



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD



UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
METROPOLITANA

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

### UNIDAD XOCHIMILCO

### MEDICINA

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

Síntesis de las actividades realizadas y basadas en la aplicación del modelo de atención integral centrado en la persona con enfermedades crónicas en el Centro de Salud TIII "Ampliación Hidalgo" durante el periodo de agosto de 2023 a julio de 2024.

Alejandro Valladares Juárez

Matrícula: 2182033952

Agosto 2023 – Julio 2024

Asesor interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora externa: Alejandra Gasca García

05 de agosto de 2024

## Tabla de contenido

1. Presentación.....	4
2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP).....	6
3. El diplomado.....	8
3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.....	8
INTRODUCCIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	9
DESARROLLO.....	10
CONCLUSIONES.....	15
3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....	17
INTRODUCCIÓN.....	17
OBJETIVOS.....	18
PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	18
EJECUCIÓN.....	22
RESULTADOS.....	22
RECOMENDACIONES.....	39
CONCLUSIONES.....	40
3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....	41
El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.....	41
Hacia la constitución de los Consejos Asesores.....	43
3.4 Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.....	61
4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III Ampliación Hidalgo a cargo del médico pasante del servicio social Alejandro Valladares Juárez.....	64
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.....	64
2. Información demográfica.....	67
3. Diagnóstico y seguimiento.....	70
4. Resultados de control de enfermedad crónica.....	80

5. Conclusiones.....	83
6. Referencias bibliográficas.....	85
Anexos .....	89
Anexo 1.....	89
Anexo 2.....	96
Anexo 3.....	97
Anexo 4.....	98

## 1. Presentación

El presente documento surge del trabajo derivado de la implementación del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP). Un enfoque de capacidades, en el centro de salud T III Ampliación Hidalgo durante agosto 2023 a julio de 2024. El propósito del mismo es documentar el proceso de su implementación, los contenidos del diplomado y los resultados obtenidos durante este periodo.

El contenido de este documento ha sido organizado de la siguiente forma: en primera instancia se hará una breve descripción del modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP), explicando sus diferentes componentes para el entendimiento del mismo. Después, se hará referencia al diplomado, su estructura dada por módulos y lo que se trabajó en cada uno de ellos. Finalmente, se presenta un balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T III Ampliación Hidalgo mediante tablas, es decir, se harán constar los datos estadísticos de las personas atendidas durante el periodo agosto 2023 – julio 2024.

Durante el mes de julio de 2023 se ofertaron las plazas para realizar el servicio social en la promoción de agosto 2023 – julio 2024 por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en las que se encontraban limitadas plazas enfocadas a implementar el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP) y de las cuales decidí elegir una de ellas, con la incertidumbre de la dinámica que implicaba. En el mes de agosto me incorporé al centro de salud T III Ampliación Hidalgo de la jurisdicción de Tlalpan bajo el modelo de atención ya mencionado. Cuando llegué al centro de salud me sentí inicialmente con cierta inseguridad generada por el desconocimiento de mi papel bajo este modelo, así

como la ausencia de un asesor en el centro de salud donde desempeñaba mis actividades; en un inicio me indicaron que debía permanecer en el consultorio 2 dedicado a personas con enfermedades crónicas junto con mi compañera (igualmente perteneciente al diplomado, pero de una promoción anterior) y el doctor titular, quien daba la consulta. Mi papel se limitó durante mucho tiempo a llenar papelería y llamar a los pacientes para que entraran al consultorio, sin embargo y gracias al diplomado, mientras pasaba el tiempo iba mejorando mi entendimiento del modelo y entendí que no se parecía en nada a lo que estaba sucediendo en mi pasantía. Así mismo, se llevó a cabo la remodelación del centro de salud desde octubre de 2023 a enero de 2024 por lo que el espacio físico para dar consulta era limitado y fui asignado al área de “detecciones” durante este periodo (por lo que se observa un aumento del número de actividades relacionadas a esta área en el segundo trimestre del anexo 1). También, después de la remodelación se nos asignó un consultorio a todos los pasantes que se encontraban realizando su servicio social en este centro de salud para atender personas con todo tipo de padecimientos por lo que decidí darme un espacio en ese consultorio para atender personas, sin embargo, eran pocas las personas con padecimientos crónicos que pude atender, pero durante esta escasa práctica fue donde mejoré mi entendimiento del MAICP.

Después de que el encuentro de personas con enfermedades crónicas (mencionado más adelante) no se llevó a cabo en el centro de salud y de dialogar con la directora de la unidad para dar a conocer nuestra situación como pasantes del MAICP, se dieron a conocer las deficiencias y la poca dedicación que se le estaba dando al modelo por parte de las autoridades del centro de salud. Posteriormente, derivado de exponer las situaciones antes mencionadas, la directora nos ofreció (a mi compañero de diplomado y a mí) estar a cargo del consultorio 2 después de que se jubilara el doctor encargado del mismo (en marzo de 2024). Finalmente, y después de que se haya jubilado el doctor, desde abril a julio de 2024 pude desempeñar mi práctica clínica totalmente dedicada a personas con enfermedades crónicas y bajo el MAICP, por lo que, aunque tuve poca experiencia implementando el modelo, puedo decir que me deja gratas experiencias, mucho aprendizaje y sobre todo

satisfacción en la forma que doy consulta y del saber que ayudé a las personas a afrontar su enfermedad desde otra perspectiva, no sin mencionar, la gratitud de las personas, la calidez y la apertura que tuvieron conmigo, mismas que agradezco profundamente (anexo 2).

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

El diplomado y sus contenidos tienen un sustento teórico basado en varios artículos y documentos históricos, desde la carta de Ottawa hasta la adecuación del modelo canadiense de atención centrada en la personas; el modelo expandido integra al modelo anterior de Wagner la promoción a la salud, es decir, la parte comunitaria en el manejo integral para personas con enfermedades crónicas, de esta manera, se crean tres subsistemas (anexo 3): “comunidad” en el que tiene como objetivo generar un ambiente saludable para la persona, “sistema de salud” en la cual se hace énfasis a la reorientación de los servicios de salud con un enfoque en el desarrollo de habilidades y capacidades de autocuidado y, finalmente, un subsistema correspondiente a la interacción entre quien otorga el servicio de salud y quién lo recibe (que no solo incluye la relación médico-paciente y todo lo que implica). De esta manera, se generan intervenciones dirigidas hacia estos componentes, por ejemplo, a las determinantes sociales de la salud y la atención dada por el personal de salud, pero también la participación de la persona, lo que la convierte en “autónoma”, entendiendo este término como quién desarrolla habilidades y capacidades para su autocuidado.

Desde este punto de vista, este modelo busca el estado máximo de bienestar de las personas con oportunidades de intervención en múltiples componentes para lo cual es fundamental entender a la persona como un todo y no solo la parte “enfermedad”. Dicho lo anterior, con nuestras intervenciones favorecemos el desarrollo de habilidades y cualidades para que las personas con enfermedades crónicas ejerzan su autocuidado, generamos entornos

saludables, incitamos a la autonomía de las personas a través del diálogo, generamos lazos de complicidad con las personas, les damos acompañamiento, y como resultado, hay una mejora a la calidad de vida reflejado en la satisfacción de las personas y en los parámetros de sus enfermedades.

Una de las estrategias utilizadas y diseñadas por el equipo de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco para el MAICP fue la implementación del encuentro de personas con enfermedades crónicas y, posteriormente, el surgimiento de los talleres de autocuidado y proyectos de aprendizaje para fortalecer la parte del subsistema de comunidad, en su componente “crear entornos saludables” y, de esta manera, fortalecer la acción comunitaria. Así mismo, estas estrategias tienen el objetivo de generar aprendizaje en las personas con enfermedades crónicas y de fomentar el desarrollo de capacidades relacionadas con el autocuidado de sus enfermedades.

Por otra parte, las decisiones médico terapéuticas estuvieron basadas en la toma de decisiones compartida y en la medicina basada en evidencia que por sí solos tienen cierto valor, sin embargo, son dos elementos que interrelacionados aumentan los desenlaces terapéuticos exitosos, traducido en el bienestar de la persona. Lo anterior hace referencia al subsistema derivado de la interacción entre el equipo clínico y la persona con enfermedad(es) crónica(s) aplicada a la atención médica brindada en el centro de salud TIII Ampliación Hidalgo. Así mismo, el acompañamiento a las personas a través del proceso de desarrollo de capacidades y habilidades para su autocuidado fue de gran ayuda para ellos, de acuerdo a sus palabras. Por último, cabe señalar que la implementación de este modelo requiere de responsabilidad, valores, interés, esfuerzo, dedicación y cambios en los ideales o paradigmas por parte del personal de salud, esto para lograr un fin en común que es el máximo estado de bienestar de las personas que viven con enfermedades crónicas.

### 3. El diplomado

El diplomado se compone de cuatro módulos de los cuales tres se cursaron secuencialmente (módulo del 1 al 3), mientras que uno más, el módulo 4, se cursó de forma paralela a los otros tres, alternando entre sesión del módulo 1 al 3 y sesión del módulo 4 así como alternando de forma presencial y sesión virtual. El diplomado se llevó a cabo todos los viernes (con ciertas excepciones), para la modalidad virtual se utilizó la plataforma Zoom mientras que de forma presencial tuvimos como sedes la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, el Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán y el Instituto Nacional de Salud Pública Sede Tlalpan. En las sesiones del módulo 1 al 3 se revisaron artículos relacionados con el MAICP, de los cuales se seleccionó uno o dos pasantes para realizar la exposición del artículo mientras que los demás pasantes previamente debían leer el contenido de los artículos para generar discusión con el fin de aprender, reflexionar, afianzar y poner en práctica los temas. En mi caso expuse el artículo “componentes clave de los modelos de toma de decisiones compartida” del cual extraje la información más importante y sintetice los datos clave para su entendimiento. Cabe aclarar que el objetivo de exponer los artículos no era solo dar a conocer la información sino invitar a la reflexión y a ponerlo en práctica. También, en el módulo 3 también se realizaron sesiones con el fin de coordinar el encuentro de pacientes con enfermedades crónicas, los talleres de autocuidado y los proyectos de aprendizaje. Los contenidos de cada módulo fueron los siguientes:

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

##### INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo exponer la forma tradicional de hacer medicina contra la forma centrada en la persona, desarrollado a partir del tópico: ¿Se aplica



realmente la toma de decisiones compartida durante la consulta médica? Durante el desarrollo del texto se exponen las situaciones que normal la práctica clínica del mundo actual; se enfatiza la necesidad de hacer un cambio a distintos niveles en la forma de hacer medicina pues además de tener impacto en las decisiones con respecto al cuidado de la salud del paciente, mejora los resultados cuando se lleva a cabo este proceso.

## OBJETIVOS

### General

Exponer y explicar como la toma de decisiones compartida puede mejorar la práctica clínica desde un enfoque centrado en la persona.

### Específico

Comparar la importancia que se le da a la toma de decisiones compartida versus la medicina basada en evidencia en la forma actual de realizar medicina

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente hay una tendencia de ejercer la medicina de forma “eficiente” priorizando la cantidad de las consultas sobre la calidad de las mismas. El exponer la relación y conjunción de la medicina basada en evidencia y la toma de decisiones compartidas nos presenta un panorama diferente a la medicina simplificada que consta de establecer el mejor tratamiento al paciente sin importar sus preferencias, valores y creencias, es decir, su individualidad.

La toma de decisiones compartida es un elemento del modelo de atención centrada en la persona, que ha de implementarse durante el establecimiento de la relación médico paciente en la consulta médica, la cual ha demostrado tener impacto positivo en múltiples aspectos de la práctica clínica<sup>1</sup>, y específicamente en el manejo y control de

enfermedades crónicas como es la salud de pacientes con diabetes tipo 2<sup>2</sup> y que en la práctica clínica habitual debería implementarse como mejora en el los servicios de salud, partiendo del hecho de que en nuestro país las enfermedades crónicas como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en población mayor de 20 años alcanzan prevalencias de hasta 10.3 y 18.4 respectivamente según la ENSANUT<sup>3</sup> del 2018.

## DESARROLLO

### **Medicina basada en evidencia y toma de decisiones compartida**

En la situación actual en el ejercer de la medicina imperan algunas formas de pensar lejanas al enfoque humano que, probablemente, nos dirigen a no tomar la mejor decisión médica a la hora de decidir, de esta forma, la toma de decisiones en conjunto y la medicina basada en evidencia formarán parte de las herramientas necesarias en la consulta médica para tomar la mejor decisión para cada paciente. La toma de decisiones compartida es un proceso colaborativo que involucra a una persona y su profesional de atención médica trabajando juntos para llegar a una decisión conjunta sobre la atención médica (4), por otro lado, la medicina basada en la evidencia (MBE) es "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual, en combinación con la experiencia clínica del médico y las preferencias y situación del paciente al tomar decisiones sobre la atención de pacientes individuales"<sup>5</sup>.

### **Contemplando al paciente como persona**

La toma de decisiones compartida pertenece a elementos de la atención integral de la salud centrada en el paciente, por lo que, fundamentalmente, para comprender cómo funciona la atención médica centrada en la persona es necesario tener en cuenta que, como todo individuo, los pacientes tienen la capacidad de desarrollar habilidades de cualquier tipo, así mismo, pueden ser enfocadas a su autocuidado. A menudo, esta percepción del paciente como individuo consciente, capaz, independiente se ha

subestimado u olvidado en el consultorio al tomar el papel de médico y paciente bajo un enfoque de relación médico-paciente paternalista. El desarrollo de capacidades en el autocuidado está relacionado con el interés de las personas por su salud, cualidad inherente al instinto de supervivencia de las especies, no solo hablando del ser humano, por lo que resulta esencial hacer consciencia acerca del papel del paciente en la gestión de decisiones referentes a los cuidados de sí mismo, pasando de tener un rol pasivo a un activo, permitiendo mayor intercambio y/o retroalimentación de ideas al momento de tomar una decisión médica<sup>6</sup>.

### **De la medicina mecanizada a humanística**

Con la nueva tendencia de usos de la tecnología, en específico de la inteligencia artificial, se ha descubierto un sinnúmero de usos, tareas y recomendaciones que se le pueden pedir y que realiza con cierta precisión. Se puede realizar una analogía con el modelo relación médico paciente de tipo paternalista con la inteligencia artificial, en el cual el médico actúa como una máquina que emite una serie de instrucciones que deben seguirse al pie de la letra, los pacientes con un rol pasivo aceptando las instrucciones sin hacerse ningún tipo de cuestionamiento y confiando ciegamente en los conocimientos del médico, sin embargo, en ningún momento se toman en cuenta más variables (inherentes a la persona) más allá de la “mejor evidencia disponible en ese momento”. Este modelo es el que ha dominado la forma de hacer medicina y que rige en el mundo actual, como una forma de imposición que ha apostado por una manera de hacer medicina rígida, “exacta” y sin involucro de personas sino de enfermedades. Un simple cambio en la percepción del paciente como persona aumentaría el número de variables a tener en cuenta, es decir, inclusión en las preferencias, respeto de los valores y el sentido de individualismo de la persona.

Sin embargo, resulta injusto pensar que carece del sentido de humanidad el médico que finaliza la consulta brevemente sin revisar al paciente, incluso sin observarlo, sin

preguntarle sus necesidades, basando la consulta en realizar recetas de medicamentos sin haber entrado aún a la consulta. Es así como se ha enseñado la medicina, con un modelo de optimización y como forma “eficaz” de realizar esta labor, sobreponiendo la cantidad sobre la calidad. No obstante, el cambio de paradigma debe instaurarse en niveles institucionales y organizacionales de mayor jerarquía para ejercer de forma uniforme el modelo para el cuidado de la salud enfocado en la persona para enfermedades crónicas y alinear esfuerzos en esta nueva (relativamente) forma de hacer medicina que ha demostrado ser eficaz, reduciendo los costos de salud pública<sup>7</sup>.

### **Mejoras en la atención médica mediante la implementación de la toma de decisiones compartida.**

Cuando se hace bien, la toma de decisiones compartida aumenta la probabilidad de que los pacientes reciban la mejor atención posible, de acuerdo con sus valores y preferencias y dentro del contexto de sus circunstancias únicas lo que conduce a un mejor conocimiento, adherencia, resultados y satisfacción<sup>5</sup>.

Por otra parte, cabe destacar que, de acuerdo a algunos autores, actualmente hay algunas barreras para implementar la toma de decisiones compartida dependiendo el contexto, por ejemplo, Kalsi y colaboradores refieren que en la especialidad “cirugía” a menudo se le toma poca importancia a la toma de decisiones compartida, dado que las relaciones con el paciente suelen ser efímeras y poco útiles para el resultado o elección final<sup>8</sup>, irónicamente , según cifras de la CONAMED<sup>9</sup> en el 2023 la especialidad “cirugía” fue la segunda especialidad con mayor número de quejas por parte de los pacientes. Implementar la toma de decisiones compartida no aumenta el tiempo que se demora la consulta médica, al contrario, mejora los resultados en la satisfacción de la atención brindada, la adherencia al tratamiento y disminuye la discordancia de opiniones en las decisiones tomadas por ambas partes (médico y paciente)<sup>10</sup>.

### **Cuando no se implementa la toma de decisiones compartida**

Actualmente, al paciente se le otorga información (frecuentemente insuficiente) de los posibles tratamientos, así como riesgos y beneficios de los mismos, se le hace firmar un consentimiento informado para deslindar la responsabilidad del médico y que pase a ser del paciente, lo que representa un desequilibrio en las responsabilidades. Cuando ocurre un efecto adverso o un riesgo esperado durante algún tratamiento o procedimiento, la persona se siente “traicionado” si no fue informado del mismo, al haber omitido los posibles eventos adversos y centrándose únicamente en obrar bajo “la mejor evidencia disponible”. Esto no debería ocurrir pues un elemento fundamental en la relación médico paciente es la confianza, el establecer igualdad de responsabilidad, escuchar las preferencias del paciente y explicarle cuanto sea necesario para que el paciente de forma consciente y reflexiva tome una decisión importante orientada a su salud, lo cual corresponde a componentes clave en la toma de decisiones compartida<sup>11</sup>.

### **Medicina basada en evidencia como único elemento en la toma de decisiones**

La toma de decisiones compartida responde a la necesidad de mejora continua de la forma de hacer medicina, en pro de reconocer a los pacientes como personas, en la cual realmente se pueda realizar una medicina centrada en la persona, en favor de lograr el bienestar de las personas, misma que no es compatible con la “tiranía” de imponer tratamientos basados en información estadística extraída de los artículos o guías más actuales; a esta información se le tiene que dar un sentido basado en la persona que tenemos enfrente en la consulta médica. De esta manera, existe información de meta análisis que no es útil para las necesidades y/o valores de algunas personas y si no vamos más allá de la extracción y aplicación de esta información sin tomar en cuenta al paciente, no resultará en una buena práctica médica. Sin una toma de decisiones compartida, la medicina basada en evidencia puede convertirse en una imposición<sup>12</sup>.

### **Relación entre medicina basada en evidencia y la toma de decisiones compartida**

Si bien la medicina basada en evidencia y la toma de decisiones compartida no son elementos dependientes e indispensables entre sí, conjuntarlas en la práctica clínica aumenta el valor de la consulta médica en todos los sentidos y nos aleja de la “robotización” de la profesión en la cual es indispensable tratar con personas con cierta complejidad y no con máquinas que constan de mecanismos que podamos reparar sencillamente al cambiar una pieza. Reconocer esto, implica reconocer que las personas tienen preferencias, capacidades, contextos en los que se desarrollan, es decir, un sentido de individualismo que no podemos ignorar en el momento de tratar de resolver sus padecimientos, pues no solo son eso, sino problemas que necesitan ser atendidos con integridad, para la cual se debe tomar en cuenta elementos como la dolencia y contextos (próximo y remoto) de la persona, esto nos acercaría a hacia la implementación de medicina centrada en la persona<sup>13</sup>.

### **Alinear esfuerzos en la enseñanza e implementación de elementos de la atención médica integral centrada en el paciente.**

El panorama en la medicina actual debe tener un enfoque más humano a la par que racional, esto demanda el esfuerzo de todos los participantes en la generación y difusión de conocimiento, por ejemplo, empezar a implementar en las guías de práctica clínica los elementos necesarios para llevar a cabo la toma de decisiones compartida, lo cual permitiría conjuntar la mejor evidencia disponible y las preferencias del paciente, dando lugar a una medicina con enfoque más humano ya que normalmente no se aprende cómo aplicar e integrar la evidencia hacia la persona en específico, o se menciona de pasada sin ninguna capacitación en el desarrollo de habilidades para su correcto uso<sup>12</sup>.

Por otro lado, la implementación de la toma de decisiones compartida puede facilitarse si se desarrollan herramientas para su ejecución. Hoy en día, esta tarea ya se está

llevando a cabo y contamos con amplia información, herramientas, algoritmos, entre otros, un ejemplo de ello, es el diagrama de flujo contenido en el anexo 4<sup>10</sup>.

## CONCLUSIONES

Es evidente la necesidad de implementar elementos de la atención a la salud centrada en la persona en la práctica clínica, al menos en pacientes con enfermedades crónicas, pues mejora aspectos referentes a los resultados de salud del paciente, satisfacción, entre otros. Las decisiones que son basadas únicamente en medicina basada en evidencia carecen de sentido sino son tomadas “codo a codo” con el paciente, dado que se trata de establecer una adecuada relación médico y, por ende, una fuerte alianza terapéutica.

Así mismo, es importante, no olvidar los objetivos con la cual se realiza la toma de decisiones compartida, si bien disminuye los desacuerdos en las decisiones tomadas, por ende, posibles demandas, la motivación principal de implementarla es la satisfacción, empoderamiento y notable mejoría en la salud del paciente.

Lo mejor del módulo y estancia durante este periodo en mi centro de salud y en el proyecto fue cambiar mi modo de pensar acerca de cómo se realiza una consulta médica, si bien al principio me mantenía renuente a implementar lo aprendido, pensando incluso que sería pérdida de tiempo, al final me he desprendido de esas ideas y he implementado los elementos enseñados en el diplomado, los pacientes son agradecidos con el trato humano que se les otorga y considero que me he vuelto más sensible con los problemas de las personas más allá de los relacionados con la enfermedad, así mismo, he establecido alianzas con los pacientes, me he sentido satisfecho con la consulta y ese es el mejor sentimiento que puede tener una persona que ayuda a otra.

Lo que no me gustó fue que muchas veces tuve que compartir la consulta de pacientes crónicos con un médico de base que no era afín a las ideas del proyecto por lo que no me sentí cómodo y consideraba que se perdía mucho potencial de los pacientes, porque no los alentaba a desarrollar esas capacidades para su autocuidado. Además, en el último trimestre el centro de salud entró en remodelación por lo que no había ningún espacio disponible para dar consulta, así que me dediqué a otras actividades no relacionadas con el diplomado.

Las propuestas de mejoría del módulo son que la mayoría de sesiones fuera presencial, pues no se tiene la misma interacción cuando son en línea, se pierde la atención y, por ende, no cumplen con el propósito. Por otra parte, que se programe una visita por parte de los coordinadores del proyecto a cada centro de salud para que observen como se está desarrollando el proyecto, si hay alguna deficiencia, algún problema o cualquier situación que pueda ser resuelta en ese momento.

En cuanto a las propuestas en la mejoría de la atención de personas con enfermedades crónicas en los centros de salud no tengo ninguna por el momento, creo que está bien enfocado el proyecto.



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

#### INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus tipo 2 así como otras enfermedades crónicas, han sido un reto para la salud pública en México y el mundo. Se estima que, en México, afecta a 12 millones 400 mil personas según la Encuesta Nacional de Salud en el 2021. Esta enfermedad crónica degenerativa se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre secundaria a la resistencia a la insulina. Si no se maneja adecuadamente la Diabetes Mellitus tipo 2 puede ocasionar graves complicaciones orgánicas como: retinopatía, nefropatía, neuropatía, cardiopatía, etc. El manejo en el primer nivel de atención, hemos detectado que el personal de salud centra la mayor atención en el tratamiento farmacológico, pese a esto, no se ha logrado llegar a metas de control en su totalidad. En diferentes estudios así como en la experiencia diaria, se ha podido identificar que es necesario iniciar un manejo integral en este tipo de enfermedades, ir más allá de un paciente, reconociendo a la persona en todo su contexto psicológico, social, económico, etc.

El autocuidado, entendido como la capacidad de la persona para manejar su propia salud y enfermedad, es una herramienta que permite accionar un modelo de atención integral, enfocado al acompañamiento de la persona en la responsabilidad de la toma de decisiones que marquen la evolución de su enfermedad. Sin embargo, el autocuidado continúa siendo un desafío complejo, especialmente para las personas que enfrentan barreras sociales, económicas, etc. En este mismo contexto, la red de apoyo familiar se perfila como un factor crucial para un exitoso ejercicio del autocuidado, esta red de apoyo está conformada por miembros de la familia que brindan compañía, comprensión, ayuda con tareas diarias, administración de medicamentos etc.

En la práctica clínica diaria, del primer nivel de atención de enfermedades crónicas hemos identificado que quienes presentan mayor dificultad para ejercer el autocuidado de su enfermedad, se enfrentan con el obstáculo de una pobre red de apoyo familiar. En contraste, también identificamos que las personas que cuentan con una adecuada red de apoyo, han logrado exitosamente el ejercicio del autocuidado de su enfermedad, lo que se traduce en mejores cifras de control y prevención de complicaciones a corto y largo plazo. Con esta observación consideramos importante resaltar el impacto positivo que genera una red de apoyo familiar adecuada en el desarrollo del autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 para promover una atención de salud integral que favorezca el acompañamiento del paciente por parte del personal que brinda la atención de la salud.

## OBJETIVOS.

### **Objetivo general.**

Exponer el impacto de la red de apoyo familiar en el ejercicio del autocuidado en los pacientes mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.

### **Objetivos específicos.**

- Relacionar la red de apoyo familiar en el ejercicio del autocuidado en pacientes mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Describir los elementos de una adecuada red de apoyo familiar en el contexto de pacientes mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.

## PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

### **Planteamiento del problema origen de la revisión sistemática.**

Durante los 9 meses viviendo la experiencia de brindar atención médica a personas con enfermedades crónicas nos hemos percatado de que existe una diferencia considerable en desarrollo del autocuidado de personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 con una adecuada red de apoyo familiar en comparación con personas que, lamentablemente, no cuentan con dicha red de apoyo. El impacto que genera el desarrollo del autocuidado se ve reflejado en el cumplimiento de la toma de medicamentos, cambios en el estilo de vida (dieta y actividad física), entre otros aspectos que, a su vez, favorecen metas de control y reducción de complicaciones secundarias a la enfermedad. La Diabetes Mellitus es una patología que acompaña a la persona por el resto de su vida, esto significa que su estilo de vida y los roles familiares que ejercen se modifican para poder llevar un control adecuado de su enfermedad(es).

Cuando el entorno familiar participa en la consulta médica, los cuidadores han sido capaces de reconocer cuales son las necesidades de la persona que vive con enfermedades crónicas, en consecuencia, el paciente posee una herramienta más; la red de apoyo familiar; la cual, le permite ejercer el autocuidado. Contrariamente, aquellas personas que expresan en la consulta no contar con una red de apoyo familiar, carecen de entendimiento por parte de sus familiares, así como ayuda necesaria para ejercer el autocuidado, consecuentemente, en estos pacientes observamos una mayor dificultad para lograr metas de control de sus enfermedades crónicas.

Hemos identificado que gran parte de los pacientes que no tienen una buena red de apoyo familiar, son adultos mayores, por lo que nuestra investigación estará orientada a este grupo etario que es vulnerable a tener deficiencias en el apoyo y acompañamiento de su enfermedad por parte de la familia, incluso llegando al abandono. En este contexto, nace la necesidad de mejorar el entendimiento en el rol que juega la red de apoyo familiar en las personas con enfermedades crónicas y de edad avanzada.

### **Justificación de la revisión.**

Con este trabajo se expondrán las extensas ventajas que nos puede ofrecer la red de apoyo familiar durante el proceso de desarrollo de capacidades para el autocuidado de las personas mayores que viven con Diabetes Mellitus tipo 2. De la misma manera, permitirá reconocer la red de apoyo familiar como un elemento imprescindible en el manejo de las enfermedades crónicas, específicamente, en pacientes de edad avanzada quienes necesitan de acompañamiento familiar (que incluye pareja, hermanos, hijos, nietos etc.) pues es inevitable que ciertas actividades se vean limitadas por el decreciente funcionamiento que conlleva la vejez o la existencia de otras patologías coexistentes. Asimismo, describir las características que harán de la red de apoyo familiar una red consistente y sólida para un mejor control de las enfermedades crónicas en estos pacientes.

La siguiente revisión sistemática nos proporcionará una serie de beneficios a diferentes niveles (la persona, unidad médica y atención médica centrada en la persona).

- La atención médica se verá favorecida porque se ampliarán los conocimientos del impacto positivo que genera una adecuada red de apoyo familiar, de esta manera se aplicará adecuadamente la Atención Integral Centrada en la Persona en la consulta médica a personas adultos mayores con Diabetes Mellitus 2 para acompañar a la persona en el desarrollo del autocuidado.
- Las personas mayores que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 se verán beneficiados al impulsar la participación activa de sus familias durante el seguimiento de sus enfermedades crónicas y, en caso de no contar con red de apoyo familiar, promocionar la búsqueda de redes de apoyo externas a la familia que faciliten el desarrollo de capacidades para el autocuidado, por ejemplo; programas de ayuda mutua. También, difundir entre la comunidad médica la importancia que tiene la familia en el acompañamiento de sus familiares, lo que permitirá una atención más específica para este grupo de personas.

- Las unidades médicas se verán beneficiadas ya que pretendemos marcar precedentes para considerar el diseño de nuevas estrategias y/o herramientas basadas en la red de apoyo familiar para el autocuidado de los pacientes, mediante el reconocimiento de la importancia que tiene la familia con un papel activo en el acompañamiento de la persona, lo que puede traducirse en un aumento del número de personas con enfermedades crónicas que alcanzan metas de control, disminución de la mortalidad por complicaciones y así contribuir a aminorar la infraestructura, insumos y costos totales.

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

¿Cuál es la relación de la red de apoyo familiar con el ejercicio del autocuidado de las personas mayores con Diabetes Mellitus tipo 2?

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

Para la búsqueda de artículos se utilizaron los términos en inglés “type 2 diabetes” “self care” “family support” y “adults” y sus equivalentes en español: “diabetes tipo 2”, “autocuidado”, “apoyo familiar”, y “adultos”.

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

Se filtraron los resultados para incluir meta análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, ensayos clínicos y revisiones.

#### **Criterios de inclusión.**

Se incluyeron aquellos artículos que contenían en sus resúmenes resultados derivados de los elementos “autocuidado”, “diabetes tipo 2”, “apoyo familiar” y “adultos”

### **Criterios de exclusión.**

Se excluyeron aquellos artículos que se centraban únicamente en los resultados cuantitativos de la glucosa (por ejemplo, la hemoglobina glucosilada) sin tener en cuenta el autocuidado como resultado fundamental.

### **Estrategia de búsqueda.**

Se recurrió a la base de datos PubMed con los siguientes descriptores y operadores booleanos “adults NOT child”, “family support OR family net”, “self care OR self management”, “type 2 diabetes NOT type 1 diabetes”. Iniciamos una segunda búsqueda en la base de datos Google Académico con las siguientes palabras: “autocuidado”, “red de apoyo familiar”, “diabetes mellitus tipo 2” y “adultos”.

## **EJECUCIÓN.**

### **Búsqueda de artículos científicos y selección de reportes de investigación.**

Se recurrió a la base de datos PubMed con los siguientes descriptores y operadores booleanos “adults NOT child”, “family support OR family net”, “self care OR self management”, “type 2 diabetes NOT type 1 diabetes”. Iniciamos una segunda búsqueda en la base de datos Google Académico con las siguientes palabras: “autocuidado”, “red de apoyo familiar”, “diabetes mellitus tipo 2” y “adultos”. Se obtuvieron un total de 167 artículos en PubMed y 172 artículos en Google Académico.

## **RESULTADOS.**

La totalidad de los estudios se centraron en personas adultas, de los cuales en su mayoría se incluyeron pacientes de edad cercana a los 60 años (+- 10 años), sin embargo, no se encontró heterogeneidad respecto a los resultados según el grupo etario. Por otra

parte, se reportan diferencias de género en el trabajo de Rosland et al.<sup>14</sup> y Perez et al.<sup>28</sup>, resaltando que las mujeres tienen más dificultades y menos apoyo familiar para la autogestión de su enfermedad (diabetes tipo 2).

En su mayoría, la red de apoyo familiar en personas adultas se constituye especialmente de su pareja según lo reportado en el trabajo de Rosland et al.<sup>14</sup> Al contrario con lo reportado en la tesis profesional de Reto Jayro<sup>11</sup> en donde se encontró que el parentesco de los acompañantes del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 son el 53% los hijos, en segundo lugar con 37% el cónyuge y por último con 10% los hermanos. Así mismo, en trabajos como el de Delaney<sup>16</sup> y el de Gallant<sup>18</sup> no se limitan a la red de apoyo familiar, sino que consideran a los amigos como una importante red de apoyo para el autocuidado, que aunque propiamente no forman parte de la familia, conforman una ayuda extra familiar importante. En este sentido, trabajos como el de Nicklett<sup>29</sup> hacen referencia al apoyo social como un elemento general que engloba el apoyo familiar, de amigos y de otras redes de apoyo dado que mejoran los resultados en la adherencia al tratamiento, actividad física y asistencia a las consultas médicas en las personas con diabetes tipo 2.

El apoyo de la familia para favorecer el autocuidado de las personas con diabetes tipo 2 puede tener diferentes elementos, entre los cuales cabe destacar el apoyo emocional, la positividad, la comunicación, el establecimiento de una dieta saludable y ejercicio para todos los integrantes de la familia<sup>17</sup>. En contraposición, también se reportan barreras o elementos de apoyo negativo relacionadas con la familia como la falta de entendimiento de la enfermedad por parte de sus familiares, poca importancia a la alimentación saludable, a la realización de ejercicio, regaños y recordatorios o consejos que percibían como molestos y que desencadenan emociones negativas, como la frustración, en las personas que viven con la enfermedad<sup>18, 19</sup>.

Por su parte, Zhao<sup>21</sup> se centra en la automonitoreo de la glucosa en las personas con diabetes, enfatizando que el apoyo familiar es más importante que el conocimiento que puede tener el paciente, es decir, aunque la persona conozca estrechamente su enfermedad si no tiene el suficiente apoyo por parte de su familia no ejercerá los comportamientos saludables que le ayuden a mejorar las condiciones de su enfermedad.

Un elemento importante a destacar en esta revisión sistemática es encontrar la relación directa que existe entre la red de apoyo familiar y el ejercicio del autocuidado, para lograr establecer esta relación, es fundamental conocer la definición de red de apoyo y autocuidado, así como las herramientas para medir estas dos variables. Por otro lado, durante la búsqueda y análisis de los artículos se conoce un nuevo término, el distrés diabético (ó por la diabetes) definido como angustia emocional derivado de la preocupación de complicaciones, pérdida de la función, regímenes estrictos derivados de la diabetes. Este elemento tiene relación estrecha con el autocuidado como se documentó en el trabajo de Lee<sup>20</sup> en el que se encontró una relación inversa entre el autocuidado y el distrés diabético.

El apoyo familiar (red de apoyo) se encontró en un 67% adecuado y el 33% inadecuado según Reto J.<sup>24</sup>, encontramos entonces, que existe una diferencia de casi el doble de una red adecuada respecto a la inadecuada. Sin embargo, contrariamente a estos resultados Canchari E.<sup>25</sup> demuestra en su estudio que el porcentaje de personas con una red de apoyo total es inferior a aquellos con una red de apoyo parcial; 41,5% y 58,5% respectivamente.

Para poder medir la calidad de esta red de apoyo, Reto J.<sup>24</sup> sometió a los familiares de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 a un cuestionario que evaluó el apoyo



informativa (conocimiento de la enfermedad) y apoyo instrumental (provisión de servicios que ayudan a la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 a cuidar de sí mismo). Sin embargo, también es importante destacar que se han utilizado otro tipo de cuestionarios como el presentado en el estudio de Canchari E.<sup>25</sup> en donde únicamente valora el apoyo instrumental.

Para medir el ejercicio del autocuidado Reto J.<sup>24</sup> y Canchari E.<sup>25</sup> incluyen 5 prácticas de autocuidado; control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico; a partir de los cuales Reto J.<sup>24</sup> determinó que satisfactoriamente del total de adultos con diabetes tipo 2 incluidos en el estudio, el 62% presentó una buena práctica de autocuidado; 30% una regular práctica de autocuidado; finalmente el 8% resultaron en un deficiente autocuidado. En contraste, Canchari E.<sup>25</sup> obtuvo resultados distintos; tan solo el 34,1% de las personas con Diabetes Mellitus tiene una práctica del autocuidado total y en el 65,9% es parcial el autocuidado.

La relación que guarda la red de apoyo familiar y el ejercicio del autocuidado fue encontrado por Reto J.<sup>24</sup> de la siguiente manera; del 100% de personas participantes con Diabetes Mellitus, quienes mantienen una *adecuada* red de apoyo familiar; el 42,5% tiene buenas prácticas de autocuidado; 22,5% regular práctica; y el 2,5% un deficiente ejercicio del autocuidado. Por otro lado; quienes presentan *inadecuada* red de apoyo familiar; el 20% tienen buenas prácticas de autocuidado; 7,5% una regular; y 5,0% una deficiente. Con estos resultados podemos relacionar que *cuándo existe una adecuada red de apoyo familiar, las personas responden con un adecuado ejercicio del autocuidado*. Paralelamente, Canchari E.<sup>25</sup> llegó a la misma conclusión, pero con diferente porcentaje; con un apoyo familiar total el 31,7% presentaron un ejercicio del autocuidado total y solo el 9,8% tuvieron un autocuidado parcial; cuándo existe un apoyo familiar parcial, el 2,4% lograron un desarrollo total del autocuidado, pero el 56,1% tuvieron un autocuidado parcial.

Otros trabajos como el de Lindsay<sup>30</sup> hicieron uso de herramientas para favorecer el apoyo familiar y mejorar los comportamientos de autocuidado entre las personas con diabetes tipo 2. En este trabajo se utiliza una herramienta llamada FAMS (Family/Friend Activation to Motivate Self-care) basada en intervenciones a través de teléfonos móviles para personas que viven con discapacidades y diabetes tipo 2.

Nombre	Autor(es) y año de publicación	Población	Método	Resultados
Family Influences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help? <sup>14</sup>	Rosland, Heisler et al: 2013	Adultos (1000) de Estados Unidos con el diagnóstico o de insuficiencia cardiaca (500) o diabetes tipo 2 (500)	Se aplicaron encuestas que evaluaron: estado de salud, estructura familiar y función, apoyo familiar y autocuidado, barreras familiares y adherencia al autocuidado	Entre las conductas individuales de autogestión, las mujeres tenían significativamente menos apoyo familiar y más barreras familiares con la

			o, entre otras.	alimentación saludable y el ejercicio en comparación con los hombres.
A survey on patients' characteristic , perception of family support and diabetes self-management among type 2 diabetes patients in South-West Nigeria <sup>15</sup>	Ojewale L., Oluwatosin A., Fasanmade A. y Olotunde O: 2018.	197 pacientes adultos con diabetes tipo 2 del Suroeste de Nigeria	Se aplicó un cuestionario consistente en 3 partes: sociodemográfica, autogestión de la diabetes y percepción del apoyo familiar.	Aproximadamente 60% de los participantes tienen una buena percepción del apoyo familiar. Se demuestra una asociación positiva entre una percepción buena del apoyo familiar y autogestión para la

				diabetes (p<0.01)
Are people with diabetes getting the support they need? Deficits between support desired and received from family and friends relates to poorer health <sup>16</sup>	Delaney R., Zhong L. et al. 2023	200 adultos diagnosticados con diabetes	Encuestas autoaplicadas que incluían:	No se encontraron correlaciones significativas entre las deficiencias en el apoyo y el autocuidado de la diabetes
Perceptions of African American Adults With Type 2 Diabetes on Family Support: Type, Quality,	Hu et al. 2021	37 adultos afroamericanos con diabetes tipo 2 en Estados Unidos.	Se realizó un estudio cualitativo descriptivo utilizando 2 enfoques: metodología de grupos de	Se identificaron elementos tanto del apoyo positivo como del apoyo

<p>and Recommendations<sup>17</sup></p>			<p>discusión y entrevistas individuales basadas en las preferencias de los participantes.</p>	<p>negativo por parte de las familias para favorecer o disminuir el autocuidado; enfatizando sobre la importancia de establecer los roles familiares en el cuidado de la persona con diabetes.</p>
<p>Help or Hindrance? How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-Management</p>	<p>Gallant M., Spitze G., Prohaska T. 2007</p>	<p>84 adultos estadounidenses con diabetes tipo 2 repartidos en 13</p>	<p>Se obtuvo información de los grupos focales a través de grabación de audio</p>	<p>Se identificaron influencias de las redes de apoyo tanto positivas</p>

among Older Adults <sup>18</sup>		grupos focales	que posteriormente fue transcrita.	como negativas para el autocuidado, siendo las positivas percibidas como mayores, resultando en mejoras del autocuidado.
Type 2 Diabetes Patients' Perspectives, Experiences, and Barriers Toward Diabetes-Related Self-Care: A Qualitative Study From Pakistan <sup>19</sup>	Bukhsh A. et al. 2020	37 adultos de pakistaníes con diabetes tipo 2.	Se realizaron entrevistas que se grabaron y posteriormente se analizaron	Entre las formas de ayuda para el autocuidado que puede brindar la familia son: ayuda en la identificación de medicamentos,

				<p>asistencia durante episodios de hipoglucemia, manejo de la dieta. Sin embargo, también se identificaron barreras principalmente relacionadas con la realización de ejercicio.</p>
<p>Diabetes Distress and Glycemic Control: The Buffering Effect of Autonomy Support From</p>	<p>Lee A., Piette J. y Rosland A. 2018</p>	<p>308 adultos con diabetes tipo 2 con uno o más factores de riesgo para presentar complicaci</p>	<p>Se aplicaron encuestas de percepción que fueron correlacionadas con niveles de hemoglobina</p>	<p>Se encontró una correlación significativa entre la falta de apoyo a la autonomía y el aumento en</p>

<p>Important Family Members and Friends<sup>20</sup></p>		<p>ones derivadas de la diabetes</p>	<p>a glucosilada</p>	<p>el distrés (distress) por la diabetes.</p>
<p>Patients' and family members' knowledge, attitudes and perceived family support for SMBG in type 2 diabetes: a fuzzy-set qualitative comparative analysis<sup>21</sup></p>	<p>Zhao Q. et al. 2022.</p>	<p>70 pares paciente-familiar, adultos con diabetes tipo 2 en Shangai, China.</p>	<p>Se aplicaron encuestas por investigadores que previamente fueron entrenados de forma unificada.</p>	<p>Los resultados se enfocan en la autoeficacia para el control de la glucosa por parte del paciente; se concluye que el apoyo familiar es necesario para los pacientes con y sin conocimiento de su enfermedad , dado que</p>



				<p>mejor la autoeficacia en el control de la glucosa. Así mismo, se concluyó que la percepción del paciente es más importante que la percepción de los familiares.</p>
<p>A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes</p>	<p>Pamungkas R., Chaamroonsawasdi K. y Vatanasomboon P. 2017</p>	<p>N/A<sup>+</sup></p>	<p>Revisión de 22 artículos que involucran diferentes intervenciones relacionadas con la educación en el automanej</p>	<p>Se encontraron resultados favorables en la autoeficacia y automanejo relacionados con un</p>

Mellitus Patients <sup>22</sup>			o de diabetes.	buen apoyo familiar
Perceived family support among older persons in diabetes mellitus self-management <sup>23</sup>	Kristianingrum N., Wiarsih W. y Nursasi A: 2017	9 personas adultas mayores con diabetes tipo 2	Los datos fueron recolectados de entrevistas grabadas y posteriormente transcritas. Método de fenomenología descriptiva	Las personas se sentían agradecidas y contentas por recibir el apoyo familiar en diferentes ámbitos: asistencia en actividades diarias, apoyo financiero, guianza, asistencia en la preparación de alimentos, atención, entre otras, lo que impacta

				directamente en el automanejo de las personas adultas con diabetes.
Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana <sup>24</sup>	Reto J: 2017.	42 adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus 2 y familiares adultos que estén al cuidado continuo del paciente.	Se utilizaron como instrumentos 2 encuestas; una para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 (elaborado por Valadez); otro para evaluar el autocuidado del paciente	Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel

			diabético tipo 2 (elaborado por Fernández).	de significancia en $P < 0.05$
Apoyo familiar y su relación con la práctica del autocuidado en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. <sup>25</sup>	Canchari E, Allcca E: 2018.	41 adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 y los familiares que brindan su apoyo.	Técnica: Entrevista y observación. Instrumentos: cuestionario y guía de observación.	Las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 están relacionadas ( $p < 0.05$ ) al apoyo familiar recibido.
El apoyo social y el autocuidado en Diabetes tipo 2. <sup>26</sup>	Azzollini, Susana C.; Bail Pupko, Vera, Vidal, Victoria A: 2012	Se tomó una muestra al azar de 337 pacientes	Se utilizaron cuestionarios de datos personales y laborales;	En cuanto al apoyo familiar, quienes perciben que nunca

		entre 40 y 79 años.	escalas de frecuencias sobre prácticas de autoatención y autocuidado.	lo tienen en relación al cuidado de su salud, presentan, respecto al cumplimiento de prácticas de autocuidado, una media (40,10) significativamente menor ( $p < 0.01$ ) que quienes consideran que lo tienen siempre (44,96).
Estrategias innovadoras para el cuidado	Sapag JC, Lange I, Campos S,	17 expertos encuestados de 11 países y	El cuestionario de 25 preguntas recababa	Los familiares y los amigos pueden

<p>y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina.<sup>27</sup></p>	<p>Piette JD: 2010.</p>	<p>procedían de cinco diferentes profesiones relacionadas con la salud.</p>	<p>información sobre su experiencia en iniciativas de cuidado y autocuidado de pacientes con Enfermedades Crónicas.</p>	<p>ser una fuente de apoyo fundamental para mejorar el cuidado de estos pacientes. El apoyo de cuidadores informales puede ser de gran ayuda para hacer el seguimiento de los planes de autocuidado.</p>
<p>Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en</p>	<p>Pérez M, Rivas V, Martínez A: 2015.</p>	<p>Muestra de 113 adultos mayores</p>	<p>Se utilizó la Escala de Redes de Apoyo Social para los Adultos</p>	<p>La familia cumple un papel importante en el apoyo</p>

el adulto mayor. <sup>28</sup>		con diabetes.	Mayores (ERASAM) y cuestionarios para identificar las áreas problema de la diabetes (PAID-1 Y PAID-2).	instrumental de las personas mayores, el cónyuge y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados
--------------------------------	--	---------------	--	--

+ No aplica

## RECOMENDACIONES.

Instruir a los médicos del primer nivel de atención sobre la importancia del autocuidado así como el rol de una adecuada red de apoyo familiar en el ejercicio de la misma, para lograr una atención integral de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Así mismo, recalcar los elementos que constituyen una red de apoyo familiar robusta con identificación de los elementos positivos y negativos de las redes de apoyo familiar para evitar los elementos negativos y fortalecer los positivos.

Implementar grupos de ayuda en el primer nivel de atención en donde los familiares de personas con Diabetes tipo 2 pueden perfeccionar los conocimientos de la enfermedad y ejercicio del autocuidado, con el objetivo de obtener las herramientas para ser acompañantes y no solo resolutivos en el transcurso de la enfermedad. De igual manera,

reconocer que la percepción de la persona con enfermedad crónica es más importante que la percepción de los familiares en términos de ayuda o apoyo familiar, por lo que se debe tener especial atención a la percepción de la persona con diabetes.

## CONCLUSIONES.

La red de apoyo familiar es un elemento que se encuentra directamente involucrado en el ejercicio del autocuidado, hemos encontrado en suma de distintos artículos publicados, que aquellos pacientes con una óptima red de apoyo familiar se ven beneficiados con ayuda informativa e instrumental, haciendo más fácil a la persona tomar el control de su enfermedad crónica. Es pertinente iniciar una concientización al personal de la salud y a familiares de personas con Diabetes Mellitus 2 sobre el impacto de la red de apoyo en el ejercicio del autocuidado, reconociendo todos los elementos que benefician este autocuidado para reforzarlos e identificar los elementos que obstaculizan el proceso para suprimirlos.

Finalmente, destacar que esta revisión da lugar a la posibilidad para diseñar en un futuro intervenciones o herramientas que fortalezcan la red de apoyo familiar que, como se ha demostrado, está estrechamente relacionada con el autocuidado de las personas que viven con Diabetes Mellitus 2.



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

Durante este módulo se hizo énfasis en el subsistema comunidad del MAICP que dio cabida al Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas y, posteriormente, a los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas (talleres de autocuidado y proyectos de aprendizaje en comunidad), que tienen como objetivo fortalecer el subsistema comunidad de acuerdo al MAICP. Primeramente, el Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas es la estrategia para la construcción de entornos saludables mientras que los Consejo Asesores lo son para el fortalecimiento de la acción comunitaria.

#### El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas

El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas en su 6<sup>ta</sup> edición tiene como objetivo el crear comunidad entre las personas con enfermedades crónicas, el cual se gesta en un ambiente de respeto y de confianza en el que platican, intercambian y reflexionan acerca de sus experiencias viviendo con enfermedades crónicas. Entre los tópicos que se dialogan son sus aspiraciones y sus logros, sus necesidades y la medida en que son satisfechas y sus opciones para afrontar o modificar su entorno para que les sea más favorable. Asimismo, es esencial la reflexión grupal para lo cual es fundamental:

- Proporcionar información clara, precisa, oportuna
- Organizar y facilitar la reflexión grupal
- Registrar de manera fidedigna la reflexión grupal, las propuestas y las decisiones.

Lo anterior fue tarea de los pasantes del servicio social de cada centro de salud para lo cual se designó un pasante para ser quien guiaba el encuentro y de un pasante que haría la relatoría por escrito de todo lo que se habló durante el mismo. Para dicho cometido

se tuvieron sesiones previas de organización del evento donde se establecieron los cronogramas y encuadre, se simularon los encuentros para tener un panorama de lo que iba a suceder y de los roles que cada quién debía asumir y se resolvieron las dudas que surgieron a partir de esto, es decir, se nos capacitó para lograr un buen encuentro. Además, se nos expuso los elementos que debía tener el encuentro antes, durante y después:

<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Después</b>
Decisión	Puntualidad	Balance
Convocatoria. Invitación personal	Verificación	Sistematización
Preparación por jurisdicción y centro de salud	Recepción	Información
Capacitación del equipo	Coordinación	
Revisión final	Apoyo (todos y todas apoyamos)	

Para la preparación del encuentro mi compañero del proyecto y yo invitamos personalmente a las personas a nuestro cargo, obteniendo respuesta positiva, aunque dudando de 8 de ellos, esto debido a que no tenían completo acercamiento con nosotros dado que era el doctor asignado al módulo de crónicos quien daba la consulta, por lo que ellos desconocían realmente del proyecto porque nunca se les otorgó la atención bajo el MAICP. Cuando se le comentó acerca del Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas el doctor del módulo mostró nulo interés por lo que no colaboró para invitar a los pacientes al Encuentro. En suma, estos factores terminaron por obtener una completa inasistencia de los participantes el día del Encuentro, sin embargo, se

aprovechó el espacio para dar a conocer el MAICP a personas con enfermedades crónicas que no conocían el proyecto y, así mismo, invitarlas a formar parte del mismo.

### Hacia la constitución de los Consejos Asesores

Derivado de las propuestas surgidas en las distintas sedes del 6º Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas se inició la implementación del último componente pendiente del MAICP, la constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.

El equipo de coordinación del MAICP consideró conveniente organizar las propuestas en tres conjuntos: Dos como Proyectos de Aprendizaje, uno sobre dudas e información necesaria para conocer mejor las enfermedades crónicas (opción A) o sobre la atención y el cuidado de las mismas (opción B). El segundo proyecto fue sobre prevención de esas enfermedades, ya sea en el ámbito familiar (opción A) o en el entorno vecinal (Opción B).

Estas dos propuestas de proyectos se propusieron para 8 centro de salud, en los que se valoró que había mejores condiciones para realizarlos. A propuesta de un equipo de pasantes, se incorporó un noveno centro de salud en la jurisdicción sanitaria de Coyoacán.

El tercer conjunto se estructuró como Taller de Autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas y fue destinado para los centros de salud restantes.

Inicialmente se planeó realizar un proyecto de aprendizaje en nuestro centro de salud (TIII Ampliación Hidalgo), sin embargo, debido a que no se realizó el Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas se optó por realizar el Taller de autocuidado para promover la organización y participación en grupos, ya que no se contaba con una base previa de personas que debió formarse en el Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.

El taller tiene como objetivo el diálogo, la reflexión, el intercambio de saberes y experiencias para poder generar propuestas que, después, se llevarán a cabo. Hasta este momento, sin embargo, se proyectan sesiones hasta el mes de las cuales habrá una continuidad por parte del compañero de la promoción de febrero 2024 – enero 2025 y de quién ingrese en esta nueva promoción.

Se han realizado un total de 3 sesiones hasta el momento obteniendo las siguientes relatorías:

**PRIMERA SESIÓN**

Fecha: lunes 01 de junio de 2024.

En esta primera sesión se contó con la participación de un total de 7 asistentes, quienes expusieron sus fortalezas y debilidades enfocadas específicamente a su autocuidado con los siguientes resultados:

	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Propuestas</b>
AUTOCUIDADO	Deseo de conocer más sobre su enfermedad	Falta de independencia	Fortalecer la parte “mental” a través de actividades que

	<p>para evitar complicaciones</p> <p>Espiritualidad: en la religión encontraron fortaleza para afrontar su enfermedad</p> <p>Capacidad de resiliencia</p> <p>“Mi fortaleza soy yo misma”</p> <p>Voluntad para buscar la ayuda necesaria (en este caso asiste a Psiquiatría)</p> <p>Disciplina</p> <p>Interés en realizar cambios en su dieta para estar mejor</p> <p>Funcionalidad intacta (referente a la</p>	<p>No seguir las pautas de alimentación por sentirse “sola” a la hora de comer</p> <p>Falta de conocimiento acerca de la alimentación (no saber qué alimentos corresponden a los diferentes grupos de alimentos y en qué porciones comerlas)</p> <p>Dependencia e incapacidad para abandonar “costumbres” (por ejemplo, fumar desde hace muchos años o tomar abundante</p>	<p>mejoren la agilidad mental</p> <p>Buscar la independencia en su cuidado a través del aprendizaje de su enfermedad</p> <p>Disminuir las preocupaciones y la soledad mediante actividades recreativas y de participación conjunta</p> <p>Realizar recetas de comida saludables</p>
--	--	--	---

	<p>movilidad corporal) para realizar ejercicio</p>	<p>cantidad de refresco)</p> <p>No tomar importancia de sus cifras de glucosa porque no nota una repercusión inmediata</p> <p>Depresión desencadenada por distintos factores que le rodean</p> <p>“Desidia”</p> <p>Falta de la habilidad para administrarse la insulina</p>	
--	--	---	--

A la mitad de la sesión se realizó actividad física impartida por la doctora Gabriela, a quien le agradecemos profundamente su ayuda y colaboración. Todos los asistentes estuvieron de acuerdo en realizar los ejercicios designados por la doctora, incluso se mostraron muy interesados en seguir realizando actividad física en casa.

Después de la exposición de fortalezas y debilidades en el autocuidado los asistentes acordaron reflexionar sobre ellas hasta la siguiente sesión para generar más propuestas de acción.

Se acordaron las reuniones subsecuentes cada dos semanas (14 días) con la siguiente sesión el día lunes 15 de junio de 2024 a las 11 de la mañana.

## **SEGUNDA SESIÓN**

Fecha: 15 de julio de 2024.

<b>Nombre</b>	<b>Padecimiento</b>
Emma García	HAS
Elodia Marcial	DM
Francisca Santiago	DM y HAS
Mónica Solís (Hija de María del Carmen)	Acompañante
Luz María González	DM y HAS
Manuela Juana Castro	DM
María del Carmen Murillo	HAS y DM

**Participantes que acudieron al taller pasado, pero no asistieron al segundo:**

- José Juan Molinero
- Ma. Elena Álvarez
- Juan Luis Anaya
- María Estrada
- Vicente

### **1. Bienvenida y encuadre**

Se da inicio a la sesión del día, aunque en su mayoría los participantes fueron nuevos, por lo que decidimos hacer una breve explicación del objetivo principal del taller de autocuidado. Los participantes se presentaron mencionando sus nombres, sus edades y cuáles son sus padecimientos crónicos, sus inquietudes y sus hobbies. Se comentó que en la sesión anterior se habían sugerido algunas propuestas como la activación física, plan de alimentación saludable y ejercicios para la agilidad mental, siendo estas las principales propuestas del grupo. Sin embargo, al tener participantes nuevos se decidió realizar un conversatorio para conocer las fortalezas y debilidades de los nuevos participantes, y así poder concretar nuevas y actualizadas propuestas para el grupo.

#### **Emma García**

La razón principal que ha afectado el control de mi Diabetes son los problemas emocionales, los problemas familiares, ya que en mi casa no se adaptan a la dieta que tengo que llevar, más bien yo me tengo que adaptar a la dieta que ellos llevan, me cuesta mucho trabajo porque me siento mal de comer cosas que me hacen daño, pero tampoco sé muy bien que si puedo o no puedo comer; he intentado dejar la tortilla, sin embargo sigo consumiendo 6 u 8 tortillas por comida porque siento que no me quedo satisfecha, como muchas verduras pero me vuelve a dar hambre muy rápido, y ahí es donde vienen



la ansiedad por comer, por saber que estoy comiendo bien y aun así me cuesta trabajo controlar mi enfermedad.

### **Luz María González**

A mí también me genera dudas el saber que puedo y que no puedo comer, muchas veces estoy en la convivencia con mi familia, con mis conocidos y veo que ellos comen tacos, pizza, hamburguesas y yo no sé realmente si puedo comer aunque sea un poco o de plano ya nada; es ahí en donde me genera un sentimiento de soledad, me cohíbo por no sentirme integrada a la hora de la comida. Se me ha ocurrido la idea de partir la tortilla en 4 para hacerme mini taquitos y así engañarme a mi misma de que estoy comiendo más de lo verdadero, son algunas cosas que hago para tratar de comer mejor. En algunas ocasiones me genera ansiedad tener hambre o antojo y me mantengo ocupada tejiendo o escuchando música, eso también me ayuda a no sentirme tan sola.

### **Francisca Santiago Hernández**

En mi casa la situación es parecida, ya que mi familia también come muchas cosas que yo sé que no puedo comer, como taquitos, pizza, pozole, quesadillas, toman mucho refresco y jugos; todo esto me genera un sentimiento de soledad porque al yo no poder comer lo mismo que ellos, tengo que estar apartada para que no se me antoje. Esto sin mencionar que toman mucho alcohol y sobre todo fuman demasiado, yo no tolero el olor a cigarro, es algo que me irrita mucho, por eso prefiero apartarme y eso me genera un sentimiento de soledad aún mayor. He asistido con diferentes nutriólogos y la verdad trató de seguir con una dieta balanceada, trato de comer fruta cuando me da hambre o antojo entre comidas, sin embargo, cuando había asistido a consultas anteriores solo me decían que no comiera cosas dulces, que dejara las frutas dulces, pero no me explican más allá, no me dan alternativas y es donde yo pierdo el seguimiento. Algo que me ayuda a salir adelante es el hecho de que yo acepto mi enfermedad y sé que tengo

que salir adelante por mí misma, que solo yo me puedo cuidar verdaderamente, aunque eso también me pone de malas al solo estar centrada en mi enfermedad y saber que tengo muchas restricciones, si me gustaría tener una orientación y una guía sobre cómo llevar mi alimentación.

### **Elodia Marcial Antonio**

A mí me parece bastante importante el conocer sobre nuestros padecimientos, muchas veces solo nos dicen que padecemos del azúcar o de la presión, pero no nos explican que significa, solo nos dan pastillas y nos prohíben comidas y bebidas, no nos queda más que hacer lo que podamos para cuidarnos. Me gustaría saber más acerca de las cosas que sí puedo comer, me siento muy limitada para las comidas, trato de comer sano, pero me gustaría conocer más acerca de recetas saludables. En cuanto al ejercicio mental me parece interesante, a mí me gusta realizar sopa de letras en mis tiempos libres, también me mantengo ocupada tejiendo.

### **Manuela Juana Castro Romero**

La idea que han estado mencionando de las recetas saludables me parece muy interesante, muchas veces yo me tengo que adaptar a la comida que compran en casa, y ahí no se preocupan por lo que yo puedo o no puedo comer. En su mayoría comen pizza y tacos, aunque se me antoja mucho, me detengo y prefiero comer alguna ensalada o cosas más saludables, pero ya se me acabaron las ideas para comer. Tampoco quiero estar dependiendo de los demás en mi enfermedad, yo soy la que debe cuidarse y saber que medicamentos estoy tomando y que cosas puedo hacer para cuidarme y mejorar mi estado de salud. Yo he escuchado que existe una sopa de letras y crucigramas especiales para diabéticos, en donde las palabras en cuestión tienen que ver con la enfermedad, podemos buscar cosas similares para tener la mente activa y ocupada.

## **Mónica Solís Murillo (Hija de María del Carmen)**

A mí la verdad un tema que me preocupa mucho es veo hecho de la violencia que existe en la propia familia, la poca empatía que existe con las personas que padecen DM o HAS, como su propia familia no los procura y en determinados casos hasta los abandona a su suerte. Los grupos como este la verdad me parecen de mucha ayuda, ya que así las personas que tienen estos padecimientos se dan cuenta que no están solos y pueden platicar acerca de su sentir y su pensar, dar a conocer sus dudas e inquietudes.

### **¿Cuáles son las propuestas que tienen para mejorar todas las debilidades que tienen y mejorar las fortalezas?**

En este apartado de la sesión decidimos manejarlo como lluvia de ideas para hacerlo más interactivo y que propusieran cosas en común y poder llegar a un consenso. De todas las ideas que se mencionaron, en las que todas llegaron a un acuerdo fueron:

- Proponer cada una receta saludable que conozcan
  - Se llegó al acuerdo que, en cada sesión, a manera de tarea, se traerá una receta saludable
  - Cada sesión será enfocada a un tiempo de comida específico. (Desayuno, almuerzo, comida, cena y postre)
- Plan de ejercicios en casa
  - Cada sesión se otorgará por parte del equipo de pasantes una hoja impresa con diferentes rutinas de ejercicios que puedan realizar en casa
- Juegos de agilidad mental
  - Se menciona la idea en la sesión previa, sin embargo 2 de las 3 personas que lo propusieron no asistieron a esta sesión, sin embargo, todas mostraron interés en conocer diferentes tipos de actividades mentales

- La siguiente sesión traerán los juegos de activación mental que más les gusten. (sopa de letras, crucigramas, etc.)
- Orientación en plan de alimentación
  - Diario de comida.

**Cierre de sesión.**

Posterior a la lluvia de ideas de propuestas para la siguiente sesión, se realizó una activación física a cargo de la Dra. Gabriela, quien amablemente nos auxilió para impartir la rutina de ejercicios. Todas las pacientes se mostraron muy entusiasmadas al conocer ejercicios que pueden realizar sin necesidad de salir de casa y sin equipo especializado.

Se programó la siguiente sesión para el día lunes 29 de julio a las 11 am.

**TERCERA SESIÓN**

Fecha: 29 de julio de 2024

**Asistentes:**

Nombre	Padecimiento
Emma García	HAS
Ramiro Cortes	HAS y DM
Francisca Santiago Hernández	DM y HAS
Claudia J	DM

Luz María González Chaparro	DM y HAS
Manuela Juana Castro Romero	DM
María del Carmen Murillo	HAS y DM
Marcela	DM y HAS

**Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:**

- Molinero José Juan
- Álvarez Ma. Elena
- Juan Luis Anaya
- María Estrada
- Vicente Gómez

**1.- Bienvenida y encuadre**

Se da inicio a la sesión del día con una cálida bienvenida, en esta ocasión tenemos 2 participantes nuevos, por lo que se hace una presentación rápida del señor Ramiro quien tiene 60 años y padece DM y HAS, así como de la señora Claudia J. quien padece DM. Para integrarlos un poco a la dinámica grupal que ya estaba establecida previamente, se realiza la siguiente pregunta: ¿Qué es el autocuidado? a lo que el señor Ramiro responde: “El autocuidado es la atención y la preocupación que se tiene por uno mismo, el que tanto nos interesamos por nuestro bienestar y salud”. La Sra Claudia quiso agregar: “El autocuidado

también es buscar soluciones a nuestros problemas sin necesidad de que alguien más venga a ayudarnos, muchas veces estamos solos y tenemos que valernos por nosotros mismos.”

Posteriormente se inicia con el encuadre de la sesión en donde se explica el contenido y orden que tendrá el taller.

Comenzamos con la pregunta: Para ustedes, ¿Que es la alimentación saludable?

**Emma:** Para mi, una alimentación saludable es la que no lleva refresco porque es muy dulce, es mucha azúcar en la bebida.

**Marcela:** La comida saludable siempre son las frutas y las verduras, más las verduras, aunque a mi no me gustan mucho, trato de comerlas lo más posible.

**Maria del Carmen:** Siempre trato de tener una comida saludable y balanceada, para mi es tratar de no comer en exceso, comer en cantidades pequeñas; sobre todo comida sin sal por mi problema de hipertensión. Por ejemplo, como de todas las frutas que hay, pero solo la mitad, me la como por partes, sobre todo las más dulces como el mango o la sandía; dicen que es mejor comerla así, porque si la hacemos en agua no absorbemos los nutrientes necesarios, aunque aun me falta mucha disciplina, mi debilidad siempre ha sido el pan, es lo que considero que no es saludable y no puedo quitarlo de mi dieta.

**Claudia:** Para mi, una alimentación saludable es llevar un control de comidas en horarios, siempre comer a la misma hora, llevar un control de las porciones que comemos y sobre todo el cómo las preparamos, yo antes cocinaba con mucho aceite, hay que buscar alternativas para llevar una preparación más saludable.

**Francisca:** A mi me parece que también llevar una variedad de alimentos es importante, no siempre comer lo mismo, porque eso puede causar aburrimiento e incluso malestar en el estómago, por lo menos a mi, cuando como toda la semana pollo con ensalada pensando en que es algo ligero y saludable, para el fin de semana ya me esta doliendo el estomago, por eso creo que también es importante tener diferentes opciones para comer.

- **Después de compartir las diferentes opiniones sobre qué es la alimentación saludable, procedemos a la actividad sugerida por los coordinadores del proyecto:**  
En una hoja de papel, organizar los alimentos que tengan en su refrigerador / alacena, habrá 3 columnas en donde la primera será para escribir los alimentos que consideren saludables, la segunda para los que consideren que no son saludables y la tercera para los alimentos que no están seguros si son o no saludables.

Se optó porque las hojas de papel fueran de manera anónima, y comenzamos con la lectura y retroalimentación de la distribución de los alimentos escritos. Al final de la relatoría se anexan fotos de algunas listas escritas por los pacientes.

La dinámica que se decidió fue leer algún producto de una lista al azar y escuchar las opiniones de los participantes sobre en qué columna lo colocarían.

## LECHE

**Claudia:** Yo pienso que la leche es un alimento saludable, en mi caso la diluyo con un poco de agua, se supone que la de los niños tiene menos azúcar, entonces pienso que también depende mucho del tipo de leche que consumamos, por ejemplo, antes consumía leche deslactosada y procuraba fuera en pocas cantidades, pero trato de que siempre esté presente en mi dieta porque no consumo calcio en pastillas ni nada, por eso justifico mi ingesta de calcio en la leche.

**María del Carmen:** Yo tomo leche de manera esporádica, es saludable, aunque he escuchado con mis comadres que en exceso es dañina por todas las grasas que tiene, entonces puedo tomarla muy de vez en cuando, sobre todo por mi enfermedad.

**Ramiro:** La leche tiene mucho tiempo que la deje, me causaba molestias en mi estómago, pienso que es porque la consumí mucho cuando era más joven, pero como todo, en exceso es malo.

**Luz María:** También tiene mucho tiempo que no tomo leche, a veces le pongo un poco de leche evaporada a mi café, pero no es algo que haga con frecuencia, igual pienso que es un alimento con mucha azúcar o grasa, por eso prefiero no consumirla.

**Maricela:** Por mis nietos la verdad es que si suelo consumirla de vez en cuando, un vasito nada más, se me antoja cuando ellos me la piden, un vaso de leche caliente es algo que disfruto con un bolillo, pero también considero que no es un alimento tan saludable.

## LONGANIZA

**Claudia:** No es nada saludable, es pura grasa y no trae nutrientes que aporten algo al cuerpo, también por todos los “bichitos” que tiene, puede causar infecciones graves. Además la grasa que trae puede tapar las arterias

**Ramiro:** Yo también pienso que la longaniza no es saludable, es pura grasa, tan solo basta con ver como deja el sartén después de cocinarla.

**Luz María:** A mi me genera mucha duda la longaniza que llaman de soya, ¿Es buena?

**Alejandro V.:** Es una alternativa de alimentación, toda la comida que es llamada “vegana” o “vegetariana”, que están hechos fundamentalmente de soya o tofu, es buena, sin embargo, no sustituyen los requerimientos proteicos que necesita el cuerpo. En este caso, la longaniza de soya puede servir para sustituir a la longaniza convencional y ser una opción más saludable.

## AVENA

**Juana Castro:** La avena, a mi parecer es buena, aunque muchas personas dicen que es mala porque trae mucha azúcar, pero creo que depende de la preparación que le den, como decía hace rato la compañera. Puedes preparar un licuado de avena con alguna fruta, pero si le pones mucha leche o le agregas azúcar, ahí es donde se vuelve un alimento no saludable.



**Marisela:** A mi me gusta mucho la avena, suelo molerla en la licuadora y prepararla con un poco de fruta, como plátano, o fresas. Pienso que sí puede ser un alimento con mucha azúcar, por eso trato de hacerlo muy de vez en cuando. Generalmente la hiervo con agua y así me la tomo, la que le llaman “el agua de avena”.

**Claudia:** Yo pienso que la avena es buena para el estómago, es muy buena preparada, yo la tome durante mucho tiempo y me ayudo bastante para mis malestares de la panza.

## PESCADO

**María del Carmen:** Para mí el pescado es bueno, muy bueno, pero hay uno en específico que me hace daño: La tilapia, por eso deje de comer tanto pescado, me gusta mucho pero ya no lo como tanto. Mi hija vio en internet que comer mucho pescado puede hacer daño.

**Emma:** Yo pienso que el pescado es un alimento saludable, he escuchado que tiene mucho omega 3 y según yo eso es bueno para el cuerpo. Yo no lo consumo tanto porque no me gusta, pero creo que es un alimento saludable.

**Luz María:** El pescado en sí es un alimento saludable, el problema está en la preparación que le demos, muchas veces la forma en que se cocina es capeado o frito, y ahí es donde se vuelve un alimento no saludable.

En la siguiente tabla anexamos los alimentos en los que todo el grupo llegó al consenso de acomodarlos de la misma manera.

<b>SALUDABLES</b>	<b>NO SALUDABLES</b>	<b>NO SE</b>
Verduras	Refrescos	Especias

Frutas	Mantequilla	Miel
Carne de res	Embutidos	Cilantro
Pollo	Pastas	Epazote
Huevo	Cereales (Comerciales)	Aceite de oliva
Leche	Aceite	Cafe
Atún	Papas fritas	Condimentos
Sardina	Endulzantes (Mermelada, lechera)	Frutas dulces
Jamón de pavo	Pan de dulce	Pan molido
Semillas	Crema	Agua mineral
Lácteos (Con medida)	Harinas	
Arroz	Galletas	
Frijoles		

Al momento de realizar la división de alimentos de la tabla anterior, surgió una duda sobre la miel y los endulzantes artificiales:

**Maricela:** ¿Qué tan bueno es comer miel? Yo he escuchado que es pura azúcar, que ocasiona la diabetes si se come así sola. Pero según yo es buena siempre y cuando sea virgen y no tenga nada de conservadores.

**María del Carmen:** La miel es buena, pero siempre y cuando sea con moderación, que sea poquita en algún coctel de frutas queda muy bien.

**Luz Maria:** Yo pienso que la miel es muy dulce, tiene mucha azúcar. Por eso prefiero endulzar mis cosas con un poco de Stevia, aunque también tenía duda respecto a todos estos

endulzantes, no se que tan buenos sean y si vale la pena consumirlos en vez de la miel natural.

**Alejandro V.** Definitivamente la miel es un alimento muy dulce, en muchas ocasiones solemos usarlo como acompañante en alguna ensalada o en algún té, y como bien han comentado previamente, es válido comerla de vez en cuando siempre y cuando sea de una forma moderada y sin exceso. Ahora, los endulzantes artificiales también funcionan para disminuir el consumo de carbohidratos, en este caso el más recomendado es el “Stevia”, pueden intentar ponerle un sobre a su café o a su té, y verán que es más que suficiente.

**Luz María:** Yo utilizo una técnica que me funciona bastante bien cuando tengo antojo de algo dulce, y esta consiste en chupar los sobres de Stevia por dentro, así al menos tengo la sensación de estar consumiendo algo dulce sin que me haga daño.

Posterior a esta actividad en donde se realizó la retroalimentación y se respondieron algunas dudas, procedemos a presentar el plato del bien comer, en donde se hace la siguiente pregunta: **¿Quién prepara así su plato cuando va a realizar alguna comida?**

**Juana Castro:** Solo en la mañana puedo preparar mi plato así, ahí es cuando más se me facilita.

**María del Carmen:** Yo trato de ponerle muchas verduras, pero la verdad es que también como muchas leguminosas, las lentejas es algo que me gusta bastante y no estoy segura del grupo al que pertenecen. También tomo mucha agua simple, pero también suelo prepararme agua de limón con chía

**Ramiro:** Yo tengo un hermano que tiene 5 años que le diagnosticaron DM, es un hueso, ha bajado mucho de peso, está muy débil y no entiendo por qué, yo que llevo más tiempo siendo diabético me siento fuerte y sano. Lo que le digo es que depende mucho de lo que coma, él se abstiene mucho, casi no come nada y pienso que es por eso que sigue bajando de peso.

**Luz María:** A mi cuando me detectaron DM, me dijeron que solo podía tomar agua simple, a veces lo combino con agua de tamarindo y de jamaica, ¿Es lo mismo tomar agua de tamarindo y tomar agua de jamaica?

**Alejandro V.:** Es totalmente válido tener variaciones en la dieta y en la ingesta de líquidos, en este caso, el tomar agua de tamarindo y de jamaica es posible siempre y cuando no se le agregue más azúcar o endulzante.

**Emma:** A veces si logro tomar mis 2 litros de agua al día, cuando salimos o realizó alguna actividad fuera de casa es cuando se me complica, pero si trato de tomar mucha agua simple sobre todo.

Posterior a esto, pasamos a la actividad de intercambiar recetas, en donde cada integrante compartió una receta de alguna ensalada, y se hicieron sugerencias entre los participantes sobre qué ingredientes pueden ponerle a su ensalada para variar un poco la preparación y no siempre comer lo mismo.

Cierre de actividad de recetas confirmando que la siguiente sesión se traen recetas sobre algún guisado que consideren saludable y gusten compartir con el grupo.

**Comenzamos con el cierre de la sesión estableciendo las tareas y objetivos para la siguiente:**

- Se corrobora interés por ejercicios de actividad mental, la siguiente sesión traigan una sugerencia y propuesta
- Receta de algún guisado saludable
- Se entregan ejercicios impresos para actividad física y se propone que cada sesión se dará unos nuevos.

Al ser la última sesión del Dr. Alejandro Valladares, se hace una pequeña despedida en donde todos le dedican algunas palabras y agradecimientos.

Próxima sesión: 12 de agosto a las 11 am.

Como pendientes para el nuevo pasante de la promoción de agosto 2024 quedan trazar y delimitar bien el objetivo del grupo ya que se pretendía trabajar sobre tres vertientes: ejercicio, alimentación y prevención del deterioro cognitivo, sin embargo, aún no queda claro como se va a realizar este último componente.

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

Durante este módulo se hicieron revisiones de casos clínicos que tenían cierta complejidad y/o problemas para mis compañeros pasantes. Mediante esta estrategia se realizó retroalimentación de las decisiones implementadas por mis compañeros dada por los doctores que nos acompañaban en las sesiones o dadas por los mismos compañeros pasantes. Sin embargo, la revisión de estos casos tenía como principal finalidad la reflexión grupal acerca de la persona que se estaba presentando en el caso clínico específico, haciendo énfasis en los detalles que podrían mejorar su autocuidado y, de esta forma, abordar los problemas de salud desde la perspectiva del MAICP. Al revisar los casos clínicos se hacía un análisis de la persona, de su padecimiento y de su tratamiento, siendo enriquecedora la amplia visión de la enfermedad y los factores que a menudo no son tomados en cuenta pero que también inciden en el resultado de la salud o enfermedad de la persona. Por otro lado, a partir de los casos clínicos surgían dudas, mismas que fueron atendidas en sesiones posteriores y que surgieron a partir de los análisis de los casos clínicos, dentro de las sesiones programadas que surgieron como necesidad grupal fueron:

Tratamiento farmacológico oral de diabetes mellitus tipo 2: impartido por la doctora Amparo Martínez en la que incluyó, a groso modo, como explicarle a la persona que tiene que iniciar el uso de insulina, con qué insulina iniciar, así como a qué dosis y sus posteriores ajustes en la dosificación, además de detalles técnicos como qué marca de

jeringas para insulina es más adecuada, en qué momento agregar otra insulina, los sitios de aplicación de la misma, que resultados debíamos esperar con el tratamiento, entre otros detalles.

Hipertensión Arterial. Guías Clínicas: en la sesión se revisó la guía para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión del 2023, puntualizando que cada fármaco tiene sus beneficios y desventajas por lo que se debe individualizar el tratamiento para cada persona, las cifras objetivo de tensión arterial que esperamos tomando en cuenta la edad de la persona, la toma correcta de tensión arterial y las distintas combinaciones de fármacos que podemos utilizar para el control de la hipertensión arterial sistémica.

Cuidar a la persona cuidadora: se invitaron a personas expertas en el tema para abordar las atenciones que se le deben brindar al cuidador primario de la persona con enfermedades crónicas, así como identificar el “burnout”, así mismo, se habló de la importancia de atender al cuidador primario para que no incurra en pensamientos o acciones negativos y, de esta manera, cuidar tanto a la persona con enfermedades crónicas como a la persona que es su cuidador primario.

Actividad física para personas con enfermedades crónicas: a cargo de la doctora Gabriela, residente de Medicina del Deporte, también perteneciente al grupo de personas que trabajan para el proyecto. En ella se abordaron los beneficios de la actividad física que tipo de ejercicios realizar y, posteriormente, una sesión práctica en la zona deportiva de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en la que se realizaron los ejercicios que toda persona puede realizar en casa.

Aspectos psicoemocionales en personas con enfermedades crónicas: dada por la licenciada en Psicología perteneciente al proyecto igualmente, en la cual se trataron manejo de emociones, salud mental, en qué momento es pertinente referir a la persona en la que identificamos alteraciones psicoemocionales, como escuchar a las personas y estrategias que podemos recomendarles para el manejo de sus emociones.

Exploración podológica: a cargo de la doctora Amparo Martínez con una sesión tanto teórica como práctica en la cual se revisaron aspectos de definición, epidemiología e importancia del pie diabético, además, se realizó la exploración podológica guiada con un formato impreso y teniendo como voluntarios a varios compañeros.

#### 4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III Ampliación Hidalgo a cargo del médico pasante del servicio social Alejandro Valladares Juárez

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 agosto 2023 – julio 2024  
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo  
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	10	66.6
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	5	33.3
Recuperados a partir de agosto de 2023	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota:

**Nuevo ingreso** se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024.

**Recuperados** se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que



nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024.

Durante el periodo de agosto 2023 – julio 2024 se ingresaron 5 nuevos participantes al proyecto, particularmente durante el último trimestre de este periodo debido a que fue la etapa durante la cual estuvimos dando consulta propiamente nosotros, los pasantes.

Tabla No. 2

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

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	11	73.3
No activas	4	26.6
<b>Total</b>	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota:

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo agosto 2023 – julio 2024.

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

Los 4 participantes del proyecto que están inactivos, ya estaban en ese estado cuando se inicio el periodo de agosto 2023 – julio 2024.

Tabla No. 3

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

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos de inclusión como	No	%
<b>No activas</b>		
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0
Cambio de institución que le atiende	1	25
Cambio de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	3	75
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Se intentó contactar con las personas de las cuales se ignora el motivo, sin embargo, solo se obtuvo respuesta de 1 persona que puntualizó que ya se atendía en otro lugar.

## 2. Información demográfica

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a sexo  
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo  
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	No	%
Femenino	7	63.63
Masculino	4	36.36
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nótese que la mayor parte de personas incluidas en el proyecto y que fueron atendidas son del sexo femenino.

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio

2024 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	9.09
50-59 años	<b>7</b>	<b>63.63</b>
60-69 años	1	9.09
70-79 años	2	18.18
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nótese que la mayor cantidad de participantes se ubican en el grupo de 50-59 años de edad, no teniendo ninguno en el rango de menos de 40 años de edad y más de 80 años de edad.

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio

2024 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
20-29 años		0	0	0	0	0	0
30-39 años		0	0	0	0	0	0
40-49 años		0	0	1	25	1	9.09
50-59 años		6	<b>85.71</b>	1	25	7	63.63
60-69 años		0	0	1	25	1	9.09
70-79 años		1	14.28	1	25	2	18.18
80 y más años		0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		7	100	4	100	11	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

El mayor porcentaje de personas atendidas corresponde a mujeres del rango de edad de 50 a 59 años de edad.

### 3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	2	18.18
3	6	54.54
4	1	9.09
5	0	0
6	2	18.18
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12 y más	0	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

El número de consultas puede verse afectado debido a que 5 participantes del proyecto fueron incluidos en el último trimestre del servicio social (mayo-julio de 2024) con un total máximo de 4 consultas por participante. Por otra parte, el resto de participantes cuentan con un total máximo de 6 consultas por año debido a que el médico a cargo del consultorio de crónicos les otorgaba consulta cada 2 meses y otros de manera más irregular. Actualmente hemos implementado la consulta mensualmente para las personas

participes del proyecto desde que nosotros (los pasantes del proyecto) estamos a cargo del consultorio de crónicos.

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	1	9.09
Diabetes Mellitus tipo 2	1	9.09
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	1	9.09
Obesidad y diabetes	0	0
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	1	9.09
Obesidad, hipertensión y diabetes	3	27.27
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	9.09
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	27.27
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

El mayor porcentaje de personas participantes del proyecto tienen más de una enfermedad crónica siendo comunes la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio

2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad		0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial		1	14.28	0	0	1	9.09
Diabetes Mellitus tipo 2		0	0	1	25	1	9.09
Dislipidemia		0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión		1	14.28	0	0	1	9.09
Obesidad y diabetes		0	0	0	0	0	0
Obesidad y dislipidemia		0	0	0	0	0	0
Diabetes e hipertensión		0	0	1	25	1	9.09
Obesidad, hipertensión y diabetes		2	<b>28.57</b>	1	25	3	27.27



Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	14.28	0	0	1	9.09
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	<b>28.57</b>	1	25	3	27.27
<b>Total</b>	7	100	4	100	11	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

El mayor porcentaje de personas con múltiples morbilidades crónicas corresponde a mujeres, siendo común la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 11

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

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	100
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 12

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

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 13

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

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	1	100
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e

hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	33.33
50-59 años	1	33.33
60-69 años	0	0
70-79 años	1	33.33
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nótese que a partir de los 40 años de edad en caso de las personas participantes de nuestro proyecto empieza la aparición de múltiples comorbilidades.

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e

hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	100
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 16

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

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	2	66.66
60-69 años	1	33.33
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

La mayor cantidad de personas con cuatro enfermedades crónicas se ubican a partir de los 50 años de edad, es decir, con más de una década de vida según la esperanza de vida promedio en México, por lo que aún hay gran oportunidad de intervenir en la vida de estas personas para mejorar su calidad de vida.

#### 4. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 17

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	5	83.33	0	0	5	55.55
Fuera de control	1	16.66	3	100	4	44.44
<b>Total</b>	6	100	3	100	9	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Más de la mitad de los participantes obtuvieron cifras de glucosa en control haya sido medido de forma capilar o venosa. Nótese que se utilizó de forma recurrente la medición capilar de glucosa, debido a que resultaba menos incomoda para las personas. Los estudios de control se solicitaban cada 2 meses.



Tabla No. 18

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada  
 Periodo agosto 2023 – julio 2024  
 Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo  
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Hemoglobina glucosilada	No	%
Control	5	55.55
Fuera de control	4	44.44
Total	9	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Los datos mostrados en esta tabla son consistentes y estrechamente relacionados a la tabla anterior en la que coinciden los números de personas en control y fuera de control.

Tabla No. 19

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control  
 Periodo agosto 2023 – julio 2024  
 Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo  
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Tensión arterial	No	%
Control	7	<b>70</b>
Fuera de control	3	30
Total	10	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Se obtuvo un 70 por ciento de control de hipertensión arterial sistémica en las personas con enfermedades crónicas, lo cual corresponde a una excelente cifra en términos estadísticos.

Tabla No. 20

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Colesterol sérico	No	%
Control	3	60
Fuera de control	2	40
Total	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Las cifras de personas en control y fuera de control respecto al colesterol sérico son muy similares y cuasi equivalentes

Tabla No. 21

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Triglicéridos séricos	No	%
Control	2	40
Fuera de control	3	60
Total	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Se observa que las cifras de triglicéridos séricos están mayormente localizadas en “fuera de control” y pueden verse relacionadas con el descontrol glucémico concomitante, no así con las cifras en descontrol del colesterol sérico.

## 5. Conclusiones

La realización del servicio social en la Secretaría de Salud de México (SEDESA) fue una experiencia de la cual obtuve muchos aprendizajes, sobre todo en el primer nivel de atención, pude conocer las principales necesidades de las personas de mi entorno y mi comunidad, dado que mi domicilio era cercano al centro de salud. A través de cursar el diplomado a la par también pude entender otra perspectiva de la atención a la salud y la enfermedad, tuve en cuenta las determinantes sociales de la salud y pude desarrollar mis habilidades comunicativas y sociales con las personas, lo que constituye un servicio social muy completo al tener una parte teórica mediante el diplomado y una parte práctica en el centro de salud. Igualmente, se vuelve un año muy disfrutable con objetivos y motivaciones muy claras, por lo que recomendaría ampliamente las plazas ofertadas que incluyen el proyecto del MAICP a cualquier estudiante de medicina que esté por realizar su servicio social.

Por otra parte, durante este año de servicio social aprendí y comprendí muchos aspectos que a menudo no se toman en cuenta durante la práctica clínica, el contexto socio humanístico de las personas y sus enfermedades, sobre sus necesidades, aspiraciones, motivaciones, objetivos, preferencias, entre otras. Como reflexión, gran parte del sistema de salud en nuestro país demanda la cantidad a costa de la calidad en la atención sanitaria, sin embargo, el enfoque del MAICP demuestra que, la gente con enfermedades crónicas puede desarrollar capacidades para su autocuidado en un entorno saludable y como resultado se obtienen mejores resultados en los indicadores de salud, por lo que extender este modelo a nivel nacional sería una necesidad inmediata dada la prevalencia de enfermedades crónicas y evitar complicaciones en quienes ya la padecen.

Dentro de las ventajas de realizar el servicio social en la SEDESA están la accesibilidad y la flexibilidad para poder implementar proyectos como este dentro de los diferentes centros

de salud de las diferentes jurisdicciones, la apertura de escucha por parte de las autoridades de enseñanza y el cuidado de sus pasantes. No obstante, las desventajas son la falta de recursos para los pacientes, que incluyen falta de reactivos para realizar laboratorios, de insumos y de medicamentos. Además, la falta de un acompañamiento más estrecho a los pasantes para atender las problemáticas que pudieran estar sucediendo en sus unidades.

También, aprendí que las personas que viven con enfermedades crónicas tienen necesidades y aspiraciones particulares, derivadas de su situación de vida; existen ocasiones donde la persona necesita ser escuchada y atendida desde la perspectiva humana y no desde la perspectiva mecánica de solo dar un régimen de tratamiento y no incluir a la persona como un todo, compuesto por vivencias, emociones, preferencias, es decir, autonomía.

Durante mi formación de pregrado me formé como médico en la parte teórica, sin embargo, la parte práctica de mi formación no fue óptima ya que ocurrió la pandemia de COVID-19 por lo que me perdí varios años de práctica clínica sobre todo en la interacción y relación con las personas, es decir, no tenía experiencia en la práctica clínica y en el establecimiento de la relación médico-paciente, por lo que creía que la forma paternalista era la adecuada. Por otra parte, durante este año de servicio social pude mejorar y explotar mis habilidades comunicativas, relacionales, lógicas, entre otras, ya que prestar atención médica a personas con enfermedades clínicas te dota de experiencias y desarrollo de habilidades; el hecho de ver constantemente a las personas y colaborar en conjunto para mejorar su salud es de mucho valor para la práctica clínica de cualquier médico en formación. Así mismo, considero que me falta mucho por aprender no solo desde la parte del conocimiento de las enfermedades sino aprender de las personas; que mis objetivos no se midan en títulos sino en cuantas vidas he ayudado a cambiar. Por último, en el futuro inmediato mi objetivo es otorgar una atención cálida, humana y certera sea cual sea el área en el que me desempeñe.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, Magallón-Botaya R, Romero-Martín M, Gómez-Salgado J. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Aug 7;99(32):e21389. doi: 10.1097/MD.00000000000021389. PMID: 32769870; PMCID: PMC7593011.
2. Tamhane S, Rodriguez-Gutierrez R, Hargraves I, et al. Shared decision-making in diabetes care. *Curr Diab Rep* 2015;15:112.doi: 10.1007/s11892-015-0688-0.
3. INEGI, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2018. Presentación de resultados. [Consultado 05 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
4. National Institute for Care Excellence. Guidelines. Share Decision Making. 2021; 01-32.
5. Zhao Y, Zhao X, Liu Y, et al. Perceptions, behaviours, barriers and needs of evidence-based medicine in primary care in Beijing: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):171. Published 2019 Dec 6. doi:10.1186/s12875-019-1062-0
6. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763
7. Johnson RA, Huntley A, Hughes RA, et al. Interventions to support shared decision making for hypertension: a systematic review of controlled studies. *Health Expect*
8. Kalsi D, Ward J, Lee R, Fulford K, Handa A. Shared decision-making across the specialties: Much potential but many challenges. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(6):1050-1054. doi:10.1111/jep.13276

9. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Número de gestiones inmediatas y quejas concluidas según especialidad involucrada. 2023. [Consultado 05 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/862822/Cuadro\\_Estadistico\\_05\\_3erTrim\\_2023.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/862822/Cuadro_Estadistico_05_3erTrim_2023.pdf)
10. Mackwood MB, Imset I, Morrow C. How to integrate shared decision-making into your practice. *J Fam Pract.* 2023;72(1):7-17. doi:10.12788/jfp.0536
11. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(12):e031763. Published 2019 Dec 17. doi:10.1136/bmjopen-2019-031763
12. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision-making. *JAMA.* 2014;312:1295-1296. doi:10.1001/jama.2014.10186
13. Cuba Fuentes, María Sofía, & Romero Albino, Zoila Olga de los Milagros. (2016). El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 780-784. Recuperado en 04 de enero de 2024, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es&tIng=e](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es&tIng=e)
14. Rosland A, Heisler M. Family Influences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help?. *Chronic Illn.* 2010;6(1):22–33.
15. Ojewale L, Oluwatosin A, Fasanmade A. A survey on patients' characteristics, perception of family support and diabetes self-management among type 2 diabetes patients in South-West Nigeria. *Nursing Open.* 2019;6:208–215.

16. Delaney R, Zhong L. Are people with diabetes getting the support they need? Deficits between support desired and received from family and friends relates to poorer health. *Patient Educ Couns.* 2023;110(107653):1-17.
17. Jie Hu, PhD, RN. Perceptions of African American Adults With Type 2 Diabetes on Family Support: Type, Quality, and Recommendations. *The Science of Diabetes Self-Management and Care.* 2021;20(10):1-10.
18. Gallant M, Spitze G. How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-Management among Older Adults. *North Dakota State Univ Lib.* 2015;29(5):375-409.
19. Bukhsh A, Goh B-H, Zimbudzi E, Lo C, Zoungas S, Chan K-G and Khan T. Type 2 Diabetes Patients' Perspectives, Experiences and Barriers Toward Diabetes-Related Self-Care: A Qualitative Study From Pakistan. *Front. Endocrinol.* 2020;11:534873.
20. Lee A, Piette J, Heisler M, Rosland A. Diabetes Distress and Glycemic Control: The Buffering Effect of Autonomy Support From Important Family Members and Friends. *Diabetes Care.* 2018;41:1157–1163.
21. Zhao Q, Yu X, Feng Y, et al. Patients' and family members' knowledge, attitudes and perceived family support for SMBG in type 2 diabetes: a fuzzy-set qualitative comparative analysis. *BMJ Open.* 2022;12:e063587.
22. Pamungkas R, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behav. Sci.* 2017;62(7): 1-17.
23. Kristianingrum N, Wiarsih W, Yuni A. Perceived family support among older persons in diabetes mellitus self-management. *BMC Geriatrics* 2018;18(1):304.
24. Reto J. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana [tesis profesional]. Sullana, Perú: Universidad San Pedro; 2017.

25. Canchari E, Allcca E. Apoyo Familiar y su relación con la práctica de autocuidado en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 [tesis profesional]. Ayacucho, Perú: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2018.
26. Azzollini, Susana C.; Bail Pupko, Vera, Vidal, Victoria A. El apoyo social y el autocuidado en Diabetes tipo 2. Facultad de Psicología UBA. 2012;19(1): 109-113.
27. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(1):1–9.
28. Pérez Z, Rivas Acuña V, , Martínez Serrano A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. Horizonte Sanitario. 2015;14(1):14-20.
29. Nicklett, E.J., Heisler, M.E,M., Spencer, M. & Rosland, A.M. Direct social support and long-term health among middle-aged and older adults with type 2 diabetes mellitus. Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2013;68(6):933–943.
30. Lindsay S. Mayberry, PhD. Rationale, design, and recruitment outcomes for the Family/Friend Activation to Motivate Self-care (FAMS) 2.0 randomized controlled trial among adults with type 2 diabetes and their support persons. Contemp Clin Trials. 2022;122(106956):1-20.



## Anexos

**Anexo 1.** Reporte final entregado a la jurisdicción de Tlalpan de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México correspondiente al servicio social realizado en el Centro de Salud TIII Ampliación Hidalgo durante el periodo de agosto 2023 – julio 2024



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SERVICIOS  
DE SALUD PÚBLICA  
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

### INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA.

#### 1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PASANTE	ALEJANDRO VALLADARES JUÁREZ
NOMBRE DE LA CARRERA	MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA	UAM - XOCHIMILCO
PROMOCIÓN	AGOSTO 2023 – JULIO 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARA	C.S.T. III AMPLIACIÓN HIDALGO JURISDICCIÓN TLALPAN
PERIODO QUE REPORTA:	REPORTE ANUAL
FECHA DE ENTREGA:	SEMANA DEL 15 AL 19 DE JULIO DE 2024

#### 2.- ACTIVIDADES

**Anotar en cada trimestre el número de actividades realizadas durante el periodo.**

##### 2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
<b>DURANTE TODO EL AÑO</b>					
<b>ACTIVIDADES EXTRAMUROS</b>					
Elaborar contenidos audiovisuales y virtuales, de información, comunicación y de difusión para promover la salud de la población. (trípticos, periódicos murales y carteles).	0	1	1	1	3
Promover, participar y realizar sesiones educativas con la población (talleres y foros)	4	4	3	3	14
Participar en los Grupos de ayuda mutua de la población usuaria de los servicios:	0	0	0	3	3

embarazadas, estimulación temprana, personas adultas mayores, personas que viven con hipertensión y diabetes, para mejorar la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades.					
Apoyar en la referencia de casos de violencia familiar o de pareja.	0	0	0	0	0
Participar en la integración de los Comités Locales de Salud.	0	0	0	0	0
Promover actividades físicas y de prevención de accidentes con énfasis en caídas.	0	0	0	15	15
Realizar actividades de información, prevención de infecciones de transmisión sexual.	4	2	5	2	13
Promover actividades físicas y de prevención de accidentes con énfasis en caídas.	0	0	0	15	15

## 2.2 EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
<b>TRES MESES</b>					
<b>ACTIVIDADES INTRAMUROS</b>					
Procesar la información referente a las enfermedades de notificación obligatoria. (SUIVE)	0	0	0	0	0
Identificar las principales causas de morbilidad de la población que acude a la Unidad de Salud.	21	30	45	50	146
Analizar los factores de riesgo (relativo y atribuible) de la población con padecimientos de interés epidemiológico (transmitidas por vectores e infectocontagiosas).	0	10	10	5	25
Identificar los factores de riesgo para la prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.	5	3	5	1	14
Apoyar en la atención de población agredida por mordedura de mamíferos.	0	3	1	0	4
Apoyar en la identificar y atención de los ESAVIS (evento atribuible a vacunación o inmunización).	0	1	0	0	1
<b>ACTIVIDADES EXTRAMUROS</b>					
Participar en las Jornadas Nacionales y locales de Salud Pública.	1	3	3	1	8
Participar en las campañas de vacunación, e identificar los productos biológicos manejados en el programa de vacunación.	1	3	5	2	11

Conocer y manejar el contenido de la cartilla nacional de salud por grupo etario.	1	4	5	4	14
Apoyar en la realización de estudio de casos y apoyo a cercos epidemiológicos.	0	3	3	3	9
Realizar la detección de signos y síntomas de hipertensión arterial, diabetes, menopausia y cáncer de la mujer, cáncer de próstata, adicciones e infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.	100	150	100	100	450

### 2.3 ATENCIÓN MÉDICA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2DO. TRIMESTRE	3ER. TRIMESTRE	4TO. TRIMESTRE	ANUAL
<b>SEIS MESES</b>					
<b>ACTIVIDADES INTRAMUROS</b>					
Consulta médica con apego en la normatividad, (Guías de Práctica Clínica de cada programa y del expediente clínico).	30	25	50	100	205
Elaborar y/o actualizar historia clínica y notas médicas.	30	15	50	100	195
Elaborar plan de tratamiento, receta médica e indicaciones.	30	25	50	100	205
Programar cita para seguimiento y evolución de los pacientes atendidos.	30	15	40	90	175
Solicitar e interpretar estudios de laboratorio y gabinete, con la tutoría del personal de base.	20	10	5	70	105
Buscar signos de violencia en la exploración física de la población.	5	5	3	10	23
Atender las enfermedades de los Programas prioritarios relacionados por grupo de edad, con apego a la normatividad y a las Guías de Práctica Clínica.	30	20	40	100	190
<b>TRES MESES</b>					
<b>PROGRAMAS PRIORITARIOS</b>					
<b>Consultorio de Enfermedades Crónicas:</b> Atención y seguimiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas.	21	20	20	100	161
<b>Consultorio de Salud materna:</b> Atención y seguimiento de la mujer desde la preconcepción, control prenatal y puerperio.	4	5	5	0	14
<b>Consultorio de Atención a la mujer:</b> Brindar atención a la mujer en sus distintas etapas de la vida, incluyendo la detección oportuna del cáncer de la mujer (mama, CACU y de ovario)	10	5	12	30	57
<b>Planificación familiar:</b> Brindar orientación y atención a la población sobre la diversidad de métodos anticonceptivos, priorizando a la	3	5	2	2	12

población adolescente, así como sensibilizar a la misma sobre el ILE (interrupción legal del embarazo).					
<b>Consultorio de Control del Niño Sano (EDI)</b> Evaluación del Desarrollo Infantil Brindar atención y seguimiento a los menores en conjunto del cuidador para identificar factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz y nutricional. Identificación oportuna de signos y síntomas de cáncer infantil.	5	8	4	0	17

## 2.4 CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA

ACTIVIDAD	1er. TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
Curso de inducción en la Jurisdicción Sanitaria.	1	0	0	0	1
Curso de inducción en la Unidad de Salud.	1	0	0	0	1
Sesiones académicas en la Jurisdicción Sanitaria.	0	0	1	2	3
Sesiones de capacitación en la Unidad de Salud.	6	3	7	12	28
Sesiones clínicas en la Unidad de Salud.	2	2	2	2	8
Cursos en Línea.	0	1	1	6	8

### EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

EN CADA ASPECTO A EVALUAR, ANOTA UNA (X) EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA CALIFICACIÓN OTORGADA.

### **EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR PARTE DEL PASANTE.**

ASPECTOS A EVALUAR	9 - 10	7 - 8	>6	OBSERVACIONES
CURSO DE INDUCCIÓN.	X			
INTEGRACIÓN AL EQUIPO DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE SALUD.	X			
ASESORÍA Y APOYO EN TUS ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL INSTITUCIONAL	X			
COMUNICACIÓN CON EL JEFE DE UNIDAD Y TUTOR.	X			
FACILIDADES PARA CUMPLIR CON LA PLANEACIÓN MENSUAL Y EL TRABAJO DE CAMPO.	X			
CALIDAD DE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN Y CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE SALUD.	X			

EL SERVICIO SOCIAL TE PERMITIÓ CONOCER LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	X			
LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS FUERON RESUELTOS POR EL JEFE DE UNIDAD O LA JEFATURA DE ENSEÑANZA JURISDICCIONAL	X			
CALIFICACIÓN DE TU DESEMPEÑO COMO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL.	X			

**SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO:**

Sugiero la visita mensual o bimestral por parte de enseñanza a los centros de salud para atender problemas, necesidades o dudas de los pasantes en sus respectivos centros de salud ya que la comunicación vía electrónica muchas veces resulta insuficiente para arreglar estos inconvenientes.

**NOMBRE, FIRMA Y SELLO**

<b>JEFE DE UNIDAD</b>	<b>RESPONSABLE DE ENSEÑANZA</b>
<b>TUTOR</b>	<b>NOMBRE DEL PASANTE</b>

EVIDENCIAS



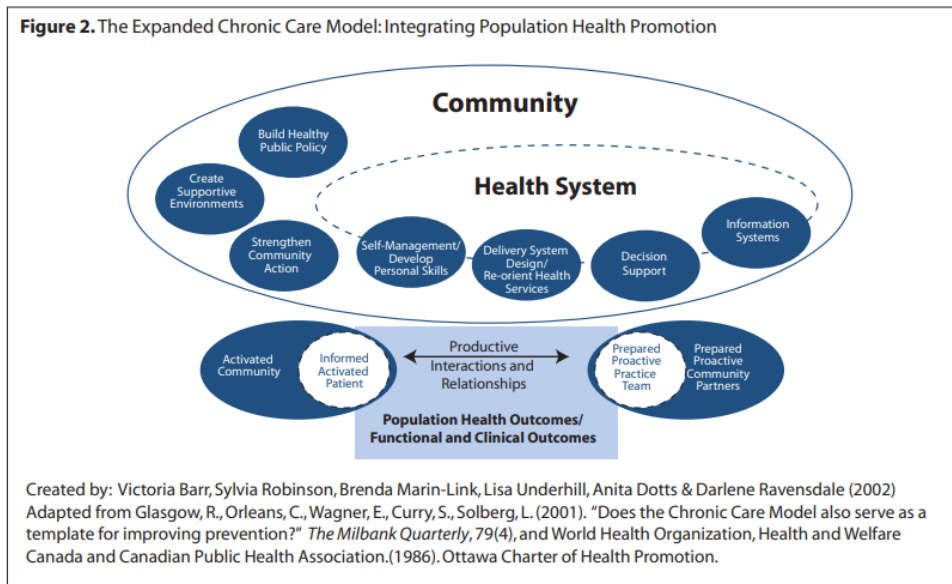


Anexo 2. Fotografía representativa de la última sesión del taller para el autocuidado en la que estuve presente. Resalto la calidez de las personas que me dieron experiencias muy gratas.



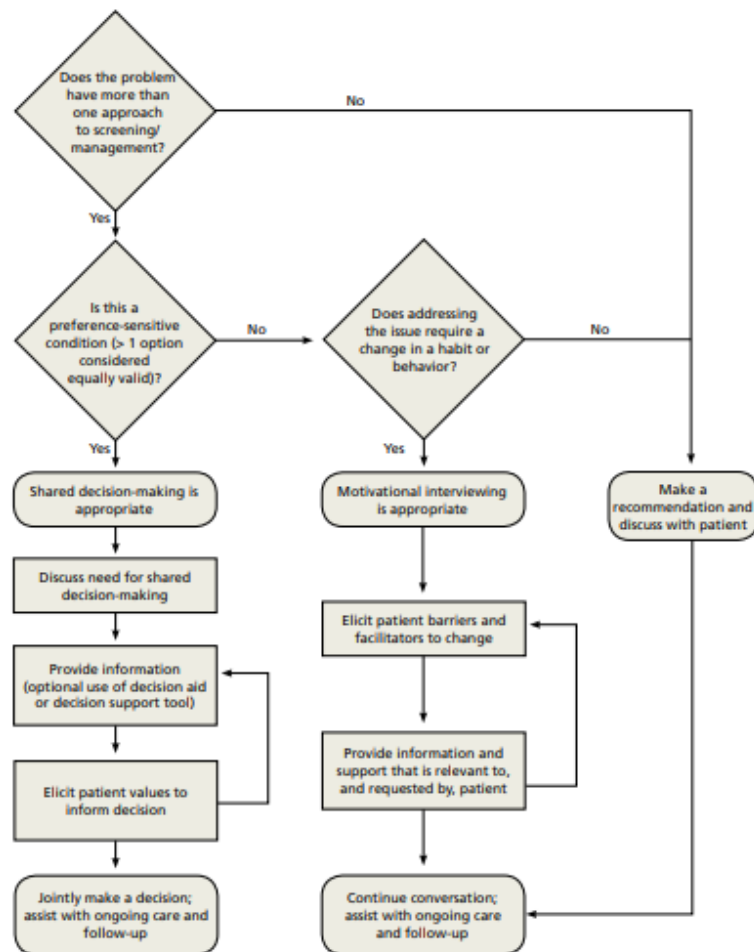


### Anexo 3. Figura representativa del modelo de atención



Extraído de: Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003;7(1):73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763

Anexo 4. Diagrama de flujo, ¿en qué momento realizar la toma de decisiones compartida?



Extraído de: Mackwood MB, Imset I, Morrow C. How to integrate shared decision-making into your practice. J Fam Pract. 2023;72(1):7-17. doi:10.12788/jfp.0536