

Universidad autónoma metropolitana- Xochimilco.

Licenciatura en medicina.

Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades.

Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la ciudad de México.

Carlos Daniel Vásquez Serrano -2172045075.

Promoción 01 de febrero del 2023- 31 de enero del 2024.

Asesor interno: Víctor Ríos Cortázar.

Asesora externa: Alejandra Gasca García.

Fecha de entrega:06.02.24

1.PRESENTACIÓN

El proceso salud enfermedad se ha presentado como una ley, que dicta una serie de eventos secuenciales, donde la pérdida de la salud, culmina en resultados establecidos, sin tomar en cuenta las distintas ramificaciones que se presentan en la vida de una persona con enfermedad. Sin embargo, en la consulta de personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas, se toma en cuenta estas partes de la vida del paciente; sus deseos, motivaciones y expectativas de cómo llevar a cabo el control de su enfermedad. Para lograr este tipo de atención en un consultorio, se requiere de un modelo de atención centrado en el paciente, que de las pautas necesarias al médico de primer nivel de atención. Es por ello por lo que este proyecto, representa la aplicación de este modelo, en la consulta de primer nivel de atención en un centro de salud de la Ciudad de México, específicamente el Centro de Salud TIII Dr. Gastón Melo.

Este documento se desarrolla por medio de distintos estratos relacionados con la temporalidad y aplicación del modelo de atención, por lo que, en orden se describen los componentes del escrito:

Iniciando por “El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco “, donde se detalla la conformación estructural y unidades que conforman dicho modelo. Tomando en cuenta los tres subsistemas: La relación médico paciente, cuyo énfasis destaca la interacción con la comunidad activa de la persona y otros apoyos del sistema de salud, viendo al paciente como un complejo, el cual debe ser indagado para mejorar la calidad de la consulta. La comunidad, donde toma relevancia la participación en el encuentro de pacientes, el consejo del asesor y las políticas saludables. El sistema de salud, el cual cuenta con estratos, determinados por; el trato del paciente como persona “autocuidado”, la atención proactiva y seguimiento regular, la medicina basada en evidencia, la monitorización y evaluación de resultados en el tratamiento, por último, un sistema de información. Cada uno vistos a lo largo del año, mediante evidencias bibliográficas, prácticas y recomendaciones por parte de expertos en la materia. De las cuales dieron pie a las diversas actividades realizadas en la consulta de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y en los distintos grupos de ayuda mutua realizados en el año.

Continuando con la descripción del diplomado “Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades”. Se presentan los principales temas desarrollados en las clases, las dinámicas realizadas por parte del grupo y los puntos críticos que modificaron la manera en que se da actualmente una consulta médica centrada en el paciente.

Se describe el resultado y desempeño por parte del médico pasante de pregrado, ejerciendo su consulta de atención a personas que viven con enfermedades crónicas, en el Centro de Salud TIII Dr. Gastón Melo, representando de manera cuantitativa mediante tablas y gráficas, las características de los pacientes activos en la consulta, vistos durante el año. A su vez, se abordan distintos conceptos, como lo es “La promoción de salud”, “modelo expandido de cuidados crónicos”, entre otros. Tomando como referencia las distintas lecturas revisadas en el diplomado.

Por último, se describirá, cómo fue el proceso que se siguió para la práctica clínica en el modelo centrado en la persona con enfermedades crónicas. El enfoque dado en los casos clínicos y los abordajes llevados por el grupo.

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

El modelo de atención integral es la representación de la correcta aplicación de la consulta médica, en pacientes con enfermedades crónicas, un modelo actual y consiente de la necesidad de ver la enfermedad y al paciente por igual, con la finalidad de promover la autonomía y participación del paciente en todo momento de la consulta.

Dicho modelo consta de tres estratos principales, denominados “subsistemas “. Cada subsistema involucra múltiples ramificaciones, las cuales deben ser tomadas en cuenta para un control de las enfermedades y mejoría de la calidad de vida. Existen tres subsistemas detallados dentro de este modelo de atención.

La relación profesional de la salud- paciente, dicho de otra forma, la relación médico-paciente, que son los dos participantes físicos en un consultorio, que dialogan y tiene como prioridad en ese momento, formular el diagnóstico más certero y prescribir la mejor terapéutica. Sin embargo, como se presenta en este modelo, esta unión no se compone únicamente de dos personas. Más bien existen otros componentes, con influencia en esta conexión. Por el lado de la persona que acude a la consulta, se habla de la comunidad activa, lo que representa las relaciones sociales más cercanas del paciente. Por el lado clínico, se habla de “otros actores”, lo cual representa el equipo multidisciplinar involucrado y el sistema de salud por el cual se rige las consultas.

La comunidad, donde adquiere gran importancia las políticas públicas saludables. Actividades de prevención enfocadas en fomentar hábitos saludables en la población, a partir de información, talleres y eventos que impactan de manera positiva en la salud de la población. El encuentro de pacientes, donde a partir de la unión de un grupo de personas que se identifican por padecer enfermedades crónicas y con libertad de expresión, se logra empatizar con los pacientes, detectando las prioridades y deseos en una vida con enfermedad, percibiendo las limitaciones, las fortalezas y las necesidades de la persona que acude a consulta.

El sistema de salud, el cual se implementa como parte del subsistema previo, representando todas las actividades impartidas por parte del área de la salud. Como lo es el trato del paciente como persona, fomentando la capacidad de la persona para su autocuidado. La atención proactiva y el seguimiento regular en la consulta médica, vigilando los posibles cambios en la salud de los pacientes y proveer de herramientas para reducir el número de eventos de descontrol. La práctica médica basada en evidencia, tomando en cuenta guías de práctica clínica nacionales e internacionales, optando siempre por la tropicalización de la información. La monitorización y evaluación de los resultados del tratamiento, para optimizar las próximas consultas, recapacitando los errores y puntos clave para continuar buscando el éxito en el control de la enfermedad.

3. EL DIPLOMADO

El diplomado” Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades”. Se llevó a cabo durante el periodo febrero 2023 a enero 2024, impartido por los doctores

(Víctor Ríos Cortázar y Alejandra Gasca García), a nuevos médicos pasantes de servicio social, cuya misión se fundamenta por la antigua mala praxis de la consulta médica convencional, la cual se enfocaba en el manejo de la enfermedad, sin tomar en cuenta el sustento del desarrollo y mantenimiento de esta. Características que involucran al paciente, sus motivaciones, creencias y deseos, que son el pilar fundamental para tratar para la resolución o control de las enfermedades.

La estructura de dicho diplomado, consta de un periodo de inducción, con una duración aproximada de una semana, en la cual, se reunió a personal de distintas áreas de la salud, con capacidades y conocimientos especializados. Los cuales se encargaron en compartir parte de sus conocimientos teóricos y prácticos a los alumnos. Por parte de nutricionistas expertos en alimentación en la enfermedad y planes de alimentación para la población general. Por otro lado, expertos en el desarrollo físico, compartieron claves de una correcta actividad física, fundamentándose en las guías y normas que rigen el manejo de la salud en México. Continuando con una clase magistral de los métodos clínicos para la evaluación y diagnóstico del pie diabético. Por último, se reiteraron los puntos clave para enfrentarse a las principales enfermedades crónicas de mayor prevalencia en nuestros centros de salud, las cuales, son prácticas diarias en la consulta médica. Lo cual ha sido de gran ayuda, ya que el aportar las herramientas necesarias previo a las actividades, facilita y mejora la forma en que el nuevo médico pasante de servicio social lleva a cabo su consulta, mejorando la calidad de esta. Lo cual es percibido por el paciente como una consulta médica adecuada.

Durante el transcurso del diplomado se dio a conocer los principios de los que se rigen cada tema a desarrollar. Partiendo del principio "La adecuación del modelo ampliado de atención a pacientes crónicos". Revisando distintas bibliografías internacionales que se adecuan al tema central y presentándose todas las clases.

Se desarrollaron distintos casos clínicos, observados en la consulta, resolviéndose en grupo mediante técnicas aportadas por los médicos a cargo, valorando los distintos componentes de la consulta médica y las necesidades físicas y psicológicas del paciente.

A medida que el diplomado iba dando frutos en la concientización de los alumnos, se formaba los grupos de ayuda mutua, para llevarse a cabo el encuentro de pacientes. En el cual, previamente se capacitó al alumno para poder llevar a cabo el control de un grupo de pacientes con vidas distintas, pero que compartían el deseo de control de sus enfermedades. Dando al alumno el entendimiento psicosocial y los múltiples contextos que una consulta médica, puede perder por distintos motivos administrativos, pero que, son fundamentales para entender el por qué del comportamiento de los pacientes.

Por último, se presentaron distintos temas en relación con el autocuidado y el fortalecimiento de este. El empoderamiento de los pacientes para tomar el principal papel en su enfermedad. Entre otros temas de interés en la estructura del diplomado

3.1 MÓDULO 1. FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA. ENFOQUE DE CAPACIDADES.

El proceso salud enfermedad es una constante en la vida de todo ser humano. Existen múltiples clasificaciones de las enfermedades en el hombre; por temporalidad, por tejido o sistema afectado, según características etiológicas del agente, entre muchas otras clasificaciones. En esta investigación se tomará como pilar la descripción de las enfermedades crónico-degenerativas. Las cuales se definen como "aquellas que producen una serie de alteraciones fisiopatológicas amplias, complejas y profundas en un organismo" (1). (Roberto González, et al 2015). Por lo tanto, una enfermedad crónico-degenerativa es un proceso donde la desregulación provocada por un agente inicial modifica todos los sistemas de homeostasis de un organismo, llevándolo a un punto crítico y de abatimiento de estos mecanismos moduladores del cuerpo, sin capacidad de retorno a un punto inicial. Es en este punto en el que los primeros síntomas son expresados en el paciente llevándolo a la necesidad de acudir a consulta médica y cuya necesidad principal es recuperar su salud.

"La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual" (2). (Stefano Vinassia, et al, 2005). Estos puntos han sido descritos en la literatura, expresando las cualidades que más interesan al ser humano. Cualidades que influyen en cada momento de la vida y que la existencia de un desequilibrio en cualquiera de estos puntos causa en la persona un conflicto, por ende, dificultad para continuar la vida con normalidad. Sin embargo, no existe definición exacta de la frase "vivir con calidad", ya que la variabilidad del pensamiento humano, los diferentes estilos de vida en una población similar, las múltiples religiones en un país, entre muchos más factores, impactan en las prioridades de la persona (2). "La calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es"(2). (Vinassia Orozco, 2005). Por lo tanto, indagar en la persona, conocer de sus prioridades, intereses y círculo social es fundamental en el prestador de salud para enfocar su terapéutica y asegurar su cumplimiento. En consulta, basta con interrogar al paciente sobre su mayor aspiración en la vida y su idea sobre la enfermedad que presenta.

Con esta información iniciar un proyecto terapéutico a futuro, que, como parte de la atención centrada en la persona, involucra un compromiso por ambas partes y una relación medico-paciente que perdure en el tiempo. Las decisiones deben ser fundadas por el médico, pero encaminadas al paciente.

“La calidad de vida y la prevención deben ser el punto de partida de un sistema nacional de salud que ambicione la cobertura universal” (3). (José López Franchini, 2019). En una persona con enfermedades crónicas, pueden existir múltiples necesidades en relación con su enfermedad y como esta afecta a los diferentes aspectos de su vida cotidiana; la relación con su familia, la nueva forma en la que la persona observa su vejez, las nuevas adaptaciones a realizar para mantener un estado de salud y la forma en la que percibe el final de su vida. Sin embargo, un punto importante en el cual se centra esta revisión es la necesidad de un individuo para obtener calidad en su vida, al grado de lograr realizar por completo las actividades cotidianas con normalidad y de no ser percibida la enfermedad como un obstáculo en el paciente (2,3).

“En la actualidad, se puede decir sin lugar a dudas que es la época de la humanidad en que más frecuentes y complejas son las ECD” (1). (Roberto González ,et al, 2015). Estamos en un punto de la historia en la cual múltiples factores genéticos, ambientales y sociales, afectan directamente la salud de la población general. Afectando principalmente a la población de 20 años o más. Aumentando el riesgo de complicaciones potencialmente mortales y reduciendo la esperanza y calidad de vida en la persona.

Según los últimos reportes de ENSANUT, la prevalencia de la población mexicana que vive con enfermedades crónico-degenerativas, como lo son diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso u obesidad. Así como el conjunto sindromático de estas patologías denominado en los últimos años como síndrome metabólico, ha ido en crecimiento conforme la población adulta va en aumento(4). En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2019, señala que 12 millones

400 mil personas padecen diabetes mellitus y datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) de 2019, señalan que 24.9 por ciento de los hombres y 26.1 por ciento de las mujeres padece esta enfermedad, que cada año ocasiona cerca de 50 mil fallecimientos (4). Estas cifras son muy importantes, debido a que, en gran parte del territorio mexicano, existe escasez de atención médica de alto nivel. Siendo el primer y más grande recurso para la población en general, los centros de salud, clínicas y unidades médico familiares. Por lo tanto es la población de trabajadores de la salud del primer nivel de atención quienes tienen que se sensibilizados y capacitados en la atención de pacientes que viven con enfermedad crónica.

Durante este primer módulo del diplomado, se ha propuesto distintas estrategias fundamentadas en un modelo de atención a pacientes crónicos, fundado por la relación de codependencia de la comunidad y el sistema de salud. Específicamente el primer módulo tuvo un enfoque prioritario a desarrollar habilidades para proveer de la capacidad de autocuidado a nuestros pacientes en las prácticas diarias de nuestros centros de salud. Llevando a la práctica estas habilidades, es común detectar una constante en los pacientes que acuden a consulta. Probablemente la causa de mucha deficiencia en el apego al tratamiento y la continuidad de la consulta a través de los años. El efecto que tiene la enfermedad sobre la calidad de vida de la persona y como muchas características diarias, se ven afectadas por este nuevo cambio que inicia a partir de un diagnóstico. Es por ello que en esta revisión se abordará temas psicosociales en relación a la necesidad de los pacientes de alcanzar el máximo escalón de los beneficios de un manejo médico integral, enfocado en las prioridades de la persona que vive con enfermedades crónicas, especialmente en la obtención de la calidad de vida y la percepción del paciente, de vivir como si no tuviera su enfermedad. Se abordará las principales estrategias referidas en la literatura mundial y el contraste entre el manejo médico convencional y la práctica de un modelo de atención integral, previamente descrito.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Revisar en la literatura mundial, antecedentes de programas enfocados en mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y como ha sido su impacto sobre estas poblaciones en el control y cumplimiento de metas terapéuticas. Demostrando el contraste entre el modelo convencional y el manejo integral de la persona que vive con enfermedades crónico-degenerativas. Con la finalidad de determinar la existencia de un posible impacto en las estadísticas mexicanas en control de estas patologías, en la reducción de las comorbilidades y muertes secundarias a estas.

Objetivos específicos

Presentar las técnicas utilizadas con enfoque en una terapéutica facilitada, encaminada al cumplimiento a largo plazo y alcance de metas terapéuticas en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Describir modelos de atención aplicables en la consulta de primer nivel de atención que permitan tanto al profesional de salud, como al paciente, optimizar el tiempo de consulta y los recursos que se tengan a la mano. Con ello impactar a favor del paciente, facilitando el cumplimiento terapéutico y motivando a conseguir un estilo de vida beneficioso que no altere la dinámica familiar, social e interpersonal de la persona con enfermedades crónicas.

Implementar las estrategias con mayor eficacia revisadas en esta investigación, en un próximo modelo educativo del personal de la salud de primer nivel de atención con la finalidad de mejorar las tasas de control de pacientes con ECD, con ello, reducir el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, al grado de realizar por completo las actividades cotidianas de la vida como si no existiera la enfermedad en la persona.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas son la principal causa de morbilidad en nuestro país. Múltiples causas de incapacidad se desarrollan a partir de estas patologías, caracterizadas por un daño progresivo a múltiples órganos y sistemas. La etapa final de la historia natural de la enfermedad es el desarrollo de secuelas incapacitantes irreversibles o la muerte. Cuando una persona pierde la capacidad de ser autónomo, comienza con una serie de eventos de deterioro que complican aun más la enfermedad. Por lo tanto, la calidad de vida, y las cualidades que esta involucra, debe ser prioridad en un modelo de atención enfocado en las personas que viven con enfermedades crónicas. El impacto de un programa enfocado en este principio reduciría la incidencia de muertes e incapacidad de la población mexicana, lo cual se demostraría con una disminución en la cantidad de recursos destinados a estas enfermedades, la reducción de la saturación de las instituciones proveedoras de salud y un coste menor para el gobierno de México en temas de salud.

DESARROLLO

Fomentar las prácticas en comunidad.

G. Rubiera López y J.R. Riera Velasco en su artículo publicado en 2004, presentan un Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas estructurado en 6 componentes primarios (5). El primer punto se enfoca en reconocer los recursos al alcance del paciente, que involucre eventos de interés y grupos de ayuda mutua. Prácticas sociales que sirvan como parte de la terapia social y permitan al paciente reconocer el nuevo estilo de vida multidisciplinar al cual será introducido (5). Con ello reducir el estrés terapéutico, con medidas que involucren nuevas relaciones sociales y compromisos con poblaciones de mismas características (5). La aplicación de los grupos de ayuda mutua, así como los eventos destinados a la participación de pacientes con características similares en su enfermedad, fomenta la participación, el entendimiento y la empatía. Fortalece las acciones de autocuidado y normaliza las modificaciones en el estilo de vida.

Reforzar la sensación de autonomía.

“Una de las dimensiones más importantes de la calidad de vida es el sentido de autonomía de la persona, lo cual está muy relacionado con la posibilidad de desarrollar sus actividades cotidianas” (6). (Loraine Ledón, 2011). La implementación de actividades laborales adaptadas a la persona con enfermedades crónicas, independientes del beneficio económico, podría lograr impactar positivamente en el porcentaje destinado como actividad física y descanso emocional, fomentando un ambiente de auto competitividad y reforzando el sentimiento de funcionalidad e importancia en la sociedad. Por el contrario, se ha observado que la pérdida ocupacional, obliga a una reestructuración importante del estilo de vida de la persona, disminuyendo progresivamente sus capacidades y sensación de autonomía. (6)

Detección temprana de problemas psicológicos.

Pascual Sánchez, et al, en su artículo del 2017 describen variables emocionales y cognitivas en una muestra de 35 pacientes con EC, donde detectaron en su estudio correlacional, la existencia de una mayor prevalencia en este grupo de personas (7). A su vez describen una relación negativa entre la prevalencia de problemas psicosociales (trastornos depresivos y de ansiedad) y **c o m o** este influye

negativamente en la autonomía de la persona (7). Por último, los autores refieren una percepción menor de calidad de vida en personas que viven con enfermedades crónicas que la población general. (7) La importancia de la detección temprana de los trastornos psicológicos de una persona con enfermedad, implica un mejor pronóstico, mayor adherencia terapéutica y disminuye los riesgos de abandono al tratamiento. En la práctica clínica se observa múltiples situaciones, en las cuales, los pacientes pierden el interés del progreso en su enfermedad, por situaciones ajenas a la enfermedad, las cuales impactan de manera negativa en su estado de ánimo. Es por ello, que la detección del médico ante estas situaciones y su asesoramiento temprano con un acompañamiento psicológico durante la consulta es necesario para asegurar la continuidad de la terapia y reducir el riesgo de recaídas durante la evolución de la enfermedad.

Fomentar el autocuidado.

Fomentar el autocuidado en el paciente con una enfermedad perdurable, implica proveer de asesoramiento terapéutico y conocimiento de su condición física, por parte del prestador de salud. Cuando el paciente conoce el proceso de su enfermedad, la variabilidad de su organismo y usa las herramientas en su entorno para evitar cambios drásticos en su organismo. Provee un ambiente de autonomía, una sensación de autocontrol y con ello existe un cambio en la percepción a futuro de su vida. En la práctica, se puede distinguir al paciente que se interesa en su enfermedad, que utiliza sus capacidades para informarse y por lo tanto, favorece la confianza del autocontrol en su terapia

CONCLUSIÓN

La calidad de vida es un término relativo y dependiente del individuo. Múltiples factores son involucrados en la descripción de esta característica. Familia, relaciones sociales, autonomía, religión, entre una variedad de factores personales. En la consulta médica el abandono de los modelos clásicos de atención, es necesario. Las nuevas estrategias centradas en la atención integral del paciente con enfermedades crónico-degenerativas han demostrado tener un efecto positivo sobre el apego del paciente a su terapia y el alcance de las metas terapéuticas. Implementar estrategias destinadas a la mejoría de la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica involucra, conocer las necesidades y expectativas del paciente, enfatizar las

habilidades de relación social, la detección temprana de las alteraciones psicológicas, el aporte de hábitos y actividades laborales que permitan el sentimiento de autonomía. Cómo se desarrolló en este ensayo, existen múltiples disciplinas que integran el manejo de un paciente con enfermedad crónica, lo cuál, es el mayor reto del profesional de salud. Sin embargo, proporcionando estas habilidades y herramientas en el primer nivel de atención. Mejoraría la calidad del tiempo de consulta, incrementaría la productividad y se observaría una reducción en la incidencia de pacientes con comorbilidades, incapacidades laborales y las muertes evitables por enfermedades crónico-degenerativas.

3.2. MÓDULO 2. MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y EL MONITOREO DE RESULTADOS.

La Diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad crónico-degenerativa, con compromiso multiorgánico y complicaciones irreversibles. Se estima que el número de personas que viven con diabetes mellitus en el mundo es de 422 millones. En México la prevalencia según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2021 señala que 12 millones 400 mil personas padecen esta enfermedad, de las cuales la insulino-dependencia en DM2 se estima en. La mortalidad por diabetes mellitus en México se estima en 361 por cien mil habitantes. (1,2)

Existen múltiples factores en un paciente, relacionados al inicio de un tratamiento hipoglucemiante, los cuales influyen de manera negativa, condicionando el rechazo hacia el tratamiento farmacológico, prolongado más el efecto glucotóxico de una Diabetes Mellitus descontrolada y acelerando el inicio de complicaciones irreversibles. (3,4)

La historia natural de una enfermedad crónico-degenerativa, cuya característica principal es una carencia del efecto o cantidad de insulina. Inicia por un déficit insulínico leve, el cual puede ser controlado con terapia conservadora. Hasta el momento en el cual, esta carencia debe ser sustituida de manera exógena, siendo necesaria la aplicación inyectada de insulina, en una o más ocasiones en el día. Es este, el momento de mayor dificultad presentado en la consulta de control de enfermedades crónico-degenerativas, el cual dificulta la atención integral centrada en el paciente y detiene el progreso en el automanejo de este. (3)

Estas causas se relacionan directamente con el entorno del paciente, ya que con anterioridad se culpaba únicamente a la decisión de la persona con enfermedad, sin tomar en cuenta distintos aspectos involucrados. Muchas veces se justifica el descontrol glucémico de un paciente exclusivamente por el rechazo a algún tratamiento, sin tomar en cuenta los distintos prejuicios enriquecidos por los mitos y desinformación, ambas potencialmente modificables en una consulta médica. (5)

Cabe recalcar que los médicos de primer contacto tenemos la obligación de esclarecer todas las dudas de los pacientes, brindando información clara y concisa. Ya que ésto dará como consecuencia, que las personas que reciben la atención médica puedan tomar decisiones informadas y llevar un adecuado acompañamiento, logrando así de manera exitosa sus metas, respecto a su estado de salud y una dependencia con proximidad al autocuidado. Otro de los factores que influyen en “ el no deseo de insulina” como tratamiento farmacológico coadyuvante, es el factor socioeconómico, ya está decisión no dista de la perspectiva social en la que participa directamente la red de apoyo del paciente y el ingreso monetario que le permita poder adquirir la medicación.(5)

El presente documento, basa su contenido en uno de los principales retos para las personas que padecen diabetes mellitus, así como, para su red de apoyo y el personal de salud. El cual es el inicio de la terapia con insulina. Este trabajo está enfocado en indagar sobre las diversas causas que podrían obstaculizar las metas en salud para que las personas que padecen diabetes mellitus puedan lograr un tratamiento integral, en este caso dirigido hacia el apego en un ámbito farmacológico específico.

Nuestro principal interés en desarrollar este tema es el reconocimiento de nuestra labor como médicos pasantes de servicio social. Ya que brindamos atención médica en el diagnóstico y control de personas que padecen enfermedades crónicas en Centros de Salud y consultorios de Huayamilpas del Proyecto Urbano de Salud. En los cuales, hemos tenido la oportunidad de no solamente enfocarnos en el tratamiento directo de la enfermedad, sino que hemos trabajado de forma integral y conjunta, en la cual, pudimos conocer las preferencias de cada persona respecto al tratamiento que desean adoptar para el control de su enfermedad, así como su entorno social, económico y cultural. Enfocándonos en el reconocimiento de estas características heterogéneas que influyen en el “cómo se vive la enfermedad” y la expectativa de vida de la persona con enfermedad.

En esta revisión, se plasmaron los datos más específicos en relación con los factores involucrados en la toma de decisiones de cada persona respecto a la terapia con insulina y se aborda la importancia que debemos dar los médicos a un enfoque integral en beneficio de una mejor calidad de vida para el paciente. Por último se intenta proponer algunas herramientas descritas en la literatura para facilitar el apego a la terapia en la consulta de primer nivel.

Al cabo de haber empleado todos los recursos necesarios respecto a la información sobre la terapéutica con insulina, los beneficios de su uso, las consecuencias en el retraso al tratamiento con la misma, se consideró investigar sobre las diversas alternativas de fármacos hipoglucemiantes orales que se pueden emplear y muestran resultados benéficos para el paciente.

En nuestro medio se encuentra normalizado el iniciar monoterapia con biguanidas en pacientes con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, es una práctica tan estigmatizada que en su mayoría de ocasiones solo está enfocada en prescribir la monoterapia y se pasa por alto el tratamiento inicial con el ajuste de hábitos higiénico dietéticos, ya que erróneamente se asume que el paciente no mantendrá una disciplina en esta terapéutica, por lo que siempre el tratamiento farmacológico con monoterapia se envía como primera línea terapéutica. (5,6)

En un escenario farmacológicamente ideal, en el que se prioriza el control glucémico, se escala progresivamente dependiendo si se considero o no falla al tratamiento, al no considerar el éxito con la monoterapia se continúa con biterapia hasta llegar a un tercer escalón en el que la biterapia se compone de dos hipoglucemiantes orales e insulina. Antes de considerar escalar las terapias farmacológicas se deben tener en cuenta diversos factores respecto a la vida del paciente, ¿Cómo es el entorno en el que se desenvuelve?, ¿Cuáles pueden ser factores limitantes al momento de cambiar o añadir fármacos en su terapia?, ¿Cuáles son sus preferencias respecto a cómo desea vivir y llevar el acompañamiento médico?(6,7,8)

OBJETIVOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

- OBJETIVO GENERAL

Conocer los diversos factores en el entorno del paciente que influyen en el rechazo al inicio de la terapia con insulina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de influencia de la red de apoyo del paciente en la toma de decisiones respecto a la terapéutica a elegir para el control de su enfermedad.
- Mostrar las ideas más comunes de la población general en relación con el uso de insulina como tratamiento hipoglucemiante.

- Indagar sobre la o las causas que generan el rechazo a la terapia con insulina en las personas que requieren de este recurso farmacológico para alcanzar las metas deseadas en la enfermedad.
- Conocer la opinión que tienen los pacientes del Centro de Salud TIII Dr. Gastón Melo y del consultorio de Huayamilpas en el Proyecto Urbano de Salud sobre la insulina y su aplicación como tratamiento hipoglucemiante.
- Contrastar con información clara y concisa los principales mitos que existen en el paciente con DM2, con relación a la insulina.
- Desarrollar estrategias que permitan al médico de primer nivel, brindar información necesaria y suficiente. Para que sus pacientes puedan tomar decisiones de manera informada, acerca de su salud y sus requerimientos durante la enfermedad. Así como acciones que faciliten el apego a estas terapias y en consecuencia el acompañamiento que se le brinde, mediante la atención médica, que propicie el autocuidado.

PROTOCOLO DE LA REVISIÓN

JUSTIFICACIÓN

Una de las grandes problemáticas que aquejan a las personas que padecen DM2 es el inicio de la terapia con insulina, siendo estrictamente necesaria cuando se han agotado los recursos físicos, nutricionales y farmacológicos orales. Sin haber alcanzado las metas en sus niveles de glucemia. Dando paso a los eventos secundarios propios de la glucotoxicidad en los diferentes órganos blanco de esta enfermedad. (2,4)

La diabetes mellitus, es la enfermedad crónico-degenerativa de mayor prevalencia en México. A nivel mundial existen múltiples organizaciones, enfocadas en desarrollar y proveer de información para la práctica clínica en relación con el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Los criterios respecto al tratamiento en cualquier fase de la enfermedad son bien conocidos mediante guías de práctica clínica bien difundidas y que son la base de muchos médicos durante la consulta. Sin embargo, existen casos muy específicos en los que estas guías carecen de información precisa, como lo es al momento de iniciar una terapia con insulina. Ya que la desinformación y los mitos asociados a este tratamiento necesario en la diabetes mellitus insulino dependiente, limita su uso. Siendo un reto importante para el personal de salud, el cual puede tener la información más actualizada en el manejo de estas enfermedades crónico-degenerativas, pero carecer de habilidades prácticas y de enseñanza, para promover una terapia fácil, accesible y sostenible en el paciente poco resiliente. (5)

La diabetes mellitus se ha convertido en un importante problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional. Ya que se estima, que el 10.5% de las personas en el mundo padece diabetes, lo que equivale a 536 millones de ellas y para 2045 se prevé que la cifra de personas con este padecimiento sea mayor, con un incremento de hasta el 12.2%, lo que correspondería a 783 millones de personas con este padecimiento. En México, la prevalencia de diabetes mellitus se estimó en un 18.3%, lo cual es un hecho alarmante para un país en desarrollo, cuyos servicios de salud pública son totalmente gratuitos, pero limitados y para una población económicamente activa en la cual, la diabetes es una de las principales causas de discapacidad y ceguera (1,2,4)

Durante la práctica clínica, se puede observar diversas consideraciones respecto al uso de insulina en los pacientes. Ya que muchos refieren temor por presentar pérdida de la agudeza visual, lo cual se relaciona con la escolaridad y el estrato socioeconómico bajos, así como con la falta de información adecuada por parte del personal de salud. A su vez, la dificultad para la adquisición de estos fármacos y otros factores externos, contribuyen al retraso en la insulinización con todas las consecuencias para la salud que esto implica. (2) A pesar de que existe un incremento en el uso de la monoterapia de 11.1 % vs. 6.5 %, esto reportado por datos de ENSANUT 2016 vs 2012, aún existe una fuerte presencia cultural que influye de manera negativa al uso de insulina, lo que impiden un buen apego al tratamiento y el inicio temprano de la terapia para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo. (3)

Con base en una extensa revisión bibliográfica, se indaga acerca de los principales retos, a los cuales, los médicos de primer nivel se enfrentan en mayor o menor medida durante una consulta de pacientes con DM2, tras la necesidad del inicio de un manejo con insulina, y algunas medidas que podrían contribuir a la aceptación y apego terapéutico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Con base en este reto terapéutico para beneficio de las personas que requieren tratamiento adyuvante parenteral y/o vía oral combinado o en monoterapia, surge la inquietud por conocer “¿Cuáles son los principales retos al momento de considerar el inicio de la terapia insulínica, y cómo los factores personales de cada paciente, del médico tratante y de la institución que brinda el servicio de salud influyen en el rechazo a la terapia con insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?”

Población: Adultos mayores que viven con diabetes mellitus tipo 2, sin mejoría a la terapia conservadora y que requieren según criterios establecidos por guías internacionales la aplicación de insulina, para lograr niveles glicémicos óptimos, quienes por diferentes

factores externos (socio-demográficos, económicos, desinformación por parte del sector salud, etc.), no desean el inicio de terapia con insulina.

Intervención principal: Se enfoca en el fortalecimiento de la atención centrada en la persona, brindando una valoración integral en cada consulta. Conociendo acerca del entorno socioeconómico y cultural de cada persona y cómo estos influyen directamente en el tipo de tratamiento farmacológico y no farmacológico aceptado, al cual el paciente desea apegarse para el control de su enfermedad. En este caso enfocado en los factores que condicionan el rechazo al inicio de la terapia con insulina.

Comparación: Se comparan entre sí, los 3 factores influyentes en el rechazo a la terapia con insulina; factores personales del paciente, del médico tratante y del instituto que brinda los servicios de salud.

Outcomes: mediante esta revisión sistemática, se espera identificar los principales factores socioeconómicos, culturales, demográficos e informativos, en el primer nivel de atención y salud comunitaria que podrían influir de manera negativa en el paciente, para que decida iniciar una terapia con insulina.

DESCRIPTORES, PALABRAS CLAVE

Palabras clave: Insulina, rechazo, diabetes mellitus, terapia, factores socioeconómicos, factores culturales, automanejo, manejo integral, enfermedad crónico-degenerativa.

TIPO DE REPORTES A RECUPERAR

- Revisiones sistemáticas, estudios prospectivos y observacionales.

CRITERIOS INCLUSIÓN

- Revisiones sistemáticas publicadas recientemente, entre diciembre del 2018 hasta diciembre del 2023.
- Revisiones sistemáticas publicadas en bases de datos internacionales Academic Search Premier, PubMed y MEDLINE .
- Revisiones sistemáticas que realizaron metanálisis con temas relacionados a los propósitos de la investigación.
- Documentos publicados en idioma español e inglés.
- Estudios realizados en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 sin alguna otra comorbilidad asociada. .
- Estudios realizados en el adulto mayor con DM2, con requerimientos definidos por guías internacionales de inicio de tratamiento insulínico. Los cuales, no desean el uso de esta terapia por distintas causas personales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Publicaciones en idiomas distintos al español e inglés.
- Revisiones sistemáticas enfocadas en el paciente con alguna variante distinta a la diabetes mellitus tipo 2
- Estudios realizados en población con edades distintas a las establecidas en los criterios de inclusión.
- Reportes de caso clínico.
- Revisiones sistemáticas publicadas con una antigüedad mayor a cinco años.
- Revisiones en pacientes con comorbilidades asociadas a la DM2, complicaciones asociadas a esta enfermedad o motivos físicos justificables que contraindiquen el uso de insulina.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se consultaron artículos de revisión sistemática en los idiomas español e inglés.

P/ Diabetes mellitus OR Patients OR Adult btw 45-70 years old.

I/ Refusal insulin therapy OR Health education OR Diabetes mellitus intervention.

C/ Education intervention diabetes mellitus OR Patient care management.
O/ Medication adherence OR Quality of life.

EJECUCIÓN

Búsqueda de artículos científicos; se presenta a continuación las estrategias empleadas para la búsqueda y recopilación de los recursos bibliográficos que sustentan esta revisión sistemática.

Se investigó mediante los descriptores previamente descritos en títulos y resúmenes de fuentes primarias y secundarias en las bases de datos Academic Search Premier, PubMed y MEDLINE. La recolección de información se llevó a cabo del 25 de noviembre del 2023 al 15 de diciembre del mismo año. Divididos en tres periodos de 7 días cada uno: el primero donde se obtuvo una cantidad de 67 artículos científicos de distintas editoriales, con títulos y resúmenes adecuados al propósito de la revisión sistemática; el segundo periodo abarcó el cumplimiento de los criterios de selección (temporalidad con prioridad a los últimos 5 años, relevancia de la hipótesis con el objetivo del proyecto, validez demostrada por una correcta asociación estadística y calidad medida con herramientas proporcionadas por el programa de habilidades en lectura crítica español [CASPe]). Donde se obtuvieron un total de 23 artículos adecuados para la aplicación y redacción de esta revisión.

RESULTADOS

SITUACIONES RELACIONADAS CON LOS PROFESIONALES DE SALUD

Conocimiento incompleto de los esquemas de tratamiento coadyuvante con insulina en pacientes con DM2.

Roberto L. y colaboradores, describen en su estudio realizado en tres estados de México, la existencia de personal de salud con conocimiento parcial en terapéuticas de introducción temprana de insulina en el paciente con DM2. A su vez refieren haber detectado, un sentimiento de temor por el riesgo potencial de hipoglucemias en sus pacientes, hecho que se exacerba mayormente en adultos de la tercera edad y pacientes sin red de apoyo. Por lo que se busca a médicos de segundos niveles de atención para que realicen los cálculos y prescripción de insulina. (11)

Se han publicado distintas guías internacionales, las cuales enfatizan los puntos clave de la prescripción en la DM2, estos conocimientos son difundidos y adaptados a distintos idiomas, por lo que la clave para combatir esta barrera se localiza a la decisión del médico de primer nivel por iniciar esquemas, en la menor proporción posible para evitar eventos adversos, pero que sean suficiente para ver el efecto terapéutico, estableciendo puntos de control reducidos en el tiempo, con intervalos entre consulta cortos, cada vez que se realice modificación en el esquema insulínico. A su vez la información respecto a los síntomas de inicio de una hipoglucemia es bien aceptados en el paciente. Basta con dar la información completa, esclarecer dudas y dar opciones actualmente bien evidenciadas, para combatir esta complicación común. (16,18)

Distancia en la comunicación médico-paciente

Es claro que, en muchas ocasiones, el principal reto del profesional de salud, con los conocimientos más altos y actualizados en su rama, es la capacidad de comunicarse con pacientes que no cuentan con los mismos niveles de educación. El lenguaje utilizado durante la consulta, en algunos casos erra, por ser especializado y técnico. La empatía de muchos médicos a sus pacientes, no siempre es suficiente, ocasionando frustración en el paciente y poco deseo de apego a la terapia. (11)

“Los pacientes con diabetes prefieren un modelo de relación con sus médicos en el que los escuchen, empaticen con su situación, comprendan los problemas que implica para ellos el tratamiento, les transmitan ánimo y adapten sus recomendaciones a las circunstancias vitales y emocionales individuales” (Escudero C, et al). Es por ello que un enfoque a la atención centrada en la persona, conociendo las características que describen a cada paciente y sus prioridades en su proceso de salud enfermedad, facilita en gran manera la obtención de resultados en el control de las enfermedades, reduce el estrés de la dinámica en la consulta. Reduciendo la frecuencia de consultas en un paciente que adquiere el control y autocuidado de su enfermedad. (11)

SITUACIONES RELACIONADAS CON EL PACIENTE

Percepción del paciente al uso de insulina

Leyva R y Colaboradores, en una unidad de medicina familiar de México, estudiaron la percepción de los pacientes tras el uso de tratamientos a base de fármacos orales e insulina, recolectando distintos puntos de vista y relacionándolos según la frecuencia en la que se presentaban. Ellos describen que sus pacientes negativizan el uso de insulina, representado como “Un deterioro de la salud del paciente, así como una progresión de la enfermedad” , por lo que esta percepción intrínseca negativa y errónea sobre la evolución de su enfermedad debe ser contrastada con información clara por parte del médico.(13)

Por otro lado dichos autores describen distintas ideas sobre la dificultad de llevar a cabo un nuevo tratamiento inyectable, que "Afectaría a las actividades y obligaciones diarias del paciente". Actualmente en el mercado e instituciones públicas de salud se han implementado múltiples formulaciones de insulinas con distintos tiempos de efecto terapéutico y necesidades de aplicación. Los nuevos sistemas de insulinización han impactado de forma positiva en el paciente, ya que las nuevas insulinas de acción prolongada deben aplicarse con intervalos de aproximadamente 24 horas, siendo inclusive más fácil su uso que algunos fármacos orales. El médico de primer nivel debe estar actualizado en el uso de esquemas de insulina y fomentar una dinámica en consulta, en la cual el paciente conozca de forma sencilla los distintos modelos de tratamiento y elija la mejor opción para sus condiciones. (13)

Algunos de los retos más frecuentes presentados en la práctica clínica, son los mitos populares, relacionados a los cambios fisiológicos que se presentan tras el uso de tratamiento hipoglucemiante en el paciente muy descontrolado. Como se ha descrito, es común la idea de que "la utilización de insulina provoca ceguera". Un evento poco frecuente en la población. Sin embargo, en literatura actual se ha descrito un déficit parcial de la agudeza totalmente reversible tras el uso de insulina casi inmediato, denominado "Presbicia Insulínica" cambios en la acomodación del cristalino por el desequilibrio osmótico tras la corrección de glucemias en el paciente descontrolado, con reversibilidad en aproximadamente 4 semanas y sin necesidad de correcciones dióptricas. (14)

El "aumento del peso corporal secundario al uso de insulina "es otro factor muy común que obstaculiza su uso. El efecto anabólico de esta hormona es bien conocido, sin embargo, la ganancia de peso corporal no es significativa, por lo que es importante detectar otros causantes de este aumento del peso corporal. (15)

Costos para la adquisición y mantenimiento de nuevas terapias.

Jhoana Lorena y colaboradores en su estudio realizado en Perú, describen una incapacidad para la adquisición de estas nuevas terapias, ya que el costo mensual de una dosis diaria promedio de insulina, sumado a el material necesario para la aplicación y otros fármacos hipoglucemiantes orales, sobrepasa el salario mínimo en sus localidades. Impidiendo la posibilidad de prescripción de estos fármacos.

Por otro lado, existe población que refiere incapacidad para el mantenimiento de los procesos de refrigeración de este medicamento, ya que carecen de aparatos de refrigeración que mantengan en condiciones de temperatura específicas.

Algunos pacientes refieren temor por el inicio de estos tratamientos de manera adecuada, "Y que posteriormente por distintas situaciones externas no logren adquirir estos medicamentos, perdiendo el progreso alcanzado hasta la fecha".(21)

SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

Vázquez Felipe y colaboradores en su estudio realizado en México con una muestra de 81 médicos familiares, explican que es menor la frecuencia en la que se presentan las barreras entre las instituciones de salud y los pacientes para la adquisición de suministros médicos. Sin embargo algunos profesionales de salud aseguran, que la falta de suministros dificultan el apego terapéutico, ya que, esto condiciona cambios constantes en los esquemas de tratamiento, a los cuales los pacientes acostumbran, por ser efectivos y mantenerlos en control metabólico. Por lo que el constante desabasto y adquisición de diferentes presentaciones farmacológicas, obliga al médico a modificar tratamientos y descontrolar los horarios del paciente. (16)

Alternativas terapéuticas hipoglucemiantes eficaces que pueden emplearse con base en las preferencias del paciente.

En la actualidad existen diferentes sistemas de salud, de los cuales en el que nos enfocaremos es el método de atención centrada en la persona, ya que a la fecha es uno de los métodos que se ha encontrado tiene mayor eficacia en el acompañamiento de las personas que padecen enfermedades crónicas, ya que este modelo promueve una atención integral desde las preferencias del paciente y lo hace partícipe en la toma de decisiones respecto a la terapéutica nutricional, física y farmacológica ha emplear para el control de su enfermedad. (6)

Es importante para las personas que padecen diabetes mellitus que se mantengan informados sobre las distintas terapéuticas coadyuvantes a su tratamiento farmacológico. Juega un papel de suma importancia la dieta, la cual es considerada como piedra angular en la prevención y tratamiento de la diabetes y la resistencia a la insulina. Se ha demostrado que los alimentos consumidos tienen un mejor efecto sobre los niveles de glucosa postprandial y en consecuencia sobre la salud en general, estos resultados son directamente proporcionales con base en la calidad de los alimentos que consume en el paciente en su dieta de cada día y los tiempos establecidos de ayuno, lo cual se puede ver afectado por factores como ayuno prolongado, consumo de alimentos chatarra, estilo de vida sedentaria, estrés, trastornos alimentarios, entre otros influyentes que propician una dieta de mala calidad. (7)

La resistencia a la insulina y en subsecuente el desarrollo de diabete mellitus se encuentran fuertemente relacionadas con el consumo en exceso de azúcar, frituras y carnes rojas, por el contrario, se ha observado en personas que mantienen una dieta a base de vegetales reducen significativamente el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, ya que los vegetales contienen una elevada cantidad de antioxidantes, fibra y nutrientes. La recomendación actual es optar incluir en la rutina diaria una dieta mediterránea, ya que esta se base en alimentos como carne magra, pescado, frutas y vegetales y también

se pueden incluir en la dieta los alimentos activadores de sirtuinas, los cuales tienen un mecanismo de acción que detecta energía celular disponible y ajusta el proceso metabólico, si bien se puede encontrar en alimentos como el café, semillas de chía, canela, entre otros, también existe la alternativa farmacológica en suplementos como puede ser una alternativa el “Resveratrol” y es un recurso que se puede considerar en la terapia coadyuvante, ya que la estimulación de las sirtuinas parece tener beneficios para el paciente en cuanto a su control glucémico. (22, 9)

Respecto a la atención y alternativas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que podemos ofrecerles a nuestros pacientes, hoy en día tenemos la ventaja de contar con diversas opciones que se adaptan principalmente a su estilo de vida y sean estrategias eficaces en el manejo de pacientes que padecen esta enfermedad crónica. (8)

Hablando de las alternativas farmacológicas en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus se considera benéfica la combinación de dos fármacos hipoglucemiantes, alternativa que ha demostrado reducir los niveles de hemoglobina glicosilada y mejorar la condición metabólica del paciente. Un ejemplo de la combinación que ha demostrado un mayor beneficio para los pacientes en cuanto a la de hiperglucemia que no respondió a la monoterapia con metformina es la combinación de esta biguanida con un inhibidor de SGLT2, pudiendo considerarse la dapagliflozina o la presentación farmacológica que se encuentre disponible en el centro de salud. Otro de los fármacos empleados como un agente hipoglucemiante adyuvante son los agonistas de GLP-1 en combinación con la terapia de primera línea. (9)

Si bien se han mencionado diversas alternativas que muestran beneficio como terapéutica adyuvante es importante tener en cuenta que muchas de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 requieren una terapia con insulina para obtener metas con respecto a la salud del paciente y prevenir el progreso de la enfermedad, así como complicaciones a corto, mediano y a largo plazo. (23)

RECOMENDACIONES

El control metabólico en un paciente que vive con enfermedades crónicas, específicamente la Diabetes Mellitus tipo 2, es prioridad en toda consulta de primer nivel de atención. Por lo que el médico debe implementar todas las estrategias adquiridas, para lograr esta meta. El médico tratante debe actualizarse constantemente en temas relacionados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes de su región. Debe conocer los esquemas de tratamiento más utilizados y difundidos, con énfasis en la práctica clínica. Debe conocer sus obligaciones en cuestión de las enfermedades que debe tratar y los tratamientos que puede prescribir. Es fundamental

fomentar un trato respetuoso con una comunicación efectiva médico-paciente, cuidando el lenguaje técnico y buscando cualquier medida a favor de la comunicación y el entendimiento. En la consulta del paciente con enfermedades crónico-degenerativas, es necesario llevar a cabo un manejo integral, en el cual el paciente conozca acerca de su enfermedad y las medidas disponibles para su manejo, participando en las decisiones respecto a su cuerpo. Por otro lado, el médico debe conocer las condiciones del paciente y sus prioridades. La decisión de una terapéutica debe ser fundamentada, adecuada a las posibilidades y bien conocida por el paciente. Por otra parte, el sector salud de cada país debe priorizar estas capacitaciones constantes en los profesionales del ámbito de la salud a los cuales les provee de permisos para ejercer la práctica de la salud.

En la actualidad existen diversas alternativas que se pueden emplear como terapéutica adyuvante y se visto que tienen beneficio en la salud del paciente así como disminución en la curva de hipoglucemias, pero estas alternativas no sustituyen el uso oportuno del tratamiento con insulina, ya que hay pacientes que requerirán de esta terapéutica para lograr metas óptimas en salud y evitar complicaciones y repercusiones en su calidad de vida, por lo que se le debe brindar información clara y concisa acerca de las dudas o inquietudes que pueda tener acerca del tratamiento que se le oferta y como este será el más adecuado para preservar y/o restaurar su salud.

CONCLUSIONES

La insulina es el tratamiento indicado en la DM2 cuando los fármacos orales no logran el control adecuado de la glucemia. Es claro el efecto beneficioso tras su prescripción por médicos actualizados en su uso. Sin embargo, para el inicio de un tratamiento, es el paciente quien debe tomar la última decisión. Por lo que la comunicación médico-paciente, la información y un manejo integral en el cual, el paciente adquiera un papel importante en las decisiones, debe ser prioridad para el médico. Por otra parte, es el médico quien debe conocer los obstáculos al momento de iniciar una terapia y usar las herramientas disponibles para superar las barreras en el proceso.

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

Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el centro de salud TIII Dr. Gastón Melo a cargo de Carlos Daniel Vásquez Serrano.

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros (preexistentes y de nuevo ingreso) en Redcap.

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024
Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	45	98
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	3	2
Recuperados a partir de agosto de 2023	0	0
Total	46	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024
Nota:

Al momento de ingreso al programa de crónicos del CST III Dr. Gastón Melo, se encontraba con un total de 43 ingresos previos. Se agregaron 2 nuevos ingresos durante febrero del 2023- agosto 2023 y 1 posterior a agosto del 2023. Finalizando el año con un total de 46 pacientes

Tabla No.2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Condición de participación	No	%
Activas	22	48
No activas	24	52
Total	46	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Nota:

Del total de 46 pacientes registrados, últimamente se han presentado de forma regular a sus consultas médicas, 22 pacientes (tomando como referencia de regularidad “última consulta con una temporalidad menor a 6 meses de la última captura de estos datos”)

Tabla No.3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo febrero 2023 – enero 2024.

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	20	83
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	4	7
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	0	0
Total	24	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la mayoría de los casos de los pacientes a los cuales se pierde el registro, son por motivos de inasistencia en sus consultas, perdiendo la programación de estas. Por lo que al pasar meses de su última consulta, prefieren acudir a otros consultorios del mismo centro de salud por miedo al rechazo de la reprogramación. Sin embargo, siempre se les reitera en la consulta que, ante cualquier imprevisto, se invita a re agendar sus citas, inclusive, se realiza llamadas por teléfono con la finalidad de reconquistar al paciente.

2. Información demográfica:

Tabla No.4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023
enero 2024 de acuerdo sexo:

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Sexo	No	%
Femenino	35	76
Masculino	11	24
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	46	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo a edad
 Centro de Salud T. III:Dr. Gastón Melo
 Jurisdicción Sanitaria:Milpa Alta

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	2
40 – 49 años	4	9
50 – 59 años	13	29
60 – 69 años	16	34
70 – 79 años	9	20
80 y más años	3	6
Total	46	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad y sexo
 Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
20 – 29 años		0	0	0	0	0	0
30 – 39 años		1	3	0	0	1	2
40 – 49 años		4	11	0	0	4	9
50 – 59 años		13	38	0	0	13	29
60 – 69 años		10	29	6	54	16	34
70 – 79 años		6	16	3	28	9	20
80 y más años		1	3	2	18	3	6
Total			100		100		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Los pacientes con edades más prevalentes en consulta, se encuentran en el intervalo de 50 a 70 años. Por lo tanto son la prioridad en consulta, Respecto a edades menores son nuestro grupo blanco para el control más estricto, con la finalidad de evitar el desarrollo de comorbilidades y secuelas de la enfermedad. Cabe destacar que las mujeres en edad fértil con enfermedades crónico degenerativas son reportadas cada mes con la finalidad de , tener un control mayor en este grupo.

2. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No.7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

No de consultas	No de pacientes	%
1		
2	2	10
3	2	19
4	1	4
5	2	10
6	3	15
7	6	28
8	3	15
9	1	4
10	1	4
11	00	00
12 y más	00	00
Total	22	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Las consultas de enfermedades crónicas se realizan mes con mes, ya que se ajusta a la duración de medicamentos hipoglucemiantes y antihipertensivos. La causa más común de inasistencia a consulta es por motivos laborales. Ya que al pertenecer la población a una zona de recursos económicos menores, la necesidad de trabajo diario para un ingreso económico es prioridad. Por lo que en el centro de salud facilitamos la atención por medio de consultas vespertinas y de fines de semana. Lo cual puede interrumpir el seguimiento en muchos casos por parte de este proyecto.

Tabla No.8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023

– enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	26	10
Hipertensión arterial	30	13
Diabetes Mellitus tipo 2	42	17
Dislipidemia	24	10
Obesidad e hipertensión	13	5
Obesidad y diabetes	18	7
Obesidad y dislipidemia	15	6
Diabetes e hipertensión	27	11
Obesidad, hipertensión y diabetes	15	6
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	24	10
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	13	5
Total	247	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo.

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	y	16	9.4	10	12.8	26	10
Hipertensión arterial		20	11.8	10	12.8	30	13
Diabetes Mellitus tipo 2		32	18.9	10	12.8	42	17
Dislipidemia		16	9.4	8	10.2	24	10
Obesidad hipertensión	e	8	4.7	5	6.4	13	5
Obesidad diabetes	y	13	7.6	5	6.4	18	7
Obesidad dislipidemia	y	10	5.9	5	6.4	18	7
Diabetes hipertensión	e	20	11.8	7	8.9	27	11
Obesidad, hipertensión diabetes	y	10	5.9	5	6.4	15	6
Hipertensión, diabetes dislipidemia	y	16	9.4	8	10.2	24	10
Obesidad, hipertensión, diabetes dislipidemia	y	8	4.7	5	6.4	13	5
Total			100		100		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso y obesidad	con de y %
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	3.8
40 – 49 años	2	7.7
50 – 59 años	8	30
60 – 69 años	8	30
70 – 79 años	7	27
80 y más años	0	0
Total	26	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Entre las edades de 50 a 79 años, se encuentra la mayor prevalencia de IMC fuera del rango de normalidad.

Tabla No.11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso y obesidad	con de y	%
20 – 29 años	0		0
30 – 39 años	0		0
40 – 49 años	1		3.3
50 – 59 años	7		23.3
60 – 69 años	12		40
70 – 79 años	7		23.3
80 y más años	3		9.9
Total	30		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Entre las edades de 50 a79 años, se encuentra la mayor prevalencia de hipertensión arterial.

Tabla No.12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso y obesidad	con de y	%
20 – 29 años	0		0
30 – 39 años	1		2.3
40 – 49 años	4		9.5
50 – 59 años	11		26
60 – 69 años	13		30
70 – 79 años	10		23.8
80 y más años	3		23.8
Total	42		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Entre las edades de 50 a79 años, se encuentra la mayor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2.

Tabla No.13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso obesidad	con de y	%
20 – 29 años	0		0
30 – 39 años	0		0
40 – 49 años	3		9
50 – 59 años	9		27.2
60 – 69 años	11		33.2
70 – 79 años	7		21.2
80 y más años	3		9
Total	33		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso obesidad	con de y	%
20 – 29 años	0		0
30 – 39 años	0		0
40 – 49 años	1		7.7
50 – 59 años	3		23
60 – 69 años	6		46
70 – 79 años	3		23
80 y más años	0		0
Total	13		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso y obesidad	con de y	%
20 – 29 años	0		0
30 – 39 años	1		5.5
40 – 49 años	1		5.5
50 – 59 años	6		33.3
60 – 69 años	6		33.3
70 – 79 años	4		22.2
80 y más años	0		0
Total	18		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso y obesidad	con de y	%
20 – 29 años	0		0
30 – 39 años	0		0
40 – 49 años	1		5.9
50 – 59 años	6		35
60 – 69 años	6		35
70 – 79 años	4		24
80 y más años	0		0
Total	17		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III:Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso obesidad	con de y %
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	3.7
50 – 59 años	6	22.2
60 – 69 años	10	37
70 – 79 años	7	25.9
80 y más años	3	11.1
Total	27	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso obesidad	con de y %
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	6.6
50 – 59 años	3	20
60 – 69 años	6	40
70 – 79 años	4	26.6
80 y más años	1	6.6
Total	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso y obesidad	con de y %
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	4.1
50 – 59 años	5	20.8
60 – 69 años	10	41.6
70 – 79 años	5	20.8
80 y más años	3	12.5
Total	24	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas diagnóstico sobrepeso y obesidad	con de y %
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	7.7
50 – 59 años	3	23
60 – 69 años	6	46.1
70 – 79 años	3	23
80 y más años	0	0
Total	13	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No.21

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024 Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro sde	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	16	76	15	71	41	74
Fuera de control	5	24	6	29	11	26
Total	21	100	21	100	42	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Se representa los últimos registros de valores de los pacientes activos conDM2 en sus registros de glucosa capilar y central, representando que en más del 70 por ciento, son pacientes en control por pruebas que representan únicamente el estado metabólico de dicho día.

Tabla No.22

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
Periodo febrero 2023 – enero 2024 Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	12	54.5
Fuera de control	10	45.5
Total	22	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Este último registro, representa el contraste de una prueba más confiable en la valoración de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, la cual representa el promedio de glucemia en los últimos 3 meses. Esto demuestra que aunque en mediciones de glucemia central o capilar aisladas estén aparentemente en control, puede existir probabilidad de un descontrol metabólico. Es importante destacar la dificultad para la normalización de los niveles de hemoglobina glucosilada.

Tabla No.23

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024 Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	14	87.5
Fuera de control	2	12.5
Total	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.24

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024 Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	13	86.6
Fuera de control	2	13.4
Total	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.25

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

Centro de Salud T. III: Dr. Gastón Melo

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	12	80
Fuera de control	3	20
Total	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Se representan los registros de las últimas mediciones de tensión arterial, colesterol y triglicéridos, de los pacientes activos. Donde se puede observar que en más del 80 por ciento de los pacientes que han acudido a consulta regularmente, han normalizado sus resultados, con ello, se reduce en gran manera el riesgo cardiovascular y complicaciones de la enfermedad.

ACCIÓN COMUNITARIA.

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

Promoción de la salud:

Este termino surge de la alta incidencia y prevalencia de enfermedades potencialmente prevenibles. Evolucionando desde el primer antecedente con los lineamientos de la Carta de Ottawa de 1986 Siendo la misión del primer nivel de atención en México. Donde, mediante estrategias planeadas, se busca recolectar la mayor cantidad de personas, aportando de información clara, no técnica y fomentando las ideas saludables sin afectar a la cultura de la persona. La promoción de la salud debe adecuarse a las características del público meta, ya que debe sensibilizar a la población, no forzar a aceptar una idea. Los modelos de atención se han identificado en múltiples áreas: atención primaria, políticas públicas, salud bucal, servicios de salud y sobre todo en las enfermedades crónico-degenerativas. Cada área busca reducirlas enfermedades y complicaciones de estas, denominándose a esta actividad “prevención”. Por otro lado, la promoción de la salud va más allá de evitar la enfermedad, enfocándose en mantener la salud, lo cual presenta resultados mayores que la prevención.

Encuentros de salud:

Encuentro de pacientes “Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas” con coordinación por parte de la Dra. Alejandra Gasca García, el cual se llevo a cabo en el centro de salud TI Villa Milpa Alta el 22 de junio del 2023. Cuyo objetivo es “Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas”. Se inició la planeación semanas previas, invitando a la mayor cantidad de pacientes en la consulta de enfermedades crónicas, por medio de invitaciones directas y carteles en el centro de salud.

Los seres humanos somos una especie que se fortalece de las relaciones sociales. En muchas etapas de la vida, pensamos que los eventos acontecidos son únicos en el mundo, como lo es vivir con una enfermedad. Es claro que cada persona vive situaciones que la hacen única en el mundo, sin embargo, en un contexto interpersonal, la persona que vive con enfermedades crónicas tiene características con un grupo de estas, así como conocimientos empíricos que podrían ser de ayuda para la persona que apenas está viviendo alguna etapa de la enfermedad. Es por ello por lo que un grupo de ayuda mutua, donde los participantes, sean seleccionados por sus características físicas y motivaciones de vida, podría beneficiarse de la conexión de vivencias, ideas, herramientas y muchas más aportaciones. El término autocuidado se ha presentado previamente, como una herramienta que modifica el estilo de vida de la persona, llevándola a su empoderamiento en la enfermedad, mejoran la calidad con la que es tratada en consulta y maximizando los resultados en el control de sus enfermedades.

Gran parte de los pacientes a los que se realizaba la invitación estaban muy sorprendidos de la tención que recibían por parte del sistema de salud. Sin embargo, como se describió previamente, la mayor parte de los pacientes son adultos mayores, con dificultades económicas y familiares. Las cuales dificultaban la asistencia al encuentro de pacientes.

Durante la etapa de planeación, se dio capacitación a los médicos pasantes de servicio social, los cuales estaban involucrados en la coordinación y relatoría de estos grupos, ya que no se tenía previamente, el conocimiento práctico de estas actividades. Siendo una herramienta muy necesaria para llevar a cabo un manejo estructurado de un grupo de personas, las cuales expresaban ideas y sentimientos, escuchando a otros y dando opiniones productivas.

El taller realizado, se llevó a cabo mediante la participación del personal de salud por parte de la jurisdicción de Milpa Alta, el centro de salud y la coordinación por parte del diplomado. Los médicos pasantes adoptaron dos puestos importantes. La coordinación, encargada de comentar las reglas de dicha actividad y manejar las ideas para equilibrar los comentarios y pasos de la programación. La relatoría encargada de redactar las ideas propuestas por el grupo, así como dar orden a la evidencia de dicha actividad. El desarrollo del taller se estratificó en tres pasos bien planeados, en los cuales se enfocaban los cuatro pilares de la relación médico- pacientes (lo personal, la familia, la comunidad y los servicios de salud). El paso 1, consta de la identificación de las aspiraciones y realizaciones del paciente viviendo con enfermedades crónicas. El paso 2, se enfocaba en identificar en grupo las necesidades en común y qué capacidades se encuentran a su alcance para satisfacerlas. El paso 3, se enfoca en que el paciente reconozca la importancia del autocuidado, tomando en cuenta las habilidades desarrolladas durante la plática. Fomentando la sensibilidad en los médicos para adoptar nuevas ideas y habilidades llevando a cabo un trato digno, enfocado y de calidad.

Finalizando el taller, organizando las ideas y recolectando opiniones por parte de los pacientes, se tuvo una conciencia mayor de lo que es vivir con enfermedades crónicas, desde el momento en que se presenta el diagnóstico hasta el punto en el cual se requiere de otras especialidades que tomen el control especializado según los requerimientos del paciente. A su vez, la importancia de informar al paciente por completo sobre la enfermedad, cubriendo cada duda que se presente y comunicando cómo es el desarrollo progresivo de la enfermedad con sus posibles complicaciones, es necesaria para evitar los temores en relación con la enfermedad y sus tratamientos. Es importante buscar el apego al tratamiento, sin embargo, también debe ser prioridad que el tratamiento médico no se modifique con cada consulta, ya que esto dificulta los itinerarios con los que el paciente adapta su estilo de vida. El apoyo familiar es prioridad en vivir una enfermedad, ya que la red de apoyo normaliza el estilo de vida de los pacientes, percibiéndolo como un apoyo incondicional, lo que reduce en gran manera los estados de ansiedad y depresión. Un esquema de alimentación bien estructurado es una herramienta que mejora el apego a una correcta alimentación en el paciente. Rutinas de ejercicio de acuerdo con las capacidades de cada paciente, aumenta las probabilidades de realizar ejercicio diario. Entre múltiples resultados obtenidos durante el taller. A continuación, se presenta el resumen por parte de la relatoría.

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA	Coordinador(a): ALEJANDRA GASCA GARCIA	Página:1 de 1
	Grupo: 1	Fecha:22/06/23

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
MARIA VIRGINIA ROSALES ARREVILLAGA	F	79	CSTIII DR GASTON MELO
RUBEN SANCHEZ GARCIA	M	80	CSTIII DR GASTON MELO
LAURA GARCIA MAR	F	73	CSTIII DR GASTON MELO

2. Datos del Taller

Objetivo del taller: Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas. (cuidar a otras personas, recibir cuidados de otras personas, cuidado de sí mismas. el autocuidado y cuidado del entorno.

Hora de inicio: 09:30

Hora de finalización:12:00

3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
09:30	Bienvenida:
09:40	Presentación:
09:51	Encuadre:
10:00	Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones
10:30	Paso 2. Satisfacer necesidades
	Paso 3. Fortalecer el autocuidado
11:00	
12:00	Cierre:

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

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")

Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones

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

Nuestras aspiraciones respecto a:

Lo personal _x_

Nuestra familia x__

Nuestra comunidad __

Los servicios de salud _x_

LA FAMILIA

- LA FAMILIA DEBE ENTENDER NUESTRAS DIFICULTADES.
- LA FAMILIA DEBE APOYAR, EN NUESTRA ENFERMEDAD.
- LA FAMILIA DEBE INTERVENIR ACTIVAMENTE EN NUESTRA ENFERMEDAD

EL CENTRO DE SALUD

- POR PARTE DEL CENTRO DE SALUD, DEBE PROPORCIONARNOS LOS MEDICAMENTOS COMPLETOS, YA QUE NOSOTROS NO LOS PODEMOS ADQUIRIR SIEMPRE.
- EL CENTRO DE SALUD ESTA ENCARGADO DE PROVEERNOS LOS ELEMENTOS DE NUESTRO CUIDADO. LA INSULINA GLARGINA EN PLUMA ES MÁS FACIL DE APLICAR, PERO MÁS CARAS LAS LANCETAS.
- MIS DOCTORES ME APOYAN MUCHO CON MIS ENFERMEDADES, SIN EMBARGO, LAS MOLESTIAS DE MIS VARICES, NO HANJ MEJORADO, ES MI UNICA MOLESTIA.
- LA ATENCION HA SIDO EXCELENTE ME ATENDIERON BIEN DURANTE LA PANDEMIA.
- MUY BUENA ATENCION, MUCHA CONFIANZA, ME DEJAN HABLAR, DE MIS PROBLEMAS. MUCHO TIEMPO ATRÁS LOS DOCTORES NO ME ATENDIAN BIEN. EL DOCTOR ME AVISA DE MIS COMPLICACIONES.

EL PEOR MOMENTO DURANTE MI ENFERMEDAD

- MI PEOR MOMENTO FUE ENTERARME DE MI ENFERMEDAD. MI MADRE SUFRIO DE LA MISMA ENFERMEDAD Y TUVO UNA AMPUTACION
- MI MADRE SUFRIO TAMBIEN DE DIABETES, SE TRATO BIEN DESDE EL INICIO DE SU ENFERMEDAD Y VIVIO MUCHOS AÑOS. MI INICIO DE TRATAMIENTO CON LA

INSULINA FUE BUENO. POR LO TANTO, CUMPLO CON MI HORARIO DE MIS TRATAMIENTOS. LA DIETA, LA INTENTO CUMPLIR Y COMER LO MÁS SALUDABLE POSIBLE.

- EN LO PERSONAL ME ALIMENTO CON CUALQUIER TIPO DE COMIDA, POR LO ECONÓMICO SE ME HACE MÁS DIFÍCIL, PERO ALIMENTOS COMO NOPALES QUELITES ETC. SON ECONÓMICOS Y SALUDABLES.

EL MOMENTO MAS FELIZ DE MI ENFERMEDAD

- FUE CUANDO MI HIJA CONOCIO MI ENFERMEDAD, AHORA ESTÁ CONMIGO EN TODO MOMENTO. ES MI UNICA HIJA Y AHORA ME ENTIENDE
- MI MEJOR MOMENTO FUE CUANDO MIS 4 HIJOS ME APOYARON CUANDO ME OPERARON MI RODILLA, ME ATENDIERON MUY BIEN, AUNQUE NO FUERON TODOS MIS HIJOS, LO ACEPTO.
- CUANDO EL DOCTOR EDGAR RAMOS TOMÓ MI CONSULTA Y CONTROLÓ MIS ENFERMEDADES, COSA QUE ANTERIORMENTE NO HABIAN PODIDO MIS DOCTORES PASADOS.

Descripción detallada del taller: (2 de 3)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")

Paso 2. Satisfacer necesidades.

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

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

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

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

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

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

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

MIS RECURSOS

- TENGO HIJOS QUE ME APOYAN EN MI ALIMENTACIÓN.
- LOS RECURSOS POR PARTE DEL PRESIDENTE, LOS UTILIZO PARA COMPRAR LA COMIDA MAS SALUDABLE POSIBLE, ALGUNOS HIJOS NOS MANDAN DINERO PARA NUESTRAS ENFERMEDADES, ESTOY BIEN ECONOMICAMENTE.
- LA ALIMENTACION ES LO MAS DIFÍCIL.

CÓMO PUEDO MEJORAR MI ALIMENTACIÓN

- EL PAN NO LO PUEDO DEJAR, PERO ENCONTRE EN LA FRUTA Y VERDURA RAYADA UNA SATISFACCIÓN.
- LA VERDURA NO ES MUY RICA, SIN EMBARGO, ME DA SACIEDAD.
- LA RECETAS DE COMIDA, NOS FACILITARÍA MUCHO LA ALIMENTACIÓN. A VECES, QUISERA, VARIEDAD PARA LA ALIMENTACIÓN.

EL PERSONAL DE SALUD EN MI ALIMENTACIÓN

- EL RECTARIO, NOS HA ILISIONADO, LLEVAMOS TRES AÑOS ESPERANDO, CON MUCHO ÁNIMO. ESPERO UTILIZAR, ALIMENTOS DE TEMPORADA.
- POR PARTE DE NUTRICIÓN, NOS AYUDARIA MUCHO CON ALIMENTACIÓN, UTILIZANDO ALIMENTOS DE TEMPORADA. CON ELLO BAJA MUCHO LOS ANTOJOS.
- PARA REALIZAR EJERCICIO, ALGUNAS TÉCNICAS EN CASA Y EJERCICIOS EN PARQUE, SON MAS FÁCILES. ALGUNOS DE ELLOS ENCAMINADO A MIS ENFERMEDADES. EL CAMINAR NO ME CUESTA NADA.
- YO CAMINO MUCHO, SIN LLEGAR A MUCHO ESFUERZO. DEBIDO A MI PROBLEMA DE EL CORAZÓN, ENCONTRE UN GUSTO POR CAMINAR SIN EXCEDERME.
- DEBIDO A MI INCAPACIDAD, NO PUEDEO REALIZAR CAMINATA. SIN EMBARGO, EN REHABILITACION ME HAN ENSEÑADO. QUIERO CAMINAR SOLA. QUIERO CAMINAR SIN DOLOR.

EL CENTRO DE SALUD Y MI TRATAMIENTO

- NO TENGO PROBLEMAS CON TOMAR MIS MEDICAMENTOS, YA QUE TENGO UN HORARIO ESTABLECIDO.
- SOLO SIENTO QUE NO TIENE TANTO EL EFECTO QUE DESEARÍA.
- NO TOMO MUCHOS MEDICAMENTOS GRACIAS A LA INSULINA.
- ÚNICAMENTE EN ALGUNOS MOMENTOS, LA ESCASEZ DE MEDICAMENTO, NOS AFECTA A TODOS Y ANUESTRA ECONOMÍA, TAL VEZ SI NOS AVISARAN ANTES QUE HABRÁ FALTA DE MEDICAMENTOS.

Descripción detallada del taller: (3 de 3)

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

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

Paso 3. Fortalecer el autocuidado

¿QUÉ HERRAMIENTAS NECESITO PARA MI AUTOCUIDADO?

- EL GLUCOMETRO NOS AYUDA, A LLEVAR UN MEJOR CONTROL, EL BAUMANOMETRO DIGITAL TAMBIEN NIOS AYUDA MUCHO.
- CUANDO SIENTO CAMBIOS EN MI CUERPO, USO ESTOS DISPOSITIVOS.
- LAMENTABLEMENTE NO TENGO CONOCIDOS QUE TENGAN BUEN AUTOCUIDADO, POR LO TANTO, NO TIENE BUENA SALUD.

¿CÓMO ME FAVORECE EL AUTOCUIDADO?

- MIS HIJOS OLVIDAN SUS MEDICAMENTOS, ME PIDEN A VECES DE LOS MIOS Y POR LO TANTO NO SE CONTROLAN.
- MI HORARIO ME HA AYUDADO A SEGUIR MIS TRATAMIENTOS.

¿CÓMO ME SIENTO EN MI ENFERMEDAD CUANDO TENGO AUTOCUIDADO?

- HE VIVIDO COMO SI NO TUVIERA LA ENFERMEDAD.
- MI PSICOLOGO ME AYUDÓ A ACEPTAR MI ENFERMEDAD, LLEVA A CABO MI TRATAMIENTO, ACEPTAR MI NUEVA ALIMENTACION.
- ME SIENTO COMO UNA PERSONA NORMAL QUE TOMA MEDICAMENTOS A CIERTOS HORARIOS.
- AMANEZCO CON CANSANCIO CORPORAL, HASTA QUE LOGRE MENTALIZARME DE MI ENFERMEDAD Y LEVANTARME TODOS LOS DIAS HA SIDO DIFICIL, POR QUE A VECES NO TENGO MUCHAS GANAS, SIN EMBARGO, LA AYUDA PSICOLOGICA ME HA APOYADO MUCHO.
- CLINICA DEL DOLOR ME HA LEVANTADO.

5. Propuestas del grupo

Anote las propuestas acordadas por el grupo

Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas

PROPUESTAS GRUPALES

- SEGUIR LA ALIMENTACIÓN, MEDICAMENTOS Y ACUDIR A CONSULTA MENSUALMENTE.
- SEGUIR CON MI ALIMENTACIÓN, LAS INDICACIONES DE LOS DOCTORES Y DAR DE NOSOTROS PARA CUIDARNOS.
- NO DEJAR LOS MANEJOS MÉDICOS, SECARNOS BIEN LOS PIES, NO DESCUIDARLOS, YA QUE, EMPIEZAN LAS HERIDAS Y DESPUÉS NO LAS PODEMOS CURAR.
- NO TOMAR A PECHO LA ENFERMEDAD.
- ESTOY DE ACUERDO CON ACEPTAR MI ENFERMEDAD.
- APROVECHAR LA CONFIANZA DE MIS MÉDICOS Y LA SEGURIDAD QUE ME DAN.
- MOTIVAR A MAS PERSONAS, PARA ASISTIR A ESTOS EVENTO. QUE VEAN MI MEJORIA Y TOMEN EN CUENTA NUESTRO EJEMPLO.
- CONOCER MÁS DE NUESTRA ENFERMEDAD, SABER QUE HACER EN CASO DE UN ACOMPLICACIÓN.
- QUE EL RECETARIO LO TENGAN TODOS LOS PACIENTES CON ALGUNA ENFERMEDAD COMO LA NUESTRA.
- QUE TODOS LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES COMO LA NUESTRA, LOGREN ACEPTAR LA AYUDA PSICOLÓGICA.
- QUE NUESTRO CENTRO DE SALUD TENGA TAMBIÉN UN GRUPO DE AUTOAYUDA, DONDE TODOS PLATIQUEMOS Y COMPARTAMOS NUESTRA EXPERIENCIAS Y CONOCIMIENTOS.
- QUE NUESTRA FAMILIA NOS ACOMPÁÑE A NUESTRAS CONSULTAS, PARA QUE TAMBIÉN ENTIENDAN POR LO QUE ESTAMOS PASANDO.

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

Los casos clínicos presentados a lo largo del diplomado, han sido de mucho apoyo ya que brindan de experiencia general y muy nutritiva donde a partir de datos de una consulta realizada por parte de un médico pasante de servicio social en el programa de crónicos, se presentan los datos importantes y resumidos, para que el grupo adopte el papel de médico tratante y a la vez aprendiz de otros médicos. Ya que cada compañero cuenta con experiencias en la práctica que van más allá de lo presentado en las guías nacionales e internacionales de práctica clínica.

Por un lado las presentaciones, de casos en los que el médico pasante explicaba la historia de su paciente y las características en cuanto a la consulta (datos clínicos, prioridades del paciente, recursos con los que se contaba en el momento y decisiones terapéuticas aplicadas), dieron a múltiples debates de lo que se debe o no realizar, por parte de médicos generales con muchos años de prácticas clínicas y médicos pasantes con conocimientos más actualizados, logrando llegar a un punto intermedio donde ambas partes aprenden y llevan la práctica de dichos aprendizajes. Por otro lado, existieron actividades en las que, de forma grupal, se presentaban casos para discusión, donde el diálogo entre compañeros con mayor y menor tiempo en el diplomado, enseñaban y a la par aprendían de estrategias empíricas. Como lo es el trabajar con recursos limitados en las instituciones, con tiempos de consulta medidos y bajo presión de autoridades o pacientes en espera de ser tratados. Siempre se mantuvo un ambiente de apoyo y respeto, facilitando la libertad de expresión. La participación de distintos médicos tutores de cada centro de salud, resaltó la idea de que se puede ofrecer una consulta de calidad sin necesidad de muchos recursos, cuando se tiene el conocimiento de lo que se está tratando, se realizan las preguntas necesarias para conocer el contexto del paciente y se tienen los conocimientos claros de los procedimientos según las guías de práctica clínica.

El principio de autocuidado se representa en las aportaciones de los casos, ya que es una de las mejores herramientas a desarrollar en el paciente. Con la finalidad de que ellos, puedan participar no solo en el tratamiento, si no en las modificaciones de estos de acuerdo al control y la capacidad de actuar frente a las complicaciones agudas que se puedan presentar. El conocimiento de su cuerpo y los síntomas que más a menudo se presentan durante las complicaciones, como lo es el caso de la hipoglucemia tras el uso de insulina, disminuye el riesgo de mortalidad en estos eventos, así como el número de consultas médicas.

Conclusiones.

El servicio social en medicina es conocido como el último paso para la titulación. Así como un requisito, donde durante un año, el médico pasante, realiza prácticas donde su trabajo es destinado a labores en favor del país, prestando servicios médicos a la población más vulnerable. Una etapa clave en el desarrollo del médico, donde se pone en práctica, los conocimientos adquiridos durante la licenciatura. Estas son expectativas previas al cursar el servicio social. Sin embargo, a lo largo de este año, el aprendizaje que se obtuvo fue mayor a lo esperado. Recapacitando sobre la verdadera función del servicio social para un médico en formación y próximo a desenvolverse como profesional. Ya que es una etapa de sensibilización para el médico, donde se percata de la importancia del trato digno al paciente, de la eficacia de una práctica centrada en la persona y no en enfermedades, como se enseña durante la carrera. Sumado a este punto, el diplomado “Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades”. Impactó de forma positiva en la manera en que los pasantes llevaron a cabo la práctica de la consulta de pacientes con enfermedades crónicas. Percibiendo más allá de las características físicas de la persona, indagando en lo psicológico y emocional. Priorizando los principios de autonomía, empoderamiento, la red de apoyo y las prioridades de la persona que vive con enfermedad.

En lo personal, la atención al paciente previo a mi servicio social carecía de empatía, priorizando los conocimientos a la atención que merece toda persona. He aprendido a ver a un paciente como un complejo de vivencias, emociones y deseos, añadidos a una enfermedad. Observando los resultados tras la realización de este proyecto final, me percato de la eficacia de un modelo de atención médica como lo es el proporcionado por la Universidad Autónoma Metropolitana, ya que gran parte de las metas alcanzadas con los pacientes activos y de consulta regular, son debidas a la mayor calidad con la que he aprendido a dar mi consulta, a la mezcla de habilidades y conocimientos obtenidos durante cada clase del diplomado.

Mi empatía con los pacientes ha aumentado con el paso del tiempo. Ahora reconozco el sentimiento de una persona a la cual se le realiza el diagnóstico de una enfermedad, el miedo que presentan cuando no conocen el por qué y lo que esta puede ocasionar en su cuerpo. Reconozco la necesidad de evitar el dialogo con tecnicismos incomprensibles para los no expertos en materia, la diferencia en los niveles de ansiedad, cuando a un paciente se le informa con detalle sobre su patología. La importancia de la red de apoyo. La mayor herramienta que puedo crear en un paciente es “La autonomía en su enfermedad”. Y que el mayor deseo para un paciente es vivir como si no existiera la enfermedad.

La institución (SEDESA), me ha aportado los medios para tratar adecuadamente a un 60 por ciento de mis pacientes, llevándolos al control de sus enfermedades. Las limitaciones en cuestión de recursos son comprensibles, debido a la relación del número de personas atendidas por institución y los apoyos económicos insuficientes. Sin embargo, con el paso del tiempo estas limitaciones se vuelven un estímulo para que las ideas fluyan y se logre hacer lo mejor con lo que se tiene.

Reconozco que cada momento de mi carrera, ha sido perfectamente calculado con la finalidad de desarrollar un médico de calidad, que pueda aportar, no solo de diagnósticos y tratamientos a la población. Si no que, también de empatía comprensión

y apoyo en salud física y mental a los pacientes. Lo cual es el principio de la formación en medicina.

BIBLIOGRAFÍA

Módulo 1.

1. Roberto Gonzales, Amalia Dávila, Jorge Santana. Visión panorámica de las enfermedades crónico degenerativas. *Rev Int Acum.* 2015; 9(2): 57-69.
2. Stefano Vinaccia, Lina Orozco. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *USBM.*2005;1(2):125-137.
3. José López Franchini. Prevención y reducción de inequidades sociales. Cimiento de la cobertura universal de salud. *INGER.*2019; 2 (3): 4-8.
4. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición CONTINUA 2022. ENSANUT. 2022. Consultado el 10 de agosto del 2023. Disponible: en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/documentos_analitic_os.php
5. Rubiera López, Riera Velasco. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del modelo de cuidados para enfermedades crónicas. *Aten Primaria.* 2004; 34(1): 206-209.
6. Loraine Ledon Llanes. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *RCSP.* 2011; 37(4): 488- 499.
7. Pascual Sánchez, Ana Caballo Escribano. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *RETE.* 2017; 1(1): 1-14.

Módulo 2.

1. Gobierno de México [Internet]. En México, 12.4 millones de personas viven con diabetes: México. Secretaria de salud; 2022 [Consultado el 01 de Diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/547-en-mexico-12-4-millones-de-personas-viven-con-diabetes?idiom=es#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20la%20Encuesta%20Nacional,HNH>
2. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes: Washington DC. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2023 [Consultado el 01 de Diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=M%C3%A1s%20del%2095%25%20de%20las,diabetes%20tienen%20diabetes%20tipo%202>
3. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2002 [citado el 10 de diciembre de 2023];55(5):528–38. Disponible en : <https://www.revespcardiol.org/es-diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus-articulo-13031154>
4. Basto Abreu A, López Olmedo N, Rojas Martínez R. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México. *Ensanut 2022. Salud Pública de México* [Internet]. 2023;65(S1):S163–S168. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/14832>

5. Ávalos Ayala H, Morfín Macías CJ, Ung Medina EA. Factores socioculturales que intervienen en el rechazo al uso de insulina. *Aten Fam.* 2019;26(2): 58-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.2.68829>
6. Orozco Murillo H, Rosales Domínguez N, Orozco López M. México y el Mundo: un Contraste en la Insulinoterapia. *Revista de Medicina Clínica [Internet]*. 2018;2(3):115–122. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1439883>
7. Tai E Shyong Ytw. Person-Centred Care In Diabetes: What Is It Based On And Does It Work? *The Singapore Family Phisician [Internet]*. 2020;4 6:11–5. Disponible En: <https://doi.org/10.33591/Sfp.46.7.U2>
8. Papakonstantinou E, Oikonomou C, Nychas G, Dimitriadis GD. Effects of Diet, Lifestyle, Chrononutrition and Alternative Dietary Interventions on Postprandial Glycemia and Insulin Resistance. *Nutrients.* 2022; 14(4):823. <https://doi.org/10.3390/nu14040823>
9. Bondy SC, Wu M, Prasad KN. Alternatives to Insulin for the Regulation of Blood Sugar Levels in Type 2 Diabetes. *International Journal of Molecular Sciences.* 2020; 21(21):8302. <https://doi.org/10.3390/ijms21218302>
10. Swapnil P. Borse, Abu Sufiyan Chhipa, Vipin Sharma, Devendra Pratap Singh, Manish Nivsarkar; Management of Type 2 Diabetes: Current Strategies, Unfocussed Aspects, Challenges, and Alternatives. *Med Princ Pract* 14 April 2021; 30 (2): 109–121. <https://doi.org/10.1159/000511002>.
11. Roberto Lagunes , Isaac Galindo. ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?: Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. *Salud Colectiva.* 2017;13(4):693-712. doi: 10.18294/sc.2017.1341
12. Escudero C, Prieto R, Fernández F, March C. La relación médico paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 2: Un estudio cualitativo. *Atención Primaria.* 2019;38(1):8-18
13. Leyva R, Hernández G, Ibarra S, IbarraT. Percepción de la insulinoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada . *Aten Primaria.* 2018;48(8):543-549. doi: 10.1016/j.aprim.2015.11.005.
14. Sawatha N, Geddie H .Insulin edema associated with newly diagnosed type 1 diabetes and high glycated hemoglobin. *Can J Diabetes.*2021; 1(1): 571-574.
15. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 2022; 45 (1): 60–82. doi/10.2337/dc22-S005
16. Vázquez Felipe, Lavielle Pilar, Gómez-Díaz Rita, Wachter Niels. Inercia clínica en el tratamiento con insulina en el primer nivel de atención. *Gac. Méd.* 2019; 155(2): 156-161. doi.org/10.24875/gmm.19004582.
17. Bellary S et al. Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management. *Nat Rev Endocrinol.* 2021;17(9):534-548.
18. Buse JB et al. 2019 Update to: Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2020;43:487-93.
19. Sathyanarayanan A et al. Pharmacotherapy of type 2 diabetes mellitus in frail elderly patients. *Br J Hosp Med (Lond).*2019;80(11):C162-5.
20. Seidu S, et al. Deintensification in older patients with type 2 diabetes: A systematic review of approaches, rates and outcomes. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(7):1668-1679.

21. Jhoana L, Blanca K, Rosa E, Franco E. Mitos y creencias sobre la insulino terapia en pacientes con Diabetes Mellitus y sus familiares de un hospital del norte de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2023;40(1):42-50.
22. Swapnil P. Borse, Abu Sufiyan Chhipa, Vipin Sharma, Devendra Pratap Singh, Manish Nivsarkar; Management of Type 2 Diabetes: Current Strategies, Unfocussed Aspects, Challenges, and Alternatives. *Med Princ Pract* 14 April 2021; 30 (2): 109–121. <https://doi.org/10.1159/000511002>
23. Mathew BK, De Roza JG, Liu C, Goh LJ, Ooi CW, Chen E, Poon S, Tang WE. Which Aspect of Patient–Provider Relationship Affects Acceptance and Adherence of Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus? A Qualitative Study in Primary Care. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2022;15:235-246 <https://doi.org/10.2147/DMSO.S344607>

