversos programas establecidos para disminuir la prevalencia de obesidad en niños mexicanos, se evidenció que la principal limitante es que no todas las instituciones de educación básica han adoptado las

diferentes estrategias sugeridas. Por lo tanto, se hace necesario que los profesionales en el campo de la educación para la salud se incorporen a la implementación de este tipo de programas o al diseño de nuevos programas que contribuyan a fomentar hábitos alimentarios saludables y por ende crear estilos de vida saludables.³¹

El concepto de salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social”³² y no simplemente como ausencia de enfermedad, como era comúnmente entendido.

La *Promoción de la salud* pretende el desarrollo de las habilidades individuales y la capacitación para influir sobre los factores que determinan la salud, así como la implementación de cambios necesarios para generar y posibilitar las opciones saludables, ya que el estilo de vida y los factores medioambientales serán los que, en mayor grado, determinen el estado de salud.³³

Desde ésta perspectiva integral de la salud, se vuelve necesaria la participación activa de la población, sin embargo, ésta debe contar con los conocimientos, actitudes y habilidades adecuados para el logro de los objetivos de la promoción de la salud, es entonces, donde la *Educación para la salud* juega un papel primordial para su ejecución, inculcando la conciencia de los factores determinantes de la salud y capacitando a los individuos, familias y población en este proceso.

En el año de 1983, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término Educación para la Salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando lo necesiten. La Educación para la salud como estrategia de promoción para la salud, tiene como objetivo que el aprendizaje obtenido le permita a la población identificar y realizar cambios en los comportamientos que son perjudiciales para su salud y al mismo tiempo, mantener hábitos saludables.

Hace 40 años en el mundo, la cantidad de personas con peso bajo predominaba sobre el número de personas obesas. Actualmente, ésta situación se ha invertido, desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo, para 2016 más de 1,900 millones de adultos presentaban sobrepeso y más de 650 millones eran obesos (13%). Según las estimaciones, 41 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso u obesidad y más de 340 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años padecían sobrepeso u obesidad, esto representa un aumento en la prevalencia del 4% en 1980 a más del 18% en 2016.³⁴

En el año 2012 México ocupaba el cuarto lugar de prevalencia mundial de obesidad infantil, con una prevalencia de obesidad del 34.4% en escolares

(ENSANUT 2012). De acuerdo a la UNICEF, para 2018 México ascendió hasta el primer lugar con 1 de cada 3 niños entre 6 y 19 años con sobrepeso u obesidad.³⁵

En la sistematización del tratamiento no farmacológico del sobrepeso y obesidad es necesaria la implementación de herramientas que beneficien a la población a través de la cual se pueda crear una adecuada conducta alimentaria, canales de comunicación y capacitación de individuos para la concientización del autocuidado y de éste modo hacerlos partícipes en el rediseño individual, así como realizar acciones globalizadoras dentro de su comunidad.

Se ha demostrado que la estrategia de educación para la salud aplicada con herramientas de integración simultánea de disciplinas tales como nutrición, psicología y medicina en el manejo del paciente pediátrico obeso, aunado al ejercicio periódico, tiene un mayor impacto en el cumplimiento de metas terapéuticas a corto y largo plazo.

Metodología

Población Objetivo

Con la previa interpretación del diagnóstico de salud realizado en la comunidad de Santa Catarina Yecahuizotl, específicamente en la escuela primaria “Rafael Ramírez Castañeda” en el mes de octubre de 2019, se diseñó un proyecto de intervención dirigido a los alumnos de los grados cuarto, quinto y sexto con diagnóstico de obesidad, que se encontraran cursando el ciclo escolar 2019-2020.

La población total que se encuentra cursando la primaria en la comunidad de Santa Catarina Yecahuizotl son 1,764 alumnos. El diagnóstico nutricional se obtuvo en los 18 grupos de la primaria “Rafael Ramírez Castañeda”, con un total de 534 alumnos, los cuales representan 30.2% de la población total de la comunidad. De estos 534, 122 presentaron diagnóstico de obesidad (22.8% de los alumnos).

El universo de trabajo se basó en la priorización de grupos, obteniendo a los grados cuarto, quinto y sexto como los grados de mayor prevalencia de obesidad, con 76 alumnos con dicho diagnóstico, lo cual representa al 14.2% de la población total y 62.2% de la población con diagnóstico de obesidad dentro de esta primaria. De estos 76 alumnos diagnosticados con este problema, 71% fueron hombres y 28.9% mujeres. Debido a estos datos estadísticos, y aunado a los requerimientos básicos para la comprensión del contenido de las sesiones, tales como lectura y

escritura, se consideró más factible y viable dirigir el proyecto a los grados cuarto, quinto y sexto.

El área en la cual se realizaría el proyecto fue otorgada por el Centro de Salud Santa Catarina Yecahuiztol, dentro del salón de usos múltiples, los días jueves de cada semana en un horario de 12:45 a 15:00 horas. De acuerdo al director de la unidad la capacidad de dicha aula (de aproximadamente 5x6m²) era para un máximo de 30 personas, por lo cual, era necesario limitar el número de inscripciones a 30 alumnos. Lo cual representa 39.4% del total de alumnos con diagnóstico de obesidad de los grados cuarto, quinto y sexto.

Los criterios de selección de los pacientes a intervenir fueron aquellos niños y niñas de cuarto, quinto y sexto grado, con diagnóstico de obesidad. Este diagnóstico se obtuvo a partir del cálculo del índice de masa corporal empleando los datos de peso y talla medidos con una báscula con estadímetro manual, y aplicando a ello las curvas percentilares de la Organización Mundial de la Salud "IMC por edad (5-19 años)" para niños y niñas respectivamente, donde los puntos de corte para la interpretación fueron:

Obesidad: >+2DE

Sobrepeso:>+1DE

Normal: <+1DE a >-1DE

Bajo peso: <-2DE>

Bajo peso extremo: >-2DE

Para la recopilación de datos, se creó un formato en el programa informático Microsoft Word, el cual incluía el sexo, la edad, el peso, la talla, el índice de masa corporal y el diagnóstico nutricional correspondiente. (Anexo 1)

Con la implementación de la herramienta de presentaciones Microsoft Power Point versión 2013, se creó una exposición informativa dirigida al personal médico y administrativo del Centro de Salud T-II Santa Catarina Yecahuiztol en la cual se expusieron los resultados obtenidos en el análisis de datos, así como el panorama actual de la obesidad infantil en México y especialmente en la comunidad, para la justificar la realización de dicha intervención.

Del mismo modo, esta información fue presentada al Profesor Miguel Ángel Arellano Santos, Director de Escuela Primaria Rafael Ramírez Castañeda turno matutino, para gestionar los permisos correspondientes a la ejecución del proyecto de intervención en la población estudiantil antes mencionada y asimismo, por medio de un oficio petitorio (Anexo 2), se le solicitó agendar una junta de padres de familia en general. En esta junta se hizo una exposición Power Point acerca de "Obesidad infantil" (Anexo 4, Sesión 1) con la finalidad de informarles y sensibilizarlos sobre la importancia de este padecimiento y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo, y al mismo tiempo, se les extendió una invitación para incluir a los alumnos con diagnóstico de obesidad de los grados cuarto,

quinto y sexto en el programa semanal “Reto 10” conformado por 10 sesiones, las cuales se llevarían a cabo en el centro de salud T-II Santa Catarina Yecahuizotl, los días jueves a partir del 9 noviembre de 2019 en un horario de 12:45 a 15:00h

Como parte de la difusión del proyecto, también se envió a los padres de familia una notificación por escrito con el diagnóstico nutricional obtenido por sus hijos, así como la información antes proporcionada sobre el lugar, horario, duración e inicio del programa “Reto 10” con el fin de reiterar los datos pertinentes para asegurar su asistencia.

Aplicación del programa

Para la aplicación del programa, se elaboró un formato descriptivo semanal de 10 sesiones (Anexo 3) en el cual se redactaron las actividades a realizar durante cada sesión, incluyendo las secciones de: *“Ilumínate”*, *“Mente sana en cuerpo sano”*, *“Actívate”* *“Taller de integración”* y *“Tareas de consolidación”* así como la duración de cada una de ellas, las metas a alcanzar y el material necesario para cada respectiva actividad.

En la sección de “ilumínate” se describió la información previamente seleccionada para cada sesión, cada una de ellas otorgada a los pacientes por medio de presentaciones creadas en Microsoft Power Point (Anexo 4), donde se incluyeron temas tales como: Nutrición, Obesidad, Ejercicio, Actividad física, Creación de un hábito, entre otros.

“Mente sana, cuerpo sano” describe dinámicas psicológicas enfocadas al apego del tratamiento y creación de hábitos en el paciente; así como temas dirigidos al reconocimiento y reforzamiento de la autoestima y los valores, dirigidas a la población infantil.

El apartado de “Actívate” explica las rutinas de ejercicio y/o juego, planeadas para cada sesión con el objetivo de fomentar su aplicación constante y permanente como parte del tratamiento no farmacológico de la obesidad.

Algunas de las sesiones incluyeron talleres de integración, de carácter teórico-prácticos en los cuales se realizaron actividades para evaluar la comprensión de los temas impartidos en “ilumínate” y de este modo, consolidar la información a través de la repetición y aplicación del conocimiento.

Con el apoyo del material didáctico adquirido en el Centro de Salud “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México”, ciertas sesiones incluyeron tareas de consolidación para que los pacientes realizaran en casa y de manera lúdica y gráfica aplicaran los conocimientos adquiridos durante todo el programa.

Con la finalidad de evaluar la adquisición de conocimientos durante el proyecto, en la primera sesión se aplicó un examen diagnóstico de 5 preguntas de conocimientos básicos de nutrición, salud mental y actividad física. (Anexo 5). La intención fue volver a aplicarlo al término de las 10 sesiones como método de evaluación del conocimiento.

Otro rubro a evaluar, que aunque no formaba parte de nuestro objetivo, era importante considerarlo, era la pérdida ponderal de los pacientes, ya que al no otorgar ningún tipo de plan nutricional durante las diez semanas, no se podría establecer un monto científicamente correcto y evaluable de pérdida de peso en un plazo tan reducido como diez semanas. Para éste, se diseñó un formato de manejo interno individualizado (Anexo 1) el cual incluía datos tales como el nombre del paciente, su edad, el peso inicial registrado, así como la talla, IMC y diagnóstico nutricional. Así, al inicio de cada sesión se realizó la toma de somatometría y registro de cada paciente con el fin de mantener los datos actualizados semanalmente.

La promoción de reemplazo de hábitos poco saludables por hábitos saludables, se llevó a cabo mediante la implementación de “Retos semanales” establecidos de forma individual y elegidos de manera independiente por cada paciente, con el fin de reconocer los factores de riesgo específicos para cada uno de ellos de padecer obesidad y brindando una propuesta saludable para disminuirlos o de ser posible erradicarlos. El registro del cumplimiento de estas acciones, se elaboró en el formato “Reto semanal” (Anexo 6) donde los pacientes redactaron una actividad semanal autoimpuesta y la autoevaluación para la realización de la misma marcando los días de la semana que se implementó con éxito, así como los días que no la realizó. Estas actividades eran elegidas de forma voluntaria por el participante, fomentando el reconocimiento de las condiciones influyentes en su estado de salud actual y se realizaban de forma acumulativa, con el objetivo de reforzar y repetir las y así generar nuevos hábitos.

Actividades y metas propuestas

Actividades	Metas
Impartición de pláticas informativas dirigidas a autoridades del centro de salud, así como de la Primaria Rafael Ramírez Castañeda y padres de familia.	3 pláticas
Invitación escrita a alumnos con diagnóstico de obesidad infantil a participar en “Reto 10” de los grados cuarto, quinto y sexto.	76 invitaciones
Exposición de tema “Obesidad Infantil” en Junta de padres de familia.	500- 534 padres de familia

Registro de inscripciones a programa "Reto 10" para alumnos con diagnóstico de obesidad infantil de los grados cuarto, quinto y sexto.	30 inscripciones
Aplicación de 10 sesiones académicas de "Reto 10"	10 sesiones
Aplicación de examen diagnóstico previo al inicio del proyecto.	30 exámenes
Toma y registro de somatometría para llenado y control de formatos individuales semanales	10 registros por alumno
Asignación de "Reto semanal" individual, elegido por cada participante del proyecto de manera semanal.	10 retos semanales
Presentación teórica con apoyo de diapositivas en Power Point "Ilumínate".	10 presentaciones
Implementación de dinámicas psicológicas "Mente sana, cuerpo sano".	10 dinámicas
Ejecución de rutinas y/o actividades aeróbicas/lúdicas "Actívate"	10 rutinas/actividades
Impartición de talleres de integración teórico-prácticos	10 talleres
Asignación de tareas de consolidación a realizar en el hogar.	8 tareas
Aplicación de examen de evaluación al finalizar el proyecto.	30 exámenes

Evaluación del proyecto

Actividades	Metas	Logros
Impartición de pláticas informativas dirigidas a autoridades del centro de salud, así como de la Primaria Rafael Ramírez Castañeda y padres de familia.	3 pláticas	100%
Invitación escrita a alumnos con diagnóstico de obesidad infantil a participar en "Reto 10" de los grados cuarto, quinto y sexto.	76 invitaciones	92%
Exposición de tema "Obesidad Infantil" en Junta de padres de familia.	534 padres de familia	9.3%
Registro de inscripciones a programa "Reto 10" para alumnos con diagnóstico de obesidad infantil de los grados cuarto, quinto y sexto.	30 inscripciones	33.3%

Aplicación de 10 sesiones académicas de “Reto 10”	10 sesiones	90%
Aplicación de examen diagnóstico previo al inicio del proyecto.	30 exámenes	33.3%
Toma y registro de somatometría para llenado y control de formatos individuales semanales	10 registros por alumno	66.2%
Asignación de “Reto semanal” individual, elegido por cada participante del proyecto de manera semanal.	10 retos semanales por alumno	66.2%
Presentación teórica con apoyo de diapositivas en Power Point “Ilumínate”.	10 presentaciones	90%
Implementación de dinámicas psicológicas “Mente sana, cuerpo sano”.	10 dinámicas	70%
Ejecución de rutinas y/o actividades aeróbicas/lúdicas “Actívate”	10 rutinas/actividades	70%
Impartición de talleres de integración teórico-prácticos	10 talleres	70%
Asignación de tareas de consolidación a realizar en el hogar.	8 tareas	62.5%
Aplicación de examen de evaluación al finalizar el proyecto.	30 exámenes	5

La relación entre las metas y los logros presentan una abismal diferencia, dentro de la sección de resultados, se enumeran las diferentes variables modificables y no modificables, así como los alcances y límites que influyeron a obtener dichos logros.

Recursos

- Humanos

Para la realización del proyecto de intervención se contó con el apoyo de diversas autoridades entre las cuales se encuentran:

Doctora Carolina Martínez Salgado y Doctora Gabriela Vázquez Leyva, las cuales fungieron como asesoras del proyecto. Otorgando una revisión y asesoría metodológica, brindando orientación, resolución de dudas, aportaciones y correcciones para la mejoría de la redacción, organización, implementación y adecuado desarrollo del proyecto.

Dr. Xuan Zenteno Cuevas Director del Centro de Salud TII Santa Catarina Yecahuizotl, quien facilitó datos epidemiológicos de la unidad y población en general, permitiendo delimitar con mayor facilidad los principales problemas de salud de la comunidad en los que se podía influir, lo cual tuvo un impacto directo en la selección del tema de proyecto de intervención. Así mismo, facilitó el ingreso a la primaria “Rafael Ramírez Castañeda” para la elaboración del diagnóstico de salud, también proporcionó el espacio físico para la ejecución de las sesiones semanales, así como la asignación de compañeros del programa “Jóvenes construyendo el futuro” como personal de apoyo y autorizó sustituir nuestras actividades diarias del día jueves de cada semana para impartir el proyecto de intervención dentro del centro de Salud. El Dr. Zenteno formó parte primordial de todo el proyecto, realizando sugerencias, recomendaciones y revisiones constantes del progreso.

C. Profesor Miguel Ángel Arellano Santos, Director de Escuela Primaria Rafael Ramírez Castañeda del turno matutino, el cual, además de permitir el ingreso a la unidad, proporcionó un espacio fijo para la toma de somatometría de la población estudiantil. También, posterior a la exposición de resultados obtenidos dentro de la primaria, así como la propuesta de “Reto 10” como proyecto de intervención al problema, convocó una junta de padres de familia para incidir en el reconocimiento de los padres acerca de la obesidad infantil como problema de salud pública. El Profesor Arellano permitió también que efectuáramos la invitación individual a los 76 alumnos con diagnóstico de obesidad infantil de los grados cuarto, quinto y sexto por medio de notificaciones por escrito extendidas a los padres.

C. María Fernanda Cruz Díaz, C. Ángel Uriel García Menes y C. Saira Nashely Camacho Hernández, integrantes del programa “Jóvenes construyendo el futuro” fungiendo como promotores de la salud, apoyando en actividades tales como registro de somatometría inicial en el diagnóstico de salud y de manera semanal en cada sesión, revisión de tareas de consolidación, registro y cotejo de la realización de retos semanales individualizados auto establecidos por los pacientes, apoyo en los talleres de integración verificando y evaluando su adecuada ejecución, así como participación activa en las rutinas de ejercicio y/o juego impartidas en la sección de “Actívate”

Médicos Pasantes del Servicio Social, Alexa Adriana Almanza Muñoz y Joana Tolentino Funamoto autoras del proyecto, diseñando en su totalidad el programa de “Reto 10”, diseñando de manera individual el contenido de cada una de las 10 sesiones. Así como impartiendo las partes teóricas y prácticas de cada una de ellas.

- Materiales

Para llevar a cabo el proyecto de intervención se requirieron los siguientes elementos:

- ✓ Programas del paquete de procesamiento Microsoft Word (Word, Power Point y Excel)
- ✓ Objetos de papelería variados (hojas blancas, cartulinas, portafolios, plumones, lapiceros, colores, carpeta oficina, cubre hojas, tablas, USB)
- ✓ Tablas percentilares de IMC en niños y niñas de 5 a 19 años de edad de la OMS
- ✓ Para trabajar óptimamente, se requirió computadora personal, impresora y acceso a internet.
- ✓ Proyector (extensión, cable HDMI)
- ✓ Impresora (Tinta negra y de color) en Centro de Salud TII Santa Catarina
- ✓ Salón de usos múltiples equipado con 7 bancas para los alumnos
- ✓ Once copias del libro “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México” otorgado por el centro de salud
- ✓ Flyers, trípticos e infografías para padres de familia otorgadas por el Centro de Salud

- Financieros

Recursos económicos: El gasto estimado de los recursos que se pensaba utilizar fue el siguiente:

Transporte: \$4,500.00 M.N.

Internet: \$600.00 M.N.

Electricidad: \$250 M.N.

Cartuchos de impresión: \$400.00 M.N.

Material de papelería: \$1000.00 M.N.

Imprevistos: \$300.00 M.N.

Obsequio Final: \$200

Total: \$7250.00 M.N.

A lo largo de proyecto el total de gastos estimados se vio exponencialmente reducido debido a que los gastos de papelería, así como impresiones fueron en su mayoría solventados por el Centro de Salud TII Santa Catarina Yecahuizotl. No fue necesario solicitar apoyo financiero de ninguna otra institución.

Resultados

A continuación, se exponen los resultados de acuerdo a las metas y logros obtenidos durante el proyecto. Así como el análisis de las modificaciones y limitantes a las que se sometieron.

Invitación por escrito a los alumnos con diagnóstico de obesidad infantil a participar en “Reto 10” de los grados cuarto, quinto y sexto”

Debido a la planeación y logística establecida para completar el proyecto de investigación en los cuatro meses de la rotación dentro del Centro de Salud, se contaron con tan sólo tres días para la entrega individual de las invitaciones. Respecto a los logros alcanzados, el 8% de las invitaciones no entregadas a los alumnos de cuarto, quinto y sexto se debió a la ausencia de dicho porcentaje de alumnos durante el periodo de entrega de las mismas.

Debido a que el tiempo para la implementación del proyecto de intervención fue reducido por la duración de la rotación en la comunidad, así como a la previa realización del diagnóstico de salud, el tiempo destinado a la difusión del programa fue deficiente para comunicarles a todos los padres de familia la aplicación de este proyecto de intervención, así como las fechas en las que se llevaría a cabo, en primera instancia debido a que la junta de padres de familia se programó con premura, así como también por que la duración de las inscripciones no fue la adecuada para lograr captar a más pacientes.

Exposición de tema “Obesidad Infantil” en Junta de padres de familia

La convocatoria de Junta de Padres de Familia para la exposición del tema “Obesidad Infantil” realizada por el Director de la primaria, se difundió mediante una cartulina con la información (Horario y Locación) de la misma, un día antes de la junta. La asistencia total lograda fue de únicamente 9.3% aproximadamente del total de padres de familia de la primaria, el número exacto de padres a los que estaba destinada la junta era incierto debido a que algunos de los padres de familia tenían más de un hijo dentro de la primaria. Posteriormente, acudiendo a la primaria se preguntó a ciertos padres de familia la razón por la cual no habían acudido a la junta a lo cual la mayoría respondía que en ningún momento se había percatado de la cartulina destinada a su difusión.

Registro de inscripciones a programa “Reto 10” para alumnos con diagnóstico de obesidad infantil de los grados cuarto, quinto y sexto.

Como ya se mencionó antes, el programa por cuestiones de espacio estaba destinado a únicamente 30 alumnos. El periodo durante el cual se realizaron las inscripciones fue de una semana, posterior a la difusión proporcionada se realizaron 19 registros en total, 15 de ellos (78%) en la junta de padres de familia,

al término de la exposición de "Obesidad Infantil" y los cuatro restantes (22%), en el Centro de Salud de la comunidad.

De los 19 pacientes esperados, se presentaron únicamente 10 de ellos a la primera sesión, por lo que, de las 30 plazas disponibles para la asistencia al taller, sólo se contó con un tercio de la población considerada.

Como se muestra en la Gráfica 3, la invitación fue realizada a un grupo de 76 alumnos, de los cuales 54 eran hombres y 22 mujeres, la asistencia final al proyecto fue de 7 hombres y 3 mujeres. Lo cual, claramente corresponde a un promedio similar de asistencia por sexo. Con un total de 7 de hombres y 3 mujeres asistentes al proyecto con respecto al total de alumnos convocados. Sin embargo, también es evidente que no se lograron las metas esperadas, ya que acudió menos del 15% de la población objetivo.



Existieron diversas variables y motivos por los que algunos de los padres no pudieron inscribir a sus hijos al proyecto. Entre las principales causas se encontraba la falta de disponibilidad de tiempo para acudir con ellos o en su defecto trasladarlos al centro de salud, ya sea por cuestiones laborales o personales. Lo que condicionaba que aún con la disposición y el interés, les fuera imposible acudir.

Un aproximado de 6 padres de los alumnos invitados al proyecto, se encontraron en negación, afirmando que su hijo/a había sido erróneamente diagnosticado con obesidad infantil y que la razón de su morfología estaba relacionada exclusivamente a factores genéticos, así como testimonios de padres que aseguraban que la obesidad no ponía en peligro la salud física y mental de sus

hijos. Inclusive una de las madres solicitó que no se le hiciera saber a su hijo que padecía obesidad ya que podría tener repercusiones negativas para él.

Como retroalimentación, se puede considerar que dicho número se habría podido incrementar e inclusive alcanzar las metas si, se hubiera tenido una mayor disponibilidad de tiempo para la difusión del proyecto, así como de intervalo disponible para la inscripción y se hubiera ampliado el grupo poblacional a por lo menos cuatro grados escolares y no sólo los últimos tres. También, es de vital importancia considerar la cooperación y participación activa de los padres de familia, quienes son los responsables de coordinar la asistencia de sus hijos a dichas sesiones.

Asistencia y aplicación de las 10 sesiones de “Reto 10”

Asistencia por grupo: Referente a la priorización de grupos, por la incidencia de obesidad obtenida en el diagnóstico nutricional, se observó que, de los 10 asistentes a la sesión inicial, 5 pertenecía al cuarto grado, 1 a quinto grado y 4 a sexto grado, lo cual coincide con los porcentajes obtenidos en el diagnóstico de salud

Asistencia a sesiones: De los 10 asistentes iniciales, sólo 5 de estos, asistieron a la última sesión. De este total, sólo una participante asistió en su totalidad a las sesiones programadas, los otros integrantes cuentan con una asistencia aproximada de 8 sesiones por alumno. Considerando a los 10 participantes iniciales, el promedio total obtenido de la asistencia de los participantes iniciales fue de 6 asistencias. (Tabla 1.)

Tabla 1. Reporte de asistencia a proyecto “Reto 10” impartido dentro del CS TII Santa Catarina en el periodo de noviembre 2019 a enero 2020.

Asistencia “Reto 10”										
	SEXO	NOVIEMBRE				DICIEMBRE		ENERO		
		7	14	21	28	5	12	3	9	16
1	FEMENINO	X	X							
2	MASCULINO	X		X	X					
3	MASCULINO	X	X		X	X	X			
4	MASCULINO	X	X	X	X	X	X		X	X
5	FEMENINO	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	FEMENINO	X	X	X		X	X		X	X

7	MASCULINO	X	X		X	X	X			
8	MASCULINO	X	X	X		X	X			
9	MASCULINO	X	X	X	X					
10	MASCULINO	X	X	X	X					

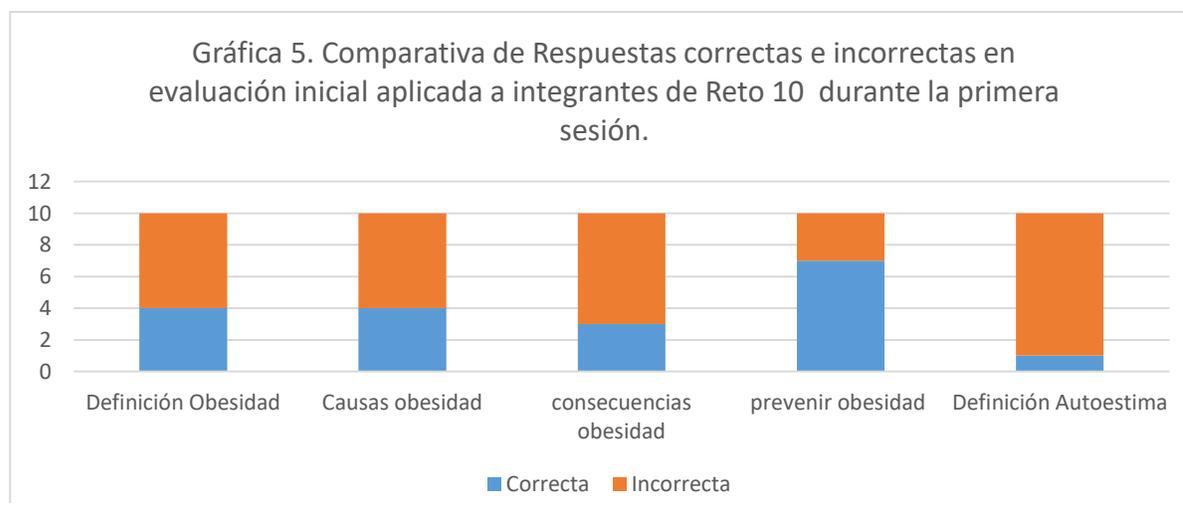
Fuente: Reporte de asistencia elaborado a partir de los datos recabados por las autoras

Número de sesiones impartidas: El proyecto consistía en diez sesiones semanales, sin embargo, por errores de logística relacionados con la planeación y organización del cronograma, se impartieron únicamente nueve de éstas. Ya que no se tomó en consideración el periodo vacacional de diciembre.

Duración de las sesiones: Para cada sesión se diseñó una hoja descriptiva que además de contener a detalle las actividades a realizar y su respectiva metodología, contenía el tiempo de duración estimado de cada una. Sin embargo, al llevarse a cabo, el tiempo de duración presentó variables usualmente en aumento, de aproximadamente 20-30 minutos dependiendo de las dudas expuestas, la comprensión de las indicaciones y la adecuada ejecución de las mismas. A excepción de una sesión, en la que se priorizó una actividad de taller de integración debido a que los alumnos presentaron una participación muy activa, se omitió la realización de la sección “Mente sana, cuerpo sano”, sustituyendo el tiempo de esta actividad por el del taller en cuestión; en todas las demás sesiones se lograron cumplir las actividades previamente establecidas.

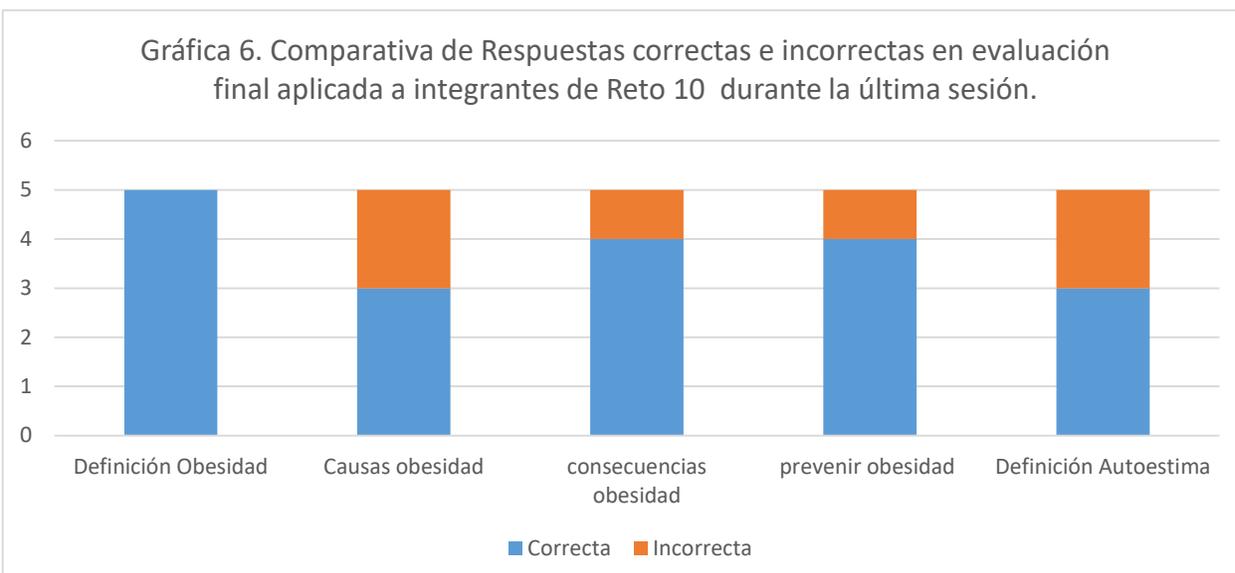
Aplicación de examen diagnóstico final e inicial del proyecto

La calificación de la evaluación inicial promedio fue de 4.2 sobre un 10 como base. Como se observa en la Gráfica 5, con respecto al porcentaje de aciertos por pregunta, la pregunta más acertada en la evaluación inicial fue ¿Cómo se previene la obesidad? Mientras que la pregunta más errada fue ¿Qué es autoestima? Con sólo uno de los alumnos respondiéndola correctamente.



Fuente: Evaluaciones de exámenes aplicados por las autoras

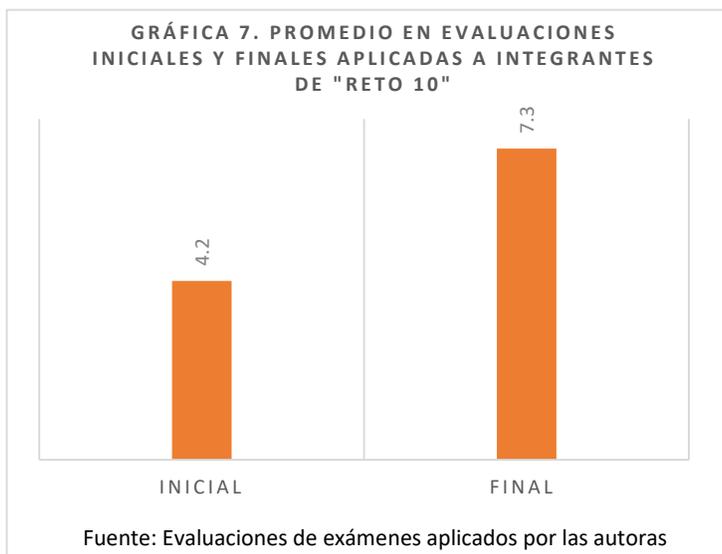
Como se observa en la Gráfica 6. Con respecto al porcentaje de aciertos por pregunta en la evaluación final, la pregunta más acertada fue ¿Qué es la obesidad? Logrando la totalidad de las respuestas correctas. Mientras que la pregunta más errada persistió; ¿Qué es autoestima? Sin embargo, también presentó mejoría, con un incremento de 1 a 3 alumnos en las respuestas correctas.



Fuente: Evaluaciones de exámenes aplicados por las autoras

Como se muestra en la gráfica 7, el promedio de calificación comparativo entre las evaluaciones iniciales y finales, presenta un marcado incremento del promedio posterior a la implementación del proyecto, lo cual indicaría un resultado favorable en cuestión de procesos educativos. Sin embargo, resulta un tanto inverosímil considerar dichos resultados como un triunfo, ya que el examen de evaluación final fue aplicado únicamente a la mitad de los alumnos que se aplicó al inicio del programa.

Lo cual indica que, si bien es cierto, es posible incidir con dicho programa en los conocimientos de los alumnos, es necesario implementar algún método que logre un mayor compromiso con el programa, lo cual condicionaría una mayor asistencia y por consiguientes mejores y más acertados resultados.



Toma y registro de somatometría y asignación de reto semanal

La toma de somatometría y asignación de “Reto semanal” estuvo relacionada directamente a la asistencia semanal de los alumnos.

Referente a los “retos semanales” auto impuestos por los pacientes, se encontró que el hábito a modificar que se establecieron con más frecuencia fue “Dejar de tomar refresco”, seguido de “Disminuir el consumo de pan de dulce”, “Disminuir el consumo de tortillas”, “Ahorrar el dinero que usualmente gasto en caramelos” y “Aumentar la realización de ejercicio”. Sin embargo, en la autoevaluación reportada por los mismos alumnos, el orden de cumplimiento y apego a los mismos, se modificó. Se observa que el hábito que más se logró modificar, acorde a lo reportado por los pacientes, fue precisamente el de “dejar de tomar refresco”, en segundo lugar “disminuir el consumo de tortillas”, seguido de “aumentar la realización de ejercicio”. Los dos hábitos que se lograron cumplir en menor cantidad fueron los asociados a disminuir el consumo de pan dulce, así como el hábito de ahorrar.

Asignación de tareas de consolidación a realizar en el hogar

Aun cuando no se asignaron el número total de tareas de consolidación previstas, las asignadas fueron entregadas por los alumnos en tiempo y forma en su totalidad.

Pérdida ponderal durante proyecto

Se realizó el registro del peso y la talla individual en cada sesión y tomando en cuenta el índice de masa corporal inicial y final de cada paciente, se encontró que, del total, 4 niños presentaron un aumento ponderal, 4 reportaron pérdidas y 2 se mantuvieron sin modificaciones. Aunque dentro de las metas del proyecto no se encontraba la pérdida ponderal como tal, debido a que no se cuenta con una herramienta científica que establezca el monto de pérdida de peso científicamente correcto esperado (y mucho menos en un plazo tan reducido de tiempo), se realizó un registro de los mismo para valorar indirectamente la aplicación de modificaciones en el estilo de vida.

Modificaciones

Dentro de la implementación del proyecto, se suscitaron ciertas condiciones que requirieron modificaciones al programa, a continuación, se enuncian las mismas:

- Incentivo por medio de recompensas

Al final del proyecto se otorgó un presente (muñeco de felpa) como recompensa al esfuerzo, perseverancia y resultados obtenidos a lo largo de las sesiones. Para delimitar al integrante ganador se tomaron en cuenta las siguientes variables: Puntualidad, asistencia, participación, tareas de consolidación entregadas, promedio de retos semanales cumplidos, calificación de examen diagnóstico final, calificación de evaluación de conocimientos adquiridos y finalmente, con mayor porcentaje de evaluación la pérdida de peso ponderal.

- Clases de recuperación

Debido a que, inicialmente contamos con la asistencia de 7 pacientes a la primera sesión, se extendió una invitación vía telefónica a los padres de familia que habían proporcionado sus datos para la inscripción al programa, tanto en la junta de padres de familia como en el centro de salud de la comunidad, para reintegrarse al programa en la segunda sesión. Aquellos padres que se lograron localizar, fueron invitados a una sesión de recuperación en la cual se expuso el contenido de la primera sesión, un día previo a la realización de la segunda; A esta “sesión de recuperación” asistieron tres alumnos más, a los cuales se les consideró como asistencia para la primera sesión ya que se les replicó la información, únicamente en una fecha distinta y de este modo se conformó el grupo de los diez asistentes iniciales.

Conclusiones

Aun con los resultados favorables obtenidos al comparar el promedio de las evaluaciones diagnósticas iniciales con las finales, se puede concluir que el proyecto permitió la adquisición de los conocimientos necesarios para la modificación del estilo de vida, por medio de la propuesta metodológica basada en procesos educativos. Sin embargo, resulta inverosímil presentar dichos resultados como un éxito, debido a que la evaluación fue aplicada al final, únicamente corresponde a la mitad de los alumnos iniciales. Lo cual señala que, si bien es factible incidir con dicho programa en los conocimientos de los alumnos, resulta necesario implementar tácticas que permitan un mayor apego al programa.

Así mismo, el bajo porcentaje de pérdida de peso ponderal evidencia que el tiempo destinado para el proyecto (10 semanas) no es suficiente para incidir en la modificación del estilo de vida a corto plazo. Debido a que éste es un proceso que requiere mayor reforzamiento positivo personal, así como por parte de la red de apoyo familiar y social (escuela).

Al incluir la higiene mental como parte del tratamiento integral del paciente considerándolo un ser biopsicosocial, se hace evidente el desconocimiento total del concepto de autoestima lo cual puede sugerir una deficiencia en la cultura del auto-cuidado, así como su fomento por parte de la esfera social.

Enseñanzas de este estudio

Durante las semanas en que se registraron las somatometrías de la primaria, se pudo observar durante los recesos que no existe una cooperativa como tal, la venta, producción y distribución de alimentos dentro de la misma está a cargo de personal externo de la primaria. Entre los productos disponibles se encuentran; helados, tacos de guisado, dulces a granel, nachos, papas fritas, palitos de verdura a los cuales se les agrega algún tipo de salsa y azúcar en polvo, por lo cual una de las recomendaciones es solicitar una junta con el personal encargado de la venta de alimentos y proponer opciones saludables y accesibles para el cuerpo estudiantil.

Una de las limitantes para completar con éxito las diez sesiones de “Reto 10” así como alcanzar la meta de inscripciones, fue la premura y poco intervalo entre los pasos a seguir para la integración del grupo final, por lo cual, al incrementar la duración del proyecto se podría asignar más tiempo a la promoción y divulgación del proyecto y como consecuencia aumentar el número de participantes en el mismo. De la misma manera, al finalizar del proyecto sólo tres de los diez participantes concluyeron y completaron las diez sesiones, por lo cual otra recomendación sería aumentar el número de sesiones y tratar de reducir al máximo las semanas sin sesiones durante las vacaciones con la finalidad de mejorar el apego al proyecto.

Una situación inesperada que se presentó durante el desarrollo del proyecto, fue la solicitud de ingresar a las sesiones por parte de tres alumnos, los cuales, aunque no formaron parte oficial de proyecto, acudieron a todas las sesiones. Dos de los alumnos eran adolescentes procedentes de la secundaria cercana al centro de salud y el último pertenecía a otra de las primarias públicas de la comunidad de santa Catarina, sin embargo, la secundaria tiene un horario diferente, con hora de salida de 13:30, por lo cual se hace necesaria la recomendación de ser posible, agregar un horario vespertino adecuado para los alumnos de la secundaria. Así como expandir la difusión de proyecto a otras escuelas primarias de la comunidad, para reforzar esta recomendación es importante mencionar que un aproximado de cuatro madres acudió en diferentes momentos del proyecto a preguntar por “Reto 10” con el interés de inscribir a sus hijos.

Una de las principales limitantes para el cumplimiento de objetivos durante la aplicación del programa, definitivamente fue el tiempo. Aunque las madres de familia se comprometieron con la asistencia de sus hijos, siempre existieron

contratiempos que impidieron el 100% de asistencia individual de los pacientes. Asimismo, mucha de la bibliografía consultada, sugería la realización de modificaciones en el estilo de vida por al menos tres meses, que es el tiempo de ventana de tratamiento no farmacológico de la obesidad. De igual forma, muchos de los niños con diagnóstico de obesidad diagnosticados en la escuela primaria, asistieron al programa mucho tiempo después de la fecha de inicio sin posibilidad de integrarse por las sesiones perdidas; de igual forma, niños de la comunidad con el mismo diagnóstico pertenecientes a otras escuelas asistieron por recomendación de madres de familia a pedir informes para formar parte del proyecto. Esto, muestra el interés de la población en realizar un cambio importante en la salud de sus hijos, sin embargo, por cuestiones de logística y para fines de reporte de resultados del estudio no pudimos incluirlos. Por lo cual, sugerimos a los próximos pasantes rotantes de esta unidad, que retomen el estudio para que se siga replicando y tenga un mejor resultado en los pacientes que ya iniciaron y puedan al mismo tiempo integrar a nuevos pacientes, para que el proyecto tenga un mayor impacto en la comunidad.

La importancia de realizar esta intervención en la población infantil, radica en que México ocupa el primer lugar en Obesidad infantil, así como Diabetes Infantil y juvenil. Sin embargo, el principal obstáculo para la aplicación de las sugerencias y medidas proporcionadas en el programa, es que los niños no son quienes eligen, compran y preparan sus alimentos, además de que su cronograma de actividades usualmente está regido por sus padres o sus cuidadores primarios y el resto de los integrantes de su familia, así como sus profesores de la escuela que es con quienes además pasan más tiempo. Por lo cual, es primordial que la red de apoyo se extienda, se informe sobre la importancia de las modificaciones y el impacto que puede tener en los pacientes no realizarlos, del mismo modo, que los cambios sean adoptados por todos los miembros de la familia, ya que de esta forma será más fácil para el niño no tener tentaciones ni acceso a alimentos y/o acciones que perjudiquen su salud. Dicho esto, se recomienda incluir a más miembros de la familia en las sesiones y darles tareas específicas que refuercen el aprendizaje nuevo y de esta forma, agilizar el proceso.

Según el "*modelo ecosocial*" propuesto por Urie Bronfenbrenner, la obesidad es un padecimiento multifactorial, por lo que para su manejo debe llevarse la implementación de propuestas para el tratamiento en cada uno de los niveles sociales con los que se relaciona el niño. Con ello, el tiempo de estancia en la escuela es fundamental para incidir en el estilo de vida de los pacientes, por ello otra de las recomendaciones, es que se logre integrar a los maestros en este programa, ya sea brindándoles capacitación para que ellos repliquen los conocimientos en las aulas, promoviendo actividades asociadas a la nutrición y la actividad física o verificando que la calidad de las colaciones que sus alumnos realicen en la escuela, sean los adecuados, formando así un canal de comunicación directa entre padres y maestros que permita evidenciar las áreas de

oportunidad en las que se pueda influir, para mejorar el estado de salud de los niños.

Se sugiere también una toma central de laboratorios de control y una al finalizar las sesiones con la finalidad de compararlos y así valorar la mejoría o en su defecto, mantenimiento de los niveles séricos de elementos de química sanguínea y/o biometría hemática. Los cuales, en caso de presentar una mejoría podrían enfocarse a la prevención de complicaciones de la obesidad infantil en la vida adulta.

EXPERIENCIAS PERSONALES

AGRIDULCE, Crónicas del servicio social

Alexa Adriana Almanza Muñoz

Limbo MIP-MPSS

Urgencias, era mi última rotación de internado, me encontraba nostálgica al pensar que una etapa tan agri dulce de mi carrera había terminado. Durante ese año no sólo aprendí medicina, aprendí a aprender mejor, aprendí acerca de mí, entendí que trabajar en equipo era la cosa más fácil cuando tu equipo estaba lleno de entusiasmo y ganas de ayudar a los pacientes. Aprendí a ambicionar por más conocimiento, más práctica, más humanidad. Conocí a los que yo creía hasta ese momento mi mayor ejemplo a seguir. Y no sabía lo que me depararía el futuro una vez entrando al servicio.

En realidad, no tenía mucha información de lo que haría, todos sabíamos que, al igual que el internado, dependía de tu jefe de enseñanza, sede, y sobre todo la actitud con la que llegaras. Si alguien me preguntara el momento de más ansiedad en mi carrera, la respuesta más probable serían las elecciones de plaza. Durante el internado un aproximado de 80% de las sedes eran dentro del área metropolitana y aun así todos nos encontrábamos inconformes con algunas plazas. Sin embargo, al llegar a la selección de plaza para servicio social, las cifras se intercambiaron y ahora más del 50% de todos estaríamos en alguna comunidad fuera de la ciudad.

En realidad, el intervalo de tiempo entre que conoces tus opciones de plaza de servicio social y tu momento de elegirlo es muy corto, lo cual no te permite ir a visitar o conocer las opciones. Sin embargo, recibimos una junta de orientación acerca de algunas de las plazas que existían. Por supuesto, siempre hay que entender que estas juntas son para promoción de cada una de las plazas como si fuesen la perfecta opción.

Lo principal para mí, era que la plaza fuera dentro de la ciudad, mis razones eran muy simples, durante los 4 años de la carrera mis padres solventaron un departamento, los servicios del mismo y los gastos personales necesarios para que mi única preocupación fuera el estudio. Durante el internado viví con ellos y fue más fácil para todos, económica y personalmente hablando. Para ser sincera, no estaba lista para separarme de mi familia de nuevo, debido a que mi meta final era mudarme de país al finalizar el servicio y no podía pasar ese último año de carrera alejada de ellos y tampoco es placentero tener 25 años y no poder apoyar económicamente a mis padres como para además exigir de nuevo un departamento y gastos en otra ciudad. Por lo cual mi decisión estaba tomada, tenía que conseguir y quería una plaza en la ciudad.

Entiendo que existen tantos lugares en el país que necesitan de médicos y no cualquier médico, necesitan médicos con la calidad humana que con certeza sé que los médicos egresados de la Universidad Autónoma Metropolitana poseen. Mi generación que es de la que puedo hablar, estaba llena de personas tan admirables, capaces, humanas, con calidad, inteligentes, que esa certeza fue lo

único que pudo formar un consuelo en mi interior por anteponer mis intereses por los del país. A veces dudo de la fuerza del universo o alguna deidad que permita que todo salga de acuerdo a su plan, pero pocas veces de acuerdo al mío, pero la carrera de medicina me ha comprobado año con año que es cierto lo que los ancestros de mis ancestros han dicho; “Todo sucede por algo”

Para entender esto, habría que hablar un poco de mí y poner en contexto la situación. Para ese entonces y hasta ahora, me encontraba desde hace ya más de un año en una relación a distancia, lo cual sólo era la cereza del pastel de una vida llena de incertidumbre hasta ese momento, entonces hacíamos lo que podíamos con lo que teníamos, intentando hacer coincidir nuestras fechas de vacaciones y en busca de vuelos accesibles que nos permitieran compartir el menos tiempo posible separados. Por lo cual tenía un boleto para verlo durante una fecha en la cual se nos aseguró que no sería la selección de plazas y que no seríamos requeridos para ningún tipo de trámite. Con esa seguridad, decidí que podía viajar en esas semanas. Unas semanas antes de irme, ocurrió dicha junta de exposición de plazas, entre ellas se encontraban plazas en Chiapas, Hidalgo, pequeñas comunidades en el área metropolitana y plazas dentro de la universidad.

Las plazas de servicio social en la universidad implican, facilidad de tiempo, currículum de investigación, vacaciones de acuerdo al calendario de la UAM, dentro de la ciudad. Parecía ser la mejor y más perfecta opción. Pero como esta vida está llena de emociones y montañas rusas, no me sorprendió cuando decidieron avisarnos que harían entrevista para los candidatos a proyectos en la UAM. Y me sorprendió aún mucho menos saber que serían, efectivamente, durante 2 días que yo, no estaría en el país, que no podía cambiar ya mi boleto o por lo menos no contaba con los millones necesarios para hacerlo. Y que la oportunidad de realizar mi servicio en mí adorada universidad se había ido más rápido de lo que se duerme un interno en la postguardia.

Durante ese día me puse a reflexionar un poco acerca de la situación parecida que viví durante la selección de plaza de internado. Un hospital privado durante una junta similar había ofrecido un internado que parecía sacado de series médicas norteamericanas, llenas de enseñanza práctica y teórica, pero para ocuparla, por supuesto, igualmente había que presentar entrevista. A dicha entrevista claro que acudí, sin embargo, no fui seleccionada y tuve que elegir la segunda opción; Hospital General de zona 27 IMSS y, amigos, esa segunda opción, fue la más grande de mis bendiciones profesionales. Al hablar con mis amigas y colegas acerca de las experiencias que cada una vivía en su internado, yo no tenía quejas, no tenía dudas de que esa había sido la mejor plaza que existía. No conocí persona que se no se arrepintiera de haber estado en ese hospital privado. Entonces decidí que, para el servicio social, no había nada que pudiera hacer y que aún se encontraban las plazas cuyos nombres eran desconocidos para mí, al igual que sus direcciones y códigos postales.

Tome su turno y espere en la fila

Sabía que plaza quería, UNEME EC MIXQUIC o XOCHIMILCO, las dos se encontraban dentro de la ciudad, a una distancia prudente al volante y eran territorios desconocidos para mí ya que jamás había estado en alguna sede de la Secretaría de Salud.

La sensación de ver cómo van pasando compañeros antes que tú por una plaza es indescriptible, justo como un infarto al miocardio, palpitaciones, diaforesis, sensación de muerte inminente y en algunos casos, pérdida de control de esfínteres.

Nos encontrábamos en un auditorio y al igual que en el internado, de una pared colgaba el destino de cada uno de nosotros, en forma de un trozo de papel con la inscripción a cada una de las plazas.

No me encontraba en los primeros lugares, pero tampoco en los últimos, estaba al principio de la mitad de la lista de promedios, lo cual era bueno, pero no era excelente.

Poco a poco fuimos pasando, y desde las primeras plazas ya había compañeros cuya primera opción se esfumó en los 5 primeros lugares. Ver a toda esa gente con la que compartiste tantos años de carrera, de estudio, de noches de café y libros y noches de música y baile. Ver cómo triunfantes tomaban su primera opción o cómo decepcionados se conformaban con la tercera o cuarta opción. Sorprenderte cuando alguien de los primeros lugares toma una plaza que nadie parecía querer, presenciar la elección del siguiente año de cada uno de nosotros era, agridulce.

Afortunadamente tomé la primera de las 4 plazas de la sede UNEME EC MIXQUIC, pero prácticamente de inmediato se presentó la siguiente preocupación; ¿Quiénes serían mis compañeros de rotación? ¿Con que otras 3 personas tendría que compartir el siguiente año de mi vida? ¿Podríamos congeniar? ¿Eran de mi agrado?

“Pueblo chico, infierno grande” en nuestra generación, de aproximadamente 70 personas. Nadie era desconocido, todos teníamos un criterio de cada uno de los colegas y todos sabíamos con quien sí y con quien no nos gustaría trabajar.

Mis tres compañeros de rotación fueron, en orden de elección: Un compañero con quien tuve la mayor hostilidad durante la carrera y hasta en la organización de la graduación, una de mis mejores amigas de la carrera y una compañera bien conocida por ser un ser lleno de paz, bondad y amor (tal vez también un poco de alcoholismo social), lo cual parecía ser una bendición y un desastre, como todo en

mi vida hasta el momento. Pero la vida da muchas vueltas, muchas lecciones y muchas moralejas.

Ahora comenzaba lo que personalmente es una de las partes que más detesto de la vida, el papeleo. No sólo por la cantidad de documentos a entregar y la cantidad de fotos a tomar, si no el poco tiempo que hay para entregar los mismos. Todos parecíamos formar parte de un rally en el que corríamos de un lado a otro entregando la documentación pertinente.

Y como las sorpresas jamás terminan, un día de entre tantos de entrega y llenado de documentación, debíamos elegir otra sede más. Pues resulta que las UNEME EC MIXQUIC formaban parte de un sistema rotatorio que más adelante explicaré. Sin embargo, la última rotación no sería con los cuatro elementos de esta sede, sino que se dividirían y dos irían a la sede Tlaltenco y otros dos a la sede Santa Catarina.

No estaba en duda ni discusión que mi amiga y yo estaríamos juntas en esa última rotación, completando así el año de servicio juntas. Así que llegamos a un acuerdo y elegimos la plaza Tlaltenco. ¿Cuál fue la motivación? La cercanía a la ciudad, tuvimos que elegir en diez minutos una de las dos plazas y no teníamos ninguna otra referencia, así que esa sede fue la ganadora.

Las siguientes semanas transcurrieron con rapidez entre tanto proceso administrativo y entonces comenzaba a pensar y analizar lo que significaba “modalidad rotatoria”.

Siguiente parada... Tláhuac

Era momento de acudir a la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, la alcaldía donde llevaría a cabo las tres rotaciones de mi servicio.

Aún no podía utilizar el auto que mis padres con todo el amor me prestarían para viajar un aproximado de una hora y media diario de ida y dos horas de regreso diariamente. Así que llegué a la última estación de la Línea 12 del metro de la ciudad de México, estación Tláhuac. Jamás había llegado hasta esa estación, Lomas Estrella era la última que conocía y fue una sorpresa para mi ver cómo poco a poco la jungla de concreto iba siendo reemplazada por sembradíos y vacas pastando libremente.



Estación de Metro Tláhuac

Una vez llegando a la periferia de la ciudad, aún restaban quince minutos más de camino los cuales recorrimos en moto taxi.

Para hablar del servicio social es necesario conocer tu comunidad, porque

por ese año eres parte de la misma, creas un impacto social, epidemiológico e inclusive personal.

Por lo cual es de suma relevancia conocer el estado actual y las necesidades de tu población, considerar las condiciones en las que vive la mayoría de sus integrantes, el nivel educacional promedio de los habitantes, el acceso a servicios básicos y de salud.

Tláhuac se ubica en la zona suroriente de la Ciudad de México, ocupa una superficie de 5.75% de la misma, colinda al norte y noreste con la alcaldía de Iztapalapa, al oriente con el Municipio Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México; al sur con la alcaldía de Milpa Alta y posteriormente al suroeste y oeste con la alcaldía de Xochimilco.

De acuerdo al INEGI, tiene una población aproximada de 361,593 habitantes. Con un promedio de 4 habitantes por hogar y 23 unidades médicas, a razón de 8.7 médicos por unidad médica. Así como un 38.5% de población en situación de pobreza de los cuales 3.4% están en pobreza extrema (13,547 habitantes).²

Según esa misma fuente, el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud es de 45.7%, mientras que un 2.8% de su población no cuenta con acceso a servicios básicos y un 18.4% una incidencia de carencia por acceso a la alimentación y un 2.4% de población analfabeta.

De todos estos datos otorgados por el INEGI, lamentablemente puedo asegurar que el promedio de médicos por unidad es totalmente erróneo, por lo menos en las tres de mis unidades, ya que el personal de base médico jamás superó los 5 médicos.

Igualmente, la población analfabeta es bastante alta, aun cuando el porcentaje no sea alto, representa a 6,354 habitantes. Durante las consultas es muy común que los pacientes soliciten ayuda para escribir las leyendas de consentimiento informado en las notas o asistencia para entender las recetas médicas.

En Tláhuac el sistema rotatorio nos haría cambiar de sede dentro de la alcaldía cada cuatro meses. Iniciando con Mixquic en UNEME EC Mixquic (Unidad de Especialidades Médicas) con énfasis en el manejo de pacientes con enfermedades crónico generativas, para pasar posteriormente al Hospital Materno Infantil de Tláhuac y finalmente al Centro de Salud TII Tlaltenco.

Como mencionaba antes, la vida llena de sorpresas, decidió darme la noticia de que hubo una confusión con las plazas CS TII Tlaltenco que habíamos elegido y el CS TII Santa Catarina, el cual se nos había asignado erróneamente.

Actuando de la manera civilizada que creíamos prudente, lo comentamos entre los cuatro integrantes de la rotación y concluimos que no teníamos inconveniente en intercambiar las plazas ya asignadas con la finalidad de no generar problemas o inconvenientes con las autoridades. Y sin saberlo, esta decisión tuvo consecuencias cruciales en mi desarrollo y formación como médico pasante del servicio social.



Mapa de la Ciudad de México por alcaldías

UNEME EC Mixquic

Entré al servicio social con la misma incertidumbre y curiosidad por saber qué me esperaba, esperanzada por ser útil de alguna manera en la unidad y no tener que, como muchos de mis compañeros de grados más adelante habían relatado, pasar los días haciendo papelería.

Así mismo estaba consciente de que uno de mis compañeros era alguien con quien mantuve una relación bastante hostil durante la carrera. Aún así, sabía que éramos tres contra uno, pues mis otras dos compañeras y yo manteníamos una amistad.

En mi primer día de servicio social me presenté preparada con todo lo necesario para cubrir las necesidades de un médico en el consultorio. Pero la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónico-degenerativas Mixquic, tenía otros planes para mí.

Empecemos por entender cómo funciona una UNEME. Estas unidades son instalaciones ligadas a centros de salud, las cuales fueron creadas exclusivamente para la atención del paciente de difícil control con diagnóstico de síndrome metabólico y/o diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, obesidad o resistencia a la insulina. El plan inicial era que los médicos de base del centro de salud Mixquic enviaran con una referencia a la UNEME a los pacientes que después de 6 meses en tratamiento en el mismo, no pudieran llegar a metas o mostrar una mejoría significativa en su respectivo diagnóstico.

El diseño de las UNEMEs EC pretende dar respuesta, bajo un “programa médico-arquitectónico modular” y múltiples “servicios ambulatorios” de salud “adecuadamente organizados y programados” para incrementar el nivel de atención, a las demandas regionales de servicios, con particular énfasis en los “padecimientos denominados de gasto catastrófico”. El objetivo inicial de las UNEMEs EC es “coadyuvar a disminuir los actuales índices de saturación y costos de operación en los hospitales”, en su funcionamiento como receptor de servicios de demanda crítica.

De manera simplificada, la UNEME a través de un modelo multidisciplinario, integrando los servicios de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y personal de Enfermería, cada uno de los cuales está asignado a un sola persona, pretende crear un plan integral e individualizado el cual, por medio de consultas mensuales en cada uno de los servicios y talleres, permitiera eventualmente mejorar el apego al tratamiento, hacer conciencia acerca de las consecuencias y complicaciones físicas, emocionales y sociales que las enfermedades crónico degenerativas implican.

“El peor enemigo de un médico, es otro médico”

Este era un plan y programa maravilloso, sin embargo, las mayores limitantes eran, tristemente, los médicos de base del centro de salud. Ellos, al ser el primer contacto con el paciente, tenían la fortuna, derecho y, sobre todo, obligación de realizar la referencia al paciente hacia la UNEME la cual estaba a pasos del Centro de salud y se podía ingresar al paciente en ese mismo día.

La justificación de los médicos era que “no hay tiempo para hacer también la referencia a la UNEME” por lo cual nos ofrecimos a que simplemente enviaran de manera verbal al paciente y nosotros nos encargaríamos de realizar la referencia, como si hubiera sido enviada del Centro de salud (cuida el uso de mayúsculas y minúsculas. ¿Cómo va a escribir centro de salud?), pero esto no fue suficiente pues la cantidad de ingresos al día seguía siendo de máximo 2 pacientes al día.

La siguiente excusa fue que, si enviaban a sus pacientes a la UNEME, éstos dejarían de ir con ellos y esto generaría un impacto negativo en su productividad. Lo cual, tal vez era cierto, aún no tengo el conocimiento administrativo suficiente para ejercer una opinión al respecto, sin embargo, hay algo que sí puedo opinar y es el principio básico de medicina (¿con mayúsculas o minúscula? Uniformar). Primero, no dañar. Lo cual me hizo recapacitar, si llevo varios meses intentando controlar a mi paciente y no lo he logrado, ¿por qué no referirlo al especialista de medicina integrada?, ¿por qué no brindarle la mejor atención al paciente, la atención que merece? No se compara una atención de 15 minutos en la consulta externa del Centro de salud que la consulta de 30 minutos de la UNEME, la cual debido justamente a la poca demanda podía incrementarse hasta 60 minutos sin problema.

Entiendo que poner los intereses propios por arriba de los demás es algo innato en los humanos, pero, aquí hablamos de vida, no sólo de una línea entre vida y muerte, sino de una calidad de vida, no es lo mismo vivir con diabetes que vivir con una enfermedad renal crónica y una extremidad amputada como complicación de diabetes.

Esa fue mi primera lección del servicio y espero poder llevarla conmigo toda mi vida profesional, los pacientes son seres humanos que merecen la mejor atención y mi obligación como personal de salud, es brindársela sin pero que valga.

Nuestra jefa de enseñanza, Dra. Catalina Ortigoza González, médico especialista en medicina integrada (Por cierto, esta es la primera vez que escuché de la existencia de ésta especialidad) es, fue y será el médico con más nobleza, bondad, paciencia con el paciente (y todos sabemos que eso no es fácil, en especial en una comunidad con un grado de escolaridad tan bajo y una fuerte creencia a los remedios caseros) que he conocido.

Se nos ofreció un sistema de rotación por los tres servicios dentro de la UNEME; Medicina, Nutrición y Psicología, y una rotación extra en un consultorio dentro del Centro de salud. La idea nos pareció fenomenal, así que accedimos, sin saber las consecuencias de aceptar rotaciones que no están dentro de tu plan de servicio social.

Cursaban las primeras semanas del servicio y como todo buen cuento de hadas que es la Medicina, apareció nuestro primer antagonista, villano y rival. ¿Quién más, que un grupo de tres MPSS-2 (Es decir, eran pasantes que cursaban su último semestre del servicio social) provenientes de una universidad diferente que nuestra adorada UAM?

Éramos nuevos en la unidad, pero estábamos listos y dispuestos a aprender, a trabajar. Pero, para poder lograrlo, necesitábamos información acerca del sistema en la computadora, así como de la papelería. La Dra. asumió que estas tres compañeras nos auxiliarían, pues claro, ante la jefa de enseñanza eran tres inocentes y trabajadoras pasantes, lo último era verdad, tenían disponibilidad y siempre estaban dispuestas a realizar todas las actividades.

De manera contraria a lo que viví en el internado, aquí nos peleábamos por trabajar, lo cual era una graciosa ironía. La enemistad surgió a partir de la negativa a compartir el trabajo. Afortunadamente, poco a poco aprendimos independientemente cómo se tenía que hacer todo y pudimos finalmente trabajar si no en armonía, por lo menos de manera civilizada.

Esta fue una gran lección para los cuatro y cuando el momento llegó de que las tres compañeras cambiaran de rotación y llegara una nueva compañera de la misma universidad, lo primero que hicimos fue darle una agradable bienvenida y enseñarle cómo funcionaba la unidad. Justo como en el internado, justo como en la vida, justo como mi familia me enseñó y como mi alma máter me inculcó, tratar a las personas de la misma manera que te gustaría y en este caso, te hubiera gustado ser tratado.

Tal vez, hago que sonemos a un grupo de súper héroes, pero ¿Quién no es el héroe en la historia de su vida?

Durante los tres meses que estuve en la UNEME el máximo de pacientes que hubo en un día para un total de 5 o 7 pasantes, fue de 7 al día, por lo cual, mantenerse ocupado durante todo el día era bastante difícil. Las horas pasaban lentamente y lo único que podía hacer para aprovecharlas, era estudiar.

Orígenes de “Reto 10”

Aproximadamente en el segundo mes de rotación, llegamos a la conclusión de que ya no podíamos superar el hastío de no ser productivos en el servicio social. Además, después de compartir dos meses con mi equipo, me di cuenta que mi compañero ex antagonista de mi carrera se había convertido en alguien con quien apreciaba pasar tiempo y entre las tantas lecciones que tuve en el servicio estuvo esa, no juzgar a las personas antes de conocerlas. Sorprendentemente, mi compañero y yo teníamos más cosas en común de las que yo imaginaba, la más importante y significativa, era el amor y cariño con la que nos gustaba tratar a los pacientes, además del espíritu competitivo que nos permitió organizar sesiones matutinas de estudio, donde asignábamos temas diarios para repasar.

Haciendo una lluvia de ideas para aprovechar un poco más el servicio, empezamos a considerar la creación de un taller, por lo cual solicitamos ayuda a nuestra jefa de enseñanza, la Dra. Caty, Al mencionarlo nos apoyó incondicionalmente, y nos mencionó que los registros epidemiológicos de la UNEME EC Mixquic mostraban la incidencia de éxito para cada una de las enfermedades tratadas en la unidad, de las cuales la obesidad era la que reportaba la más baja tasa de mejora.

Recientemente los cuatro integrantes de mi equipo habíamos iniciado la dieta obligatoria post-internado, ya que en lo personal había subido 12 kg posterior al mismo y mi salud y autoestima me exigían bajarlos.

Fue entonces cuando decidimos que el problema objetivo sobre el que queríamos trabajar era la obesidad. Iniciamos a diseñar un taller en el que se pudiera incidir sobre los pacientes con diagnóstico de obesidad de manera integral.

Después de varios días de planeación, opiniones y bocetos, por fin logramos una idea con un poco de estructura; “Reto 10”, el cual consistiría en 10 semanas de un taller semanal multidisciplinario enfocado en las tres esferas, social, personal y mental. Dicho programa fue completamente ideado, planeado y estructurado por todos los cuatro integrantes de la rotación.

A mi parecer, la inspiración o motivación del programa surgió al darnos cuenta de que todos nos encontrábamos en un régimen nutricional específico para lograr nuestros objetivos, es decir, los miembros de la rotación que nos encontrábamos con sobrepeso u obesidad estábamos en un régimen de pérdida de peso, mientras que otro se encontraba en aumento de masa muscular y otro en mantener su peso ideal. Al ser conscientes de esto, decidimos que era importante que la comunidad tuviera la oportunidad de ser partícipes de un programa que les permitiera aprender a cuidar y mantener un peso ideal con la finalidad de mejorar su salud y estilo de vida.

Decidimos que consistiera en sólo 10 semanas porque eran los meses a los que estábamos limitados a impartirlo por el cambio de rotación. Se realizó la invitación durante 2 semanas a los pacientes que acudían a la UNEME, poco a poco se fueron inscribiendo los pacientes y antes de iniciar la primera sesión ya contábamos con 20 inscritos.

Lamentablemente, sabíamos que el total de inscritos no igualaría el número de participantes, por lo cual en la primera sesión se presentaron únicamente 13 personas. La primera sesión consistió en llenar un formato realizado con los siguientes datos: Nombre, edad, peso, talla, índice de masas corporal y perímetro de cintura. En el cual se irían reportando las modificaciones ponderales de manera semanal.

Nada fue más grato que descubrir que los integrantes del taller acudieron con el mismo entusiasmo con el que nosotros queríamos impartirlo. Y nada nos motivó más que cuando nos percatamos que la mayoría de los pacientes acudió con su respectiva libreta y bolígrafo para realizar anotaciones dentro del curso.

Para entrar un poco en contexto, “Reto 10” consistía en 10 sesiones semanales, las cuales se impartían en cuatro módulos (Dentro del Centro de salud sólo se impartieron cuatro módulos, sin embargo, en el proyecto de “Reto 10” enfocado a infantes se agregó un quinto módulo de tareas de consolidación):

-Ilumínate: Clases teóricas impartidas con apoyo de material en presentaciones de Power Point en la cual se trataron temas básicos de nutrición, actividad física.

-Mente sana, cuerpo sano: Dinámicas enfocadas a la higiene mental con la finalidad de fomentar el auto-cuidado con temas de autoestima, empatía, autoconocimiento, entre otros.

-Actívate: parte de la sesión destinada a la actividad física, integrando rutinas aeróbicas.

Taller “100 mexicanos dijeron” aplicando el conocimiento aprendido

-Taller de integración: dentro de éste se integraba de manera didáctica los conocimientos aprendidos en la clase teórica.



Al principio, el programa parecía no tener pies ni cabeza, obviamente los pacientes tenían total desconocimiento de esto, lo cual era conveniente. Sin embargo, mientras más sesiones impartíamos, más en confianza

y más seguros de nosotros mismos nos sentíamos, la organización y el trabajo en equipo iban incrementando gradualmente.

Para la elaboración del mismo, se solicitó la autorización de nuestra jefa de enseñanza, la cual, afortunadamente nos brindó todo su apoyo, proporcionándonos el tiempo y espacio (sala de usos múltiples) dentro de la unidad. Así mismo, contamos con el apoyo del nutriólogo de la unidad, aunque lamentablemente no nos pudo apoyar en más de una sesión.

Sin embargo, es importante mencionar a la Licenciada Jessica Lozano, quien en cuanto llegamos a la UNEME nos hizo sentir como parte del equipo, nos dijo que le habláramos de tú, porque ya éramos médicos y ahora formábamos parte del personal de salud. Que independientemente de no haber recibido aún nuestro título, ya había concluido nuestra formación como médicos y que sólo era cuestión de trámite para convertirnos en médicos con cédula. Estas palabras representaron un balde de agua fría para la realidad que se avecinaba, sin embargo, eran totalmente ciertas.



Activate: Yoga

Con el apoyo de la Licenciada Jessy, pudimos crear diferentes dinámicas de higiene mental, sin duda alguna, ella fue dentro de la UNEME a quien con más aprecio recordaré. Ya que tristemente no es tan común observar que un profesional de la salud acuda cada día con tanto entusiasmo a realizar sus

labores. La psicóloga Jessy conocía a su comunidad, conocía a familias enteras, a las cuales les otorgaba tratamiento y fue para mí, un placer poder estar presente en algunas de sus consultas.

Poco a poco fuimos conociendo de manera individual a los pacientes y se formó un grupo formal, donde 10 de los participantes eran constantes, cooperadores, participativos y lo mejor de todo, mostraban entusiasmo, compromiso y se reflejaba en sus resultados ponderales de cada semana.

Otra de las intervenciones que se realizaban con el objetivo de mantener el compromiso de los pacientes fue el asignar un reto semanal, el cual se registraría en un formato especial para ello en el cual individualmente cada paciente se asignaría su propio reto semanal (no tomar bebidas carbonatadas, realizar actividad física, disminuir el consumo de tortillas al día), y lo registraría diariamente con una palomita o un tache según lo hubiera realizado o no, respectivamente.

El proyecto lo presentamos en la jurisdicción Tláhuac, debido a que la jefa de enseñanza de la jurisdicción (en ese entonces, ya que al finalizar la primera rotación hubo un cambio de coordinador) solicitó que acudiéramos a otra unidad (CS TII Tlaltenco) a dar consulta general, sin embargo, decidimos negarnos para poder continuar el proyecto. Una vez que el proyecto fue presentado, las autoridades (Jefes de enseñanza, coordinador de UNEMES y directora de la jurisdicción Tláhuac) autorizaron que continuáramos con el proyecto y no fue necesario cambiarnos de unidad.

Sin embargo, tanto la carga de trabajo dentro de la segunda rotación (Hospital Materno Infantil Tláhuac) como el hecho de separarnos en la última fungieron como factores determinantes para no realizar el proyecto de manera escrita. Pero, no hay duda alguna que lo más importante y fructífero para mí, fue observar el impacto positivo a los pacientes que acudieron.

Una vez que el proyecto fue presentado, se autorizó que continuara. Sin embargo, el hecho de separarnos en la última rotación no nos permitió concluirlo, pero no hay duda alguna que lo más importante fue el impacto positivo a los pacientes que acudieron.

La solución a muchos los problemas es la educación; educación vial, ética y moral y educación para la salud no es la excepción. El educar a los pacientes para la modificación de sus hábitos, y por consiguiente del estilo de vida, permitió que, de nuestros 10 participantes, 8 perdieran peso, 1 se mantuviera y uno lamentablemente aumentara de peso.

Cada semana se otorgaron incentivos en forma de “premio semanal” para el reforzamiento positivo, el paciente que durante la semana tuviera la mayor pérdida de peso ponderal, tendría el premio semanal. Los gastos de los mismos, eran por supuesto, absorbidos por mis compañeros y yo. Al final de las 10 semanas se obtuvo el ganador con base en los siguientes rubros: participaciones, asistencias, retos semanales cumplidos, pérdida ponderal. Sin embargo, se otorgaron premios a los tres primeros lugares.

El día de la clausura, fue bastante emotivo, se comentó que se realizaría un convivio así que todos los pacientes acudieron con algún platillo saludable para compartir con todos. Posteriormente se otorgaron los premios, el primer lugar obtuvo una báscula, el segundo, cucharas medidoras y el tercero una botella para agua. Así fue como la mayor parte de mi primera rotación concluyó satisfactoriamente, sabiendo que tuve un pequeño pero importante impacto en la vida de estas personas.

Pago MPSS

Es importante mencionar lo que sucede con los pagos una vez dentro del servicio social. Primero, hay que tomar en cuenta que no en todas las plazas de servicio social se otorga una beca (se le llama beca porque no alcanza de ninguna manera el salario mínimo de México), por ejemplo, en la universidad no se otorgan becas, en centros de salud es un aproximado de \$1,000 a la quincena, mientras que en comunidades fuera del área metropolitana era un aproximado de \$3,500.

Dentro de éste contexto, yo obtuve \$1,000 a la quincena. Alguien ingenuo como yo, creería que nos pagarían en la primera quincena. Sin embargo, cursaba ya el segundo mes del servicio y ni siquiera habíamos iniciado nuestro trámite de tarjeta de débito para el depósito.

Debo admitir que hay una gran impotencia al saber que nadie te quiere o puede ayudar. Al pedir informes, en todas las puertas siempre hay una negativa o más interrogantes.

Finalmente, aproximadamente 5 meses después, se hizo el depósito de los salarios atrasados. Durante el resto del año no hubo ningún otro problema a excepción de los últimos dos meses, cuando los pagos se atrasaban hasta 2 o 3 quincenas.

Por lo cual, si puedo dar un consejo, es no contar con el dinero con seguridad. Si alguien me hubiera dicho que esto pasaría, tal vez habría ahorrado un poco del dinero del internado.

Relación Médico- Paciente y Médico- Pasante

El centro de Salud de Mixquic está localizado a tan sólo unos pasos de la UNEME Mixquic. Sin embargo, estas dos instalaciones no comparten ningún tipo de personal. Recientemente el personal médico se había reducido dentro del centro de salud, por lo cual se nos solicitó apoyo para dar consulta dentro de éste.

Dentro de los cuatro meses de rotación de la UNEME, uno de ellos sería asignado para dar consulta. Al asignarnos dicha tarea, no podíamos estar más que encantados, al final de cuentas lo más importante acerca del servicio social es poder aplicar el conocimiento adquirido durante la carrera y el internado.

El consultorio era modesto, sin embargo, a mis ojos era encantador, pues contaba con todo en perfecto estado, mesa de exploración, papelería ordenada alfabéticamente (que, para los 15 minutos asignados para cada consulta, resultaba bastante conveniente) así como un baño privado.

Definitivamente disfruté el mes de rotación. Para asignar el orden de quien rotaría en los diferentes meses (mi equipo siempre justo y democrático) hicimos un sorteo. En dicho sorteo, me tocó el tercer mes. Pero, algo en donde también pude ver el alto grado de compañerismo, ocurrió que cada vez que alguno de los que rotábamos en el centro de salud tenía alguna duda, trabajo excesivo o simplemente quería una segunda opinión (porque, afortunadamente si algo compartíamos mis compañeros y yo, era el interés por el bienestar del paciente), siempre había alguien para apoyarlo.

Lo más triste de dejar el centro de salud, es el vínculo que se crea con los pacientes de la comunidad, saber que al acudir a su consulta de control o por fichas, siempre piden por ti, saber que depositan su confianza en ti. Da una sensación de satisfacción y de responsabilidad para con la comunidad. Llegar a conocer la historia clínica de un paciente a veces parece trivial, sin embargo, dentro de mi comunidad, siempre era importante preguntar antecedentes como habitación e higiene, pues lamentablemente en muchos casos las situaciones de hacinamiento eran extremas.

Dentro de la consulta también uno aprende que siempre, sin excepción, hay oportunidad dentro de la consulta para otorgar promoción de la salud y prevención de la enfermedad al paciente. Entiendo que la consulta dentro de la secretaría de salud siempre es una carrera contra el tiempo. Pero también aprender a hacer varias cosas al mismo tiempo forma parte de nuestra responsabilidad para con el paciente. Si bien no podemos otorgar una consulta perfecta, podemos otorgar una consulta de calidad.

Días UAMavillosos

El día a día dentro del servicio social no es sólo miel sobre hojuelas, como todo en la vida, hay ventajas y desventajas dentro del servicio social. Al poner de lado las infinitas ventajas, dentro de las desventajas se encuentra el progresivo aislamiento de los pensados fuertes lazos que unían a los amigos creados en la carrera.

Además de la sensación de olvido gradual de los mismos. Sin embargo, los días viernes cada quince días o a veces cada semana se nos citaba dentro de la UAM o en la jurisdicción Tláhuac o Mixquic, lo cual no podía ser otra cosa que una bendición.

En primera, la hora de entrada era a las 9 am y no a las 8 o 7 como en la rotación del hospital y toda persona que sabe la diferencia entre dormir 7 u 8 horas, entenderá la dicha que esto representa.

Por otra parte, está la convivencia y la sensación de pertenencia a la que regresamos al convivir con nuestros compañeros y amigos de carrera, el poder compartir experiencias agradables y desagradables con esas personas importantes en tu vida, lo que siempre funciona como un catalizador de alegría.

Otro de los beneficios es que, al compartir estas experiencias, podíamos saber por recomendaciones y consejos cómo serían nuestras próximas rotaciones, a quienes podríamos acercarnos en caso de necesitar ayuda y de quien deberíamos alejarnos para no entrar en algún conflicto. Así como la manera en que funcionaban las diferentes unidades, clínicas y hospitales de Tláhuac.

Y por último estas sesiones realizadas por la Jefa de Enseñanza de la jurisdicción Tláhuac, la mayoría de las veces eran de contenido interesante o útil. Entre los temas que se desarrollaron estuvieron algunas Normas Oficiales como la 004 (Expediente Clínico) y 007 (Atención de Parto), la importancia de la salud mental y sus consideraciones al momento de la consulta, así como las especificaciones para realizar el proyecto de intervención.

Alexa, en el país de las maravillas

Llegó el momento de concluir la rotación dentro de la UNEME e iniciar la segunda rotación. Mis compañeros y yo iniciaríamos la rotación en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, el único hospital de este tipo en Tláhuac, por lo cual siempre había mucho trabajo, o por lo menos eso nos habían contado nuestros compañeros.

En lo personal, un hospital materno infantil el cual se enfoca en obstetricia y pediatría principalmente, era mi sueño hecho realidad, estaba entusiasmada por entrar a la sala de expulsión y atender partos, por entrar a quirófano y asistir en cesáreas y hasta por rotar por la consulta y atender a todas las madres embarazadas posibles.

Ginecología y Obstetricia es mi primera opción cuando de elegir especialidad se trata y por primera vez quisiera expresar por escrito la razón; pero para ello debo remontarme unos años atrás.

Nada se compara a tu primer día de hospital como estudiante, vas con las prendas más blancas que encuentras, te peinas sin dejar ni un solo cabello fuera de su lugar, te cortas las uñas por si tienes la fortuna de explorar un paciente y llevas tu pequeña libretita para anotar todo lo que puedas aprender, esa emoción se ha quedado conmigo cada uno de los días que llevo en esta carrera, sin embargo, la primera vez que realmente me enamoré de la Medicina, fue un año y medio después, rotando en mi primer Hospital Materno Infantil, en Xochimilco.

Y la razón era simple, vi a cientos de mujeres entrar por un motivo feliz y salir con todo un motivo para vivir, sentí que era la especialidad con más amor para dar y recibir, pero meses después descubrí que también era la más triste para mí.

La primera vez que tuve en mis manos un óbito (muerte fetal previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción a partir de las 22 semanas de gestación o mayor a 500 gramos), estaba esperando frente a la báscula a que el pediatra terminara de pesar al bebé de otra madre que acaba de parir, la madre veía al bebé con ansias de conocerlo y tenerlo en sus brazos y el bebé lloraba como si fuera el próximo Sinatra, "Apgar 8/9" escuché.

Mientras esperaba, sostenía con mis manos, las mismas que jamás habían hecho si quiera una sutura, manos que aprendían las maniobras de Leopold, a un producto de la concepción al cual tenía que esperar a saber su peso para clasificarlo en aborto u óbito de acuerdo al peso, pero yo podía ver sus manos, cabeza y pies totalmente formados, para mí, en ese momento, no era otra cosa

que un bebé que había fallecido y lamentablemente la madre lo había provocado con un “té mágico”.

Entonces, ahí de pie, las lágrimas comenzaban a rodar sin cesar de mis ojos, me repetía a mí misma, “*Deja de hacerlo, te van a ver, te van a regañar*”, pero en ese momento no entendía qué diferencia haría el nombre propio de algo que no era más que una gran pena; por mucho tiempo al recordar esto, no podía más que estremecerme. Fue entonces cuando creí que jamás encontraría el equilibrio entre la felicidad y la tristeza que la Gineco-obstetricia me producía.

Pasaron los años y continué la carrera y descubría nuevas maravillas de la misma. Cuando llegué al internado y de nuevo tuve contacto con la Obstetricia, me asignaron vacaciones justo en ese periodo, rotando sólo por el servicio de Hospitalización, un piso lleno de pacientes con diagnósticos postoperatorios de miomatosis uterina, quiste de ovario, endometriosis y la lista seguía y seguía y lo único para lo que éramos requeridos era para realizar papelería infinita. Creí que era una señal de que no debía escoger Gineco-obstetricia, pero después descubrí que inclusive la papelería, indicaciones, recetas médicas, eran casos clínicos, era aprendizaje y terminé la rotación con el record del mayor número de palabras por minuto en la máquina de escribir de la guardia, me encantaba cada palabra que escribía, con la mejor carpeta de resúmenes del salón, pero aún no entendía todo lo que escribí en ese momento, para ser honesta.

Entonces llegó el servicio social y con él, el Hospital Materno Infantil de Tláhuac. Con una gran sonrisa y un tour completo por el hospital nos recibía el Dr. Tamayo, pero tres días después iniciaban mis vacaciones, vacaciones en Ginecología y Obstetricia de nuevo, y no podía dejar de sentir que era una señal divina.

Regresé a mi primer día para rotar en la emocionante unidad de toco-cirugía, “labor”, y no podía más que sentirme emocionada. Me presenté con el personal de médicos adscritos y de enfermería y recibimos una cálida bienvenida. Comenzamos el trabajo y al principio fue difícil aprender a utilizar el sistema en la computadora, pero poco a poco se hizo más fácil, los doctores dentro de la labor, nos tuvieron mucha paciencia y recibí algo que jamás recibí en mi rotación de Gineco-obstetricia en el internado: consideración, clases con el único fin de que aprendiéramos un poco más, entrando a los partos al principio con los doctores y después nos dieron la confianza y oportunidad de atender partos de manera



Excresis de masa anexial

supervisada y cada una de las veces aprendía algo nuevo, cada una de las veces mi corazón latía a kilómetros por hora y pasó tan rápido el mes que sentía que todavía necesitaba más tiempo para ver, para aprender, para entender.

Afortunadamente se me otorgó el permiso de continuar en el servicio y por eso, estaré siempre agradecida a mi jefe de enseñanza. Vi más cesáreas de las que jamás imaginé en mi vida, entendí por fin las diferencias de las histerotomías, tuve la mejor clase de enfermedades hipertensivas del embarazo, pude asistir en las cirugías de los doctores, salpingoclasias bilaterales, quistes de ovario, cesáreas, embarazo ectópico e inclusive hysterectomías.



Primer ayudante en procedimiento de cesárea

Algo que caracterizaba a los doctores del hospital en comparación con cualquier otro médico que yo haya conocido es que discutían con nosotros cada uno de estos casos, desde el control prenatal, lo que deberíamos hacer como médicos generales desde un centro de salud, hasta el manejo ideal de la paciente, médico y/o quirúrgico, nos permitieron formar parte de un equipo, junto con el personal de enfermería siempre respetuosas, siempre

amables, era como un sueño hecho realidad.

Llegaron estudiantes de enfermería, nos comentaron que parte de su formación incluía atender partos, sin embargo nosotros teníamos que llevar a cabo el papel de sus docentes, la enseñanza es mi segunda más grande pasión, no hay mejor manera de aprender que enseñando, fue entonces cuando se formó un gran grupo de aprendizaje y enseñanza, el HMI me enseñó por primera vez lo que es un equipo de trabajo, en las contadas veces que llegó alguna paciente grave o cuando había una complicación, todos actuaban de manera organizada, los doctores dirigían al equipo y se actuaba de manera eficiente, para mí era como una gran orquesta y formar parte de ella, poniendo mi granito de arena, me hacía sentir extremadamente afortunada.

Era durante los días que no había tantas pacientes, cuando comenzábamos con las clases, con los repasos, durante las cirugías nos explicaban la anatomía, los pasos, nos preguntaban y en varias ocasiones, no supe la respuesta, pero siempre tenía la oportunidad de buscarlo y decirlo al otro día, el personal de enfermería nos explicó todo lo necesario para conocer sobre su área, nos trataron con respeto y también nos hicieron parte de su equipo.

Cada día desde mi primer hasta el último día de rotación dentro de la unidad tocoquirúrgica fue menos difícil levantarme cada mañana, me alegraba llegar y que hubiera pacientes, enseñarles la manera correcta de pujar, explicar y resolver sus dudas, atender partos, asistir en procedimientos, hacer indicaciones, notas, llenar partogramas, recibir clases de los doctores, dar clases a los estudiantes, discutir casos, conocer a los doctores, conocer a las enfermeras, contar con el apoyo de trabajo social, inclusive el personal de intendencia, camilleros y administrativos era evidente que se alegraban de estar en el equipo, siempre alertas, siempre activos.



Equipo de trabajo de Unidad Tocoquirúrgica
Hospital Materno Infantil Tláhuac

Sensei

Tengo una compañera que en nuestro último año de carrera conoció a una doctora a la que siempre llamó su “Sensei” que es el término japonés con el que se designa a un maestro, a un sabio o a una persona docta.

Por muchos años jamás encontré alguien que yo pudiera llamar de esa manera, no era algo que me preocupara, pero todo cambió cuando conocí a la Dra. Itzel Munguía, una mujer con belleza interior y exterior, llena de conocimiento, entrega, disposición y amor a su trabajo, amable con pacientes y compañeros de trabajo.

Claro, que al principio mis cuatro compañeros y yo estábamos aterrados por ella. Un médico con tal presencia, por supuesto que impone y parecía algo sería, sin embargo, desde el primer día hasta el último fue la persona que con mayor respeto nos trató. Se concentraba en motivarnos a cumplir todo lo que nos propusiéramos. Consideraba al médico pasante como algo que lamentablemente no muchos médicos consideran; un médico que se encuentra al final de su formación, que está a punto de entrar a la etapa laboral de ejercer y adquirir responsabilidades y como un humano, con su propia esfera biopsicosocial. Consideraba todos estos aspectos y tomaba en cuenta cada uno de nuestros esfuerzos.

Fue entonces cuando entendí que un sensei no sólo te enseña sino también te inspira, a querer ser mejor, a siempre ir en busca de la mayor cantidad de conocimientos, para utilizarlos como el arma más poderosa para ayudar a todas las pacientes y a jamás olvidar que todas las pacientes son merecedoras de nuestra comprensión y apoyo.

Es bien sabido que no hay mejor manera de predicar que con el ejemplo y no puedo estar más que infinitamente agradecida con ella, por ayudarme a lo que no había encontrado, ese equilibrio perfecto para canalizar todas las emociones buenas y malas que la Gineco-obstetricia me producía.



Crónicas de Narnia

Había llegado el momento de pasar a la última y tercera rotación. Como ya había mencionado, estábamos destinadas, mi compañera y yo a cursar esta última rotación en CS TII Tlaltenco y por confusiones y por el verdadero destino de la vida terminamos en realidad en CS TII Santa Catarina Yecahuizotl.

Lo poco que sabíamos de Santa Catarina es que ahí se encontraba uno de los pocos centros de salud en el país que cuentan con un manejo integral que incorpora la medicina tradicional y la medicina hegemónica. En donde existen servicios como acupuntura, fitoterapia, homeopatía e inclusive un temazcal dentro de la unidad.

¿Un temazcal?! Eso rebasaba todas mis expectativas para un centro de salud y sin saberlo en primera instancia concluiría mi servicio social en un lugar mágico y espectacular, tan impredecible que sólo Narnia podría igualar.

El primer día, sin saber qué esperar, nos recibió el Dr. Xuan Zenteno, el médico y persona más peculiar que he conocido en mi vida, no era una sorpresa que fuera el Director de un centro de salud igualmente singular.

Para empezar, a tan sólo unos días de conocer el Dr. Xuan era evidente que su léxico era extremadamente amplio, aprendí al menos 10 palabras nuevas sólo al hablar con él durante mi rotación. Al darnos el recorrido correspondiente al inicio de la rotación observamos que no sólo estaban los servicios de acupuntura, fitoterapia y homeopatía, sino también un área para masajes holísticos y aromaterapia. Y aun cuando ya sabíamos del temazcal, no era lo que esperaba, todo el temazcal estaba cubierto de pinturas que había realizado el personal del centro de salud.

Tuve una grata sorpresa al rotar en algunos de los servicios, al descubrir que todos los médicos se apoyaban entre sí, fomentando una armonía entre los diferentes tipos de medicina que se ofertan en el centro de salud.

A partir de la primera semana se nos asignó un consultorio y dentro de nuestras tareas, en parte administrativa, en parte médica, estaba entregar resultados de citología cervical, mastografía y PCR a las pacientes. Al inicio esto no parecía nada alentador, sin embargo eventualmente comprendí que el motivo de esto es porque estamos mayormente acostumbrados a no fomentar la medicina preventiva. Pero por alguna razón, al final de esta rotación una de las cosas que consideraba más importante en mi comunidad era la educación del paciente.

Al entregar las citologías cervicales, era bastante alta la incidencia de infecciones vaginales agregadas, entre las etiologías más comunes se encontraban *Cándida Albicans*, *Trichomona* y *Gardnerella Vaginalis*. Y un gran porcentaje de las pacientes presentaba dichas infecciones por segunda o tercera vez durante el año.

No era de sorprender que al interrogar acerca de antecedentes personales no patológicos, como método de higiene genital una de las respuestas comunes era un tipo de jabón de barra utilizado para lavar ropa, al interrogar el método de higiene genital posterior a orinar o defecar, usualmente lo hacían de manera contraria (de ano a vagina). Así mismo algunas de las pacientes continuaban sin usar preservativo con parejas que sabían tenían relaciones sexuales extramaritales con otras personas e inclusive mujeres de la calle.

Por lo cual era alarmante e inquietante preguntarse por qué después de tantas citologías pasadas entregadas, nadie les había dado la información correcta y las medidas higiénicas adecuadas para reducir la recidiva de dichas infecciones.

Todo esto me hizo entender lo mucho que admiraba y valoraba mi profesión, poder llegar al final de una era, saber que mi vida educativa había concluido y que pronto iniciaría la vida laboral real, donde me enfrentaría al mundo y sus complicaciones. Era un alivio para mí saber que día a día amaba lo que hacía, realmente disfrutaba orientar y resolver las dudas de mis pacientes.

Explicar de manera simplificada lo que una enfermedad representaba, sus causas, complicaciones, mecanismo del tratamiento, importancia del apego al mismo y finalmente una breve explicación de los principales mitos que rodean las diferentes patologías, en especial a las crónicas degenerativas, me resultaba sumamente satisfactorio.

Poco tiempo después iniciamos la lluvia de ideas para nuestro proyecto de intervención. Debido a lo que habíamos hecho en la primera rotación, sabíamos que nos interesaba la modificación de estilos de vida del paciente, principalmente hábitos alimenticios.

Y en este mágico lugar, la idea cayó del cielo, el director nos envió a una primaria para iniciar un diagnóstico de salud, tomando la somatometría de los alumnos y obteniendo los diferentes diagnósticos nutricionales. Al principio parecía abrumadora la idea de pasar todo el día en una primaria. Sin embargo, en el momento del vaciado de datos y viendo la prevalencia de los diferentes diagnósticos nutricionales, observamos que eso podría ser un problema eje para nuestro proyecto de intervención.

Esta situación se vio exacerbada al ver la variedad de alimentos que vendían durante el receso, entre los cuales los más concurridos eran los helados, con algunos de los niños comprando dos porque se terminaban, nachos, papas con una alta cantidad de salsa picante, una mesa de dulces de la cual podían escoger una gran variedad y dentro de la opción “saludable” se encontraban las verduras como jícama y pepinos a las cuales les agregaban gomitas y azúcar en polvo de diferentes colores.

Por lo cual, no dudamos ni un segundo que esa institución necesitaba una urgente intervención. Al obtener los resultados decidimos integrar el programa “Reto 10” al grupo de escolares con diagnóstico nutricional de obesidad.

Empezamos a considerar la posibilidad de realizar nuestro proyecto de intervención con el enfoque de “Reto 10” en la población escolar con diagnóstico de obesidad. Teníamos el tiempo encima, entonces era de vital importancia iniciar con toda la logística que un proyecto de intervención conlleva.

Iniciamos con presentar los resultados del diagnóstico de salud al director, con el planteamiento del problema y la propuesta metodológica de “Reto 10” como proyecto de intervención, posteriormente se presentó al director de la primaria y al ser aprobada por ambos y con entusiasmo, se hizo una junta de padres de familia dentro de la primaria Rafael Ramírez Castañeda para concientizar a los padres acerca de la obesidad infantil y sus complicaciones.



Junta de Padres de familia

A continuación, realizamos la invitación al proyecto a 76 de los 122 alumnos diagnosticados con obesidad infantil, pues sólo se realizó la invitación a los estudiantes de grados cuarto, quinto y sexto, porque siendo realistas, los tres primeros grados están repletos de niños que no conocen su nombre completo, algunos de ellos todavía no han controlado esfínteres y no creo que alguien sin capacitación pedagógica pudiera controlar sus impulsos de recurrir a la violencia para calmarlos.

Sólo tuvimos una semana para realizar la difusión del proyecto y lamentablemente sólo contamos con la presencia de diez integrantes en el proyecto. Sin embargo, trabajar con niños fue toda una nueva experiencia para mí, referente a la educación al paciente por supuesto. En pediatría siempre tuvimos contacto con niños, pero un niño hospitalizado jamás va comportarse de la misma manera que uno que no lo está.



Taller de integración con participantes de Reto 10

Descubrir e incidir sobre la esfera biopsicosocial de un niño, nos permitió con base en un modelo educativo integral, la adecuada implementación del conocimiento, esto basado en comparaciones de exámenes diagnósticos iniciales y finales.

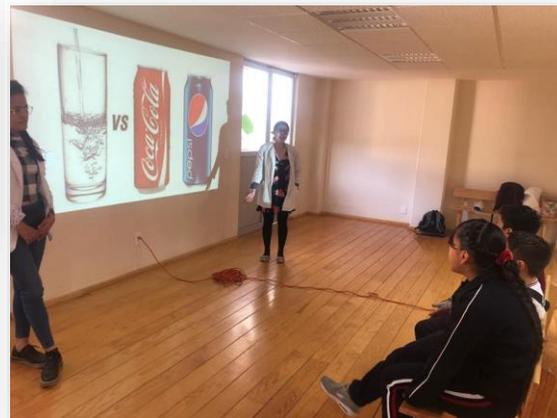
Toda mi rotación dentro del centro de salud Santa Catarina Yecahuizotl estuvo llena de paz, armonía y amor

y no puedo más que estar agradecida por todo lo que los médicos, trabajadores sociales, promotores de salud, hicieron por nosotros.

A sólo unas cuantas semanas de finalizar el servicio, dentro de la clínica ya teníamos nuestros pacientes establecidos, semanalmente acudían principalmente para consultas de control de enfermedades crónico degenerativas y consultas de orientación nutricional, las cuales al saber que íbamos a partir, nos comentaban nostálgicas que querían programar la mayor cantidad de consultas antes de irnos, realmente eso, era la verdadera retribución del servicio social. Nuestra beca era una burla comparada al precio promedio de la canasta básica. Pero, cosechar ese tipo de relaciones médico-paciente era lo que hacía que todo valiera la pena. El saber que le fuiste útil a la comunidad y que tuviste cierto impacto en la población que te fue asignada, la población que, de hecho, escogiste, eso fue nuestra verdadera retribución. Personalmente, el servicio no fue más que otra gran prueba del gran amor y respeto que le tengo a mi profesión.



Taller de integración con participantes de Reto 10



Sección "Iluminate" de Reto 10

Palabras más, palabras menos

El día de despedirnos, fue otro momento agrí dulce de la historia, El Dr. Xuan dejó grandes enseñanzas en nosotras, siempre interesadas por el bienestar y apropiada atención del paciente, siempre respetuosas (lo cual lamentablemente en el área médica ya no es tan fácil de recibir de parte del sexo masculino). Sin mencionar que su elocuente y característica forma de hablar, me dejó enriquecer mucho mi vocabulario, una cualidad que, también lamentablemente, ya no es valorada por la sociedad.

En general, ofrecer mi servicio a la Secretaría de Salud, al principio, parecía un suicidio obligado, pero al encontrarme con tantos excelentes elementos, poder cruzar mi vida con personas que aún aprecian y aman su trabajo, fue inigualable, enfermeras, personal de intendencia, trabajadoras sociales, psicólogas y médicos.

Puedo decir que concluyo el año de servicio social, con la fuerte certeza de que ésta es mi pasión, éste es mi bebé, toma mi tiempo, mi dinero, me deja con sueño y a veces hambrienta, pero es el fruto más valioso que he cosechado hasta ahora.

Cabe mencionar que entre las principales ventajas del servicio social rotatorio está la oportunidad de disfrutar los marcados contrastes entre una rotación en hospital y una rotación en un centro de salud. La rotación en la UNEME la considero pobre si retiramos el concepto de Reto 10 que se incorporó, por lo cual otra ventaja de la rotación es que, si un servicio es de baja calidad y poco aprovechamiento, no es necesario que sea durante un año.

Mientras que entre las principales desventajas está que no es posible formar un lazo más estrecho con el personal que integra el servicio y, aún más importante, con la comunidad en general, ni se dispone del tiempo suficiente para identificar los diferentes factores de riesgo necesarios a intervenir no sólo en un paciente sino en toda una familia e inclusive en algún grupo específico como adolescentes o pacientes geriátricos.

Por lo cual, si tuviera que elegir la mejor opción para el servicio, en lo personal sería medio año en un centro de salud, donde se pueda entablar una relación médico-paciente de calidad con la comunidad y el proyecto de intervención a realizar tenga un poco más de peso tanto académicamente como epidemiológicamente. Y la segunda mitad del año con rotación en hospital, para poder mantener la práctica, no sólo en el área quirúrgica sino también en la capacidad de resolución de problemas y discusión de casos clínicos y mantenerse familiarizado con los diferentes trámites administrativos.

Mi pasantía en retrospectiva

Joana Tolentino Funamoto

De MIP a MPSS

El internado es una etapa en la vida de cualquier estudiante de medicina que definitivamente te cambia, tanto en lo profesional como en lo personal. El internado es lo equivalente a una *prueba de resistencia* en atletismo, es el momento cumbre en el que llegan muchas respuestas a los cuestionamientos que surgen durante la carrera de medicina, sobre tus aptitudes, tus especialidades predilectas y las que totalmente descartas; asimismo se concretan muchos conocimientos que adquiriste en el aula cuando los visualizas en algún paciente y más aún cuando realizas alguna intervención tanto médica como quirúrgica que tenga relevancia en la evolución del paciente, en la mejoría o el deterioro de su salud del mismo. El internado, es una pieza clave para reafirmar que estás en la carrera indicada y para otros, es el momento en que deciden que la medicina no es lo que quieren para su vida, tienes que realmente amar lo que haces para poder realizarlo aun cuando tengas hambre, sueño o cuando estés emocionalmente indispuerto. También pones a prueba tus niveles de estrés, aprendes a lidiar con él o al menos buscas estrategias para lograrlo, para tratar de mantener un equilibrio entre tus actividades intra y extra hospitalarias. En resumen, esta parte formativa de la medicina, te obliga a crecer, a ser responsable, a comprometerte con tu trabajo y con el bienestar de tus pacientes, de algún modo te permite auto-conocer porque superas por mucho tus límites tanto intelectuales como físicos. Y por si fuera poco, en el internado experimentas todo tipo de emociones que son fluctuantes en el día: enojo, frustración, desesperación, impotencia, pero también felicidad, mucha felicidad, porque te permite ser “*el héroe*”, comienzas a hacer todo eso que tanto deseaste desde el primer día como estudiante de medicina, vives lleno de adrenalina, por primera vez tienes a tus pacientes, tus pendientes, sin dejar de lado que todo el mundo te llama “*Doctora*”.

Cuando el internado comenzó, al menos en mi caso, no tenía muchas expectativas de cómo iba a ser, había escuchado anécdotas de mis profesores tanto en las aulas como en las áreas clínicas, pero siempre todas eran muy distintas, así que no sabía cómo iba a ser para mí, pero al final me sentí muy satisfecha con todas las experiencias y los conocimientos adquiridos, aunque es algo que no quisiera repetir, en su tiempo lo disfruté y lo aproveché al máximo. Incluso al final, no quería que terminara, no estaba para nada entusiasmada por el comienzo del Servicio Social, el concepto que yo tenía me resultaba muy aburrido, contrario al internado, del Servicio si tenía expectativas, pero no eran buenas ni prometedoras.

La elección de plazas

Al entrar a medicina, descubrí que no existía un perfil como tal de un *estudiante de medicina*, todos éramos muy distintos, en nuestra forma de aprender, nuestras predilecciones en la medicina, nuestras habilidades, pero todos teníamos en común el hecho de haber sido el *nerd* del nivel medio superior. En particular, mi generación estaba rodeada de “*cerebritos*”, muchos de mis compañeros tienen aptitudes para el aprendizaje que rebasan por mucho el promedio, además de que es una carrera académicamente muy competitiva, ya que precisamente para la elección de plazas para el internado y el Servicio Social es considerado el promedio final, el lugar que ocupes en el *escalafón* de tu generación, será tu turno de elección. Si bien mi promedio no era precisamente malo, me encontraba en la mitad de la lista para poder elegir plaza. No estaba inclinada hacia alguna sede en especial, solo estaba interesada en permanecer dentro de la Ciudad de México o bien, en el área metropolitana, ya que no me resultaba económicamente viable mudarme en este momento.

La sede que elegí fue la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC) Mixquic en la modalidad de *Rotatorio*. Para este momento, únicamente sabía que Mixquic se encontraba localizada en Tláhuac y que eso significaba que podría quedarme en la ciudad. Nunca había tenido la oportunidad de conocer esta alcaldía durante mis siete años de residencia en la ciudad de México y tampoco sabía qué significaba que mi Servicio Social sería rotatorio, pero igual en ese momento me pareció la opción que más se ajustaba a mis intereses y evidentemente mi prioridad era la ubicación. Siempre pensé que el Servicio Social era sinónimo de *consulta general* y posterior al internado descubrí que mi verdadera pasión por la medicina se encontraba en el área quirúrgica, por lo que me resultaba extremadamente decepcionante la idea de tener que estar “*encerrada*” y “*aburrida*” en un consultorio.

La UNEME EC-MIXQUIC forma parte de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac de la Secretaría de Salud, por lo que la Institución de la cuál formas parte como Pasante de Medicina es “*Servicios de Salud de la Ciudad de México*”, quienes coordinan los requisitos para la liberación del Servicio Social y verifican el cumplimiento de los mismos durante los doce meses de duración. Posterior al acto público realizado por la SSA en la UAM Xochimilco, los pasantes adscritos a todas las sedes pertenecientes a la Jurisdicción Tláhuac, fuimos citados en la alcaldía Cuauhtémoc donde nos explicaron que el sistema *rotatorio* consistía precisamente y como su nombre lo dice, en rotar por distintas sedes, todas ellas pertenecientes a la Jurisdicción Tláhuac. Iniciaríamos el servicio social en la sede que habíamos elegido inicialmente y permaneceríamos allí por cuatro meses, posteriormente iniciaríamos otras dos nuevas rotaciones cada una con la misma duración en otra unidad siempre y cuando formara parte de la misma Jurisdicción. Las rotaciones

ya estaban preestablecidas para cada sede, por lo que en mi caso, después de la UNEME pasaría al Hospital Materno Infantil Tláhuac y finalizaría en el Centro de Salud Santa Catarina Yecahuizotl.

Previo al inicio de mi rotación por Mixquic, tuve un curso de inducción el cual se realizó por parte del área de enseñanza de la Jurisdicción inicialmente a cargo de la Dra. Verónica Luna, quien tuvo a bien proporcionarnos los nombres de los responsables de cada unidad de salud, así como la fecha de inicio y los horarios de las actividades. Del mismo modo, nos informó que era requisito para la liberación del Servicio Social, la elaboración de un reporte de productividad cuatrimestral el cual debía incluir cifras numéricas y datos descriptivos de las actividades realizadas en cada rotación.

Asimismo, los cuatro pasantes que habíamos elegido la sede UNEME EC MIXQUIC, fuimos citados a una reunión previa al inicio de las actividades, a la cual asistió la Dra. Catalina Ortigoza, Directora de la UNEME EC MIXQUIC; el Dr. Rodolfo Pulido, encargado del programa de UNEME perteneciente a la Jurisdicción Tláhuac y la Dra. Verónica Luna, encargada del área de enseñanza e investigación. En esta reunión, nos explicaron la misión y visión de estas unidades médicas, y las actividades que llevaríamos a cabo durante nuestra rotación en Mixquic, sin embargo, también expusieron que la población era pequeña y que al ser cuatro personas, tendríamos menor oportunidad de practicar, por lo que nos propusieron realizar un mes de rotación por la *Clínica Comunitaria Mixquic* donde daríamos consulta de *Medicina General*, de modo que al final todos habríamos rotado tres meses por la UNEME y un mes en la Clínica, todos estuvimos de acuerdo y accedimos a esta modificación, acordamos la fecha y la hora de inicio y se dio por concluida la reunión, ahora la única tarea era descubrir ¿Dónde estaba Mixquic?.

El camino a San Andrés Mixquic

Al llegar ese mismo día a mi casa, me puse a investigar (hasta este momento) donde se ubicaba Mixquic, cuál era la ruta y así poder estimar el tiempo que haría desde mi casa hasta la UNEME.

Lo primero que descubrí es que había mucha información de Mixquic relacionada con el *Día de Muertos*, llamó mi atención una publicación de la página oficial de *National Geographic en Español* con el encabezado **Visita Mixquic en el**



Sembradíos de lechuga ubicados en San Andrés Mixquic

“Día de Muertos” en el cuál promocionaba este pueblo como uno de los lugares con más tradición del país en esta festividad; en este mismo artículo mencionaban que Mixquic formaba parte de la zona chinampera y que fue declarada como Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO.

Otros de los datos relevantes sobre Mixquic, es que forma parte de uno de los siete pueblos originarios de Tláhuac, se ubica en el extremo sureste de la Ciudad, colinda al norte y noreste con la alcaldía Iztapalapa; al oriente, con el Municipio Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México; al sur, con Milpa Alta y al suroeste, con Xochimilco. La última actualización del INEGI reportó una población total de 13,310 habitantes para ese año.

La principal actividad de esta localidad es la agricultura y se emplea principalmente para el autoconsumo, cosechan brócoli, acelga, apio, rábano, betabel, lechuga y romero. También son conocidos por la cosecha de la *semilla de amaranto* la cual mezclan con otros ingredientes, como la miel de abeja, para preparar dulces típicos.

Las únicas unidades de salud que brindan servicios a esta población son la Clínica Comunitaria Mixquic y la UNEME EC Mixquic, el hospital más cercano es el Hospital General Milpa Alta ubicado a 8kms, con un aproximado de 30 minutos de traslado.

Posterior a mi breve investigación de la sede, descubrí que la distancia total que tenía que recorrer de mi casa hasta Mixquic era de aproximadamente 35kms, lo que en transporte público equivalía a dos horas de traslado de ida y dos de vuelta...diariamente, por cuatro meses. Un total de 20 horas semanales de mi vida, en el transporte público, casi un día completo de la semana estaría destinado a viajar.

Mi ruta de elección fue llegar a la estación del Metro Tláhuac de la línea 12, de ahí sale un RTP directo a Mixquic, pasando por todos los demás pueblitos de la alcaldía en un aproximado de una hora con diez minutos. La desventaja de esta ruta era que los horarios de salida eran variables, por lo que debía llegar con mucha anticipación para tomar el primer transporte disponible. Otra de las posibles rutas, era tomar un microbús que salía en la misma estación de metro (terminal Tláhuac) con dirección a Tulyehualco con una duración de 45 minutos o una hora hasta ese pueblo y allí, tomar una combi con destino a *Chalco* con aproximadamente el mismo tiempo de traslado hasta la UNEME, sin embargo esta ruta era más costosa y tenía la desventaja de tener que tomar dos transportes distintos para llegar al destino.

Tanto el primer como el último mes fueron los más difíciles en cuestión de traslado. El primero porque fue el periodo de adaptación, esas cuatro horas me parecían eternas y me resultaba frustrante la idea de saber que estaba “*perdiendo*” mi tiempo de esa manera, además de que los asientos de esas unidades no son nada ergonómicos, por lo que me resultaba incómodo estar sentada por tanto tiempo. Desafortunadamente, no soy de las personas que puede leer en movimiento, por lo que no podía aprovechar esas horas para estudiar o entretenerme con alguna novela, por lo que optaba por ponerme mis audífonos, escuchar música y disfrutar el paisaje, porque eso sí, mientras más te alejas de la ciudad, más clarito se pone el cielo y menos denso el aire. Los siguientes dos meses experimenté muchos métodos, desde escuchar *podcast* de temas varios, algunas veces sobre *Medicina*, y otras sobre *Cultura y Arte*. También probé con *audiolibros*, escuché “*El principito*”, novela de Antoine de Saint-Exupéry, y “*El monje que vendió su Ferrari*” de Robin S. Sharma. Descargué series y películas en *Netflix*. También practiqué un poco de meditación con una aplicación móvil llamada “*Headspace: Meditation & Sleep*” la cual contiene ejercicios de respiración, meditaciones guiadas, ejercicios de *Mindfulness* y otras estrategias de relajación. Utilizaba con regularidad alguna de estas herramientas para aprovechar el tiempo de traslado, en ocasiones hablaba por teléfono con amigos o familiares, otras veces lograba conciliar el sueño y dormir durante casi todo el camino. Sin embargo, el último mes me encontraba cansada, había agotado todas

mis herramientas de entretenimiento para el camino, estaba aburrida de ellas, contaba los días para que esa rotación terminara.

Una de las desventajas de este sistema rotatorio, es que si UNEME MIXQUIC hubiese sido mi sede durante todo el año, habría considerado la posibilidad de mudarme durante todo ese tiempo a la comunidad, para evitar precisamente los largos traslados, pero dadas las circunstancias no era conveniente, ya que eso significaría mudarse en tres ocasiones y la realidad es que resulta difícil encontrar un lugar accesible, cómodo y seguro en un lapso tan corto de tiempo y usualmente los contratos de renta en la ciudad de México te exigen un mínimo de un año de estancia.

Con respecto a las actividades realizadas en la UNEME, mis meses de rotación fueron febrero, abril y mayo, ya que durante el mes de marzo realicé mi rotación por la Clínica Comunitaria. La UNEME de Enfermedades Crónicas, cuenta con los servicios de Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Medicina, los pacientes que forman parte de esta unidad, son referidos de sus centros de Salud por padecer alguna de las enfermedades que compone el Síndrome Metabólico), y además tener *descontrol* de las mismas. Los criterios de inclusión, eran pacientes afiliados al Seguro Popular, mayores de 20 años, con los diagnósticos ya mencionados y con *difícil control metabólico*. La UNEME es una especie de escuela de educación para la salud enfocada en los padecimientos más comunes de la población mexicana, con el fin de evitar complicaciones agudas y crónicas de los mismos. Tiene un enfoque integral en el que todos los servicios trabajan de manera conjunta para observar las particularidades de cada paciente y localizar los factores que impiden su control metabólico, por ello, se trabaja en un expediente clínico electrónico, el cual se maneja a través de un sistema informático creado por la SSA y exclusivo para el manejo de los pacientes en las UNEME, al cual pueden acceder los responsables de cada servicio para considerar el manejo de las demás áreas y así reforzar el manejo. Es un trabajo en equipo con el único fin de lograr el *control metabólico* del paciente.

Las primeras semanas, la Dra. Catalina, directora de la unidad, nos asignó a cada uno a los servicios de *Psicología, Nutrición y Medicina*, respectivamente. Realizamos una rotación interna en la UNEME para conocer el modo de operación de cada servicio, el cual tenía una duración de dos semanas. Durante este mes y medio, solamente



Equipo de rotación en la UNEME EC Mixquic

permanecíamos como oyentes en los servicios y de vez en cuando realizábamos el llenado de algún formato.

Estas primeras cuatro semanas, pasaron muy lento y en realidad todavía no lograba hallarle el gusto o el sentido al Servicio, me encontraba en negación, no quería aceptar el hecho de tener que realizar esas actividades por todo un año, perder tanto tiempo en el transporte, para llegar a perder aún más tiempo en el Servicio era algo que me negaba a aceptar. Después de mantenerme despierta por más de 36 horas en una guardia de internado, sintiendo que estaba salvando vidas para pasar a llenar formatos y esperar que pasaran las seis horas del día para volver a subirme al transporte público me resultaba realmente deprimente. Afortunadamente, mi equipo de trabajo, los pasantes con los que rotaban compartían la misma ideología por lo que solicitamos a la Dra. Catalina la revisión de temas y casos clínicos, los cuales preparábamos nosotros y realizábamos una exposición y la Dra. *Caty* nos supervisaba y complementaba, ella tiene una especialidad médica llamada "*Medicina integrativa*" la cual se define como la atención continuada de primer contacto, que conjunta en el acto médico las acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación; enfocada en las enfermedades crónico-degenerativas, iniciada en México desde el año 2006. Además, la *Dra. Caty* es especialista en el manejo de insulinas, es la encargada de capacitar a médicos sobre el uso de la insulino terapia y de verdad, es muy buena en su trabajo, por lo que decidimos aprovechar su conocimiento con estas enriquecedoras clases. Posteriormente, la doctora nos solicitó crear un taller, ya que la UNEME tiene este enfoque educativo, nos permitió elegir el tema a desarrollar y la población a la cual nos dirigiríamos. La unidad en ese momento ya contaba con grupos educativos enfocados principalmente a Diabetes Mellitus, sin embargo, platicando con la doctora nos compartió las estadísticas de pacientes controlados en la unidad, los porcentajes para Diabetes e Hipertensión eran muy similares, con cifras aceptables, no obstante el porcentaje de pacientes con manejo de obesidad era del 0%, por eso elegimos ese como tema central de nuestro taller y por ende, nuestra población objetivo eran todos aquellos pacientes que tuvieran un Índice de Masa Corporal correspondiente a Sobrepeso y Obesidad.

Así nació el "*Reto 10*", junto con mis compañeros de rotación diseñamos nuestro taller a modo de programa, el concepto principal era muy parecido al programa televisivo estadounidense de "*The biggest loser (el mayor perdedor)*". La idea era crear un programa educativo en el que a través de talleres tanto teóricos como prácticos pudiéramos incidir en el estilo de vida del paciente tornándolo más saludable. El programa era muy ambicioso, queríamos lograr impartirles a los pacientes una gran cantidad de información, además de realizar actividad física y dinámicas integrales para la higiene mental y a través de ellas incluir a la psicología como parte del tratamiento y todas ellas en un solo día, por lo que la doctora *Caty* nos otorgó todos los días miércoles para poder impartir el taller, el

cuál comenzaba a las 10:00hrs y concluía a las 13:30hrs. La propuesta fue muy buena, de hecho se llevó a cabo casi en su totalidad, la desventaja fue que no documentamos nada, ni la metodología ni los resultados, mis compañeros y yo nos poníamos de acuerdo días antes a la sesión y nos distribuíamos el trabajo y siempre se llevaron a cabo las sesiones y se cumplieron muchos de los objetivos, al final se conformó un grupo de aproximadamente quince pacientes de los cuales culminaron 11, se llevaron a cabo 10 sesiones y la paciente que logró la mayor pérdida ponderal disminuyó 9kg. Fue una experiencia muy bonita y la verdad se volvió nuestra inspiración para asistir a la UNEME, los miércoles eran los días que esperábamos con más entusiasmo, además de que la convivencia con los pacientes nos hacía conocerlos más, platicábamos acerca de sus manejos y de las áreas de oportunidad que encontrábamos para cada uno de sus manejos individualizados.

Además de las actividades propias del taller, realizábamos ingreso de nuevos pacientes a la UNEME, todas las consultas eran con previa cita, así que se tomaba un tiempo considerable para cada paciente, dentro de los formatos necesarios para su ingreso teníamos que llenar una historia clínica detallada con una exploración física minuciosa, así como interpretación de estudios paraclínicos. En realidad eran pocos los pacientes que ingresábamos por semana, por lo que nos turnábamos para realizar los ingresos y esta parte resulto bastante provechosa para nosotros. Como sabemos, México es uno de los países con más prevalencia de *Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus 2* y todas las demás enfermedades crónico degenerativas que conforman el síndrome metabólico, por lo que es común encontrar a pacientes en la consulta que acudan por este motivo, además de que sin importar la especialidad que elijas, siempre existe la posibilidad de que tus pacientes tengan como comorbilidad alguno de estos padecimientos, por lo cual es de vital importancia conocer los manejos específicos para cada uno de ellos y las condiciones a tomar en cuenta a la hora de modificar un tratamiento, entre otras cosas. Usualmente, en los consultorios de *Medicina General* en el primer nivel de atención se cuenta con un límite de tiempo para la realización de la consulta debido a la alta demanda de pacientes. Sin embargo, en la UNEME no es así, ya que el máximo de pacientes programados para ingresar por día es de 5 (en un buen día), pero por lo general sólo llegan uno o dos, por lo que contábamos con una hora y media para el ingreso de cada paciente, con lo cual tenías la libertad de preguntar todo lento, de practicar la exploración física de manera intensiva, desde el cabello hasta la punta del dedo del pie, podías indagar en todos los factores que influían en la morbilidad del paciente, ver el panorama completo, además de exponer los mejores casos en las sesiones académicas diarias para complementar y discutir el manejo del paciente, y así realmente podía aplicarse un trabajo en equipo, lo que fue muy gratificante.

Sin embargo, había días muy poco productivos en los que algunas personas del personal querían utilizar ese tiempo para emplearnos en tareas administrativas

rezagadas u ordenando expedientes del archivo, si bien resultaba mejor realizar esas actividades que no hacer nada, la realidad es que es mucho mejor aprovechar el tiempo. Yo sé que las personas siempre dicen que uno debe estar *dispuesto* a trabajar, pero para mí aplica siempre y cuando se trate de un trabajo de mi área, por lo que decidimos ayudar en algunas ocasiones, pero después nos negamos y decidimos ponernos a estudiar, todo ese tiempo que no pudimos estudiar en el internado.

El mes de marzo tuve mi rotación por la *Clínica Comunitaria Mixquic* la cual está ubicada a un costado de la UNEME, por lo que por las mañanas asistía a las clases y posteriormente iba a la clínica para dar la consulta. Las primeras dos semanas estuve solamente de apoyo en el consultorio de una médica pediatra, fue provechoso, pero un poco tedioso ya que estaba acostumbrada a comenzar a realizar el trabajo por mi cuenta, aunque igual los niños son una población totalmente distinta por lo que no dudé en aprovechar los conocimientos de la doctora y sus recomendaciones para consulta, de igual modo me instruyó acerca del llenado de formatos necesarios para reportar la productividad diaria, el llenado de recetas, solicitudes, etc. Las próximas dos semanas fueron de consulta, sin embargo, tampoco fueron del todo provechosas, ya que los médicos de base tenían sus motivos de consulta pre-establecidos y a mí me enviaban todo "*lo que nadie quería ver*". Yo sé que hay cosas en medicina que pueden resultar tediosas para algunos, y para todos los médicos de esa unidad eran las *mordeduras de perro*. Y no era precisamente porque les disgustara, pero requería el llenado de muchos formatos para reporte epidemiológico, además de que tenías que realizar una curación de la herida en caso de ser necesario y usualmente los pacientes eran niños. Al final del día me volví especialista en vacuna anti-rábica y eso no me molestaba, sin embargo, mi aprendizaje se limitó únicamente a ese padecimiento, No sufrí porque solo fueron dos semanas, pero habría sido lamentable tener que rotar ahí los cuatro meses o peor aún, por todo un año. Esa resultó ser en este caso específico una ventaja del sistema rotatorio.



Aplicando la vacuna de *Sabin* en la Primer Semana Nacional de Vacunación 2019

Durante esta rotación asistimos a dos campañas de vacunación, la primera fue en la *primera semana nacional de vacunación* en la cual aplicamos la vacuna de *Sabin* y la segunda fue una *campaña de vacuna anti-rábica para perros y gatos*. Me resulto impresionante ver lo extensas que son las familias en esta comunidad además de que tienen demasiadas mascotas, llegué a ver casas hasta

con 10 perros y son personas de muy escasos recursos, pero procuran al menos mantenerlos vacunados y desparasitados por lo que fueron muy participativos en esta campaña.

Mixquic fue mi primer contacto con el Servicio Social y no podría decir que fue del todo malo, simplemente marcó la pauta de lo que sería el resto del año para mí, me llevo muy buenas experiencias tanto personales como profesionales, las personas son muy agradecidas y los pacientes son muy cumplidos si sabes cómo hablar con ellos, enseñarles con sus propias palabras y en ocasiones simplemente necesitan que alguien los escuche, sentirse en confianza y de este modo, te brindan información valiosa para entender la patogenia de sus enfermedades.

De vuelta a los días hospitalarios

La segunda rotación fue en el *Hospital Materno Infantil Tláhuac* ubicado en el paradero Tláhuac, a 10 minutos aproximadamente de la estación de Metro Terminal Tláhuac, por lo que empezaba con la ventaja de que al menos el tiempo de traslado ya no era tan extenso.

La primera vez que estuve en contacto con un hospital materno infantil, fue en segundo año de la carrera en el *Materno Infantil Xochimilco*, por lo que tenía una idea de cómo funcionaría esta unidad. Sin embargo, todos los hospitales tienen sus peculiaridades, en el caso de este hospital, era que no contaba con *Médicos Internos de Pregrado* ni *Residentes* de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, ni Pediatría. Por lo que todas las actividades del hospital las ejecutaban los *Médicos Adscritos* al servicio de Ginecología, que estaban en la Unidad Tocoquirúrgica, los médicos generales que se encontraban en el área de urgencias y hospitalización, y había dos pediatras en el turno matutino, uno de ellos cubría el área de cunero patológico y urgencias mientras que el otro estaba a cargo de recibir a los pacientes en la unidad Tocoquirúrgica y de los pacientes de alojamiento conjunto. El hospital también contaba con un área de consulta externa para los servicios de Ginecología y Obstetricia, así como la clínica de colposcopia, planificación familiar y clínica de lactancia, pero nuestra rotación no incluía estos últimos servicios. Únicamente rotábamos por Urgencias, Hospitalización, Tocoquirugía y Pediatría, una por cada mes de nuestra rotación.

El primer servicio que me asignaron fue Hospitalización. Cuando yo realicé el internado el área de *Ginecología y Obstetricia* era la más pesada en cuanto a la demanda de pacientes, nacían en promedio 8 bebés por turno, el área de hospitalización contaba con aproximadamente 45 camas censables que estaban siempre llenas, por lo que me sentí muy cómoda al saber que ese sería el primer servicio por el que rotaría, estaba familiarizada con la papelería y el protocolo a seguir tanto para el egreso, ingreso y evolución de las pacientes en puerperio inmediato, me resultó fácil acoplarme al sistema de trabajo, sin embargo, el médico adscrito con el que nos enviaban a rotar, se encargaba únicamente de los puerperios post cesárea por lo que pronto se volvió tedioso, eran únicamente 11 camas por lo que terminaba mi trabajo a la mitad del turno y se me acababa el quehacer, por lo que opté de nuevo por ponerme a repasar temas, principalmente aquellos enfocados al área, ya que mi siguiente rotación era "*la toco*", y aunque estaba familiarizada con los procedimientos, ya había pasado casi medio año desde la última vez que los había practicado.

Cuando entré por primera vez a *la toco* lo primero que noté es que era mucho más pequeña que la de otros hospitales en los que había estado, contaba únicamente con dos camas de expulsión y un quirófano para los procedimientos ginecológicos. Inicialmente había dos médicos adscritos encargados, uno de ellos se abocaba a las urgencias y a las cirugías programadas y el otro se enfocaba en vigilar a las pacientes en trabajo de parto, los partos como tal y el puerperio inmediato. La realidad es que había una muy buena dinámica de trabajo, por lo que los médicos se repartían el trabajo equitativamente y los pasantes que estábamos en el servicio hicimos lo mismo, nos alternábamos ingresos, notas, procedimientos y partos.



Con el equipo quirúrgico del HMIT
como segundo ayudante

En un turno muy agitado atendíamos un máximo de ocho partos, eso era el mínimo del hospital de mi internado, por lo que de nuevo aproveché para realizar todo de manera más minuciosa, traté de enriquecer mis ingresos, mis historias clínicas, ser más específica y profunda en mis interrogatorios, realizar las revisiones conforme las normatividades, realizar comentarios acerca de la patología y/o condición de la paciente en los ingresos, en ocasiones los médicos nos coordinaban exposiciones de temas que veíamos con recurrencia en la unidad, de nuevas terapéuticas, en realidad fue extremadamente enriquecedor, los médicos nos dieron la confianza y la libertad de ejercer la medicina como mejor sabíamos o creíamos hacerlo, nos realizaban correcciones y complementaban nuestro conocimiento, el ambiente de trabajo era muy relajado aunque estuviéramos con las camas llenas de pacientes, porque éramos suficientes personas para atender a los pacientes. En ocasiones, nos quedamos sin suministros, pero eso es algo común en todos los hospitales, cada uno tiene sus propias carencias, pero los familiares se mostraban muy cooperadores cuando solicitábamos algún material para sus pacientes. Mi experiencia en esta rotación dio un giro de 180° a todos los conceptos previos que yo tenía, pero más allá de eso, fui mucho más feliz, lo disfruté muchísimo.

Definitivamente mi parte favorita fue volver al quirófano, desde el internado se convirtió en uno de mis lugares favoritos para estar. Además de que durante mi rotación como MIP no tuve la oportunidad de entrar a alguna cirugía de Ginecoobstetricia ya que en mi hospital había residentes desde primero hasta cuarto año, así que los "R2" eran los que operaban, nosotros nos limitábamos a realizar solicitudes de tipe y cruce para transfusión cuando era necesario. Por lo que no desaproveché la oportunidad de asistir en múltiples procedimientos, inicialmente en salpingoclasias, así como en cesáreas, miomectomías, histerectomías, etc. Todos los médicos eran muy profesionales y fue muy placentero aprender de ellos, como en cualquier otro lugar el trato siempre va a ser recíproco y en lo que respecta a lo académico, ellos están dispuestos a enseñarte siempre y cuando vean tu compromiso y tu interés.



Primer ayudante en procedimiento de cesárea en el HMIT

Te das cuenta que realmente no sabías nada, por más procedimientos que realices, no importa cuánto los repitas si no analizas la lógica del porqué de cada intervención, la medicina siempre tiene algo nuevo que enseñarte, solo debes mantener una actitud humilde y receptiva al aprendizaje, siempre puedes ser un poquito mejor que antes.

Mi penúltima rotación fue en el servicio de Pediatría, en general, dentro de la rama médica, son contados aquellos que se apasionan por la Pediatría. Es uno de los servicios que odias o amas. En mi caso, yo lo detestaba, nunca tuve buenas experiencias rotando en este servicio ni como pasante ni como interna. De algún modo, la Pediatría es una especialidad que no es para todas las personas, definitivamente no para mí, los casos que involucran niños me generan mucho conflicto. Iniciando por que formo parte de una generación en la que crecimos viendo las consecuencias de la sobrepoblación, las consecuencias en la salud tanto física como mental que tiene en los niños la falta de cuidado de los padres; seguido del hecho de que soy demasiado sensible a todo aquello que está asociado al sufrimiento de los niños, no porque haya tenido problemas en la infancia (que yo recuerde), sino todo lo contrario, tuve una infancia tan feliz que creo que todos los niños y niñas lo merecen, es básico para un crecimiento y desarrollo adecuados. Es por eso que me conflictuaba el hecho de ver a niños con tanto sufrimiento y en ese momento olvidaba que yo era la doctora y me convertía

en un ciudadano más sufriendo por la situación de otro ser humano. Entonces, no estaba muy emocionada por llegar a este servicio, sin embargo, tuve la fortuna de encontrarme con una pediatra muy noble y muy buena en su trabajo, que además es docente de Medicina en una universidad, por lo que ella me enseñó la parte bonita de la pediatría, que no todo era tan dramático, debido a que las circunstancias eran distintas, la mayoría de las veces todo salía bien y nuestro trabajo era únicamente acompañar y darle la bienvenida a los recién nacidos, y si algo se llegaba a complicar la *Dra. López* lo tenía todo bajo control. Hubo casos trágicos, por supuesto, pero aprendí que se vuelve un poco menos pesado si sabes que de alguna manera puedes mitigar ese sufrimiento en los bebés que no debería existir, además de que son seres muy fuertes y resistentes con una



capacidad de recuperación impresionante, hice las paces con la pediatría y de paso aprendí y reforcé mucho conocimiento.

Para mi última rotación volví a la unidad Tocoquirúrgica, a dos pasantes nos tocó repetir la rotación y yo encantada de la vida, disfruté muchísimo estar de nuevo en el hospital, hicimos muy buen *match* con el equipo de trabajo, así que fue muy

difícil despedirnos, era difícil imaginar el hecho de que alguna otra rotación superara el hospital, me lamentaba mucho por tener que volver a la consulta y dejar de nuevo el quirófano, de entrada por ese simple hecho ya me disgustaba la

próxima rotación, ^{rotación neonatal, neonatal, neonatal, neonatal} desventaja del rotatorio, porque ahí si me quedaba todo el año sin problema, ojala la última rotación hubiese sido a libre elección. De algún modo iba a sufrir de nuevo la transición del ritmo de trabajo, pues si bien el hospital no era tan caótico, si había muchas más tareas en las que ocuparse y los días se pasaban rápido así que de un día para otro llego el último de la rotación a finales de septiembre, para llegar al “último escalón”.



Equipo de ginecología y pediatría del HMIT

Santa Catarina Yeca... ¿qué?

De las dos sedes previas en las que roté, fue fácil conseguir referencias por que más de uno de mis conocidos tenían noción de donde se localizaban, pero Santa Catarina fue la excepción. No sabíamos nada más que era un centro de salud muy *especial*.



Cartel de entrada del Centro de Salud de Santa Catarina

Santa Catarina Yecahuizotl, al igual que Mixquic, forma parte de los pueblos originarios de Tláhuac, cuenta con 10,838 habitantes y definitivamente cuenta con un centro de salud muy especial.

Es la única clínica especializada en medicina integrativa en la ciudad de México que además de contar con consultorios de *medicina general alopática*, cuenta con consultorios de Fitoterapia, Homeopatía, Acupuntura, Medicina Tradicional Mexicana, así mismo cuenta con un temazcal dentro de sus instalaciones donde se realizan sesiones mensuales para pacientes con distintas patologías.

Cuando me enteré de todo ese contexto pensé que esta iba a ser una muy mala rotación, inicialmente por que involucraba la consulta y además los pacientes utilizaban lo que a mi entender era *medicina alternativa*, entonces, además de que iba a dar consulta, iba a ir dirigida a los pocos pacientes que creyeran en la medicina alopática. Pude imaginarme todo el tiempo que pasaría en la unidad sin hacer nada, y en ese momento ya estaba predispuesta a que serían unos muy malos meses.

Esta vez el tiempo de traslado era de aproximadamente 45 minutos, no estaba tan cerca como el Hospital, pero tampoco tan lejos como Mixquic. Tomaba una combi que salía desde la estación de Metro Terminal Tláhuac, con dirección a *San Miguel/Covarrubias* o *María Isabel* y eran aproximadamente 15 a 20 minutos desde el metro.

La primera impresión que tuve de Santa Catarina es que era más pequeño que Mixquic (aunque prácticamente tienen la misma extensión territorial), es un pueblito que está ubicado a las orillas de una avenida que se incorpora a la carretera *México-Puebla*, en realidad, es la última comunidad antes del *Estado de México*, la entrada a la comunidad no era muy bonita, pero cuando entré al Centro de Salud pude notar que era distinto, inicialmente por que en la parte posterior se podía observar un gran jardín y había un olor en particular que no podía identificar. La persona que nos recibió fue *Maribel*, ella es una ex promotora de salud, que ahora funge como secretaria de la dirección del centro de salud y además forma



Temazcal ubicado en las instalaciones del Centro de Salud de Santa Catarina

parte del equipo de trabajo de *Medicina Tradicional Mexicana*, nos platicó que llevaba 6 años trabajando como tal en la unidad, es decir, percibiendo un sueldo, pero que llevaba mucho más tiempo contribuyendo con el Centro de Salud. Al principio no comprendía a que se referían con esa “*contribución*”, pero con el tiempo descubrí que era algo muy común aquí y que, como ella, había muchas personas que acudían al centro de salud a realizar actividades sin fines de lucro, con el fin de mejorar el estado de salud de la comunidad y de mantener “*vivo*” el Centro de Salud. *Bel* (que es como solíamos llamar a Maribel) nos dio un recorrido por la unidad, yo tenía la idea de que era muy pequeño, algunos compañeros que habían rotado aquí antes, nos habían contado que había muy pocos pacientes, que en una semana pesada de trabajo veríamos 8 como máximo. Esta rotación la compartí únicamente con una de mis compañeras de sede Inicial. Me sorprendí al

ver que las instalaciones no eran para nada pequeñas, además de que la sala de espera estaba llena de pacientes, llegué a pensar que estábamos en el lugar equivocado. Nos presentó con el personal de enfermería, archivo, trabajo social, el médico acupunturista, el fitoterapeuta, la homeópata, la psicóloga, las masajistas de *Medicina tradicional*, nos mostró un aula gigante que era el salón de usos múltiples, en la parte de atrás había un temazcal y efectivamente, un enorme jardín.

El primer mes, estuve de apoyo de la Dra. Guadalupe Martínez, homeópata. Me sorprendí al saber que ella era médica de profesión, desconocía totalmente la formación de los homeópatas, me explico en qué consistía su consulta, aprendí mucho del enfoque de interrogatorio que se lleva a cabo en este tipo de consultas, que va más allá de solo los signos y síntomas, si no la situación emocional en la que se desarrolla el paciente, es una atención muy integral, que nunca imaginé que se realizara de ese modo.

Ahora respeto mucho esa terapéutica, además de que la doctora tenía una muy buena relación con sus pacientes y de eso también se aprende. Después de ese mes, me uní a mi compañera que se encontraba entregando resultados de mastografías y citologías cervicales, en realidad sí teníamos bastante tiempo libre por lo que decidimos realizar nuestro proyecto de intervención.

Cuando me encontraba realizando mi rotación por el Hospital Materno Infantil hubo un cambio en la jefatura de enseñanza, la Dra. Luna renunció antes de que termináramos nuestra segunda rotación y en su lugar entró la Dra. Gabriela Vázquez Leyva, quien ya había estado previamente en el cargo, pero llevaba dos años en otro programa. Ella implementó las sesiones académicas de las que hablaré más adelante y nos solicitó la realización de un Diagnóstico de Salud y un proyecto de intervención como requisito para la liberación del servicio social. En una de las sesiones, nos explicó paso a paso qué debía llevar cada trabajo y de qué manera debíamos redactarlo. En ese momento estaba en el hospital y la carga de trabajo era mucho mayor que en una unidad de primer nivel, había muchos pacientes y debido a que ya habíamos cursado la mitad de la rotación no había tiempo suficiente para realizar el diagnóstico y mucho menos el proyecto. Mi compañera de rotación y yo, decidimos realizarlo en la última rotación, por la disponibilidad de horario y porque no teníamos otra opción en realidad, así que desde que llegamos a santa Catarina empezamos a realizar el diagnóstico de salud.



Exposición de "Alimentación en el paciente diabético"

Reto 10

Dentro de las actividades a realizar en el centro de Salud, el director solicitó el apoyo para asistir a una escuela primaria que se encontraba cerca de la unidad, con el fin de realizar la detección oportuna de Sobrepeso y Obesidad en niños de 5 a 12 años. Fueron en total 534 niños, los cuales fueron pesados, medidos, se realizó el cálculo de su Índice de Masa Corporal y se percentiló de acuerdo a las tablas de IMC para niños y niñas de la Organización Mundial Para la Salud. Los resultados eran alarmantes, el 22.8% del total del alumnado padecía obesidad, los productos que se vendían en la escuela eran bombas de carbohidratos, hacía mucho tiempo que no asistía a una escuela primaria, pero de mis días de estudiante, no recuerdo que la incidencia de obesidad y sobrepeso fuera tal. Por lo



Medición de somatometría y registro de alumnos de la escuela primaria
Rafael Ramirez Castañeda

que, tanto para mi compañera como para mí fue clara la idea de la necesidad de una intervención en ese grupo de la población.

El director del centro de salud estuvo de acuerdo con nosotras y desde el principio nos apoyó, el proyecto consistía en una versión adaptada y mejorada de los talleres que habíamos realizado en Mixquic, solo que esta vez la población serían los niños, además de que realizaríamos la planeación previa de cada sesión por escrito y redactaríamos los resultados para poder analizarlos al final. Desde el principio estuvimos muy entusiasmadas por el taller, realizamos una investigación profunda de los factores sociales que incidían en la presencia de obesidad en los niños, así como de las áreas en las que podíamos realizar un cambio que tuviera una repercusión positiva en los niños. De los 534 niños diagnosticados, 122

padecían obesidad, se realizó una priorización de grados para facilitar la logística de la implementación del taller, además de que el 62.3% de estos niños cursaban cuarto, quinto y sexto grados, lo que corresponde a 76 alumnos. Se enviaron 76 invitaciones para participar en el proyecto y se realizó una junta informativa dirigida a los padres de familia donde se expusieron temas asociados a la *Obesidad Infantil*, el panorama mundial y la situación actual de la nutrición en los niños de esa escuela. El cupo se limitó a 30 pacientes, por cuestiones de espacio, sin embargo, solo se registraron 19 inscripciones, de los cuales asistieron únicamente 8 niños a la primera sesión. Es decepcionante al principio, para nosotras lo fue, queríamos suspenderlo, pero al mismo tiempo sabíamos que ya no teníamos tiempo para cambiar nada.

Realizamos llamadas telefónicas a los padres que habían inscrito a sus hijos para conocer el motivo de su inasistencia y decidimos realizar una sesión de recuperación para repetir la primera sesión a los chicos que se la habían perdido y asistieron dos más con los cuales reunimos diez chicos. La asistencia era variable, aproximadamente de 4 a 7 niños por sesión. Esta vez registramos todo, creamos herramientas de evaluación, al mismo tiempo que realizábamos la investigación para el *diagnóstico de salud*, creamos un cronograma que seguimos en tiempo y forma obteniendo buenos resultados, claro que pudo haber sido mucho mejor, habría sido importante seguir a los chicos en el tiempo, crear nuevos grupos para hacer comparativas, entre otras cosas. Dentro del proyecto redactamos las recomendaciones a seguir, esperemos que alguien se enamore del proyecto y lo retome y lo replique, tal vez las personas a las que se logra impactar no son las esperadas, pero hay que cambiar el enfoque y procurar hacer un cambio significativo, aunque sea en una sola persona.



De “Señoritas” a “Nutriólogas”

Al estar tan relacionadas con temas asociadas a la nutrición de los niños, muchos pacientes adultos comenzaron a solicitar orientación nutricional, además de que siempre formó parte del tratamiento no farmacológico que enviábamos a los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Empezamos a darle a la



Autoras del Reto 10 con el Dr. Xuan Zenteno Cuevas
Director del Centro de Salud de Santa Catarina

obesidad la atención que requiere y empezamos a tratarla como el padecimiento que es, y debido a que el centro de salud no cuenta con el servicio de nutrición, enviábamos a los pacientes planes nutricionales individualizados basados en sus requerimientos basales diarios, obviamente con un déficit calórico y reducido en grasa, para mejorar sus niveles y tratar de reducir la polifarmacia. Por este motivo, en el centro de salud empezaron a reconocernos como “las nutriólogas”, dejaron de llamarnos muchachas o señoritas

(porque nunca nos llamaban doctoras) para llamarnos *nutriólogas*.

Eso me obligó a investigar un poco más al respecto, para saber qué dieta era más apta para cada paciente dependiendo de sus comorbilidades y fue entonces cuando le encontré *sabor* a la consulta general. El tratamiento no farmacológico es algo que se debe implementar siempre antes del farmacológico y que deberá siempre coexistir con los demás tratamientos, hay una frase de Hipócrates que dice: “*Para curar a alguien primero pregúntale si está dispuesto a dejar las cosas que lo enfermaron*” y tal vez no sea literal la parte de la curación, pero al menos tendremos un paciente controlado con una mejor esperanza de vida, no se trata de cuantos años vayan a vivir, sino de cómo quieren vivir esos años.

Los gloriosos “Días UAM” / Las sesiones académicas

Desde que inició el internado, había dos días al mes designados a *Sesiones Académicas* que se realizaban en las instalaciones de la universidad, que corrían a cargo de la Dra. Carolina Martínez y el Dr. Gustavo Leal, ambos, eran nuestros *tutores* de estos trimestres correspondientes al internado. Y ellos se encargaban de entregar las calificaciones correspondientes a cada rotación a la entonces Jefa de Internado y Servicio Social, la Dra. Alejandra Gasca. En dichas sesiones se tocaban muchos temas relacionados a la *Medicina Social*, a la relación médico-paciente, en resumen, era una forma de orientarte conscientemente hacia el tipo de médico que querías ser. Hablábamos también de la situación actual de la medicina en nuestro país, de las aspiraciones del gobierno, eran un sinfín de temas que estoy segura que no tratan en una universidad de Medicina. Al principio no comprendía mucho la finalidad de estas sesiones, pero mucho de lo que aprendí de ellas, lo presencié o lo viví en el Servicio Social, así que además de ser un día muy feliz para todos los internos de la UAM porque suspendíamos nuestras actividades en el hospital y podíamos ver a nuestros compañeros que se encontraban en otras sedes, compartir nuestras experiencias y nuestros tips, inconscientemente comencé a crear un perfil de la médica en la que me quería convertir y del papel que fungiré de ahora en adelante como Doctora.

Al inicio del Servicio, me llevé la sorpresa de que no habrían más días UAM, que eran reservados únicamente para los Internos, incluso acudí en una ocasión a una de las sesiones impartidas por la Dra. Martínez y el Dr. Leal dirigida a sus nuevos internos, solamente como oyente, pero esas asistencias no eran justificadas en tu unidad de salud por lo que no pude continuar asistiendo.

Sin embargo, al realizarse el cambio de jefatura en enseñanza de la Jurisdicción, la doctora Gabriela tenía la misma propuesta, con un enfoque distinto, pero se trataban de sesiones académicas quincenales realizadas en las instalaciones de la jurisdicción Milpa Alta o en la UAM donde se tocaban temas asociados a las principales causas de morbilidad en la jurisdicción, sin embargo, la Dra. Gaby también tiene un enfoque muy social de la medicina, por lo que se complementó lo que había iniciado en el internado. En realidad, estas sesiones fueron de lo mejor de mi servicio social, en realidad creo que disminuyen a gran escala la presencia de *burn out* laboral, además de que te actualizas en información y aprendes sobre temas asociados a la sociedad en la que te desenvuelves. Creo fielmente que un buen médico, tiene que cumplir con el requisito de ser alguien que sepa mirar a su sociedad, que vea las necesidades que existen y en qué campo puede ser de mayor utilidad.

La Secretaría de Salud y el Sistema Rotatorio

Al haber cursado mi internado en una sede perteneciente a la Secretaría de Salud, conocía las implicaciones que tendría elegir una sede para el Servicio Social que formara parte de la misma institución. Al ser una institución dependiente directamente del gobierno, la SSA sufre muchos cambios, con cada situación por la que esté pasando el país o el gobierno en ese momento, por lo que usualmente son unidades de salud sobrepobladas, con instalaciones deficientes en equipo y en mobiliario, con falta de insumos para estudios de laboratorio y gabinete, así como de medicamento. Al mismo tiempo, debido a la sobrepoblación de pacientes, la exigencia de trabajo aumenta y, por si fuera poco, los pagos de las becas se retrasan o se modifican sin previo aviso. Como tal, mi sede formaba parte de los Servicios de Salud de la Ciudad de México que no es directamente la SSA, pero forma parte de. Así que estaba consciente que todo lo que antes mencione, podía suceder y así fue. El pago de la beca siempre llegó retrasado, no recibimos bonos de ningún tipo y la exigencia de trabajo, al menos en el hospital, era muy grande. Sin embargo, también estaba consciente de que trabajando para esta institución realmente podías ver el impacto que podías causar a las personas. La población de pacientes derechohabientes de la SSA usualmente son personas de bajos recursos, con muchas carencias en todos los aspectos de su vida, que por supuesto repercuten en su salud, por lo que el hecho de brindar tus servicios para darles una consulta y escucharlos, hace una gran diferencia, así que no me arrepiento en lo absoluto, dicen que una vez que llegas a la Secretaría nunca te vas, a mí me gusta más pensar que el espíritu de “Departamentera” (haciendo referencia al antes denominado departamento de salud ahora, Secretaría de Salud) es el que no me abandonará.

Con respecto al sistema de Servicio Social en la modalidad de rotatorio, hay muchas cuestiones que comentar. Primeramente, cabe destacar que debido a que esta modalidad fue recientemente incorporada hay muchas áreas de oportunidad para mejorar. Después, es necesario tener en cuenta que es poco tiempo y son pocas generaciones de este sistema para poder tener una opinión completa y certera, digamos que se encuentra “en desarrollo” y hay que abrir una ventada de oportunidad para aplicarlo y ver los resultados.

Esta modalidad, se adecuaba al sistema rotatorio aplicado en el programa de residencias de la SSA, por lo que previo al inicio de mi Servicio Social, muchos de los médicos residentes *rotantes* con los que tuve la oportunidad de trabajar, mencionaban como ventaja de este sistema, la oportunidad de volverte un médico versátil, adaptable a cualquier ambiente laboral, porque si bien es cierto que cada unidad de salud tiene protocolos establecidos para cada situación, con carácter médico o civil, sin embargo, la carga de trabajo, el universo de pacientes y el equipo con el que cuentas es primordial para el ejercicio diario de la medicina; otra

de las ventajas, es que de algún modo representa un reto el hecho de salir de la zona de *confort* cada determinado periodo de tiempo y esto a futuro, amplía tus conocimientos en muchas más áreas de la medicina; además de que como médicos en formación es de vital importancia que conozcamos todas las áreas posibles de la medicina para poder elegir en cual nos desempeñaremos en el futuro.

En lo personal, dentro de las ventajas que este sistema me brindó, se encuentran precisamente reforzar muchas áreas que no había practicado durante el internado, como es la reanimación neonatal en sala de labor, asistir en procedimientos como oclusión tubárica bilateral y operación cesárea, poder realizar interrogatorios e historias clínicas minuciosas en pacientes con padecimientos crónico-degenerativos y en el caso particular de mi rotación, poder conocer un poco de la medicina alternativa que todavía se implementa en México con mucha frecuencia y que puede tener resultados benéficos en el paciente como coadyuvante de su tratamiento.

Como parte de las desventajas, cabe mencionar que los tiempos de traslado eran muy extensos y el hecho de permanecer solamente por cuatro meses en cada rotación no hacía viable la opción de mudarme a cada sede. En la cuestión académica, un cuatrimestre es un periodo muy corto para poder realizar el estudio de una comunidad y al mismo tiempo aplicar un proyecto de intervención. Este periodo no es suficiente, en el caso de los pacientes, para darles un seguimiento como tal, cubríamos únicamente un trimestre del embarazo en el caso de las pacientes embarazadas, un solo control de hemoglobinas glucosiladas en nuestros pacientes diabéticos, por mencionar algunos ejemplos.

Así que en resumen, sí, me parece un buen programa, pero en lo personal considero que deberían eliminarse los cuatro meses de rotación por UNEME, la realidad es que es baja la matrícula de pacientes y el personal, al menos en Mixquic, es suficiente para atenderlos a todos, probablemente en un futuro cuando el número de pacientes aumente, sea necesario el apoyo de pasantes en esa unidad, pero en lo que a mí respecta, sentía que estaba de más mi presencia en la unidad, mi equipo de trabajo y yo, nos mostramos proactivos y procurábamos apoyar en todo lo que fuera posible, pero eso no representaba un aprendizaje significativo para nosotros, eran cuestiones administrativas que en realidad no vamos a repetir y el mismo caso se presentó con los compañeros que rotaban por UNEME CAPA. Desde mi punto de vista, sería más provechoso permanecer por un periodo de seis a ocho meses en el centro de salud, ya que de este modo podríamos realizar el diagnóstico de salud y el proyecto de intervención con un mayor margen de tiempo, así mismo podríamos darle una secuencia a nuestras consultas con los pacientes, en general, sería más provechoso y el tiempo restante rotar por el Hospital para mantenernos actualizados y no perder la práctica.

Conclusión...¿?

La medicina, es una ciencia cambiante, debido a que los condicionantes de salud y de enfermedad en cada población, también lo son. Este hecho, exige que la Medicina se mantenga en constante actualización y evolución, es por ello, que los planes de estudio de las universidades también se van modificando para crear perfiles de médicos que cubran con las necesidades de la población en cuestión a la salud. Así como en algún momento se creó el *Internado* como estrategia educativa o bien, como herramienta necesaria para la formación de buenos profesionales de la salud, se creó también el *Servicio Social* que además de ser una forma de retribución a la sociedad y el Estado, y un requisito obligatorio para obtener el título de licenciatura, es un año primordial en la formación médica, ya que abarca aspectos que van desde lo académico con el de aprendizaje, hasta la creación de una “personalidad profesional”. El Servicio Social es un año de aprendizaje en el que pasamos de la teoría y la práctica, a la aplicación, vemos la panorámica real de lo que se vive en el día a día y en los consultorios como personal de salud, nos vemos inmersos en un sistema de trabajo, en el que formamos parte de un eslabón de la cadena de atención médica y no podría imaginarme que esta parte de la formación de un médico, no existiera.

Sabemos que en generaciones previas los pasantes realizaban su Servicio Social en comunidades mucho muy alejadas de la ciudad, de las grandes ciudades en general, y de esta forma se aislaban totalmente y así adquirían una independencia en su ejercicio de la medicina que los hacía “madurar de golpe”, eran el médico de la comunidad, lo más cercano y lo único que los pacientes contaban para su atención en ese momento. Actualmente existen algunas plazas de ese tipo, pero ahora la tendencia se inclina más hacia plazas administrativas, de docencia, o investigación, y aunque la situación de seguridad y violencia en el país no permita que se aperturen más plazas en comunidades distantes, este sistema rotatorio puede ser una buena alternativa para mantenernos innovados y en constante renovación, tomando en cuenta lo antes mencionado acerca de las UNEME.

Ahora sí...Conclusión.

La experiencia del *Servicio Social*, como cada escalón en esta carrera, ha sido de vital importancia para mí, esta vez con aspectos que van más allá de lo teórico...Ahora comprendo las palabras de mis maestros que decían: *“Tienes que vivirlo”*. Definitivamente creo que cada quien hace de su servicio una experiencia placentera o todo lo contrario; eres totalmente responsable de aprovecharlo y practicar o de hacer lo mínimo indispensable esperando que se cumpla el plazo para concluir.

El futuro no es nada alentador, dentro de ese panorama al que puedes acceder estando en el *Servicio Social*, eres consciente de que la bolsa de trabajo no es precisamente lo que esperabas, que los sueldos y las prestaciones tampoco y de que hay un mundo de médicos compitiendo por algún lugar en alguna institución, por lo que considero que es un buen incentivo para tratar siempre de mejorar cada día para irnos acercando cada vez más a nuestras metas personales. Hay que *“Disfrutar el camino, no solo la meta”*.



Detecciones de Diabetes Mellitus en la Feria de Salud de San Andrés Mixquic

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil consultado el 14 de octubre de 2019 en <http://www.who.int/childgrowth>
2. Secretaría de Salud del DF: ¡Educación para la Salud! Por la Educación para la Salud de los Niños y las Niñas de la Ciudad de México. Gobierno de la Ciudad de México. Servicios de Salud Pública del DF. 20 de noviembre de 2013
3. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gaona-Pineda EB, et al. Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 . *Salud Pública Mex* 2018;60:244-253
4. Comisión para acabar con la obesidad infantil. Datos y cifras sobre obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2019.
5. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 2015; 385(9986): 2510-2520.
6. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México, 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, Informe Final, Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
7. Fernández CS, Montoya NY, Viguri UR. Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. *BolMed Hosp Infant Mex*. 2011; 68 (1: 79-81)
8. Wollenstein-Seligson D, Iglesias-Leboerio J, Bernardez-Zapata I, et. al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en un Hospital Privado de la Ciudad de México. *Rev Mex Pediatr* 2016; 83(4): 108-114
9. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 2015; 385(9986): 2510-2520.
10. Domínguez-Vásquez P., Olivares S., Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. Vol 8 Tercera Edición. 2008.
11. Benton D. Role of parents in the determination of food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obesity* 2004; 28:858-869.
12. Pierre Viro. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: El papel de los padres. Organización Mundial de la Salud. 2019.
13. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Méndez-Gómez-Humarán, et al. La obesidad en niños mexicanos en edad escolar se asocia con el consumo de alimentos fuera del hogar: Durante el trayecto de la casa a la escuela. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2011; 61 (3): 288-295.
14. Mazur A. Radziewicz-Winnicki I (2015). Obesidad y medios de comunicación. En M. L. Frelut (Ed.). *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity* de

15. Kaiser Family Foundation: Generation M2: Media in the lives of 8- to 18-Year-Olds, Kaiser Family Foundation 2010
16. Nairn, A., & Fine, C. (2008). Who's messing with my mind? The implications of dual-process models for the ethics of advertising to children. *International Journal of Advertising*, 27(3), 447-470.
17. Jackson CH, Brown JD., Pardun CJ: A TV in the Bedroom: Implications for viewing habits and risks behaviours during early adolescence, *Journal of broadcasting and electronic media*. 2008; 52(3): 349-367.
18. McGinnis JM, Appleton J., Krook V., eds. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? Washington DC. Institute of Medicine. National Academy of Science, 2006.
19. Sancho Castaño, Ane Influencia de la publicidad alimentaria en la obesidad infantil entre niños de 10 a 15 años. Universidad del país Vasco. 2017-2018. Pág 21-22.
20. Pérez-Gil Romo SE. Cultura alimentaria y obesidad. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, *Gac. Méd Mex* Vol 145 No. 5, 2009.
21. Muñoz F., Alzate Arango C. Obesidad Infantil: Un nuevo enfoque para su estudio. *Salud uninorte* Vol. 33, Número 3. Barranquilla Colombia. 2017. Pág. 492-503
22. Rivera Donmarco JA., Hernández Ávila M., Valdillo Ortega F. Obesidad en México: Recomendaciones para una política de estado. México: Dirección general de publicaciones y fomento editorial; 2012.
23. Organización Mundial de la Salud: "Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO fórum and technical meeting, Ginebra, 15-17 Diciembre 2009
24. Nutrición y desarrollo: Foro Internacional sobre políticas de combate de la obesidad [Internet disponible en: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/>
25. Ding W, Cheung WW, Mark RH. Impact of obesity on kidney function and blood pressure in children. *World J Nephrol*.2015; 4(2): 223-229.
26. Perea Q.R, Bouche P.H. Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo. Díaz Santos, España, 2004.
27. Robles M. Prensa y educación para la Salud en la escuela. *Comunicar* 1996; 6:94-99.
28. Cuevas L., Mundo V., Schamah T., Ávila MA (2010). Programas de mejoramiento dentro de las escuelas. Instituto Nacional de Salud Pública, México 2010.

29. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Escuela y Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, México, 2006.
30. Ponce E. Programa de acción en el contexto escolar. Secretaría de Educación Pública, México, 2010.
31. Macías M., Gordillo S., Camacho R. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Rev Chil Nutr Vol. 39 (3): 40-43. Santiago, 2012.
32. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia sanitaria Internacional. Nueva York 1946.
33. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shangai, China, 2016.
34. Valadez, Villaseñor, Alfaro. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Revista de Educación y Desarrollo, 1. Enero-Marzo 2004
35. Datos y cifras de obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. 16 de Febrero 2018.

ANEXO 2 Oficio Petitorio



Ciudad de México, a 29 de octubre de 2019

Asunto: Solicitud de junta de padres de familia

No. 1002/677/2019

Profesor Miguel Ángel Arellano Santos

Director de Escuela Primaria Rafael Ramírez Castañeda TM

P R E S E N T E

Por medio del presente, le reitero un cordial saludo y a su vez me permito solicitar la convocatoria a una junta de padres de familia para el día 31 de Octubre del año en curso, en el horario de 11:30 a 12:30 hrs, con el objetivo de brindar información para prevención y promoción de la salud nutricional con respecto a la tasa de obesidad infantil, reportada con base en los resultados de diagnóstico de salud, el cual se llevó a cabo en el periodo de 14 de Octubre a 22 de Octubre del año en curso, se anexa la correspondiente justificación y datos estadísticos.

Esperando poder continuar trabajando juntos por la salud y la educación de los alumnos de su plantel, le solicito su autorización para llevar a cabo la actividad antes mencionada. Sin más por el momento, quedo a la espera de su respuesta y agradezco su amable atención.

A T E N T A M E N T E

M.C. Xuan Zenteno Cuevas

Director del Centro de Salud TII Santa Catarina Yecahuitzotl

ANEXO 3 Sesiones Descriptivas

Primera Sesión:

07/11/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Presentación equipo de trabajo

Bienvenida al proyecto “Reto 10” a los asistentes, así como presentación individual del equipo de trabajo.

13: 10 Presentación de integrantes Reto 10

De manera individual se solicitó a los participantes presentarse; nombre, edad, actividad que les gusta realizar.

13: 30 Evaluación inicial Obesidad y autoestima

Cuestionario de 5 preguntas referentes a conocimientos de obesidad y autoestima (Anexo 5)

13: 50 Introducción Reto 10

Breve explicación acerca del programa y actividades que se llevarán a cabo, constituido por 10 sesiones semanales las cuales abordarán temas de nutrición, ejercicio y psicología distribuidos en 4 secciones por sesión:

1. Ilumínate: Contenido teórico
2. Mente sana, cuerpo sano: Dinámicas psicológicas enfocadas al apego del tratamiento y creación de hábitos en el paciente.
3. Actívate: Rutinas de ejercicio
4. Taller práctico para aplicación de conocimientos teóricos proporcionados en las sesiones.

14: 10 Mente Sana, cuerpo sano: Sensibilización: ¿Por qué estamos aquí?

Orientación y explicación del motivo por el cual los participantes son candidatos a ser partícipes del programa, así como su relevancia e impacto en su salud física y emocional. Proyección de video “¡Ni un Poncho más!” (<https://www.youtube.com/watch?v=XtBdghJMX40>)

14: 40 Ilumínate: Exposición Obesidad Infantil

Presentación Power Point acerca de Obesidad Infantil, abordando temas como Definición de obesidad infantil, etiología, factores de riesgo, cálculo y definición de índice de masa corporal, clasificación de diagnóstico nutricional de acuerdo a

índice de masa corporal, consecuencias de obesidad y métodos para prevención y cambios de estilo de vida como tratamiento para obesidad infantil. (Anexo 4)

14: 45 Taller: Cálculo de su IMC y Tarea cálculo de IMC a 4 familiares:

Como actividad extracurricular se solicitará calcular el índice de masa corporal de 4 familiares, así como otorgarles su diagnóstico nutricional y otorgar a los mismos, recomendaciones para mantenerse o lograr un índice de masa corporal dentro de parámetros normales

15: 00 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Segunda Sesión:

14/11/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Tribuna libre acerca de “Reto”

Bienvenida al proyecto “Reto 10” a los asistentes nuevos, así como retroalimentación y comentarios acerca de la experiencia en su primera semana con el reto semanal establecido de manera individual, exponiendo dudas, preguntas, limitantes y beneficios que obtuvieron con el mismo.

13:15 Presentación de resultados de tarea asignada

De manera individual se solicitó a los participantes presentar los resultados obtenidos en su tarea “IMC familiar”, compartiendo su estado nutricional y el consejo nutricional que otorgaron a cada uno.

13: 30 Ilumínate “Nutrición Parte 1”

Clase teórica con material de apoyo en presentación Power Point (Anexo 4) comprendiendo los siguientes rubros:

- Grupos de alimentos
- Plato del bien comer
- Importancia de las porciones

13: 50 Taller “Encuentra y clasifica”

Ejercicio obtenido del libro didáctico “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México”

Capítulo 1 Pág. 20 Actividad: Encuentra y clasifica. (Anexo)

Se clasificó en cuadros los grupos de alimentos como conocimiento aplicado de acuerdo a la sesión teórica “Ilumínate”.

14: 10 Actívate

Se realizó actividad física recreativa con didáctica de “Congelados”

1. Se eligió dos jugadores encargados de “congelar”
2. El resto de los jugadores comenzaron a correr antes de que los “congelaran”
3. Se terminó el juego cuando todos se encontraban “congelados”
4. Los dos primeros “congelados” fueron los asignados a “congelar” en el siguiente juego
5. Estuvo permitido descongelar, al pasar entre las piernas de los “congelados”
6. Se prohibió empujar o lesionar entre jugadores

14: 30 Mente Sana, cuerpo sano

Proyección de video ¿Qué es la autoestima? Para niños PNCE (Programa Nacional de Convivencia Escolar). Créditos: SEP- CANAL ONCE- ONCE NIÑOS (https://www.youtube.com/watch?v=Y8aeE8_X4x0) posteriormente se dejó tribuna libre para exponer opiniones acerca del video.

14: 45 Meditación

Antes de iniciar la meditación guiada se explicó a los pacientes el modelo biopsicosocial, basado en las 3 esferas que constituyen la definición de salud de acuerdo a la OMS, con la finalidad de comprender la importancia de su bienestar mental y social sobre su salud.

Posteriormente se colocó a los pacientes en círculo y se pidió cerrar los ojos, se colocó música instrumental de fondo y se inició la sesión de meditación.

Descripción de la actividad:

Cierra tus ojos... empieza a sentir tu cuerpo, siente tu espalda, tu dedo chiquito del pie, tus manos, relaja todo tu cuerpo, si es necesario, acomódate, haz que todas las partes de tu cuerpo estén en una posición agradable.

Iniciamos con una respiración, inhala y exhala, repite, inhala, exhala, una última vez, más profunda, que tus pulmones se llenen de aire, inhala, sostén 2 segundos, exhala.

Junta tus manos, e inicia por felicitarte, por estar aquí, por dar el primer paso, felicita tu cuerpo por esta primera semana y a tu mente por no perder ese compromiso contigo mismo.

Coloca tus manos sobre tus piernas, inhala y exhala, imagina que estás dentro de una habitación blanca, toma tus codos, inhala y al exhalar aprieta, como si te dieras un abrazo, piensa en todo lo que tu cuerpo te ha dado y agradécele y pídele perdón por todas las veces que no lo trataste con amor, por cada vez que lo dejaste sentir sed, sueño, hambre, por cada vez que no lo dejaste ir al baño, cuando lo necesitaba, y también por todas las veces que lo alimentaste con comida chatarra, tu cuerpo NO es un bote de basura, al que puedes meterle cualquier cosa, tu cuerpo te ha llevado al lugar más bonito que conoces, te ha llevado a los brazos de la persona que más amas, te ha dejado bailar, cantar, correr, jugar, reír.

Regresa a juntar tus manos, inhala y exhala, ahora extiende tus brazos hacia los lados y busca las manos que también te están buscando, sostenlas, esas manos pertenecen a otro cuerpo, que como tú está motivado, está decidido, pásale buena energía y recibe la energía que te pasan, piensa que no estamos solos, todos somos un equipo, todos vamos a trabajar juntos para sentirnos más felices, para sentirnos con más energía, para ser más saludables y aun cuando seamos pequeños, podamos ser un ejemplo a seguir para toda nuestra familia.

Suéltense de las manos y tomen una posición cómoda, ahora vamos a recordar que, en este mundo, no existe nadie como tú, nadie con tu voz, nadie con tu risa, nadie con tu inteligencia ni tus habilidades en el baile o en futbol o para cantar o tocar un instrumento, recuerda que eres único, ahora repite en tu mente; me amo y amo mi cuerpo por eso, voy a cuidarlo como él me ha cuidado a mí (2). Inhala y exhala profundamente, inhala y exhala de nuevo, poco a poco estírate, mueve tus pies, tus manos, tus brazos y ve abriendo poco a poco tus ojos, regálale una sonrisa a la persona de frente y regálale un aplauso por el esfuerzo que está haciendo, a tu mami, papi o familiar que te trajo aquí el día de hoy, porque te ama mucho, mucho y quiere que siempre tengas salud y ahora regálale un aplauso a ti por estar el día de hoy aquí.

15: 00 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Tercera Sesión:

21/11/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Retroalimentación y revisión de Tarea

13: 15 Ilumínate “Actividad Física 1”

Clase teórica con material de apoyo en presentación Power Point (Anexo 4) comprendiendo los siguientes rubros:

- Definición de ejercicio
- Semáforo de la Actividad física
- Beneficios de realizar actividad física
- Importancia de realizar previo calentamiento
- Hidratación y actividad física
- Tiempo por edades destinado a actividad física
- Tipos de ejercicio
- Bebidas energizantes durante la actividad física

13: 40 Actívate

Se realizó actividad física recreativa con didáctica de Rutina aeróbica

7. Calentamiento
8. Saltos coordinados
9. Elevación de rodillas
10. Burpees
11. Sentadillas
12. Mountain climber
13. Enfriamiento

14:00 Mente Sana, cuerpo sano

Dinámica de empatía "Telaraña".

Materiales: Ovillo de lana

Desarrollo: Se colocaron a los niños sentados formando un círculo, el facilitador comenzó tomando el ovillo diciendo su nombre en voz alta y una característica suya que lo definiera, por ejemplo: "Mi nombre es Juan y me gusta mucho dibujar". A continuación, tomó una punta del hilo y pasó éste a un niño de manera aleatoria para que realizara la misma dinámica y así sucesivamente. Al finalizar, se formó una telaraña entre todos los niños, la cual simbolizaba la unión entre ellos.

Reglas: No pasar al compañero de al lado y/o lanzar el ovillo de manera agresiva.

14: 20 Taller

Ejercicio obtenido del libro didáctico “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México”

Capítulo 1 Pág. 25-26 Actividad: Hidratarlos y Autocuidado. (Anexo)

.15:40 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Cuarta Sesión: 28/11/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Retroalimentación y revisión de Tarea

13: 15 Ilumínate “Nutrición 2”

Clase teórica con material de apoyo en presentación Power Point (Anexo 4) comprendiendo los siguientes rubros:

- Recapitulación de nutrición 1
- Tipos de hambre
- Hambre emocional
- Lectura de etiqueta nutricional

13: 40 Taller

“Lectura de etiqueta” En la sesión anterior se solicitó a los pacientes traer un alimento empaquetado que consideraran “saludable”. Durante el taller se realizó la lectura del mismo, con los conocimientos aplicados de la sección “Ilumínate”. Haciendo énfasis en los alimentos que aun cuando son distribuidos como sanos, es necesario que previamente se realice la lectura d etiqueta para asegurarnos de que no sea en realidad de baja calidad nutricional.

14: 10 Actívate

“STOP” Nutricional

Cada paciente seleccionó un alimento que no es recomendable consumir con moderación o evitarlo, por ejemplo: Refresco, Dulces, Carbohidratos, Frutas amarillas, Pizza, Hamburguesa.

Posteriormente se colocó el nombre de cada uno en un papel bond y se colocó un pie dentro del alimento escogido, a continuación, uno de los pacientes exclama “Declaro la guerra a mi peor enemigo que es...”.

14:30 Mente Sana, cuerpo sano

Dinámica de empatía “Véndete”.

Desarrollo: Los pacientes tuvieron que crear un anuncio para venderse a ellos mismos, lo que les supondrá reflexionar sobre sus cualidades, para que los demás los “compren”, exponiéndolo enfrente de sus compañeros.

Reglas: No interrumpir al compañero en turno.

14: 50 Taller

Ejercicio obtenido del libro didáctico “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México”

Capítulo 1 Pág.16-17 ¿Cómo te sientes? Completar y pegar la cara que corresponda de la pág. 1 de la sección recortable.

15:00 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Quinta

Sesión:

05/12/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Retroalimentación

13: 15 Ilumínate “Creación de un hábito”

- ¿Qué es un hábito?
- ¿Cómo se forma un hábito?
- Tipos de hábitos
- Plan Nutricional (Definición, Estructura, Apego)

14: 10 Actívate

“Yoga de niños”

Se realizó actividad física de flexibilidad con ejercicios de yoga para niños, con previo calentamiento, se solicitó a las madres llevar una toalla o tapete para la dinámica.

14:30 Mente Sana, cuerpo sano

Dinámica de aceptación: “La silla caliente”.

Desarrollo: Un paciente se sentó en una silla, el resto va pasando por delante diciéndole qué le gusta de él o ella, o qué le hace sentir bien.

Previo a esta dinámica, se realiza una estrategia para que se conozcan un poco mejor entre ellos, poniéndolos en parejas frente a frente por un minuto y medio y posteriormente rotan con el siguiente compañero por el mismo tiempo.

Reglas: No interrumpir al compañero en turno.

14: 50 Taller

“Clasifica los alimentos” Dinámica para valorar el conocimiento de los tipos de macronutrientes en los pacientes. Por medio de una diapositiva en power point como herramienta, se colocaron los alimentos alrededor de una gráfica de pastel donde se clasificaron posteriormente en Carbohidratos, grasas y proteínas.

15:00 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanas.

Sexta Sesión:

12/12/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Retroalimentación

13: 15 Ilumínate “Plan Nutricional” (Anexo 4)

- Retroalimentación, ¿Qué es un plan nutricional?
- Importancia del plan nutricional
- Apego al plan nutricional
- MI plan nutricional (Se otorgó planes nutricionales individualizados de acuerdo a necesidades calóricas)

13: 45 Actívate

“Rutina aeróbica”

Se otorgó opción de rutina aeróbica de ejercicio a realizar en su hogar durante el periodo vacacional, en caso de no poder realizar alguna otra actividad física o deporte. La cual consiste en los siguientes ejercicios: (3 sets)

14. Calentamiento

15. Saltos coordinados

16. Elevación de rodillas

17. Burpees

18. Sentadillas

19. Mountain climber

20. Enfriamiento

14: 05 Taller

“100 mexicanos dijeron” Dinámica para valorar el conocimiento de los pacientes, de todo lo aprendido hasta el momento durante el curso. Por medio de una actividad por competencias, formando dos equipos de los cuales, pasaron uno por uno y el jugador con la respuesta más acertada, recibió un punto para su equipo, se realizaron las siguientes preguntas:

- ¿Qué es la obesidad? Acumulación excesiva de grasa corporal, por desequilibrio entre ingesta y gasto calórico.
- ¿Qué es el IMC? Cálculo para diagnóstico nutricional que consiste en peso entre talla al cuadrado
- ¿Qué color de frutas se debe tratar de evitar? Amarillas
- ¿Cuáles son los grupos de alimentos? Carbohidratos, Grasas, Proteínas
- Menciona al menos tres elementos a considerar al leer la etiqueta nutricional: Porciones, Calorías, Sodio, Azúcar, Fibra.
- Tipos de ejercicio: Aeróbico, Flexibilidad y Fuerza
- Menciona 2 beneficios de hacer ejercicio: Disminución de peso, aumento de autoestima, Mejora trabajo en equipo, mejora actividad corazón
- El hambre a veces se confunde con tener... SED
- ¿Qué es un hábito? Conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático
- El helado en qué color del semáforo de la alimentación se encuentra y cada cuánto hay que consumirlo: Rojo, una vez al mes
- Indica con tus manos la porción del queso
- Indica con tus manos la porción de azúcar
- Indica con tus manos la porción de frutas
- Indica con tus manos la porción de verduras
- Indica con tus manos la porción de alimentos de origen animal
- Indica con tus manos la porción de arroz o pasta

- Tiempo que debe realizar ejercicio un niño de mi edad al día: 60 minutos (1 hora)
- ¿Qué se debe hacer antes de iniciar a hacer ejercicio?
- ¿Quién puede tomar bebidas energéticas como Gatorade o Powerade? Atletas de alto rendimiento
- ¿Qué lugar ocupa México en el mundo en obesidad infantil? Primero
- ¿Cuántas comidas se hacen al día? Cinco
- Da dos ejemplos de colaciones: Pepinos con limón, gelatina, yogurth, una manzana, etc.
- Menciona lo único que está prohibido consumir: Refresco
- ¿A qué hora se debe desayunar? En la primera hora después de despertar
- Diferencias entre el hambre real y el hambre emocional: Hambre emocional: Instantánea, específica a un alimento

15:00 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Séptima Sesión:

03/01/2020

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Retroalimentación y revisión de Tarea

13: 15 Ilumínate “Complicaciones de la obesidad infantil”

Clase teórica con material de apoyo en presentación Power Point (Anexo 4) comprendiendo los siguientes rubros:

- Psicológicas
- Sociales
- Orgánicas:
 - Pulmonares
 - Renales
 - Gastrointestinales
 - Cardiovasculares
 - Endocrinas

13: 40 Taller

Examen teórico. Con la finalidad de evaluar el conocimiento aprendido durante todo el curso y la retención del mismo después del periodo vacacional.

- ¿Qué es la obesidad? Acumulación excesiva de grasa corporal, por desequilibrio entre ingesta y gasto calórico.
- ¿Qué es el IMC? Cálculo para diagnóstico nutricional que consiste en peso entre talla al cuadrado
- ¿Qué color de frutas se debe tratar de evitar? Amarillas
- ¿Cuáles son los grupos de alimentos? Carbohidratos, Grasas, Proteínas
- Menciona al menos tres elementos a considerar al leer la etiqueta nutricional: Porciones, Calorías, Sodio, Azúcar, Fibra.
- Tipos de ejercicio: Aeróbico, Flexibilidad y Fuerza
- Menciona 2 beneficios de hacer ejercicio: Disminución de peso, aumento de autoestima, Mejora trabajo en equipo, mejora actividad corazón
- El hambre a veces se confunde con tener... SED
- ¿Qué es un hábito? Conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático
- El helado en qué color del semáforo de la alimentación se encuentra y cada cuánto hay que consumirlo: Rojo, una vez al mes
- Indica con tus manos la porción del queso
- Indica con tus manos la porción de azúcar
- Indica con tus manos la porción de frutas
- Indica con tus manos la porción de verduras
- Indica con tus manos la porción de alimentos de origen animal
- Indica con tus manos la porción de arroz o pasta
- Tiempo que debe realizar ejercicio un niño de mi edad al día: 60 minutos (1 hora)
- ¿Qué se debe hacer antes de iniciar a hacer ejercicio?
- ¿Quién puede tomar bebidas energéticas como Gatorade o Powerade? Atletas de alto rendimiento
- ¿Qué lugar ocupa México en el mundo en obesidad infantil? Primero
- ¿Cuántas comidas se hacen al día? Cinco

- Da dos ejemplos de colaciones: Pepinos con limón, gelatina, yogurth, una manzana, etc.
- Menciona lo único que está prohibido consumir: Refresco
- ¿A qué hora se debe desayunar? En la primera hora después de despertar
- Diferencias entre el hambre real y el hambre emocional: Hambre emocional: Instantánea, específica a un alimento

14: 10 Actívate

“STOP” Nutricional

Cada paciente seleccionó un alimento que no es recomendable consumir con moderación o evitarlo, por ejemplo: Refresco, Dulces, Carbohidratos, Frutas amarillas, Pizza, Hamburguesa.

Posteriormente se colocó el nombre de cada uno en un papel bond y se colocó un pie dentro del alimento escogido, a continuación, uno de los pacientes exclama “Declaro la guerra a mi peor enemigo que es...”.

14:30 Mente Sana, cuerpo sano

Dinámica de metas “Semanas, meses, años”.

Desarrollo: Los pacientes dibujaron en un papel bond/cartulina, sus metas a corto, mediano y largo plazo respecto a su salud con el objetivo de concientizarlos a continuar con una vida saludable al finalizar el programa.

15:00 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Octava Sesión: 09/01/2020

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Retroalimentación de nutrición parte 1 y 2

13: 15 Ilumínate “Comer fuera de casa”

Clase teórica con material de apoyo en presentación Power Point (Anexo 4) con orientación acerca de qué tipos de alimentos u opciones más saludables dentro de las principales cadenas de comida rápida.

13: 40 Actívate

Se realizó dinámica de circuito de modalidad “Rally” con 5 estaciones. Se crearon dos equipos y el equipo que terminara primero sería el ganador.

Materiales: Dos Aros, tres botellas de agua, sacos o bolsas, dos pelotas de tenis, dos pelotas de ping-pong, dos cucharas, globos.

1. Aros: En fila se tomó de las manos cada equipo y sin soltarse pasaron en aro "hula-hula" por todo su cuerpo de un integrante a otro.
2. Boliche con cabeza: un integrante de cada equipo se coloca una pantimedia en la cabeza la cual dentro tiene una pelota de tenis, sólo con el movimiento de cabeza tiró 3 botellas de agua. Pasaron a la siguiente estación hasta que todos los integrantes tiraron sus tres botellas correspondientes.
3. Sacos: cada integrante pasó del punto A al punto B saltando dentro de un saco o bolsa que cubriera al menos hasta la cadera. Pasaron a la siguiente estación hasta que todo el equipo saltó hasta el punto B.
4. Que no se caiga: Uno por uno los integrantes tenían que llegar a la siguiente estación equilibrando una pelota de ping-pong sobre una cuchara sosteniéndola con la boca.
5. Globo: Todos los integrantes debían inflar un globo con la boca, hasta que éste tuviera el mismo tamaño que su cabeza, el primer equipo en inflar todos sus globos sería el ganador.

14:20 Mente Sana, cuerpo sano

Dinámica de empatía y reconocimiento de emociones "Estatuas".

Desarrollo: Se colocaron a los niños de pie formando un círculo, se reprodujo música y cada que esta dejara de sonar, cada alumno elegiría una expresión en su rostro que representara alguna emoción y otro compañero trataría de adivinar la emoción expresada. Con la finalidad de entender las emociones como parte normal y fundamental de la vida. Al finalizar se preguntó a cada uno qué emoción creen que predomina en su vida.

14: 40 Taller "Simulador comer fuera de casa"

Se establecieron dos estaciones, en las cuales cada integrante pasaría de manera individual, se colocó una situación de la vida real (Cumpleaños y 15 de septiembre) con las siguientes opciones de alimentos Cumpleaños:

* Tacos de guisado (chicharrón, tinga, alambre, pollo con mole, opción de una o dos tortillas)

* Bebidas (Limón, Jamaica, refresco)

* Pastel

* Gelatina * Dulces de la piñata

El objetivo de este taller sería determinar la capacidad de los alumnos para elegir las opciones más saludables en situaciones cotidianas de la vida.

15:00 Tarea de consolidación

Ejercicio obtenido del libro didáctico “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México”

Capítulo 1 Pág. 25-26 Actividad: Hidratarlos y Autocuidado. (Anexo)

15: 10 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Novena Sesión:

16/12/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Retroalimentación

13: 15 Ilumínate “Hambre emocional”

- ¿Qué hacer al identificar mi hambre emocional?
- ¿Qué es la ansiedad?
- Métodos de control de ansiedad y hambre emocional
- Alimentos permitidos en el hambre emocional
- Alimentos prohibidos en el hambre emocional

14: 00 Actívate

“Zumba de niños”

Se realizó actividad física aeróbica con bailes de diferentes ritmos para niños, con previo calentamiento.

14:30 Mente Sana, cuerpo sano

Dinámica de aceptación y autoestima: “Cofre del tesoro”.

Desarrollo: El facilitador escondió un espejo en una caja sin que los alumnos conocieran esta información y explicó que dentro de la caja existía un tesoro único, los alumnos abrieron la caja de uno en uno sin decir a nadie su contenido, al final el facilitador les pidió que dijeran en voz alta qué tesoro han visto y les preguntó por aquello que ellos creen que los hace único y especiales

14: 50 Taller

“Clasifica los alimentos” Dinámica para valorar el conocimiento de los tipos de alimentos permitidos y prohibidos en el hambre emocional. Por medio de una diapositiva en power point como herramienta, se colocaron los alimentos alrededor

de una gráfica de pastel donde se clasificaron posteriormente en adecuados e inadecuados.

15:00 Somatometría: Toma de peso, talla, índice de masa corporal y asignación de reto semanal

Décima Sesión:

30/12/19

Duración aproximada: 2.5 horas

13:00 Discurso de clausura de proyecto “Reto 10” Agradeciendo a los alumnos y padres de familia por haber concluido con éxito el curso.

13: 15 Taller “Lo que aprendí...”

A manera de retroalimentación cada alumno mencionará tres enseñanzas que adquirió durante el curso.

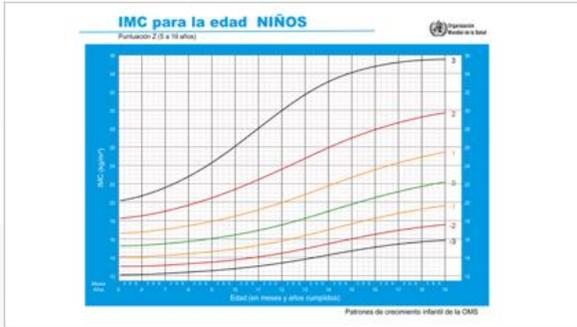
13:45 Aplicación de examen diagnóstico final de 5 preguntas

14:10 Mente sana, cuerpo sano

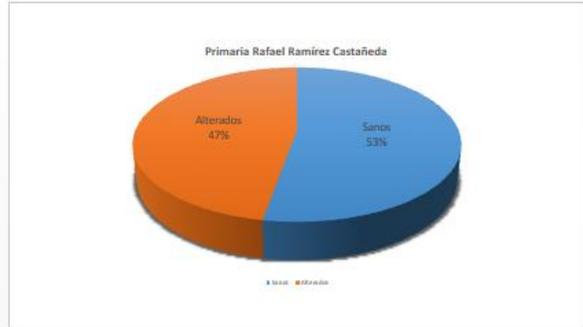
Se hará entrega de diploma de manera individual a cada alumno, manera de reconocimiento por la cualidad para la que mostraron mayor aptitud (puntualidad y asistencia, perseverancia, participación)

14: 50 Evaluación para retroalimentación del equipo de trabajo y el proyecto en general (Anexo 7)

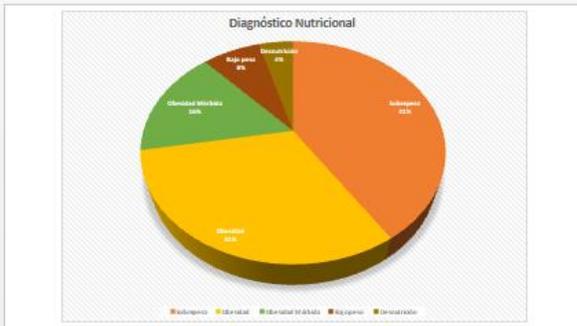
15:00 Clausura del evento con entrega de premio para alumno con mayor perseverancia reflejad en resultados de mayor pérdida de peso ponderal.



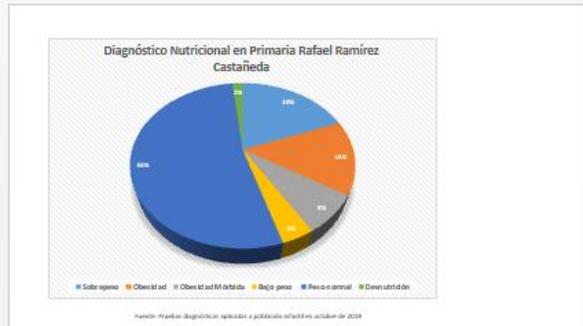
9



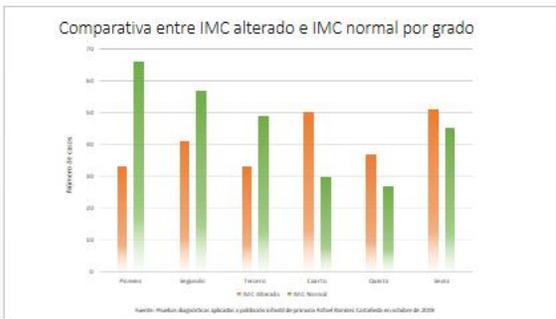
10



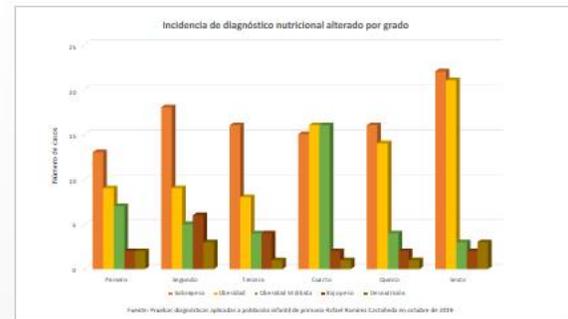
11



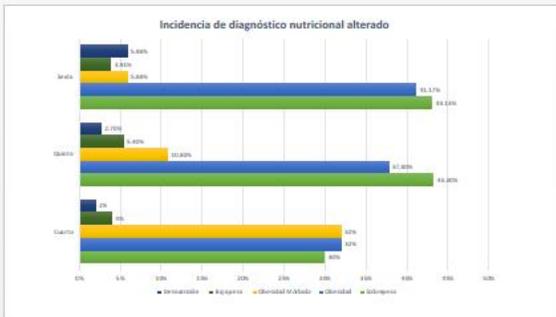
12



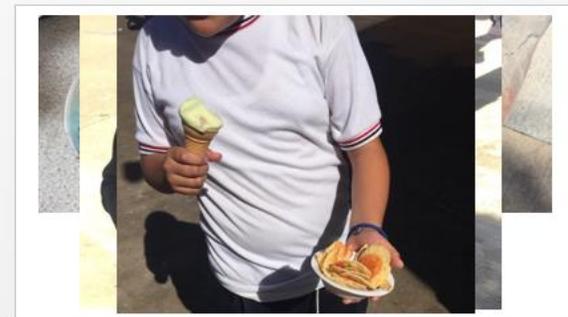
13



14



15



16



¿Cuál es el problema?



17



18

★



19



20



21

29



30

Ilumínate

Mente Sana, cuerpo sano

Actívatte

Taller

23

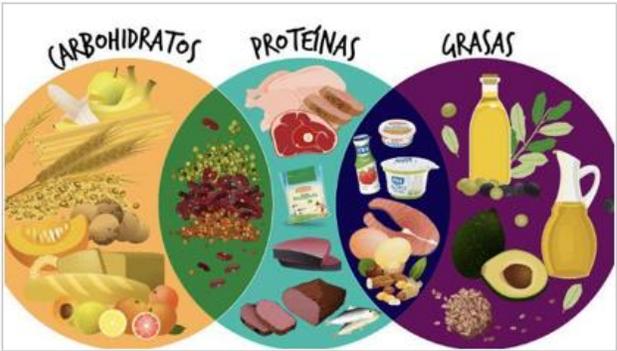
31

SESION	FECHA	ESLABONATE	ACTIVIDAD	MENTE SANA	TALLER	TIEMPO ESTIMADO
SESION UNO	07/11/2019	Tema: Obesidad	Jugar al fútbol	Simposio de integración de la familia		1h
SESION DOS	14/11/2019	Tema: Reducción de peso	Ejercicio aeróbico con patines	"¿Qué es la obesidad?"	Identifica los nutrientes	1,30h
SESION TRES	21/11/2019	Tema: Ejercicio físico	Clases de gimnasia aeróbica	"¿Qué es el ejercicio físico?"		1,30h
SESION CUATRO	28/11/2019	Tema: Hábitos y tradiciones en la alimentación	Partida de ajedrez de mesa	"¿Qué es la alimentación saludable?"	Elabora un plan de comidas	2h
SESION CINCO	05/12/2019	Tema: Medicina preventiva	Bateo	Meditación guiada	"¿Qué es la medicina preventiva?"	1,30h
SESION SEIS	12/12/2019	Tema: Comparativa resultados genéticos	Bola de fútbol	"¿Qué es la medicina preventiva?"	"¿Qué es la medicina preventiva?"	1,30h
SESION SIETE	19/12/2019	Tema: Ejercicio físico	Partida de fútbol	Formación de salud mental	Canción "No llores de noche"	1h
SESION OCHO	26/12/2019	Tema: Creación de un taller	Ejercicio aeróbico			1h
SESION NUEVE	02/01/2020	Tema: Comer sano de vacaciones	Ejercicio de relajación	Autoevaluación de salud mental	Elaboración de un plan de comidas	2h
SESION DIEZ	09/01/2020	Presentación	Comedia	Tribuna libre: "¿Qué es la obesidad?"	Comedia	2h

32



1



2

CARBOHIDRATOS

- Proporcionan la energía **INMEDIATA** para tener fuerza y poder desarrollar las actividades diarias: correr, jugar, trabajar, estudiar, bailar.

Avena, arroz, maíz, trigo, centeno
Papa, camote, zanahoria, betabel, apio

3

FRUTAS Y VERDURAS

- Fuente principal de muchas vitaminas y minerales (micro-nutrientes) que participan en el desarrollo y buen funcionamiento de todas las partes del cuerpo como los ojos, la sangre, los huesos, la piel, entre otros.

4

ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL Y LEGUMINOSAS

- Dan al cuerpo las proteínas necesarias para formar y reponer diferentes tejidos como músculo, piel, sangre, pelo, huesos, permitiendo además el crecimiento y desarrollo adecuados.

5

LÁCTEOS/ GRASAS

- LÁCTEOS:** Contienen proteínas, calcio en bajas cantidades y gran aporte de grasas

6



7

SEMAFORO DE ALIMENTACION

	SIGA Alimentos Siga	Son alimentos que se pueden comer prácticamente cada día. Son los más saludables. Por ejemplo: frutas, verduras, agua simple
	Alimentos ¡Precaución!	Son alimentos que se pueden comer a veces. No están prohibidos, pero no se deberían comer diariamente, es decir, se deben comer con cierta moderación. Como los productos enlatados, comida instantánea, empaquetados, margarina, mayonesa, etc.
	Alimentos ¡Alto!	Estos alimentos deberían hacerte decir exactamente eso: "¡Alto ahí! ¿Debería comerlo?". Se trata de los alimentos menos saludables y los que tienen más probabilidades de provocar problemas de sobrepeso u obesidad, sobre todo si se comen constantemente. Por ejemplo: Hamburguesas, refresco, pizzas, etc. Por lo que su consumo debe ser muy de vez en cuando.

Fuente: <http://kidzhealth.org/es/tdt/go-slow-what-exp.html?WT.ac=k.r.a>

8

Sesión 2: "NUTRICION PRIMERA PARTE"



ACTIVIDAD FÍSICA

Dra Alexa Almanza Muñoz
Dra Joana Tolentino Funamoto

1



DEFINICION

- EL EJERCICIO TAMBIÉN ES UN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA, EL CUAL SE DEFINE COMO MOVIMIENTOS CORPORALES PLANIFICADOS, ESTRUCTURADOS Y REPETITIVOS, CON EL PROPÓSITO DE MEJORAR O MANTENER UN COMPONENTE ESPECÍFICO DEL ESTADO FÍSICO.



2

BENEFICIOS DEL DEPORTE EN LOS NIÑOS

 Mejora su estado de ánimo.	 Libera la tensión acumulada.
 Mejora la capacidad de aprendizaje, concentración y memoria.	 Desarrolla la creación de hábitos y disciplina.
 Fomenta el trabajo en equipo.	 Mejora la circulación y la respiración.

3

Tipos de ejercicios Y SUS BENEFICIOS:



Fuerza o resistencia:
Ideal para mejorar tu postura y darle al cuerpo una apariencia más tonificada. Sin duda el levantamiento de pesas es la mejor opción.



Flexibilidad:
Ayudan a relajarse y a mejorar la circulación, equilibrio y postura. La yoga, pilates y el taichí son un buen ejemplo de este tipo de ejercicio.



Aeróbico
Mantiene tu corazón, pulmones y vasos sanguíneos saludables. También mejora tu estado físico. Entre las principales actividades se encuentran: caminar, correr, andar en bici y nadar.



4

Sesión 3: "ACTIVIDAD FÍSICA"



PIRÁMIDE DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA INFANCIA

NO MÁS DE 2 HORAS AL DÍA

3 VECES A LA SEMANA

ACTIVIDADES HABITUALES

5



ciencia UNAM

5 a 17 años
40 minutos diarios de actividad física

18 a 64 años
De 75 a 150 minutos semanales de actividad física aeróbica

65 años en adelante
150 minutos semanales de actividad física aeróbica

6



Hacer ejercicios de calentamiento por 5 a 10 minutos permite que la sangre empiece a circular mejor

Los ejercicios de enfriamiento permiten que disminuya la frecuencia cardíaca y se estiren los músculos calentados

Calentamiento

7

Hidratación



TIPS DE HIDRATACIÓN SALUDABLE

- 1. Antes del ejercicio:**
Tomar unos 400-600 ml de agua o bebida deportiva 1-2 horas antes para comenzar la actividad con una hidratación adecuada.
- 2. Durante el ejercicio:**
Se deben tomar unos 100 a 200 ml cada 15-20 min.
- 3. Después del ejercicio:**
Reponer líquidos después del ejercicio es fundamental para la recuperación del deportista y debe iniciarse tan pronto como sea posible.

8

Sesión 5: "CREACIÓN DE UN HÁBITO"

CREACIÓN DE UN HÁBITO

Dra. Joana Tolentino Panamito
Dra. Alexa Almanza Muñoz

1

¿QUÉ ES UN HÁBITO?

Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático

Un hábito implica interiorizar una acción de una forma natural hasta el punto de que se convierte en una actitud espontánea.

2

¿CÓMO SE FORMA UN HÁBITO?

1. Establece el nuevo hábito
2. Piensa en los beneficios que puedes obtener
3. Ajusta tus rutinas
4. Recuérdatelo
5. Mide tu progreso

3

REGLA DE LAS TRES "R"

Desarrolla hábitos saludables

RECORDATORIO RUTINA RECOMPENSA

4

TIPOS DE HÁBITOS

- Hábitos físicos
- Hábitos afectivos
- Hábitos sociales
- Hábitos morales
- Hábitos de lectura
- Hábitos de higiene

5

Y TÚ ¿QUÉ HÁBITO DESEAS CAMBIAR/ELIMINAR Ó AÑADIR?

6

PLAN NUTRICIONAL

Un plan alimenticio es un control o régimen de la ingesta calórica necesaria que necesita cada persona diariamente para mantenerse sano, cabe destacar que esta ingesta calórica es diferente en cada persona ya que todos los

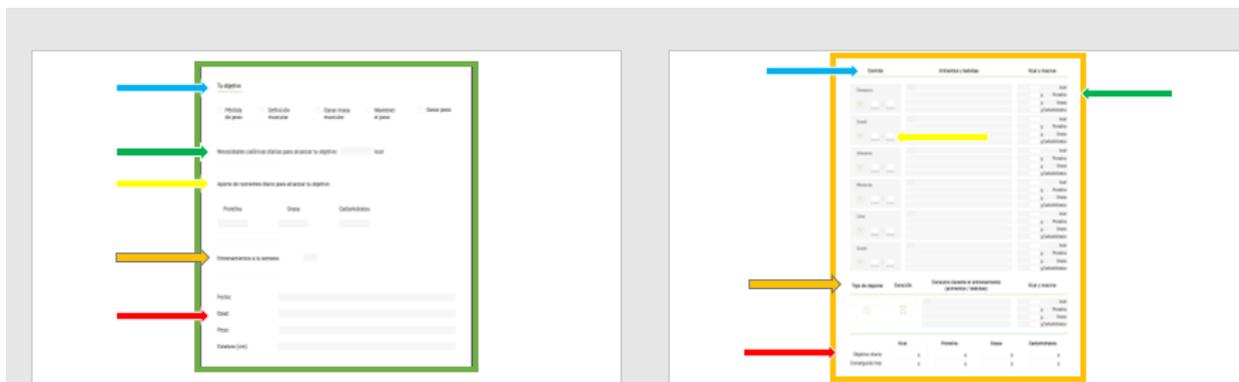
7

ESTRUCTURA DEL PLAN NUTRICIONAL

FACTORES A CONSIDERAR

EDAD	PESO	ACTIVIDAD FÍSICA
GÉNERO	TALLA	OBJETIVO

8



Sesión 6: "PLAN NUTRICIONAL"



Nombre: Julio Yael Garcia Feliciano Edad: 11 años Talla: 1.50m
 Peso inicial: 61.1kg Peso actual: 61kg Peso ideal: 50kg
 Necesidades calóricas diarias: 1700 kcal
 Aporte diario de nutrientes: 213g Carbohidratos 47g Grasas 106g Proteínas



Entrenamientos a la semana: Actividad Física aeróbica **mínimo 5 días** a la semana por **mínimo 60 minutos** al día. (Rutina aeróbica o actividades como Bicicleta, Patinar, Fútbol, Básquetbol, Hándbol, Bole, Natación, etc...)

Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> Huevos (2) con jitomate y cebolla 1 Nopal asado Frijoles de la olla (Media taza) Licuada de fresa (4 fresas, leche deslactosada, media taza 100ml, sin azúcar) 1 Tortilla de Maíz 	<ul style="list-style-type: none"> Sándwich de jamón 2 rebanadas de pan integral 2 rebanada de jamón de pechuga de pavo 2 a 3 Rodajas de Jitomate Lechuga Mayonesa (sólo en una tapa, media cucharada) Licuada de plátano (medio plátano, leche deslactosada, media taza 100ml, sin azúcar) Papaya (Media taza, en cubitos)
Colación	<ul style="list-style-type: none"> 1 gelatina de agua light 1 manzana roja mediana Galletas María (5 piezas) 1 vaso con agua 	<ul style="list-style-type: none"> 1 nopal asado picado con queso panela en cubitos (1 rebanada) Opción: Agregar pico de gallo <ul style="list-style-type: none"> 1 paquete de tostadas salmas (3 piezas) 1 vaso con agua
Comida	<ul style="list-style-type: none"> Pollo asado, guisado o al vapor Arroz blanco cocido (Media taza) Sopa de lentejas cocidas (Media taza) 1 vaso de agua de limón con POCA azúcar, porción de dedo índice 1 tortilla Verduras al vapor <ul style="list-style-type: none"> Zanahoria (5 rodajas) Ejote (5 piezas) Brócoli (3 piezas) Chayote (4 rodajas) 	<ul style="list-style-type: none"> Bistec o Pescado (asado, guisado o al vapor) a la mexicana Sopa de lentejas cocidas g frijoles de la olla (Media taza) 1 Tortilla de MAÍZ Ensalada verde: <ul style="list-style-type: none"> Lechuga (3 hojas) Espinaca (medio manojo) Jitomate (3 rodajas) Pimiento picado (1/3 de pieza) Opción: con limón, SIN SAL, Tajin bajo en sodio <ul style="list-style-type: none"> 1 Vaso con agua
Colación	<ul style="list-style-type: none"> 1 vaso con agua Pepino (1 pieza) con limón, SIN SAL Opción: Con Tajin bajo en sodio (tapa azul) <ul style="list-style-type: none"> Jicama (Media taza) 	<ul style="list-style-type: none"> Fresas (4 piezas) con crema (1 cucharada) SIN AZÚCAR g Palomitas de Maíz NATURALES (1 taza)
Cena	<ul style="list-style-type: none"> 2 Quesadillas de champiñones con queso (tortilla de maíz con queso Oaxaca y 3 champiñones) Opción: Agregar pico de gallo <ul style="list-style-type: none"> 1 vaso con agua 	<ul style="list-style-type: none"> Atún en agua (1 lata) Jitomate (medio o completo) Cebolla (al gusto) Cilantro (al gusto) Galletas integrales Habaneras (5) Opción: Agregar media cucharada de mayonesa <ul style="list-style-type: none"> 1 Vaso con agua

NOTA: El día de NAVIDAD y AÑO NUEVO, serán **cenas** libres (sólo alimentos), sin embargo, desayuno y comida de esos días, así como de los posteriores (recalentado) tendrán que regresar al plan saludable de alimentación. Está permitido el consumo de dulces, solamente 2 veces por semana y UNA sola pieza.

Alimentos restringidos: Refresco, pan de dulce, ponche, tamales, frutas de piñata (caña, mandarina, camote, guayaba, etc.); Chocolate líquido o en barra, pasteles; Helado; Cereal; papas fritas; papas de bolsa; bollitos; panes; jugos; pastas

Sesión 7: "COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD INFANTIL"

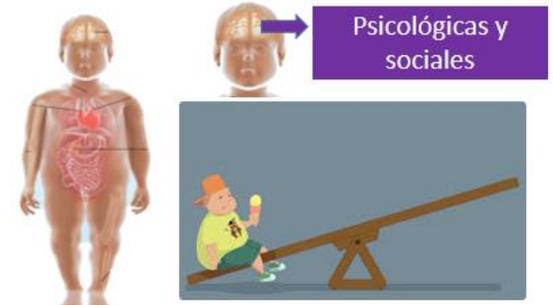
Complicaciones de la obesidad infantil



Dra. Almanza Muñoz Alexa
Dra. Tolentino Funamoto Joana

1

Psicológicas y sociales



2



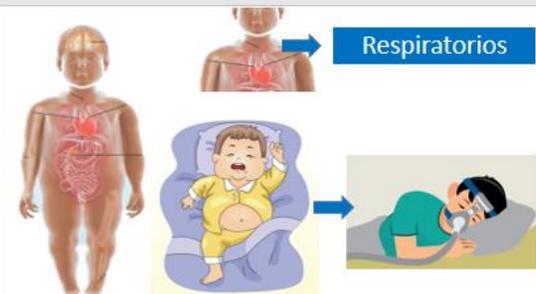
3

Desórdenes a largo plazo



4

Respiratorios

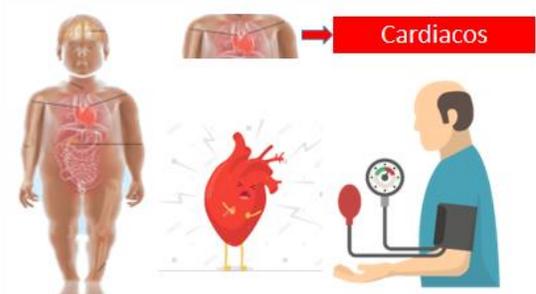


5

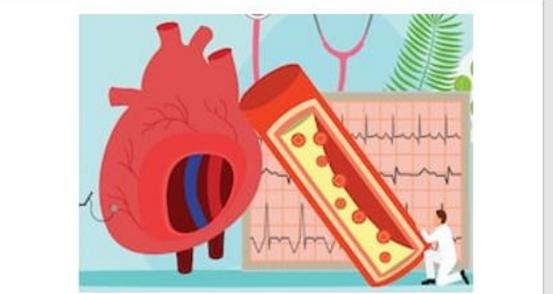


6

Cardiacos



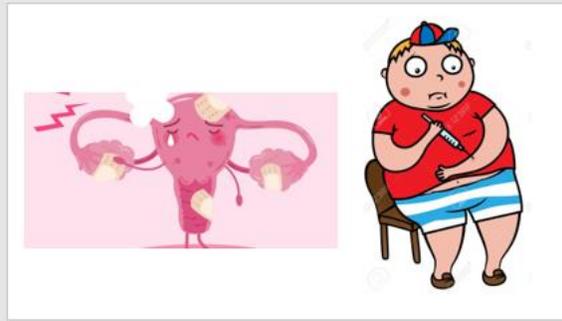
7



8



9



10



11

Sesión 8: "COMER FUERA DE CASA"

Comer fuera de casa



Die Almaraz Muñoz Alora
Die Tolentino Fuentetaja Itaina



2



VS

Comer despacio



4



Escoger sólo uno

5



6



7



8

Anexo 5 Examen Diagnóstico



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Nombre _____ Edad _____

1- ¿Qué es la obesidad?

2- ¿Qué causa la obesidad?

3- ¿Qué consecuencias trae la obesidad?

4- ¿Cómo se puede prevenir la obesidad?

5- ¿Qué es la autoestima?

Anexo 6 Reto semanal



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Nombre _____ Edad _____

Reto semanal	L	M	M	J	V	S	D
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Anexo 7 Cuestionario de retroalimentación para el equipo de trabajo y el proyecto en general



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Nombre _____ Edad _____

1- ¿Qué me gustó de "Reto 10"?

2- ¿Qué no me gustó?

3- ¿Qué calificación le daría a Ilumínate?

4- ¿Qué calificación le daría a Actívate?

5- ¿Qué calificación le daría a Mente sana, cuerpo sano?

6- ¿Qué calificación les daría a los talleres?

7- ¿Cuál fue mi sesión favorita?

Anexo 9. Tareas de consolidación

Portada del libro didáctico: “¡Educación para la salud! Por la educación para la salud de los niños y las niñas de la Ciudad de México”

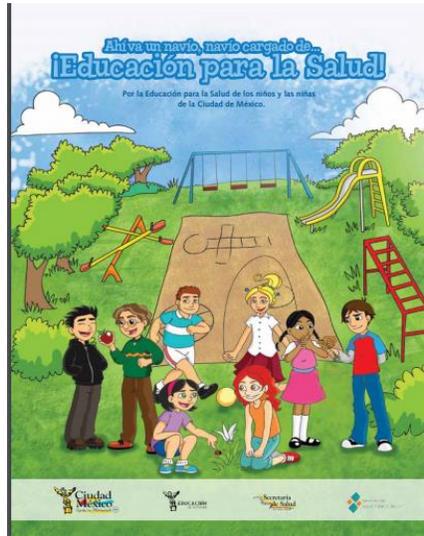


Figura 1. Identidad, autonomía y valores básicos | 10

AUTOIMAGEN

Autoimagen significa que cada persona tiene un concepto de sí misma. Es como un diccionario interno que describe las características físicas y emocionales de cada quien.

Autoestima es el reconocimiento y el afecto que sientes hacia ti mismo o misma.

Y tú, ¿cómo eres?

Lo que más me gusta de mí

Lo que no me gusta de mí

AUTORRETRATOS

Mira cómo te ves en el espejo. ¿Te gusta? ¿Te gusta más o menos? ¿Por qué? ¿Cómo te sientes? ¿Cómo te ves? ¿Cómo te sientes? ¿Cómo te ves? ¿Cómo te sientes?

Una gran forma de ser el hombre Vincent Van Gogh, quien pintó 21 autorretratos. En 1887 empezó a pintar su autorretrato "Sombrero de fieltro". Observa el autorretrato de Vincent como lo ve la imagen.

Ahora, hazte un dibujo y pinta tu autorretrato!

Figura 1. Identidad, autonomía y valores básicos | 11

LO INEVITABLE

Ahora tengo que decirte que tu cara y tu cuerpo pasarán por 2 cosas inevitables:

1. Que crezcas. ¡Hazlo del famoso "estirón"! Puede que, de un momento a otro, la ropa te quede como si fuera de alguien mucho menor.
2. Que te parezcas un poco a mamá y otro poco a papá. A veces hasta al abuelo o abuela. ¡Qué quieres, así son las leyes de la genética!

¿Te ha pasado que ya no te queda tu ropa favorita? ¿Cuál? Y tú, ¿a quién te pareces?

¿CÓMO TE SIENTES?

Completa las frases y pega la carita que corresponde.

Ve a la página 1 de la sección recordable para encontrar las caritas.

	Completa la frase	Pega la carita
1	Cuando me siento en el espejo por las manchas, me siento...	
2	Cuando hago algún tipo de ejercicio, me siento...	
3	Cuando algo me irrita y me pongo derecho, me siento...	
4	Cuando mi mamá o algún adulto no me dejan hacer lo que quiero, me siento...	
5	Cuando no percibo de que mi ropa me aprieta, me siento...	

Figura 1. Identidad, autonomía y valores básicos | 12

	Completa la frase	Pega la carita
6	Cuando mis amigos me piden un apodo que no me gusta, me siento...	
7	Cuando la tía o tío que me gusta me visita a ver, me siento...	
8	Después de comer mucha ensalada o agua, me siento...	
9	Cuando un adulto me humilla, me siento...	
10	Cuando tengo 2 litros de agua al día, me siento...	
11	Cuando me obligan a comer, me siento...	
12	Cuando alguien me rechaza, me siento...	

MIENTRAS MASTICO, PIENSO

Los alimentos que comemos a diario contienen sustancias nutritivas que ayudan al desarrollo de nuestro cuerpo y lo mantienen sano.

Estar sano es sentirse bien física y emocionalmente. Esto te ayuda a convivir en armonía con las demás personas.

¡SORPRESA!

Para ello, debes comer alimentos nutritivos, tomar suficiente agua y hacer ejercicio. Lo que ayudará a que te sientas con ánimo, feliz, con entusiasmo y de buen humor.

¿Qué debemos hacer para estar sanos? ¿Qué es estar sano?

Figura 1. Identidad, autonomía y valores básicos | 13

EL PLATO DEL BIEN COMER

¿Has escuchado hablar de él? ¿Sabes para qué sirve? ¿Sabes cómo está dividido?

El plato del bien comer es una guía visual que sirve para orientarte en la combinación de los alimentos que debes consumir a diario. Por ello, es necesario que aprendas a combinar en el desayuno, la comida y la cena, por lo menos, un alimento de cada uno de los tres grupos esenciales.

Grupo 1: Cereales y tubérculos. Aportan la energía que necesitamos para desarrollar nuestras actividades diarias. Procura comer arroz, amaranto, tortillas, avena, papa o camote. De este grupo debes comer menor cantidad que del grupo 1.

Grupo 2: Verduras y frutas. Aportan agua, fibra, vitaminas y minerales al cuerpo. De este grupo procura comer muchas acelgas, calabazas, espinacas, florititas, papas, así como chucutas, duraznos, mandarinas, plátanos, manzanas y papayas. ¡Aprovecha! Todas las frutas y verduras de temporada.

Grupo 3: Leguminosas y alimentos de origen animal. Aportan principalmente proteínas, hierro, calcio y minerales necesarios para formar y nutrir los músculos, piel, sangre, cabello y huesos. De este grupo es recomendable comer una buena cantidad de leguminosas, como frijoles, garbanzos, habas, lentejas, alubias y chícharos, y en menor cantidad los alimentos de origen animal, como huevos, queso, carne de res, de puerco, pollo o pescado.

Figura 1. Identidad, autonomía y valores básicos | 14

ENCUENTRA Y CLASIFICA

¿Cuántos alimentos encuentras en esta ilustración? Clasifícalos en los cuadros correspondientes.

Frutas, Verduras, Cereales, Leguminosas, Alimentos de origen animal.

¿SABES QUÉ SON?

GRASAS: Son nutrientes que aportan energía y ayudan a proteger el cuerpo de las enfermedades. Se encuentran en el aceite y la mantequilla.

PROTEÍNAS: Son nutrientes que ayudan a construir y reparar los tejidos del cuerpo. Se encuentran en la carne, los huevos, el queso y el pescado.

MINERALES: Son nutrientes que ayudan a mantener el cuerpo sano. Se encuentran en el calcio y el hierro.

VITAMINAS: Son nutrientes que ayudan a mantener el cuerpo sano. Se encuentran en las frutas y verduras.

Figura 1. Identidad, autonomía y valores básicos | 15

NUTRIGRAMA

¡Diviértete resolviendo el siguiente nutrigrama! Consulta la información de los nutrimentos en la página anterior.

Horizontales:

1. El calcio, el potasio y el yodo son...
2. El azúcar y los dulces pertenecen al grupo de los...
3. Prácticas en las que significa "vicio"...
4. Es una fuente de proteínas...
5. A los frijoles, lentejas, habas y garbanos se les llama...

Verticales:

1. Conviene no abusar de ellas...
2. Es un mineral...
3. Su función es generar nuevas células en nuestro cuerpo...
4. Se encuentran principalmente en las frutas y verduras...
5. Es un alimento de origen animal...

NOTA IMPORTANTE: El consumo de sodio en exceso, o la falta de potasio o calcio, son algunos de los factores que pueden provocar que te suba la presión arterial (hipertensión).

Evidencias





