

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

LICENCIATURA EN MEDICINA

NOMBRE DEL PROYECTO:

**IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO. UN ENFOQUE DE CAPACIDADES.**

TITULO DE TRABAJO:

**TRABAJO FINAL DE SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA ENFOCADA EN EL
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN CENTRO DE SALUD CST-III DR. GASTÓN
MELO.**

NOMBRE DEL PASANTE: ELSA AGUIRRE MUÑOZ

MATRICULA: 2153058847

PERIODO:

FEBRERO 2022 – ENERO 2023

ASESOR INTERNO: VICTOR RÍOS CORTÁZAR

ASESOR EXTERNO: ALEJANDRA GASCA GARCÍA

FEBRERO 2023



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

LICENCIATURA EN MEDICINA

NOMBRE DEL PROYECTO:

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO. UN ENFOQUE DE CAPACIDADES.

TITULO DE TRABAJO:

**TRABAJO FINAL DE SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA ENFOCADA EN EL
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN CENTRO DE SALUD CST-III DR. GASTÓN
MELO.**

NOMBRE DEL PASANTE: ELSA AGUIRRE MUÑOZ

MATRICULA: 2153058847

PERIODO:

FEBRERO 2022 – ENERO 2023

ASESOR INTERNO: VICTOR RÍOS CORTÁZAR

ASESOR EXTERNO: ALEJANDRA GASCA GARCÍA

FEBRERO 2023

INDICE

1. PRESENTACIÓN.....	4
2. EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS, LA ADECUACIÓN DE LA UAM XOCHIMILCO.....	4
3. EL DIPLOMADO.....	4
3.1 MODULO 1. FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. ENFOQUE DE CAPACIDADES.....	5
3.2 MODULO 2. MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EL MONITOREO DE RESULTADOS.....	17
3.3 MÓDULO 3. ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA AUMENTAR EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	24
3.4 MÓDULO 4. PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICA. TUTORÍA DE CASOS.....	42
4. CONCLUSIONES.....	43
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
6. ANEXOS.....	46

1. PRESENTACIÓN

El objetivo de este estudio es analizar el trabajo realizado del médico pasante de servicio social en la licenciatura en medicina durante el diplomado “Implementación del Modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades” y el centro de salud T III Dr. Gastón Melo perteneciente a la jurisdicción Milpa Alta durante el periodo febrero 2022-Enero 2023. El siguiente documento consta de 4 estructuras, que avalan la acreditación de cada uno de los cuatro módulos que lo integran. Pero antes de iniciar con la presentación de cada módulo, es importante detallar que es el modelo expandido de la UAM Xochimilco y como lo incorporamos a las consultas de mes con mes con nuestros pacientes. En el primer módulo, incorporo un ensayo que se realiza en el mes de Junio que se enfoca como tema central el autocuidado en el paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. El segundo módulo se presenta con el estudios de revisión sistemática avalada por las literaturas más recientes y competentes sobre el uso de polifarmacia en pacientes con enfermedades crónicas y cómo repercute en el paciente, para ello se realizó de forma intencionada la plataforma PubMed utilizando algoritmos de búsqueda. En el tercer módulo se analiza estadísticamente lo realizado durante el año de servicio social en consulta, evaluando sexo, rangos de edad, diagnósticos y correlacionándolos unos con otros. El cuarto módulo relato gran variedad de los casos clínicos que se vieron en el diplomado cada dos semanas (días viernes) y el subsiguiente taller a realizar de las principales dudas que salían de estos casos clínicos y del cómo estas actividades ayudaron a fortalecer conocimiento o incluso incorporar nuevos con los pacientes.

La forma en que entré a esta plaza fue decisión propia entre las opciones que tenía para escoger en donde realizar mi servicio social, al principio, en los cursos de inducción que duraron 3 semanas, sentía la inquietud de cómo se llevaría a cabo esta tarea, con el paso de los meses me di cuenta que no me equivoqué al elegirla, ya que era este proyecto la forma más humanitaria de atender el paciente y no la o las enfermedades que padece. Durante el diplomado que se llevaban a cabo todos los viernes, nos enseñaron a ver la medicina desde otro punto de vista, nos ilustraron a ver siempre el paciente como prioridad.

2. EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS, LA ADECUACIÓN DE LA UAM XOCHIMILCO

Muchos de los lectores al adentrarse dentro de este documento les vendrá a la mente la siguiente pregunta ¿Cómo es la consulta médica bajo el modelo de atención integral centrado en la persona para el cuidado y control de enfermedades crónicas no transmisibles?, ciertamente el modelo se rige de tres importantes subsistemas, todos de igual relevancia. Para empezar el primer subsistema “explorar enfermedad y padecimiento” es el encargado de integrar el conocimiento, es decir a través de la enfermedad se debe analizar a. La semiología de todas las patologías en cuestión del paciente y en base a eso concluir y

hacerle saber su diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, b. El padecimiento, a través de las experiencias del paciente con cada una de sus enfermedades, del cómo han repercutido en su vida diaria y la de su familia más cercana o cuidador, aquí tiene mucho hincapié sus ideas, sentimientos, expectativas, c. salud, a nivel personal ayudamos a que el paciente analice sus aspiraciones y como poder adaptarse o modificar su entorno con el objetivo de lograr el control de su enfermedad. Hasta aquí en términos claves podemos definir el primer subsistema. El segundo se enfoca en “entender a la persona como una totalidad”, este apartado se clasifica en un contexto próximo y un remoto, el contexto próximo tiene que ver con la red inmediata de apoyo ya sea su familia o incluso el centro de salud, en algunos casos; y todo lo que engloba esto, es decir, cuales son las ventajas o desventajas de esa red de apoyo y como pueden favorecer o dificultad para llevar a cabo el control de sus enfermedades. El contexto remoto se refiere a los vecinos, amigos, conocidos y como repercuten estos en el buen control de sus patologías de base crónicas. El tercer subsistema “elaborar un proyecto común”, se refiere a la relación médico-paciente 50 – 50 de esfuerzo, donde se deben identificar en la consulta los problemas en cuanto a la enfermedad-padecimiento-salud (primer subsistema), las metas a establecer a corto plazo es decir en la próxima consulta, a mediano plazo (dentro de unos meses), los roles, nos ponemos acuerdos de lo que nos toca a cada uno y obviamente acordar decisiones como equipo. De manera general así se rige el modelo de atención que durante un año se estuvo acatando en el centro de salud T-III Dr. Gastón Melo, Milpa Alta, sin embargo podemos decir que también es importante de consulta tras consulta logremos intensificar la relación médico-paciente, que sin duda, puedo asegurar que se llevó a cabo en mi año de servicio social.

3. EL DIPLOMADO

3.1 MODULO 1. FORTALECIMIENTO DEL AUTOCAUIDADO EN PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. ENFOQUE DE CAPACIDADES.

TEMA CENTRAL DE ENSAYO:

UTILIDAD DE LA TÉCNICA DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LOS ATRIBUTOS ORIENTADOS A LA PERSONA PARA EL AUTOCONTROL DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.

El siguiente ensayo se entrega en el mes de julio 2022 con el siguiente contenido:

INTRODUCCIÓN

Como bien sabemos, los principales retos en ámbitos de salud es el abordaje de las enfermedades crónicas, porque a pesar de los tiempos, y la actualización de las literaturas, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de mortalidad en México. Muchos países se han

enfocado a resolver esta problemática apoyados con la prevención y promoción, incorporando estilos de vida más saludables, tarea que es prioridad para nosotros como profesional de la salud pero que sin duda no llega a la eficacia ya que tradicionalmente nos apoyamos en utilizar la consejería e incluso la confrontación con el paciente sin llegar a acuerdos o metas en común. Lo que me hizo llegar a mi tema central del ensayo tuvo que ver con la curiosidad que inició con la segunda lectura del módulo enfocada a cerca del cuidado centrado en la persona y cada uno de sus componentes que lo caracterizan en comparación de la atención tradicional, posteriormente se llegó a exposición de diferentes herramientas disponibles para generar un cambio de comportamiento de las personas acorde a su enfermedad crónica, eso me llevo al pensamiento de la curiosidad de cómo aplicar esa relación que podría existir entre la herramienta de la entrevista motivacional y llevarla a la práctica en el paciente con enfermedades crónicas para que por el mismo y bajo reflexión obtenga un cambio de comportamiento a favor de su salud y control. Mi principal noción fue el comprobar la utilidad de herramienta en el medio donde estamos realizando el servicio social, es decir, en el primer nivel de atención en la Ciudad de México, así que a ese punto va enfocado este trabajo, al de fundamentar esta relación y llevarla a cabo. A continuación presento las bases de mi fundamento y las consideraciones personales para realizarlas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo de este ensayo es fundamentar la relación entre la técnica de entrevista motivacional y los atributos orientados a la persona para llevar a cabo el automanejo en personas con enfermedades crónicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Presentar una herramienta para obtener bajo las propias aspiraciones del paciente un cambio de comportamiento que lleve al autocontrol.

Demostrar la utilidad de la entrevista motivacional en los atributos orientados a la persona con enfermedades crónicas degenerativas para llevar a cabo un autocontrol.

JUSTIFICACIÓN

Durante el transcurso del módulo I se han adquirido las herramientas necesarias para emprender el autocontrol del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles, sin embargo, aún se tiene la incógnita de cómo llevarlas a cabo realmente en la práctica clínica de primer contacto. Al realizar este ensayo daré hincapié a una agradable propuesta /herramienta para dar inicio a los atributos orientados a la persona que conceptualizan el automanejo del paciente con enfermedades crónicas degenerativas.

Originalmente, la técnica de la entrevista motivacional se desarrolló para pacientes que abusaban de sustancias, sin embargo puede facilitar el cambio de comportamiento para cualquier índole en ámbitos de salud, la técnica intenta obtener las propias aspiraciones del paciente para el cambio de comportamiento y no inculcar la motivación con el objetivo de lograr que el exprese su propio cambio en lugar de tratar de convencer al paciente del valor de cambiar ese comportamiento.

DESARROLLO

1. COMPONENTES DEL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

El cuidado centrado en la persona engloba muchos de los aspectos que en la práctica clínica convencional se pasan por alto y es ahí la importancia de hacer hoy en día un cambio en la atención tradicional, el psicoanalista Michael Baint fue el pionero en adjuntar este término para diferenciarlo de lo que él llamaba medicina centrada en la enfermedad y desde la fecha múltiples investigadores han llevado a la práctica modelos similares a este con el mismo enfoque. Con el transcurso del tiempo, la medicina nos ha ilustrado diferentes paradigmas en la atención de la salud, en primer lugar el modelo biomédico, que continua siendo criticado, sin embargo es el que más se utiliza en la práctica clínica de nuestros tiempos; y un nuevo modelo enfocado en las ciencias humanas con enfoque en teorías como la general de los sistemas y el paradigma de la complejidad, denominándola entre otras, el paradigma humanista en medicina. Si nos ponemos a investigar, se puede observar que varias de las literaturas de este ámbito, cada autor denomina a este modelo de diferente manera, ejemplos de estos tenemos a Stewart M, Ogden J, Little y colaboradores (1), pero al final conllevan las mismas características: es decir, que su influencia

filosófica es la fenomenología y el existencialismo, su método científico es tanto las ciencias naturales como las ciencias humanas para la comprensión del paciente, la concepción del hombre es la complejidad y la concepción de la salud es el bienestar biopsicosocial del proceso salud enfermedad, con principio bioético dominante la autonomía y en la práctica clínica centrada en la persona (1). A lo largo del tiempo ha sido complejo definir el concepto del modelo, lo que nos queda claro, es la variedad de investigaciones que se han llevado a cabo con extensas revisión de literatura desde opinión de expertos e investigaciones cualitativas, llegando a coincidir en 5 elementos básicos necesarios que poco a poco se le van a ir desglosando con el transcurso de los párrafos. El primer elemento a valorar será el enfoque biopsicosocial este se engloba dentro de la teoría general de los sistemas, en donde estos dependen mucho de la interacción entre sistemas, incluso de subsistemas donde al fin de cuenta llegan a una meta en común en esta caso la salud del paciente, es decir que se integre el subsistema a nivel biológico con lo psicológico, el metasistema familiar y social del paciente, tal como lo comenta Engels, esto es fundamental, ya que el médico no solo está para surtir el medicamento u ofrecer los estudios suficientes para diagnosticar la enfermedad, debemos tocar temas dentro de nuestra consulta en el día a día sobre sus estresores sociales, tocar demás familiares o de índole económica que este ocasionando afección a nuestros pacientes, y bueno, no solo saberlas, sin dar las mejores herramientas o consejerías para superar esas dificultades y más que otra cosa, que el paciente sea capaz de resolverlas adecuadamente porque nos queda as que claro que en más de una ocasión nos ha pasado que el paciente solo asiste a consulta para ser escuchado, Coppelillo lo designa la “punta de iceberg” ya que detrás de una dolencia física se esconde un componente psicosocial mayor. El siguiente componente básico importante a desglosar es el paciente como persona, y esto ¿a qué se refiere? bueno, se dice que cuando una persona necesita de una atención medica es por alguna alteración física y esta al fin de cuanta tiene algún impacto a nivel psicosocial intrapersonal, familiar o con externos, según los autores a esto se le llama “estar enfermo” o “dolencia”, entonces, al interactuar ambas alteraciones (física y emocional), y con el simple hecho de mandar medicamento, este no alivia la “dolencia”, por ende, se necesita del modelo centrada en la persona, donde se aborde la fenomenología, que es un aspecto fundamental para considerar. Llegamos al tercer componente, que es la alianza terapéutica, que es básicamente esa buena relación, donde se llega a acuerdos, entre el médico y paciente, se caracteriza por confianza, el acuerdo de las prioridades, los roles, las metas y la responsabilidad compartida, lo anterior es fundamental para llevar un plan terapéutico eficaz y que

por supuesto se tenía que destacar entre los componentes del modelo. Ya hemos hablado a cerca del paciente y la interacción con su médico para llegar así a los mejores acuerdos, pero nos falta un componente fundamental, el cuarto, que es el médico como persona, es decir, que nosotros como médicos tengamos la capacidad de que el paciente sienta que estamos en su misma sintonía corporal, esa destreza de trabajar con él la dolencia del otro, esa empatía. Estos fueron los componentes de mayor importancia en el trabajo de Coppelillo (1), sobre el nuevo modelo centrado en la persona, aspectos fundamentales que debemos aplicar en nuestra consulta de primer nivel, y no solo como médicos pasantes, sino a lo largo de nuestra vida profesional por el bien del paciente como persona.

2. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

Desde el trascurso de los años se han implementado variedad de técnicas para motivar un cambio de conducta positivista, sea cual sea el padecimiento que lo alberga y así mejorar su estado de salud o en todo caso, para mantenerse en buen estado de control en su enfermedad crónica o aguda.

La entrevista motivacional, que inicialmente se utilizó para intervención clínica en pacientes con abuso de alcohol (reducción de conductas perjudiciales) y actualmente en la promoción de buenos hábitos saludables o adherencia a tratamiento, no es una técnica, es un enfoque, “un estilo de comunicación en colaboración, centrada en la persona, orientado a metas, que presta atención particular al discurso de cambio. Está diseñada para obtener y fortalecer la motivación personal y el compromiso con una meta específica, por medio de la exploración de las propias razones para el cambio de la persona, dentro de una atmósfera de aceptación y compasión”, donde su propósito es el examinar y resolver la ambivalencia y nosotros como sector salud a cargo nos debemos dirigir intencionalmente a alcanzar dicha meta (2). Este concepto fue descrito por Meller en 1983, sin embargo fueron Miller y Rollnick quien elaboraron los fundamentos de este enfoque, donde la última actualización se llevó a cabo por estos mismo autores en 2013 a través de su libro. A pesar que la entrevista motivacional se centra en la atención personal sector salud-paciente, también se ha visto su utilidad en grupos, llamadas telefónicas, en el medio hospitalario y de primer nivel de atención (3) digno de admirar, dando a entender que sus bases tienen un fuerte poder para generar resultados favorables.

Como todo proceso, se debe indagar cuales son las bases y así iniciar con el pie derecho, para lo cual concuerdo con Miller al destacar dos conceptos claves, la motivación y la ambivalencia (3). Se dice que la fortaleza más grande que podemos tener para realizar un cambio es la motivación, esa insatisfacción de la persona entre lo que hace y lo que desearía hacer de un momento a otro (porque se puede modificar) ya sea por influencia de factores internos o externos. Se dice que la persona debe desear por sí mismo el cambio, tener sus propias razones motivadoras, que por el mismo surja la reflexión para enfrentarse con su ambivalencia, y no de consejos por parte de nosotros como personal de salud, solo debemos surgir y aumentar la motivación. Es frecuente que los pacientes presenten la ambivalencia en forma de sentimientos contradictorios en su día a día, esas razones para cambiar o razones para seguir de la misma manera, donde podrían considerar o rechazar el cambio, donde quieren, pero no quieren. Nosotros podemos ayudar al paciente a liberarse de ese sentimiento, a desbloquearse para que surja el deseo de cambio. Estas dos pautas son fundamentales trabajarlas en la consulta al momento de aplicar la entrevista motivacional porque así damos en el clavo, con el núcleo del problema.

El modelo transteórico nos dice que el cambio comportamental es un proceso y como tal las personas tenemos diferentes niveles de motivación y cambio, sin embargo estas personas se suelen involucrar para así modificar sentimientos, conductas, pensamientos o estilos de vida problemáticos. Pochoska, junto con Di Clemente y Norcross (3) plantean etapas/fases del cambio las cuales expondré más adelante las cuales son primordiales para llevar a cabo la entrevista motivacional ya que en cada fase se debe utilizar una diferente estrategia terapéutica, si intentamos utilizar una estrategia en una etapa distinta se podría ocasionar una resistencia desfasando las etapas. Sé que la finalidad del ensayo es demostrar la utilidad de la entrevista motivacional en los atributos orientados en la persona con enfermedades crónicas, sin embargo me parece muy interesante el mostrar las herramientas que se utilizan en esta entrevista motivacional para llegar al cambio de comportamiento, es por ello que tomo la decisión de anexar esquemas sobre el modelo de los cinco estadios de cambio, los conflictos personales y las tácticas terapéuticas en cada una de estas fases, que son: 1. Pre contemplación: donde no visualizan el problema, por ende está ausente la noción de cambio, en este punto nuestra función es de que tomen conciencia del problema. 2. Contemplación: aquí ya se está consciente del problema e incluso ya se piensa en la posibilidad del cambio sin llegar al compromiso, en este punto ya existe la ambivalencia. 3. Preparación: el paciente está decidido en realizar un cambio por ende se aplican las herramientas

necesarias para realizarlos. 4. Acción: nos encontramos en el proceso del cambio en el estilo de vida, requiriendo ayuda o no de un especialista. 5. Mantenimiento: es la etapa más difícil y de mayor duración, es en esta etapa donde se llega a la consolidación de los cambios y evitando las recaídas de la situación (3). Estas etapas se considera cíclicas debido a lo frecuente o cotidiano que puede ser las recaídas, incluso Miller las menciona como parte del proceso, dentro de una perspectiva realista, donde nosotros como personal de salud debemos informales a los pacientes de estas barreras para evitar la desmotivación o incluso que se lleguen a derrumbar cuando llegue a aparecer la recaída.

3. ATRIBUTOS ORIENTADOS EN LA PERSONA.

A lo largo del primer módulo pude analizar que el concepto de automanejo es demasiado complejo, y por ende se necesita mayor investigación para profundizar sobre el tema, sin embargo, con la información que tenemos actualmente hay mucho de donde tomar, dentro de esta búsqueda de información acerca del concepto se identificaron 10 atributos que delimitan el concepto de autocuidado, los cuales se organizaron en tres grupos, los orientados en la persona, los orientados a la persona-entorno y un resumen de atributos. En este ensayo solo nos enfocaremos en uno de esos grupos, el relacionado con los atributos orientados en la persona, para llevar a cabo esta información, fundamentaré mi escrito con ayuda de la lectura número 4 del módulo, en donde los atributos se originaron de un análisis profundo de diferentes artículos para conceptualizar el automanejo, llegando finalmente a la siguiente definición: El autocuidado es la capacidad intrínsecamente controlada de un individuo activo, responsable, informado y autónomo para vivir con las consecuencias médicas, emocionales y de rol de su(s) condición(es) crónica(s) en asociación con su red social y el(los) proveedor(es) de atención médica (2). En el grupo que nos enfocaremos, están incluido tres de los 10 atributos que conceptualiza el automanejo: 1) donde la persona debe participar lo más activamente en el proceso de su atención, es decir, que tenga esa participación autónoma respecto a la planificación de sus tratamientos, e incluso en cualquier problema de salud que pueda padecer, que sea capaz de identificar cualquier signo de alarma e inclusive ser preventivo con ella. 2) que la persona pueda asumir la responsabilidad del proceso de atención, con esto quiero dar a entender que el paciente al final de cuentas es el único actor responsable del cuidado cotidiano, dejando a un lado si tiene o no un apoyo externo, vaya, el

autogobierno; y como tercer atributo es el tener una manera positiva de hacer frente a la adversidad, como bien sabemos, no es fácil el lidiar con una enfermedad crónica, no todas las personas pasamos por el mismo proceso de aceptar la enfermedad y más si no vemos el apoyo de un tercero, y es que como lo argumentan algunos pacientes, sienten que el mundo se les viene encima con tan gran peso y no solo hablo del psicosocial, sino también del económico. Todo va de la mano, el autocontrol es difícil de llevar cuando la persona no acepta la enfermedad y por ende, no se cuidará a sí mismo para asegurar una adecuada salud.

4. LA UTILIDAD DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL ENFOQUE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

Para este apartado realice búsqueda en dos artículos donde ofrecían una revisión de los principales metaanálisis y revisiones tanto sistemáticas como narrativas sobre la eficacia de la entrevista motivacional en el primer nivel de atención para atender enfermedades crónicas no transmisibles en el año 2013 y 2017. Quiero enfocar su atención en primer artículo publicado en 2013, donde abordaban los principales problemas de salud en el primer nivel de atención encontrándose un éxito moderado en comparación con la atención habitual con intervenciones motivacionales largas de 20 minutos o más relacionada con el tabaquismo, incluso hay mayor beneficio si se realizan por médicos generales que las conducidas por enfermeras, consejeros o equipo de investigación. Una revisión sistemática que evaluó la entrevista motivacional en diferentes enfermedades crónicas arroja buenos resultados en los cambios fisiológicos y estilos de vida (5). En una revisión llevada a cabo por Thompson et al entre 1999 y 2009 se concluye que la entrevista motivacional es un medio atractivo para lograr esos cambios de comportamiento para mejorar la salud cardiovascular que claro, aun se tiene ciertas lagunas que se deben abordar en un futuro. Sjoling et al. Publicaron donde se evaluó la entrevista motivacional con la realización de actividad física en pacientes hipertensos obteniendo reducción significativa de ta tensión arterial, el peso, su índice de masa corporal, la frecuencia cardiaca y el perímetro abdominal, sin embargo este estudio se creó como estudio piloto, por lo que las conclusiones se necesita de mayor fortaleza en el estudio y seguimiento. Rubak et al, con el fin de evaluar si la formación de la entrevista motivacional en médicos generales mejora en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el conocimiento de la

enfermedad, la prevención y tratamiento realizaron un estudio donde separaron en un grupo a los profesionales que habían tomado la formación de la entrevista motivacional y otro donde se realizó la consulta tradicional, se encontró una mejora significativa en todos los aspectos antes mencionados, al realizar un seguimiento (5 años posterior) se encontró una adherencia cercana al 100% y mejora en su HbA1c pero sin una clara diferencia entre ambos grupos, esto debido a que en el grupo control empezaron a tomar las bases de la entrevista motivacional. Autores como Kreman et al. analizaron la técnica pero por vía telefónica en personas con hiperlipidemia en 3 meses de seguimiento encontrando una reducción significativa en colesterol total y LDL en el grupo de intervención, en el control no fue significativa su disminución, pero una vez más, el poco tiempo del estudio impidió que las conclusiones fueran de evidencia fuerte. Así como estos estudios, el artículo menciona muchas de las revisiones tanto para evaluar la actividad física en sedentario como en obesos, diabetes, hipertensión, dislipidemia entre otras, dando a entender que la entrevista motivacional puede ser utilizada en una amplia gama de intervenciones para promover la salud e incluso prevenirlas; con la presencia de metaanálisis en estos estudios nos queda claro el efecto positivo de este enfoque en comparación con el tratamiento habitual, de hecho, al realizar un mayor número de intervenciones en un lapso de tiempo mayor estas se ven beneficiadas incluso si las intervenciones son breves, y como en todo estudio, también existen limitantes como el hecho de que el tamaño de la muestra es pequeño, sesgos estadísticos, la calidad de la intervención ni la formación que llevaron a cabo los profesionales que utilizaron la entrevista motivacional, requiriendo más estudios de calidad metodológica para que confirmen con mayor fuerza la utilidad de esta herramienta en los distintos ámbitos para su uso (5).

La segunda bibliografía resultó de una revisión sistemática registrada en PROSPERO donde una búsqueda inicial arrojó 4.853 artículos quedando un total de 11 artículos pertenecientes a estudios aleatorizados controlados y caso-control del 2010 hasta el 2017 utilizando cuatro bases de datos: EBSCO-CINAHL, Pub-med, Scielo, PsycINFO con el fin de evaluar la efectividad de la entrevista motivacional en personas con sobrepeso/obesidad desde 3 meses hasta 3 años de seguimiento y otras variables de pacientes crónicos como circunferencia de cintura, índice de masa corporal, variables fisiológicas como colesterol total, glucemia en ayunas y presión arterial, además de variables conductuales como actividad física / dieta y variables psicosociales como la preparación para el cambio según el modelo transteórico de Prochaska (6). A diferencia del primer artículo, este solo incluyó la aplicación de la entrevista motivacional cara a cara, la mayoría arrojó una

reducción significativa de peso corporal con pérdida de hasta 7 kilogramos, el 35.7% alcanzó pérdidas mayores al cinco por ciento de su peso corporal inicial y no solo eso, también en las variables metabólicas, conductuales y/o psicosociales hubo un efecto positivo al incluir la entrevista motivacional en diez de los once artículos. Sin embargo, no existió una significancia estadística al compararlo con los de grupo control y también concuerdan con que se necesita más información acerca del número de sesiones mínimas y el lapso de tiempo para mayor significancia, por lo que me hace analizar que hace muchas más investigación en este apartado. Por otra parte lo que difiere el segundo artículo del primero es en el tipo de profesional como ejecutor, en el segundo predominaba nutrición /dietista y en el de Barnes et al era más variado: nutricionistas, enfermeras, médicos y especialistas en deporte o salud. Por lo que concuerdo con el comentario de P. Gálvez Espinoza et al., en el que “Esta diversidad en el tipo de intervención con EM indica que aún no hay claridad de la dosificación, ni de la duración de la intervención, ni de quién debe ejercerla o cómo debe ejercerla para lograr los objetivos planteados por la intervención.” (6). Por lo que en todo caso sería necesario que todos los servidores de la salud deberían ser capacitados para ejercer esta herramienta, esto provocaría un problema para la secretaria de salud al tener que estar generando gastos en las capacitaciones que a la larga vendría a ser más que funcional.

CONCLUSIONES

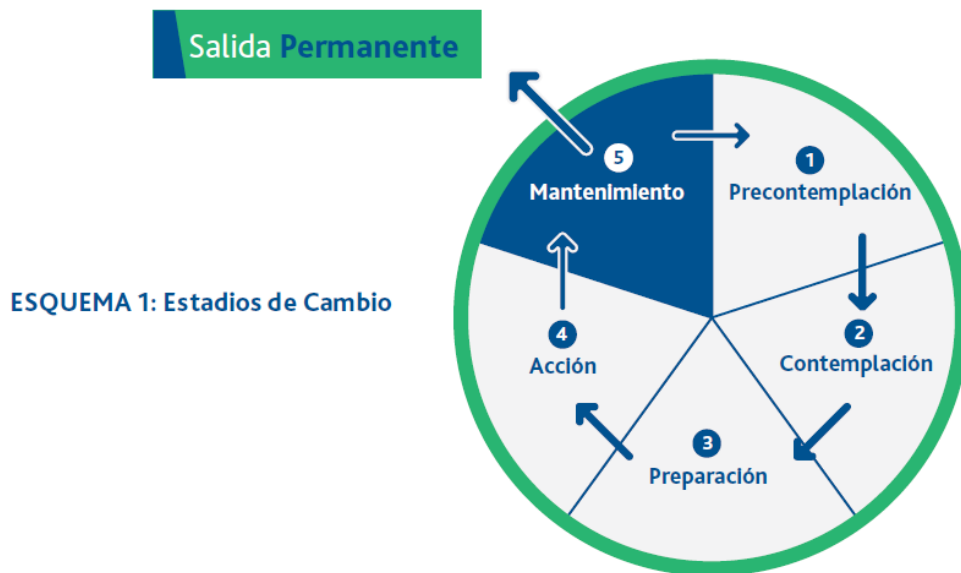
El modelo centrado en la persona se ha ido utilizando desde hace apenas unas décadas y con mayor influencia en los últimos años, es primordial que en la práctica clínica llevemos a cabo los 5 componentes básicos de esta, sin embargo, y como es claro, debido a la enseñanza tradicional en las universidades el médico pasante generalmente tiene arraigado el método de consulta tradicional, es por ello que personalmente tengo la fortuna de permanecer a un proyecto en el que nos involucren directa e indirectamente a una nueva forma de atender al paciente, y no la enfermedad. La entrevista motivacional es una excelente herramienta porque esta va centrada a la persona, la cuestión que debe resolver el paciente es la ambivalencia y nosotros como centro de salud a cargo nos debemos dirigir intencionalmente a alcanzar dicha meta a través de la rueda del cambio, cada fase es primordial y se debe tratar de manera distinta en cada una de ellas, es necesario tocar las recaídas, y no nos debemos alarmar por encontrarnos a alguna, al contrario, si es necesario empezar de cero lo haremos, porque es parte del cambio. Ahora bien, yéndonos a la

utilidad de la entrevista ya en ámbitos que nos compete, la mayoría de la literatura nos demuestra que si es significativamente positiva el cambio de comportamiento para mejorar la salud independientemente del ámbito o variable que hablemos como las conductuales, psicosociales y fisiológicas en comparación de los grupos controles con el “tratamiento habitual”, solo que como todo estudio, se necesita de mayores estudios estadísticos para reforzar ciertos aspectos como el tiempo de la terapia y el número de estas para que sea significativa, además de saber con claridad el tipo de personal más adecuado para realizar esta estrategia. Sin duda este ensayo me deja un buen sabor de boca, porque además de que descubrí la forma de aplicar la entrevista motivacional y llevarla a mis pacientes en el centro de salud, me deja claro que si es satisfactoria, es decir, que lleva al paciente a la reflexión, a la ambivalencia, y por ende al cambio de comportamiento por si solo para llegar a una meta en común a favor del paciente para con su padecimiento.

Pasando a otro punto, personalmente lo mejor del módulo uno del diplomado fueron las lecturas fundamentadas, que a pesar de ser extensas y en ocasiones eso ocasionaba la falta de interés de continuar con la lectura ya pasando de la pagino 30, surgieron en mi la duda y el interés por continuar con este modelo y llevarlo a la practica en mi consulta, sin duda cada taller me encantó y posterior a este lo lleve a cabo con mis pacientes, desde el hecho de brindarle una atención más personalizada a mis pacientes tanto farmacológicamente en adecuar las dosis de insulina y programar una o varias citas extras a las mensuales para ir vigilando el reajuste de insulina, hasta el realizarles personalmente planes alimenticios acorde a los gustos y condiciones económicas de mis pacientes, en ambos talleres se vio reflejo el interés y agradecimiento de ellos, y eso, sin duda alguna es reconfortante. Es necesario que en el diplomado se realicen más trabajos colaborativos, es decir, en equipos, porque siento yo es el enfoque más adecuado para que expongamos nuestros puntos de vista personales y posteriormente veamos cual es la sincronía con los demás y asi concluir en algo preciso, esta idea podría ser fundamentada con el hecho de que en ocasiones nos sentimos cohibidos por los comentarios que podríamos expresar directamente con los tutores o el resto del grupo pareciendo desfavorable nuestra ideología o posición. La única propuesta que puedo lanzar hacia el mismo diplomado impartido por la universidad autónoma metropolitana y a la secretaria de salud de la Ciudad de México es mayor vigilancia en los centros de salud para comprobar la verificación de los estatutos del proyecto y que estos se estén acatando. Mi estancia en el CST-III Dr. Gastón Melo ha sido fructífera, tengo el privilegio de contar con excelente medico a nuestra tutela además claro de un buen ser humano, impartiéndonos los mejores valores

para la atención del paciente y por supuesto la adecuada terapéutica para ellos, y a razón de fármacos, laboratorios y estudios de imagen han estado al margen con ciertos inconvenientes con el pasar de los meses, pero no hay nada que aquejar.

ANEXOS



ESQUEMA 2. Fases del cambio, ejemplos de cada fase por la persona y las tareas a realizar por parte del profesional.

ETAPA DE CAMBIO	CONFLICTO DE LA PERSONA	TAREAS MOTIVACIONALES DEL PROFESIONAL
PRECONTEMPLACIÓN	<i>"No quiero hablar de eso". "No sé por qué andan todos tan pendientes si estudio o no estudio, si fumo o no fumo. Si mis papás me dejaran tranquilo, quizás hablaría de esto".</i>	Aumento de la duda —aumento de la percepción del sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual.
CONTEMPLACIÓN	<i>"Voy a pensarlo". "A veces me imagino saliendo del colegio y encontrando un trabajo, pero me desanimo cuando pienso en la rutina, en cumplir horarios. Dudo si sería capaz de hacerlo".</i>	Inclinación de la balanza —evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la auto eficacia para el cambio de la conducta actual. Se puede utilizar la tabla de balance decisional.
	<i>"¿Cómo puedo cambiar?". "Igual me entusiasma hacer compromisos de estar mejor y cambiar mi estilo de vida. Creo</i>	Ayuda al sujeto a determinar el mejor curso de acción que hay

PREPARACIÓN	<i>que andaría más contento. Pero no sé si podré cumplirlo”. “El próximo año pretendo retomar el colegio”.</i>	que seguir para conseguir el cambio.
ACCIÓN	<i>“Lo estoy intentando”. “No estar consumiendo este mes me tiene orgulloso, me siento mejor de lo que pensaba, pero igual me imagino un pito y me dan ganas de fumar de nuevo, como para relajarme”.</i>	Ayuda al sujeto a dar los pasos hacia el cambio.
MANTENIMIENTO	<i>“Cuando pienso en cómo estaba unos meses antes de entrar en este programa y ahora, me sorprende de mi cambio y eso me hace sentir bien, pero todavía me asusto cuando pienso si podré seguir avanzando”.</i>	Ayuda al sujeto a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída
RECAIDA	<i>Por cualquier índole o cambio de comportamiento.</i>	Ayuda al sujeto a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

3.2 MODULO 2. MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EL MONITOREO DE RESULTADOS.

TITULO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA:

EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LA PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN SU POLIFARMACIA.

La siguiente revisión sistemática se entrega en el mes de Enero 2023 teniendo el siguiente contenido:

INTRODUCCIÓN

El que tengamos grandes porcentajes de adultos mayores es de suma satisfacción para los servicios de salud pública, porque eso significa que sus estrategias en salud han sido positivas para la vida, sin embargo, ¿cuántas de estas personas mayores viven plenamente saludables? Son miles de personas de este grupo de edad que padecen más de una enfermedad crónica y por ende se le prescribe una gran cantidad de medicamentos con riesgo de presentar efectos adversos o interacciones medicamentosas agudas o crónicas que por ende ocasione el prescribir aún más medicamento para eliminar esas reacciones. Lo antes descrito también podría ser un problema de salud pública porque demandaría el costo de más medicamento, consultas entre otras cosas, por lo que en parte al gobierno le conviene poner un alto a la prescripción potencialmente inadecuada. Los problemas de farmacoterapia son más difíciles debido a la farmacocinética y farmacodinamia que se ve alterado en el anciano en comparación con los adultos jóvenes debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento. Se realizó una revisión sistemática donde encontramos

recomendaciones generales y específicas sobre la vigilancia personalizada del adulto mayor que vive con enfermedades crónicas y usa polifarmacia, dentro de estas recomendaciones se pone énfasis en cuatro aspectos y la herramienta STOPP que actualmente está autorizada por parte de secretaria de salud de la ciudad de México para su uso.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de esta revisión sistemática es resumir la evidencia a cerca de la seguridad del paciente con polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir el número de medicamentos prescritos como polifarmacia.
- Investigar el impacto de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Establecer si es necesario reducir la polifarmacia a beneficio del adulto mayor con enfermedades crónicas.

PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

JUSTIFICACIÓN

La atención primaria en salud tiene ventajas y desventajas y en México no es la excepción ya sea por ámbitos políticos, de presupuesto, falta de actualización del personal, pero en términos simples cumple el objetivo de la atención, que es el prevenir y dar los primeros manejos al paciente que lo necesita para que posteriormente se refiera si lo amerita. Según INEGI 2020 en la ciudad de México existen más de 982 mil adultos mayores.² las enfermedades crónicas degenerativas son las patologías con mayor predominio en los adultos mayores a nivel nacional y en el mundo, contribuyendo a ser de las principales causas de mortalidad.³ Debido a que una enfermedad crónica puede ser factor de riesgo para otras, es muy frecuente que el anciano se le prescriban más de 4 fármacos por día. Sabemos que la prescripción médica es un acto científico, ético y legal, sin embargo se dice que una prescripción potencialmente inapropiada se da cuando el riesgo de sufrir evento adverso es superior al beneficio (interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad y de fármacos duplicados o de la misma clase) ocasionando síndromes geriátricos, la morbilidad y mortalidad de nuestro adulto mayor.³ A nivel local, en el centro de salud T III Dr. Gastón Melo jurisdicción Milpa Alta, me ha llevado la inquietud de que la mayor cantidad de pacientes que se mandan de referencia al servicio de medicina interna o nefrología son esos que se prescriben con más de 4 medicamentos al día, por lo que me lleva a la pregunta ¿son más los beneficios que los riesgos en el adulto

mayor a largo plazo con el uso de polifarmacia?. En un estudio realizado en el instituto mexicano del seguro social se encontró una prevalencia de polifarmacia de 87%, de los cuales 55% presentó al menos una prescripción inapropiada. Es por eso que se ha escogido esta problemática para saber las recomendaciones de expertos a nivel mundial sobre esta cuestión.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe un error en la medicación con polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas o es segura esta prescripción farmacológica?

PALABRAS CLAVE:

Enfermedades crónicas, multimorbilidad, adulto mayor, polifarmacia, error en medicación, seguimiento, continuidad de la atención al paciente.

TIPO DE REPORTES:

Se añadieron investigaciones con revisión sistemática y/o con metaanálisis, dentro de estos incluyeron los principios de Ariadne y pautas de PRISMA para buscar guías de práctica clínica, estudios observacionales entre otros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Documentos escritos en idioma inglés y español.
- Cobertura metodológica: revisiones sistemáticas, meta análisis, guías de practica clínica.
- Artículos publicados en los últimos 6 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Documentos escritos en otro idioma que no sea inglés o español.
- Documentos no enfocados a la temática del título.

ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA

Para el proceso de búsqueda se utilizó Medical Subject Headings (MeSH) en PubMed donde se añadieron palabras claves registradas acorde a la pregunta PICO por el sistema en nuestra estrategia de búsqueda

Pregunta con estrategia PICO:

¿Existe un error en la medicación con polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas o es segura esta prescripción farmacológica?

P/ Paciente o población ó problema de interés: (chronic diseases OR multimorbidity OR OR elderly OR Older adults).

I/ Intervención a considerar: (Polypharmacy)

C/ Comparación (que otras opciones existen): (patient safety OR continuity of patient care OR Surveillance).

O/ outcome o resultados: (medication errors)

EJECUCIÓN

Para la búsqueda de información por medio de revisiones sistemáticas se utilizó el recurso PubMed con ayuda de MeSH y la pregunta pico antes mencionada arrojando un total de 627 artículos, se realiza una reducción de búsqueda al seleccionar 6 años como última fecha de publicación reduciéndose a solo 464 artículos, del total de estos se eliminan los que no sea revisiones sistemáticas obteniendo 51 literaturas, de esta se hace una búsqueda exhaustiva en base al título de cada artículo descartando 39, se realizó a leer cada uno de los 12 artículos totales encontrando de utilidad para el trabajo aquí presentado a 8 literaturas de revisiones sistemáticas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Consulta traducida: (("polypharmacy"[MeSH Terms] OR "polypharmacy"[All Fields]) AND ("multimorbidity"[MeSH Terms] OR "multimorbidity"[All Fields]) AND ("chronic disease"[MeSH Terms] OR ("chronic"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "chronic disease"[All Fields] OR ("chronic"[All Fields] AND "diseases"[All Fields]) OR "chronic diseases"[All Fields]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields] OR "elderly"[All Fields]) AND ("medication errors"[MeSH Terms] OR ("medication"[All Fields] AND "errors"[All Fields]) OR "medication errors"[All Fields]) AND ("systematic review"[All Fields] OR "systematic reviews as topic"[MeSH Terms] OR "systematic reviews"[All Fields])) AND ("2018/01/29"[PDat] : "2023/01/27"[PDat])

RESULTADOS

Artículo seleccionado	Nombre de autor	Objetivos del estudio	Recomendaciones/conclusiones
Evidence supporting the best clinical management of patients with	C.Muth, JW Blom, sm	Objetivo: identificar y analizar las guías de práctica clínica	Llegan a la conclusión de 4 pautas: 1. Recomendaciones sobre la evaluación de la interacción. (Evaluar las interacciones

<p>multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review</p>	<p>smith, K. Johnell, et al.</p>	<p>basadas en la evidencia para la multimorbilidad o polifarmacia con el fin de investigar el apoyo a la decisión clínica que brindan y los conceptos clave que abordan.</p>	<p>entre enfermedad (semiología) y tratamiento (instrumentos MAI, STOPP) e involucrar a sus familiares o cuidadores. 2. Recomendaciones para obtener las preferencias del paciente y compartir objetivos de tratamiento realistas (explorar e identificar sus prioridades o expectativas personales con su enfermedad e impulsar el auto manejo). 3. Recomendaciones sobre el manejo individualizado (encontrar estrategias que mejoren la calidad de vida del paciente, los planes de medicación se deben adaptar a cada persona según la necesidad, comunicación continua y adecuada). 4. Recomendaciones sobre monitoreo y seguimiento (buscar síntomas que indiquen potenciales de complicaciones por cambio en el tratamiento, conocer los datos de alarma y saber dónde acudir).⁴</p>
<p>Using Deprescribing Practices and the Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions Criteria to Reduce Harm and Preventable Adverse Drug Events in Older Adults</p>	<p>Tara R. Earl, PhD, MSW, Nicole D. Katapodis, et al.</p>	<p>Objetivo: revisar la evidencia de las prácticas de seguridad del paciente destinadas a reducir los ADE prevenibles en adultos mayores, específicamente (i) la eliminación de las intervenciones para reducir la polifarmacia y (ii) el uso de la Herramienta de detección de recetas potencialmente inapropiadas para personas mayores (STOPP) para reducir los medicamentos potencialmente inapropiados (PIM).</p>	<p>Esta revisión contribuye a la evidencia de la efectividad de las intervenciones que utilizan la deprescripción y los criterios de detección STOPP para abordar los ADE prevenibles en adultos mayores. Las recomendaciones para futuras intervenciones y estudios de deprescripción podrían tener en cuenta las perspectivas y preferencias de los pacientes durante el proceso de deprescripción, además es importante desarrollar protocolos dirigidos a múltiples medicamentos y/o enfermedades en lugar de específicos (hablando de la herramienta STOPP).⁵</p>

<p>Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review</p>	<p>Terri R Friedl, John O'Leary, Virginia Towle,</p>	<p>Objetivo: resumir la evidencia sobre los resultados de salud asociados con la polifarmacia, entre las personas mayores que viven en la comunidad.</p>	<p>Los resultados de salud asociados con la polifarmacia proporciona evidencia mixta con respecto a estas asociaciones. Mientras que algunos artículos demostraron una asociación entre polifarmacia y caídas, eventos adversos de medicamentos, hospitalización y otros resultados, otros artículos no lo hicieron. La evidencia más definitiva con respecto a estas asociaciones requerirá ensayos controlados aleatorios que prueben los efectos de la interrupción de la medicación.⁶</p>
<p>Prevalence and impact of polypharmacy in older patients with type 2 diabetes</p>	<p>Francesca Remelli, Maria Giorgia Ceresini, Caterina Trevisan, et al.</p>	<p>Objetivo: investigar la prevalencia y el impacto de la polifarmacia en adultos mayores afectados por dicha enfermedad</p>	<p>Este estudio confirma la alta prevalencia de polifarmacia en personas mayores con diabetes y su fuerte impacto en varios resultados negativos específicos de la diabetes (control glucémico deficiente y riesgo de hipoglucemia) y relacionados con la salud (riesgo de caídas incidentes, síncope, hospitalización y muerte), incluida la mortalidad. Estos resultados refuerzan la necesidad de mejorar las estrategias de atención para el manejo de estos pacientes.⁷</p>
<p>Inappropriate Use of Medication by Elderly, Polymedicated, or Multipathological Patients with Chronic Diseases</p>	<p>Virtudes Pérez Jover, José J. Mira, Concepción Carratala Munuera, et al.</p>	<p>Objetivo: Saber el uso inadecuado de medicamentos con el fin de articular recomendaciones sobre cómo reducirlo en pacientes crónicos, particularmente en aquellos de edad avanzada, polimedcados o pluripatológicos.</p>	<p>La probabilidad de errores de medicación en el hogar es alta, tienen un conocimiento limitado de la medicación prescrita, Las tasas de no adherencia en todo el mundo oscilan entre más 50% en anciano poli medicado, Para mejorar la adherencia y reducir los errores, los pacientes pueden usar trucos de memoria u otros sistemas de refuerzo (por ejemplo, asociar las comidas con la medicación, registrar la dosis en la caja, almacenar la medicación en un lugar especial, dejarlo a la vista en la sala de estar o poner la hoja de recetas en el refrigerador) y usar pastilleros para manejar adecuadamente la medicación en su hogar.⁸</p>

RECOMENDACIONES

Acorde a lo obtenido en la búsqueda de información por medio de revisiones sistemáticas, las recomendaciones abarcan varios parámetros, desde instrumentos informáticos para evaluar los diferentes medicamentos usualmente utilizados en pacientes con enfermedades crónicas, así como el tratamiento centrado en la persona, no podemos tomar un algoritmo para tratar a todos los pacientes ya que influye mucho los efectos adversos y el cómo tratar cada uno de esos efectos, lo que traería a utilizar más medicamentos de los ya prescritos, otro parámetro a evaluar como lo recomienda C. Muth et al es tomar en cuenta al paciente, el auto manejo y sus expectativas con la enfermedad crónica específica, el cómo se quiere ver dentro de 5 años o dentro de 20 años y por último, dar seguimiento al paciente con su tratamiento farmacológico, y no dejarlo a la deriva hasta el próximo mes de consulta, se debe citar antes para ver cómo le está yendo con el nuevo medicamento, si le queda. Es importante recordar que la educación del paciente es fundamental para la adherencia tanto en el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Es fundamental interrogar al paciente sobre si es atendido con más de un médico, ya que cada quien tiene diferente criterio para la prescripción e informarle a este la importancia del tratamiento farmacológico enfocado a la persona por que en vez de hacer un bien puede causar el mal.

CONCLUSIONES

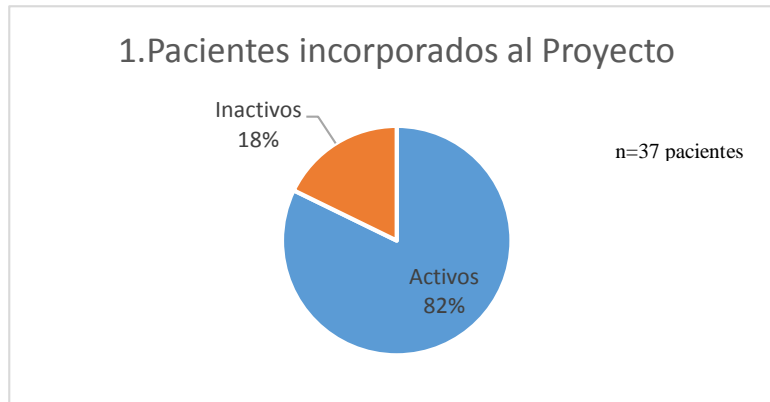
A través de esta revisión sistemática nos podemos percatar que el hecho de medicamentar al paciente por cada patología crónica o aguda que presente no es tan conveniente ni seguro para el paciente. Al prescribir un medicamento tenemos que tomar en cuenta muchos aspectos que claramente nos expone C. Muth et al en su revisión, y no solo esto sino que también debemos enfocarnos en el riesgo de caídas, ya que gran parte de los estudios reportaron que el tomar más de 4 medicamentos influye de manera importante en otras comorbilidades tanto agudas como crónicas. Actualmente ya existen herramientas que nos pueden ayudar en la práctica médica para saber que medicamento es conveniente acorde a la individualización de los pacientes como lo es el criterio de detección STOPP que se encuentra autorizado por la secretaria de salud de la Ciudad de México para su uso, es una herramienta útil y confiable pero sin dejar a un lado la utilidad para cada paciente. Sin duda, y con forme se leía la literatura se pudo percatar que la atención centrada en la persona es fundamental para cualquier aspecto tanto a nivel social como legal ya que el estar informado y actualizado a cerca de estos aspectos puede mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes o en caso contrario, orientarlos al sufrimiento a largo plazo del paciente sin que nos demos cuenta. En el centro de salud donde realizo mi servicio social es una comunidad rural, donde los pacientes confían en el personal médico y sus prescripciones, no todas son correctas, por lo que causarían al paciente complicaciones agudas o crónicas. Con este estudio me doy cuenta que si hay herramientas para mejorar la atención y no solo causarle un mal a largo plazo a los pacientes, por lo que doy como satisfactoria mi investigación. Es obligación de todo el personal de salud actualizarse y así mejorar las estrategias de atención para el manejo de pacientes.

3.3 MÓDULO 3. ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA AUMENTAR EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción febrero 2022.

1. Información básica

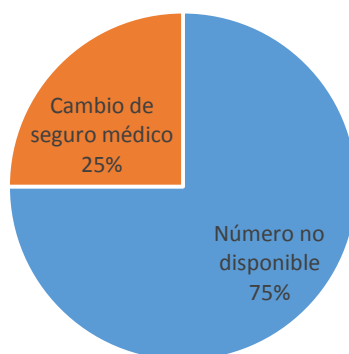
El número total de pacientes que se encuentran incorporados en proyecto durante mi año de servicio social es de 45 pacientes, de los cuales 37 se encuentran activos, acudiendo mínimo 3 consultas al año y 8 pacientes inactivos. En la siguiente grafica muestro el porcentaje de actividad.



Fuente: REDCap.

De los pacientes inactivos, las razones más frecuentes de inasistencia nula durante el año fue el mal registro del número de teléfono del paciente durante la promoción pasada, de estos se buscó su número telefónico en los expedientes clínicos pero estos no contaban con historia clínica. En segundo lugar fue el cambio de servicio médico. En la siguiente grafica muestro detalles en porcentaje de este 18 % de pacientes que estuvieron inactivos todo el año de servicio social.

2. Motivo de Inactividad de pacientes incorporados a proyecto



n=37 pacientes

Fuente: REDCap.

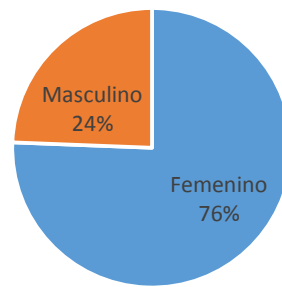
2. Información demográfica posible:

Como podemos observar en la gráfica 3, más de tres cuartas partes de los pacientes activos que se atendieron durante el año de servicio social fueron mujeres, esto tiene mucho que hablar, dependiendo de muchas perspectivas, en primero, ¿serán las mujeres quienes más padecen enfermedades crónicas? O ¿son las mujeres quienes priorizan su atención médica?, es decir, son las que están más al tanto de mantenerse en control, o tal vez, como el sexo femenino se encuentran en casa, tienen mayor tiempo para acudir a los servicios médicos en comparativa del hombre que se encuentra la mayor parte del tiempo trabajando? Sería increíble hacer un trabajo relacionado a esto en un futuro.

Sexo	Número de pacientes activos	Porcentaje de pacientes activos (%)
Femenino	28	75.6
Masculino	9	24.4

Fuente: REDCap.

3. Sexo de pacientes activos incorporados al proyecto



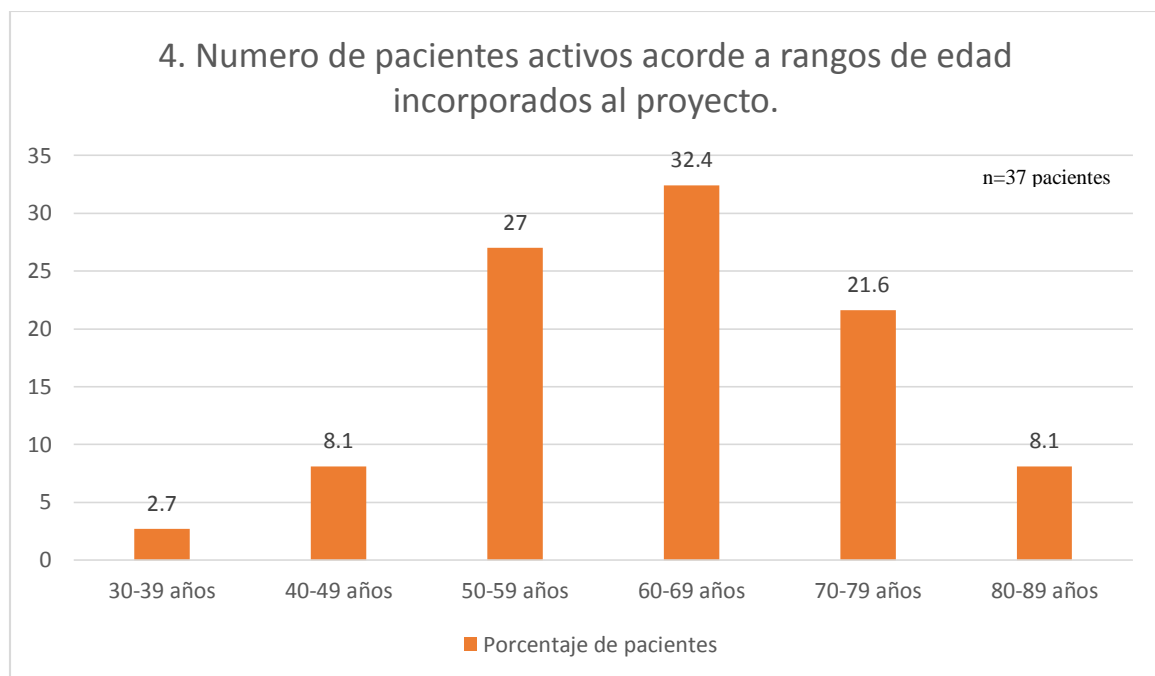
n=37 pacientes

Fuente: REDCap.

Durante el año de servicio social se atendió a pacientes de todas las edades, siempre y cuando fueran mayores de edad. De los pacientes activos, el mayor porcentaje se lo lleva el rango de edad de 60-69 años con casi un tercio del total de pacientes, no quedando tan atrás el rango de 50-59 años, si súmanos estos dos rangos de edad se llevan casi el 60 por ciento de la población que se encuentra dentro del proyecto.

Rango de edad	Número de pacientes	Porcentaje (%)
30-39 años	1	2.7
40-49 años	3	8.1
50-59 años	10	27.0
60-69 años	12	32.4
70-79 años	8	21.6
80-89 años	3	8.1
Total de pacientes	37	100

Fuente: REDCap.



Fuente: REDCap.

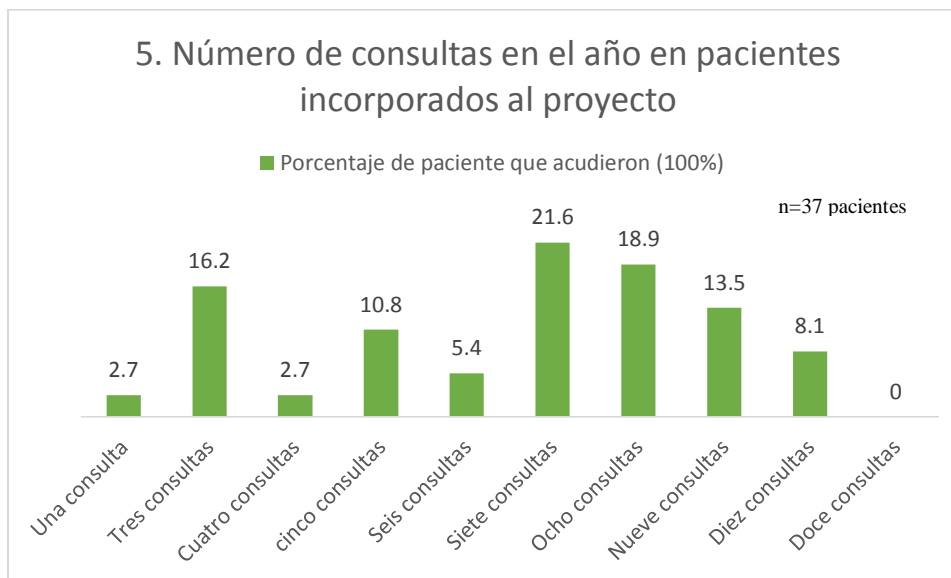
3. Motivo de atención

El número de consultas totales en el año asemejan dos grandes picos, acudiendo tres consultas y siete, esto se ve reflejado en pacientes que por alguna u otra razón dejaron de acudir y los que continuaron yendo más de la mitad de consultas mensuales al año. El segundo pico se refleja entre 7 a 9 consultas en el año, debido a la alta demanda de pacientes en el centro de salud y solo habiendo un solo consultorio nos vimos en la necesidad de tener que citarlos cada dos meses, y que claramente bajaron las estadísticas de consultas por año, ese suceso se presentó durante los meses de agosto a octubre, posteriormente, el centro de salud abre otro consultorio para atender nuestras necesidades de alta demanda.

Número total de consultas que asistieron en el año.	Número de pacientes que acudieron	Porcentaje de paciente que acudieron (100%)
Una consulta	1	2.7
Tres consultas	6	16.2
Cuatro consultas	1	2.7
Cinco consultas	4	10.8
Seis consultas	2	5.4
Siete consultas	8	21.6
Ocho consultas	7	18.9
Nueve consultas	5	13.5
Diez consultas	3	8.1
Doce consultas	0	0

Total	37	100
-------	----	-----

Fuente: REDCap.

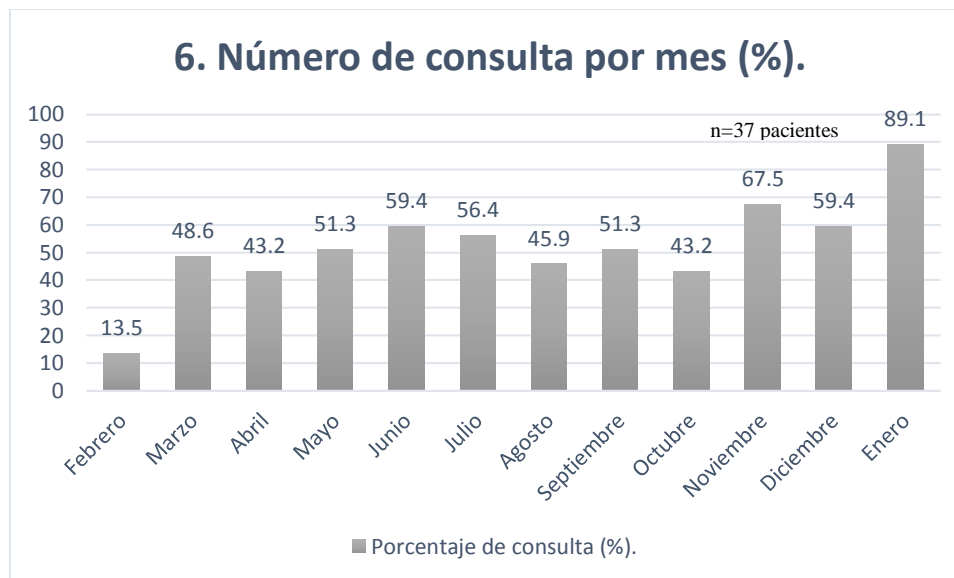


Fuente: REDCap.

Retomando el tema anterior, estadísticamente se observa la baja en los meses de agosto a octubre, posteriormente hubo un repunte, normalizando el número de consultas mes con mes. La más grande asistencia se ve reflejando en los últimos meses del año, caso contrario de los primeros meses de servicio social, ocasionado por el cambio de pasantes y pérdida de continuidad de consultas en el mes de febrero (las nuevas pasantes llegamos al centro de salud la cuarta semana de febrero) por lo que se tenía que recatar pacientes con llamadas telefónicas.

Mes	Números de consultas	Porcentaje de consulta (%)
Febrero	5	13.5
Marzo	18	48.6
Abril	16	43.2
Mayo	19	51.3
Junio	22	59.4
Julio	21	56.4
Agosto	14	45.9
Septiembre	19	51.3
Octubre	16	43.2
Noviembre	25	67.5
Diciembre	22	59.4
Enero	33	89.1
Consultas totales por mes	37	100

Fuente: REDCap.

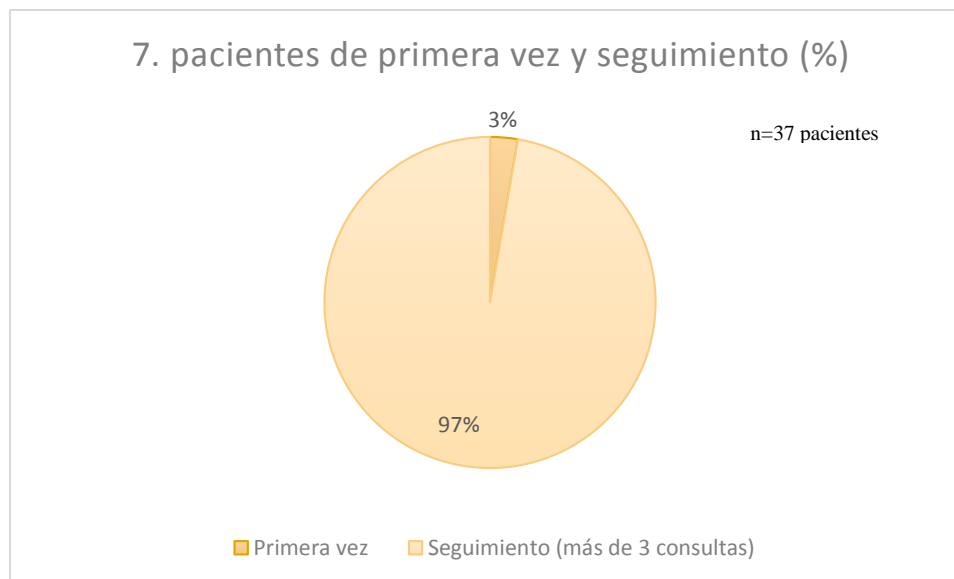


Fuente: REDCap.

Como observamos en la gráfica 7, fue casi nulo el porcentaje de pacientes que solo acudieron una vez a consulta, el 97.3% acudieron más de 3 consultas en el año, grafica que se analiza con más detalle en grafica pasada, esto da entender los acuerdos y metas médico-paciente durante nuestra pasantía.

Consulta en el año	Número de pacientes	Porcentaje de pacientes (%)
Primera vez	1	2.7
Seguimiento (más de 3 consultas)	36	97.3
Total	37	100

Fuente: REDCap.

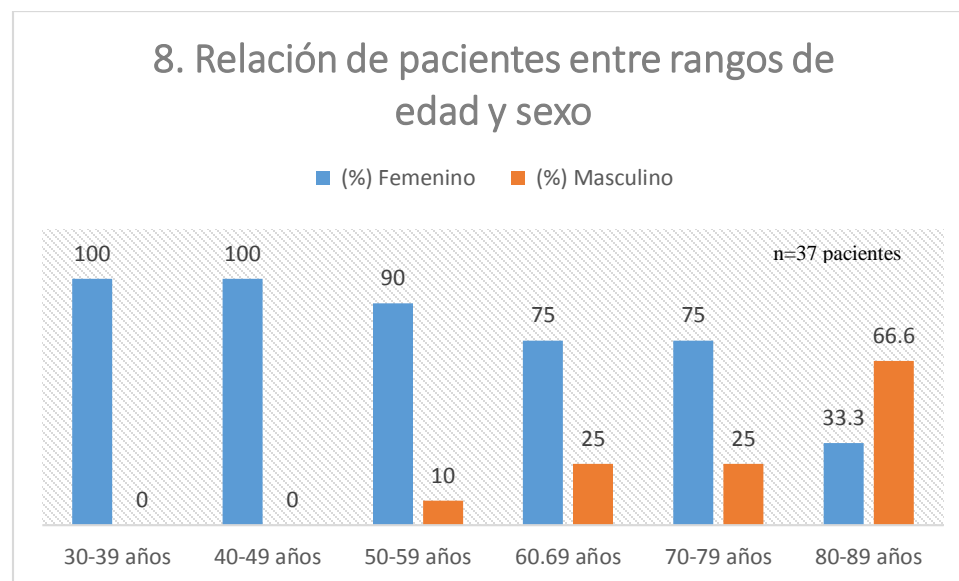


Fuente: REDCap.

Como se observa en la gráfica 8, en todos los rangos de edad quien realiza por un porcentaje considerado es el sexo femenino, excepto en la edad de 80 a 89 años, donde en gran medida se lo lleva el sexo masculino. Otra cuestión a destacar es de que a edades más tempranas, las mujeres son quienes se atienden sin excepción, conforme pasan los años de vida, los hombre empiezan a preocuparse por su control de enfermedades, e incluso son ellos quienes presentan mayor incidencia a edades más avanzadas, sería importante analizar con profundidad mediante más muestras y trabajos de investigación por que acontece esto.

Rango de edad	Número de pacientes por rango de edad			Porcentaje de pacientes por rango de edad (%)		
	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino
30-39 años	1	1	0	2.7	100	0
40-49 años	3	3	0	8.1	100	0
50-59 años	10	9	1	27.0	90	10
60-69 años	12	9	4	32.4	75	25
70-79 años	8	6	2	21.6	75	25
80-89 años	3	1	2	8.1	33.3	66.6
Total de pacientes	37	28	9	100	100	

Fuente: REDCap.



Fuente: REDCap.

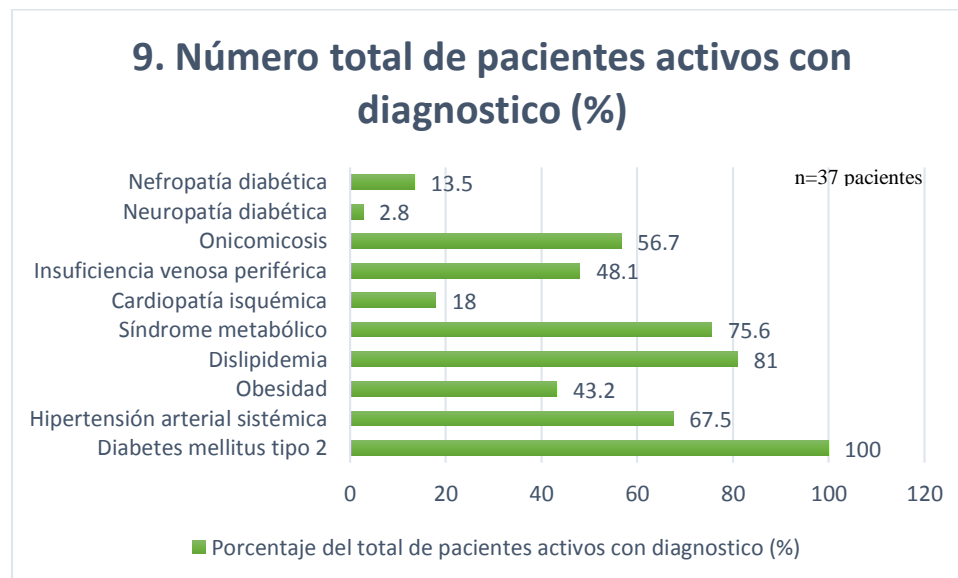
4. Morbilidad atendida

A continuación se analiza cada enfermedad crónica, reflejando en la tabla siguiente y grafica 9 que la patología que realiza es la diabetes mellitus tipo 2 en un 100% de

los pacientes incorporados al proyecto, recordemos que el número total de pacientes activos es de 37. Como segundo lugar de frecuencias, nos encontramos con dislipidemia y síndrome metabólico, sin dejar de contar la onicomiosis, esta última no cuenta como enfermedad cardiometabólica, pero decidí añadirla debido a la alta incidencia dentro de mi población de estudio.

Diagnostico	Número de pacientes con diagnostico	Porcentaje del total de pacientes activos con diagnostico (%)
Diabetes mellitus tipo 2	37	100
Hipertensión arterial sistémica	25	67.5
Obesidad	16	43.2
Dislipidemia	30	81
Síndrome metabólico	28	75.6
Cardiopatía isquémica	7	18
Insuficiencia venosa periférica	13	48.1
Onicomiosis	21	56.7
Neuropatía diabética	1	2.8
Nefropatía diabética	5	13.5
Total de pacientes	37	100

Fuente: REDCap.



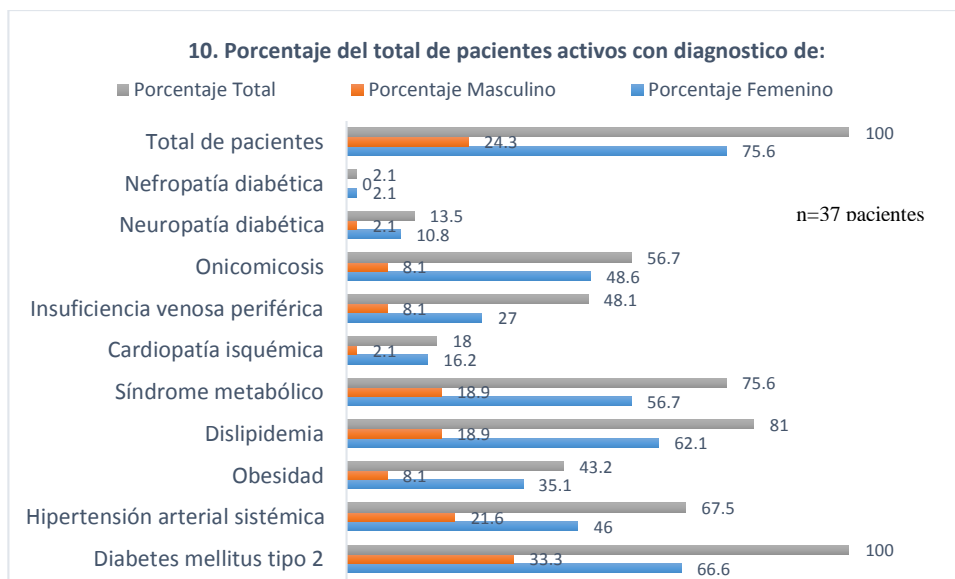
Fuente: REDCap.

Como es de esperarse debido a la alta incidencia del sexo femenino, este acapara todas las patologías analizadas en porcentaje (figura 10).

Diagnostico	Número de pacientes con diagnóstico de			Porcentaje del total de pacientes activos con diagnóstico de (%)		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total

Diabetes mellitus tipo 2	28	9	37	66.6	33.3	100
Hipertensión arterial sistémica	17	8	25	46	21.6	67.5
Obesidad	13	3	16	35.1	8.1	43.2
Dislipidemia	23	7	30	62.1	18.9	81
Síndrome metabólico	21	7	28	56.7	18.9	75.6
Cardiopatía isquémica	6	1	7	16.2	2.1	18
Insuficiencia venosa periférica	10	3	13	27.0	8.1	48.1
Onicomiosis	18	3	21	48.6	8.1	56.7
Neuropatía diabética	4	1	5	10.8	2.1	13.5
Nefropatía diabética	1	0	1	2.1	0	2.1
Total de pacientes	28	9	37	75.6	24.3	100

Fuente: REDCap.



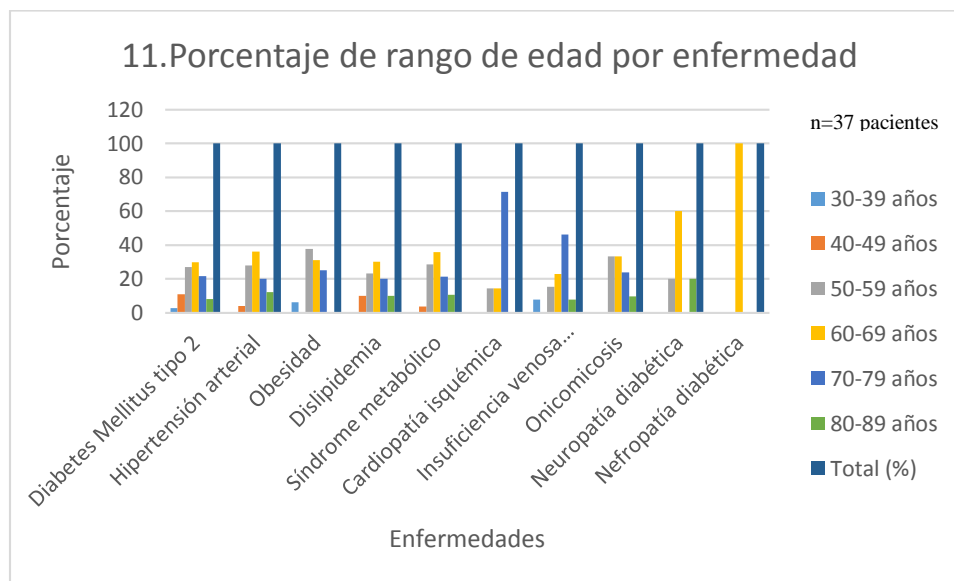
Fuente: REDCap.

Un dato considerable en la población atendida por diagnóstico y grupos de edad (grafica 11) es que en el rango de 70-79 años ya presenta la mayoría cardiopatía isquémica, aunado a descontrol

de enfermedades de base como diabetes, hipertensión, dislipidemia y englobando, el síndrome metabólico. Además, se observa que la mayoría de nuestros pacientes desde que tienen 50 años a 70 ya presentan casi todas las patologías estudiadas. Esto pone a reflexionar que nuestra alimentación durante el transcurso de los años es mala, aunado al sedentarismo y escasas de prevención (promoción) desde las escuelas.

Diagnostico	Rango de edad en número							Porcentaje de rango de edad por enfermedad						
	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	70-79 años	80-89 años	Total	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	70-79 años	80-89 años	Total (%)
Diabetes Mellitus tipo 2	1	4	10	11	8	3	37	2.7	10.8	27	29.7	21.6	8.1	100
Hipertensión arterial	0	1	7	9	5	3	25	0	4	28	36	20	12	100
Obesidad	1	0	6	5	4	0	16	6.2	0	37.5	31.2	25	0	100
Dislipidemia	0	3	7	9	8	3	30	0	10	23.3	30	20	10	100
Síndrome metabólico	0	1	8	10	6	3	28	0	3.5	28.5	35.7	21.4	10.7	100
Cardiopatía isquémica	0	0	1	1	5	0	7	0	0	14.2	14.2	71.4	0	100
Insuficiencia venosa periférica	1	0	2	3	6	1	13	7.6	0	15.3	23	46.1	7.6	100
Onicomycosis	0	0	7	7	5	2	21	0	0	33.3	33.3	23.8	9.5	100
Neuropatía diabética	0	0	1	3	0	1	5	0	0	20	60	0	20	100
Nefropatía diabética	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	100	0	0	100

Fuente: REDCap.



Fuente: REDCap.

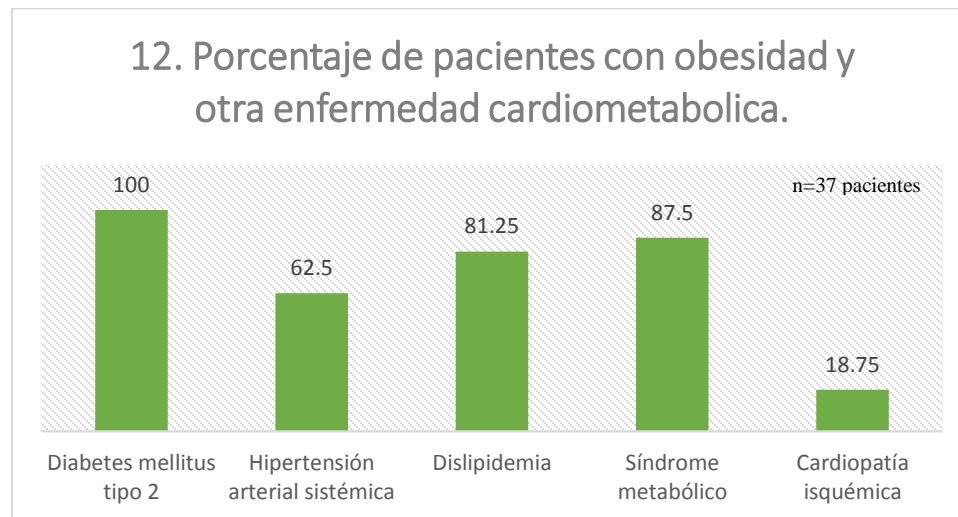
A partir de este momento analizaremos la relación de cada patología con otra en especial dentro de las enfermedades cardiometabólicas, al inicio analizamos

obesidad, porque en las siguientes gráficas y tablas ya no se considera este parámetro.

Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardiometabólica, observamos que la mayor cantidad de relación de obesidad es con diabetes, dejando en segundo término al síndrome metabólico con énfasis en dislipidemia (grafica 12).

	Diabetes mellitus tipo 2	Hipertensión arterial sistémica	Dislipidemia	Síndrome metabólico	Cardiopatía isquémica
Número de pacientes con obesidad	16	10	13	14	3
Porcentaje de pacientes con obesidad	100	62.5	81.25	87.5	18.75

Fuente: REDCap.

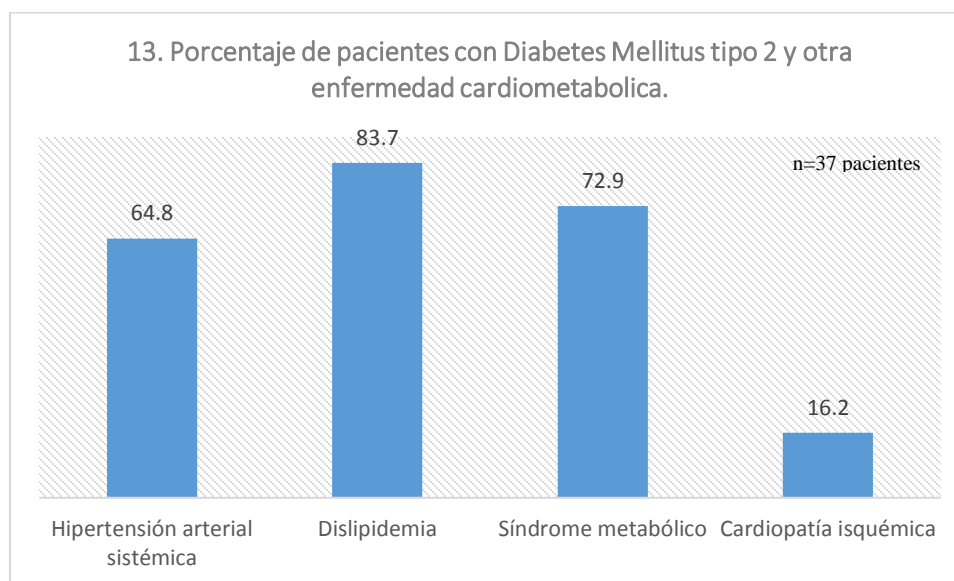


Fuente: REDCap.

Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad), se analiza, que en efecto se liga la diabetes mellitus con las dislipidemias, eso tiene que ver con la mala alimentación en general de todos los mexicanos (grafica 13).

	Hipertensión arterial sistémica	Dislipidemia	Síndrome metabólico	Cardiopatía isquémica
Número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2	24	31	27	6
Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo 2	64.8	83.7	72.9	16.2

Fuente: REDCap.

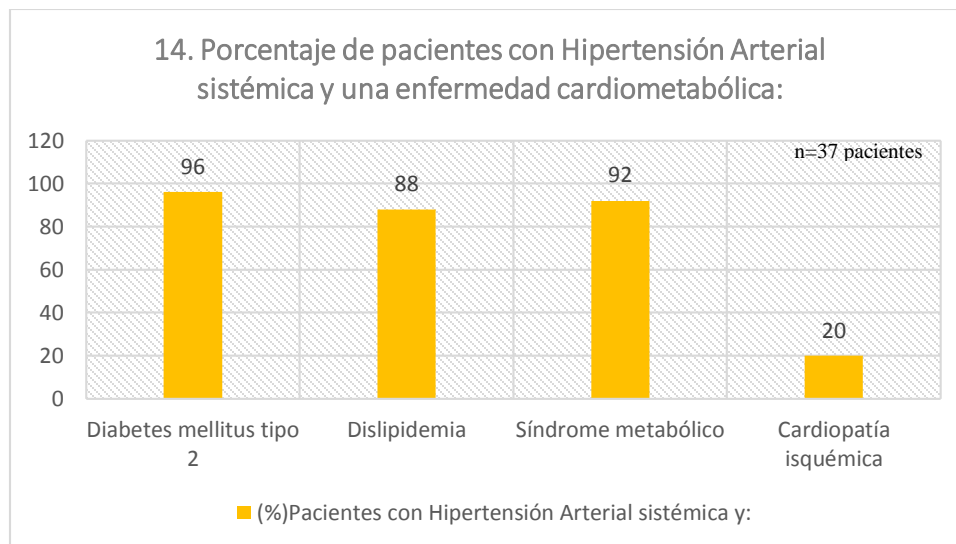


Fuente: REDCap.

Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad). La hipertensión arterial se liga con diabetes, debido a que el 100% de nuestros pacientes incorporados al proyecto tienen los diagnósticos de diabetes, sin destacar que de forma integral más del 90% por ciento padece síndrome metabólico (grafica 14).

	Diabetes mellitus tipo 2	Dislipidemia	Síndrome metabólico	Cardiopatía isquémica
Número de pacientes con Hipertensión Arterial sistémica	24	22	23	5
Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial sistémica y:	96	88	92	20

Fuente: REDCap.



Fuente: REDCap.

Se observa en la gráfica 16 que el 100% de pacientes con más de 2 patologías, lo que ocasiona en otros aspectos la polifarmacia de pacientes.

Número de pacientes con más de dos diagnósticos	Porcentaje de pacientes con más de dos diagnósticos.
37	100

Fuente: REDCap.



Fuente: REDCap.

5. Resultados de control de enfermedad crónica

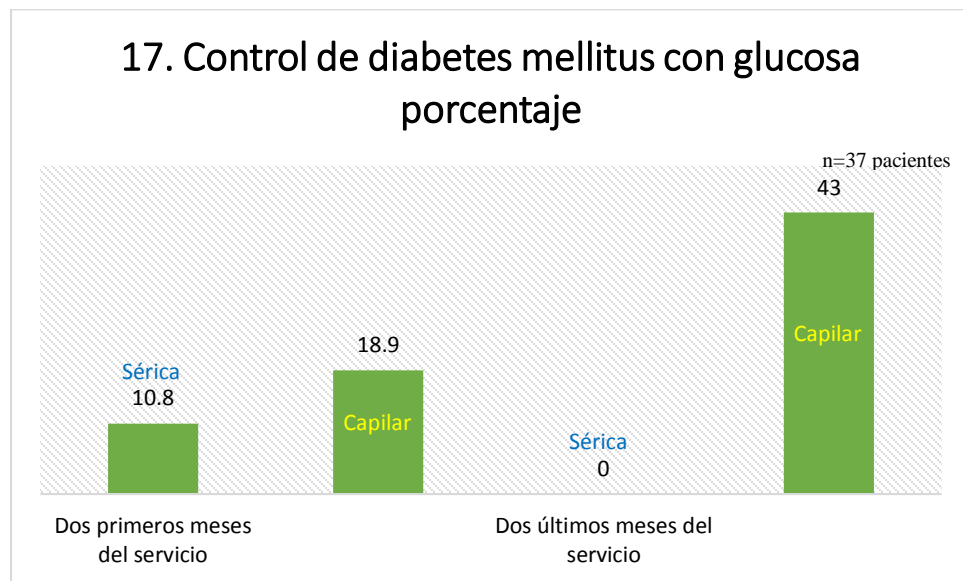
En las siguientes estadísticas valoraremos el número de pacientes y los porcentajes de estos que lograron control, tanto en los primeros dos meses de inicio de mi servicio

social, como los últimos dos meses de este, y así analizaremos una comparativa de mejoría o retroceso.

Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a glicemia. En este caso separé los casos de glicemia capilar de casos de glicemia venosa, encontrando un gran contraste, al inicio de mi servicio solo el 29.7% de pacientes estaban controlados, dando de qué hablar con un 43% de ahora. Aun no logras más de la mitad pero tiene que ver con un factor, la falta de reactivos en centro de salud en los últimos meses del año y a inicios de este (figura 17).

Control de diabetes mellitus con glucosa		Número de pacientes	Porcentaje %
Dos primeros meses del servicio	Sérica	4	10.8
	Capilar	7	18.9
Dos últimos meses del servicio	Sérica	0	0
	Capilar	16	43

Fuente: REDCap.



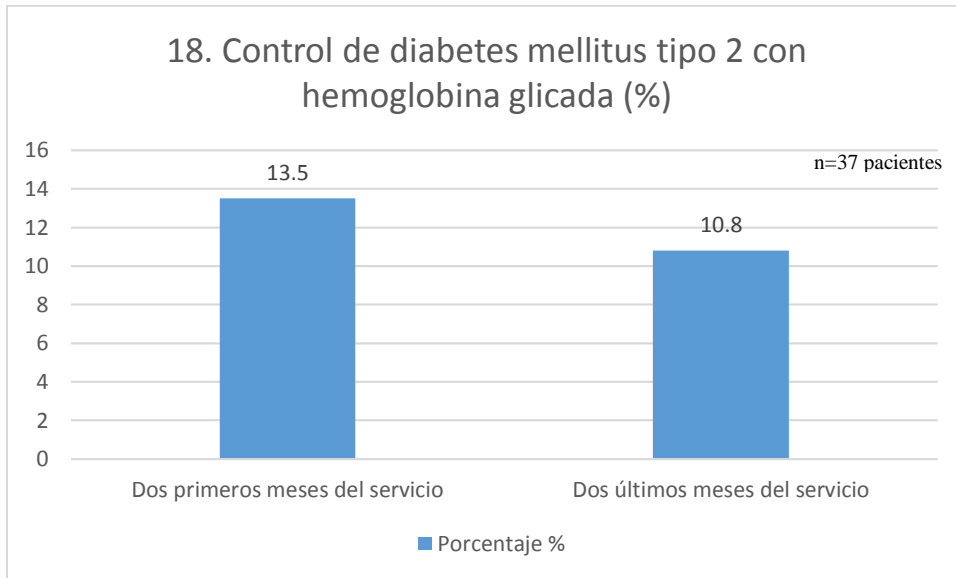
Fuente: REDCap.

Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a hemoglobina glicada. Se observa una nula participación de pacientes debido a que durante el inicio y final de mi servicio social no contamos con tiras reactivas para la toma de hemoglobina glicosilada. Es importante recalcar que a mediados del servicio nos hicieron llegar una nueva máquina para realizar pruebas rápidas en el consultorio, sin embargo en el mes de octubre 2022 dejaron de enviarnos más reactivos (figura 18).

Control de diabetes mellitus con hemoglobina glicada	Número de pacientes	Porcentaje %
--	---------------------	--------------

Dos primeros meses del servicio	5	13.5
Dos últimos meses del servicio	4	10.8

Fuente: REDCap.

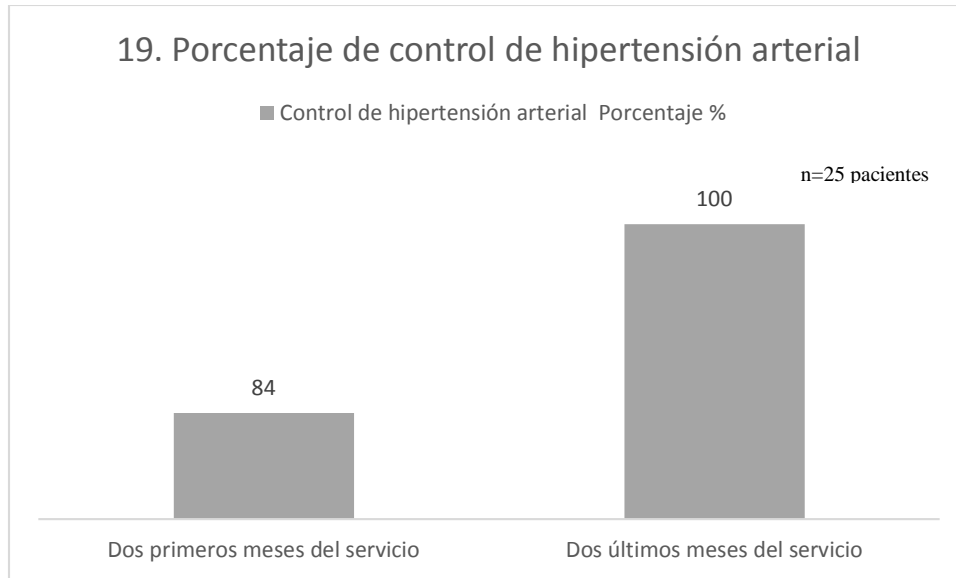


Fuente: REDCap.

Casos y porcentajes de control de hipertensión arterial de acuerdo a Tensión arterial. Es impresionante la cantidad de pacientes controlados al inicio y final de mi servicio social, esto nos da a analizar que es sencillo para el paciente su autocuidado con esta patología, sería importante analizar más a detalle del porque estas cifras cambian drásticamente con diabetes mellitus tipo 2 y otras patologías crónicas (figura 19).

Control de hipertensión arterial	Número de pacientes	Porcentaje %
Dos primeros meses del servicio	21	84
Dos últimos meses del servicio	25	100

Fuente: REDCap.



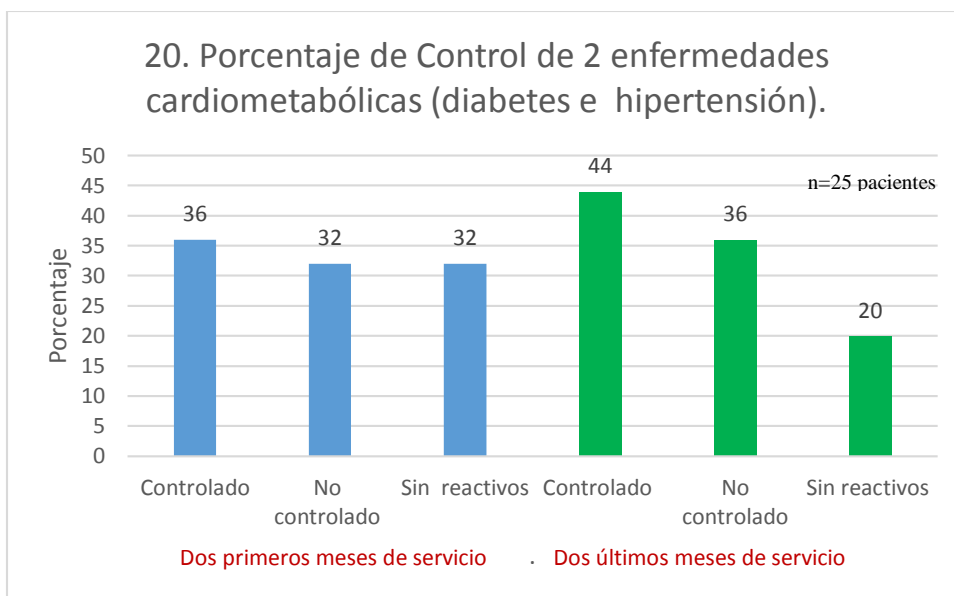
Fuente: REDCap.

Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con dos diagnósticos (diabetes mellitus e hipertensión arterial).

Al inicio de realizar la estadística, observaba que la mayoría de los pacientes no estaban controlados y muchos menos con cifras altas de estas patologías. Se quedaban en el limbo debido a la falta de reactivos de glucosa, por lo que considere contrastar los resultados con un tercer apartado, “sin reactivos” para tener pruebas más que efectivas la importancia de tener en nuestro centro de salud más reactivos que duren todo el año porque idealmente solo hay a mediados del año. Se observa en la gráfica 20 como hay mayor proporción de pacientes controlados al final del servicio social que al inicio, cabe destacar que la muestra es de 25 pacientes que tienen tanto diabetes como hipertensión y están controlados.

Control de 2 enfermedades cardiometabólicas (diabetes e hipertensión)		Número de pacientes	Porcentaje %
Dos primeros meses del servicio	Controlado	9	36
	No controlado	8	32
	Sin reactivos	8	32
Dos últimos meses del servicio	Controlado	11	44
	No controlado	9	36
	Sin reactivos	5	20

Fuente: REDCap.

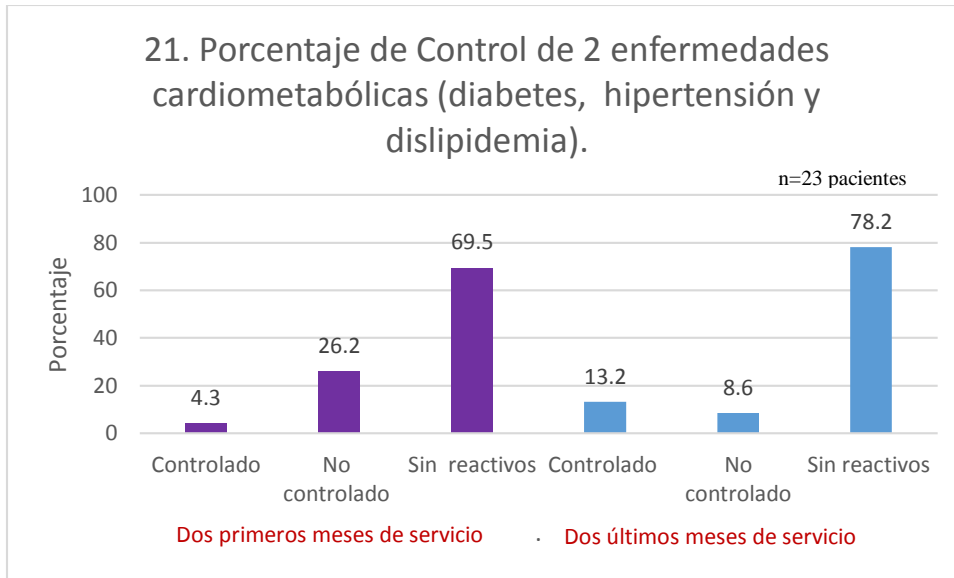


Fuente: REDCap.

Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con tres o más diagnósticos (diabetes, hipertensión y dislipidemia), se consideró estas patologías porque son más las cantidades de pacientes que la padecen, sin embargo existen muchos sesgos en esta estadística debido a que no existían ni reactivos para colesterol, triglicéridos ni glucosa. Con esto ponemos más hincapié a que nuestras autoridades distribuyan adecuadamente los recursos en todo el año, y no solo a inicios de este cuando llega el recurso. En la gráfica 21 se analiza esta cuestión, donde tanto a inicios como a final, los pacientes que no se pudieron tomar glucosa, colesterol o triglicéridos quedaron en el limbo, analizando otros puntos de la gráfica, hay mayor número de porcentaje de pacientes en control, teniendo estas tres patologías juntas.

Control de 2 enfermedades cardiometabólicas (diabetes, hipertensión y dislipidemia)		Número de pacientes	Porcentaje %
Dos primeros meses del servicio	Controlado	1	4.3
	No controlado	6	26.2
	Sin reactivos	16	69.5
Dos últimos meses del servicio	Controlado	3	13.2
	No controlado	2	8.6
	Sin reactivos	18	78.2

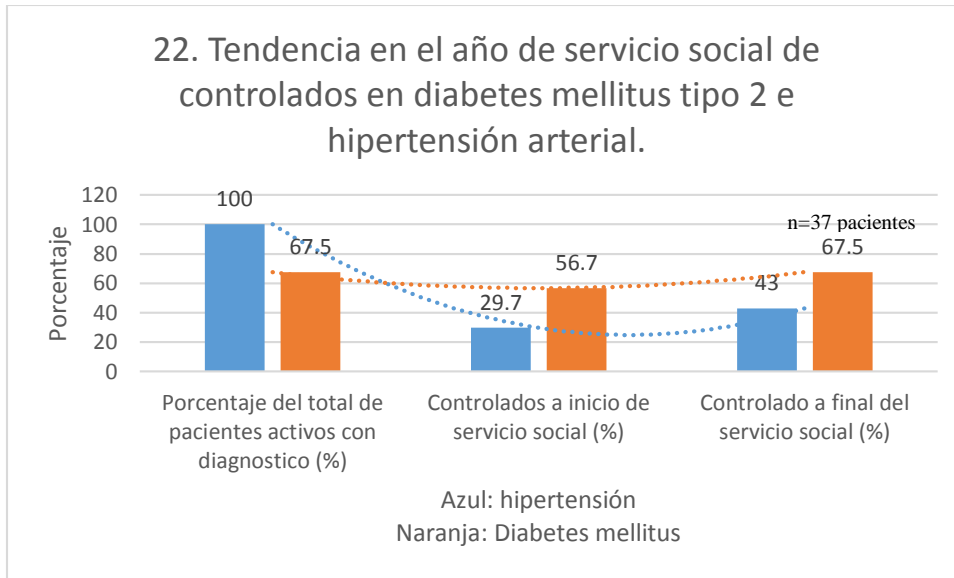
Fuente: REDCap.



Tendencia a lo largo del año de servicio social en cuanto a diabetes e hipertensión arterial, analizamos como es que en ambas patologías hubo un alce de pacientes controlados a final del servicio social en comparación de las barras de en medio (inicio de servicio social) en mayor medida con la tensión arterial. Con esto nos da a entender las estadísticas que mi función en el servicio social fue notable para la comunidad de Tecomitl, Milpa Alta.

Diagnostico	Porcentaje del total de pacientes activos con diagnostico (%)	Controlados a inicio de servicio social (%)	Controlado a final del servicio social (%)
Diabetes mellitus tipo 2	100	29.7	43
Hipertensión arterial sistémica	67.5	56.7	67.5

Fuente: REDCap.



3.4 MÓDULO 4. PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICA. TUTORÍA DE CASOS.

Siguiendo con los módulos y para finalizar, el curso módulo se veía cada dos semanas, todos los viernes del año y era un encuentro conjunto, es decir, las dos promociones que realizábamos nuestro servicio social nos juntábamos vía zoom para analizar casos clínicos y ciertos temas que nos parecían de importancia para estudiarlos y ponerlos en práctica en cada centro de salud. Al inicio, se analizó el caso de un paciente con sobreinsulinización con insulina humana en total al día de casi 80 unidades, aun así se mantenía en descontrol. Como inquietud, decidimos hacer un taller de insulinas, donde en primer paso leímos literatura actualizada, posteriormente creamos grupos de discusión donde enlistamos nuestras preguntas más inquietantes que tuvimos acorde a casos reales en nuestro centro de salud, posteriormente se llevó a cabo de forma grupal a responder esas preguntas en primer término desde nuestro propio criterio y posterior con el fundamento de literaturas que respaldaron las respuestas. Desde mi punto de vista, fue un taller que sí, tardó mucho, como dos meses, pero el objetivo se cumplió, que fue quedarnos sin dudas sobre el uso de insulinas. Después del primer caso clínicos, una compañera de mi promoción expuso un caso clínicos donde el problema detonante era la alimentación, y ciertamente es este tema teníamos ciertas dudas, por que como tal, no estamos 100% preparados para dar este tipo de asesorías a los pacientes, así que de igual forma se creó un taller de alimentación, donde nos enseñaron los grupos de alimentos, las principales dietas, como calcular el porcentaje de cada grupo de alimento a consumir, las kilocalorías totales y basales, y las opciones a tomar cuando queremos que un paciente en sobrepeso u obesidad baje de peso, nos enseñaron a elaborar dietas diarias acorde al consumo de calorías y necesidades de cada paciente (aquí también entra los tipos de alimentos que hay en cada región “no es la misma alimentación en la

delegación miguel hidalgo que en milpa alta” y las posibilidades económicas que tiene cada paciente). Durante el años del diplomado se analizó unas cantidades considerables de casos clínicos, donde además de cuestionar el texto y la situación o problema base, se realizaban talleres para repasar o aprender algo nuevo con la finalidad de llevarle a nuestros pacientes los tratamientos y planes más actualizados, personalizados. Otros ejemplos son los hipoglucemiantes orales y temas sociales como lo es la psicología desde nuestra posición, porque si, después de muchas consultas, se crea un buen lazo médico-paciente y ellos dejan caer todas las penas familiares o de su entorno y en ocasiones ya no sabemos que más decir o hacer, aunque sinceramente ese taller me quede con más intrigas, esperando que quien leas estos párrafos ponga más énfasis en capacitar a los pasantes en ese aspecto. En otro punto, quisiera aclarar que nuestras exposiciones de casos clínicos no son lo convencionales de solo poner de énfasis la o las patologías con su respectivo tratamiento como tema principal. Se pone énfasis en los cuatro subsistemas antes mencionado en el apartado 2. Se iniciaba con ficha de identificación, ¿Quién es la persona que estoy presentando?, la enfermedad padecimientos, salud, la red de apoyo, porque se decidió presentar ese caso, presentar una tabla con datos de somatometría y laboratorios para ver evolución desde su llevada del centro de salud hasta la actualidad. Como podemos observar también evaluamos el lado psicosocial de la paciente, no solo el dato físico o metabólico. Para finalizar, espero y siga en hincapié estas actividades conjuntas, porque nos ayuda a actualizarnos y no solo ver la patología, sino al paciente y su entorno.

4 CONCLUSIONES

Sin duda alguna el primer sentimiento que expreso al mencionar mi realización y terminación del servicio social en medicina con el proyecto de enfermedades crónicas es el de satisfacción. No puedo estar más que agradecida por todas las atenciones por parte de la secretaria de salud de la ciudad de México (SEDESA), con mis tutores internos, externos y como del centro de salud, me enseñaron el lado humanitario de la medicina, que sin duda seguiré aplicando durante mi vida de médico y claro está, también impulsaré este modelo con los que me rodeen para que cada día se implemente más con el transcurso de los años, es la única forma de transformar los servicios de salud por parte del médico. Sin duda son más las ventajas en esta implementación del modelo, ya que además de leer literatura de lo más actualizado sobre atención a la persona, nos ofrecían talleres donde nosotros mismos éramos los encargados de dar el realce, claro, en ocasiones se necesitaban de profesionales en el área y se agradece también esa atención por parte de la secretaría de salud de la ciudad de México. En cuanto a los pacientes, me da emoción decir que se siente muy bonito el darte cuenta que los paciente te aprecian, gracias a que tu como profesional de la salud e implementando el modelo, ves cómo mes con mes los pacientes se abren a ti, conoces su familia, su círculo aun sin salir del centro de salud, la mayoría de ellos, al inicio de su diagnóstico con enfermedades crónicas se sentían depresivos, pensando en el peor de los pronósticos, sin embargo hoy por hoy puedo decir que la mayor parte de los pacientes que oriento, tienen unas grandes esperanzas de vivir y cumplir sus metas como personales como en el tratamiento para llegar sus controles, y no

solo eso, sino que tienen como decisión propia divulgar lo aprendido con sus seres queridos para prevenir estas enfermedades crónicas a ellos, sin duda hay mucho que aprender de ellos. Si es importante a destacar, durante mi formación en hospitales, nos estaban enseñando a tratar la enfermedad, aun mas en el internado, debido a la cantidad de pacientes, ya no tenían nombre los pacientes, solo número de cama y patologías, sin duda estamos tomando un mal camino, al menos personalmente sí. Mi propósito a mediano plazo es especializarme, pero con la experiencia que me queda de mi servicio social, voy a cambiar a lo que fui en mi internado, porque quiéramos o no, si sabemos lo que siente el paciente (no solo físico), nos adentramos más en las patologías de base, al menos yo así lo veo.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Módulo 1

1. Coppelillo, F. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar y General [internet]. 2013 [consultado 12 Jul 2022]; 10(1): 45–50. Disponible en: <https://revista.famfyg.com>
2. Quijada M, Bejarano A, Valencia M, et al. Curso “Entrevista Motivacional”. Guía Herramientas y recursos de apoyo. [Internet]. CICLOS Consultores. Santiago, Chile: Servicio Nacional de Menores; 2017 [Consultado 16 Jul 2022]. Disponible en: <http://ciclosconsultores.cl/descarga-documentos/entrevista-motivacional.pdf>
3. Sullivan M. Advancing from activated patient to autonomous patient. En Sullivan M, editor. *The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions*. 1er edición. Oxford University Press; 2017. 292-227.
4. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open July 2019*; 9:e027775 doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
5. Bóveda J, Pérula LA, Campiñez M, ET AL. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [Consultado 19 Jul 2022]; 45 (9). 480-495. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evidencia-actual-entrevista-motivacional-el-S0212656713000504>
6. Gálvez P, Gómez N, Nicoletti D, et al. ¿Es efectiva la entrevista motivacional individual en la malnutrición por exceso? Una revisión sistemática de la literatura. *Aten Primaria*

[Internet]. 2017 [Consultado 20 Jul 2022]; 51 (9): 548-561. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717307618>

Modulo 2

1. INEGI I. Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, serie de años censales de 1990 a 2020 [Internet]. INEGI. 2020 [citado 26 enero 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b
2. LUNA-MEDINA, María Aideé et al. Prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento crónico degenerativo. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, [S.l.], v. 51, n. 2, p. 142-149, dic. 2016. ISSN 2448-5667. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/992/1624>. Fecha de acceso: 09 ene. 2023
3. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2016 Mar 24;6(3):e010989. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010989.
4. Earl TR, Katapodis ND, Schneiderman SR, Shoemaker-Hunt SJ. Using Deprescribing Practices and the Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions Criteria to Reduce Harm and Sirois C, Laroche ML, Guénette L, Kröger E, Cooper D, Émond V. Polypharmacy in multimorbid older adults: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2017 May 19;6(1):104. doi: 10.1186/s13643-017-0492-9.
5. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Dec;62(12):2261-72. doi: 10.1111/jgs.13153.
6. Remelli F, Ceresini MG, Trevisan C, Noale M, Volpato S. Prevalence and impact of polypharmacy in older patients with type 2 diabetes. *Aging Clin Exp Res*. 2022 Sep;34(9):1969-1983. doi: 10.1007/s40520-022-02165-1. Epub 2022 Ene 20.
7. Pérez-Jover V, Mira JJ, Carratala-Munuera C, Gil-Guillen VF, Basora J, López-Pineda A, Orozco-Beltrán D. Inappropriate Use of Medication by Elderly, Polymedicated, or Multipathological Patients with Chronic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Feb 10;15(2):310. doi: 10.3390/ijerph15020310

Módulo 3.3

1. Estadísticas Redcap. Aplicación. Secretaria de salud de la ciudad de México. Modelo de atención centrada en la persona con enfermedades crónicas no trasmisibles.

6 ANEXOS

Se ilustran las fotografías que ilustran mi desempeño a lo largo del servicio social.

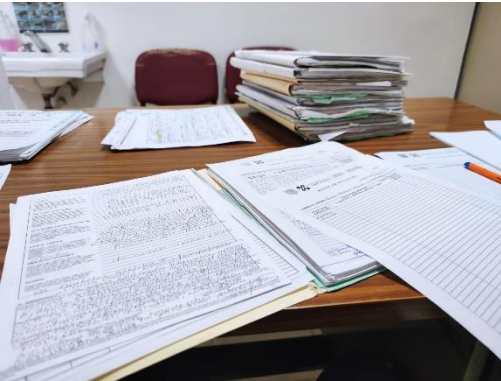


Figura 1. Trabajo dentro del consultorio 5



Figura 2. Platicas en Jornadas de Salud.



Figura 3. Platicas en jornadas de salud

Figura 4. Tercer encuentro con pacientes con enfermedades crónicas.



Figura 5. Rueda con pacientes para analizar preguntas en tercer encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.



Figura 6 y 7 Cuarto encuentro de pacientes con enfermedades crónicas. Noviembre 2022



Figura 8. Actualizaciones médicas jurisdiccionales. Centro de salud Villa Milpa Alta.

Figura 9, 10 y 11. Fotografía del recuerdo con pacientes.

