



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Licenciatura en Medicina

Proyecto: Atención integral centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto en la Ciudad de México. Enfoque de capacidades.

"Aplicación clínica del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona durante el servicio social de la licenciatura en medicina. Mi experiencia y resultados en salud de las personas que viven con enfermedades crónicas."

Elabora: Hernández Flores Ana Patricia  
Matrícula: 2172032774

Promoción Agosto 2023-Julio 2024

Asesor Interno: Ríos Cortázar Víctor  
Asesor externo: Gasca García Alejandra

Fecha de entrega: 14/08/2024

## **1.- PRESENTACIÓN**

El presente documento surge de la necesidad de integrar cuatro de los trabajos relacionados con el contenido de cada uno de los módulos que conforman al proyecto de atención integral centrada en la persona con enfermedades crónicas en unidades de primer contacto en la Ciudad de México, teniendo como objetivo informar sobre los resultados obtenidos como médico pasante en la práctica clínica adaptada los principios, estrategias y recursos de este modelo innovador, no sin antes mencionar que a nivel personal, este trabajo representa y sintetiza mi participación en el proyecto a largo del último año, permitiéndome la oportunidad de realizar una autocrítica sobre mi desempeño general, así como valorar el conocimiento y las habilidades que como personal de la salud adquirí durante el curso del mismo.

Para cumplir con el objetivo antes mencionado, este trabajo está organizado de forma tal que inicialmente se ofrece una visión general de cada uno de los componentes del Modelo Expandido de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP) adecuado por la UAM-Xochimilco y su relación con las actividades que como pasante desempeñé en el Centro de Salud Salvador Allende en la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán. Posteriormente se realiza una breve descripción del esquema del diplomado para dar paso al ensayo que en su momento fue elaborado para obtener la acreditación del Módulo 1, en segunda instancia se presenta de forma excepcional un ensayo sobre Medicina Narrativa con el cual se acreditó el Módulo 2. Respecto a las acciones correspondientes a la implementación del subsistema de comunidad de este modelo, se presentan en el Módulo 3 dos relatorías fruto del 6to encuentro de pacientes con enfermedades crónicas, en el cual tuve la oportunidad de participar con los centros de salud pertenecientes a mi jurisdicción, y apoyar como relatora en el encuentro de pacientes en Xochimilco.

Más adelante en el documento se encuentra una descripción detallada sobre la constitución de los Consejos Asesores y como derivado de las propuestas surgidas en los encuentros, se llega a la implementación de este último componente del MAICP, describiendo el contexto sobre el cual se logra integrar y dar inicio al taller de autocuidado "Cocina Saludable" en mi

centro de salud, dejando como síntesis dos relatorías en las cuales se describe el trabajo realizado con el grupo de pacientes quienes integran el taller. Enseguida se podrá leer el proceso que se siguió para la presentación de casos clínicos que corresponden al cuarto y último módulo de este diplomado y los temas que derivaron de su revisión. Finalmente se da paso al balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas que estuvieron a mi cargo durante mi estancia como médico pasante, dicha información proviene de la plataforma RedCap y se plasma a través de distintas tablas para facilitar su comprensión y análisis.

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

Responder a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas representa uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios hoy en día, los cuales no han logrado tener un impacto sobre el curso natural de las patologías crónicas ni sobre las complicaciones que de estas se derivan.

Con la finalidad de obtener un mejor rendimiento en salud diversos autores han abogado porque se rediseñen los sistemas de atención existentes, es así como Wagner y colaboradores anuncian por primera vez el Modelo de Cuidado Crónico en el cual se reconoce que para poder mejorar los resultados en el manejo de estas enfermedades, se requiere de interacciones complejas entre pacientes informados y activados y un equipo de profesionales de la salud preparados y proactivos, centrando sus esfuerzos en cuatro áreas del sistema de salud: apoyo a la autogestión, diseño del sistema de prestación, apoyo a las decisiones y sistemas de información clínica; no obstante el modelo es inconsistente al momento de definir los componentes de las políticas públicas y los recursos comunitarios, aunado a lo anterior, poco se habla sobre las estrategias necesarias para promover la salud y prevenir enfermedades, aspecto que cobra importancia después de la publicación de la Carta de Ottawa, la cual enfatiza el cambio social más que la responsabilidad individual.

La oportunidad para integrar la promoción de la salud en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas llevo a la creación de un Modelo Expandido de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP), el cual termina por desarrollar el subsistema de la comunidad.

El MAICP consta de 3 subsistemas; el primero representa la relación entre un paciente bien informado y un equipo de salud proactivo y preparado para brindarle soporte y apoyo a través del desarrollo de capacidades que le permitan adquirir confianza para tomar decisiones sobre su propia salud. El segundo es el subsistema de salud el cual a su vez se integra por 4 elementos, los cuales son:

1.- Autogestión/Desarrollo de habilidades para el autocuidado: El paciente es el principal responsable de gestionar su salud. Lo anterior hace referencia a un trabajo colaborativo en el cual se busca la activación del paciente y mejor aún su empoderamiento a través del desarrollo de habilidades personales que le permitan tener una participación activa sobre su enfermedad y comprender el rol que juega sobre el control de su condición crónica para que pueda ejercerlo a través de la toma de decisiones diarias para el cuidado de su salud. Para lograr esto, el profesional de la salud trabajara de forma conjunta para establecer metas y prioridades y desarrollar un plan de acción para lograrlo.

2.-Reorientar el diseño de prestación de servicios: Implica alentar al personal del sector de la salud hacia algo más que "curar", invitándoles a tener una visión más holística que reconozca la relación entre la salud y las condiciones sociales, políticas, económicas y físicas que influyen sobre esta. El sector sanitario puede y debería fungir como un líder que propone y defiende políticas publicas saludables, siendo un aliado importante en la promoción de la salud.

3.- Apoyo a las decisiones: Incorporar directrices basadas en evidencia en la atención clínica es fundamental, el profesional de la salud debe mantenerse actualizado y explicar esta información a sus pacientes para que tomen decisiones que fortalezcan su salud y bienestar.

4.- Sistema de información: Los cambios que se realizan en el sector salud requieren el apoyo de tecnologías informáticas que proveen los datos suficientes para evaluar los

programas establecidos o proponer nuevas formas de trabajo. Dichos sistemas también puede utilizarse para promover la salud en la comunidad cuando proporcionan información sobre la demografía, las características culturales, económicas y sociales de una determinada región, así pueden planificarse programas y políticas públicas que responden a las necesidades particulares de cada comunidad.

Finalmente se encuentra el subsistema de la comunidad, dentro del cual encontramos 3 elementos, los cuales son:

- 1.- Políticas públicas saludables: Implica trabajar hacia políticas y leyes gubernamentales que garanticen la equidad social, bienes, servicios y entornos sanos, en donde la elección saludable sea lo más fácil para todos.
- 2.- Crear entornos saludables: Generar condiciones de vida segura, satisfactoria y agradable, no solo en cuanto a la calidad del entorno biofísico natural, sino en el ámbito social y comunitario.
- 3.- Fortalecer la acción comunitaria: Los profesionales de la salud trabajan con grupos comunitarios para identificar prioridades y establecer metas que mejoren la salud y la calidad de vida de la comunidad, es decir, se construye una visión compartida, se busca un consenso y se elabora un curso de acción en donde las personas encuentran sus propias formas de gestionar la salud de su comunidad.

La implementación del modelo centrado en la persona se presentó como un reto desde lo personal hasta su puesta en marcha durante la práctica clínica, siendo la primera vez que tuve el acercamiento hacia un nuevo enfoque que me permitió brindarle a mis pacientes una atención clínica distinta; el MAICP es una estrategia de política pública saludable que inicia desde que se busca el seguimiento mensual con un solo médico, de forma que el cuidado no se fragmenta y la relación médico-paciente se cultiva consulta a consulta. Es habitual que se catalogue a los pacientes con base a sus signos y síntomas y se les encierre dentro de una enfermedad sin siquiera ver más allá, sin embargo, al aplicar este modelo se puede llegar a la comprensión del paciente como un todo, de forma que se obtiene un

panorama mucho más amplio en el cual es fácil observar cómo tanto el entorno próximo compuesto por el núcleo familiar hasta el entorno remoto representado por los determinantes sociales de la salud, incluidos la comunidad, la cultura, la economía, etc., influyen en el control de las enfermedades crónicas.

Considero que el punto crucial de la interacción médico-paciente se da cuando se escucha la voz de este y se llega a un acuerdo en común, trazando un camino y una meta, la cual es receptiva a los gustos, preferencias, necesidades y valores de la persona que padece la enfermedad. Cuando el paciente tiene voz y voto sobre su salud, se transforma en un paciente activo, que tal como se sugiere en el modelo expandido, interacciona con un sistema de salud que comienza a proveerle de las herramientas necesarias para que sea capaz de adquirir y desarrollar habilidades de autocuidado, autogestión, auto monitoreo, etc. Un paciente que reúne tales características es capaz de asumir el rol que tiene sobre su enfermedad y participar de forma conjunta en la toma de decisiones en lo que concierne a su salud, alcanzando en última instancia su autonomía. Por su parte, la organización de encuentros de personas con enfermedades crónicas es una de las estrategias del MAICP que tiene como propósito construir y fortalecer la constitución de una comunidad saludable, en específico, tiene el objetivo de cumplir con el componente de crear entornos saludables, en donde las personas se escuchan, comparten y se reconocen, pasando del yo al "nosotros", "del ser, al hacernos comunidad". Por último, el fortalecimiento de la acción comunitaria pertenece a la integración de los Consejos Asesores, los cuales a su vez surgen en respuesta a las necesidades identificadas en los encuentros de pacientes, llegando así a la creación de proyectos, o en el caso particular de mi centro de salud, un taller de autocuidado.

Como se puede ver, con la implementación del MAICP, se busca que a través de la realización de las tareas ya mencionadas se cumpla con cada uno de los elementos que componen a los 3 subsistemas del modelo con el objetivo de adaptar una práctica clínica que permita obtener más y mejores resultados en el ámbito de las enfermedades crónicas.

### 3.- EL DIPLOMADO

Mi participación en el diplomado como Médico Pasante del Servicio Social se centró en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, buscado en todo momento construir una relación profesional de la salud paciente-dialógica, centrada en la persona y promotora del desarrollo de capacidades individuales y colectivas, asimismo, se buscó desarrollar una práctica clínica respetuosa con los derechos humanos de los pacientes, acompañándolos durante su enfermedad y evaluando la mejor evidencia científica disponible como base para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Tuve la oportunidad de participar en la planeación, organización y coordinación del 6to encuentro de pacientes con enfermedades crónicas encaminado hacia la generación de iniciativas colectivas que inciden en los factores institucionales, comunitarios o personales que favorecen o dificultan el control de las mismas. Derivado de este encuentro, se identifica la necesidad de realizar actividades relacionadas con el fortalecimiento del autocuidado, en el caso de mi centro de salud, la realización de un taller a partir del cual se espera que se consolide el último componente del MAICP, los “Consejos Asesores”.

El esquema general del diplomado consta de 4 módulos, tres de los cuales se cursaron de forma secuencial, uno más se cursó de forma paralela a los demás; en este último se recibió asesoría sobre la atención clínica de los pacientes a través de la revisión pedagógica de casos clínicos, la cual se detallara más adelante.

Los módulos cursados son:

- 1.- Módulo 1: El fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.
- 2.- Módulo 2: Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.
- 3.- Módulo 3: Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.

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

Esta organización se tradujo en múltiples sesiones del diplomado las cuales se llevaron a cabo de forma presencial todos los viernes de cada mes, alternando sesiones quincenales para los módulos secuenciales y algunas de forma virtual para el módulo 4. A continuación se incluyen los trabajos que en su momento se presentaron para la acreditación del módulo 1 y 2 respectivamente.

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

**Título del ensayo “¿cómo transformar a un paciente informado y activo en un paciente empoderado, autónomo y participe en la toma de decisiones conjunta?”**

#### **INTRODUCCIÓN**

Actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial, lo que exige un rediseño en el sistema de salud existente, que a pesar de ser resolutivo frente a los diversos procesos agudos, resulta ser ineficiente para abordar las necesidades de las personas con enfermedades crónicas. Desde esta perspectiva, el Modelo de Atención Crónica brinda las herramientas necesarias para mejorar la prestación de los servicios de salud y la calidad en la atención médica, proporcionando un enfoque centrado en la persona, es decir, exige tener en cuenta al individuo que padece la enfermedad, más que la enfermedad en sí misma.

La atención médica centrada en la persona demanda respeto a las preferencias, necesidades y valores individuales de cada paciente, por ende, consigue mayor implicación en términos de autocuidado, autogestión y en la corresponsabilización de los resultados en salud, esto debido a que los pacientes desempeñan un papel más activo en su atención, no obstante, en la última década, el término “empoderamiento” ha cobrado mayor relevancia en la atención y cuidado de las personas con enfermedades crónicas.

El empoderamiento va más allá del rol activo de los pacientes sobre su salud, implica un proceso de capacitación y habilitación constante a través de la transferencia de conocimientos que realizan los profesionales de la salud en una relación colaborativa con el paciente y se entiende también como un resultado cuando a



través del proceso se obtiene un sentido de mayor autoeficacia. A diferencia del enfoque de atención de salud tradicional el cual se orienta al cumplimiento, el empoderamiento considera al paciente como individuo autónomo y capaz de participar en la toma de decisiones respecto a su salud. A través del presente trabajo se pretende analizar cuáles son las dimensiones del empoderamiento, al tiempo que se identifican las habilidades y capacidades que deben promoverse en los pacientes y cómo tiene lugar la toma de decisiones compartida desde el respeto al principio de autonomía.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

El objetivo de este ensayo es reconocer las habilidades y capacidades que ha de desarrollar un paciente con enfermedades crónicas para convertirse en un individuo empoderado y autónomo que participe en la toma de decisiones compartida en materia de salud.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar las diferencias entre el paciente pasivo, el paciente activo y el proactivo.
- Analizar la definición del empoderamiento y sus dimensiones.
- Examinar cómo se aplica el modelo de toma de decisiones compartida con énfasis en el respeto a la autonomía del paciente.

## **JUSTIFICACIÓN**

Ahora que las enfermedades crónicas representan una carga importante para los sistemas de salud, se necesitan más pacientes con la capacidad de ser activos en el proceso de atención y en medida de lo posible convertirse en agentes empoderados, con mayor conocimiento sobre su enfermedad, mejores habilidades de autocuidado, autogestión y autoeficacia, mejores índices de comportamientos positivos en salud y mayor autonomía en la toma de decisiones. De acuerdo al instituto británico NICE (National Institute for Health and Care Excellence), la toma compartida de decisiones minimiza riesgos, mejora los resultados de salud y la percepción de la calidad de la atención en pacientes y profesionales, estos resultados son mejores cuanto más frecuentes sean las consultas y cuando el médico responsable de brindar la atención se encuentre más implicado, motivado, formado y capacitado para utilizar los recursos disponibles y actuar en consecuencia brindándole a los pacientes las herramientas para aumentar su autonomía y liberad en lugar de imponer niveles de implicación y cumplimiento que podrían resultar en la frustración y desmotivación de los mismos; en este sentido el empoderamiento es un medio pero también debería ser una meta de los

sistemas de salud, especialmente en el contexto de las patologías crónicas, pues ayuda a centrarse en el paciente y no sólo en la enfermedad. A pesar de lo anterior, se reflexiona poco acerca de las intervenciones dirigidas a capacitar a los profesionales sanitarios para aumentar la promoción y formación de pacientes con estas características en la práctica asistencial, razón por la cual surge el presente ensayo académico.

## **CONSTRUYENDO UN PUENTE ENTRE EL PACIENTE ACTIVO E INFORMADO HACIA EL PACIENTE EMPODERADO Y AUTÓNOMO**

Del paciente pasivo al paciente proactivo

El constructo de ser "un buen paciente" en el modelo paternalista significaba adoptar una postura pasiva en donde no se atrevía a cuestionar el juicio o las recomendaciones otorgadas por el médico, considerando todo lo que este decía como una verdad absoluta e irrefutable, es decir, el rol del paciente era comparable al de un "hijo" que atiende a las indicaciones dadas por el profesional de la salud quien desempeña el rol de un padre. Los nuevos modelos de gestión de pacientes con enfermedades crónicas tales como el Modelo de Cuidado Crónico desarrollado por Wagner, et al, tienen como propósito colocar a pacientes activos e informados como el elemento central de un sistema de salud que cuenta con un equipo dinámico de profesionales con los conocimientos y experiencias precisos.

En este modelo el paciente que desempeña un rol activo en su salud, ha pasado de ser un simple "observador" a ser el "protagonista" de su propia vida, toma responsabilidad sobre su salud, aprende sobre su enfermedad y comunica sus vivencias, preferencias y valores. Un paciente activo reúne entre otras características, tres que he considerado las más importantes:

- Conoce cuál es su estado de salud actual y su enfermedad, busca, evalúa y hace uso de la información que obtiene del profesional de salud durante la consulta médica, de otros pacientes a través por ejemplo de encuentros entre los mismos o de otras fuentes como internet, libros, revistas, etc.
- Participa en la toma de decisiones, busca el desarrollo de capacidades y habilidades en salud y se plantea objetivos, tiene iniciativa, pregunta, externa sus dudas y preocupaciones.

- Se implica y forma en los cuidados relacionados a su salud (compromiso), entiende la necesidad de realizar cambios de comportamiento y modificaciones en el estilo de vida para lograr una mayor gestión de la enfermedad.

La autogestión de acuerdo a Van de Velde (5) es la capacidad intrínsecamente controlada de un individuo activo, responsable, informado y autónomo para vivir con las consecuencias emocionales de sus afecciones crónicas en asociación con su red social y el proveedor de atención médica, en cambio para Ellis (7) la autogestión se obtiene a través de un compromiso consciente y planificado, lo que implica un mayor esfuerzo por parte del paciente, dejando ver que es necesario ir más allá del paciente activo a lo que él denomina como un paciente "proactivo".

En términos de comportamiento, la diferencia entre un paciente activo y uno proactivo radica principalmente en el momento de la acción, el paciente proactivo apunta a actuar antes de que ocurra un determinado evento; por ejemplo, un paciente con diabetes sabe que el pie diabético es una complicación probable de su enfermedad, al estar informado buscará desarrollar habilidades de autocuidado para la prevención del mismo, en otras palabras los pacientes proactivos suelen anticiparse y hacer que sucedan las cosas en lugar de simplemente ajustarse a una situación o esperar a que tenga lugar, poseen un alto grado de iniciativa, proponen alternativas para llegar al cumplimiento de sus propios objetivos y elaboran un plan de acción acorde a los mismos.

La autogestión es una capacidad indispensable en la búsqueda de la transformación de un paciente activo a un paciente proactivo, los pacientes correctamente autogestionados desarrollan habilidades para implementar soluciones y resolver los problemas que giran en torno a su salud, son capaces de crear, cambiar o mantener diferentes roles o comportamientos con la intención de ejercer el control sobre la enfermedad y los efectos asociados a ella, se responsabilizan de la atención, inclusive si no cuentan con una red de apoyo a su alrededor y convierten sus fracasos en oportunidades de aprendizaje. Cuando la autogestión es ejercida, el paciente se convierte en un individuo flexible y con la suficiente apertura para establecer una relación de reciprocidad con el profesional de la salud, a través de la cual se proporciona la información y los recursos para mejorar el manejo de la enfermedad.

Como ya se mencionó, aunque la autogestión es una capacidad individual, proviene de un proceso de atención colaborativa en la que el médico y el paciente establecen una "sociedad", la idea de ver en el profesional de la salud a un "socio" puede ser valorada como satisfactoria por los pacientes, seguramente alguno de nosotros recordará cuando

fuimos atendidos por un médico que parecía estar de nuestro lado, esa experiencia por sí misma aporta un alto grado de confianza que se ve reflejada en el fortalecimiento mismo de la relación médico-paciente. El éxito de esta colaboración es el reconocimiento recíproco, se sabe que el médico es experto en materia de salud y debe estar informado sobre las técnicas de diagnóstico, pronóstico, las opciones de tratamiento y estrategias preventivas, pero sólo el paciente conoce su experiencia de la enfermedad, las circunstancias sociales en las cuales la desarrolla, sus hábitos, comportamientos en salud, etc., en otras palabras, es experto de su propia vida. Cuando tanto médico como el paciente aportan sus conocimientos y reconocen sus habilidades mutuamente, trabajan en conjunto para alcanzar los objetivos del paciente y obtienen mayor éxito.

La búsqueda del proceso de atención mejora los resultados en salud en términos no solo de la propia enfermedad, sino también de la capacidad funcional, y calidad de vida, al tiempo que se traduce en una disminución de los costes asociados al proceso terapéutico, consultas, asistencia al servicio de urgencias y hospitalización, mejorando la gestión de los sistemas sanitarios.

#### Del paciente proactivo al paciente empoderado

El término empoderamiento se ha utilizado desde los años setenta del siglo XX en la literatura anglosajona en donde se vincula con movimientos sociales que reclaman equidad, empoderar es “entregar poder”, de acuerdo a la OMS puede definirse como: “el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, para ello, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan a su salud y bienestar”.

Paulo Freire sentó las bases del empoderamiento a través de su visión de la educación: “No existe un proceso educativo neutral. La educación funciona como un instrumento que se utiliza para facilitar la integración de las generaciones en la lógica del sistema actual y lograr su conformidad, o se convierte en la práctica de la libertad, el medio por el cual hombres y mujeres abordan críticamente la realidad y descubren cómo participar en la transformación de su mundo”. Si transpolamos la idea de Freire a la educación de los pacientes con enfermedades crónicas, es fácil percatarse que el sistema actual de salud tiene como objetivo lograr que el paciente aumente la conformidad o el cumplimiento de las recomendaciones que se le hacen en materia de salud, cuando en realidad lo que debería buscarse es aumentar su libertad y autonomía a través por ejemplo de la toma de decisiones informada.

Un paciente empoderado debe tener un mayor sentido de autoeficacia, la cual se puede definir como la creencia de ser capaz de realizar las conductas necesarias para producir un resultado deseado, la autoeficacia es un determinante esencial para alcanzar las metas a las que aspira el paciente y da forma a los resultados que espera que produzcan sus esfuerzos. La tarea de empoderar a los pacientes es incluso más compleja que la de informar y activar a un paciente que se dedica a la autogestión como se defiende en el modelo de Wagner, en este sentido, podría resultar decepcionante saber que un paciente empoderado puede no ser un paciente activo en el autocuidado de su enfermedad, inclusive podría no autogestionarse de forma eficaz, ya que el empoderamiento tiene que ver más con la autodeterminación que con la autogestión, en otras palabras, está más relacionado con el “ser” que con el hacer, cuando se empodera a los pacientes, estos están más facultados para perseguir sus objetivos de vida.

La autoeficacia y el planteamiento de objetivos coexisten en una relación dinámica en la que a mayor eficacia, se espera que los objetivos sean más ambiciosos, sin embargo, la razón por la que los pacientes seleccionan cuáles serán dichos objetivos es compleja de entender, los profesionales de la salud no suelen cuestionarse a sí mismos qué objetivos son los más relevantes o importantes para los pacientes, incluso, aquellos a los que el médico considera como prioritarios pueden no tener la misma significancia para ellos; por ejemplo, ante un paciente diabético el objetivo del médico podría ser alcanzar una cifra meta de algún parámetro bioquímico como “hemoglobina glicosilada menor al 7%”, sin embargo, el objetivo de vida del paciente pudiera estar alineado con tener la oportunidad de cuidar a su hijo discapacitado, lo que demuestra que la dirección personal está determinada por factores que van más allá de la autoeficacia. Deberíamos cuestionarnos entonces cómo y por qué los pacientes cambian su comportamiento, de dónde surgen sus intenciones, cuáles son sus motivaciones e inclusive que necesidades esperarían satisfacer a través del cambio.

A menudo, durante la formación académica del médico, éste va creando responsabilidades y expectativas que se arraigan inconscientemente y dan forma a lo que más adelante será su identidad como profesional, haciendo que a pesar de estar convencidos de adoptar un enfoque de empoderamiento, busquen ejercer su responsabilidad percibida diciéndole a los pacientes como deben controlar su padecimiento a través del “cumplimiento” de las indicaciones que se dan durante la consulta, lo que genera en primera instancia, un sentimiento de frustración al personal de la salud al no obtener los resultados clínicos esperados y un sentimiento de

culpabilidad en el paciente, quienes suelen ser etiquetados con adjetivos como “incumplidos”, “irresponsables” o “desinteresados”.

Como ya se mencionó, el empoderamiento no conlleva precisamente al cumplimiento, sin embargo habrá ocasiones en las cuales las decisiones del paciente serán compatibles con las recomendaciones hechas por su médico, contrario a lo que se pueda pensar, los pacientes son individuos interesados por su salud, cuya expectativa es en la mayoría de los casos es alcanzar un estilo de vida similar al que tenían antes de la enfermedad. Uno de los propósitos del empoderamiento es formar a pacientes con pensamiento crítico que puedan tomar decisiones informadas y actuar en congruencia a los objetivos fijados. Alejarse de enfoques basados en el cumplimiento, permite que se creen asociaciones en donde médico y paciente trabajan juntos por los objetivos de este, recordando que aunque el profesional de la salud sabe lo que es clínicamente mejor para el curso de la enfermedad, desconoce qué es lo mejor para la vida del paciente.

Como se puede notar, empoderar implica que conocer al paciente es tan importante como conocer la enfermedad, no es simplemente respetar las preferencias, valores, expectativas, objetivos que puede tener, sino promover su autonomía y su desarrollo como individuos. “Empoderar” es más que “habilitar”, va más allá de la comprensión de las causas y la identificación de barreras a vencer, implica facilitar y apoyar a los pacientes para que reflexionen sobre su propia experiencia como seres humanos que viven con una enfermedad crónica, se trata de buscar ese sentido de pertenencia que se genera del compromiso. La calidez, la colaboración y el respeto son esenciales para generar cambios positivos y autodirigidos en el comportamiento en lo que a la salud respecta.

#### El paciente empoderado y autónomo

El empoderamiento tiene una dicotomía que nos permite entenderlo como un “proceso” cuando el propósito de realizar una intervención educativa es aumentar la capacidad de pensamiento crítico y actuar en consecuencia, en segundo lugar, se entiende como un resultado cuando produce mayor sentido de autoeficacia u otras habilidades de autocuidado; en cualquiera de los dos casos, la meta es transformar al paciente en un individuo autónomo capaz de alcanzar participación en la toma de decisiones, lo que representa el fin último del empoderamiento.

El concepto de autonomía es esencial para entender los cambios que han surgido en las últimas décadas respecto a la relación médico paciente. Kant concibe al ser humano

como un sujeto moral capaz de decidir desde su razón y libertad, que es responsable de sus actos, y quien debe ser respetado como tal. Desde un punto de vista bioético, la autonomía supone la competencia o capacidad de decisión en condiciones de racionalidad, información, comprensión y libertad. Ningún profesional de la salud puede asegurar que cumple el principio deontológico de "No maleficencia" si en la relación que establece con su paciente no promueve su autonomía.

Existen numerosos modelos respecto a la toma de decisiones que se diferencian por los distintos roles que el profesional sanitario y su paciente asumen en la selección final del tratamiento. Si retomamos el modelo de atención clínica tradicional o paternalista, es fácil observar como es el médico quien basado en su "expertise" decide lo que es más conveniente para el bienestar del paciente; por mucho tiempo este modelo ha predominado en los sistemas de salud debido en parte a que existe una mínima cantidad de pacientes que buscan evadir la incertidumbre implícita en el acto de decidir por sí mismos, pues es bien sabido que toda elección conlleva un riesgo, una pérdida e inclusive cambios en los valores personales, en su lugar, prefieren delegar la decisión al profesional de la salud, quedando fuera del proceso de toma de decisiones. Esta necesidad de relación contrasta con la "no interferencia" que de acuerdo con la bioética es el mejor medio para respetar la autonomía del paciente, surge entonces la necesidad de entender cómo se puede aplicar el modelo de toma de decisiones compartida sin transgredir este principio.

Cuando se les pregunta a los pacientes si desean participar en lo que concierne a su salud, la mayoría se manifiestan asertivamente y esperan que sus médicos los involucren ante las posibles intervenciones diagnósticas o terapéuticas, no obstante, como se comentó anteriormente, algunos otros pacientes no desean asumir la responsabilidad de las decisiones sobre su salud, ha de reconocerse que el paciente no siempre sabe lo que es mejor para sí mismo, ni estará en posición para hacer juicios sobre lo que es más conveniente para su salud, de acuerdo a Carl Schneider (7), esto se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores, en quienes están más enfermos o menos informados; la falta de información, los miedos y las resistencias intrínsecas son barreras que impiden que el paciente ejerza con plenitud su autonomía. Thompson (8) en su artículo sobre la implicación de los pacientes menciona: "la participación del paciente requiere un estrechamiento de la brecha de información / competencia, con algo de entrega de poder por parte del profesional que transmite beneficios al paciente, incluso si no hay consenso", un paciente no puede responsabilizarse y actuar a menos que esté debidamente informado sobre su estado de salud, a su vez este conocimiento necesita

estar sustentado por la confianza y el apoyo para lograr la autogestión y en medida de lo posible el empoderamiento.

El modelo de toma de decisiones compartida está dirigido a la promoción y respeto de la autonomía de los pacientes e implica un estilo de relación en donde las decisiones se adoptan de manera conjunta después de un proceso interactivo de escucha activa por parte del profesional de salud y un paciente que le externa sus necesidades, expectativas, experiencias previas, etc., tomando en cuenta que siempre existen varias opciones, incluso la opción de no hacer nada; por ejemplo, un paciente con Enfermedad Renal Crónica en Estadio G5 puede decidir no dializarse de la misma forma en que un paciente diabético cuya hemoglobina glicosilada es mayor a 9% puede rechazar la insulino terapia. Me parece importante resaltar que aunque el modelo de toma de decisiones promueve la autonomía del paciente también considera las denegaciones como solicitudes que pueden ser negociadas en lugar de simplemente ser respetadas, a través de un proceso de diálogo y deliberación. Una de las réplicas a este modelo tiene que ver precisamente con el deseo de los pacientes “de- liberarse” preguntándoles a sus médicos qué harían si estuvieran en su lugar, es de vital importancia brindar a los pacientes todas las herramientas necesarias para que la pregunta se torne hacia ¿Qué haría ese paciente en concreto si fuera un paciente autogestionado, activo o correctamente empoderado?

No existe un consenso sobre cuáles deberían ser los componentes esenciales de la toma de decisiones conjunta, aunque en esencia del trabajo realizado por Bomhof-Roordink, et al. (6), me gustaría resaltar los siguientes:

- Proveer información a la medida, lo cual incluye determinar y explorar las preferencias del paciente sobre la información que desea recibir (formato, cantidad...) y corroborar que esta fue comprendida.
- Determinar roles, lo cual consiste en averiguar qué papel desea tener el paciente en la toma de decisiones, por ejemplo, cuál es el riesgo que quieren asumir o el nivel de participación que desean tener a nivel individual, y el de sus amigos o familiares.
- Atender a las preferencias del paciente, lo que implica conocer sus objetivos, comprobar y responder a las ideas, preocupaciones, dudas (por ejemplo sobre las opciones de manejo de la enfermedad).
- Identificar las opciones (incluyendo las ideas y la información que el paciente pueda tener) y valorar la evidencia en el contexto del paciente individual (pros/contras, viabilidad); sin olvidar que no hacer nada también es una opción.



- Deliberar o negociar la decisión en conjunto con el paciente y resolver posibles conflictos.
- Hacer la decisión, acordar un plan de acción y preparar el seguimiento.

De ninguna manera la autonomía se debe tomar como una obligación impuesta que pueda llevar al paciente a un sentimiento de abandono e indefensión. Al formar parte de este sistema los pacientes asumen fruto de su participación en el resto de responsabilidades y deberes que giran en torno a la salud al tiempo que aumentan sus capacidades, pues reciben el apoyo necesario para reconocer y desarrollar sus propias habilidades y fortalezas para vivir de una forma independiente y sentida, debido a esto es que se dice que el empoderamiento es un medio pero también un fin de la atención médica.

### **CONCLUSIONES**

Las características clave de un enfoque basado en el empoderamiento están impulsadas por la ideología y se refieren a la libertad en la elección y la responsabilidad, por un lado, y al desarrollo de habilidades para volverse más competentes en la relación consigo mismo y con los demás, y en el tratamiento y control de la propia enfermedad, la vida y el entorno, es un proceso de autodescubrimiento y autotransformación. Debe ser un imperativo ético de los profesionales el reconocer la capacidad que tienen los pacientes de obrar con autonomía y fomentar el autocuidado, la autogestión, la autoeficacia y la toma de decisiones. La toma de decisiones compartida forma parte del proceso de atención médica y debe centrarse en los objetivos de vida propios del paciente antes que en la enfermedad, este enfoque resulta más significativo para ellos, facilita el proceso de internalización e impulsa el cambio de comportamiento en materia de salud.

Ser partícipe del diplomado de Atención Integral de la Salud Centrada en la Persona ha sido una experiencia gratificante y enriquecedora, el presente escrito es el resultado del Módulo 1. "Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica", del cual me gustaría destacar el ejercicio de reflexión al que conducen cada una de las lecturas que se abordan durante el mismo. A nivel personal ha habido un cambio en la manera en la cual concibo al paciente, he dimensionado la importancia de ver más allá de la enfermedad, y he empezado a ver a la persona que se encuentra detrás de ella, sin olvidar que se trata de un individuo cuya salud está determinada no solo por factores biológicos, sino también por múltiples condiciones sociales que no se nos enseñan durante la formación académica. El tema que más me agrado de este módulo fue el de la

toma de decisiones compartida, en la medicina tradicional se nos ha formado con la idea de

dar una consulta “expres” en parte por la carga del sistema de salud, en donde dentro de la organización, es el médico quien tiene el papel protagónico y tiene la facultad, desde sus conocimientos, de elegir lo que es mejor para sus pacientes, lo que como ya se explicó es erróneo. Cuando el modelo de atención centrada en la persona se lleva a la práctica, uno puede establecer una relación médico-paciente más estrecha, se comparte información sobre la patología, los medicamentos, las complicaciones, etc., y el paciente expresa sus con mayor facilidad sus inquietudes, expectativas y metas, lo anterior facilita que se involucren en la toma de decisiones acerca de su salud.

Creo que el módulo ha sido abordado de una manera integral lo que facilita el cumplimiento de los objetivos propuestos por el diplomado, el contenido posee un alto grado de evidencia científica y se presta a la reflexión y discusión de la cual se obtiene una grata retroalimentación. Como única aportación creo que podrían incrementarse las ponencias por parte de los expertos quienes están más familiarizados con el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo para abordar temas teórico-prácticos como la clase de “Exploración de pies en el paciente diabético” impartida al inicio del diplomado. Mi propuesta para mejorar la atención de personas con enfermedades crónicas en los centros de salud sería la creación de talleres de formación y desarrollo de capacidades; por ejemplo, de autocuidado, en donde se enseñe a los pacientes a realizar el automonitoreo de sus enfermedades, o el uso y aplicación de la insulina, revisión y cuidado de los pies, por mencionar algunos ejemplos.

## REFERENCIAS

- 1.- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q* [Internet]. 2003 [Consultado 15 Dic 2023]; 7(1):73-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14674182/>
- 2.- Tai, E-Shyong & Yew, Tong Wei. (2020). Person-Centred Care in Diabetes: What Is It Based On and Does It Work. *SFP* [Internet]. 2020 [Consultado 17 Dic 2023]; 46(7): 11-15. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/346127797\\_Person-Centred\\_Care\\_in\\_Diabetes\\_What\\_Is\\_It\\_Based\\_On\\_and\\_Does\\_It\\_Work](https://www.researchgate.net/publication/346127797_Person-Centred_Care_in_Diabetes_What_Is_It_Based_On_and_Does_It_Work)
- 3.- Cuba Fuentes María Sofía, Romero Albino Zoila Olga de los Milagros. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2016 Oct [Consultado 19 Dic 2024]; 33(4): 780-784. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es)

- 4.- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med [Internet]. 2012 [Consultado 20 Dic 2024]; 27(10):1361-1367. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>
- 5.- Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. BMJ Open [Internet]. 2019 [Consultado 23 Dic 2024]; 9(7):e027775. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31315862/>
- 6.- Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. BMJ Open [Internet]. 2019 [Consultado 25 Dic 2023]; 9(12):e031763. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31852700/>
- 7.- Marc O. Sullivan. Advancing from Actived Patient to Autonomous Patient. The patient as agent of health and health care. 1rt Ed. USA: Oxford University Press; 2016.p. 192-227
- 8.- Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. Soc Sci Med [Internet]. 2007 [Consultado 30 Dic 2023]; 64(6):1297-1310. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17174016/>
- 9.- Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente [A model for making shared decisions with the patient]. Aten Primaria [Internet]. 2009 [Consultado 01 Ene 2024]; 41(5):285-287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7021963/>.
- 10.- March Cerda JC. Empowered patients for greater confidence in the health system. Rev Calid Asist [Internet]. 2015 [Consultado 02 Ene 2024]; 30(1): 1-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-pacientes-empoderados-una-mayor-confianza-S1134282X15000056>
- 11.- Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. BMC Health Serv Res [Internet]. 2013 [Consultado 03 Ene 2024]; 13:263. Published 2013 Jul 8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725177/>

### **3.2.- MÓDULO 2. MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y MONITOREO DE RESULTADOS.**

**ENSAYO: “EXPERIENCIA SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA QUE RECIBEN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LARGA EVOLUCIÓN A TRAVÉS DEL USO DE LA MEDICINA BASADA EN NARRATIVA.”**

#### **I.- INTRODUCCIÓN**

Actualmente los sistemas de salud cursan por una etapa de avances científicos y tecnológicos nunca antes vista, lo que ha permitido mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la mayoría de las enfermedades que aquejan a las personas, confiriéndoles una mejor calidad de vida, no obstante, muchos pacientes han experimentado una atención médica impersonal y deshumanizada proveniente de un sistema de salud que se comporta de manera utilitaria. El entrenamiento médico moderno está dirigido a formar profesionales de la salud ávidos de adquirir conocimientos científicos y técnicos de la medicina, capaces de atender signos y síntomas y resolverlos, sin embargo, se carece de estrategias para acceder al paciente, a sus experiencias y a su mundo interno. Junto con la capacidad científica, el médico necesita desarrollar nuevas competencias para ejercer una medicina más empática en la cual se brinde un verdadero acompañamiento a la persona que vive con la enfermedad.

Centrar la atención en la persona implica reconocer que cada individuo tiene una historia que contar, fue así como en el año 2001 la Dra. Rita Charon acuñó el término Medicina Basada en Narrativa cuyo objetivo es acercarnos al paciente para vivir la experiencia de su enfermedad más que para tener conocimiento acerca de la misma. La introducción de la narrativa en la formación médica permite tener una visión mucho más amplia de la que ofrece el modelo biomédico tradicional, nos permite valorar en condiciones de igualdad al conocimiento subjetivo tanto como al objetivo, la experiencia humana, el comportamiento y las emociones tanto como al conocimiento científico. A través de las narraciones se establece un vínculo entre la persona que cuenta la historia y quien la escucha, potenciando las tareas clínicas y la relación médico paciente, lo que da como resultado una atención clínica eficaz. A través de este ensayo se le ofrece al lector la oportunidad de convertirse en un testigo de las vivencias narradas por algunos pacientes con enfermedades crónicas que asisten al Centro de Salud Salvador Allende en la Ciudad de México, lo anterior con la finalidad de conocer cómo ha sido su experiencia con el sistema de salud desde el momento de su diagnóstico hasta la actualidad. Se extiende una invitación para que el personal de salud comience a examinar a los pacientes desde otras perspectivas, poniendo como ejemplo la medicina basada en narrativa como una herramienta que puede aplicarse en la práctica clínica, la cual nos mueve a actuar en nombre del paciente y mejorar nuestras propias capacidades. 4

## **II.- OBJETIVOS**

Objetivo general: Describir mediante la aplicación de la medicina basada en narrativa la experiencia sobre la atención sanitaria que han tenido los pacientes con enfermedades crónicas de larga evolución.

Objetivos específicos:

1. Explicar los beneficios de la medicina basada en narrativa sobre la calidad de la atención sanitaria.
2. Identificar las barreras presentes en la atención sanitaria a partir de las experiencias narradas por los pacientes.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Sabemos que las enfermedades crónicas representan la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial, lo cual ejerce una presión importante para el sistema nacional de salud desde un punto de vista económico y social, bajo este panorama surge la exigencia de una eficiencia económica medida en términos de productividad, por lo que las instituciones de salud, principalmente en el ámbito público operan con el objetivo de incrementar su rendimiento, de forma que se debe brindar atención médica a un determinado número de pacientes en el lapso de una hora, disminuyendo el contacto con la persona y, por ende, la calidad en la atención. El médico ejerce una medicina casi automatizada a través de la cual se hace un uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones acerca de la atención de sus pacientes, esta propuesta constituye hoy en día una forma natural de pensar y practicar la medicina en todos los niveles de la atención. Aunque este actuar médico pareciera moralmente correcto, nos hemos olvidado del aforismo hipocrático de curar a veces, tratar con frecuencia y consolar siempre, hemos hecho de la medicina una ciencia deshumanizada que ha dejado de lado la relación médico-paciente, una ciencia cuya primicia es resolver un conjunto de signos y síntomas, perdiendo de vista que aun cuando los pacientes consideran su enfermedad grave, muchos de ellos se curan solo en virtud de la satisfacción que les produce que un médico les comprenda.

Durante nuestra estancia en el Centro de Salud Salvador Allende, y al convertirnos en los médicos de primer contacto de las personas con enfermedades crónicas, pudimos darnos cuenta de que el panorama de la atención sanitaria todavía es gris, no es infrecuente la cosificación de los pacientes, olvidando que se trata de individuos con rasgos personales, que tienen sentimientos y emociones, se rigen por valores y preferencias, y que refieren el deseo de ser tratados con respeto, humildad, carisma, y lo más esencial, tienen una gran necesidad de ser escuchados, de contar su propia historia. A menudo sucedía que llegaba un paciente a consulta de seguimiento de sus enfermedades crónicas presentando cifras de glucosa fuera de metas terapéuticas, aunado a ello, con un aumento en el peso corporal respecto a la consulta previa, o bien, llegaba un paciente quien siempre había tenido la fortuna de tener cifras de presión arterial en metas y de un mes a otro se presentaba con criterios de una crisis hipertensiva, en ambos casos, la disponibilidad de información y el avance de la medicina basada en evidencia nos llevaba fácilmente a buscar un mejor tratamiento para resolver el “problema”, pero no lo

estábamos comprendiendo, ¿qué pasaría si alguno de estos dos pacientes estuviera viviendo bajo un alto grado de estrés laboral o familiar, o si alguno de ellos estuviera pasando por la pérdida de un ser querido?... La salud, al igual que la enfermedad, está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos, económicos, etc., a los médicos se nos ha formado con este conocimiento, pero no se nos ha dicho que hacer con él.

A partir de esta premisa surgió en nosotros el interés de explorar el campo de la Medicina Basada en Narrativa, partiendo de que no existe la posibilidad de una medicina que no tome en cuenta la evidencia científica, pero reconociendo que esta manera tan metódica de ejercer la medicina tiene grandes limitaciones que influyen en la percepción y la experiencia que tienen los pacientes acerca del sistema de salud. Es así como surge la premisa central de esta revisión sistemática: ¿Podríamos aplicar la Medicina Basada en Narrativa en la atención sanitaria y con qué finalidad? Quizá las narraciones puedan convertirse en el puente entre la Medicina Basada en Evidencia y la relación médico paciente, quizá podamos llegar a reconocer por fin la singularidad de cada persona, validar sus historias y ejercer una medicina más empática, al tiempo que desarrollamos una comprensión más profunda no sólo de la experiencia de la enfermedad y del paciente, sino también de nosotros mismos.

## **I. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo surge de la necesidad de demostrar cómo la medicina basada en narrativa puede fungir como una herramienta útil en la comprensión de las personas que viven con enfermedades crónicas, en específico se desea conocer a través de su aplicación la percepción que tienen los pacientes sobre la atención sanitaria. La trascendencia de lo anterior radica en el valor que tienen las narraciones de los pacientes y la información contenida dentro de ellas, la cual puede guiarnos para hacer cambios en el sistema sanitario y mejorar con ello la experiencia de los usuarios desde el contacto uno con las unidades de primer nivel de atención, así como buscar soluciones a las inasistencias u abandonos de las consultas de seguimiento, mejorar la expectativa que se tiene sobre los servicios de salud y sobre su propia enfermedad. Hasta el momento no se tiene ningún precedente del uso y reporte de la Medicina Basada en Narrativa en la alcaldía Coyoacán, por lo que al contar las historias de los pacientes que reciben atención en esta jurisdicción sanitaria, se podrán conocer algunas barreras que han sido identificadas por los mismos a lo largo del tiempo, lo que servirá como retroalimentación para eliminar esas carencias y preparar a profesionales de la salud con las habilidades, destrezas y competencias necesarias para transpolar esto a la práctica clínica y en la consulta del día a día.

Nuestro interés como pasantes del servicio social de la licenciatura en medicina, es aprender a poner en práctica las actitudes y aptitudes necesarias para sacar el máximo beneficio de la medicina basada en narrativa y lograr a través de ello una comprensión profunda de la persona y su enfermedad, así como evaluar la experiencia de nuestros pacientes sobre la atención que reciben, reconocer sus necesidades y validar sus historias y el significado que tiene la enfermedad para cada uno de ellos. Deseamos que la medicina narrativa pueda ser un medio para mejorar la satisfacción o sensación de bienestar del paciente al ser “atendido” desde este nuevo enfoque, el cual viene a sumar a la medicina basada en evidencia. Al no contar con antecedentes similares en nuestro país, las conclusiones del presente trabajo tienen el propósito de aportar conocimiento de un campo que no ha sido completamente explorado.

## **II. METODOLOGÍA**

Se utilizaron como términos MeSH los siguientes: Medicina Basada en Narrativa; Atención Dirigida al Paciente; Pacientes; Enfermedad; Empatía.

Para la base Pubmed se aplicó como filtro de búsqueda el tipo de artículo, se seleccionaron únicamente revisiones sistemáticas y metanálisis de 10 años de antigüedad, no se aplicaron filtros sobre la disponibilidad del texto, se obtuvieron 1,496 resultados, se revisó título y resumen de los mismos y se seleccionó un único artículo. En la base de datos Cochrane Library se aplicó como filtro la fecha de agregado el artículo a la base de datos con una temporalidad de entre el 01/01/2014 hasta el 17/05/2024, sin filtros de fuente ni idioma, se obtuvieron 156 resultados con los cuales se siguió el mismo procedimiento y se seleccionaron 2. Finalmente se utilizó la base Google Académico en la cual se puso como filtro de búsqueda publicaciones realizadas entre 2014-2024, sólo artículos de revisión, se obtuvieron 3,720 resultados, seleccionando 12.

Para cumplir con la finalidad del ensayo se elaboró una guía de 15 preguntas la cual se incluye en el anexo 1 del documento. Se consideró que estas debían ahondar sobre la experiencia de la atención sanitaria recibida en 3 momentos fundamentales en la vida del paciente: al momento del diagnóstico, durante la evolución de la enfermedad y en el momento actual, las preguntas tuvieron una distribución 5-2-5, se agregaron 3 preguntas más para permitir una breve descripción de la persona que padece la enfermedad. Se incluyeron pacientes que tenían más de 10 años de haber sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica y que llevan su seguimiento en el Centro de Salud Salvador Allende, sin importar otras variables como el sexo o la edad, se seleccionaron a 4 de ellos al azar, se les dio cita en el consultorio y se llevó a cabo la entrevista. 7

## **III. DESARROLLO: LAS NARRATIVAS**

**Ricardo, M.R**

Soy Ricardo, soy contador público, tengo 59 años. Yo me defino como una persona muy creativa, soy luchón, con ideales bien formados por mis padres, perfeccionista, cumplidor, puntual, de un actuar recto. Tengo 12 años de ser diabético e hipertenso. Siempre he sido muy sociable, eso me ha llevado a tener bastantes amigos y conocidos que siempre que me ven, me saludan y me dicen "cuídate mucho o échale ganas", pero realmente yo considero que solo son dos las personas que me han brindado su apoyo incondicional: mi esposa y mi hermana, ellas son quienes siempre están preguntándome cómo estoy, si ya tome los medicamentos, en qué pienso, qué es lo que estresa o si tengo alguna inquietud, hacen que me sienta acompañado. La primera enfermedad que me diagnosticaron fue la diabetes, yo estaba más joven, era muy activo, deportista, practicaba tenis, mi nutriólogo me mandó a hacer algunos estudios y resultó que tuve 3000 de triglicéridos, él se alarmó bastante y me sugirió acudir al doctor urgentemente. Cabe mencionar que en ese tiempo yo trabajaba para una empresa muy grande, económicamente me iba muy bien, entonces busqué a un médico internista particular, cuando me recibió y vio mis estudios comenzó a reírse y me dijo -" ¿Con estos triglicéridos todavía está vivo?, te vas a infartar en cualquier momento"-, me pidió hacerme más estudios y ahí en cuando me declaró con diabetes. Las palabras que me dijo despertaron tanto miedo en mí que me sometí a dietas muy estrictas por varios meses, hacía más ejercicio que antes y empecé a bajar de peso porque no quería morirme, no había nadie en mi familia que estuviera enfermo, tenía muchos sentimientos encontrados porque yo pensaba que eso solamente se heredaba. Dos meses después, sin que yo tuviera síntomas me detectaron hipertensión, y fue la primera vez que viví lo que era estar deprimido, yo me preguntaba cómo era que si yo había sido una persona activa, apegada a las dietas y disciplinado me hubieran detonado tantas cosas en un abrir y cerrar de ojos, al principio no asimilé lo que verdaderamente quería decir que una enfermedad fuera "crónica", no me veía de por vida tomando medicamentos o limitando mi alimentación, eso fue lo que más repercutió en mí y en mi estado de ánimo, aparte yo había visto fallecer a los 4 abuelos de mi esposa que eran diabéticos, 2 de ellos murieron por complicaciones de la enfermedad, yo no quería terminar así y dejar a mi familia desamparada, siempre he sido el proveedor de la casa y yo todavía tenía un hijo pequeño que me necesitaba. En ese momento la atención que recibí la podría describir como oportuna pero insensible porque a pesar de que me detectaron las enfermedades, las bromas o los comentarios que los médicos hicieron hacía mí estaban fuera de lugar. Durante estos años cambiaron muchas cosas en mi vida, algo que me marcó fue perder mi empleo, siempre estuve acostumbrado a tener una buena solvencia económica, a sacar dinero de mi cartera para pagar las consultas con los especialistas, y de repente me quedé sin nada, hasta sin seguro social -que afortunadamente nunca la ocupe porque el trato ahí es deplorable-, pero ahora sin dinero no sabía a dónde recurrir, durante ese



tiempo encontré la respuesta a muchas dudas que había tenido, me di cuenta que me enfermó el ritmo de trabajo y de estrés tan fuerte que había llevado durante todos los años que trabajé para la empresa, el mal comer, el 8 mal dormir. Pensar que no tenía el dinero para pagar por mi atención o mis medicamentos repercutió mucho en mi salud mental, eso hizo que me empezara a descontrolar en todo, hasta que unos familiares que se atendían aquí me invitaron a venir, me resistí mucho tal vez porque ya tenía una mala impresión de las instituciones públicas, no quería que me trataran mal. Hasta ahora llevo 4 años viniendo mes con mes, y aunque tengo de nuevo la oportunidad de poder pagar por una consulta, me siento muy a gusto con la atención que recibo por parte de todos ustedes, no me esperaba que fuera a encontrarme con doctores que son buenos seres humanos, que tienen la paciencia para resolver mis dudas, que me revisan de pies a cabeza, llevan mi seguimiento, me toman mis laboratorios y me apoyen para recuperar mi salud, les tengo mucha confianza y más allá del tema de salud también he recibido por parte de ustedes una palabra de aliento. Es bueno verlos no solo como nuestros médicos, sino también como amigos, sé que puedo venir y contarles cómo me fue el último mes en otros aspectos de mi vida, platicar de la fórmula uno o del fútbol y todo eso se agradece. A estas alturas la atención que recibo en el programa de crónicos es amigable, confiable y puntual, ojalá que sigan así, la labor que hacen con nosotros los enfermos es muy noble y eso no hay cómo pagarlo.

**Enedina, P. D**

Yo soy Enedina, tengo 71 años, soy ama de casa y me considero como una mujer activa, independiente y fuerte. Vivo con diabetes desde hace 30 años, me detectaron hipertensión arterial hace 6 años y enfermedad renal crónica hace menos de 1 año. Mi esposo y yo tuvimos 3 hijos, los mayores se fueron para Estados Unidos y el hijo menor vive con nosotros, ha tenido problemas con las drogas desde que era más joven y es muy grosero, sólo puedo contar con mi esposo que también está muy enfermo. Recuerdo muy bien que cuando me diagnosticaron diabetes tenía yo 40 años, me había fracturado un pie y cuando llegué al hospital el doctor me dijo que en los estudios que me habían hecho tenía “alta el azúcar”, no me explicó más, me dijo que tenía que ir a un centro de salud para que me atendieran, en ese momento sentí mucho miedo, mi madre que en paz descansa fue diabética y le cortaron la mitad de la pierna por la diabetes, pensé que me iba a pasar lo mismo, sentí que no me lo merecía porque nunca llevé una mala vida de joven, no comía mal, no me mal pasaba. Empecé a ir a un centro de salud que estaba cerca de mi casa, ahí me atendió un doctor y todas las consultas eran lo mismo, llegaba, me pasaba, a veces me revisaba y otras veces solo me daba la receta para que surtiera mi medicamento, así fue por mucho tiempo, hasta que me compliqué de un ojo y se me desprendió la retina, cuando estaba sobre la plancha del quirófano, el doctor que me iba a operar me dijo - “Madre, ya no la puedo operar, tiene usted la presión muy alta”-, no

sabía qué era eso de la presión y no me lo explicaron, vino un cardiólogo a valorarme y me dijo que tenía que tomar el losartán de por vida. El escuchar la palabra “de por vida” me producía mucha tristeza porque yo sentía como si me estuvieran condenando, me hubiera gustado que me explicaran un poco más sobre lo que estaba pasando con mi cuerpo, no fueron malos, pero si pudiera definir la atención que tuve en ese momento sería como “superficial” o “indiferente”, no se me ocurre otra cosa. A lo mejor en el momento no tuve tantas preocupaciones porque estaba yo joven, era más fuerte, pero a medida que van pasando los años, uno empieza a pensar en cómo va a llegar a la vejez, van apareciendo las complicaciones y eso causa angustia, sobre todo cuando no tienes a alguien que vea por ti, que te procure, que te cuide. Hubo muchas dudas desde que me diagnosticaron, no sabía que podía a comer, que me hacía daño, si me iba a pasar lo que a mi mamá, pero después de tantos años he aprendiendo a conocer las enfermedades que tengo y a mi cuerpo, en este momento mi única preocupación es hacer lo posible para no tener más complicaciones, que pueda yo conservar mi movilidad, ir a comprar mis cosas para la comida, hacer el aseo sin tener que depender de que alguien me lleve o me haga. Llegué a Salvador Allende cuando inauguraron la clínica, venía de estar de un centro de salud a otro y fue la primera vez que yo viví lo que era tener un seguimiento de mis enfermedades, en el centro de salud anterior cuando empezaron a tratarme, me veían cada 4 meses, aquí realmente he visto ese interés por darnos la consulta mes con mes, y si no venimos mi esposo y yo ustedes nos marcan, se interesan, pero no nos dejan. Se nota la diferencia cuando uno va con un doctor y te atienden rápido, te dan el medicamento y en 15 minutos ya te quieren afuera, hacen sentir a uno como que da molestias, aquí tenemos la libertad de venir a que muy amablemente nos atiendan y hasta he podido contarles en alguna ocasión los problemas de casa y ustedes me han brindado esa escucha y hasta una palabra de ánimo sin tener la obligación de hacerlo. Yo quisiera que quien venga haga las cosas igual, si pudiera calificar mi experiencia desde que soy parte del programa de crónicos sería confianza, tranquilidad y continuidad.

**Julieta, N.**

Soy una persona de 64 años, me defino como una mujer trabajadora, ex ama de casa, viuda, abuela cariñosa, alegre y que siempre le gusta ver lo mejor de la vida, no me gusta enfocarme en cosas tristes o que me hagan sentir mal, siempre estoy intentando ver qué puedo hacer por mí, así que ahora soy más independiente que antes cuando estaba casada. Yo empecé con la diabetes hace 25 años e hipertensión arterial hace un mes, siento que al principio no me lo podía creer, parte de mí pensaba que era un error de laboratorio porque no creía que mi alimentación fuera tan mala y que por mi culpa estuviera pasándome esto. Lo que comentaron los doctores fue que estas enfermedades aparecen por una suma de cosas, muchas por descuido mío como el peso por ejemplo. Me costó mucho trabajo empezar a tomar el tratamiento como me lo mandaban,

honestamente descuide mucho eso durante un año. Las personas que me han acompañado todo este tiempo han sido mis hijos, ellos se interesan por comprarme mis medicamentos, acompañarme a las consultas con mis doctores o preguntarme cómo me va, y por ellos yo empecé a ser más constante en tomar las medicinas. Las palabras más fuertes que me dijo el doctor cuando me diagnóstico fueron -"Usted no se cuida"- y me dio a entender que esto era una consecuencia de todos mis malos hábitos, no sé si estuve bien, pero en ese momento me sentí muy enojada con el doctor por culpabilizarme, además era bastante arrogante en su forma de hablar conmigo. Describiría mi experiencia en ese momento como un trago amargo, un momento de negación y de profunda tristeza, sobre todo cuando me dijeron que no tenía cura, eso fue lo que más me 10 preocupó, yo pensaba en cuánto tiempo me iba a morir y si me podían dar todos los medicamentos o siempre los iba a tener que comprar, pensaba en que mi pareja e hijos se iban a molestar conmigo por estar enferma, y no me equivoqué del todo, yo siempre vi por mi pareja cuando él estuvo enfermo, pero él jamás vio por mí. Durante estos 25 años en los que he tenido diabetes, he tenido subidas y bajadas, la verdad más bajadas que subidas y a veces solo veo una línea que va en picada, tardé varias consultas en aceptar que tenía que cambiar cosas a las que estaba acostumbrada, me di cuenta que salía mejor en mis laboratorios cuando me portaba bien con mi comida o realizaba actividad física, y me iba peor cuando dejaba de asistir a las consultas, o dejaba de hacer mi dieta. Una de las cosas que más recuerdo es que cuando falleció mi pareja, mi vida cambió drásticamente, yo no me case formalmente, no me dejó la casa, tuve que volver a vivir con mis hijos, yo nunca había trabajado y tuve que hacerlo para tener para vivir, entonces pase de ser esposa, ama de casa a viuda y casi persona en situación de calle, por eso creo que me dio hipertensión, y recientemente ustedes me empezaron a estudiar un probable cáncer de piel, he tenido más estrés en mi vida, creo que este año ha sido el peor año con mis enfermedades. Sentí empatía cuando tuve una glucosa muy alta como de 200 y me preguntaron qué fue lo que paso, que si había algo que me preocupara en ese momento, la verdad es que yo había comido mucho y mal esos meses porque falleció mi esposo y ahora he tenido que comer algunas veces comida rápida en la calle porque es más económica, yo reconozco que me porte mal unos meses por mi situación y por mis posibilidades que cambiaron mucho, pero jamás me regañaron, solo cambiaron mi tratamiento, les expliqué lo que pasaba y me ofrecieron ir a psicología, ahí me explicaron que yo estaba en duelo, estaba en una etapa de mi vida en la que ya no estaba mi esposo. Cuando me diagnosticaron hipertensión arterial tampoco me lo podía creer, creo que aún no lo acepto, pero mi diagnóstico no fue nada parecido al de la diabetes, estoy tomándome la presión en casa, así que yo sola he visto cómo van cambiando mis cifras, digamos que estoy en proceso de ser hipertensa, -se ríe-. Ahora si considero que me puedo expresar libremente en consulta, claro de una forma formal, educada, yo siempre

he dicho lo que pienso. Lo que les recomiendo a los nuevos doctores que vengan a la clínica es que sean educados con nuestro tiempo y el de ellos, que estudien mucho y que se interesen por nuestra salud, porque sí nos importa, por eso venimos a consulta, y si tienen que decir algún comentario hacia nosotros, que lo hagan de forma respetuosa. La atención médica que recibí cuando me diagnosticaron diabetes a la que llevo ahora en la policlínica es muy diferente, en general me ha tocado de todo, doctores buenos y malos y otros más o menos, he visto tantos que ni me acuerdo de ellos pero ahora me siento bien, mis doctorcitas siempre están al pendiente de mí, se preocupan por mi salud, tienen mucha comunicación conmigo por llamadas, mensajes, hasta cuando me fui a Oaxaca me mandaron a buscar, así que ahora podría describirla como buena, comunicativa y constante.

**Jesús, N.**

Yo soy Jesús, tengo 67 años, me describo como una persona responsable, trabajadora, considero que tengo vocación para la enseñanza porque fui maestro en educación para adultos por diez años y nunca cobré, siempre mostré interés por 11 conocer los problemas de mis alumnos, de cierta forma les ayude a resolver algunos de sus problemas de aprendizaje, así que también me considero una persona buena, de buen corazón. Soy comerciante, tengo mi propio negocio, una tienda en mi casa, su casa. De mi salud, pues me diagnosticaron diabetes hace 15 años y las personas que me han apoyado son mis nietos, mis hijos, mi perrita, mis doctores y mis alumnos. En el momento que me diagnosticaron me había dado una infección en la orina, me dieron tratamiento y no me curé, fui con otro médico, me vía pálido y él me tomó la glucosa, tuve 500, me dijo que fuera corriendo a urgencias, en realidad fue muy rápido el momento, me explico que era algo de vida o muerte, en el hospital me bajaron la glucosa a 200, yo no me sentía tan mal, solo estaba un poco débil pero pensé que era por la misma infección, ya internado, un doctor que se veía que ya tenía sus años en la profesión, me dijo que era diabético y que posiblemente había tenido la glucosa alta por mucho tiempo sin que yo me diera cuenta porque nunca me la midieron, me recetaron insulina y una pastilla, y me mandaron a mi clínica para que me ajustaran el medicamento. Cuando empecé a razonar que tenía diabetes mis sentimientos fueron resignación y aceptación, ya no me quedaba de otra, no me costó trabajo entender lo que tenía que hacer, seguir las indicaciones y siempre tuve un buen control de mi enfermedad, en general la mayor parte del tiempo. Describiría la atención que recibí en ese momento como regular, entendí ya era diabético incluso desde antes de que me diagnosticaran la infección de vías urinarias pero no se enteraron porque nunca nadie me tomo la glucosa. Durante estos años mis principales preocupaciones fueron no volverme a enfermar, porque me explicaron que eso me puede alterar mis niveles de azúcar, no quiero tener pie diabético o necesitar de más y más insulina, uno siempre tiene preocupaciones dependiendo de lo que estemos

atravesando, algunas de esas inquietudes se han resuelto porque me han explicado en mis consultas las cosas y los medicamentos que ocupó, así que considero que yo he aprendido cosas nuevas. La atención que he recibido en estos años ha sido diferente, un tiempo ocupé otro seguro social y sólo iba por recetas, la consulta era muy rápida y las citas muy alejadas una de la otra, ahora siento que se preocupan por mí y por mis consultas, he tenido emociones positivas, me siento acompañado, he atravesado por momentos difíciles como recientemente que me dio herpes, pero entendí que el dolor era algo que iba a tener siempre y que poco a poco iba a ir disminuyendo, considero algo que nos falta es paciencia, muchas veces uno se desespera, eso ha cambiado en mí, ahora me estreso menos y vivo mi vida bien, me centro más en mí, en mi familia, en hacer mis actividades y no preocuparme tanto por mis enfermedades, sólo cuidarme mucho. Ahora vengo mes con mes a consulta, siento que me escuchan y me explican las cosas como son, siempre buscan la forma de ayudarme, con el herpes por ejemplo, me dieron mis medicamentos y me ofrecieron ir a rehabilitación, ese plus que nos dan lo agradecemos bastante. Mi recomendación a los futuros médicos que lleguen a la policlínica es que vengan sin juzgar a las personas, no nos consideren ignorantes, mejor explíquenos lo que no sabemos, aunque no lo parezca, a través de ustedes y de sus palabras llegamos a entender lo que tenemos, yo como maestro lo he vivido. Les agradezco porque me permitan expresarme libremente, al principio cuando no conocemos al doctor a uno como persona le da pena, pero dependiendo como se dé la relación, vamos 12 teniendo la confianza de contarles todo. Describiría la atención que recibo ahora como empática, amistosa pero profesional, muy buena, muchas gracias por todo lo que he recibido de ustedes.

#### **IV. DISCUSIÓN**

Por años se ha capacitado a los médicos para aplicar la entrevista clínica habitual con el fin de obtener los antecedentes biológicos, médicos e indagar superficialmente en los aspectos psicosociales "más relevantes" de los pacientes, mismos que determinarán el curso de la atención médica. En el afán de hacer de la medicina una ciencia nos hemos olvidado de que también es un arte con una dimensión subjetiva tan imprescindible de valorar cómo se valora a la dimensión objetiva. El aspecto humano ha quedado olvidado, poco nos preocupamos por adquirir herramientas con las cuales lleguemos a comprender el significado que tienen las enfermedades para las personas, Rita Charon considera que "Una medicina científicamente competente por sí sola es insuficiente para ayudar a los pacientes a lidiar con la pérdida de la salud o encontrar un significado en el sufrimiento, tampoco puede dotar al médico de la capacidad de establecer una relación médico paciente compasiva y empática que entienda el significado del sufrimiento para cada paciente". 1 En nuestras narrativas pudimos leer como los pacientes describen la

atención médica usando adjetivos como “insensible”, “distante” y “superficial”, la asimilación de un diagnóstico, las emociones que acompañan a las enfermedades, el duelo, son circunstancias internas que los pacientes afrontan y a las que asignan un determinado significado, lo que para un médico es una detección más, para la persona que recibe la noticia constituye “un trago amargo”.

Los pacientes necesitan de médicos que tengan la capacidad de comprender sus enfermedades y vivan con ellos la experiencia que resulta de las mismas. Como dijo Oliver Sacks: “Los médicos no pueden penetrar en los dominios de lo incomunicable (o de lo que es extremadamente difícil de comunicar) a menos que se conviertan en un compañero de viaje de sus pacientes, los acompañen en sus exploraciones, se muevan constantemente en su compañía y descubran con ellos una experiencia viva, exacta y lenguaje figurativo que les permite comunicar lo que parecía incomunicable”. 2 La falta de empatía con la que se brinda atención sanitaria se cataloga por diversos estudios como evidencia basada en la práctica médica, y se mide a través del nulo tiempo que se dedica a la consulta, el grado de satisfacción de los pacientes y el tiempo que el médico tarda en interrumpir el discurso del paciente, las actitudes de insensibilidad y la mala práctica hacen que tanto el médico y las instituciones de salud sean calificadas como inhumanas. 3

La medicina narrativa se inspira en el modelo de medicina biopsicosocial y el modelo de atención clínica centrado en la persona, busca darle al paciente el papel protagónico de una historia que será narrada desde su propia experiencia. La competencia narrativa exige tener la capacidad para absorber, interpretar y responder a las historias propias o de otros individuos. 1 La narrativa se entenderá como el acto de construir una historia en la que se cuentan una serie de eventos 13 bajo un determinado orden, permitiendo al paciente expresar su mundo interno en términos emocionales, sociales, familiares, etc.; pero además ofreciendo al personal de la salud información contextualizada y biográfica del mismo. 4

Este enfoque aporta al modelo biomédico tradicional un panorama más amplio del paciente y de todas las implicaciones que tiene la enfermedad sobre su vida y su entorno, nos extiende una invitación para ver a los pacientes como si fueran un libro abierto del cual tenemos mucho que aprender, este libro lleno de historias o narrativas contendrá recuerdos, asociaciones, alusiones, opiniones, todas ellas estarán sujetas a nuevas interpretaciones y abiertas para quien desee leerlas. En las narrativas que se exponen en este ensayo los pacientes piden no ser juzgados, como se dice popularmente “no podemos juzgar a un libro por su portada”, ni etiquetarlo sin antes acceder a su contenido, Post enuncia que “la narrativa de la enfermedad debe ser respetada, que ningún paciente puede ser reducido a un acertijo biológico que debe ser resuelto”.5 Para poder llevar la medicina narrativa a la práctica clínica, se requiere de habilidades en el

lector las cuales incluyen el poder escuchar activamente lo que se va a contar con el suficiente respeto, interés, imparcialidad y receptividad, así como la capacidad de reflexionar lo que se está leyendo, y mantener en todo momento una curiosidad abierta para preguntarnos a nosotros mismos y al autor cuál el trasfondo de lo que se presenta. Si el médico no puede realizar el papel de lector u oyente, el paciente podría no contar su historia al no sentirse escuchado, haciendo que la percepción de la atención clínica quede marcada por el incumplimiento y que la relación médico paciente se fragmente lo suficiente a tal grado que los pacientes pueden llegar a sentirse como una carga para su médico. Como explica Rita Charon: "El dolor, el sufrimiento, la preocupación, la angustia, la sensación de que algo no está bien: son muy difíciles de concretar con palabras, por lo que los pacientes tienen tareas muy exigentes de 'contar', mientras que los médicos tienen tareas de 'escuchar' muy exigentes".<sup>1</sup>

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad requieren el ejercicio de estas capacidades narrativas del médico, de hecho pueden ser el instrumento terapéutico más potente. <sup>7</sup> Al contar todo tipo de historias se ha podido encontrar un efecto curativo, Hatem y Rider, por ejemplo, citan estudios clínicos que muestran cambios significativos en los parámetros fisiológicos, como la mejora de las funciones pulmonares en pacientes con asma o la disminución de la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumática debido a escribir sobre experiencias estresantes personales.<sup>3</sup> Por supuesto no estamos hablando de convertirnos en el paciente o adueñarnos de su dolor, pero sí hablamos de fortalecer la relación médico paciente a través del acompañamiento, un estudio sobre el tiempo de conversación espontánea de los pacientes en la medicina general señala que dos minutos de escucha son suficientes para que el 80% de los pacientes cuenten sus preocupaciones. De los 335 pacientes, solo 7 necesitaron más de 5 minutos. Los médicos del estudio estaban entrenados en la escucha activa, y el estudio consistía en pacientes difíciles con historiales médicos complejos. <sup>3</sup>

La medicina narrativa ofrece simultáneamente a los médicos los medios para mejorar la eficacia de su trabajo con los pacientes, con ellos mismos, con sus colegas y con los el público, como dice Alzate: "En la narración hay posibilidad de 14 conocimiento, tanto de quien narra como de quien se narra, hay posibilidad de reconocimiento del otro y de sí mismo, porque existe la posibilidad de narrarme y contarme. Igualmente, tener la capacidad de narrar y narrarme ofrece la oportunidad de testimoniar y convertirme en testigo, es decir ser confiable ante un hecho, ser capaz de constatarlo".<sup>5</sup> La medicina narrativa facilita la gestión de los elementos motivadores en cada paciente lo que facilita la generación de cambios requeridos, Kathryn Montgomery Hunter fue una de las primeras en señalar la estructura narrativa del conocimiento médico: "La narrativa es el último dispositivo de casuística en la medicina que permite a los profesionales que comparten su visión del mundo diagnóstico y terapéutico ajustar los principios generales

al caso individual y lograr un grado de generalización que es a la vez practicable y abierto al cambio”.<sup>1</sup> A través de la narrativa podemos cambiar el rumbo de la atención clínica, este nuevo enfoque podría renovar la medicina y sólo por ello vale la pena que sea explorado.

## **V. CONCLUSIONES**

La medicina basada en narrativa no debe confundirse ni limitarse con “saber escuchar las historias que tienen por contar los pacientes”, el verdadero reto para el profesional de la salud consiste en tener la capacidad de obtener, interpretar y saber qué hacer con dicha información, no obstante, es necesario que el sistema sanitario facilite y ponga a disposición de todo el personal las herramientas necesarias para adquirir habilidades y destrezas que permitan introducir la narrativa en un entorno sanitario carente de empatía y humanidad. Este nuevo enfoque debe verse como la oportunidad de establecer un encuentro más humano con los pacientes y una comprensión más profunda de cada individuo a la que sería casi imposible acceder por otro método, como resultado se produce una relación médico-paciente más nutrida y terapéutica, se abre paso a una atención médica más completa y adecuada a las necesidades individuales de cada paciente, lo que se ve reflejado en las narraciones contadas por ellos mismos, en donde ha habido un cambio en la forma en la que perciben a los sistemas sanitarios a través del tiempo, inclusive sus vidas han evolucionado así como lo han hecho sus enfermedades hacia un cambio natural y espontáneo en donde han adquirido nuevas capacidades de autocuidado y autogestión. A pesar de que se realizaron preguntas concretas sobre la atención de la salud, todas las narrativas contienen implícitas emociones, sentimientos y creencias, con eso reafirmamos que no es posible aislar la enfermedad de la persona. Quizá una de las principales barreras por las cuales la medicina basada en narrativa aún no forma parte de nuestras directrices es la falta de evidencia científica que la respalde, porque... ¿Cómo podríamos medir lo subjetivo? Las historias narradas en este ensayo representan un portavoz para introducir este enfoque en la práctica clínica y en la formación médica moderna. “Cuando leas... abre tu mente tanto como sea posible, entonces los signos y señales de una sutileza casi imperceptible te llevarán ante la presencia de otro ser humano como ningún otro”. Virginia Woolf, *How to Read a Book*. 15

## **IX. REFERENCIAS**

1.- Charon R. Medicina narrativa: un modelo para la empatía, la reflexión, la profesión y la confianza. JAMA [Internet]. 2001 [Citado 29 abril de 2024]; 286(15):1897–1902. doi:10.1001/jama.286.15.1897



- 2.- Pino Andrade R. Medicina narrativa en el diagnóstico médico. Med Cali [Internet]. 2020 [Citado 27 abril de 2024]; 51 (1): 1-5. doi:<http://doi.org/10.25100/>
- 3.-Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. Perm J [Internet]. 2019 [Citado 30 abril de 2024]; 13(1):80-6. doi: 10.7812/TPP/09.996.
- 4.- Juárez Lorenzo M, Rodríguez Martín B, Conde Caballero D. Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [citado 05 de Mayo de 2014]; 22(1-2): 55-59. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>.
- 5.-Rosas Jiménez CA. Medicina narrativa: el paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión. Acta bioeth [Internet]. 2017 [Citado 25 de abril de 2024]; 23 (2): 351-359. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351>
- 6.- George Z. La medicina basada en narrativa y la consulta de medicina general. Le Medicine de famille canadien [Internet]. 2018 [Citado 01 mayo de 2024]; 64 (1):286-290. Disponible en: <https://www.webfepafem-pafams.org/medicinanarrativa/>
- 7.- George Z. ¿Qué es la medicina basada en narrativa? Le Medicine de famille canadien [Internet]. 2018 [Citado 01 mayo de 2024]; 64 (1):176-180. Disponible en: <https://www.webfepafem-pafams.org/medicina-narrativa/>
- 8.- Urday-Fernández D, Cuba-Fuentes MS. Medicina narrativa. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Ene [Citado 26 de abril de 2024] ; 80( 1 ): 109-113. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15880>.
- 9.- Marrón S. ¿De qué hablamos...cuando hablamos de narrativa médica?. Fronteras en Medicina [Internet]. 2018 [Citado 28 de abril de 2024]; 3(2):103-107. disponible en: <https://es.scribd.com/document/721237568/15801030107>
- 10.- Tajer CD. Haciendo posible el debate sobre la medicina basada en evidencias. Revista Argentina de Cardiología [Internet]. 2010 [Citado 27 abril de 2014]; 78(5), 459-466. doi: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326948005>
- 11.- Bhavaraju V. L., Miller S. Faculty development in narrative medicine: using stories to teach, learn, and thrive. Journal of graduate medical education [Internet]. 2014 [Consultado 07 de mayo de 2024]; 6(2), 355–356. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00077.1>
- 12.- Barber S., Moreno-Leguizamon C. J. Can narrative medicine education contribute to the delivery of compassionate care? A review of the literature. Medical humanities [Internet]. 2017 [Consultado 09 de mayo de 2024]; 43(3), 199–203. doi: <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011242>
- 13.- Remein C. D., Childs E., Pasco J. C., Trinquart L., Flynn D. B., Wingerter S. L., Bhasin R. M., Demers L. B., Benjamin E. J. Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019. BMJ open [Internet],

2020 [Consultado 12 de mayo de 2024]; 10(1), e031568. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031568>

14.- Soto-Faúndes C, Pérez-Villalobos C. Profesionalismo y medicina narrativa. Revista médica de Chile [Internet]. 2022 [Citado 14 de mayo de 2024]; 150(9), 1234- 1238. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000901234> 17

## **X. ANEXOS**

### 1.- Guía de preguntas

#### I. Presentación del paciente:

1. ¿Quién es usted? (Cómo se define/identifica)
2. ¿Cuáles son las enfermedades crónicas con las que usted vive?
3. ¿A quiénes considera su red de apoyo?

#### II. Al momento del diagnóstico

1. ¿Cómo fue su experiencia en el momento en que le diagnosticaron su enfermedad crónica con el personal sanitario (médico, enfermería)?
2. ¿Qué palabras o frases tuvieron mayor impacto para usted en ese momento del diagnóstico de sus enfermedades crónicas?
3. ¿Cuáles fueron sus emociones durante el momento del diagnóstico de sus enfermedades crónicas?
4. ¿Qué fue lo que más le ocasionó preocupación en el momento de su diagnóstico?
5. Utilice 3 palabras para definir su atención médica en este momento

#### III. Durante la evolución de sus enfermedades crónicas

1. ¿Considera que alguna de sus preocupaciones que tuvo al inicio de su diagnóstico, se resolvieron en este proceso? ¿Cuáles fueron? ¿Cuáles han quedado pendientes?
2. ¿Considera que la atención médica que ha recibido a lo largo de estos años, ha cambiado su forma de vivir con sus enfermedades?

#### IV. Actualmente

1. ¿Ha notado alguna diferencia entre la atención médica que recibe actualmente con la que recibió en el momento de su diagnóstico?
2. ¿Cuáles serían sus recomendaciones para los médicos/personal sanitario en formación que próximamente se encontrará en alguna unidad de atención?
3. ¿Considera que puede expresarse libremente en el momento de su consulta médica sobre sus necesidades en salud? ¿Por qué?
4. Relate una situación en la que haya sentido empatía durante el proceso de su enfermedad.
5. Utilice 3 palabras para definir su atención médica actual.

### **3.3.- MÓDULO 3. ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA AUMENTAR EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

La implementación del subsistema de comunidad del MAICP surge por una parte a través de la organización de los encuentros de personas con enfermedades crónicas, los cuales, como ya se mencionó, representan una estrategia del modelo cuyo objetivo es la construcción y el fortalecimiento de una comunidad saludable (o entorno saludable). Las comunidades se construyen cuando las personas se conocen entre sí, se reconocen, escuchan, comparten, valoran y toman decisiones conjuntas; para que esto pueda suceder se necesita de un espacio de diálogo en donde reflexionen acerca de sus experiencias viviendo con la enfermedad, permitiendo el intercambio de aspiraciones, logros, necesidades y las opciones con las que cuentan para afrontar o modificar su entorno de manera que éste sea más favorable para todos.

#### **EL ENCUENTRO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Una vez que inicia la planeación del sexto encuentro de pacientes con enfermedades crónicas, como médicos pasantes del programa recibimos por parte del diplomado una capacitación teórica y práctica en la cual se nos dio a conocer detalladamente la estructura del encuentro, los objetivos y las tareas a realizar según el rol en el que nos fuéramos a desempeñar, ya sea como coordinadores o relatores. Como parte de estas capacitaciones se realizaron algunos simulacros con el fin de llegar mejor preparados a cada encuentro, entendiendo que para trabajar con un grupo de personas se requiere de habilidades comunicativas y el saber ser resolutivos ante las posibles circunstancias o conflictos que pudieran generar durante el encuentro.

Nuestra primera tarea fue llevar a cabo la difusión del evento e invitación de los pacientes integrados al programa de crónicos de los cuales llevabamos el seguimiento mensual en cada centro de salud, en mi caso, el CSTIII. Dr. Salvador Allende, el cual inicialmente se había pensado como sede del encuentro correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán, de

forma que para facilitar esta tarea decidimos crear un cartel (Anexo 1), aunado a lo anterior se invitó personalmente a cada uno de los pacientes quienes asistieron a la consulta médica, en caso de no asistir, se realizó la invitación vía telefónica obteniendo la confirmación inicial de 15 pacientes; desafortunadamente de último momento y por cuestiones ajenas a nosotros se cambió de sede, estableciendo como punto de encuentro al CSTIII San Francisco Culhuacán, con lo cual nuestra lista de asistentes se redujo a solo 6 personas de las cuales únicamente se presentó 1.

El encuentro se lleva a cabo el día 13 de marzo del 2024 teniendo una afluencia total de 18 pacientes representando a los 3 centros de salud de Coyoacán, con lo cual logran integrarse 2 grupos de discusión formados por 8 y 9 personas respectivamente, en uno de los cuales participe como coordinadora. Durante el encuentro se realizaron distintas actividades las cuales obedecieron a un orden preestablecido, estas fueron: presentación del coordinador/relator, presentación de cada integrante del grupo, encuadre, diálogo e intercambio de saberes, aprendizaje de la sesión, plenaria y cierre de la sesión. Los médicos pasantes que participamos en este encuentro decidimos ofrecer un pequeño aperitivo a las personas asistentes al evento, con lo cual se logró fortalecer aún más la convivencia y la creación de un ambiente ameno en el cual pudimos trabajar exitosamente. Como resultado de este encuentro se llegó a la conclusión de que las personas que viven con enfermedades crónicas comparten necesidades encaminadas al aprendizaje de habilidades de autocuidado, resaltando el tema de la alimentación y el ejercicio, además, la mayoría de las personas coinciden en que aspiran en conservar su independencia con el paso de los años y evitar el desarrollo de complicaciones producto de las enfermedades crónicas, surgiendo así la idea de elaborar una guía de sus patologías con información relevante para ellos, tales como las causas o el por qué alguien puede llegar a enfermarse, la evolución natural de la enfermedad, los factores de riesgo, las complicaciones y algo que desde mi punto de vista fue destacable de este grupo y es que pensaron en incluir un apartado sobre la prevención de las distintas enfermedades, orientándose hacia la promoción de la salud. Al final del encuentro se obtuvo una respuesta favorable por parte de todos los asistentes quienes se

mostraron entusiastas y dispuestos a continuar trabajando en un futuro próximo sobre las propuestas generadas en la reunión.

A continuación se expone la relatoría del Encuentro de Pacientes con enfermedades crónicas de la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán, en la cual se muestra con mayor detalle la cronología y secuencia del evento.

**Relatoría 6to Encuentro de Pacientes con enfermedades crónicas. “Ser, hacernos comunidad”.**  
Jurisdicción sanitaria Coyoacán.

**Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica**

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b> Coyoacán	<b>Coordinador(a):</b> Uballe Hernández Harim Montserrat / Hernández Flores Ana Patricia	<b>Página:</b> <u>1</u> de <u>10</u>
<b>Relator(a):</b> Vega Monroy Alan	<b>Grupo:</b> 1	<b>Fecha:</b> 13/03/2024

**1.- Personas participantes:**

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Joaquina Magno	F	58	CS TIII San Francisco Culhuacán
Ernestina González Hernández	F	56	CS TIII San Francisco Culhuacán
Elvia Salinas Galicia	F	55	CS TIII San Francisco Culhuacán
Irma Martínez	F	66	CS TIII San Francisco Culhuacán
Hugo Polaco Castillo	M	71	CS TIII San Francisco Culhuacán
Diana Lilia Contreras Lozano	F	55	CS TIII San Francisco Culhuacán
Ángel Jorge Salazar Zotea	M	69	CS TIII San Francisco Culhuacán
Leticia Pérez Ramírez	F	63	CS TIII San Francisco Culhuacán
Patricia Ávila Juárez	F	58	CS TIII Carmen Serdán

**2.- Datos del Taller**

<b>Objetivo del taller:</b> Crear un ambiente agradable y cómodo que permita integrar una comunidad a fin de dialogar respecto a las necesidades, objetivos y aspiraciones en común.	
<b>Hora de inicio:</b> 9:00	<b>Hora de finalización:</b> 13:30

**3.- Agenda del taller:**

Horario	Actividad
	<p>Presentación de coordinador(a) y relator(a)</p> <p>2. Presentación de cada persona integrante del grupo</p> <p>3. Encuadre  Explicar qué va a trabajar el grupo  Cómo va a trabajar el grupo  Las reglas del grupo  Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente)  Dudas respecto a la dinámica del grupo</p> <p>4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias  Ser, hacernos comunidad</p> <p>5. ¿Qué aprendimos en esta sesión?</p> <p>6. Puntos importantes a presentar en la plenaria</p> <p>7. Agradecimiento y cierre de la sesión grupal.  Volver a la plenaria.</p>

#### 4.- Descripción detallada del taller:

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

**Primer momento. Diálogo en parejas:**

**¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?**

Aproximadamente 10 minutos

Las parejas formadas platican acerca de:

¿Cuál es su enfermedad o enfermedades crónicas y desde hace cuánto tiempo?

¿Cuáles son sus principales aspiraciones viviendo con sus enfermedades crónicas?

¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?

*Por favor:*

*Describa el ambiente (tenso, relajado, alegre, etc.) que se crea en el grupo y en las parejas que estén platicando.*

*Describe, si es posible, algunos de los intercambios que logre escuchar. Pero no olvidar que lo importante es el diálogo en las parejas que se formen.*

Se formaron 3 parejas y una tercia de manera aleatoria (debido a la disparidad en el número de integrantes) a conformidad del grupo. De manera general, el ambiente se percibe alegre y relajado, todos los integrantes se acoplaron casi de manera inmediata generando una sensación de confort y respeto. Cada pareja (y tercia) interactúa de manera pacífica y respetuosa. Comparten experiencias, vivencias, aspiraciones metas y objetivos que les identifica entre sí y que les gustaría alcanzar a mediano y largo plazo.

Entre estas se encuentran:

- La alimentación que suelen llevar, en comparación a la que consideran ideal, no se encuentran muy distantes
- Las cifras máximas alcanzadas tanto al diagnóstico de sus enfermedades como las mantenidas a lo largo de su tratamiento
- La dificultad que supone la realización de ejercicio o actividad física al inicio, sin embargo, una vez alcanzado un cierto ritmo y habiéndose adecuado a una rutina, es más sencillo continuar con ella; así como las razones por las cuales dejan de hacerlo o no pueden mantener una constancia.

#### PRESENTACIÓN DE COSAS EN COMÚN POR PAREJA:

Pareja N°1: Yo soy Leticia P.R. y aquí conocí a Paty, como a todos ustedes. Tenemos en común son la obesidad, que ella tiene más enfermedades como diabetes, hipertensión y tiroides, además de problemas que arrastra la obesidad como desgaste de rodilla, dolores en las articulaciones. Lo que hemos platicado la señora y yo es que si no ponemos nosotros mismos de nuestra parte respecto a nuestra salud pues no llegaremos a ningún lado. Como nos dicen ustedes, debemos ser constantes para salir adelante y continuar con salud física y mental.

Aspiración: Ser constantes.

Pareja N°2: Buenos días! Yo soy Jorge S. Tuvimos una plática la Sra. Diana y yo, sobre las enfermedades que tenemos, la Sra. tiene la enfermedad de la diabetes y yo de la hipertensión y me acaban de ver porque la Dra. me dijo que tenía un mal en el pulmón, me mandó al hospital INER, donde me están atendiendo desde Junio y ya me dijeron que estoy apto para la biopsia y que mañana, precisamente, tengo la cita para que me digan qué día me harán la biopsia. Entonces la Sra. Diana y yo intentamos ser constantes en las citas que nos dan aquí en el centro de salud y en el hospital.

Aspiración: Tener mayor calidad de vida

Pareja N°3: Buenos días, yo soy Hugo P. y platicando con la Sra. Irma, somos Hipertensos los dos. Llegamos a la conclusión de que estar realmente informados desde qué se trata nuestra enfermedad y qué podemos hacer en caso de ¿qué podemos hacer para evitar el infarto? Entonces tener nuestra tabla de información, por ejemplo, la Sra. maneja

presiones de 130/90 y yo manejo más bajo entre 120-110/70-60 y así estoy, entonces sabiendo nuestra presión normal y estarnosla checando en cualquier síntoma que tengamos, poder determinar qué hacer en ese momento.

Necesidades: 1) Saber hasta dónde podemos aguantar, partiendo de la presión que manejamos y de ahí ¿Qué hacer? 2) Estar bien informados

Pareja N°4 (tercia): Bueno pues nosotras llegamos a la conclusión de que tenemos las dos enfermedades, hipertensión y diabetes. Entonces platicamos que siempre es bueno que el doctor esté pendiente de nosotros, pero llegamos a la conclusión de que nosotras sabemos qué debemos comer, que debemos hacer ejercicio, lo principal.

Necesidad: Apegarnos a una adecuada alimentación y ejercicio para mantenernos en adecuado control

### Descripción detallada del taller:

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

#### **2º momento**

#### **Diálogo en el grupo de discusión**

Aproximadamente 60 minutos

1. ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?  
¿Qué compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

2. ¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?

3. ¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

4. Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?

5. De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta a alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?

6. Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?

*Asegúrese de anotar cada una de las preguntas, de preferencia escriba cada vez la pregunta completa, a fin de que la transcripción se haga de manera correcta; sin dar margen a errores:*



## 2º momento

### Diálogo en el grupo de discusión.

#### 1) ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas? ¿Qué compartimos como personas con enfermedades crónicas?

- De las cosas que se repiten fue que las señoras dijeron que saben lo que deben hacer para controlar su enfermedad, también nosotros. Sabemos que debemos hacer ejercicio y cuidar la alimentación.
- Que todos estamos informados, pero no lo llevamos a cabo, a veces sí y a veces no pero no al 100%. Tratamos de comer saludable y hacer ejercicio, mentalizarnos que no debemos de comer tanto pan, tanta chatarra. Saber que si ya nos comimos un pan hoy pues no comerlo mañana ni pasado, estar conscientes y hacer un esfuerzo para mantenernos saludables, porque el pensar o decir que no tenemos nada es como enfermarnos también de la cabeza.
- Todos tratamos de venir a consulta siempre, no faltar y mantener una constancia para que nos vaya mejor porque si dejamos la enfermedad “al olvido”, cuando nos demos cuenta ya no habrá remedio. Así como hay gente que dice que no tiene tiempo para venir porque trabajan o tienen otras actividades, pero inclusive hemos comentado que el centro de salud brinda servicio para las personas que trabajan, pero a veces hay personas que no quieren.
- Así como ha habido grupos de diabéticos con otros médicos, hay personas que no quieren venir a la consulta. Que les pasan cosas como que se les infectan los dedos y se les caen, pero ellos siguen sin acudir, aunque no trabajen ni hagan nada, no vienen. Pareciera que no se quieren, les falta amor propio.

#### 2) ¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?

- **Tablas de información:**
- **Entender qué produce la diabetes (cómo influyen todos los grupos alimenticios al desarrollo de la enfermedad):**
  - Sra. Irma: Yo no sé por qué soy diabética si no bebo nada de dulce. Yo temprano mi vaso de agua, a mí el té o el café yo no lo puedo tomar con azúcar porque siento que me “carcome”.
  - Sr. Hugo: Yo, por ejemplo, tengo una hermana que no come carne para nada y tiene colesterol. No come carnitas, leche, queso, huevo ni nada.
- **Relación alimento/enfermedad:** Dra. Harim: Otro punto importante de la charla podría ser entender la relación de los alimentos y qué es lo que estos hacen en nuestro cuerpo, cuáles se relacionan con:
  - Hipercolesterolemia
  - Hipertensión arterial
  - Hipertrigliceridemia
  - Hiperglucemia
- Eliminar/suprimir el sentimiento de “recompensa” por una buena conducta

### 3) **¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?**

- Ser independientes a pesar del transcurso de la enfermedad: ¿Qué acciones me hacen independiente? Todas las que necesitamos:
  - Bañarse
  - Caminar
  - Tender la cama
  - Vestirse
  - Lavar la ropa
  - Comer
  - Preparar nuestra propia comida
  - Salir de casa sin acompañante
  - Realizar actividades recreativas
  - Utilizar medios de transporte público (camión)
  - Necesidades fisiológicas
  - Permanecer sólo con una enfermedad (no adquirir más enfermedades)
  - Disminuir el riesgo de comorbilidades
  - **Hacer todas nuestras actividades de manera digna**
- Que nuestra familia sea sana y eviten el desarrollo de enfermedades como la diabetes y la hipertensión

### 4) **Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?**

Sr. Hugo: Una guía de enfermedad que nos permita estar al tanto de nuestra situación. Se me ocurre una guía de nuestra enfermedad para saber qué proceso llevar

Dra. Patricia: En ese caso, a ustedes ¿qué les serviría que contuviera esa guía para estar más informados para prevenir complicaciones o qué puntos les gustaría que se abordaran en esa guía?

Sr. Jorge: Por ejemplo, la alimentación, qué es lo que hay que comer para poder llevar bien la enfermedad

Sra. Diana: Que tuviéramos más información de hacer ejercicio para no desarrollar más enfermedades y llegar a una mejor vejez, con mejor calidad de vida y no depender tanto de nuestros familiares

Sra. Elvia: Por ejemplo, mi mamá dice que mi papá se murió de la diabetes. Yo sé que nadie se muere de la diabetes, si no, de las complicaciones. Ahora yo la tengo y creo que es algo genético, pero no me gustaría que mis hijos también la tuvieran. También es algo que deberían poner, si es que realmente las enfermedades se heredan, para saber si nuestra enfermedad es cosa genética o ¿qué está pasando?

Sr. Hugo: Que hubiera un poquito de información, porque luego uno la recibe desviada. Que ya un pariente nos dice -No tomes coca porque te va a dar diabetes-. Una guía de por qué te da la enfermedad, partiendo de la base.

Dra. Harim: Muy bien, digamos: El proceso de la enfermedad, “¿Qué la provoca?”, “¿Cómo inicia?” y “¿Por qué se va agravando?”

Sr. Hugo: Puntos sintetizados porque normalmente no leemos y ya de ahí, ya que sabes esto, “puedes hacer esto y esto para no tenerla; pero si la tienes, puedes hacer esto”. Cosas que nos permita estar bien enterados y que no nos mientan, ni nos inventen, para poder prevenir algo a nuestros hijos, a nuestros nietos o a los demás. No tan técnico, sino, algo ligerito para que lo podamos realizar de manera sencilla para hacer cada uno lo que nos corresponde.

**5) De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta para alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?**

Tener un protocolo iniciado, quizás avanzado de la guía de enfermedad para poder evaluar la cantidad de información proporcionada y los puntos que sean necesario modificar o afinar

**6) Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?**

- ✓ Hugo Polaco: 55 3933 8120
- ✓ Diana Lilia: 83 9201 60
- ✓ Leticia Ramírez: 55 8766 1891
- ✓ Joaquina Magno: 55 5581 2711
- ✓ Patricia Ávila: 55 5108 4366
- ✓ Elvia Galicia: 55 3066 3595
- ✓ Irma Martínez: 55 2935 2976
- ✓ Jorge Salazar: 55 3110 63

**Cierre del Taller:**

**¿Qué aprendimos hoy?**

Como personas con enfermedades crónicas compartimos metas y aspiraciones que nos motivan y nos inspiran a seguir acudiendo de manera mensual, constante y puntual a nuestras citas con las y los doctores: El mantenernos lo más saludables posibles para llegar a una vejez digna que nos permita ser independientes en todo lo que tenemos que hacer y, de ser posible, vivir nuestras enfermedades sin complicaciones.

Posteriormente, dada la gran afluencia de pacientes de la jurisdicción Xochimilco, se nos solicitó el apoyo para la realización del encuentro correspondiente, el cual tuvo lugar el día 22 de marzo del 2024, contando con la participación de 85 personas. Al llegar a la sede participamos en la bienvenida y colocación de gafetes a los asistentes, posteriormente se les llevó hacia el salón principal en donde el equipo titular de este proyecto informó sobre los resultados en salud obtenidos hasta el momento actual, para después dar paso a la realización de las actividades programadas para el encuentro formando grupos de 10 personas, en esta ocasión desempeñándome como relatora. En el grupo en donde me toco participar se identificó la necesidad común de adquirir hábitos que fortalecieran el autocuidado, resaltando nuevamente el tema de la alimentación, así como la importancia de contar con una buena red de apoyo que facilite el camino hacia la consecución del mismo, por lo que la propuesta que surge entre las participantes estuvo encaminada hacia la creación de un taller en el cual se realizarán actividades dirigidas al fortalecimiento de las redes de apoyo, mostrándose con muy buena disposición para continuar trabajando sobre ello en un futuro próximo.

**Relatoría 2. Encuentro de Pacientes con Enfermedades Crónicas. “Ser, hacernos comunidad”. Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

**Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica**

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b> Xochimilco	<b>Coordinador(a):</b> Susana Guadalupe Marcos Cruz	<b>Página:</b> _2_ de _17_
<b>Relator(a):</b> Ana Patricia Hernández Flores	<b>Grupo:</b> 9	<b>Fecha:</b> 22/03/2024

**1. Personas participantes:**

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Centro de Salud</b>
Monroy Mejía Araceli	F	52	CST III. San Mateo Xalpa
Méndez Díaz María Eugenia	F	62	CST III. Xochimilco

Díaz Vargas Concepción	F	90	CSTIII. Xochimilco
Medina Meléndez Inés	F	48	CST III. Tulyehualco
Bautista Ibáñez Margarita	F	60	CST III. Tulyehualco
Rodríguez Arellano Laura	F	46	CST III. Tulyehualco
Cruz Santana Gabriela	F	48	CST III. Tulyehualco
Domínguez Alamillo Guadalupe	F	65	CST III. Tulyehualco
Campusano Mejía Olivia	F	62	CST III. Xochimilco

## 2. Datos del Taller

### Objetivo del taller:

Construir y fortalecer la constitución de una comunidad saludable para quienes viven con enfermedades crónicas a través de la creación de espacios para dialogar, compartir y reflexionar acerca de las experiencias personales viviendo con la enfermedad, así como la identificación de las aspiraciones y necesidades comunes con la finalidad de generar propuestas de acción colectiva en beneficio de la comunidad.

**Hora de inicio: 09:00**

**Hora de finalización: 13:30**

## 3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Presentación de coordinador(a) y relator(a) 2. Presentación de cada persona integrante del grupo 3. Encuadre Explicar qué va a trabajar el grupo Cómo va a trabajar el grupo Las reglas del grupo Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente) Dudas respecto a la dinámica del grupo 4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias Ser, hacernos comunidad 5. ¿Qué aprendimos en esta sesión? 6. Puntos importantes a presentar en la plenaria

	7. Agradecimiento y cierre de la sesión grupal. Volver a la plenaria.
--	--

**4. Descripción detallada del taller:**

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

**Primer momento. Diálogo en parejas:**

**¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?**

Aproximadamente 10 minutos

Las parejas formadas platican acerca de:

¿Cuál es su enfermedad o enfermedades crónicas y desde hace cuánto tiempo?

¿Cuáles son sus principales aspiraciones viviendo con sus enfermedades crónicas?

¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?

*Por favor:*

*Describa el ambiente (tenso, relajado, alegre, etc.) que se crea en el grupo y en las parejas que estén platicando.*

*Describa, si es posible, algunos de los intercambios que logre escuchar. Pero no olvidar que lo importante es el diálogo en las parejas que se formen.*

El grupo #9 fue el último en integrarse y estuvo conformado por 9 personas todas del sexo femenino, 2 de ellas acompañadas por sus hijas de aproximadamente 2 años de edad, de forma general todas las integrantes se muestran alegres y con disposición a participar, tras explicarles cuál era la dinámica de la primera actividad a realizar, se logra conformar a 3 parejas y una tercia de forma aleatoria debido a la disparidad del grupo. Al iniciar y durante los 10 minutos otorgados para conocer a la persona que tenían enfrente, se percibe un ambiente ameno, relajado y cordial, se observa que la conversación entre las parejas fluye con facilidad, las personas se encuentran cómodas y alegres relatando sus experiencias, aspiraciones y necesidades con sus compañeras. Algunos de estos intercambios se trataban acerca de:

El deseo de evitar las complicaciones que se derivan de las enfermedades crónicas al haber tenido la experiencia de ver o vivir junto a un familiar, amigo o conocido, la forma en que estas afectaron no solo el estado de salud, sino también la calidad de vida llevándolos a una muerte no digna.

La importancia de recibir una educación en salud orientada hacia la prevención de enfermedades crónicas, incluyendo la identificación de los factores de riesgo modificables para que sus familiares gocen de un estado de salud pleno.

Aprender a llevar una alimentación adecuada, el reconocimiento de cuáles son los alimentos que pueden influir en el control glucémico o de la presión arterial, y la obesidad.

La dificultad de mantener hábitos saludables tanto de alimentación como de ejercicio cuando no cuentan con una buena red de apoyo que las motive a seguir adelante.

#### Presentación de las parejas

Se pide que de forma voluntaria que una persona por pareja comparta con el resto del grupo cuales fueron las aspiraciones y necesidades que compartió con su pareja. Las participaciones fueron las siguientes:

- Pareja #1: “Yo soy Guadalupe soy hipertensa y mi pareja es Margarita, ella padece diabetes e hipertensión, nosotros tuvimos en común que estamos pasadas de peso, compartimos la necesidad de saber que alimentos podemos comer y cuales deberíamos evitar para mejorar nuestras cifras de glucosa, de presión y no subir más de peso, que se nos informe cuales son los factores de riesgo que podríamos evitar para que nuestros familiares, principalmente nuestros hijos no lleguen hasta ese punto, personalmente tuve la experiencia de vivir con un familiar que tristemente acabo sin una pierna y falleció a causa de la diabetes, es algo a lo que no quisiéramos llegar.”

Aspiraciones: Preservar la calidad de vida evitando las complicaciones relacionadas a sus enfermedades crónicas.

Necesidades: Mejorar sus hábitos alimenticios y conocer los factores de riesgo que son modificables.

- Pareja #2: “Yo soy la señora Gaby, soy prehipertensa y estuve con la señora Laura, ella es diabética, ambas deseamos vivir una vida lo más plena posible como si no tuviéramos nuestras enfermedades, ¿Cómo? mejorando nuestra alimentación y entendiendo que “la enfermedad no debería ser sinónimo de muerte”, necesitamos reaprender a comer otra vez como lo hacen los niños pequeños,

existe ese temor a la palabra “dieta”, el solo escucharla nos hace imaginarnos que vamos a vivir con muchas restricciones, con una lista de prohibiciones que nos va a dar el especialista o el médico y que además vamos a pasar por hambre, creo que debemos estar mejor orientadas para no tener esos conceptos erróneos.”

Aspiración: Tener un estilo de vida similar al que tenían antes de ser diagnosticadas con la enfermedad.

Aprender a comer de forma saludable.

- Pareja #3: “Yo soy Araceli y estuve con la señora Olivia, compartimos como enfermedades diabetes e hipertensión, nos gustaría llegar a una edad en donde seamos independientes en todas nuestras actividades, ambas tenemos hijos y no quisiéramos darles problemas a ellos por no cuidarnos adecuadamente a esta edad. Sabemos que es importante acudir a las consultas pero nuestros hábitos juegan un papel muy importante, nos cuesta trabajo tener la disciplina para decir “NO” a lo que sabemos que nos hace daño consumir, creo que nadie nos prepara para asimilar la enfermedad que tenemos, es difícil dejar de hacer, de comer las cosas que nos gustan y optar por las cosas que son saludables, también para la familia de uno es difícil adaptarse al cambio, no van a dejar de comer lo que a ellos les gusta porque el enfermo es uno, y eso hace que en ocasiones te sientas solo.”

Aspiraciones: Conservar su independencia al llegar a la vejez.

Necesidades: Ser más disciplinadas en su alimentación y contar con la empatía y el apoyo de su familia o cualquiera que sea su red de apoyo.

- 4.- Tercia: “Yo soy María Eugenia y respecto a lo que compartí con la señora Concepción y la señora Inés es que dos de nosotras somos hipertensas y aspiramos a mejorar nuestras cifras de control con la menor cantidad de medicamentos posibles, para ello estamos de acuerdo que necesitamos entre otras cosas ser más disciplinadas con el tema de la alimentación que es lo que más trabajo nos cuesta, a mí por ejemplo mis hijos me regañan cuando me ven comiendo sal, pero para mí es difícil ver como el resto de mi familia puede comer alimentos que si yo no limito en mi dieta perjudican en mi presión arterial. También creemos que sería importante tener más herramientas para saber poner sobre la mesa alimentos saludables, por ejemplo, la señora Inés también nos platicó que hace algún tiempo asistía a talleres en los cuales le enseñaban a preparar ensaladas, soya, ese tipo de alimentos, pero después dejaron de organizarse y podría ser una buena alternativa para aprender a alimentarnos mejor.”



Aspiraciones: Disminuir la cantidad de pastillas que toman al día.

Necesidades: Ser disciplinadas y constantes para mantener una buena alimentación y contar con una red de apoyo empática con ellas.

### Descripción detallada del taller:

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

#### **2º momento**

#### **Diálogo en el grupo de discusión**

Aproximadamente 60 minutos

1. ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

¿Qué compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

2. ¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?

3. ¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

4. Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?

5. De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta a alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?

6. Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?

*Asegúrese de anotar cada una de las preguntas, de preferencia escriba cada vez la pregunta completa, a fin de que la transcripción se haga de manera correcta; sin dar margen a errores:*

#### **2º momento**

#### **Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)**

**1.- ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?**

- Sí yo creo que la mayoría de las que estamos aquí al ser mujeres somos también amas de casa, tenemos hijos o hasta nietos, queremos verlos crecer o verlos formar una familia, yo veo que dos de ustedes incluso vienen con sus niñas pequeñas, entonces de cierta forma somos el ejemplo de las generaciones que vienen debajo de nosotras y el compromiso que tenemos es atendernos, no faltar a nuestras consultas, eso nos hace estar aquí hoy, que somos personas interesadas en nosotras mismas.
- Que la mayoría de nosotros parecemos estar informados de que nuestra salud se ve influida por muchos factores, entre ellos la forma en la cual nos alimentamos y que tenemos que hacer otras cosas, por ejemplo, ejercicio, la salud es como la tierra, hay que cultivarla con buenos hábitos para poder cosechar buenos resultados, comiendo bien, durmiendo bien, atendiéndonos y teniendo esa constancia para que nos vaya mejor.
- Yo creo que independientemente de cual sea la enfermedad que padecemos, todos tenemos o nos hemos fijado objetivos que queremos alcanzar, para algunos mantener nuestras cifras de glucosa, para otros la presión arterial, algunos otros quieren bajar de peso, y para lograr todo esto tenemos que llevar un estilo de vida saludable en alimentación, en ejercicio, en venir a nuestro seguimiento mensual.
- Compartimos diagnósticos, más allá de eso tenemos en común algunas experiencias de vida, todos en algún momento, tal vez al principio cuando nos enteramos del diagnóstico, pasamos por emociones y sentimientos de confusión, decepción, injusticia, y conforme hemos ido afrontando la enfermedad hemos sentido miedo, ahora que sabemos un poco más y que estamos en el programa también estamos mejor informados, sabemos que puede ocurrir y somos más responsables al tener ese conocimiento.
- Que algunas tenemos las mismas necesidades, aprender a alimentarnos mejor, ser disciplinadas, sentirnos acompañadas, ser funcionales cuando llegemos a la vejez y todas tenemos en mente o nos hemos visualizado de alguna forma para cuando cumplamos determinada edad, deseamos no tener complicaciones, todas queremos disfrutar la vida que nos queda por delante con nuestras familias y también quisiéramos que ellos no repitan o no tengan que sufrir por tener una enfermedad crónica.

## 2. ¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?

- Yo veo que la mayoría de nosotras estamos al tanto de que hay alimentos que perjudican en el control de nuestras enfermedades, pero a pesar de saberlo, ser disciplinadas nos cuesta mucho trabajo y lo mismo pasa con el ejercicio, nos falta mantener esa constancia, porque conciencia la tenemos, pero muchas veces como lo comentaron hace rato, el que nos den una dieta y nos den una lista con todas las cosas que no podemos comer desde ese momento, por el simple hecho de estar "prohibidas" son las que más se nos antojan o los que más nos cuesta trabajo dejar de comer, entonces hasta la forma en la cual nos dicen las cosas influye en nuestra conducta, en lugar de eso a mí me han dicho que no necesito dejar de comer las cosas de forma radical, solamente es aprender que existen porciones que de vez en cuando no está mal consumirlas, entonces ahora sé que si yo me comprometo, tomo mis medicamentos, voy a consulta y mi glucosa está bien me puedo comer medio pan dulce de vez en cuando sin sentir ese miedo o culpa de consumir lo que me gusta.
- Sí, el aprender a cuidar mejor nuestra alimentación, escuchándolas a todas creo que necesitamos tener esa información de que alimentos me suben la glucosa, que alimentos me suben la presión, que alimentos no me permiten bajar de peso y cuales elevan el colesterol, a veces uno consume cosas creyendo que son saludables, nunca faltan los juguitos, el té, porque nos lo recomendó la vecina y resulta que no lo son y uno no lo sabe, necesitamos estar mejor orientadas en ese sentido.
- Tener una educación en prevención, tal vez para nosotras ya es demasiado tarde y una de las cosas es que en ocasiones ni siquiera entendemos por qué nos tocó enfermarnos a nosotras. ¿Por qué yo soy hipertensa si no hay nadie en mi familia que lo sea?, ¿Por qué si considero no lleve una mala alimentación?, ya después entendí que tuve un estilo de vida muy sedentario, me estresaba mucho, pero a lo que voy es que se nos informe cuáles son esos factores de riesgo porque ya lo decíamos, todas tenemos familia, hijos, nietos jóvenes que pueden vernos y aprenden a través de nosotras, así como algún día les enseñamos a caminar, a hablar, a todo, así también pueden aprender a cuidar de sí mismos para no llegar a este punto.
- El contar con el apoyo de la familia yo creo que también es algo que todas deseamos, que las personas con las que vivimos o que son más allegadas a nosotras nos provean de compañía, de afecto de escucha y no que solamente estén ahí para regañarnos, yo soy una adulta mayor, me cuesta trabajo escuchar y ya no camino

sin ayuda, entonces mi hija está ahí para ayudarme a hacer lo que yo he ido perdiendo la capacidad de hacer por mí misma, me ayuda a buscar información en internet porque yo no sé usar los aparatos de hoy en día y me cuida, me lleva a mis consultas, me da mis medicamentos, eso es lo que me ha permitido estar y sentirme mejor a comparación de otras personas de mi misma edad.

### **3. ¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?**

- Sí, mucho se habla de la calidad de vida, yo creo que queremos envejecer con las mejores condiciones posibles, yo por ejemplo estoy muy acostumbrada a levantarme temprano, salir de mi casa, ir a comprar mi mandado, hacer mi comida, quiero conservar como todas ustedes esa libertad de ser yo misma hasta donde más sea posible, yo también viví con un familiar que sufrió una amputación y es muy triste porque no se cuidó cuando tuvo la oportunidad de hacerlo, por eso estamos aquí, a lo mejor nos vemos en un espejo y no quisiéramos ese reflejo a futuro, queremos seguir aquí para disfrutar a nuestros hijos, a nuestros nietos, todos en algún momento vamos a fallecer, pero lo importante es ¿cómo?, yo no quisiera convertirme en una carga para mis hijos por no haberme atendido ahora que puedo y que estoy a tiempo.
- Definitivamente creo que el evitar las complicaciones, es algo que a todas nos da miedo, como lo dijo la señora, ya sea por experiencias que hemos tenido con personas cercanas o porque uno ve y se entera de tantas cosas que uno no quisiera para su salud, mi madre tuvo diabetes y era muy gordita, perdió la vista, un día le dio un infarto fulminante y ahí quedó. Pero no sólo es el hecho de no tener complicaciones, sino también de que si ya tenemos una enfermedad crónica, quedarnos ahí, yo que soy diabética no quisiera tener aparte hipertensión, obesidad, o más enfermedades.
- Yo también creo que todas o la mayoría de las que estamos aquí quisiéramos vivir un estilo de vida como si no tuviéramos la enfermedad, tener esa tranquilidad de que estamos haciendo las cosas bien y en beneficio de nosotras mismas porque la salud no es solamente un componente de la calidad de vida sino también es un resultado de ella y todo lo que hacemos y dejamos de hacer por nosotras mismas se ve reflejado en nuestra salud.

- Yo siento que si nosotras ya estamos enfermas y algunas de nosotras tenemos una, dos o más enfermedades crónicas lo que deseamos es evitar que alguien de nuestra familia las desarrolle, nadie de nosotras quisiera tener un hijo o una hija igual de enfermos que nosotras.

-

#### **4. Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?**

- Sí, a lo mejor podemos partir de ir disminuyendo la cantidad de alimentos que sabemos que no nos aportan nada y en lugar de eso aprender que alimentos pueden sustituirlos, saber hacer elecciones más inteligentes sin que eso signifique que comer sano es comer lo que no nos gusta o lo que no está rico.
- A mí sí me llamó la atención que la alimentación es lo que más se repite en el grupo, la mayoría de nosotras no es que no sepamos que algo nos hace daño, sino más bien no hemos terminado de tener la contundencia como lo dijo una de ustedes de decir “NO” y disciplinarnos, yo creo que una buena idea sería que nos apoyen en el sentido de darnos más herramientas por ejemplo, ya está el recetario, pero también podríamos retomar lo que dijeron las señoras hace rato, que impartan talleres de alimentación saludable, en los que nos enseñen a preparar platillos con un buen contenido de nutrientes para nosotras porque a veces también la rutina del diario hace que no sepamos ni qué hacer de comer, sería como una herramienta para tener más variedad y al mismo tiempo cuidar nuestra salud y la de la familia.
- El problema y no me gustaría hablar por todas, es que muchas veces también la misma familia nos hace más difícil el que podamos apegarnos a llevar una buena alimentación, yo estoy de acuerdo en que ellos no tienen por qué restringir su dieta porque no son quienes están enfermos, pero si yo soy una persona que tiene diabetes y estoy tratando de cuidar mejor lo que como y llega mi esposo después de trabajar con una bolsa de pan entonces creo que no está entendiendo mis necesidades, para mí el contar con una red de apoyo que apoye mis necesidades es fundamental, si mi red de apoyo me acompaña con mi enfermedad, pues tal vez mi esposo en lugar de traer pan, me va a traer un kilo de manzanas porque leyó o se informó de que tienen menos azúcar y no me hacen daño, buscará mi bienestar.

- Yo también estoy de acuerdo, la idea del taller de alimentos me parece buena, pero la realidad es que ustedes al ser mamás entenderán, yo puedo ir al taller, aprender a hacer ensaladas y prepararle a mi familia, a mis hijos, un plato con todo el amor del mundo pensando en su salud, en que ellos prevengan enfermedades, pero la verdad es que no se la van a comer, si a veces cuando cocinamos dentro de la misma familia hay integrantes a quienes no les gusta lo que hacemos de comer, ahora si yo les pongo un plato de verdura o algo saludable menos, por eso creo que se deberían de hacer talleres en los que nosotras más bien participemos compartiendo experiencias, propuestas e ideas para que la familia pueda involucrarse más con el enfermo.
- A mí me parece también una buena idea que se haga un taller tanto para pacientes como para sus familiares en donde no se nos venga a hablar de la enfermedad como tal, sino que se les informe a ellos sobre el tipo de alimentos que perjudican en nuestro control de glucosa y de presión, o que por ejemplo como ya lo habían mencionado se nos informe de los alimentos que elevan el colesterol o los triglicéridos, o de otras cosas que surjan de nuestras propias necesidades, tal vez si yo le digo a mi familia no me harán caso o no me van a creer, pero escuchándolo de ustedes como profesionales de la salud es diferente, tal vez ellos están conscientes, pero no están totalmente involucrados con nosotras y con nuestras enfermedades, necesitamos sentirnos apoyadas o acompañadas, no se trata de que se sacrifiquen con nosotras, pero sí que nos ayuden a crear alternativas para mejorar nuestra salud, que sean empáticos.
- Dra. Susana: Bueno, ya tenemos una propuesta de estos talleres, aparte de esto, ¿alguien más tiene otra sugerencia?
- Incluso nos podría funcionar hasta empezar con un grupo de whatsapp, aunque la verdad siendo honestas cuantas de nosotros vemos un mensaje y decimos “bueno al rato lo leo”, pero creo que si se envía un mensaje con información sólida, válida y fidedigna, “ah mira la manzana tiene este valor nutrimental” lo manda la nutrióloga fulana de tal de tal lado, para mí es una información válida y no es ¡Ah, la vecina me recomendó!..
- Yo si preferiría que fuera una sesión presencial, porque el objetivo es que contemos con la compañía de nuestras redes de apoyo y empezar a integrarlas a nuestro estilo de vida y que sea de paso ellos empiecen a educarse para prevenir enfermedades.

- Dra. Susana: Todo esto que me comentan es muy importante, porque realmente nos damos cuenta de que el contar con una buena red de apoyo, llámese familia, amigos o quienes consideren ustedes que son más cercanos, es indispensable e influye en sus hábitos alimenticios y en los resultados que van a obtener en sus enfermedades crónicas. Si estos talleres para ustedes y sus familiares se llevaran a cabo, ¿Qué tipo de personal de salud les gustaría que estuviera a cargo?
- Yo creo que tendría que ser un abordaje integral, de entrada un nutriólogo porque es el especialista que nos va a informar sobre la relación que tienen los alimentos con que nosotros tengamos un buen o un mal desempeño en el control de nuestras enfermedades y también sería importante que estén presentes nuestros médicos que nos brindan el seguimiento porque confiamos mucho en ellos y son quienes están pendientes de nosotros mes con mes.
- También podría incluirse a un psicólogo porque el tener una enfermedad crónica es difícil desde el momento en el que te dan el diagnóstico, tan es así que lo mencionaron hace un momento, muchas de nosotros ni siquiera hemos asimilado que viviremos con una enfermedad, yo por ejemplo soy prehipertensa, pero nadie en mi familia es hipertenso ni diabético, entonces me siento con miedo, con la frustración de decir “¿Por qué yo, o por qué a mí sí me sucedió si nadie más en mi familia lo tiene?”. Al final del día el recibir una noticia así te cambia la vida porque piensas que hay cosas que no vas a poder volver a disfrutar, que nada va a ser lo mismo, que vas a tener que tomar medicamento de por vida, el tener una enfermedad crónica es un duelo, tienes que asimilar que perdiste tu salud y nadie te enseña cómo hacer eso.
- Yo también concuerdo con la idea del psicólogo, también habemos personas quienes estamos pasadas de peso y tratamos de no comer grasas, harinas, cosas que pues sabemos que engordan y aun así difícilmente bajamos de peso y eso es frustrante, uno cae en el desánimo y en preguntarse por qué si estamos haciendo lo posible por no alimentarnos mal no dejamos de estar tan gorditas.
- Dra. Susana: Bueno, ya compartimos muchas experiencias y puntos de vista, yo me imagino que hay muchas más cosas que compartir, el propósito de este encuentro es buscar soluciones, como el recetario, entonces aquí la situación para llegar a una conclusión es ponernos de acuerdo, otros grupos a lo mejor se centraron en alimentación, tratamiento, prevención, aquí lo que entiendo que queremos

aterrizar son las redes de apoyo, estos talleres que comentaba Gaby pues no solamente deben ir enfocados al paciente, sino también al familiar, y no deben ir dirigidos a qué es la diabetes, qué es la hipertensión, ¿Entonces de qué les gustaría que se trataran?

- Yo opino que debería ir dirigido a crear un espacio en el que todas podamos participar partiendo de identificar nuestras necesidades y en coordinación con los especialistas se hagan actividades que permitan fortalecer el cómo ser una buena red de apoyo, y para ello concuerdo con lo que dijeron antes, ser una buena red de apoyo es escuchar la necesidad que tiene mi familiar con enfermedad crónica, es decir si mi necesidad como diabético es no consumir harinas y llega mi hermana, mi hijo, mi esposo con un paquete de galletitas o un pastel, mi red de apoyo no está escuchando mi necesidad, se tiene que lograr que quienes están al rededor mío entiendan qué es lo que yo requiero para que entonces digan, ah bueno no debe comer eso, entonces no le traigo, le traigo a lo mejor un pan integral que yo escuché que a lo mejor no tiene tantos azúcares y lo puede consumir, a eso deberían dirigirse a cómo cuidar, a cómo acompañar.

**5. De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta a alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?**

-Se podría iniciar elaborando un borrador con los temas por orden de prioridad a tratar en el taller, incluyendo actividades o programas de nutrición y de ejercicio, de apoyo psicológico y apoyo a los pacientes y sus familias, incluso elaborar material didáctico, lonas, folletos para realizar la invitación a las personas que deseamos nos acompañen a futuro a estas actividades o incluso si hay otras personas que tienen en casa a algún familiar con enfermedades crónicas y se detienen a leer este tipo de material y se interesan, sería una forma de que más pacientes lleguen traídos por sus familiares y se integren al programa.

**6. Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?**

Todas las participantes se mostraron dispuestas a asistir a una próxima reunión, se comentó que podrían incluso invitar a sus familiares para que las acompañen y ellos también puedan involucrarse y participar en externar sus dudas e incluso hacer propuestas sobre qué tipo de contenido desean llevarse de esos talleres que les pueda ayudar a brindar apoyo y



acompañamiento a la persona que padece enfermedades crónicas. Por su parte, las integrantes del grupo acordaron empezar a poner más atención en qué necesidades notan que podrían ser satisfechas a través del taller. Se hizo la observación de que sería difícil que la red de apoyo se involucre si las reuniones o el taller se llevan a cabo en un horario convencional de oficina porque todos tienen actividades que realizar, por lo que se podría disponer de un fin de semana para que ellas puedan venir acompañadas, o incluso un día no hábil.

Personas que desean volver a participar		
Nombre	Centro de Salud	Teléfono
Monroy Mejía Araceli	CST III. San Mateo Xalpa	5637933152
Méndez Díaz María Eugenia	CST III. Xochimilco	5549518418
Díaz Vargas Concepción	CST III. Xochimilco	5549518418
Medina Meléndez Inés	CST III. Tulyehualco	5517565048
Bautista Ibáñez Margarita	CST III. Tulyehualco	5517904971
Rodríguez Arellano Laura	CST III. Tulyehualco	5521611796
Cruz Santana Gabriela	CST III. Tulyehualco	5521519956
Domínguez Alamillo Guadalupe	CST III. Tulyehualco	5565176279
Campusano Mejía Olivia	CST III. Xochimilco	2144467892

**Cierre del Taller:**

**¿Qué aprendimos hoy?**

Hoy aprendimos que como personas con enfermedades crónicas no estamos solos, hay otras personas enfrentándose a lo mismo que nosotros y eso nos permite compartir

necesidades, aspiraciones, sueños, anhelos, emociones y sentimientos, y que todos estos son válidos. Que el estar enfermo no debe ser significado de muerte, sino que es una oportunidad para empezar a cuidar hoy de nuestra salud, que si cultivamos buenos hábitos vamos a cosechar buenos resultados en beneficio de una mejor calidad de vida y que sobre todo, el contar con una red de apoyo a nuestro alrededor es fundamental, sean familiares, amigos o vecinos, incluso a través de este mismo encuentro hemos encontrado un espacio, donde como comunidad podemos escucharnos, intercambiar maneras de pensar, experiencias, vivencias y que estamos formando nuevos lazos de apoyo que si son jalados en la misma dirección vamos a incentivar cambios que nos permitan satisfacer nuestras necesidades y cumplir más fácilmente con nuestras aspiraciones.

### **HACIA LA CONSTITUCIÓN DE LOS CONSEJOS ASESORES**

Derivado de las propuestas surgidas en las distintas sedes en donde se llevó a cabo el 6to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas, se inició la implementación del último componente del MAICP el cual es la constitución de los Consejos Asesores, mismos que ya han sido reconocidos por organismos internacionales como la OPS debido a la importancia que cobran al profundizar procesos dialógicos y de participación social para la implementación de políticas, planes o programas en busca del derecho a la salud y el bienestar global. Como se mencionó con anterioridad, las personas que asistieron a cada uno de los encuentros dialogaron sobre sus aspiraciones y necesidades comunes para generar propuestas de forma colectiva, las cuales se pueden organizar en 3 grupos:

- 1) Ampliación y fortalecimiento de los grupos de personas con enfermedades crónicas, propuesta que se enmarca en la constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.
- 2) Aprendizaje y desarrollo de capacidades relacionadas con las enfermedades crónicas, sus causas, los cuidados, atención y control de las mismas.
- 3) Prevención de enfermedades crónicas entre las familias y las comunidades de las personas que viven con enfermedades crónicas.

Las propuestas 2 y 3, originaron dos 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 trata sobre la prevención de enfermedades, ya sea en el ámbito familiar (opción A) o en el entorno vecinal (opción B). En ambos casos el equipo del MAICP considero la aplicación de estos proyectos en 8 centros de salud. Por otra parte, el primer conjunto de propuestas dio origen al taller “Promover la organización y participación en grupos de encuentro. Hacia la constitución de Consejos Asesores” y fue destinado hacia los centros de salud restantes, este fue el caso del CST III Dr. Salvador Allende.

La creación del taller responde a la necesidad de las personas de organizar más reuniones y con mayor frecuencia, las cuales sean de carácter reflexivo, de intercambio de saberes y experiencias, en donde el énfasis sea “aprender” y no “enseñar”. El objetivo del taller consiste en fortalecer las capacidades de las personas que viven con enfermedades crónicas para que estas logren el autocuidado a partir de identificar sus propias fortalezas y debilidades, llegando así a la formulación de propuestas para lograr dicho fortalecimiento.

Para realizar el taller se extendió la invitación vía telefónica a todos los pacientes quienes forman parte del proyecto, o bien de forma presencial al momento de la consulta, en todos los casos se les informo sobre el propósito de crear un espacio de encuentro para compartir saberes y experiencias como base para el aprendizaje, la toma de decisiones y la acción conjunta, deseando que tras ello se pudiera constituir un grupo de diálogo reflexivo (Consejo Asesor). Tras lo anterior obtuvimos la confirmación por parte de 12 pacientes, por lo que se gestionó el préstamo de un espacio dentro del centro de salud en donde se pudiera llevar a cabo el taller; mismo que por acuerdo común se realizaría cada 15 días y tendría una duración máxima de 1 hora y 30 minutos.

El 1 de julio del 2024 tiene lugar la primera sesión del taller contando con la asistencia de 8 pacientes. Al inicio de la sesión se les da la bienvenida, explicándoles nuevamente el

objetivo del taller, posteriormente se elabora una pequeña dinámica de integración y se procede a explorar sobre el concepto de autocuidado, así como las fortalezas y debilidades identificadas en este grupo para lograrlo. En resumen los pacientes reconocieron que la participación activa en lo que concierne a su salud, la disciplina, la búsqueda de información, la positividad para afrontar la adversidad, la realización de actividades que les generan bienestar, etc., son sus principales fortalezas; por otra parte, se identifican como debilidades la falta de autogestión emocional, no tener autocontrol sobre la ingesta de comida o estar mal informados respecto a qué alimentos son saludables o en qué porciones deben ingerirse para que no dejen de serlo, restricciones en los grupos en donde se practica ejercicio, la dependencia hacia terceras personas y la solvencia económica. Una vez identificadas las debilidades surgieron diversas propuestas como la realización de diarios emocionales y grupos de actividad física u otras actividades sin restricciones de edad o sexo, sin embargo todos coincidieron en que la alimentación es un pilar fundamental para lograr el autocuidado, mostrando el deseo y el interés en aprender sobre cómo llevar a cabo una alimentación saludable. A partir de identificar esta necesidad grupal empezaron a surgir algunas ideas ahora enfocadas hacia el tema de la alimentación, no obstante una paciente comentó que el recetario era un gran ejemplo de trabajo conjunto, por lo que al tratarse de un taller podría aprovecharse el espacio para recrear dichas recetas, siendo esta la idea más apoyada por el resto de pacientes, llegando así a la idea de un taller de cocina saludable; además, con el objetivo de aprender se propuso la realización de tareas acordadas por consenso (investigar por ejemplo sobre el plato del buen comer, grupos de alimentos, porciones adecuadas, etc.) para que en cada sesión hubiera un intercambio libre de aprendizaje y retroalimentación entre ellos mismos y por parte de los pasantes.

A continuación se incluye la relatoría correspondiente a la primera sesión del Taller de Cocina Saludable.

**Relatoría #1. Taller de autocuidado. “Taller de cocina saludable”**

**CST. III Dr. Salvador Allende**

**Jurisdicción Sanitaria Coyoacán**

Participantes:

1. Andrea Sofía Hernández Huerta	5571990112
2. Virgilio Cruz Chávez	5529603900
3. Jesús Martínez Guzmán	5569758817
4. Martha Elia Torres Mendoza	5533222723
5. Rosa Marisela Padilla Muñiz	5540084224
6. María de los Ángeles Vázquez Escobedo	56304413205
7. Victoria Vargas Ramírez	5620459303
8. María Eugenia Hernández Romero	552529579

**Participantes que no acudieron, que falta confirmar asistencia al taller:**

9. Aida Álvarez Esquivel 5556199687
10. Tapia Pérez José Luis 5510485404
11. Almaraz Hernández Isidra
12. Hernández Alvarado Dionicia 5570403149

## **RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO REALIZADO EL DÍA 20 DE JUNIO 2024**

### **I. Bienvenida y encuadre**

Se da inicio al taller de autocuidado brindado una cordial bienvenida a quiénes asistieron a la reunión, posteriormente se le solicita a cada uno de los integrantes que se presenten mencionando su nombre y realicen una breve descripción de sí mismos respondiendo a la pregunta ¿Quién soy yo y cuál es la percepción que tengo de mí persona? (autoconcepto), a continuación se lleva a cabo la dinámica rompehielos interrogando a los participantes sobre qué se entiende por autocuidado. Algunas de las respuestas se describen a continuación.

-Jesús Martínez G.: El autocuidado para mí significa quererse y cuidarse a uno mismo, atenderse y no abandonarse para mantenerse sano.

-María Eugenia Hernández R.: Para mí es cuando tomo una hora de mi día para mí, para hacer ejercicio, cuando como saludable, cuando me baño, me arreglo y me pongo guapa, creo que son todas las acciones que uno hace para sentirse bien consigo mismo.

-Victoria Vargas R.: Creo que es procurarse a sí mismo, escuchar a nuestro cuerpo y atender nuestras necesidades, ponerme a mí por encima de los problemas económicos, familiares o de cualquier otra índole que pueda tener en la vida.

Martha Elia Torres M.: Es amarse por delante de todas las cosas.

Después de escuchar las diferentes ideas que se tienen sobre el concepto de autocuidado, se explica cuál es el objetivo del taller, se menciona que a través de éste se pretende crear un espacio en el cual podamos aprender a desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para llevar a cabo el autocuidado ante un panorama en donde la persona vive con una o más enfermedades crónicas. Dicho esto, se comenta que el taller se llevará a cabo cada 15 días por sugerencia previa de los interesados (previa llamada telefónica) y por la disponibilidad del espacio en el centro de salud, además se trabajará de forma colectiva según las necesidades y preocupaciones que se identifiquen en este grupo, A continuación se procede a formar una mesa redonda y se realizan una serie de preguntas con el objetivo de identificar y plantear soluciones a dichas problemáticas, las cuales se describen a continuación.

**1. ¿Cuáles son las fortalezas (lo que nos ayuda) que tengo para lograr el cuidado de mis enfermedades crónicas? A nivel personal.**

Jesús Martínez G: Yo considero que soy una persona que se compromete con su salud, no me abandono, tengo amor propio y soy responsable con mi toma de medicamentos y con informarme sobre mi enfermedad y considero que todos deberíamos hacerlo, porque cuando uno se va dejando, se abandona a sí mismo y por lo tanto a su salud.

Martha Elia Torres M.: El amor propio es muy importante, a mi sinceramente me ha faltado mucho en ese sentido, entonces he recibido apoyo de otras personas, como pasantes de psicología, de medicina o incluso de otras personas (vecinos) que se han dado el tiempo de escucharme.

Rosa Marisela Padilla M.: Yo creo que mi principal fortaleza es interesarme en todo lo que compete a mi enfermedad, creo que el interés tiene que venir primero de uno mismo.

Virgilio Cruz C.: Una de mis fortalezas es que soy muy disciplinado y sobretodo la organización que llego a tener con mis medicamentos, yo tomo muchas pastillas al día, entonces como dice la señora Rosa Marisela creo que me intereso por mi salud, y el ser organizado es una forma de demostrarlo para no olvidarme de tomar ninguno y con eso lograr estar bien de salud, sentirme bien y al mismo tiempo recordarle a mi esposa ((Andrea Sofía Huerta H.) los suyos.

Victoria Vargas R.: Para cuidar de mi salud, me ha ayudado mucho que siempre me he interesado por hacer actividad física, es algo que me gusta y disfruto mucho, vengo al grupo de zumba del centro de salud e intento comer saludable. Entonces considero que mi amor propio y mi disciplina me han llevado a desarrollar hábitos que son buenos para mi salud.

## **2.- ¿Cuáles son mis fortalezas y debilidades que tengo para lograr el cuidado de nuestras enfermedades crónicas? En nuestra comunidad, familia.**

Victoria Vargas Ramírez: Como les acabo de compartir yo creo que en ese sentido la clínica tiene la disposición de poner a nuestro alcance algo que nos puede beneficiar como el hecho de que exista una instructora dedicada a un grupo de actividad física que se da tres días a la semana o inclusive la cercanía que tenemos la mayoría de nosotros con el parque de Huayamilpas, este tipo de espacios son una oportunidad que de saber aprovechar se pueden realizar un montón de actividades distintas.

María Eugenia: La desventaja es que esos grupos no son para todas las edades, porque yo intenté ingresar a Tai Chi y solamente estaba dirigido a grupos de adultos mayores, pero sí considero que los precios son muy accesibles, incluso fui a natación (en el parque de Huayamilpas) un tiempo y eso me ayudó muchísimo a sobrellevar mi enfermedades, a mejorar mis cifras y fue cuando logre mantener un peso más saludable.

Martha Elia Torres M.: Por donde yo vivo se han presentado oportunidades con mis propios vecinos en las que nos apoyamos con los medicamentos cuando los llegamos a necesitar, contamos con una especie de dispensario, considero que somos muy unidos y hemos logrado tener mucha empatía los unos por los otros.

Virgilio Cruz Sánchez: Yo creo que tenemos la facilidad de tener muchos espacios para comprar nuestros alimentos, tianguis o mercados que muchas veces dan un precio más económico que el que podemos encontrar en centro comercial, al menos por la cercanía, a mi señora (Andrea Sofía, esposa) y a mí, nos resulta más fácil movernos a cualquier tianguis que se pone a cuerdas de nuestra casa o al mercado de la Bola, además de que nuestros hijos nos procuran y traen a nuestra casa alimentos que les comentan que son saludables para nosotros o nos hacen falta, como la fibra o las cápsulas de omega, pero ya son comprados en supermercados.

## **3.- ¿Cuáles son las debilidades (lo que nos dificulta) que enfrentamos para lograr el cuidado de nuestras enfermedades crónicas? A nivel personal**

Martha Elia Torres M: Una debilidad que tengo para mí autocuidado es que soy una persona que no ha sabido manejar sus emociones adecuadamente, por eso llevo seguimiento por psicología y psiquiatría, muchas veces mi autoestima afecta mucho mi comportamiento en el sentido en que pongo o quito importancia a mis enfermedades, a asistir a la consulta médica o incluso si salgo mal con mis niveles de glucosa, me deprimó más y dejo de hacer cosas por mí, siempre he necesitado de alguien que me apoye para volver a tener ese interés con mi enfermedad.

Jesús Martínez Guzmán: Yo creo que a mí me falta mucho organizarme, a diferencia del señor (Virgilio) muchas veces se me olvida tomarme mis medicamentos a la hora en que los tengo que tomar o termino comiendo comida rápida en la calle porque siento que siempre ando con prisa, y cuando como mal reconozco que me va mal en los resultados de laboratorio o hasta yo mismo me siento más cansado o más pesado, pero creo que todo esto es porque no me organizo adecuadamente y porque muchas veces no sé (no tengo el conocimiento) que puedo comer.

María Eugenia Hernández Romero: Yo creo que mi debilidad más grande es no tener autocontrol para comer, no gestionar mis emociones, si yo tengo alguna situación que me apriete económicamente o problemas con mi hijo inmediatamente mi ansiedad me lleva a comer mucho y de mala manera.

Vásquez Escobedo María de los Ángeles: yo considero como debilidad no ser autosuficiente, muchas veces uno se encuentra en manos de familiares que no le dan apoyo o le dan apoyo de mala forma, (comentando situación de violencia intrafamiliar que infringe su hija sobre ella) entonces considero que depender económicamente de alguien o peor tantito físicamente puede dificultar el lograr tener una vida feliz con mis enfermedades crónicas.

Andrea Sofía Huerta H.: Yo creo que muchos contamos con apoyo que nos da el gobierno, pero como dice la señora (María de los Ángeles), tener el dinero no nos hace encargarnos de nosotros mismos, si nos ayuda a comprarnos medicamentos que en la clínica últimamente no hay, o alimentos, pero sí necesitamos de nuestros hijos o de nuestra familia, amigos, vecinos para poder salir adelante y muchas veces uno lo que menos quiere es sentirse como una carga.

Jesús Martínez Guzmán: Es que el dinero siempre importa, yo tengo mi negocio, (tienda) y siento que sí hay trabajo que uno como adulto mayor puede hacer, si la tenemos más difícil, pero siempre hay algo que podemos hacer o buscar para sentirnos productivos y evitar las caras malas, gracias a Dios mi familia también me apoya, no económicamente porque hasta ahora he podido solo, pero creo que si en algún momento lo llegara a necesitar no me negarían esa ayuda.



Andrea Sofía Huerta H.: Y si no tiene familia, nosotros podemos ayudarle (a María de los Ángeles), existen muchas casas de retiro, trabajo como menciona el señor; (comentando opciones).

Vázquez Escobedo María de los Ángeles: Sí, mi familia ya hablo con mi hija, quizá no me daña físicamente, pero hace comentarios que me hacen sentir como una carga, cuando yo en realidad trato de ser útil, le cocino, me hago cargo de mi nieto, limpio la casa, yo les agradezco por formar este tipo de grupos porque me ayudan a distraerme de las situaciones que vivo en casa, hago otras actividades diferentes, conozco a más personas que también padecen lo mismo que yo y sigo aprendiendo más y más de mis padecimientos.

Rosa Marisela Padilla Muñiz: Pues yo considero que mi debilidad más grande es no saber qué es lo que debo de consumir, la otra vez vi una promoción en una tienda y decían que los cereales tenían descuento, tome mi fibra y en caja me dijeron que la fibra no era cereal, entonces para mí fue impactante, me ofendí mucho porque mi fibra no tenía descuento, a veces ya no sé si lo que yo creía es cierto o no.

#### **4.- ¿Cuáles son nuestras propuestas para mejorar el cuidado de nuestras enfermedades crónicas?**

Rosa Marisela Padilla M.: Yo creo que espacios como estos son necesarios porque nos enteramos de situaciones diferentes o similares a las nuestras, en lo personal y por lo hablado yo creo que para poder mejorar nuestro autocuidado como grupo podemos realizar diarios de sentimientos y emociones, en una ocasión mi psicóloga me enseñó a hacer anotaciones sobre cómo me sentía, a mí me gustaría que siguiéramos teniendo espacios como el día de hoy en los que trabajemos sobre temas como la depresión, el miedo que tenemos de tener diabetes o hipertensión, porque son situaciones agobiantes que en ocasiones no sabemos cómo enfrentar y no se nos enseña cómo vivir el día a día con esto, entonces que enfoquemos el taller en la gestión emocional sería de mucha ayuda, al menos de nosotros creo que 4 tenemos seguimiento por algún experto en salud mental.

Andrea Sofía Huerta H.: Yo considero que unas de las debilidades en las que todos coincidimos fue tener la disciplina de alimentarnos bien, a mí me gustaría que nos enfoquemos en aprender a comer de forma más saludable.

Jesús Martínez Guzmán: Más que la disciplina, yo creo que la alimentación a la que todos estamos acostumbrados viene de nuestro hogar, muchas veces uno no sabe qué comer, y solo come lo que sea más rápido de cocinar, de comprar o lo más económico.

Victoria Vargas Ramírez: Y cuando uno recibe atención por un nutriólogo que no es particular, solo nos dicen que debemos de consumir menos de algo, menos grasas, menos refrescos, menos lácteos, pero toda la comida lleva un poco de todo, cuando preparamos enchiladas estas pueden llevar crema, queso, pollo, la tortilla, son comidas ricas, y recetas que casi todos sabemos hacer, pero a mí me gustaría que nos enfoquemos en la alimentación por esa razón, no estamos acostumbrados a hacer comidas saludables, o a veces creemos que lo que cocinamos lo es y puede ser que no, así como en el recetario que nos mostraron, es diferente que uno tenga las porciones correctas, con los ingredientes que son saludables para nosotros, considero que muchas veces cuando decimos que no comemos mal, es verdad, solo es a lo que estamos acostumbrados.

María Eugenia Hernández R.: Es que justo, no sabemos qué comer, yo tampoco creo que coma mal, pero supo de peso o he tenido el colesterol o los triglicéridos altos, y muchas veces como por no saber controlar mi ansiedad y no porque tengo hambre, por lo que ambas opciones me parecen buenas.

Victoria Vargas Ramírez: Yo creo que sí es algo que podemos trabajar entre todos, el ejercicio en lo personal me encanta, pero no todos los que estamos aquí podemos realizar la misma actividad porque tenemos diferentes edades, sin embargo la alimentación es una necesidad vital y todos necesitamos aprender sobre ella.

Vázquez Escobedo María de los Ángeles: A mi si me gustaría saber qué tipo de ejercicios puedo hacer porque yo que tengo problemas en mi columna y mis articulaciones ya que veces me duelen, me han recomendado algunos, pero me da miedo lastimarme y hacerle más daño a mi cuerpo que causarle un beneficio.

Jesús Martínez Guzmán: Bueno, yo trabajo todo el día en una tienda, entonces no tengo mucho tiempo de salir a hacer actividad física, pero sí sé que es importante, y trato de darme mi tiempo para salir a hacer mis caminatas al parque. Pero estoy de acuerdo con la señora Victoria, creo que en la alimentación vamos a concordar todos.

	Fortalezas	Debilidades	Propuestas
Autocuidado	-Participo y me involucro en lo que concierne a mis enfermedades. (Atributo: Participa activamente en el cuidado de su Salud).	-Depender del apoyo familiar.  -Limitaciones económicas.  - No autogestionarse a mí mismo o a mis emociones.	- Taller de cocina saludable  - Club de caminata o grupos de ejercicio, aprender qué tipo de actividad es más segura para cada uno de nosotros.

	<p>-Soy disciplinado (Atributo: Responsabilidad en el proceso de la atención).</p> <p>-Me interesa estar informado y conocer más sobre mi estado de salud. (Atributo: La persona debe estar correctamente informada).</p> <p>- Me dedico tiempo y espacio a mí mismo para hacer actividades que me gustan y me permiten sentirme bien.</p> <p>- Me pongo a mí mismo por encima de las adversidades de la vida, me respeto y escucho. (Atributo: La persona tiene una forma positiva de afrontar la adversidad).</p>	-Estar mal informado.	- Diario de sentimientos y emociones para mejorar la gestión emocional.
Cuidado en el vecindario	<p>-Aprovecho la cercanía con el parque de Huayamilpas, los supermercados, los grupos de ejercicio.</p> <p>(Atributo 9: La autogestión supone la habilidad personal de utilizar los recursos).</p> <p>-Hago equipo con mis vecinos, somos empáticos, nos apoyamos unos a otros como comunidad. (Atributo 7: La autogestión implica apertura al apoyo social).</p>	- En algunas actividades o grupos hay restricción por el sexo, la edad, etc.	-Crear nuestro propio grupo sin restricción para las edades.
Cuidado en las instituciones de salud	<p>-Tenemos consultas mensuales en las que se nos brinda tiempo de calidad y nos permiten expresarnos con libertad, (Atributo: Formar una asociación paciente-proveedor de atención médica).</p> <p>-Acceso gratuito a medicamentos, laboratorios.</p> <p>-Podemos formar parte de talleres como este o actividades como el 6to</p>	-Falta de reactivos de laboratorio, falta de medicamentos.	-Hacer un dispensario de medicamentos que sirvan para los pacientes con enfermedades crónicas.

	encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.		
--	---	--	--

## TALLER DE COCINA SALUDABLE

Lugar: Área de Preparación de Alimentos en la Policlínica Salvador Allende

Fecha tentativa: Julio 2024

Fecha programada: 18 de Julio 2024

Tiempo aproximado: 2 horas

Recetas: 1 plato fuerte y de ser posible una guarnición.

Programa propuesto:

- Bienvenida al taller de autocuidado enfocado en el taller de cocina saludable propuesto en la última sesión.
- Este paso se agregó recientemente: Leer la lista de ingredientes que se necesitan para realizar la receta (previamente elegida), cada integrante del taller deberá traer un ingrediente, así mismo se pedirá con anticipación que cada uno busque información sobre aquel elemento que le haya tocado traer al taller (por ejemplo, en el caso de la zanahoria; hablar sobre la información nutrimental, cuáles son los beneficios, en qué otras recetas se puede ocupar).
- Posterior a terminar con la lista de ingredientes, los pasantes en medicina retroalimentaran sobre las porciones correctas que se pueden ocupar en cada receta y el grupo al que dicho ingrediente pertenece de acuerdo con el plato del buen comer.
- El siguiente paso propuesto es recrear la receta.

Se concluye agregando comentarios de los nuevos aprendizajes que se hayan tenido sobre la información de cada ingrediente y de la posibilidad de integrarlos a sus próximos platillos en su alimentación diaria.

---

El día 18 de Julio del 2024 se lleva a cabo la segunda sesión de nuestro taller en la cual nos dimos a la tarea de recrear la primer receta “Omelette campirano”, además durante esta sesión, los pacientes llegaron al acuerdo de informarse sobre el plato del buen comer y los grupos de alimentos que lo constituyen para intercambiar saberes y aprender acerca de las

porciones adecuadas para cada grupo alimenticio. Resultado de esta sesión se elabora la siguiente relatoría, la cual se deja ver a continuación.

**Relatoría #2. Taller de autocuidado. Taller de Cocina Saludable.**

**CST III. Dr. Salvador Allende**

**Jurisdicción Sanitaria Coyoacán**

**Taller de Autocuidado:** Taller de cocina saludable

**Contenido:** Taller teórico-práctico

**No. Sesión:** 2°

**Fecha:** 18/07/2024

**Jurisdicción Sanitaria:** Coyoacán

**Centro de Salud:** CST III Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades

**Objetivo de la Sesión:** Fomentar el autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas a través de la recreación de recetas saludables, al tiempo que incrementan sus conocimientos sobre el valor nutrimental, a fin de que sean capaces de realizar elecciones saludables en materia de alimentación.

**Propuestas:** Vídeos recreando recetas saludables en los cuales se agregue el contenido revisado en las sesiones del taller.

**Participantes:**

1	Victoria Vargas Ramírez	56 2045 9303
2	María de los Ángeles Vázquez Escobedo	55 3041 3205
3	Rosa Marisela Padilla Muñiz	55 4008 4224
4	María Eugenia Hernández Romero	55 2252 9579
5	Dionicia Hernández Alvarado	55 7508 0622

6	Andrea Sofía Huerta Hernández	55 7199 0112
7	Hija de Andrea Sofía Hernández Huerta	-
8	Nieta de Andrea Sofía Hernández Huerta	-
9	Nieta de Andrea Sofía Hernández Huerta	-

### Carta Descriptiva.

Tiempo	Contenido	Objetivo	Actividad	Coordinación	Participantes	Evaluación
11:00-11:10	Bienvenida	Crear un ambiente de confianza y de mutuo reconocimiento.	Dinámica de integración:  Presentación de nuevos integrantes, yo me llamo..., decidí asistir por qué...	Bienvenida, agradecimiento por la participación y asistencia de cada una de las personas que acudieron a la sesión.	Se crea una mesa redonda, los participantes nuevos se presentan comentando su nombre, por qué decidieron asistir y que esperan del taller.	Al finalizar la dinámica se pregunta al grupo si se sienten listos para iniciar con las actividades programadas para la sesión.
11:10-11:20	Encuadre	Identificar la organización, objetivos y dinámica del taller.	Recapitulación breve de la reunión anterior.  Revisión de la tarea propuesta para esta sesión.	Se retoma el significado de la palabra autocuidado, el objetivo del taller de cocina saludable y las reglas para lograr una convivencia sana y de respeto mutuo. Se examina el cumplimiento de la tarea para esta sesión la cual consistió en realizar una búsqueda del plato del bien comer y los grupos de alimentos que lo conforman.	Las participantes exponen libremente los resultados de su búsqueda sobre el plato del bien comer y los grupos de alimentos que lo conforman.	Participación libre por parte de las asistentes, se intercambian saberes y conocimientos,
11:20-11:50	Plato del bien comer	Reforzar nuestros conocimientos sobre el plato del bien comer. Reflexionar sobre aquellos alimentos incluidos en nuestra alimentación	Diálogo grupal.  Dinámica "Conociendo nuestro plato del bien comer".	Se otorga a los participantes un dibujo del plato del bien comer en blanco, rotulado únicamente el título de cada grupo de alimentos, se integran de forma aleatoria equipos de 3 personas, brindando instrucciones sobre el ejercicio a realizar, el cual consiste en colocar cada uno de los alimentos de una lista de 15 (dictados por el coordinador de la sesión) dentro del grupo al que se creen que pertenece. Al	Participación en equipos para colocar con base a sus conocimientos los alimentos sobre cada grupo en el plato del bien comer. Participación individual sobre alimentos que son parte de su alimentación diaria, compromiso de	Retroalimentación grupal para evaluar las respuestas de la dinámica y esclarecer dudas.  Propuesta de una receta que ocupe los alimentos más frecuentemente consumidos por las

		n diaria.		finalizar se realiza una retroalimentación breve. Se promueve la participación de las asistentes para que reflexionen sobre cuáles son los alimentos que son parte de su alimentación diaria de acuerdo a cada grupo de alimentos, invitándoles a proponer una receta propia que los incluya y que cumpla con las características del plato del bien comer para realizarla en la próxima sesión.	pensar en una receta que cumpla con las características mencionadas para la próxima sesión.	asistentes, siguiendo los lineamientos del plato del bien comer.
11:50-12:40	Parte práctica, elaboración de la receta: Omelette campirano-	Realizar la elaboración de una receta saludable, identificando los grupos de alimentos que se están consumiendo, o, Compartir habilidades prácticas con nuestra comunidad-familia.	Recreación de la receta: "Omelette campirano".	Lectura de los ingredientes y pasos a seguir plasmados en el recetario. Dinámica para identificar los grupos de alimentos que se van a preparar.	Participación individual sobre la identificación de los ingredientes requeridos para la elaboración del platillo y a qué grupo del plato del bien comer pertenecen.  Organización en equipo de 3 para la preparación de la receta.	Obtención del platillo "Omelette campirano" por equipos de 3 personas.
12:40-13:00	Evaluación y aprendizaje	Retroalimentarlo aprendido en el taller.	Discusión del grupo y propuestas.	La coordinadora del taller interroga sobre lo aprendido, recordando el objetivo del taller de autocuidado; invitándolos a acudir a próximas sesiones y a pensar si así se desea en la obtención de un producto final.	De forma voluntaria se comparten conocimientos aprendidos en este taller y propuestas para el próximo encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.	Elaboración de propuestas: Vídeos recreando recetas saludables, adicionando en ellos información valiosa auditiva o visual aprendida en el taller.

## I.- BIENVENIDA Y ENCUADRE

Previo a la sesión, se acuerda entre los participantes informarse sobre el plato del bien comer, así como sobre cada uno de los grupos de alimentos que lo componen. Se elige de manera conjunta la primera receta a recrear, se acuerda que por parte del programa se aportarán los ingredientes necesarios para su elaboración, mientras que el grupo se

organiza para acudir con los utensilios de cocina que se requieran para la preparación del platillo.

Se da inicio al taller dándole una cordial bienvenida a todas las asistentes a la segunda sesión, se identifican a 3 personas nuevas (invitadas por una de las pacientes del programa), por lo que se organiza una breve ronda de presentación entre las participantes para integrarlas al taller. Posteriormente se realiza una breve recapitulación de la primera sesión, fortaleciendo el concepto de autocuidado y el objetivo del taller, el cual es fomentar el autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas a través de la recreación de recetas saludables y la adquisición de conocimiento sobre el valor nutrimental de los alimentos para que sean capaces de realizar elecciones saludables en materia de alimentación.

A continuación se les pide a las participantes integrarse en mesa redonda, se retoman las reglas de participación para sostener un ambiente de cordialidad, respeto y escucha activa. De forma general se explora el cumplimiento de la tarea acordada para esta sesión a través de la pregunta ¿Qué es el plato de buen comer?, algunas de las respuestas que se obtuvieron son las siguientes:

-María de los Ángeles: “Pues se puede decir que es una guía de alimentación que nos sirve para comer de forma más saludable, yo la verdad llevo muchos años viendo en los diferentes centros de salud en los que he estado ese dibujo, pero si soy honesta a veces nos falta ese interés para investigar en qué consiste o de qué manera puede beneficiar nuestra salud, creo que si siempre lo ponen en carteles o folletos es porque es importante”.

- Dionicia Hernández A.: “Yo leí que el plato del bien comer nos sirve para orientarnos hacia cómo debe ser una alimentación balanceada, nos muestra los diferentes grupos de alimentos que hay y cómo podemos combinarlos en nuestra alimentación diaria”.

- Nieta de Andrea Sofía: “Es una imagen que representa los diferentes grupos de alimentos y la proporción en que debemos ingerirlos para tener una buena alimentación”.



-Rosa María Padilla M: “Yo también concuerdo con lo que ya han dicho las demás, el plato del bien comer clasifica a los alimentos y nos ayuda a conformar una dieta correcta considerando las porciones adecuadas”.

Una vez que se ahonda sobre la tarea, se procede a organizar una dinámica rompehielos con la finalidad de integrar y consolidar los conocimientos que adquirieron a través de la búsqueda que realizaron en casa, a esta dinámica la titulamos “Conociendo nuestro plato del bien comer”, a continuación se pide a las participantes que se integren en equipos de 3 personas de forma aleatoria, una vez conformados los equipos se reparte a cada persona una hoja que contiene un dibujo en blanco con el plato del bien comer, en el cual únicamente se rotula el título de cada grupo alimentario. Como instrucciones se les menciona que se les va a dictar una lista con 15 nombres de diferentes alimentos, incluidos aquellos que se ocuparan para la elaboración de la receta a realizar en la sesión, en equipo deberán discutir a qué grupo del plato del bien comer pertenece cada uno y anotarlos en la sección correspondiente en el dibujo impreso en la hoja de papel, se procede a enlistar los alimentos: Huevo, queso, espinaca, champiñones, aceite, frijoles, pan integral, manzana, cacahuate, tortilla, arroz, avena, carne, leche y carne de res, se da un tiempo de 15 segundos por cada palabra. Una vez terminadas todas las palabras, se pide que participen levantando la mano para corroborar en qué grupo de alimentación categorizaron cada palabra, realizando una retroalimentación grupal y encontrando que se ha adquirido un correcto aprendizaje sobre la clasificación de los alimentos por grupo, cumpliendo de esta forma con uno de los objetivos de la primera sesión.

Concluida la primera actividad, se les interroga a los pacientes sobre los alimentos que forman parte de su alimentación cotidiana por grupo alimenticio, las respuestas que se obtuvieron fueron las siguientes:

- Grupo de verduras y frutas: Manzana verde, papaya, ciruela, zanahoria, lechuga, camote, champiñón, pepino, jitomate, tomate, cebolla, calabacitas.
- Cereales, granos y tubérculos: Tortilla, bolillo, papa, avena, arroz, quínoa, pasta
- Leguminosas: Frijoles, lentejas, cacahuetes, garbanzos.

- Origen animal: Huevo, pollo, res, cerdo, pescado.
- Aceites y grasas saludables: Aguacate, almendra, mayonesa, pistaches, nuez, aceite de olivo, aceite de canola, pepitas,

Se realiza la transcripción de dichos alimentos, se propone entre las asistentes pensar en una receta que incluya parte de los ingredientes que son consumidos con mayor frecuencia en su alimentación diaria, intentando que esta cumpla con las porciones propuestas en el plato del bien comer. Dicha tarea se retomará en la siguiente sesión con la finalidad de elaborar la receta resultante en alguna de las sesiones posteriores. Para finalizar se realiza una retroalimentación breve sobre el plato del buen comer y se ilustra sobre las diferencias en cuanto a la composición del antiguo plato vs el porcentaje propuesto para cada grupo de alimentos en el nuevo esquema, así como algunas de las generalidades de las guías de alimentación mexicanas 2023.

Para proseguir con la sesión, se les pide que tomen lugar alrededor de la mesa de la cocina, sobre la cual ya están dispuestos los utensilios e ingredientes que se van a ocupar, se denota que la receta proviene del recetario que a su vez, es fruto de los encuentros de pacientes de diversos centros de salud quienes también forman parte del programa de enfermedades crónicas, no pasando sin antes mencionar que está avalado por el Instituto Nacional de Salud Pública, a continuación se le pide a alguien que de forma voluntaria nos lea el título de la receta, los ingredientes a ocupar y el modo de preparación. Una vez mencionado lo anterior, se les pide que retomen sus equipos de 3, se entrega a cada equipo un sartén, un bowl, espátula y cuchillo, dado lo anterior, los ingredientes están al centro de la mesa, por lo que se da inicio a la preparación del platillo “Omelette campirano”. Se brinda el espacio para que cada integrante participe en la elaboración, cabe mencionar que en todo momento, como pasantes, buscamos colaborar en el proceso, sin embargo la mayor participación provino de las propias pacientes. Transcurridos 25 minutos se obtiene el platillo final y se brinda el tiempo necesario para degustar de los alimentos.

Al finalizar la degustación se plantea la última parte de esta sesión de taller de autocuidado: La evaluación, iniciando con un cuestionamiento a los participantes, ¿Qué aprendimos hoy? ¿Qué es lo que nos llevamos de esta sesión?, las respuestas obtenidas fueron:

- Nieta de Andrea Sofía: “Yo no sabía que el plato del bien comer se había actualizado, creo que saber esto nos sirve para empezar a realizar cambios en casa desde el momento en el que servimos el plato”.
- Dionicia Hernández: “Yo conocí más sobre los alimentos que consumo, no sabía por ejemplo que los cacahuates eran considerados leguminosas, pensaba que eran grasas, partiendo de esto cada vez que coma algo voy a hacer el ejercicio mental de clasificarlo ahora que ya sé a qué grupo del plato pertenecen, eso me va a ayudar a orientarme sobre qué tanto estoy comiendo de cada grupo y buscar que mi alimentación sea lo más parecida posible a las proporciones que vimos hoy”.
- Andrea Sofía: “Yo aprendí una receta nueva, rica y saludable para hacerla con mi familia, se podría pensar que comer sanamente implica un gasto más fuerte, pero yo estoy viendo que no precisamente es de esa manera, incluso la preparación fue muy sencilla”.
- Victoria Vargas Ramírez: “Yo hago mucho el huevo en mi comida diaria pero no de esta forma, lo hace más saludable el hecho de que tenga espinaca y queso, es más variado y rico. Se les agradece mucho que hagan este tipo de talleres, no es lo mismo para nosotras como pacientes hacer un intento de comida saludable, que venir a aprender con nuestras doctoras y sobre todo a compartir espacio con otras personas que también padecen las mismas enfermedades que uno”.
- María Eugenia: “Yo también les agradezco mucho estos espacios, siento que es muy bueno venir aquí a ser escuchadas, incluso mientras estábamos preparando la receta el percibir que ustedes como nuestros médicos están viendo lo que hacemos a mí me genera esa sensación de que estoy siendo “supervisada” pero no en el mal sentido, me refiero a que estoy siendo orientada y capacitada para mejorar mi alimentación”.

Se agrade por la participaciones correspondientes, se realiza una retroalimentación del objetivo del taller de autocuidado, enfocándonos en la necesidad identificada en la sesión previa de adquirir aprendizaje, capacidades que fomenten una alimentación saludable, para esto se les propone en esta sesión pensar en la realización de un producto final con los aprendizajes adquiridos en este taller con la finalidad de poder compartirlo con familiares y en la comunidad durante el próximo encuentro de pacientes con enfermedades crónicas. Con el apoyo de Ada Judith Morales Lugo quien estuvo presente durante toda la sesión, se les recuerda e informa a las participantes sobre el propósito de los encuentros de pacientes realizados en este diplomado, colocando como ejemplo de un producto final al recetario. Tras un espacio de diálogo la única propuesta planteada fue la realización videos recreando las recetas contenidas en el recetario (o bien, recetas creadas por el mismo grupo que cumplan con los lineamientos del plato del bien comer) los cuales contengan como plus los conocimientos adquiridos en el taller, de acuerdo a cada sesión, teniendo así un material visual de aprendizaje, sin embargo, se plantea la posibilidad de generar nuevas propuestas en siguiente sesión. Se agradece por la participación de las asistentes, quienes se muestran comprometidas a asistir a futuras sesiones, con una despedida por parte de nosotros como médicos pasantes.

Derivado de lo anterior, se sugiere que los nuevos pasantes que inicien su servicio social en este centro de salud puedan retomar el taller, planificar el contenido de las sesiones posteriores y definir junto con los pacientes el producto final que se desea obtener de este, ya que como se mencionó, durante la última sesión se comentó la posibilidad de elaborar videos recreando las recetas del recetario, no obstante hace falta definir el propósito de los mismos y como estos ayudarían a transformar las debilidades en fortalezas para lograr el autocuidado.

### **3.4.- MÓDULO 4. PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA. TUTORÍA DE CASOS.**

Como se comentó con anterioridad, el módulo 4 se cursó de forma paralela con el resto y corresponde al acompañamiento y asesoría en nuestro desempeño como médicos pasantes

en la atención clínica de las personas con enfermedades crónicas a través de la revisión pedagógica de casos clínicos. La finalidad de presentar dichos casos consiste en reconocer el proceso de atención médica centrada en la persona siguiendo los 4 componentes del modelo: la enfermedad, el padecimiento y la persona, la persona y su entorno, la relación médico-paciente y la intensificación de esta última, además de analizar la evolución de la enfermedad, reconocer y reflexionar acerca de la experiencia, sentimientos, expectativas y aspiraciones de los pacientes; así como el desarrollo o no de capacidades que favorecen o entorpecen el autocuidado y el control de la enfermedad.

Lo anterior tiene como objetivo reconocer y organizar los distintos aspectos relacionales y técnicos implicados en la atención de pacientes con enfermedades crónicas generando un análisis individual y en grupo del caso clínico expuesto, a partir del cual se propongan y realicen estrategias y acciones encaminadas a la mejora de la práctica clínica, atendiendo a fortalecer las capacidades de las personas para que aumenten el control sobre su enfermedad y su calidad de vida, facilitando el razonamiento diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas fundadas en la mejor evidencia científica disponible, la capacidad de comprensión y acompañamiento de nuestros pacientes.

Al ser un módulo en el que el contenido central es la presentación de casos clínicos, tras el análisis de los mismos y por consenso se identificó la necesidad de profundizar sobre los siguientes temas, de los cuales anexo algunos puntos clave que aprendí a lo largo del diplomado:

1.- Insulinización: Al enfrentarnos por primera vez con pacientes en quienes no lográbamos alcanzar glucemias en metas terapéuticas a pesar de contar con triple terapia de antidiabéticos orales o incluso contar con pacientes quienes ya tenían un régimen de insulina y no respondían como era esperado, surgieron las dudas sobre qué hacer, cuándo se debería considerar el inicio de alguna insulina y de ser así cuál y en qué dosis. Debido a lo anterior recibimos el apoyo de la Dra. Amparo Martínez quien con base a la mejor evidencia científica disponible, apoyándose de las guías mexicanas de práctica clínica y las

guías de la ADA puso a nuestra disposición todos sus conocimientos. Desde un punto de vista personal, de esta ponencia aprendí desde lo más básico en cuanto a la utilización correcta de las jeringas o plumas de insulina, la técnica correcta para inyectar el fármaco y la variabilidad de la absorción dependiendo del sitio en donde se aplique, así como las consideraciones que se deben tomar en cuenta para almacenarla correctamente. En esta clase reforzamos los criterios de insulinización (hemoglobina glicosilada mayor a 9.0%, o glucosa >300 mg/dL y sintomatología o bien, no lograr metas a pesar de mantener triple terapia farmacológica, ausencia de obesidad; sospecha de diabetes tipo 1, ERC avanzada). Entrando en materia, las insulinas que por su curva de acción son más seguras son la NPH y la insulina glargina, cuya dosis inicial se calcula a 0.2 UI por kg, o bien, se puede iniciar con 10 UI y escalonarse gradualmente cada 2 a 3 días incrementando 2 UI hasta alcanzar una glucosa basal <130mg/dL; si el paciente ya tomaba antidiabéticos orales se aconseja continuar el tratamiento considerando únicamente retiro de sulfonilureas para disminuir el riesgo de hipoglucemia. Para llevar un adecuado control es necesario implementar la capacidad de automonitoreo y registro de glucemias en ayuno y postprandial en bitácoras, ya que estas permiten hacer un ajuste más preciso del tratamiento.

2.- Pie diabético: Este tema, al igual que el anterior, se revisó en dos ocasiones a lo largo del curso en lo que fue un pequeño taller teórico práctico impartido por la Dra. Amparo quien nos enseñó sobre el correcto llenado de la cédula de valoración podológica del pie, así como las áreas de valoración del mismo, las cuales son: el examen dermatológico (en busca de hiperqueratosis, alteraciones ungueales, lesiones localizadas como úlceras, necrosis, grietas, fisuras u otras difusas como anhidrosis, tiña y procesos infecciosos), examen de estructura ósea (en busca de deformidades óseas, dedos en garra, halux valgus, hipercarga en metatarsianos, Pie de Charcot, etc.), examen vascular (en busca de pulsos pedios, llenado capilar, varices, edema), examen neurológico (valora sensibilidad táctil, vibratoria, reflejos rotulianos, dorso flexión del pie, apertura de ortejos en abanico). Cada uno de los puntos anteriores otorga un valor numérico el cual al final de la valoración nos da un puntaje con el cual podemos determinar un riesgo leve, moderado o alto para pie diabético; dicha

valoración debe hacerse al menos cada 6 meses, sin embargo lo recomendable es realizarla en cada consulta. De este taller aprendí a utilizar instrumentos como el monofilamento y el goniómetro lo que sin duda favoreció la atención integral de los pacientes.

3.- Tratamiento de la Diabetes Tipo 2 con antidiabéticos orales: De forma general en este tema se reforzaron las metas terapéuticas, así como el nivel de hemoglobina glicosilada adecuado acorde con la edad y presencia de comorbilidades, posteriormente se nos informó sobre las distintas clases de antidiabéticos orales y el impacto que tienen sobre la HBA1C, destacando que la Metformina es el fármaco de primera elección en el paciente con Diabetes Tipo 2 siempre que se tolere y no esté contraindicada, no obstante no debemos olvidar individualizar el manejo de acuerdo a la edad, función renal, peso, riesgo de hipoglucemias, patologías concomitantes, costos, etc. Se debe considerar añadir un segundo fármaco en pacientes en quienes a pesar de la monoterapia no consigan el control glucémico, así como en pacientes con ECV establecida, insuficiencia cardiaca o enfermedad renal crónica con la finalidad de reducir la posibilidad de nuevos eventos, en este caso es aconsejable el uso de ISGLT2 o IDDP4 por sus efectos cardionefroprotectores. La elección del tratamiento siempre deberá personalizarse, si existe obesidad o sobrepeso se debe considerar el retiro de fármacos que favorecen el incremento de peso como glitazonas o sulfonilureas, en pacientes frágiles y susceptibles a hipoglucemia deben evitarse las sulfonilureas. Se debe considerar añadir un tercer fármaco cuando a pesar de terapia dual no se consigue alcanzar metas terapéuticas, considerando el uso de GLP1 en pacientes con IMC  $>30\text{kgm}^2$  o la insulina en aquellos con HbA1c  $>9-10\%$ . Así mismo se aconseja desintensificar el tratamiento en aquellos pacientes cuyo riesgo supere al beneficio; por ejemplo, pacientes con demencia, edad avanzada, insuficiencia renal, numerosas comorbilidades, baja esperanza de vida, fragilidad, hipoglucemias frecuentes, etc.

4.- Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica: Tras el diagnóstico, el tratamiento farmacológico de primera elección son los IECAS o ARA II, un diurético tiazidico o un calcio antagonista. Todo fármaco debe iniciarse a dosis respuesta hasta alcanzar la dosis máxima antes de agregar un segundo o tercer activo, aunque la evidencia actual apunta a iniciar

directamente con terapia dual considerando un IECA o ARAII+ BCC o bien IECA o ARA II+ diurético. En caso de requerir terapia triple, se recomienda tiazida+ IECA o ARA II+ calcio antagonista. No debe olvidarse que nunca se deben combinar en el mismo régimen terapéutico un IECA con un ARA II y que se puede considerar el uso de BB en caso de alguna indicación específica como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular. El tratamiento anti hipertensivo se debe iniciar cuando se registran cifras de TA >140/90 en más de dos ocasiones o bien tras una única toma superior a 160/100 mmHg, siempre se debe sugerir el cambio en el estilo de vida, la realización de ejercicio, disminución del consumo de sodio y la vigilancia de otros factores como la obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol, cafeína, resistencia a la insulina y pseudohipertensión.

5.- Aspectos psicoemocionales del paciente con enfermedades crónicas: Usualmente como personal médico contamos con la preparación adecuada para afrontar los aspectos biológicos de la enfermedad, sin embargo estamos poco capacitados para lidiar con las dimensiones psicosociales del paciente. La adaptación a la enfermedad crónica depende de factores como la edad, el modelo cultural y educativo, las redes de apoyo con las que se cuenten, el entorno social, las creencias, la personalidad, etc., todos estos son factores que intervienen en la respuesta del paciente frente a la enfermedad; sus pensamientos, emociones, comportamientos y sensaciones determinan la capacidad de afrontarla, la comprensión de los síntomas, el curso o evolución e inclusive el pronóstico. Las enfermedades crónicas tienen repercusiones psicológicas importantes, dando lugar a diferentes aspectos conductuales y cognitivos pudiendo aparecer depresión, inseguridad, vergüenza, alteración de la imagen corporal, sentimiento de invalidez, culpabilidad, negación, hostilidad hacia la familia o la sociedad. Dado a lo anterior es aconsejable que la carga psicosocial de la enfermedad sea reconocida y se entienda que los procesos biológicos, psicológicos y sociales están integrados y son inseparables, por lo tanto la atención de estos factores debe ser considerada como parte integral del abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas.



5) Cuidar al cuidador: En este tema se nos mostró una visión mucho más amplia sobre la carga que tienen las enfermedades crónicas, no solo para el sistema de salud, sino también para las personas que integran la red de apoyo del enfermos. Cuidar es una labor exigente que demanda esfuerzo físico y desgaste emocional; la persona que tiene la responsabilidad de cuidar a menudo puede tener repercusiones físicas (fatiga, pérdida de energía, problemas para dormir), emocionales (mal humor, tristeza, ansiedad, culpa, aislamiento, falta de comunicación o concentración) y económicas. Es importante que el cuidador fortalezca sus vínculos interpersonales y reciba el apoyo necesario en cuanto se detecte cualquier alteración psicósomática de las ya mencionadas.

Cómo se deja ver, cada uno de los temas vistos cobra relevancia al momento de transpolar dichos conocimientos a la práctica clínica, por lo que el módulo 4 resulta fundamental para el entendimiento de la atención integral centrada en la persona.

#### **4.- BALANCE DEL DESEMPEÑO CLÍNICO DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CST III. DR. SALVADOR ALLENDE A CARGO DE HERNÁNDEZ FLORES ANA PATRICIA.**

**4.1.- 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 los pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2023-julio 2024.

Centro de Salud T.III Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

<b>Momento de ingreso</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Ingreso anterior a agosto del 2023</b>	15	52%

<b>Nuevo ingreso a partir de agosto del 2023</b>	13	45%
<b>Recuperados a partir de agosto del 2023</b>	1	3%
<b>Total</b>	29	100%

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 y 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.

**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: Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

<b>Condición de participación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Activas</b>	29	63%
<b>No activas</b>	17	37%
<b>Total</b>	46	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.

**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: Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria: Coyoacán

Motivos de inclusión como NO activas	No.	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	3	18%
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambio de domicilio (no se sabe si continua con su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	5	29%
Se ignora	9	53%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Observaciones:** Los 5 pacientes incluidos dentro de la categoría “Otro motivo” reciben atención en consultorios de medicina general dentro del mismo centro de salud. Los pacientes incluidos en la categoría “Se ignora” nunca respondieron a las llamadas de recaptura, por lo que se desconoce el motivo por el cual discontinuaron su seguimiento en la unidad.

#### 4.2.- Información demográfica

**Tabla No.4**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 - julio 2024 de acuerdo al sexo.

Centro de Salud T. III Dr. Salvador Allende con Clínica de Especialidades

Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

Sexo	No.	%
Femenino	21	72%
Masculino	8	28%
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Tabla No. 5**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a la edad.

Centro de Salud T. III “Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades

Jurisdicción sanitaria de Coyoacán.

Edad	No.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	1	3%
40-49 años	3	10%
50-59 años	12	41%
60-69 años	9	31
70-79 años	4	14%
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**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 Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades

Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>20-29 años</b>	0	0	0	0	0	0
<b>30-39 años</b>	0	0	1	13%	1	3
<b>40-49 años</b>	3	14%	0	0	3	10
<b>50-59 años</b>	8	38%	4	50%	12	41
<b>60-69 años</b>	8	38%	1	13%	9	31
<b>70-79 años</b>	2	10%	2	25%	4	14
<b>80 y más años</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

#### 4.3.- 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: Dr. Salvador Allende  
Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

No. De consultas	No. De pacientes	%
1	1	3%
2	2	7%
3	1	3%
4	5	17%
5	1	3%
6	1	3%
7	2	7%
8	4	14%
9	3	10%
10	7	24%
11	0	0%
12 y mas	2	7%
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Observaciones:** Todos los pacientes que tuvieron 1, 2, 3, 4 o 5 consultas respectivamente corresponden a pacientes que se integraron recientemente al programa. Los pacientes que ya formaban parte del mismo tuvieron entre 6 a 12 consultas durante todo el año.

**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: Dr. Salvador Allende con Clínica de especialidades

Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

Diagnósticos	No.	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión Arterial Sistémica	6	21%
Diabetes Mellitus tipo 2	7	24%
Dislipidemia	0	0
Obesidad e Hipertensión	1	3%
Obesidad y Diabetes	2	7%
Obesidad y dislipidemia	0	0

<b>Diabetes e hipertensión</b>	<b>7</b>	<b>24%</b>
<b>Obesidad, hipertensión y diabetes</b>	<b>3</b>	<b>10%</b>
<b>Hipertensión, Diabetes y dislipidemia</b>	<b>2</b>	<b>7%</b>
<b>Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**Observaciones:** El total de pacientes activos es de 29, los cuales equivalen al 100%. La tabla se debe interpretar de la siguiente manera: No hay ningún paciente cuyo único diagnóstico sea sobrepeso u obesidad, 6 pacientes padecen únicamente Hipertensión Arterial Sistémica, 7 están diagnosticados sólo con Diabetes Tipo 2, ninguno tiene como único diagnóstico dislipidemia. 1 paciente tiene obesidad e hipertensión, 2 pacientes fueron diagnosticados con obesidad y diabetes, mientras que ninguno con obesidad y dislipidemia, 7 pacientes son diabéticos e hipertensos, 2 son hipertensos, diabéticos y además tienen dislipidemia, mientras que 1 tiene obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia.

**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 Dr. Salvador Allende con clínica de especialidades

Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán.

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	5	17.5%	1	3.5%	6	21%
Diabetes Mellitus tipo 2	5	17%	2	7%	7	24%
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	1	3%	0	0	1	3%
Obesidad y diabetes	2	7%	0	0	2	7%

Obesidad y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Diabetes e hipertensión	4	14%	3	10%	7	24%
Obesidad, hipertensión y diabetes	2	7%	1	3%	3	10%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	3.5%	1	3.5%	2	7%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	3%	0	0	1	3%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>72%</b>	<b>8</b>	<b>28%</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

**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 Arterial Sistémica.

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de HTA.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	17%
50-59 años	2	33%
60-69 años	3	50%
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro de 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 tipo 2.

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de DM2.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	1	14.3%
40-49 años	2	28.5%
50-59 años	1	14.3%
60-69 años	2	28.5%
70-79 años	1	14.3%
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro de 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. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

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

Fuente: Registro de 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 obesidad y diabetes tipo 2.

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende



Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y DM2	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	2	100%
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro de 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 hipertensión arterial y diabetes tipo 2.

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.

Edad	Personas con diagnóstico de HTA y DM2.	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	14%
60-69 años	3	43%
70-79 años	3	43%
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

**Tabla No. 15**

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

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico de HTA, DM2 y Dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	2	100%
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro de 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, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y Dislipidemia.

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, HTA, DM2, Dislipidemia	%
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 de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

**4.5.- Resultados de control de enfermedad crónica.**

**Tabla No. 17**

Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa.

Periodo Agosto 2023-Julio 2024

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Control</b>	12	55%	0	0	12	55%
<b>Fuera de control</b>	10	45%	0	0	10	45%
<b>Total</b>	22	100%	0	100%	22	100

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

**Observaciones:** Para determinar el total de pacientes en control y descontrol se toma como referencia la última medición de glucosa capilar. En este caso los registros de glicemia venosa aparecen en 0 debido a que en los últimos 4 meses no se contó con reactivos de laboratorio, por lo cual los pacientes no cuentan con estudios recientes.

**Tabla No. 18**

Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glicosilada.

Periodo Agosto 2023-Julio 2024

Centro de Salud T III. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
<b>Control</b>	11	50%
<b>Fuera de control</b>	11	50%
<b>Total</b>	22	100%

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

**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. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
Control	20	100%
Fuera de control	0	0
Total	20	100%

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

### 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. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
Control	0	0
Fuera de control	5	100%
Total	5	100%

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

**Observaciones:** En esta tabla solo se incluyen a los pacientes que actualmente tienen el diagnóstico de hipercolesterolemia por últimos laboratorios. Desafortunadamente debido al desabasto de reactivos en la unidad desde hace 4 meses, se desconoce si los niveles ya se encuentran dentro de rangos normales. SE OMITIERON todos aquellos pacientes que en algún momento tuvieron el diagnostico pero que remitió con terapia farmacológica.

### 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. Dr. Salvador Allende

Jurisdicción Sanitaria Coyoacán

Parámetro	No.	%
-----------	-----	---

<b>Control</b>	0	0
<b>Fuera de control</b>	7	100%
<b>Total</b>	7	100%

Fuente: Registro de RedCap. Periodo Agosto 2023-Julio 2024.

**Observaciones:** En esta tabla solo se incluyen a los pacientes que actualmente tienen el diagnóstico de hipertrigliceridemia por últimos laboratorios. Desafortunadamente debido al desabasto de reactivos en la unidad desde hace 4 meses, se desconoce si los niveles ya se encuentran dentro de rangos normales. SE OMITIERON todos aquellos pacientes que en algún momento tuvieron el diagnóstico pero que remitió con terapia farmacológica.

## 5.- CONCLUSIONES

Este trabajo representa la culminación de mi último año de formación profesional como futuro médico general, me considero afortunada de la elección que en un inicio y con total desconocimiento realicé al seleccionar mi plaza del servicio social en el diplomado de atención integral centrada en la persona con enfermedades crónicas. Al día de hoy tal desconocimiento se ha transformado en una visión mucho más amplia de ver el campo de la medicina, entendiendo que detrás de todas las enfermedades nos encontraremos inherentemente con la persona que las padece. Como profesionales de la salud se nos ha preparado para ejercer una medicina "resolutiva", pero ¿qué podemos hacer ante patologías incurables como las enfermedades crónicas?...En mi experiencia después de un año de ajustar mi práctica clínica a los principios del modelo, puedo decir que hacer medicina no debería entenderse como sinónimo de curar, en ocasiones es simplemente saber acompañar.

Bajo esta premisa el MAICP cobra mayor relevancia al ofrecer ventajas potenciales sobre el sistema tradicional, ya que facilita la comprensión y el acompañamiento de los pacientes en su enfermedad en términos del significado, el contexto y la perspectiva que estos asignan a ella, al tiempo que se desarrolla una práctica clínica sustentada en una relación médico-paciente dialógica, promotora del desarrollo de capacidades individuales y colectivas orientadas a lograr el autocontrol y la autonomía de los pacientes sobre sus enfermedades

logrando así, alcanzar una mejor calidad de vida. El diplomado nos ofrece la oportunidad de que como médicos aumentemos nuestros procesos de razonamiento diagnóstico y terapéutico, así como nuestras propias capacidades para la atención de los pacientes, apeándonos siempre a la mejor evidencia científica disponible, la cual se emplea en cada una de las lecturas que conforman a los cuatro módulos del diplomado, además de recibir talleres teórico-prácticos impartidos por profesionales de la salud con años de trayectoria y experiencia profesional. Aunado a lo anterior, tenemos la oportunidad de organizar procesos de participación social y acción comunitaria, reconociendo siempre que el entorno, la enfermedad y la persona no son independientes, sino que confluyen.

La implementación del modelo de atención clínica centrada en la persona marco un antes y un después en mi formación profesional, a diferencia del internado médico de pregrado en donde el ritmo laboral exigía una atención rápida y despersonalizada, el servicio social me dio la oportunidad de cultivar relaciones interpersonales que me acompañaran toda la vida. A través de las habilidades adquiridas durante el diplomado logre experimentar la calidez de una verdadera relación médico-paciente, en donde consulta a consulta conocí a la persona que tenía al frente de mí, aprendí a escuchar sus necesidades y a trabajar en equipo para llegar al cumplimiento de metas. Entendí que no hay pacientes desinteresados de su salud, en cambio, hay personas enfermas que aspiran a tener una mejor calidad de vida, evitar complicaciones, llegar a la vejez conservando su autonomía y funcionalidad e inclusive acceder a una muerte digna. Es gratificante ver como por medio del modelo se puede llegar a inspirar a los pacientes a tomar la iniciativa y el control sobre sus enfermedades crónicas, transformándose en pacientes activos y empoderados.

Por último, me gustaría brindar mi total agradecimiento a la Secretaria de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), por permitir que este proyecto llegue hasta las unidades de primer contacto a través de nosotros como médicos pasantes; al CST III. Dr. Salvador Allende por otorgarnos el espacio y el tiempo suficiente para brindar una consulta de calidad, respetando en todo momento los lineamientos del programa. Finalmente un reconocimiento especial por su labor y gestión al cambio hacia cada una de las personas que conforman al proyecto de atención integral centrada en la persona que vive con

enfermedades crónicas de la UAM- Xochimilco, estoy segura de que el sistema sanitario de salud en México necesita rediseñarse y este es el camino. Me llevo un gran aprendizaje de todos ustedes para mi porvenir como futuro médico general y especialista, sintiéndome comprometida con llevar a la práctica clínica lo antes mencionado, a fin de que en un futuro no muy lejano impere una medicina más holística, humana y empática.

***"El que estudia medicina sin libros navega en un mar desconocido, pero el que estudia medicina sin pacientes no va a la mar en lo absoluto".***

-William Osler.

## 6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q* [Internet]. 2003 [Consultado 01 Ago 2024];7(1):73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763. PMID: 14674182.

2) Tai, E-Shyong & Yew, Tong Wei. Person-Centred Care in Diabetes: What Is It Based On and Does It Work? *The Singapore Family Physician* [Internet]. 2020 [Consultado 01 Ago 2024]; 46. 11-15. doi:10.33591/sfp.46.7.u2.

3) Cuba MS, Romero Z. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2016 [Consultado 02 Ago 2024]; 33(4): 780-784. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es).

4) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2012 [Consultado 03 Ago 2024]; 27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6

5) Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [Consultado 03 Ago 2024];9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775

6) Sánchez López MC, Madrigal de Torres M, Sánchez Sánchez JA, Puche JF, Ontoso EA. ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales [What do general practitioners think about evidenced-based medicine? A study with focus groups]. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 [Consultado 03 Ago 2024];42(10):507-13. doi: 10.1016/j.aprim.2009.09.030. Epub 2010 Feb 4. PMID: 20133019; PMCID: PMC7024451.

7) Zhao Y, Zhao X, Liu Y, Wei Y, Jin G, Shao S, Lu X. Perceptions, behaviours, barriers and needs of evidence-based medicine in primary care in Beijing: a qualitative study. *BMC Fam*



Pract [Internet]. 2019 [Consultado 04 Ago 2024]; 6;20(1):171. doi: 10.1186/s12875-019-1062-0. PMID: 31810450; PMCID: PMC6896763.

8) Siwek J. Evidence-Based Medicine: Common Misconceptions, Barriers, and Practical Solutions. Am Fam Physician [Internet]. 2018 [Consultado 03 Ago 2024];98(6):343-344. PMID: 30215913.

9) Tajer Carlos D. Haciendo posible el debate sobre la medicina basada en evidencias. Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2010 Oct [Consultado 03 Ago 2024] ; 78( 5 ): 459-466. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482010000500016&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482010000500016&lng=es).

10) Arroyo HV. Perspectives and challenges of health promotion in Latin America. Salud Publica Mex [Internet]. 23 de noviembre de 2022 [citado 14 de agosto de 2024];64(6, nov-dic):576-8. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13655>

## **7.- ANEXOS**



**Figura 1.-** Cartel elaborado para la difusión del 6to Encuentro de Pacientes con Enfermedades Crónicas.



**Imagen 1 y 2.-** 6to Encuentro de Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Jurisdicción Sanitaria Coyoacán.



**Imagen 3 y 4.- Taller de Cocina Saludable en CSTIII. Dr. Salvador Allende.**



**Imagen 5 y 6.-** Taller de Cocina Saludable en CSTIII. Dr. Salvador Allende, recreación de la primer receta “Omelette Campirano”.