



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en medicina

Implementación del Modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades.

Práctica médica con enfoque centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en el C. S. T. II San Mateo Xalpa, alcaldía Xochimilco, CDMX

MPSS María Carmina de Guadalupe Zárate Chong
2162026899

Promoción Febrero 2022 - Enero 2023

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

07 de febrero de 2023

Índice

1. Presentación.....	3
2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco.....	4
3. El diplomado.....	5
3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica . Enfoque de capacidades.....	6
3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....	14
3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....	24
3.4. Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.....	35
4. Conclusiones.....	36
5. Referencias bibliográficas.....	37
6. Anexos.....	39

1. Presentación

El propósito de de este trabajo final es dar a conocer las actividades realizadas durante el periodo de pasantía, con el proyecto de implementación del modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades. Así como documentar otras actividades realizadas paralelamente, como campañas de vacunación antirrábica canina y felina, ferias de salud, consultas generales y realización de carteles informativos para la población del C. S. T. II San Mateo Xalpa.

Este trabajo forma parte de los documentos necesarios para la acreditación del diplomado de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México, y un requisito para obtener la carta de cumplimiento de servicio social.

A lo largo de este documento se hará una revisión del modelo expandido de cuidados crónicos con la adecuación de la UAM Xochimilco, de la estructura del diplomado, desglosando cada uno de sus módulos, incluyendo el ensayo realizado para acreditar el módulo 1 y la revisión sistemática para acreditar el módulo 2, así como un balance de mi desempeño clínico durante este año en el C. S. T. II San Mateo Xalpa.

La pasantía de medicina en el C.S.T. II San Mateo Xalpa, de la jurisdicción Xochimilco, representa un periodo muy importante en mi formación como médica. Me brindó la oportunidad de poner en práctica mis conocimientos adquiridos durante los años de estudio de esta licenciatura. Si bien, durante el periodo de estudiante también se realizan prácticas, es en este momento en que sentí la verdadera responsabilidad que implica el ser médica.

Desde el comienzo de mi servicio social, me di cuenta de que el C. S. T. II San Mateo Xalpa era uno de los centros de salud con mayor número de pacientes, así mismo se puede decir que soy la segunda generación de pasantes que llevan este proyecto en el centro de salud, por lo que no tuve mayor problema de captar a los pacientes, como mis compañeros de otros centros de salud donde no se conocía el proyecto.

A lo largo del año, me fui relacionando con los pacientes que ya estaban integrados al proyecto y con los nuevos pacientes que fui agregando. Fue un proceso muy bonito, en este momento final del servicio social, me da nostalgia el recordar cómo fueron mis inicios con este grupo de pacientes. El irlos conociendo, primeramente, a través de los resúmenes clínicos anuales que me facilitó la pasante que estuvo antes que yo. Ya después verlos en persona e ir aumentando la confianza en cada consulta, mes con mes, fue una experiencia gratificante. El verlos mejorar, que ellos mismos comentaran que se sienten mejor, verlos con buen ánimo y con entusiasmo respecto a su salud es lo que me llevo conmigo.

2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco.

Este es el modelo que se usa para la atención de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes Mellitus 2 , Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Sobrepeso y Obesidad) en el proyecto de implementación del modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Brinda especial importancia a la relación médico paciente dentro de la comunidad de la cual son parte. Está compuesto por tres subsistemas: paciente, médico y comunidad. A continuación se explica cada uno de ellos.

Paciente: en este modelo, se busca que el paciente sea visto como una persona que es parte de una comunidad con la que mantiene relación constante. Esta comunidad influye al paciente y viceversa. El objetivo dentro de este modelo es que esta persona activa de la comunidad tenga las herramientas necesarias para realizar acciones que favorezcan su salud y tomar el control de esta. De igual manera, tiene la capacidad de afectar positivamente a su comunidad. En relación con la implementación del proyecto en San Mateo Xalpa, la atención brindada a los pacientes fue en consideración de su cultura, sus preferencias, así como sus metas. A partir de esto, la atención médica fue personalizada para cada paciente, logrando en muchos casos que los pacientes pudieran empoderarse para el control de sus enfermedades e incluso que promovieran cambios saludables con sus familiares y amigos.

Médico: para este modelo, el médico mantiene una relación estrecha con el paciente, e involucra a todo un equipo de salud para el cuidado de este. Además del personal médico, participa personal de enfermería, de psicología, de trabajo social, etc, con el objetivo de brindar una atención integral al paciente. Esta atención toma en cuenta el contexto en que se encuentra el paciente, es decir su comunidad. En la práctica del proyecto, participó personal de enfermería, de psicología, de nutrición, de trabajo social y médicos especialistas en caso de considerarse necesario. La atención fue de manera horizontal, evitando las jerarquías de médico paciente y buscando fortalecer la confianza.

Comunidad: ya mencionada anteriormente en los otros subsistemas, es el espacio donde se desarrolla la relación médico paciente y donde se busca el desarrollo de políticas públicas saludables, consejos asesores y el favorecimiento de espacios para el encuentro de pacientes. Dentro de la comunidad también se encuentran los sistemas de salud, donde se busca tratar al paciente como persona y favorecer su autocuidado, brindar atención proactiva y un seguimiento a los pacientes de forma regular, monitoreando y evaluando los resultados del tratamiento, con el apoyo de la medicina basada en evidencia y sistemas de información. Este apartado se reflejó en una práctica médica informada, con la mejor evidencia científica disponible y de fuentes fidedignas, mediante el uso de guías de práctica clínica, normas oficiales mexicanas, resultados de ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis. Se realizaron dos encuentros de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles donde pudieron compartir experiencias de la

enfermedad, se les dio información acerca del proyecto del que forman parte y los avances del recetario para el que aportaron recetas. También se evaluó a los pacientes de forma periódica, se monitorearon sus signos vitales y estudios de laboratorio, y en conjunto con lo que ellos referían en cuanto a su salud y a sus preferencias y posibilidades, con base en las fuentes científicas previamente mencionadas, se les indicaba y/o ajustaba tratamiento farmacológico, así como la promoción de estilos saludables de vida.

3. El diplomado

El diplomado de Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas, se llevó a cabo cada viernes, desde el inicio del servicio social. Tuvimos un curso introductorio durante la primera semana donde vimos de forma general información acerca del manejo de diabetes, hipertensión, dislipidemias y obesidad, tanto tratamientos farmacológicos como nutricionales y de activación física. También nos presentaron información acerca de los sellos de alimentos que se han implementado como una política de salud pública para disminuir enfermedades crónicas no transmisibles.

El diplomado constó de 4 módulos, normalmente mediante exposiciones realizadas por los pasantes y dirigidas por el Dr. Víctos Ríos y la Dra. Alejandra Gasca. En cada sesión se abordaba un módulo de base y de forma alternada se sesionó el módulo 4.

En el módulo 1 se abordó el fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica con un enfoque de capacidades. En el módulo 2 se revisaron métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados. El módulo 3 trató de la organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. El módulo 4 se enfocó en la práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica y se hizo revisión de casos clínicos.

En los módulos 1 al 3 se trabajaba con lecturas del tema acorde al módulo y posterior a la exposición se realizaban ejercicios grupales como práctica didáctica. En el módulo 4 se presentaban casos clínicos con enfoque en la persona como un todo.

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

Introducción

El presente ensayo trata el tema de la Entrevista Motivacional vista como una herramienta para lograr el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

La idea central que motiva este ensayo es la visión de Eric Cassell, médico en Salud Pública que hizo aportes a la bioética y dio especial interés al paciente como persona. Gracias a su visión, se ha dado un nuevo giro en el tratamiento de personas que padecen enfermedades crónicas. En sus palabras: *“Los médicos no tratan enfermedades crónicas. Los enfermos crónicos se tratan a sí mismos con ayuda de sus médicos; el médico es parte del tratamiento. Los pacientes están a cargo de ellos mismos”*.¹ Esta frase ilustra de forma precisa la realidad que viven estos pacientes, y me hace pensar en la necesidad que tiene el personal de salud de conocer herramientas que ayuden a brindar una atención médica centrada en la persona para que las personas que padecen este tipo de enfermedades logren su autocuidado de forma satisfactoria. De ahí la importancia de conocer la Entrevista Motivacional.

El objetivo general se centra en el estudio de la Entrevista Motivacional y de forma más específica, conocer cuáles son sus bases, cómo se desarrolla, cómo es el proceso en el que un paciente puede lograr el autocuidado, cuáles son sus fundamentos y qué papel tiene en la práctica médica.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo de este ensayo es estudiar la Entrevista Motivacional como una herramienta que ayuda a que las personas con enfermedades crónicas no transmisibles logren el autocuidado.

Objetivos específicos

Conocer cuáles son las bases de la Entrevista Motivacional y cómo se desarrolla, así como conocer cuáles son sus fundamentos y su papel en la práctica médica.

Conocer el proceso mediante el que una persona puede lograr el autocuidado

Justificación

Las personas con enfermedades crónicas no transmisibles llevan el control de sus enfermedades en casa, el tiempo de consulta que se le brinda mes con mes, es mínimo, en relación con el hecho de que estos pacientes viven y tratan su enfermedad día a día. En palabras de Eric Cassell: *“Los médicos no tratan enfermedades crónicas. Los enfermos*

¹ Sullivan M. The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions, Estados Unidos, Oxford University Press, 2017.

crónicos se tratan a sí mismos con ayuda de sus médicos; el médico es parte del tratamiento. Los pacientes están a cargo de ellos mismos.”²

Es por ello por lo que es necesario que el personal de salud conozca herramientas que ayuden a fomentar el autocuidado y la autonomía de los pacientes.

Eric Cassell y su legado a la práctica médica

Eric Cassell (1928 – 2021) fue un médico estadounidense que desarrolló su trabajo en la ética de la medicina. En 1982 publicó “La naturaleza del sufrimiento y los objetivos de la medicina” en *The New England Journal of Medicine*. A través de esta lectura, nos habla del paciente visto no sólo como paciente portador de una enfermedad, sino como una persona completa que tiene sentimientos, emociones y pensamientos que a su vez son también afectados por la enfermedad. Con esta idea nos muestra que la enfermedad no sólo es la afectación de un organismo biológico, sino de toda la complejidad que engloba el ser humano. Esta concepción de Eric Cassell rompe con la idea tradicional de que la medicina se ocupa del cuerpo únicamente y nos muestra que no existe una separación entre la mente y el cuerpo de una persona, sino que son uno mismo, por eso los médicos no pueden limitarse a dar un tratamiento para una enfermedad, sino que deben considerar a la persona en su totalidad y tener el conocimiento de que la enfermedad afecta la vida entera de una persona.

Cassell explica que históricamente existe una separación de mente y cuerpo, debido a la necesidad filosófica de responder a ciertas cuestiones que hasta el día de hoy nos siguen afectando. También habla de cómo la iglesia y el surgimiento de la ciencia marcaron más esta dicotomía mente-cuerpo para que cada cual se ocupara de lo que le era propio, así la ciencia se centró en el estudio de lo objetivo -el cuerpo- y la iglesia continuó con lo subjetivo -la mente-. De esta forma, la mente queda fuera del interés de la medicina, que se ocupa únicamente de lo objetivo. Se llega así a la despersonalización del enfermo.

Una idea fundamental que aborda Cassell es que, al tratar la enfermedad, indiscutiblemente hay una afectación de la persona y tal afectación es ignorada en la práctica médica. Explica que dolor y sufrimiento no son lo mismo ya que el sufrimiento pertenece a un nivel más subjetivo de la persona y se presenta cuando el dolor es insoportable, cuando el origen del dolor o de la enfermedad que lo provoca es desconocido, cuando el dolor es crónico o cuando el significado que tiene esa persona del dolor es visto como algo terrible. Este último punto nos habla del significado que cada persona tiene de las cosas. En palabras de Cassell: “El significado personal es una dimensión fundamental de la personalidad, y no puede haber comprensión de la enfermedad humana o sufrimiento sin tenerlo en cuenta”³

² Sullivan M. *The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions*, Estados Unidos, Oxford University Press, 2017.

³ Cassell, E. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, *The New England Journal of Medicine*, Estados Unidos, 1982.

Esta idea que plantea me parece muy importante porque crea conciencia acerca del enfermo y cuestiona el qué significa para determinada persona estar enferma, independientemente de la enfermedad que tenga. Enfocándonos en las enfermedades crónicas no transmisibles y teniendo en cuenta que sólo son controlables, que no se curan y que es una situación que afecta la vida de esa persona hasta que muera, ¿qué significa todo eso para la persona con diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad? Es necesario responder esta pregunta y la manera de acercarnos a una respuesta es conocer al paciente y verlo como persona, teniendo en cuenta sus pensamientos, sus emociones y sus sentimientos. Esa parte subjetiva del individuo que la medicina ha dejado de lado.

Eric Cassell continúa hablando de cómo el pasado de las personas las afecta para toda su vida, y dice una frase que me gustó mucho: “La memoria existe en las fosas nasales y en las manos, no solo en la mente”. Con esta frase, nuevamente niega esa dicotomía de mente y cuerpo, nos habla de la unidad de la persona y el nexo con su pasado. Cassell también explica que la enfermedad actual de una persona tiene relación con sus experiencias previas con doctores, en hospitales, tomando medicamentos y todo lo que alguna vez tuvo relación con una enfermedad pasada. Este pasado va formando un significado de lo que es la enfermedad actual e invariablemente afecta el presente. Creo que esta idea es muy profunda y cierta, cada vivencia que tuvimos nos afecta el día de hoy, y descubrir esta realidad en las personas con enfermedades crónicas no transmisibles nos ayuda a conocerlos y comprender cómo la enfermedad va a significar distintas cosas para cada una de ellas y cómo cada una de ellas vivirá la enfermedad de forma diferente.

También la familia y la cultura a la que pertenezca la persona enferma tiene influencia en el significado que le dará a la enfermedad y en cómo la enfermedad afectará su vida. Con todo esto podemos reconocer la complejidad de cada persona, saber que al ver a un paciente hay que ver más allá de su enfermedad. Es necesario tener en cuenta que es una persona que pertenece a una familia, a una cultura, que tiene determinados intereses, pensamientos, ideas, metas, deseos, que tiene un pasado y un porvenir y que todo esto se ve afectado por la enfermedad, no sólo su cuerpo.

Teniendo todos estos factores presentes hay que saber cómo tratar a la persona enferma, no solamente qué recomendaciones y qué fármacos son necesarios. No podemos limitarnos a dar tratamiento farmacológico e ignorar todo lo que se está afectando en el enfermo. Es necesario atender a la persona como un todo porque la persona y su mundo entero está afectado.

Este daño en la persona y en su mundo no necesariamente lleva al sufrimiento continuo. Las personas tenemos la capacidad de recuperarnos en situaciones adversas y de salir fortalecidas, esto es conocido como resiliencia. Es importante evitar el sufrimiento, pero aún más importante es aprender a superarlo encontrando habilidades que ignorábamos que teníamos.

En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, son personas que sufren por diversos motivos que tal vez nosotros ni siquiera imaginamos. Si nosotros como médicos aprendemos a tener una práctica que tenga en consideración a la persona como un todo, nos acercamos a dar mejores tratamientos que estén acordes a las necesidades y estilos de vida de cada persona, pero también podremos servir como un apoyo emocional a las personas y ayudarles en el proceso de resiliencia. Cassell describe esto como una de las funciones latentes de los médicos. Por eso revoluciona la manera de entender la práctica médica y se vuelve necesario un replanteamiento del estudio de la medicina, para el estudio de la persona como un todo y no sólo el estudio del cuerpo, órganos, sistemas, órganos, tejidos y células. De esta forma podremos favorecer el desarrollo del autocuidado en las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Ver a la persona como un todo es el inicio para lograrlo.

Entrevista motivacional (EM)

La Entrevista Motivacional es una herramienta clínica desarrollada por W. Miller y S. Rollnick (1983), se usa en psicología y psiquiatría para generar el deseo de cambio en las personas.

Como característica, se centra en la persona, pero siempre se mantiene el objetivo y la dirección por parte del terapeuta por medio de intervenciones incisivas. Evita la discusión con el paciente y presta atención a su subjetividad. Para su práctica, requiere que el clínico tenga apertura a la aceptación de experiencias y elecciones humanas.⁴

Se emplea especialmente en personas con resistencia al cambio y que tienen sentimientos de ambivalencia hacia este. El objetivo de la EM es que la persona sea capaz de superar los sentimientos de ambivalencia para poder llegar al cambio. De esta forma, la entrevista motivacional es una herramienta clínica útil para que una persona pueda lograr alcanzar ese cambio.

Una característica importante de la EM es que el terapeuta no tiene un papel autoritario y permite que la persona que lo consulta alcance por sí misma el cambio, de tal manera que el cambio surja del deseo de la propia persona y no como una imposición externa.

Si el terapeuta aplica adecuadamente esta herramienta, logra que el paciente tenga motivaciones propias para iniciar el cambio.

Bases de la EM

La EM se basa en otras herramientas clínicas usadas en psicología para ayudar a los pacientes a cambiar sus conductas. Entre ellas están la Terapia Cognitiva, la Persuasión de la Psicología Social y la Teoría de Sistemas.

⁴ Miller W, Rollnick S, La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. España, Editorial Paidós, 1999.

La Terapia Cognitiva da especial atención a las creencias, los pensamientos y las actitudes que influyen en los sentimientos y el comportamiento de una persona. Su objetivo es ayudar a modificar pensamientos y creencias erróneas, así como enseñar técnicas que ayuden al autocontrol.⁵

La Persuasión es una rama de la Psicología Social que propone que el cambio de actitud y conducta de las personas puede lograrse a través de un mensaje persuasivo, pero es necesario que primero haya un cambio en las creencias y pensamientos de la persona que recibe el mensaje, mediante la introducción de nuevas creencias que se acompañen de incentivos. Si el receptor del mensaje lo comprende, lo encuentra interesante o aceptable, lo aceptará, de lo contrario habrá un rechazo y por lo tanto no se logrará un cambio en la conducta.⁶

La Teoría de Sistemas presenta una concepción de la realidad de una forma ordenada, en la que vivimos y tenemos interacciones continuas. Da especial importancia a las relaciones y a los vínculos que se generan y descarta la concepción mecanicista de la persona como robot negando que la conducta sea consecuencia del estímulo. Prepondera la individualidad de la persona antes que verla solamente como un ser político.⁷

Al hacer una revisión de estas teorías y prácticas que forman la base de la Entrevista Motivacional, podemos darnos cuenta de que la persona como individuo tiene un papel preponderante, así como su entorno y las relaciones que mantiene. Esto tiene que ver con la idea que nos presenta Cassell acerca de la necesidad de cambiar la forma en que se practica la medicina, ver al paciente como un individuo completo, conscientes de toda su complejidad, tanto subjetiva como objetivamente. Por eso la Entrevista Motivacional es una valiosa herramienta para lograr este cambio, ya que emplea estrategias que se basan en los principios de la psicología motivacional, social y cognitiva.

Desarrollo del cambio

El proceso del cambio ha sido explicado en un modelo propuesto por los psicólogos James Prochaska y Carlo DiClemente (1982)⁸, ya sea en personas que realizan un cambio por sí mismas o con ayuda de un terapeuta. Este proceso consta de seis etapas, que serán explicadas a continuación.

El punto inicial en el proceso del cambio es la **precontemplación**. En esta etapa la persona sabe que tiene un problema, aunque no es plenamente consciente de él. No es común que una persona se presente al terapeuta en esta etapa, pero de ser así, no se recomienda aconsejar o dar indicaciones de lo que debería hacer, porque será contraproducente. Es

⁵ Llorente del Pozo J, Iraurgi-Castillo E, Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína, Trastornos Adictivos. España, 2008;10(4):252-74.

⁶ J.F. Morales, C. Huici. Psicología Social, Ed. UNED, Madrid, 2000.

⁷ Bertalanffy L, Teoría General de los sistemas, Fondo de Cultura Económica, México 1986.

⁸ Miller W, Rollnick S, La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. España, Editorial Paidós, 1999.

preferible brindar información y dar retroalimentación, esto será útil para que la persona se haga consciente del problema y tenga la posibilidad de iniciar un cambio.

En la segunda etapa está la **contemplación**. Se alcanza cuando la persona se hace consciente de que tiene un problema, no solamente lo sabe. La consciencia del problema lleva a la persona a un periodo de ambivalencia, porque quiere un cambio, pero al mismo tiempo lo rechaza. En esta etapa se debe permitir a la persona hablar libremente de su problema, y por sí misma encontrará razones para cambiar y razones para no hacerlo. En este punto, el terapeuta deberá favorecer el mayor peso de los argumentos que se inclinan hacia el cambio. En esta etapa, la EM es particularmente útil.

La **determinación** es la tercera etapa. Cuando las razones para cambiar superan a las razones para no hacerlo. La persona se muestra motivada a realizar un cambio y se pregunta cómo puede cambiar. De esta etapa se puede avanzar hacia la acción o retroceder a la contemplación, por ello el terapeuta no debe motivar el cambio sino aconsejar el recurso terapéutico más adecuado para esa persona.

La cuarta etapa es la **acción**, donde la persona realiza acciones que la lleven al cambio. En esta etapa el terapeuta mostrará el cambio en el problema que se intenta resolver.

El **mantenimiento** es la quinta etapa. Aquí la persona puede tener una **recaída** (etapa 6) y volver a las conductas previas o puede mantener el cambio a través del tiempo. El reto del terapeuta es prevenir la recaída, aunque hay que tener en cuenta que la recaída es normal y forma parte del proceso de cambio. En la recaída, el terapeuta deberá evitar la desmoralización y favorecer la contemplación.

Fundamentos de la EM

Para su adecuada práctica, la EM se vale de cinco fundamentos que se explican a continuación.

Primeramente, es necesario la **expresión de empatía** del terapeuta hacia la persona que lo consulta. Esto se logra escuchando de manera reflexiva y respetuosa a la persona, intentando comprender su situación y sus sentimientos sin juzgar. El hecho de aceptar a la persona tal y como es le ayuda a iniciar el cambio, por eso es importante que el terapeuta no muestre rechazo ante lo que exprese la persona, aunque no esté de acuerdo con ello.

Crear una discrepancia. Se refiere a confrontar a la persona con una realidad no placentera, haciéndole ver que existe una discrepancia entre su conducta actual y sus metas u objetivos. De esta forma la persona podrá ver dónde está y dónde quiere estar. Es importante que sea la propia persona la que dé los motivos para cambiar y no el terapeuta. Por ejemplo, en un paciente con Diabetes Mellitus que no quiere seguir una dieta adecuada porque le gustan mucho los dulces, pero que tiene como meta estar presente para sus hijos. Habría que hacerle ver que no hay concordancia de su comportamiento actual con sus planes futuros.

Evitar la discusión. El terapeuta debe evitar decirle a la persona que lo que hace está mal y que debe cambiar su conducta, porque dicha situación provoca que la persona haga lo contrario de lo que se le dice, en un intento por defender su autonomía.

Darle un giro a la resistencia. Implica que las razones que tiene una persona para no cambiar pueden girar y aprovecharse para llegar al cambio. No es cuestión de confrontación o lucha, como se vio en el punto anterior, sino en invitar a la persona a considerar nueva información y nuevas perspectivas para implicarla en la solución de sus problemas.

Fomentar la autoeficacia. La autoeficacia se refiere a la idea que tiene una persona sobre su propia capacidad para realizar alguna acción de manera satisfactoria. La EM tiene como objetivo hacerle ver a la persona que es capaz de generar cambios y solucionar problemas. Para esto puede ser de ayuda el contacto con otras personas que han logrado cambiar y superar sus problemas de forma exitosa.

La EM en la práctica médica

Dadas las bases y fundamentos de la EM, es una herramienta concordante con la visión que Eric Cassell tiene para la práctica de la medicina. La empatía es esencial porque es una característica humana necesaria para acompañar a una persona enferma, ya que no es fácil enfrentar esta situación. Es necesario comprender al otro y escuchar todo lo que tiene que decir.

En cuanto a la creación de una discrepancia y evitar la discusión, son puntos que también favorecen una práctica médica más humana porque el médico no confronta al paciente ni discute con él, sino que busca que el propio paciente se de cuenta de su conducta actual está en discordancia con lo que para él o ella es importante lograr. El médico no está para señalar problemas ni culpabilizar por ellos, sólo como una guía para crear conciencia acerca del estado actual de la persona.

La autoeficacia es un punto muy importante porque es lo que se busca en el modelo de la atención centrada en la persona. Que el paciente conozca su capacidad para llevar a cabo los cuidados que necesita para el control de la enfermedad y que los realice de forma exitosa. Es la meta a la que se quiere lograr, pero sabiendo que es un proceso que no es fácil y requiere tiempo.

La EM ha sido empleada desde los años 90 por profesionales de la salud en personas que tienen adicciones, conductas de riesgo para presentar enfermedad por VIH y para favorecer estilos de vida saludables en personas con enfermedades crónicas no transmisibles.⁹

⁹ Bóveda, J. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria, Atención Primaria (en línea), 2013 (fecha de acceso 09 de julio de 2022), 45(9):486-495

Es importante tener en cuenta que la atención primaria es la base para la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, por ello es deseable que el personal de salud de este nivel desarrolle capacidades que permitan llevar a cabo consultas médicas con un enfoque hacia la EM para motivar a que el propio paciente realice cambios que le permitan mejorar su estilo de vida ya que se ha demostrado que con los consejos y la actitud autoritaria por parte del médico no se logran cambios favorables.¹⁰

Conclusiones

La parte esencial de la EM no es en sí que una persona logre cambiar, sino que nazca en ella una motivación personal para hacerlo. Esto influirá positivamente en su salud. Como un ejemplo, una persona con hipertensión arterial puede sentirse atacada si abiertamente el personal de salud le dice que tiene que bajar de peso, disminuir el consumo de sal, dejar de fumar, dejar de tomar café, empezar a hacer ejercicio y más indicaciones que científicamente, sabemos que están probadas para controlar las cifras de tensión arterial.

Si bien hay buenas intenciones tras estas indicaciones, no surtirán efecto porque el enfermo lo verá como un ataque a su estilo de vida: a él le gusta fumar, tomar café, no le agrada hacer ejercicio, disfruta de actividades sedentarias y de comida industrializada. En todo esto podemos ver que la hipertensión es el resultado de un estilo de vida. Y los estilos de vida tienen que ver con la cultura, las creencias, el entorno familiar y más factores que no son fáciles de cambiar. En este ejemplo, el autocuidado sólo podrá darse de manera paulatina. Cuando la persona, con la guía del personal de salud, se dé cuenta de cómo la hipertensión afectará su vida futura. Esa vida futura en la que hay planes que no podrán materializarse si no se hacen cambios en el presente. Pero no se trata de simplemente cambiar, sino de que la persona se sienta motivada para hacerlo. El autocuidado inicia en el momento en que la persona se da cuenta de que existen cosas más valiosas que las que actualmente la han hecho enfermar.

Gracias a Eric Cassell podemos decir hoy que la medicina ya no puede seguir enfocándose en la enfermedad, sino en la persona. Y gracias a herramientas como la Entrevista Motivacional, podemos servir como apoyo a las personas que padecen estas enfermedades para que logren su autocuidado.

Finalmente, lo que más me agradó fue conocer el otro lado de la medicina en el que se enfoca este diplomado. En el centro de salud he tenido la oportunidad de ir conociendo poco a poco a las personas que van por la atención médica, creo que es satisfactoria la relación que se va forjando con el paso del tiempo. Conocer acerca de sus vidas nos abre la puerta hacia una nueva práctica de la medicina en la que el paciente deja de ser paciente y vuelve a dignificarse como persona, a partir de este punto puede iniciar el autocuidado.

¹⁰ Rivera S, Villouta M, Ilabaca A, Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria?

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

Introducción

En esta revisión sistemática se aborda el tema de las intervenciones en estilo de vida como recursos en la prevención de la Diabetes Mellitus 2 en pacientes adultos con prediabetes.

La evidencia científica muestra que la modificación del estilo de vida hacia hábitos saludables de alimentación y actividad física es una parte fundamental para la prevención de diabetes, pero se sabe poco acerca de la rentabilidad de este tipo de programas de intervención en pacientes con prediabetes. Los resultados obtenidos han sido contradictorios y cuando se observan cambios positivos, estos no perduran a largo plazo.

Es importante buscar información confiable acerca de este tema porque existe un creciente número de personas en nuestro país que se encuentra en riesgo de desarrollar diabetes, y teniendo en cuenta que esta es una enfermedad completamente prevenible, se necesita de forma urgente desarrollar e implementar enfoques de atención preventiva, especialmente para las personas que tienen prediabetes.

Objetivos de la revisión sistemática

Objetivo general

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la información disponible que se tiene acerca de las intervenciones de estilo de vida con enfoque en la prevención de diabetes mellitus 2 en pacientes que presentan diagnóstico de prediabetes.

Objetivos específicos

Evaluar el impacto que tienen las intervenciones del estilo de vida como herramientas para la prevención de la diabetes en personas que tienen prediabetes

Favorecer un tratamiento individualizado para cada paciente, con un enfoque hacia la prevención de diabetes mellitus tipo 2

Protocolo de la revisión sistemática

Justificación de la revisión.

El motivo de elaborar esta revisión surge de la importancia de prevenir el desarrollo de diabetes tipo 2 en las personas que son diagnosticadas con prediabetes. Dado que la prediabetes es la puerta de entrada hacia la Diabetes Mellitus 2, que implica una afectación importante del metabolismo de un organismo y de la persona como tal, es necesario encontrar terapias adecuadas que favorezcan la prevención.

Prediabetes es un término médico que indica que una persona tiene alteración en el metabolismo de los carbohidratos, afectando sus cifras de glucosa, sin embargo, estas cifras no son tan elevadas como para considerarse diabetes. Si bien, la prediabetes no es una entidad patológica por sí misma, sí es el preámbulo al desarrollo de la diabetes y

representa aumento del riesgo cardiovascular. La American Diabetes Association (ADA) señala las siguientes cifras para su diagnóstico: HbA1c: 5.7 a 6.4%, glucosa plasmática en ayunas de 100 a 125 mg/dl, prueba de tolerancia oral a la glucosa de 140 a 199 mg/dl¹¹

Los antecedentes de sobrepeso, obesidad, cifras alteradas de triglicéridos y/o colesterol HDL e hipertensión arterial representan factores de riesgo para presentar prediabetes.¹² El INEGI reportó en 2020 una prevalencia más alta de obesidad en el grupo de 30 a 59 años: 35% de los hombres y 46% de las mujeres la padecen¹³, por ello es importante enfatizar la prevención de la diabetes.

En México, las estadísticas de 2022 en cuanto a diabetes, según el INEGI, muestran que a nivel nacional, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus aumentó de 8.2 decesos por cada 10 mil habitantes en 2019 a 11.9, en 2020. En 2021, 13 % de las defunciones en México fue por diabetes (140 729), de acuerdo con las Estadísticas de Defunciones Registradas, y a nivel nacional, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus fue de 11.0 por cada 10 mil habitantes.¹⁴

En el C.S.T. II San Mateo Xalpa, la mayor parte de la población adulta que se atiende presenta sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial sistémica y/o dislipidemia, así como elevación de cifras de glucosa en ayuno, pero que aún no ha desarrollado diabetes. Es importante conocer intervenciones de estilo de vida que ayuden a prevenir la diabetes.

Formulación de la pregunta de investigación.

P: Pacientes o problema de interés: Pacientes adultos con prediabetes

I: Tipo de intervención principal, que puede ser un tratamiento, una prueba diagnóstica, un factor pronóstico y o el fortalecimiento de la atención centrada en la persona: que participan en intervenciones de estilo de vida

C: La comparación de la intervención con otras similares, cuando sea pertinente. Considerar en algunas ocasiones se formulan preguntas clínicas en las que no es necesaria la comparación: en este caso no se realiza ninguna comparación

O: El tipo de resultado clínico de interés: Tienen menor riesgo de desarrollar diabetes

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

Diabetes: Enfermedad crónica debida a la producción insuficiente de insulina a nivel pancreático, o a la resistencia periférica a la insulina. Los criterios para el diagnóstico de diabetes son: glucosa plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dL, glucosa plasmática a las 2 h ≥ 200 mg/dL durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa de 75 g, Hb A1c ≥ 6.5 %, ó en un

¹¹ Nuha A. et al. Clasificación y diagnóstico de la diabetes: *Estándares de atención en diabetes—2023*. *Diabetes Care* 1 de enero de 2023; 46 (Suplemento_1): S19–S40. <https://doi.org/10.2337/dc23-S002>

¹² Nuha A. et al. Clasificación y diagnóstico de la diabetes: *Estándares de atención en diabetes—2023*. *Diabetes Care* 1 de enero de 2023; 46 (Suplemento_1): S19–S40. <https://doi.org/10.2337/dc23-S002>

¹³ Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad. Datos nacionales. Noviembre 2020. www.inegi.org.mx

¹⁴ Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Datos nacionales. Noviembre 2022. www.inegi.org.mx

paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica, glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dL

Prediabetes: término que indica un metabolismo anormal de los carbohidratos, pero que las cifras de glucosa no cumplen los criterios para diagnosticarse diabetes. Las personas con prediabetes se definen por la presencia de glucosa plasmática en ayunas de 100 mg/dL a 125 mg/dL, glucosa plasmática a las 2 h durante prueba de tolerancia oral a la glucosa de 75 g de 140 mg/dL a 199 mg/dL, ó Hb A1c 5.7 a 6.4 %

Prueba de glucosa plasmática en ayuno: Estudio de laboratorio que mide los niveles de glucosa en sangre con un mínimo de 8 horas de ayuno.

Prueba de hemoglobina glucosilada: Estudio de laboratorio que mide los niveles de glucosa durante los últimos tres meses. Sirve para valorar el control de la glucosa que ha tenido el paciente durante este lapso de tiempo. Debe valorarse junto con la prueba de glucosa plasmática en ayuno.

Prueba de tolerancia a la glucosa oral: Estudio de laboratorio en que se mide la glucosa en sangre en ayuno mínimo de 8 horas y 2 horas posterior a la ingesta de una bebida con 75 gramos de azúcar. Sirve para detectar estados de resistencia a la insulina, así como para diagnóstico de diabetes.

Tipo de reportes de investigación a recuperar.

Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos controlados aleatorizados

Criterios de inclusión.

Documentos escritos en español e inglés

Documentos publicados los últimos 5 años

Documentos enfocados a intervenciones de estilo de vida para prevenir la diabetes

Criterios de exclusión

Documentos escritos en un idioma distinto al inglés o español

Documentos con una antigüedad mayor a 5 años

Estrategia de búsqueda.

Pacientes adultos con prediabetes que participan en intervenciones de estilo de vida tienen menor riesgo de desarrollar diabetes

P: Pacientes adultos con prediabetes. (*Prediabetic State OR Patients OR Adult NOT child*)

I: Que participan en intervenciones de estilo de vida. (*Health education OR Education of patients*)

C: (En este caso no se realiza comparación)

O: Tienen menor riesgo de desarrollar diabetes (Diabetes Mellitus, type 2 prevention)

Ejecución

Búsqueda en pubmed: (Prediabetic State OR Patients OR Adult NOT child) (Health education OR Education of patients) (Diabetes Mellitus, type 2 prevention)

Documentos iniciales: 3,753

Filtros aplicados: Metanálisis, Ensayo controlado aleatorizado, Revisión sistemática, publicaciones en los últimos 5 años, textos en inglés y español, estudios en humanos, adultos de 19 años en adelante

Resultados: 119 documentos.

Algoritmo de búsqueda:

Prediabetic State: "prediabetic state"[MeSH Terms] OR ("prediabetic"[All Fields] AND "state"[All Fields]) OR "prediabetic state"[All Fields]

Patients: "patient's"[All Fields] OR "patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields] OR "patients's"[All Fields]

Adult: "adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields] OR "adult's"[All Fields]

child: "child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child's"[All Fields] OR "children's"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]

Health education: "health education"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "education"[All Fields]) OR "health education"[All Fields]

Education of patients: "patient education as topic"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "education"[All Fields] AND "topic"[All Fields]) OR "patient education as topic"[All Fields] OR ("education"[All Fields] AND "patients"[All Fields]) OR "education of patients"[All Fields]

Diabetes Mellitus, type 2: "diabetes mellitus, type 2"[MeSH Terms] OR "type 2 diabetes mellitus"[All Fields] OR "diabetes mellitus type 2"[All Fields]

prevention: "prevent"[All Fields] OR "preventability"[All Fields] OR "preventable"[All Fields] OR "preventative"[All Fields] OR "preventatively"[All Fields] OR "preventatives"[All Fields] OR "prevented"[All Fields] OR "preventing"[All Fields] OR "prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields] OR "prevention's"[All Fields] OR "preventions"[All Fields] OR "preventive"[All Fields] OR "preventively"[All Fields] OR "preventives"[All Fields] OR "prevents"[All Fields]

Selección de reportes de investigación.

Se realizó una revisión detallada de los títulos y los resúmenes de los 119 documentos obtenidos con los filtros antes mencionados, con el objetivo de excluir aquellos que no cumplieran con la pregunta de investigación. Como resultado se obtuvieron 14 documentos útiles para responder a la pregunta de investigación.

Síntesis de datos (resultados).

A continuación se realiza una síntesis detallada de los artículos seleccionados.

Un ECA llevado a cabo en Bangladesh con adultos mayores de 30 años con riesgo elevado de desarrollar diabetes evaluó el impacto de la creación de grupos de aprendizaje y acción participativos (PLA). A este grupo se le dieron 18 sesiones grupales mensuales, donde se aborda la identificación de problemas y la planificación e implementación de estrategias para abordar estos problemas de forma eficaz, con un enfoque hacia la prevención de la diabetes tipo 2. Se observó, a lo largo de dos años, que el 51% los participantes de los grupos PLA disminuyeron su riesgo de presentar diabetes, a comparación de otro grupo de pacientes que recibió mensajes de voz durante 18 meses, vía telefónica, promoviendo comportamientos saludables para disminuir el riesgo de diabetes. El resultado de este estudio muestra que el trabajo en grupos, de manera periódica, manteniendo un enfoque de prevención de diabetes a través del empoderamiento del paciente es eficaz para disminuir la incidencia de diabetes en adultos con alto riesgo de presentarla, a comparación de los mensajes de voz, donde el paciente no toma un papel activo en su salud ni aprende técnicas de identificación y solución de problemas¹⁵. En este estudio, el apoyo de la tecnología no demostró resultados eficientes. Pero se tiene antecedente de un estudio en Estados Unidos donde se probó un programa digital de prevención de la diabetes clínicamente probado (d-DPP). Este d-DPP constaba de 52 sesiones semanales, asesoramiento de estilo de vida, herramientas de seguimiento del comportamiento y apoyo virtual entre pares. A comparación de otro grupo de pacientes que recibió atención estándar, se observó que un mayor número de pacientes que tuvieron acceso al d-DPP presentaron una disminución de cifras de HbA1c, de un rango de prediabetes al rango de normoglucemia, así como una pérdida de peso clínicamente significativa. Lo anterior se observó a los 12 meses de iniciado el programa. Este estudio demuestra las nuevas herramientas que ofrece la tecnología para favorecer prácticas de telesalud con enfoque en la prevención, teniendo en cuenta que ayuda a brindar servicios a gran escala y puede cubrir la creciente necesidad de atención en salud para la prevención de la diabetes¹⁶.

A diferencia de los estudios mencionados, un estudio en Dinamarca que evaluó la medida de activación del paciente (PAM) para medir el conocimiento, la habilidad y la confianza de una persona en relación con el manejo de la salud, no encontró que esta fuera una variable significativa para que una persona con prediabetes lograra realizar cambios a largo plazo (mayor a 12 meses) en su estilo de vida, que le permitieran reducir su riesgo de desarrollar diabetes. Por lo tanto, es necesario realizar más investigación que nos permita comprender los mecanismos que conducen al cambio deseado¹⁷.

Otro estudio que tuvo como objetivo determinar la efectividad de la modificación del estilo de vida como medida para prevenir la diabetes fue realizado en Corea. En este, se siguió a los participantes durante un periodo de 6 meses. Un grupo de personas se le

¹⁵ Pires, Malini et al. "Equity impact of participatory learning and action community mobilisation and mHealth interventions to prevent and control type 2 diabetes and intermediate hyperglycaemia in rural Bangladesh: analysis of a cluster randomised controlled trial." *Journal of epidemiology and community health* vol. 76,6 (2022): 586-594. doi:10.1136/jech-2021-217293

¹⁶ Katula, Jeffrey A et al. "Effects of a Digital Diabetes Prevention Program: An RCT." *American journal of preventive medicine* vol. 62,4 (2022): 567-577. doi:10.1016/j.amepre.2021.10.023

¹⁷ Frydenberg, Morten et al. "Is patient activation a mediator of the effect of a health promoting intervention in adults at high risk of type 2 diabetes? A longitudinal path model analysis within a randomised trial." *BMC public health* vol. 22,1 439. 4 Mar. 2022, doi:10.1186/s12889-022-12864-z

asignó manejo estándar (SM) y a otro grupo un programa de modificación del estilo de vida basado en internet (LSM). Este estudio no especifica las características del programa LSM, pero reporta que sus resultados a corto plazo favorecen la disminución de peso y de cifras de glucosa en sangre, a comparación del grupo de personas que recibió SM. Este estudio demostró la efectividad a corto plazo de un programa de prevención de la diabetes basado en internet.¹⁸

El Sophia Step Study fue un ensayo que evaluó a tres grupos de adultos con prediabetes a lo largo de 2 años. Al primer grupo se le indicó el uso de contadores de pasos. Al segundo grupo se le ofreció el contador de pasos más sesiones grupales guiadas por la teoría cognitiva social y el modelo transteórico del cambio para favorecer cambios de comportamiento saludable, así como consultas individuales basadas en la entrevista motivacional, y a un tercer grupo se le ofreció atención estándar: reunirse con personal médico y de enfermería según fuera necesario. Como resultado, en el grupo que se indicó autoconteo de pasos con apoyo de asesoramiento, se observó una constancia en la actividad física, pero no se observó una mejoría significativa en el control metabólico ni en los factores de riesgo cardiometabólicos. Ninguno de los tres grupos mejoró sobre las cifras iniciales de HbA1c ni otros factores de riesgo cardiometabólicos¹⁹.

Como este estudio, el ensayo PROPELS evaluó si el uso de un podómetro acompañado de intervenciones para favorecer estilos de vida saludables en adultos con prediabetes, resultaba útil para disminuir la incidencia de diabetes. Se observaron cambios modestos en el aumento de actividad física a comparación de un grupo con atención estándar, estos cambios no se mantuvieron a los 48 meses y tampoco se observó una mejoría en los parámetros metabólicos²⁰.

Un metaanálisis realizado por la Universidad de Ciencia Médicas de Tabriz, Irán arroja resultados favorecedores para el uso de intervenciones educativas comunitarias para la prevención de la diabetes en pacientes de alto riesgo, señalando que se observa disminución de niveles de HbA1c, glucemia en ayunas índice de masa corporal y circunferencia de cintura. Sin embargo estos resultados no se observan en la mayoría de las personas estudiadas y tampoco se observan resultados sostenidos a largo plazo²¹.

De Por Vida fue un programa de 12 meses que se implementó en una comunidad de mujeres hispanas con alto riesgo de prediabetes, en Oregon, Estados Unidos. Este estudio demostró la importancia de una intervención adaptada culturalmente para modificar el estilo de vida. Se observó que a comparación de la atención estándar, un enfoque

¹⁸ Lee, Jin-Hee et al. "Short-Term Effects of the Internet-Based Korea Diabetes Prevention Study: 6-Month Results of a Community-Based Randomized Controlled Trial." *Diabetes & metabolism journal* vol. 45,6 (2021): 960-965. doi:10.4093/dmj.2020.0225

¹⁹ Rossen, Jenny et al. "Effects of a three-armed randomised controlled trial using self-monitoring of daily steps with and without counselling in prediabetes and type 2 diabetes-the Sophia Step Study." *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* vol. 18,1 121. 8 Sep. 2021, doi:10.1186/s12966-021-01193-w

²⁰ Khunti, Kamlesh et al. "Promoting physical activity in a multi-ethnic population at high risk of diabetes: the 48-month PROPELS randomised controlled trial." *BMC medicine* vol. 19,1 130. 3 Jun. 2021, doi:10.1186/s12916-021-01997-4

²¹ Shirvani, Tayebbeh et al. "Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis." *Systematic reviews* vol. 10,1 81. 20 Mar. 2021, doi:10.1186/s13643-021-01619-3

preventivo de diabetes que toma en cuenta las tradiciones de un pueblo, su comida, su lenguaje y su modo de vida, tiene un efecto mucho más significativo a comparación de la atención estándar²².

Otra intervención similar, la intervención Vida Sana, también tuvo un enfoque adaptado culturalmente para adultos latinos con riesgo de diabetes. Fue realizada en California, E. U. Se observó que a comparación del grupo que recibió atención habitual, el grupo de intervención Vida Sana se vio favorecido por la pérdida ponderal durante 12 meses, pero esta no se mantuvo durante 24 meses²³.

El ensayo WRAP, en E. U. estudió los efectos de la pérdida ponderal en personas adultas con sobrepeso y obesidad, para disminuir su riesgo de diabetes mediante el asesoramiento, apoyo y aliento para perder peso mediante técnicas de cambio de comportamiento para favorecer una dieta adecuada y aumento en la actividad física. Se observó que una intervención de 52 semanas tiene mayor probabilidad de disminuir el sobrepeso y la obesidad, así como las cifras de hiperglucemia no diabética²⁴.

Un ECA evaluó los efectos entre realizar intervenciones familiares a comparación de intervenciones individuales en adultos con prediabetes. Las intervenciones familiares se basaron en recomendaciones personalizadas para cada integrante de la familia en cuestiones de dieta y ejercicio así como sesiones mensuales de estilo de vida saludable. Se observó un resultado positivo en la disminución de riesgo de diabetes en los pacientes con intervenciones familiares, a comparación de los pacientes que fueron atendidos individualmente²⁵.

El estudio ComPoD, en Inglaterra, evaluó la eficacia de un programa comunitario de prevención de diabetes en adultos con sobrepeso y diabetes. A este grupo se le dieron sesiones grupales semanales que promovían hábitos de vida saludables. Se observó disminución de peso a los 6 meses a comparación del grupo control, pero esta pérdida no se mantuvo a los 12 meses, no se observó disminución en cifras de HbA1c ni de TA²⁶.

En Tailandia, se evaluó un programa de estilo de vida para la prevención de diabetes en adultos con intolerancia a la glucosa. El grupo de estudio participó en actividades grupales para favorecer comportamientos saludables. El grupo control recibió un programa de educación de una sola sesión. Como resultado, el grupo de intervención tuvo una menor

²² Lindberg, Nangel M et al. "Lessons Learned From a Program to Reduce Diabetes Risk Among Low-Income Hispanic Women in a Community Health Clinic." *Frontiers in endocrinology* vol. 11 489882. 8 Jan. 2021, doi:10.3389/fendo.2020.489882

²³ Rosas, Lisa G et al. "Effect of a Culturally Adapted Behavioral Intervention for Latino Adults on Weight Loss Over 2 Years: A Randomized Clinical Trial." *JAMA network open* vol. 3,12 e2027744. 1 Dec. 2020, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27744

²⁴ Ahern, Amy L et al. "The effect of referral to an open-group behavioural weight-management programme on the relative risk of normoglycaemia, non-diabetic hyperglycaemia and type 2 diabetes: Secondary analysis of the WRAP trial." *Diabetes, obesity & metabolism* vol. 22,11 (2020): 2069-2076. doi:10.1111/dom.14123

²⁵ Vargas-Ortiz, Katya et al. "Effect of a family and interdisciplinary intervention to prevent T2D: randomized clinical trial." *BMC public health* vol. 20,1 97. 22 Jan. 2020, doi:10.1186/s12889-020-8203-1

²⁶ Smith, Jane R et al. "The community-based prevention of diabetes (ComPoD) study: a randomised, waiting list controlled trial of a voluntary sector-led diabetes prevention programme." *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* vol. 16,1 112. 27 Nov. 2019, doi:10.1186/s12966-019-0877-3

incidencia de diabetes a los dos años así como disminución del peso corporal, a diferencia del grupo control donde incluso se observó aumento de peso²⁷.

El programa de prevención de diabetes de Kerala se basó en apoyo comunitario entre pares con 12 meses de duración. Este programa incluía 15 sesiones grupales y actividades comunitarias con enfoque de estilo de vida saludable. Los participantes del grupo control recibieron un folleto con información acerca de cómo llevar un estilo de vida saludable. Los participantes de ambos grupos eran adultos con riesgo elevado de presentar diabetes. A los 24 meses, no se observó una reducción significativa en la incidencia de diabetes en el grupo de intervención²⁸.

1. Nombre	Equity impact of participatory learning and action community mobilisation and mHealth interventions to prevent and control type 2 diabetes and intermediate hyperglycaemia in rural Bangladesh: analysis of a cluster randomised controlled trial.
Autores	Pires, Malini et al.
Resultados	La creación de grupos de aprendizaje y acción participativos (PLA) en adultos con riesgo elevado de desarrollar diabetes tipo 2 disminuye la incidencia de esta enfermedad.
2. Nombre	Effects of a Digital Diabetes Prevention Program: An RCT.
Autores	Katula, Jeffrey A et al.
Resultados	Los Programas digitales de prevención de la diabetes (d-DPP) son un recurso efectivo de la telemedicina en materia de prevención de DM2 para personas con prediabetes.
3. Nombre	Is patient activation a mediator of the effect of a health promoting intervention in adults at high risk of type 2 diabetes? A longitudinal path model analysis within a randomised trial.
Autores	Frydenberg, Morten et al.
Resultados	No se encontraron cambios estadísticamente significativos relacionados con la activación del paciente para prevenir la diabetes, por lo que es necesario mejorar la comprensión de qué mecanismos pueden conducir al cambio previsto.
4. Nombre	Short-Term Effects of the Internet-Based Korea Diabetes Prevention Study: 6-Month Results of a Community-Based Randomized Controlled Trial.
Autores	Lee, Jin-Hee et al.
Resultados	Se observó una reducción estadísticamente significativa en el peso corporal, IMC y niveles de glucosa en sangre. Se necesitan estudios a largo plazo para comprobar el mantenimiento de esta mejoría.
5. Nombre	Effects of a three-armed randomised controlled trial using self-monitoring of daily steps with and without counselling in prediabetes and type 2 diabetes-the Sophia Step Study.
Autores	Rossen, Jenny et al.

²⁷ Aekplakorn, Wichai et al. "Evaluation of a Community-Based Diabetes Prevention Program in Thailand: A Cluster Randomized Controlled Trial." *Journal of primary care & community health* vol. 10 (2019): 2150132719847374. doi:10.1177/2150132719847374

²⁸ Thankappan, Kavumpurathu R et al. "A peer-support lifestyle intervention for preventing type 2 diabetes in India: A cluster-randomized controlled trial of the Kerala Diabetes Prevention Program." *PLoS medicine* vol. 15,6 e1002575. 6 Jun. 2018, doi:10.1371/journal.pmed.1002575

Resultados	Se logró evitar disminución en la actividad física, pero no se observó una mejoría significativa en el control metabólico ni en los factores de riesgo cardiometabólicos.
6. Nombre	Promoting physical activity in a multi-ethnic population at high risk of diabetes: the 48-month PROPELS randomised controlled trial.
Autores	Khunti, Kamlesh et al.
Resultados	Se observaron cambios modestos en la actividad física, pero no se mantuvieron a los 48 meses.
7. Nombre	Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis.
Autores	Shirvani, Tayebbeh et al.
Resultados	Las intervenciones educativas pueden reducir la incidencia de diabetes en un 54%
8. Nombre	Lessons Learned From a Program to Reduce Diabetes Risk Among Low-Income Hispanic Women in a Community Health Clinic.
Autores	Lindberg, Nangel M et al.
Resultados	Una intervención culturalmente adaptada puede disminuir el riesgo de diabetes.
9. Nombre	Effect of a Culturally Adapted Behavioral Intervention for Latino Adults on Weight Loss Over 2 Years: A Randomized Clinical Trial.
Autores	Rosas, Lisa G et al.
Resultados	La intervención de Vida Sana, resultó eficaz para la pérdida de peso durante 12 meses, pero no durante 24 meses.
10. Nombre	The effect of referral to an open-group behavioural weight-management programme on the relative risk of normoglycaemia, non-diabetic hyperglycaemia and type 2 diabetes: Secondary analysis of the WRAP trial.
Autores	Ahern, Amy L et al.
Resultados	Los programas conductuales de pérdida de peso pueden ayudar a prevenir el desarrollo de prediabetes en personas con IMC ≥ 25 y a normalizar la glucemia en personas con prediabetes.
11. Nombre	Effect of a family and interdisciplinary intervention to prevent T2D: randomized clinical trial.
Autores	Vargas-Ortiz, Katya et al.
Resultados	Una intervención de cambios en el estilo de vida con enfoque familiar es más eficaz para el logro y mantenimiento de cifras normales de glucosa, de perfil lipídico y composición corporal
12. Nombre	The community-based prevention of diabetes (ComPoD) study: a randomised, waiting list controlled trial of a voluntary sector-led diabetes prevention programme.
Autores	Smith, Jane R et al.
Resultados	Se observaron efectos modestos a corto plazo en los resultados relacionados con el peso, así como efectos limitados sobre otros factores de riesgo de diabetes, incluida la actividad física.
13. Nombre	Evaluation of a Community-Based Diabetes Prevention Program in Thailand: A Cluster Randomized Controlled Trial.
Autores	Aekplakorn, Wichai et al.
Resultados	La modificación del estilo de vida basada en la comunidad mediante actividades grupales participativas es efectiva para prevención o el retraso de la incidencia de

	diabetes entre las poblaciones con intolerancia a la glucosa.
14. Nombre	A peer-support lifestyle intervention for preventing type 2 diabetes in India: A cluster-randomized controlled trial of the Kerala Diabetes Prevention Program.
Autores	Thankappan, Kavumpurathu R et al.
Resultados	La intervención en el estilo de vida apoyada por pares no produjo una reducción significativa en la incidencia de diabetes a los 24 meses en una población con un alto riesgo de desarrollar DM2

Recomendaciones.

Según la evidencia documentada, los pacientes adultos con prediabetes se ven beneficiados de los programas que incentivan los cambios en el estilo de vida hacia hábitos más saludables de dieta y actividad física, por lo que es necesaria la implementación de este tipo de programas a nivel de atención primaria de la salud. Sin embargo es necesario realizar un enfoque con metas a largo plazo para buscar el mantenimiento de los nuevos estilos adoptados, ya que esto podrá favorecer una verdadera disminución en la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 en adultos con alto riesgo de presentarla.

Los grupos de ayuda entre pares, ayuda comunitaria y atención enfocada en la cultura de la población que se atiende son elementos de gran importancia en el manejo de estos pacientes, por lo que deben verse fortalecidos.

Conclusiones

El propósito de este trabajo fue conocer la información disponible sobre las intervenciones en el estilo de vida como herramientas para la prevención de diabetes en pacientes adultos con prediabetes, así como evaluar el impacto que tienen al ser llevadas a la práctica médica de primer nivel de atención. Lo anterior debido a la importancia de mantener un enfoque preventivo para disminuir la incidencia de diabetes en pacientes de alto riesgo.

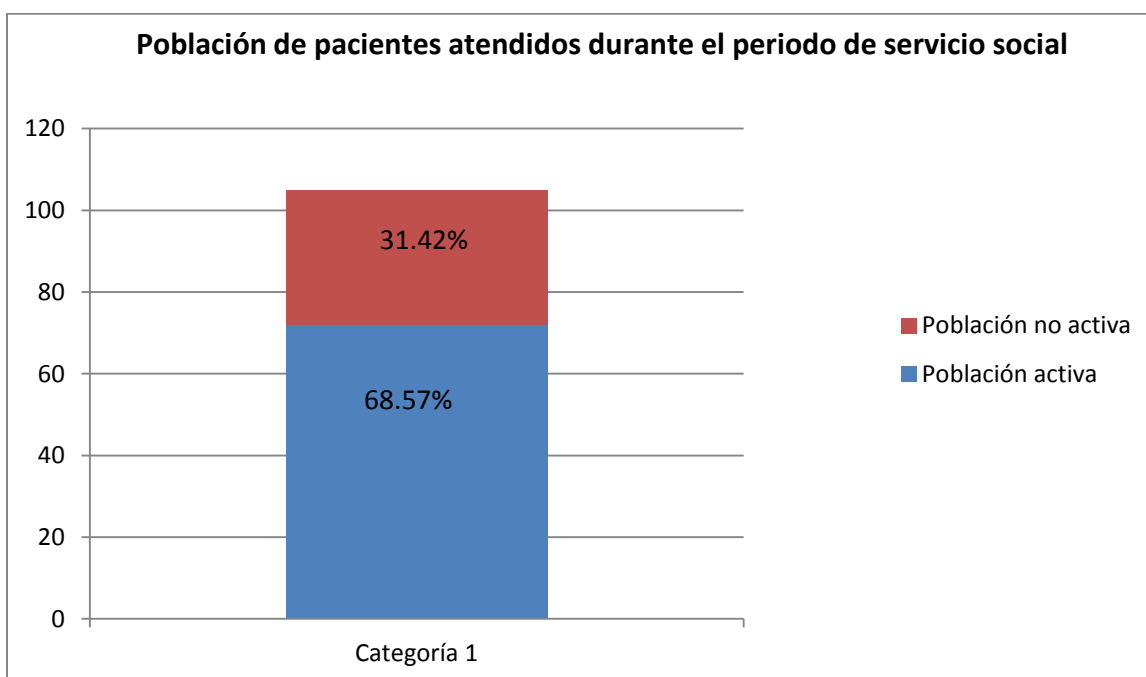
Los hallazgos más relevantes que se obtuvieron a partir de la revisión de los artículos presentados muestran una clara evidencia de que los cambios en el estilo de vida hacia hábitos saludables de dieta y actividad física favorecen la disminución del riesgo de desarrollar diabetes en personas adultas con prediabetes. Llevar a cabo programas de intervención para realizar este propósito es factible, pero es necesario realizar más investigación que permita desarrollar mecanismos para que estos cambios puedan ser logrados a largo plazo e idealmente de forma permanente.

Por lo anterior, considero que existe un beneficio en los pacientes que se unen a programas de intervención de estilos de vida, y que estos programas deberían implementarse en centros de atención primaria de manera permanente. Sin embargo, es necesaria más investigación para desarrollar un manejo que ayude a que los cambios realizados perduren a largo plazo y que estos no se vean afectados al término del programa de intervención.

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

A continuación se presenta el balance de desempeño clínico en el proyecto.

Como primer punto, se hace mención de que el número total de pacientes registrados, tanto preexistentes como de nuevo ingreso, en Redcap durante el año de servicio social es de 125. De este total de pacientes, 105 fueron atendidos durante el periodo de febrero 2022 a enero 2023 en el C.S.T. II San Mateo Xalpa, con una población activa de 72 y una población no activa (a la que al menos se le dio una consulta) de 33. Finalmente existe una población de 20 pacientes que fueron registrados durante el periodo anterior, que en este año no se presentaron en ninguna ocasión.

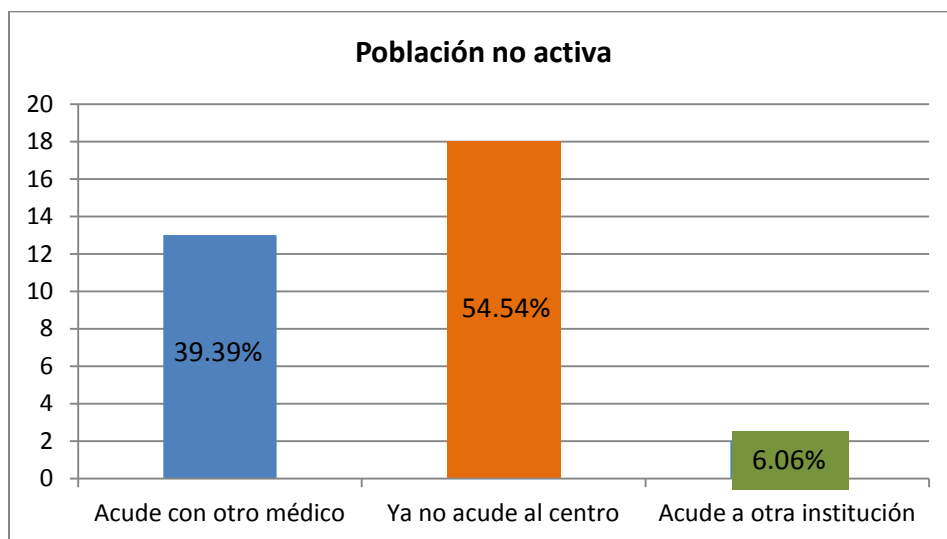


Dentro de la población no activa, encontramos que 13 de estos pacientes acuden con otro médico, esto debido a que tienen preferencia por otros días y horarios de atención, como por ejemplo los fines de semana, días en que no existe la posibilidad de seguimiento de los pacientes. Otra razón por la que acuden con otro médico es porque pierden su consulta subsecuente y cuando vuelven a acudir a consulta, ya sin cita, son pasados con otro médico que en el momento se encuentra libre para brindarles atención. Por este motivo se empezó a implementar que los pacientes que pierden su cita y sean atendidos por otro médico, al terminar esa consulta, pasen nuevamente con nosotros para que se les asigne una nueva cita y así continuar su seguimiento dentro del proyecto.

El principal motivo por el que los pacientes no están activos es debido a que ya no acuden al centro de salud. En este caso, son 18 los pacientes. En su mayoría, se desconoce la causa debido a que no se logra establecer contacto vía telefónica, en otros casos es

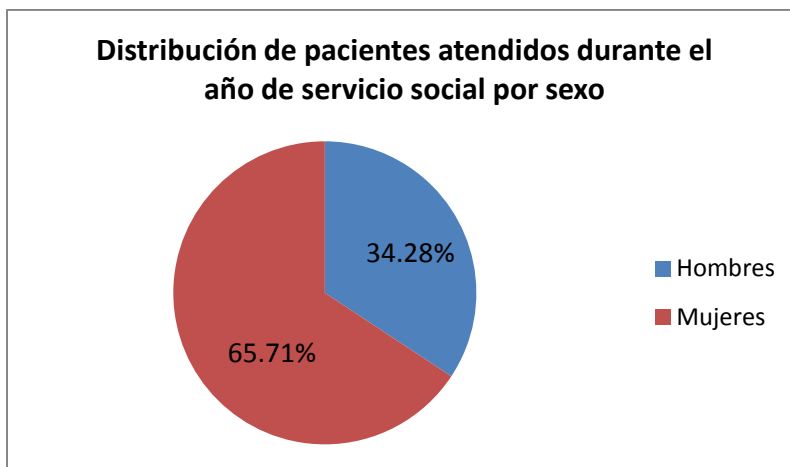
debido a que los pacientes tienen otras actividades que les impiden regresar y en contados casos es debido a que el paciente acudió para ser atendido también por otro problema de salud y cuando este se resolvió, no volvieron al seguimiento de las otras enfermedades.

Existe el caso de 2 pacientes ya no están activos porque refieren preferencia por otra institución debido a que les parece más práctico



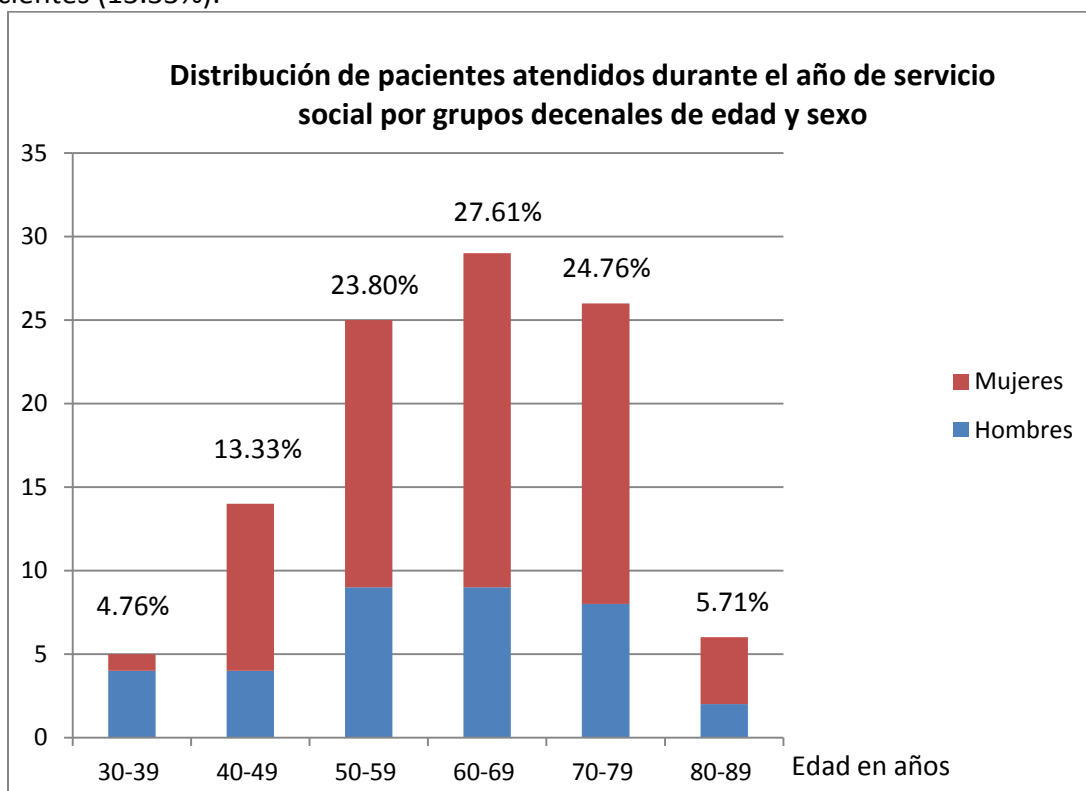
Información demográfica

De los pacientes que se atendieron durante este año, tanto activos como no activos, 69 son mujeres, correspondiente a un 65.71%. El número de hombres es de 36, que reflejan el 34.2%. Vemos así, que la mayor parte de las personas atendidas son mujeres. Esto se observa de forma predominante y habría que buscar la manera de que los hombres también se sientan alentados para empezar a acudir a atención médica y para darle seguimiento. Es importante notar que una tercera parte de los hombres fueron a consulta acompañados de sus esposas o de sus madres y en ocasiones fue esta compañía la que favoreció el seguimiento de la atención.



Los pacientes que se atendieron pertenecen a diversos grupos etarios. La mayor parte de la población atendida se encuentra entre los 60 a 69 años con un total de 29 pacientes que representan el 27.61%. El grupo de 70 a 79 años es el segundo grupo de pacientes más atendido, con 26 pacientes que corresponden al 24.76%. Como tercer grupo etario con mayor número de pacientes, está el de 50 a 59 años, con 25 pacientes representando el 23.80%.

En cuanto al menor número de pacientes atendidos, está el grupo de 30 a 39 años de edad, con 5 pacientes (4.76%). El segundo grupo con menor número de pacientes es el de 80 a 89 años, con 6 pacientes (5.71%), seguido por el grupo de 40 a 49 años, con 14 pacientes (13.33%).



Motivos de atención

Durante el periodo de servicio social de febrero 2022 a enero 2023 en el C. S. T. II San Mateo Xalpa, se dieron un total de 618 consultas pertenecientes al proyecto. Con un promedio de 60 consultas mensuales, 60 consultas de primera vez y 558 consultas subsecuentes.

De acuerdo al grupo de edad, de los 30 a 39 años, se dieron 12 consultas, de las cuales, 4 fueron para la única paciente perteneciente a este grupo de edad y 8 fueron para los pacientes masculinos. En este grupo fue donde se observó mayor deserción al seguimiento de consultas. Estos pacientes comentan que la dificultad del seguimiento se debe a que sus actividades diarias les impiden acudir a las consultas.

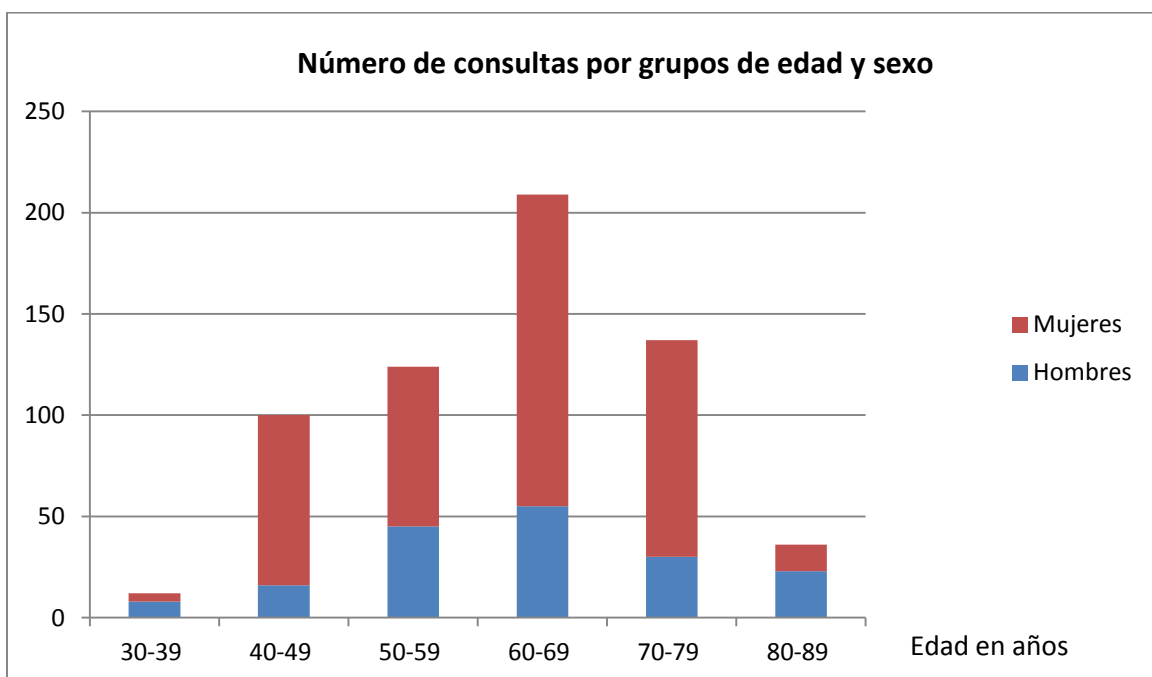
En el grupo de 40 a 49 años, se dieron un total de 100 consultas, 84 para las mujeres y 16 para los hombres.

El grupo de 50 a 59 años recibió 124 consultas, de las que 79 fueron para mujeres y 45 para hombres.

En el grupo de 60 a 69 años se dieron 154 consultas a las mujeres, mientras que 55 fueron para los hombres, con un total de 209 consultas en este grupo de edad, que recibió el mayor número de consultas.

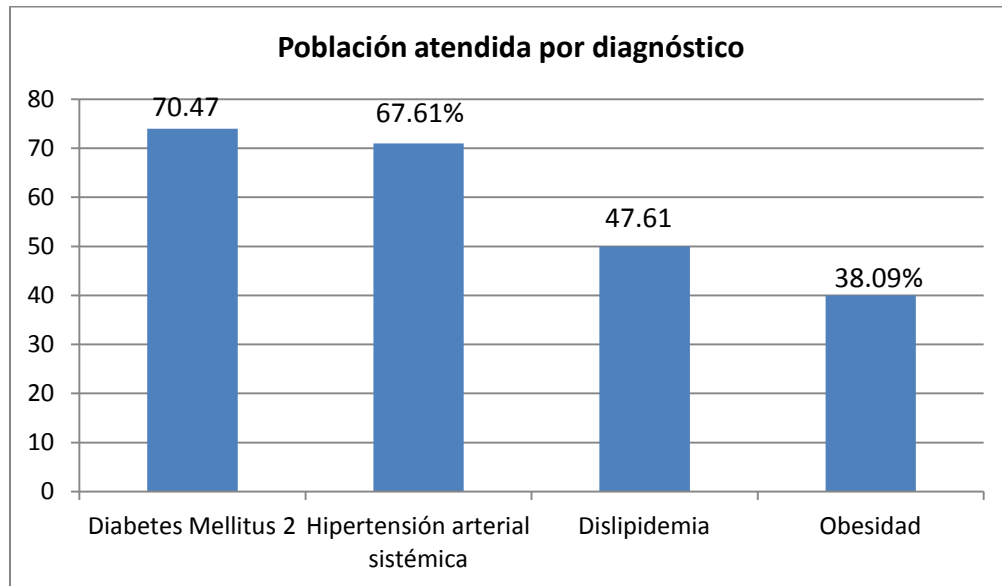
De los pacientes con 70 a 79 años, 107 consultas fueron dadas a mujeres y 30 a hombres, resultando 137 consultas en total.

El grupo de 80 a 89 años recibió 36 consultas, 13 de las cuales fueron dadas a mujeres y 23 a hombres. En este grupo se observa que a pesar de que está conformado en su mayoría por mujeres, como se muestra en la gráfica anterior, son los hombres los que tienen mayor número de consultas.

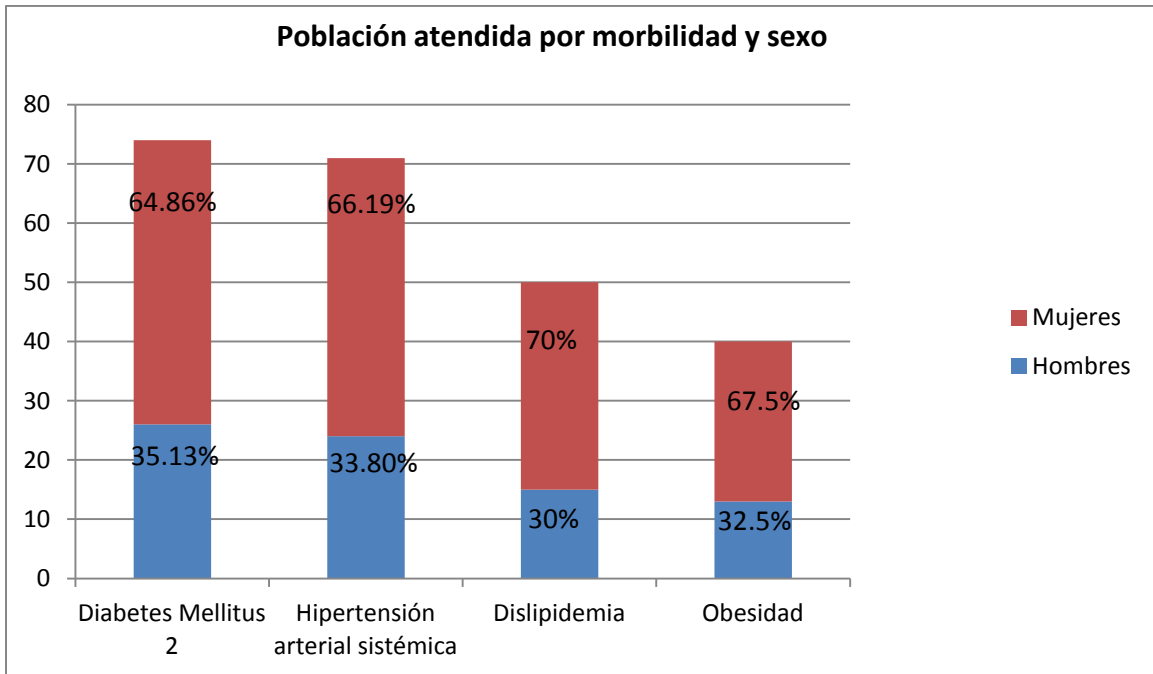


Morbilidad atendida

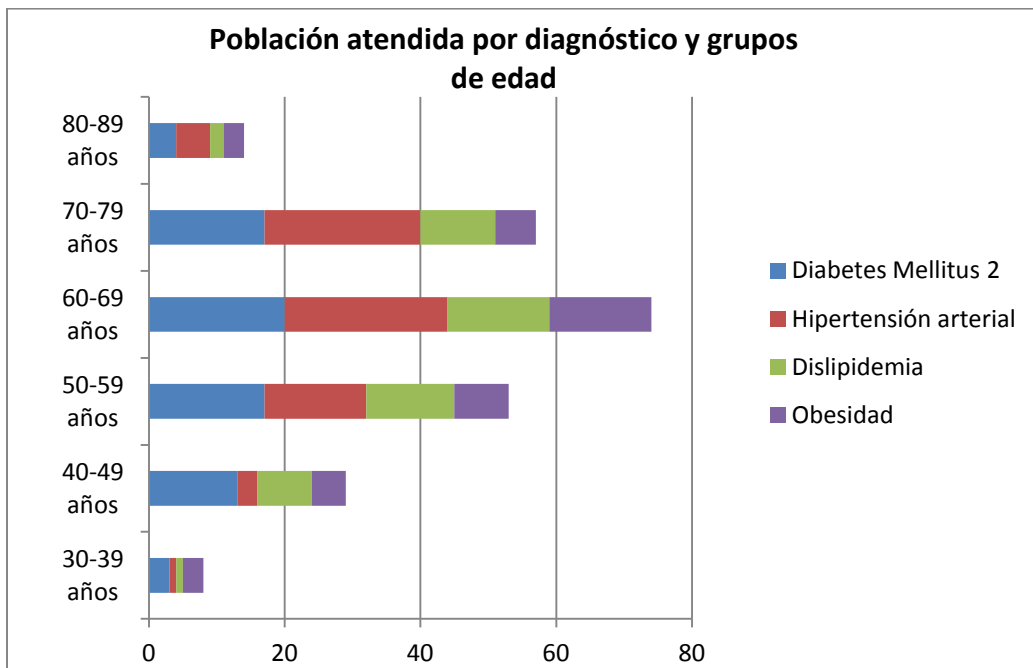
De los 105 pacientes que se atendieron durante este periodo, 74 de ellos tienen diabetes tipo 2, siendo la enfermedad de mayor prevalencia, la presenta 70.47% de la población atendida. La hipertensión arterial es la segunda enfermedad de mayor prevalencia, la presentan 71 pacientes correspondientes al 67.61% de la población. La dislipidemia es la tercera enfermedad en prevalencia, con 50 pacientes que representan el 47.61%. Finalmente, la obesidad tiene la menor prevalencia, con 40 pacientes representando el 38.09% de la población.



De los pacientes atendidos por morbilidad, la mayor prevalencia se observa en el sexo femenino, en todos los casos. Para la diabetes, 48 pacientes son mujeres (64.83%) y 26 son hombres (35.13%). En cuanto a la hipertensión arterial, se observa en 47 mujeres (66.19%) y 24 hombres (33.8%). La dislipidemia se presenta en 35 mujeres (70%) y 15 hombres (30%). Finalmente, 27 mujeres (67.5%) y 13 hombres (32.5%) presentan obesidad.



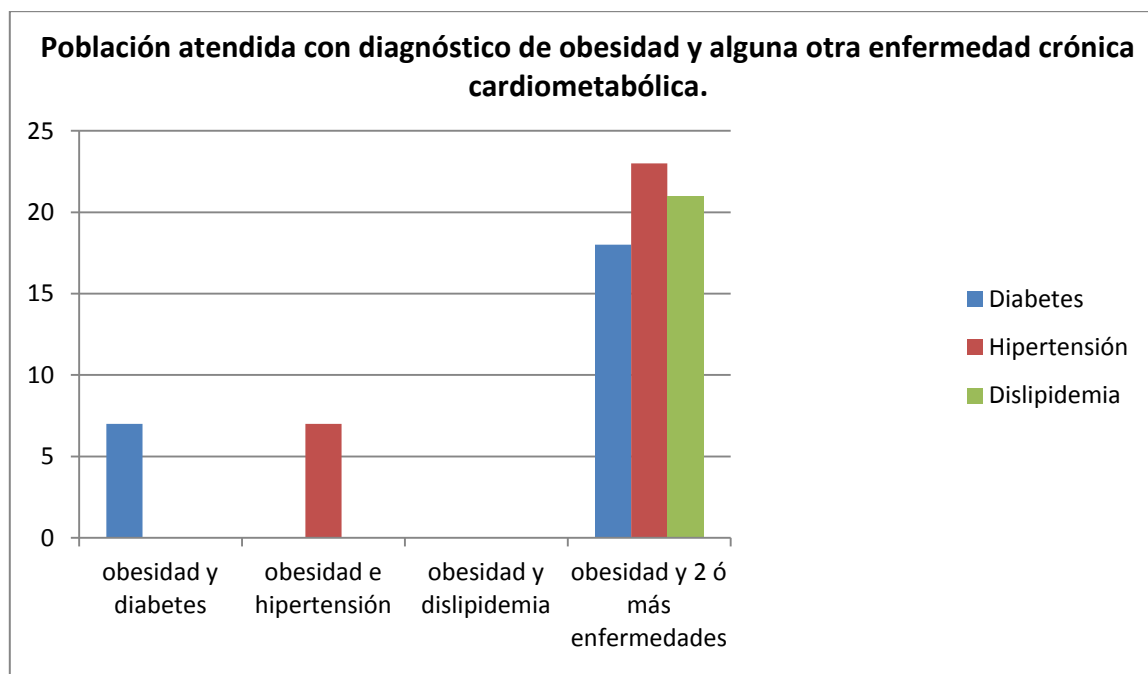
Las poblaciones que presentan mayor prevalencia de diabetes son los tres grupos que abarcan de los 30 a los 59 años. En las poblaciones de 60 a 89 años la hipertensión es la enfermedad de mayor prevalencia, seguida por la diabetes. Esto muestra la incidencia de diabetes en una población cada vez más joven, así como la necesidad de intervenciones para prevenirla. Se observa que en todos los grupos se presentan las cuatro enfermedades. El grupo con mayor número de personas con dislipidemia está en la población de 60 a 69 años, misma que también tiene la mayor prevalencia de obesidad.



Población atendida por diagnóstico y grupos de edad				
Grupo etáreo	DM2	HAS	Dislipidemia	Obesidad
30 - 39 años	3	1	1	3
40 - 49 años	13	3	8	5
50 - 59 años	17	15	13	8
60 - 69 años	20	24	15	15
70 - 79 años	17	23	11	6
80 - 89 años	4	5	2	3

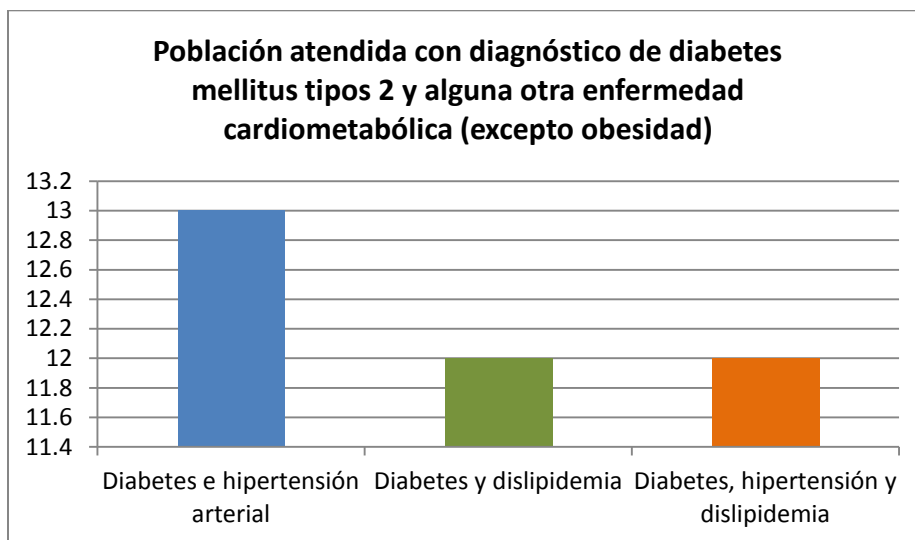
Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardiometabólica.

De los 40 pacientes con obesidad, 2 no presentan ninguna otra comorbilidad. Sobre esos 38 pacientes que presentan alguna otra enfermedad, se observa que 7 pacientes tienen obesidad y diabetes. Los pacientes con obesidad e hipertensión igualmente son 7. No se presentan pacientes que tengan únicamente obesidad y dislipidemia. En cuanto a los pacientes con obesidad y 2 ó más comorbilidades, 18 de ellos tienen diabetes, 23 hipertensión y 21 dislipidemia.



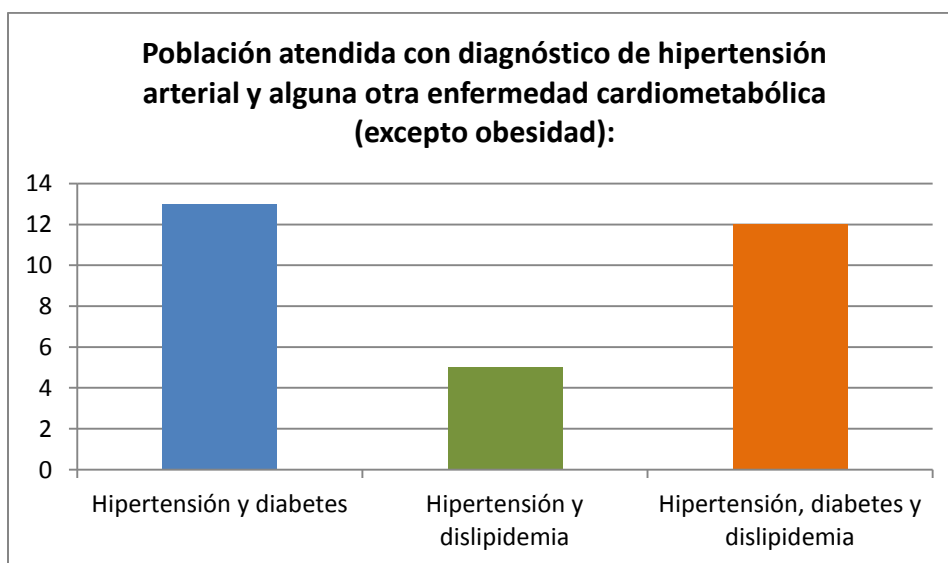
Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

De 37 pacientes que presentan estos diagnósticos, 13 tienen únicamente diabetes e hipertensión arterial, 12 tienen diabetes y dislipidemia, y 12 tienen diabetes, hipertensión y dislipidemia.



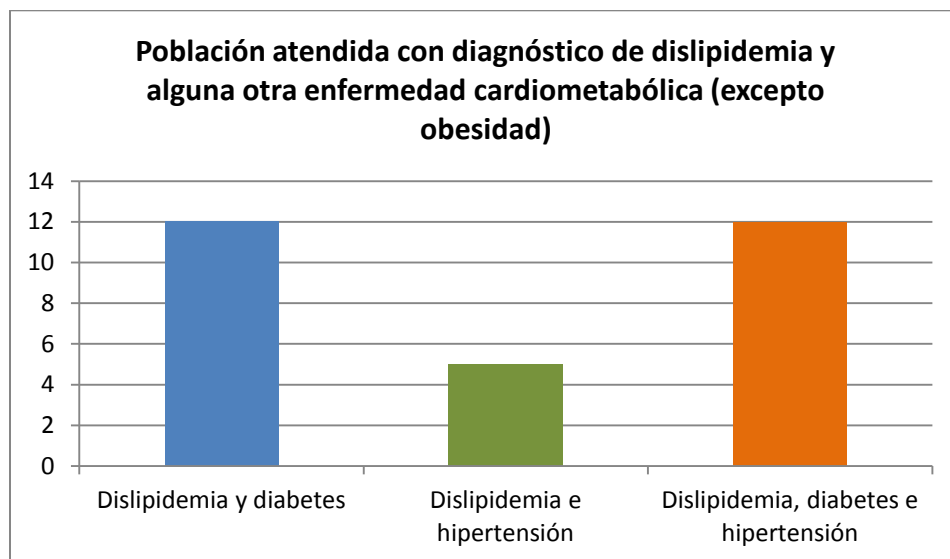
Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

El número de pacientes con estos diagnósticos es de 18, de los que 13 tienen diagnóstico de hipertensión y diabetes, 5 de hipertensión y dislipidemia y 12 pacientes tienen hipertensión, diabetes y dislipidemia.



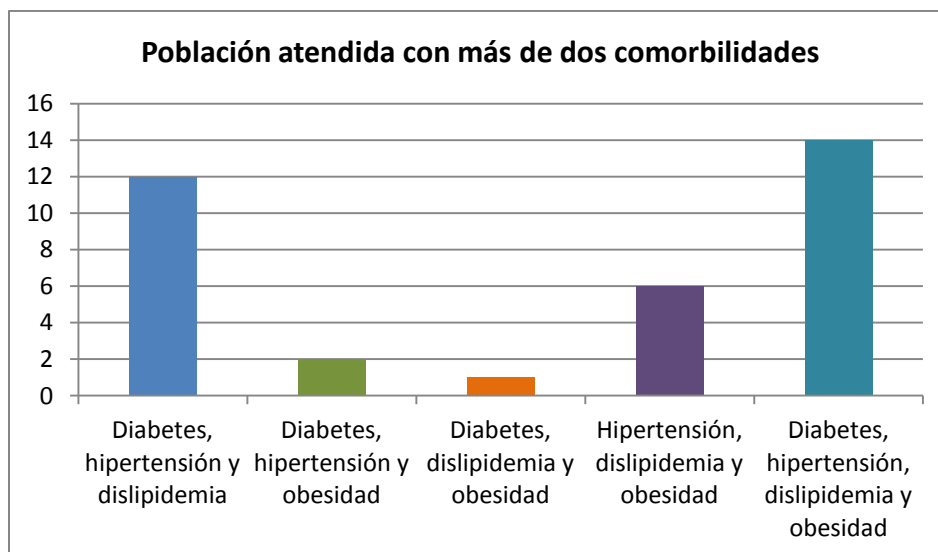
Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

Los pacientes que presentan estos diagnósticos son 29. Aquellos con dislipidemia y diabetes son 12. Los pacientes que tienen dislipidemia e hipertensión son 5 y los que presentan dislipidemia, diabetes e hipertensión son 12



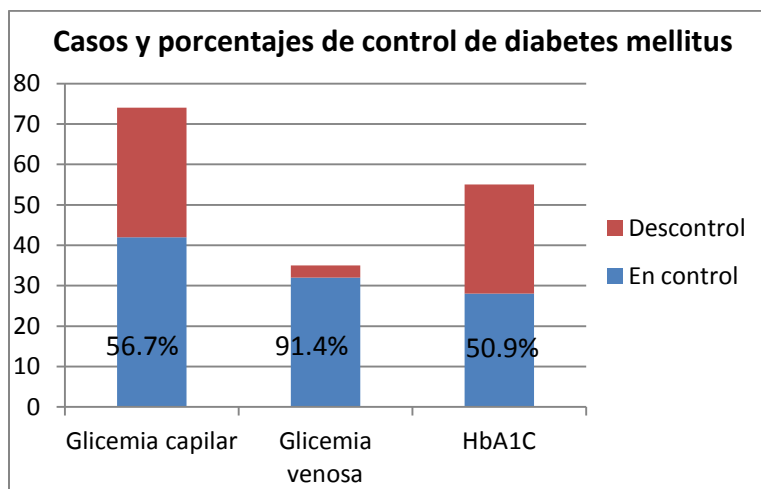
Población atendida con más de dos comorbilidades

El número de pacientes con 3 o más diagnósticos es de 35. Los pacientes con diabetes, hipertensión y dislipidemia son 12. Aquellos con diagnóstico de diabetes, hipertensión y obesidad son 2. Hay 1 paciente con diabetes, dislipidemia y obesidad. Hay 6 pacientes con hipertensión, dislipidemia y obesidad. El mayor número de pacientes es 14, para el diagnóstico de diabetes, hipertensión, dislipidemia y obesidad.



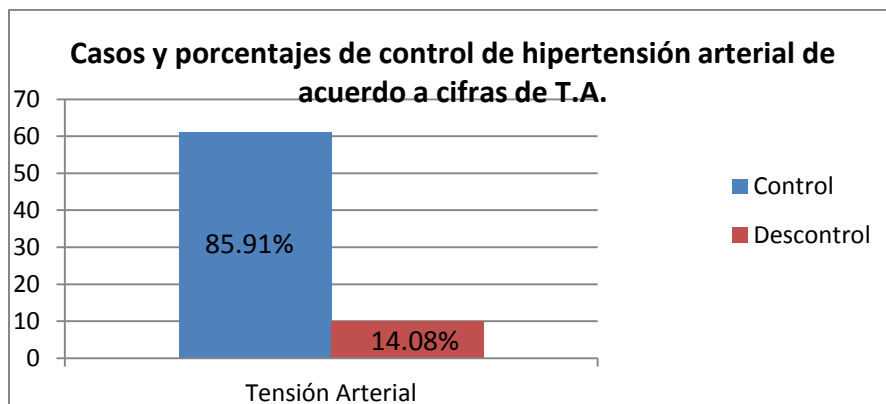
Resultados de control de enfermedad crónica

Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a glicemia y HbA1c. De los 74 pacientes con diabetes, se tienen 74 registros de glicemia capilar, con resultados menores a 130 mg/dl en 42 de ellos, dando un 56.7% de pacientes en control con este parámetro. Con la glicemia venosa no se obtiene registro para cada paciente debido a la dificultad que se presenta de tener estudios de laboratorio de cada uno de ellos y sobre todo que sean recientes, por lo que se contó con 35 registros, de los cuales 32 muestran cifras menores a 130 mg/dl, dando un 91.4% de control con este parámetro. Con la HbA1c se obtienen 55 registros, de los cuáles 28 se encuentran en cifras menores a 7%, obteniendo un porcentaje de 50.9% en control. Ningún paciente presentó cifras de hipoglucemia en sus últimos registros de glucometría capilar, tampoco en las cifras de glicemia venosa.



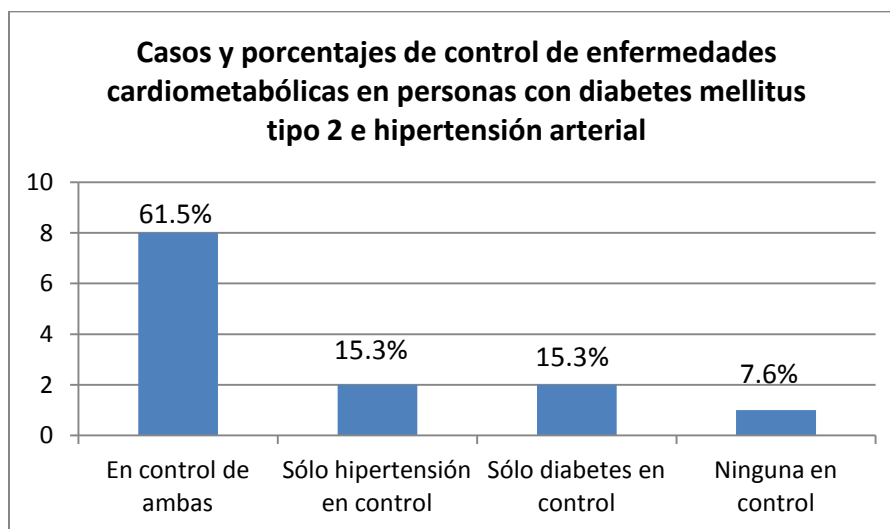
Casos y porcentajes de control de hipertensión arterial de acuerdo a cifras de T.A.

De los 71 pacientes con hipertensión, 61 se encuentran en cifras de 130/80 ó menores. Se tomó esta cifra teniendo en cuenta sus comorbilidades, como diabetes, dislipidemia y obesidad. El 85.9% de los pacientes se encuentran dentro de las cifras de control. Ninguno de los pacientes presentó cifras de hipotensión durante el último registro de TA.



Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

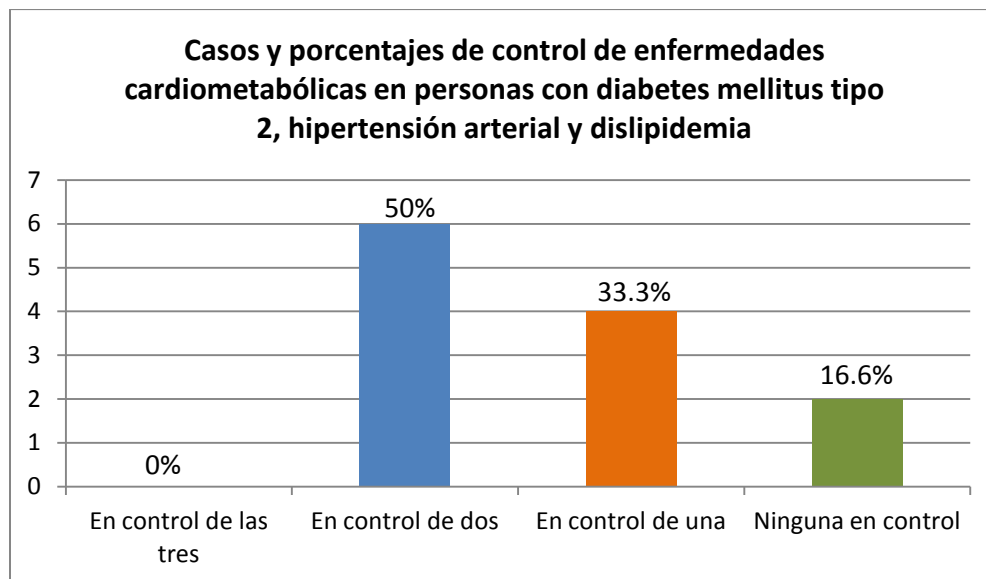
El número de personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial son 13, de las que 8 se encuentran en control de ambas enfermedades, representan el 61.5%. Son 2 las personas que sólo tienen en control la hipertensión representan el 15.3%, se obtienen los mismos resultados para las personas que sólo presentan control de la diabetes. Una persona, representando el 7.6% no está en control de ninguna enfermedad.



Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia

Se presentan 12 casos, de los cuales ninguno está en control de las 3 enfermedades, en control de 2 enfermedades se encuentran 6 pacientes, representando el 50%. En control de una enfermedad se tiene a 4 personas, con el 33.3% y 2 personas no están en control de ninguna de las tres enfermedades, representando un 16.6%. De forma específica, 8 pacientes se encuentran en control de la hipertensión arterial, 6 en control de diabetes y 2 en control de dislipidemia. Para obtener estos resultados se tuvo en consideración la

glucosa en ayuno menor a 130 mg/dl, la tensión arterial igual o menor a 130/80 mm Hg y las cifras de colesterol menores a 200 mg/dl, así como triglicéridos menores a 150 mg/dl.



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

En este módulo, se presentaron casos clínicos de pacientes pertenecientes al proyecto. El objetivo era poner en práctica el enfoque centrado en la persona, no en la enfermedad que esta padece, como se suele hacer en la práctica médica convencional.

Como se mencionó en el apartado de Diplomado de este trabajo final, en estos casos clínicos se tomó en cuenta a la persona vista como un todo. Teniendo en cuenta su entorno, su red de apoyo, las facilidades y dificultades que presenta, el tratamiento farmacológico que tiene, su examen clínico, las acciones dirigidas que se han realizado específicamente para el tratamiento de esa persona, su evolución a lo largo del tiempo, el sentir de la persona respecto a su salud y a su enfermedad, sus expectativas, ideas, sentimientos, metas, necesidades y capacidades, así como el trabajo en conjunto con el equipo de salud para lograr sus metas y superar sus problemas y finalmente por qué elegimos a ese paciente.

Inicialmente, algún compañero presentaba el caso clínico y no se hacían interrupciones. Al final de la presentación, revisábamos en grupo cada diapositiva y en caso de tener alguna duda o comentario se hacía la intervención. También se evaluaba el tratamiento farmacológico, por qué se eligió determinado medicamento, cómo ha sido la evolución de la persona, si se han necesitado ajustes de dosis o cambio por algún otro, las posibilidades

económicas de la persona para comprar del medicamento en caso de que haya desabasto en farmacia. Otros puntos como el estilo de vida de la persona y las modificaciones que ha llevado a cabo para mejorar su salud también eran puntos de discusión.

No todos los compañeros tuvieron la oportunidad de presentar un caso clínico, pero cada caso expuesto fue muy enriquecedor y de alguna forma no parecía un caso ajeno, porque se tocaban situaciones que son compartidas por muchos pacientes. Ya sea el contar con una buena red de apoyo familiar y que esto favorezca una buena evolución del paciente y su familia, o por el contrario, que la carencia de este apoyo se refleje en una mayor afectación de la salud de la persona, no sólo en el ámbito físico, sino también en el emocional y psicológico.

Derivado de la exposición de estos casos, en sesiones posteriores se vieron temas que nos provocaran dudas, como por ejemplo el manejo farmacológico, para revisar temas como hipoglucemiantes orales e insulinas, o la atención psicológica de los pacientes.

4. Conclusiones.

La práctica médica centrada en la persona es un enfoque que si bien no es nuevo, tiene mucho camino por delante. En la Secretaría de Salud tuve la oportunidad de atender muchos pacientes y practicando el enfoque del diplomado, creo que aprendí mucho. Agradezco la oportunidad de haber llevado este programa de servicio social, aún cuando me incorporé a él sin tener una idea clara de lo que se trataba.

El modelo de atención integral centrado en la persona favorece una práctica médica más completa. No sólo se practica la parte científica de la medicina, sino también la parte humana, que es muy importante, porque nos dedicamos a tratar con las personas, no sólo a tratar enfermedades.

Existen muchas ventajas en la implementación de este proyecto en la Secretaría de Salud. Primeramente, no te van a faltar pacientes, hay una gran necesidad de atención médica, y tienes la oportunidad de tener un servicio social muy completo para poder practicar este modelo de atención. Por otro lado, es una realidad que a veces no tenemos el tiempo que quisiéramos dedicarle a cada paciente, igualmente, el desabasto de medicamentos es una desventaja porque hay pacientes de recursos económicos muy limitados y sin redes de apoyo que desgraciadamente no pueden llevar a cabo el tratamiento farmacológico, obviamente esto se ve reflejado en su salud.

Lo que más me gustó de este servicio social es la felicidad que veo en varios de los pacientes que atendí. Me gusta mucho escuchar sus planes, ver cómo poco a poco, van mejorando y ellos lo dicen. Es muy gratificante ver cómo una persona toma el control de su vida, porque al empezar a cuidar de su salud, de una u otra forma, tienen que cambiar su vida y justamente por esos cambios logran empoderarse y hacer frente a sus problemas.

Me llevo un grato recuerdo de este período de mi formación. Creo que aprendí mucho durante este tiempo y es un conocimiento que me va a servir para toda mi carrera profesional pero también para la vida en general. Creo que en este programa, aprendemos a valorar más a las personas y a tomarlas más en cuenta, También agradezco toda la práctica que tuve con el manejo de personas con enfermedades crónicas, especialmente con diabetes, que es de lo que más aprendí.

5. Referencias bibliográficas

Módulo 1: La Entrevista Motivacional como herramienta clínica para que las personas con enfermedades crónicas no transmisibles logren el autocuidado.

Bertalanffy L, Teoría General de los sistemas, Fondo de Cultura Económica, México 1986.

Cassell, E. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine, The New England Journal of Medicine, Estados Unidos, 1982.

Llorente del Pozo J, Iraurgi-Castillo E, Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína, Trastornos Adictivos. España, 2008;10(4):252-74.

Miller W, Rollnick S, La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. España, Editorial Paidós, 1999.

Morales J.F, Huici C. Psicología Social, Ed. UNED, Madrid, 2000.

Sullivan M. The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions, Estados Unidos, Oxford University Press, 2017.

Módulo 2: Pacientes adultos con prediabetes que participan en intervenciones de estilo de vida tienen menor riesgo de desarrollar diabetes

Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad. Datos nacionales. Noviembre 2020. www.inegi.org.mx

Aekplakorn, Wichai et al. "Evaluation of a Community-Based Diabetes Prevention Program in Thailand: A Cluster Randomized Controlled Trial." *Journal of primary care & community health* vol. 10 (2019): 2150132719847374. doi:10.1177/2150132719847374

Ahern, Amy L et al. "The effect of referral to an open-group behavioural weight-management programme on the relative risk of normoglycaemia, non-diabetic hyperglycaemia and type 2 diabetes: Secondary analysis of the WRAP trial." *Diabetes, obesity & metabolism* vol. 22,11 (2020): 2069-2076. doi:10.1111/dom.14123

Frydenberg, Morten et al. "Is patient activation a mediator of the effect of a health promoting intervention in adults at high risk of type 2 diabetes? A longitudinal path model analysis within a randomised trial." *BMC public health* vol. 22,1 439. 4 Mar. 2022, doi:10.1186/s12889-022-12864-z

Katula, Jeffrey A et al. "Effects of a Digital Diabetes Prevention Program: An RCT." *American journal of preventive medicine* vol. 62,4 (2022): 567-577. doi:10.1016/j.amepre.2021.10.023

Khunti, Kamlesh et al. "Promoting physical activity in a multi-ethnic population at high risk of diabetes: the 48-month PROPELS randomised controlled trial." *BMC medicine* vol. 19,1 130. 3 Jun. 2021, doi:10.1186/s12916-021-01997-4

Lee, Jin-Hee et al. "Short-Term Effects of the Internet-Based Korea Diabetes Prevention Study: 6-Month Results of a Community-Based Randomized Controlled Trial." *Diabetes & metabolism journal* vol. 45,6 (2021): 960-965. doi:10.4093/dmj.2020.0225

Lindberg, Nangel M et al. "Lessons Learned From a Program to Reduce Diabetes Risk Among Low-Income Hispanic Women in a Community Health Clinic." *Frontiers in endocrinology* vol. 11 489882. 8 Jan. 2021, doi:10.3389/fendo.2020.489882

Nuha A. et al. Clasificación y diagnóstico de la diabetes: *Estándares de atención en diabetes—2023*. *Diabetes Care* 1 de enero de 2023; 46 (Suplemento_1): S19–S40. <https://doi.org/10.2337/dc23-S002>

Pires, Malini et al. "Equity impact of participatory learning and action community mobilisation and mHealth interventions to prevent and control type 2 diabetes and intermediate hyperglycaemia in rural Bangladesh: analysis of a cluster randomised controlled trial." *Journal of epidemiology and community health* vol. 76,6 (2022): 586-594. doi:10.1136/jech-2021-217293

Rosas, Lisa G et al. "Effect of a Culturally Adapted Behavioral Intervention for Latino Adults on Weight Loss Over 2 Years: A Randomized Clinical Trial." *JAMA network open* vol. 3,12 e2027744. 1 Dec. 2020, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27744

Rossen, Jenny et al. "Effects of a three-armed randomised controlled trial using self-monitoring of daily steps with and without counselling in prediabetes and type 2 diabetes—the Sophia Step Study." *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* vol. 18,1 121. 8 Sep. 2021, doi:10.1186/s12966-021-01193-w

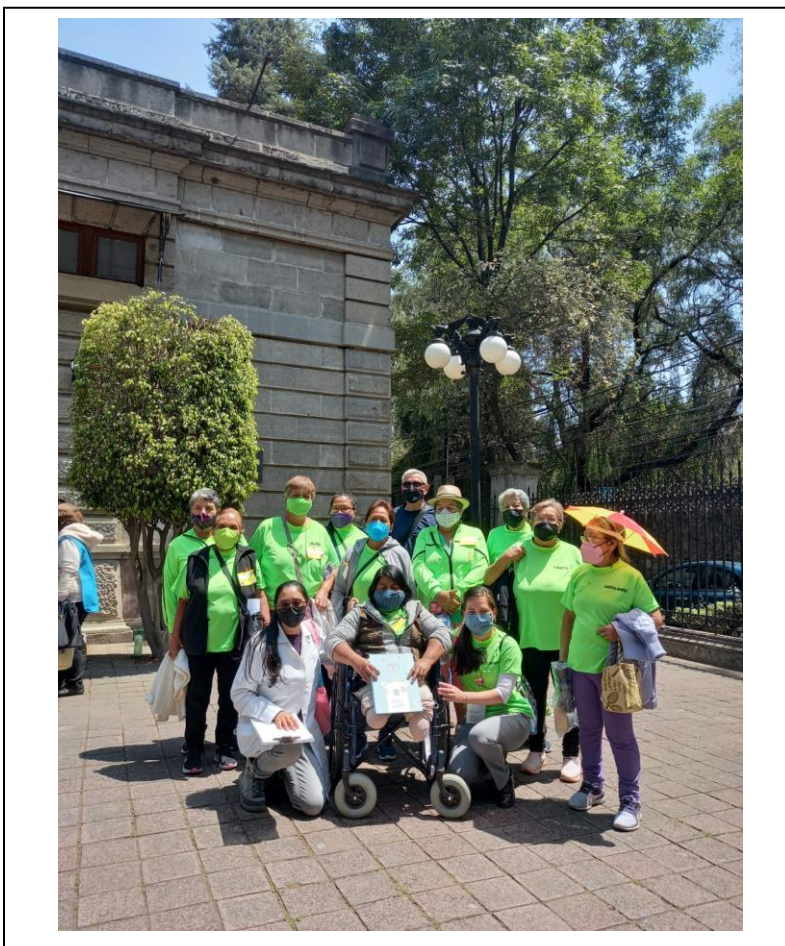
Shirvani, Tayebbeh et al. "Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis." *Systematic reviews* vol. 10,1 81. 20 Mar. 2021, doi:10.1186/s13643-021-01619-3

Smith, Jane R et al. "The community-based prevention of diabetes (ComPoD) study: a randomised, waiting list controlled trial of a voluntary sector-led diabetes prevention programme." *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* vol. 16,1 112. 27 Nov. 2019, doi:10.1186/s12966-019-0877-3

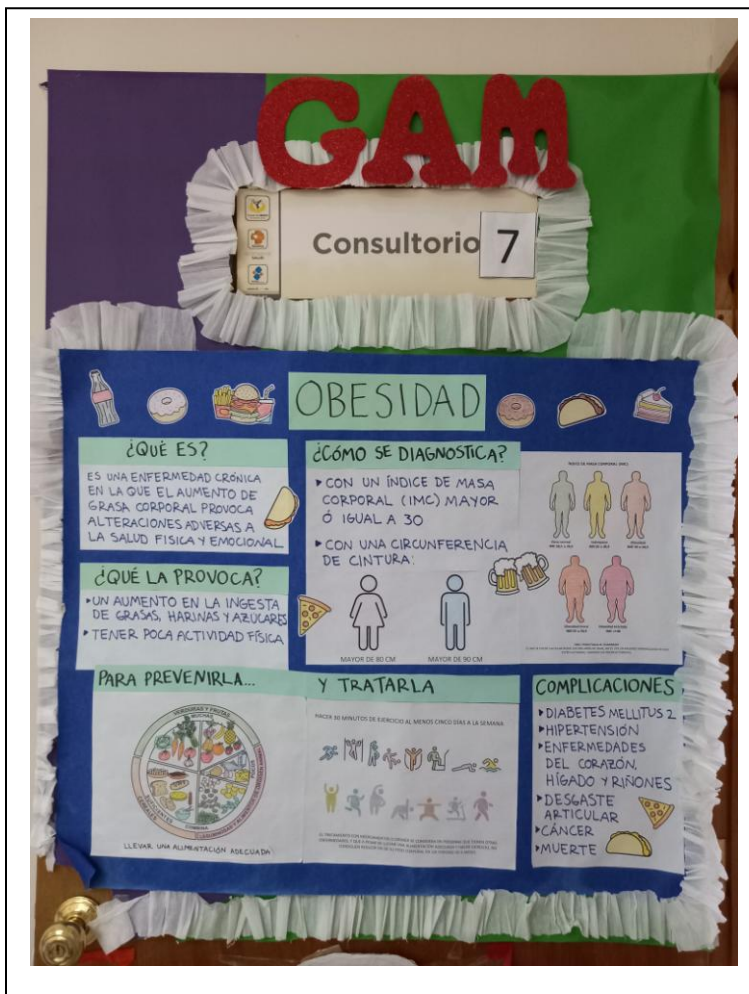
Thankappan, Kavumpurathu R et al. "A peer-support lifestyle intervention for preventing type 2 diabetes in India: A cluster-randomized controlled trial of the Kerala Diabetes Prevention Program." *PLoS medicine* vol. 15,6 e1002575. 6 Jun. 2018, doi:10.1371/journal.pmed.1002575

Vargas-Ortiz, Katya et al. "Effect of a family and interdisciplinary intervention to prevent T2D: randomized clinical trial." *BMC public health* vol. 20,1 97. 22 Jan. 2020, doi:10.1186/s12889-020-8203-1

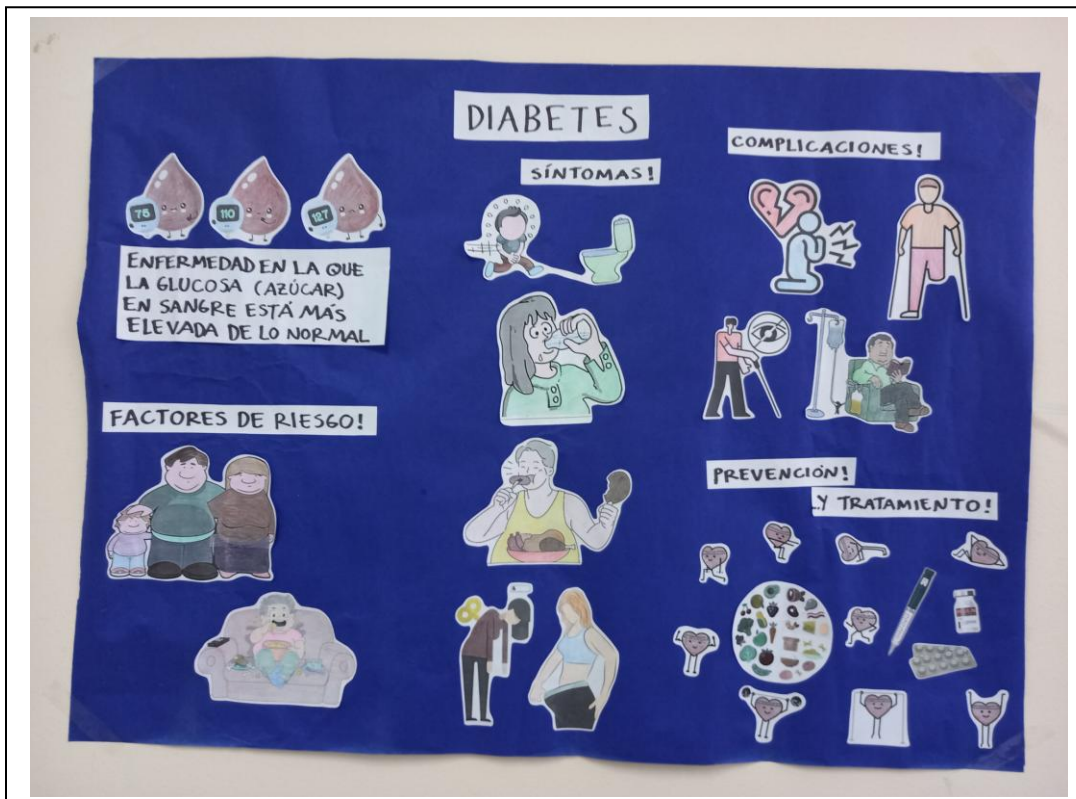
6. Anexos

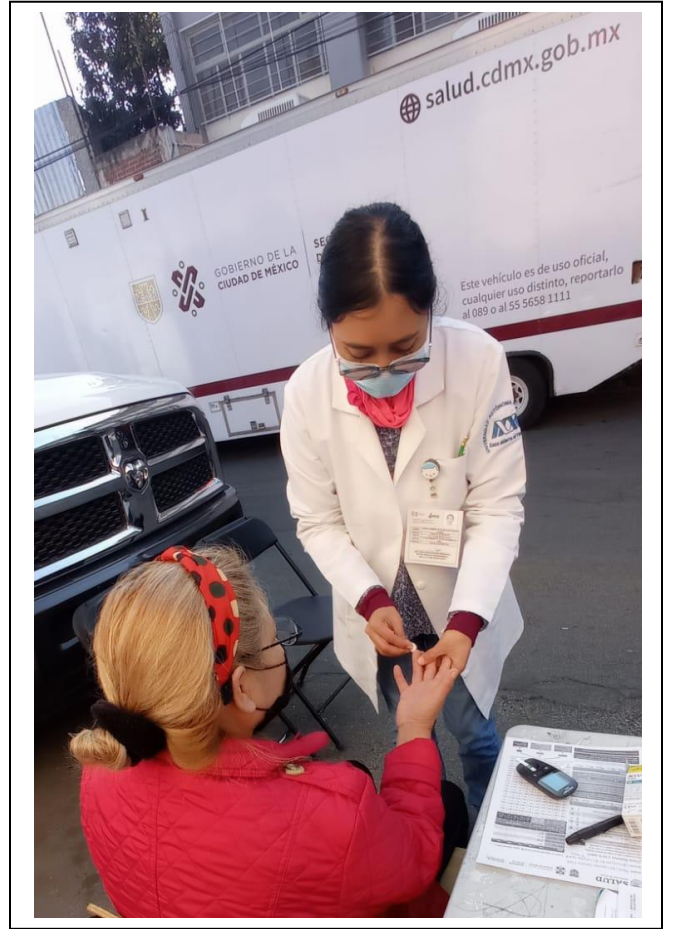


Encuentro de pacientes con enfermedades crónicas en Teatro Carlos Pellicer, Xochimilco.



Elaboración de carteles informativos de diabetes y obesidad para la población atendida en el C. S. T. II San Mateo Xalpa.





Participación en la Feria de Salud para la detección de diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad, así como brindar información acerca de su prevención.



Participación en campañas de vacunación antirrábica para perros y gatos, en colonias de la alcaldía Xochimilco.

Evento de acreditación de Grupo de Ayuda Mutua en C. S. T. II San Mateo Xalpa





Toma de signos y revisión del señor Luis García, un paciente que forma parte del proyecto de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas.

