



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
Licenciatura en Medicina.

Proyecto:

“Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de Enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas”

Título del trabajo:

Implementación del modelo de atención integral centrada en la persona con enfermedades crónicas: los primeros pasos para la reforma del sistema de salud en el CST-III Dr Gerardo Varela Mariscal de la Jurisdicción de Tlalpan, CDMX.

Presenta:

Aislinn Xiadani Anzúres Fabián
Matricula 2173064805

Promoción: agosto 2023-Julio 2024

Asesor interno: Dr. Víctor Ríos Cortázar

Asesora externa: Dra. Alejandra Gasca García

Fecha de entrega: 05 de agosto del 2024.



TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación.	3
2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP).	4
3. El diplomado.	7
3.1 Módulo 1: Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.	8
3.2 Módulo 2: Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....	14
3.3 Módulo 3: Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....	26
El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.....	26
Hacia la constitución de consejos asesores.	37
3.4 Módulo 4: Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.....	55
4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III Dr. Gerardo Varela Mariscal a cargo de Aislinn Xiadani Anzúres Fabián.	57
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...	57
2. Información demográfica	60
3. Diagnóstico y seguimiento.....	63
4. Resultados de control de enfermedad crónica.....	78
5. Conclusiones.	83
6. Referencias.	85
7. Anexos	88



1. Presentación.

El presente documento se creó a partir de la participación para implementar un modelo innovador de atención médica en el Centro de Salud T-III Dr. Gerardo Varela Mariscal ubicado en la comunidad de San Miguel Ajusco de la alcaldía Tlalpan en la Ciudad de México, durante el periodo de agosto del 2023 a Julio del 2024 correspondiente al cumplimiento de un año de servicio social de medicina de la autora. Al mismo tiempo, se cursó el diplomado "Atención integral Centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de capacidades" impartido por el Dr. Víctor Ríos Cortázar y la Dra. Alejandra Gasca García, de la división de ciencias biológicas y de la salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Para facilitar la lectura de este trabajo, se organizó en 6 apartados; presentación, el modelo expandido de cuidados crónicos, el diplomado, balance de desempeño clínico, conclusiones y referencias. El primer apartado "presentación" nos permitirá conocer la temporalidad y espacio de aplicación del proyecto, así como la organización del documento. Posteriormente nos adentramos al segundo apartado: el modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco, en donde el lector podrá conocer el modelo innovador que fue implementado en la unidad médica antes mencionada. El tercer apartado: el diplomado, permitirá descubrir la organización del programa que encaminó a la autora al entendimiento del modelo y a la correcta aplicación de éste en el primer nivel de atención médica. Continuando con la organización, en el cuarto apartado: "balance de desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III Dr. Gerardo Varela Mariscal" el lector podrá visualizar los datos y resultados clínicos de todos los pacientes participantes en el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona durante el periodo comprendido de agosto 2023-julio 2024. En el quinto apartado "conclusiones" se sintetizarán los puntos más destacables respecto a la experiencia del diplomado y la implementación del modelo. El último apartado "referencias" se podrán consultar los recursos utilizados para la realización de este trabajo.

Al final de este documento, el lector también podrá encontrar evidencias fotográficas que ilustran el trabajo realizado en el servicio social respecto al proyecto, el informe numérico entregado a la SEDESA y materiales educativos realizados por la autora para los pacientes del programa y para el público en general.



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

El modelo expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas supone una estrategia de salud que permite reconocer el impacto de los determinantes sociales en el desarrollo de la salud y la enfermedad. Cuando la atención a la salud reconoce este factor social, nos permite brindar una atención que beneficia al individuo y a su comunidad tanto en el tratamiento de su enfermedad como en la prevención de estas. Es por esto, que este modelo expandido se estructura en tres subsistemas; 1) relación equipo de salud-usuario de salud, 2) sistema de salud y 3) comunidad. El segundo subsistema a su vez contiene cuatro componentes: desarrollo de habilidades personales para el autocuidado, orientación del diseño en la prestación de servicios, apoyo a la toma de decisiones, sistema de información. De igual manera, el tercer subsistema integra tres componentes: políticas públicas saludables, crear entornos saludables y fortalecer la acción comunitaria (Figura 1).

Al analizar la estructura de este modelo expandido se puede determinar que dentro del primer subsistema seremos capaces de desarrollar un equipo médico proactivo y la evolución de un paciente informado y activo mediante la proporción de información que aborda desde el entendimiento de su enfermedad hasta estrategias para desarrollar el autocuidado, con la finalidad de beneficiar el progreso de sus padecimientos. Lamentablemente, nos vemos limitados en el crecimiento de este subsistema hacia la comunidad completa y hacia el resto de los prestadores de salud de la unidad médica, en primer momento por el desconocimiento de este nuevo modelo innovador y en un segundo momento por el tiempo total en el que estamos en contacto con el centro de salud, un año de prestación de servicio no nos permiten influir en un 100% en la comunidad, reconocido incluso por los pacientes cuándo manifiestan que "apenas nos acostumbramos a la forma de su atención cuándo ya se tienen que ir", debido a esto, es esencial que el traspaso de información y de avances dentro de la comunidad sea precisa y fidedigna entre la generación entrante y saliente de médicos pasantes, sin dejar de lado la integración progresiva de todo aquel personal de salud que esté en contacto con pacientes portadores de enfermedades crónicas del proyecto de atención integral; enfermería, médicos pasantes, médicos de base, trabajadores sociales, etc.

MODELO EXPANDIDO DE ATENCION A PACIENTES CRONICOS.

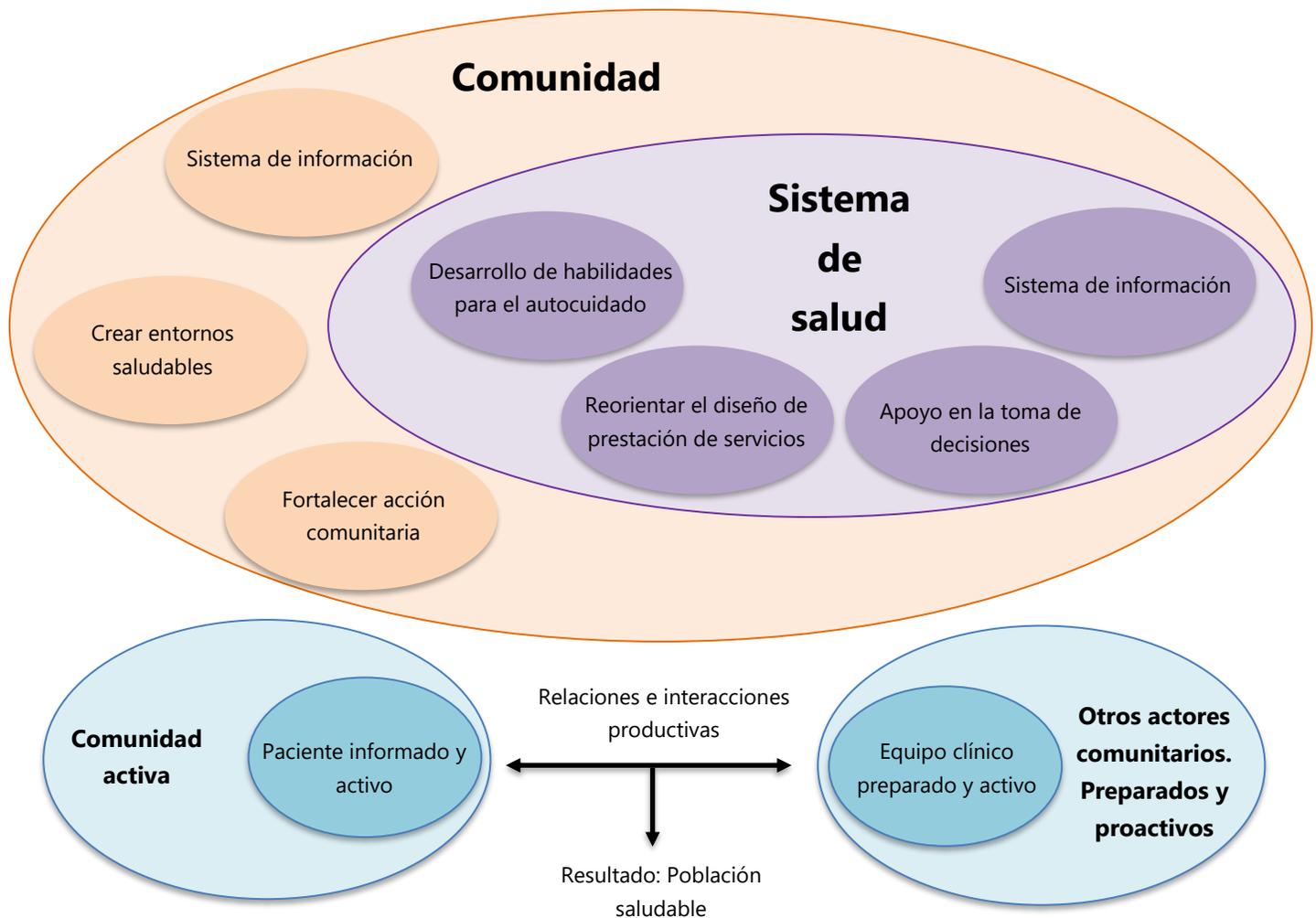


Figura 1: Modelo expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas. Se observan los tres subsistemas; el subsistema comunidad (naranja), dentro del mismo, se visualiza el sistema de salud (morado) y en la parte inferior del esquema, se representa el subsistema de relación equipo-usuario de salud (azul). Fuente: esquema realizado en base a Victoria J. Barr et al. *Expanded Chronic Care Model*²³.

El segundo subsistema es el que fui capaz de reconocer que tenemos mayor influencia aunque únicamente es a nivel individual es decir, a lo largo de un año de implementación de este nuevo modelo expandido fue posible proporcionar un sistema de información a las personas, apoyarlos en la toma de decisiones, desarrollo de habilidades personales para el autocuidado (en mayor o menor medida en cada paciente) y la reorientación del



diseño en la prestación de servicios; este último componente se limitó dentro de nuestro consultorio y dentro de las consultas que brindamos en solitario, ejemplo, al trabajar con paciente crónicos en otros consultorios con médicos de base, no fue posible implementar una consulta centrada en la persona por cuestiones de tiempo y de la forma de trabajar de cada médico. Dicho esto, es rescatable reforzar la idea de que para lograr una reforma de la atención a pacientes con enfermedades crónicas en el CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal debe expandirse este modelo a todo aquél personal en contacto con esta población.

Dentro del subsistema de "Comunidad" se puede rescatar que es necesario contar con un apoyo lo suficientemente grande que permita lograr actividades más complejas que involucran a un grupo importante de la comunidad, esta falta de apoyo es derivada del desconocimiento sobre la Atención Integral Centrada en la Persona. En la unidad médica en cuestión para este análisis, la falta de comunicación se convirtió en el principal obstáculo para el satisfactorio cumplimiento de este subsistema ya que en cuestión de organización de espacios y tiempo fue deficiente. Aun así, en cierta manera fue posible cumplir con los componentes, pero a menor escala, el siguiente paso podría consistir en expandir las actividades como la creación de grupos comunitarios que difundan información de promoción de la salud lo cual a su vez permitiría el fortalecimiento de acción comunitaria. Las autoridades del centro de salud, por otro lado, es indispensable solicitar de manera formal su apoyo para crear políticas saludables dentro de la unidad como capacitaciones centradas en la atención centrada en la persona e incremento en el tiempo establecido para la atención médica que permita ejecutar el modelo expandido.



3. El diplomado.

Es sensato reconocer que pasar de una atención médica centrada en conocer etiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico a una atención que reconoce que los portadores de estas enfermedades son antes que nada personas, es un golpe de realidad, ¿en qué momento convertimos la medicina en una disciplina que atiende personas pero les quita su parte humana?, es por esto, que iniciamos un enfoque realista, reconociendo a los pacientes como personas que poseen un contexto, aspiraciones, autonomía y capacidad de tomar sus propias decisiones.

Al adentrarnos a este nuevo enfoque de la medicina, necesitamos un guía, recursos e información, por lo que llevamos un diplomado de un año el cual se encuentra dividido en 4 módulos:

1. "Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades": en donde entendimos un eje central de este modelo (el autocuidado) mediante lecturas de artículos nacionales e internacionales y retroalimentaciones el final de cada sesión fue enriquecedor escuchar las participaciones de todos los compañeros ya que todos daban diferentes opiniones de acuerdo con la experiencia en cada centro de salud lo que me ayudó a concluir que, efectivamente, el contexto social influía en la salud y vivencias de las personas en cada comunidad.
2. "Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados": en el cual recordamos los niveles de evidencia científica para la búsqueda de información verídica de los temas de interés (la atención clínica centrada en la persona), la dinámica fue mediante artículos que nos presentaban esta información y para terminar de concretar esta información logramos realizar una revisión sistemática del tema de nuestro interés.
3. "Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas": este módulo nos permite demostrar los resultados de los conocimientos y experiencia adquirida, logramos organizar e instaurar un entorno saludable que promueve la participación, autonomía y trabajo en equipo de las personas que viven con enfermedades crónicas.
4. "Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos": en el transcurso de los tres módulos anteriores pasamos por el módulo 4, el cual resultó bastante pertinente ya que la práctica clínica no es ajena al MAICP, llevar este cuarto módulo mediante presentación de casos clínicos permitió la integración de la práctica médica con la reorganización de una consulta centrada en la persona.



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

INTRODUCCIÓN.

Durante la práctica diaria de atención médica a personas con enfermedades crónicas nos percatamos de que gran porcentaje de pacientes no se encuentran en metas de control de sus enfermedades a pesar de que se les prescribe el medicamento adecuado en la dosis correcta, lo cual conlleva a un deterioro rápido y progresivo por la aparición de complicaciones orgánicas (retinopatía, nefropatía, neuropatía, gastropatía, eventos vasculares) y en casos lamentables, la muerte.

La formación médica nos ha enseñado a centrar nuestra completa atención en la prescripción de medicamentos más actualizados, así como su dosificación correcta, si bien esto es sin duda necesario e importante, nos hemos distanciado del contexto social, económico, y psicológico que conforma a la persona. Esencialmente estos tres contextos de la persona son factores que pueden impactar de manera positiva o negativa en la salud y control de sus enfermedades crónico-degenerativas; una persona portadora de Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentra desempleada no tendrá los recursos económicos para trasladarse al centro de atención médica con regularidad para el control de su patología.

El modelo de Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas es una herramienta útil que permite aproximarse al paciente considerando todo su contexto y no solamente su enfermedad. De esta manera, cuándo el médico entiende el contexto detrás del paciente, puede encontrarse con una gama de alternativas mediante las cuales podrá impactar positivamente en el estado de salud de la persona.

Es preciso que el médico reconozca que mediante la relación médico-paciente puede crear un vínculo con la persona para entender su contexto, reconocer sus fortalezas y debilidades que impactan en su enfermedad crónica, así como esclarecer que solo el mismo paciente es el dueño de su enfermedad y el personal médico está para acompañarlo y proporcionarle la información más actualizada para poder tomar sus propias decisiones respecto a su enfermedad.



OBJETIVOS.

Objetivo general:

Fundamentar como la relación médico-paciente es una herramienta clave que nos permitirá implementar el modelo de atención centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas.

Objetivos específicos:

1. Analizar las características más comunes que componen la atención sanitaria en México y como imposibilitan la adquisición de una atención centrada en la persona.
2. Definir las características de la relación médico-paciente que deben considerarse para una correcta aplicación en la consulta diaria.
3. Analizar el efecto positivo de una adecuada relación médico paciente en la atención centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas.

JUSTIFICACIÓN.

Cuando brindamos atención médica a una persona con enfermedades crónicas que se encuentra fuera de las metas de control, pero con una adecuada prescripción farmacológica y correcta dosificación, erróneamente se tiende a responsabilizar negativamente al paciente asumiendo que no le interesa su enfermedad ni su vida. Recientemente en México, se han dado los primeros pasos para implementar un nuevo modelo de atención médica centrado en la persona, que nos permitirá explorar el contexto social, económico, psicológico etc. que rodea al paciente y cómo dichos contextos pueden impactar en su estado de salud, al entender al paciente como persona, se podrán personalizar estrategias que le permitan al paciente ser consciente y dueño de su enfermedad, para que tome sus propias decisiones y eventualmente se llegue a un control de sus enfermedades crónicas. El presente ensayo pretende recapitular el concepto de relación médico-paciente y cómo esta herramienta puede permitirnos crear un vínculo con el paciente para conocerlo más allá de su enfermedad, haciendo más asequible la implementación del modelo de atención centrada en la persona en la consulta diaria de enfermedades crónicas.



DESARROLLO.

Atención médica en México.

Al analizar la atención médica en México podemos darnos cuenta de que al pasar de los años se ha heredado una forma de atención superficial, en donde el médico únicamente centra su interés en la enfermedad y olvida por completo que no está ante una enfermedad, sino a una persona portadora de la misma, lamentablemente esto se enseña a cada generación de médicos, nos formamos normalizando deshumanizar la medicina. Las consecuencias de esta nueva medicina frívola pueden ser ejemplificadas en las enfermedades crónicas, una situación en donde la persona adquiere una patología que permanecerá el resto de su vida, por lo tanto, es inevitable que su contexto social, económico y psicológico influyen en el control de su enfermedad. Por lo tanto, no atendemos una Diabetes Mellitus 2 o una Hipertensión Arterial Sistémica no controlada, sino estamos ante un paciente adulto mayor que no tiene apoyo familiar, necesita ayuda para verificar los nombres de sus medicamentos y/o olvida tomarse los mismo, es entonces cuándo nos enfrentamos a un nuevo reto, ¿la persona no le interesa su enfermedad ni su vida? ¿o no cuenta con un panorama óptimo que le permita enfrentarse a su nuevo estilo de vida con una enfermedad crónico-degenerativa? Cuando el interés del médico se expande a comprender al paciente y su entorno y no solamente su enfermedad, entonces abrimos paso a un modelo de atención que recientemente ha buscado conquistar el campo clínico de la medicina; el "modelo de atención integral centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas".

Modelo de atención centrada en la persona.

Este nuevo modelo innovador es una herramienta que nos otorgará la oportunidad de reformar la atención a la salud brindada en México y sin duda nos permitirá tener un mayor alcance poblacional debido a que se adecuará a las necesidades particulares no solo de la población sino de la persona, haciendo el derecho a la salud asequible para todos. En la actualidad existen artículos extranjeros que nos brinda una visión detallada de lo que implica este nuevo modelo, sin embargo, es indispensable evocar los 6 componentes inherentes a la atención centrada a la persona descritos por Stewart et al¹: a) la enfermedad y la experiencia de enfermedad, b) la persona como un todo c) intereses comunes en materia de gestión, d) prevención y promoción de la salud e) relación médico-paciente y f) conocer limitaciones y recursos personales.

En el presente ensayo enfoca su atención en la relación médico-paciente ya que este atributo nos permite modificar nuestro rol dentro de la enfermedad de la persona. Una



de las grandes problemáticas que nos ha obstaculizado la implementación del nuevo modelo innovador es el papel protagónico e incuestionable que se le ha implantado al médico, siendo este quien toma las decisiones, jamás es cuestionado y lejos de crear confianza, se alimenta una relación en la que el médico domina y el paciente es sumiso ante sus indicaciones. Este tipo de relación le quita el papel protagónico al paciente siendo contraproducente ya que él/ella es dueño de su cuerpo y de su enfermedad.

Cuando comprendemos junto con el paciente que la atención médica es un trabajo en equipo cuya finalidad es únicamente mantener el mejor estado de salud posible y retrasar complicaciones de enfermedades crónico-degenerativas, entonces podemos permitirle al paciente ser responsable de sí mismo, tomar sus propias decisiones y tomar las riendas de su vida. Por otro lado, el papel del personal médico es acompañar en el proceso, guiar y proporcionar la mejor información hasta ese momento, sin dejar de lado el respeto y comprensión de las fortalezas, debilidades, alcances y limitaciones inherentes de la persona y de su contexto psicosocial. De esta manera el modelo innovador de atención médica fluirá por sí mismo dentro de cada consulta médica brindada a la persona y así como el médico aprendió esta nueva atención, podrá transmitirla a futuras generaciones médicas, sobre todo en el área de pregrado, resultando eventualmente en Médicos egresados con una expectativa diferente, humanista y empática respecto a la atención integral centrada en la persona para el control de su enfermedad crónica.

Relación médico-paciente.

Para que una consulta médica exista debe presentar dos componentes esenciales; un proveedor de la salud y un usuario de la atención médica² como es evidente, al ser dos personas físicas inevitablemente habrá una relación psicosocial que podrá determinar el rumbo de toda la consulta, influirá en la toma de decisiones y por consecuencia en el estado de salud de la persona. La interacción que surge entre estos componentes es la llamada relación médico-paciente la cual a lo largo de los años ha sido estudiada y modificada, actualmente conocemos un sin fin de tipos de esta relación, es importante recalcar que no es imperativo que un médico solo establezca un tipo de relación durante toda su carrera médica; un mismo médico puede tener una relación médico-paciente diferente entre cada paciente³. De manera sustancial, debemos establecer ciertas características a tomar en cuenta que se encuentran presentes en esta práctica para poder a partir de ellos producir un tipo de relación médico-paciente que nos permita aproximarnos al paciente y a su entorno para conocer cuáles son aquellos factores externos a su enfermedad que impactan en su salud. Cuba Fuentes y Romero Albino⁴ nos proporcionan una serie de condiciones que nos permitirán comprender esta relación:



compasión la cual básicamente nos habla de entender y respetar los deseos y sentimientos del paciente; *continuidad* es decir, hacer factible la constancia del paciente, aunque muchas veces esto pueda verse afectado por cuestiones gubernamentales; *esperanza*, expresar al paciente aliento para aprender a vivir con su enfermedad; *autoconciencia*, la cual nos permite como médicos mantener una "escucha activa" con el paciente así como prestar atención a nuestro lenguaje corporal para que la persona se sienta con más confianza de expresarse con nosotros; finalmente la *transferencia* y *contratransferencia*, la cual puede ser positiva o negativa ya que la primera se entiende como la proyección de vivencias pasadas hacia el médico y la segunda se entiende como la respuesta, es decir, la proyección de relaciones pasadas significativas del médico hacia el paciente.

Cuando el médico es capaz de hacer consciente estos elementos y llevarlos a cabo en su consulta médica entonces se establecerá una relación médico-paciente óptima en la cual no solo conoceremos al paciente y a su enfermedad sino a todo su entorno e incluso aspiraciones, las cuales son herramientas clave para poder establecer objetivos e incentivar al paciente para mantener el mejor estado de salud posible en lo que respecta a su enfermedad crónica.

El efecto positivo de la relación médico paciente en la consulta de enfermedades crónicas.

Una vez que somos capaces de comprender los componentes de una adecuada relación con el paciente podemos extrapolar estos conocimientos a una consulta médica con una persona portadora de enfermedades crónicas, antes que nada, es importante recordar que una enfermedad crónico degenerativa será el nuevo acompañante de la persona durante toda su vida y esto debemos hacérselo saber al paciente, seguido de recalcar que una enfermedad no lo define como persona por lo tanto aunque es imposible alcanzar el objetivo de la "curación" aun podemos alcanzar el objetivo de "control" a tal grado de que la calidad de vida no sea perjudicada por futuras complicaciones. Si el médico es capaz de entablar una relación saludable con el paciente entonces este último podrá exponer sus dudas, expresar sus objetivos de vida, poner en claro cuáles son sus temores de la enfermedad así como cuáles son los obstáculos a cualquier nivel (social, económico, psicológico etc.) que le podrían imposibilitar un control de su enfermedad, todas estas acciones pueden ser compartidas con el médico a consecuencia de que el paciente ha desarrollado una confianza no solo en el médico que lo atiende, sino una confianza en sí mismo, recordando nuevamente que el paciente es el único dueño de su cuerpo, de su vida, de su enfermedad y por lo tanto de sus decisiones. Mediante nuestro apoyo y guía



podremos lograr que nuestro paciente recupere la autonomía que por mucho tiempo el sistema de salud mexicano le había arrebatado, por consecuencia estaremos ante una persona que ejerce el autocuidado

El autocuidado es una habilidad que desarrolla una persona autónoma, responsable y activa de ser responsable de su propia salud y de las consecuencias de esta (sin que sea esto necesariamente negativo)⁵. El objetivo del modelo innovador de atención centrada en la persona es precisamente lograr en trabajo conjunto (paciente y médico) un autocuidado, es por esto, que los médicos, al lograr entablar una buena relación médico-paciente estarán dando el primer paso a la implementación de este nuevo modelo innovador que permitirá una nueva forma de atención a la salud humanizada.

CONCLUSIONES.

Si bien el modelo innovador de atención centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas es una estrategia prometedora a implementar en la consulta diaria, en este país nos encontramos ante un escenario en donde la atención a la salud ha perdido el interés por la persona y se ha enfocado únicamente en la enfermedad, por lo que al reforzar los atributos que componen la relación médico-paciente nos permite reformar el vínculo que creamos entre proveedor de la salud y usuario del servicio en las consultas médicas, originando un ambiente de confianza entre ambas partes, cuyo fin será empoderar al paciente y alentarle a ejercer el autocuidado, trayendo como consecuencia un control de su enfermedad crónica ya que el paciente será una persona consciente de su enfermedad y de sus decisiones respecto a su salud.

Cuanto mayor sea la población médica que busque reestructurar su calidad de atención mediante una retroalimentación de lo que es una relación médico-paciente sana y humanizada, mayor será el control de las enfermedades crónicas de las personas portadoras de las mismas, es entonces cuando la implementación del nuevo modelo innovador tendrá éxito en nuestro país, ya que se modificara la atención médica a un servicio humanizado.

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

INTRODUCCIÓN.

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

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

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



favorezca el acompañamiento del paciente por parte del personal que brinda la atención de la salud.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

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

Objetivos específicos.

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

PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Planteamiento del problema origen de la revisión sistemática.

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

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



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

Justificación de la revisión.

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

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

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



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

Formulación de la pregunta de investigación.

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

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

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

Tipo de reportes de investigación a recuperar.

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

Criterios de inclusión.

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

Criterios de exclusión.

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

Estrategia de búsqueda.

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



EJECUCIÓN.

Búsqueda de artículos científicos y selección de reportes de investigación.

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

RESULTADOS.

La totalidad de los estudios se centraron en personas adultas, de los cuales en su mayoría se incluyeron pacientes de edad cercana a los 60 años (+ - 10 años), sin embargo, no se encontró heterogeneidad respecto a los resultados según el grupo etario. Por otra parte, se reportan diferencias de género en el trabajo de Rosland et al.⁶ y Perez et al.²⁰, resaltando que las mujeres tienen más dificultades y menos apoyo familiar para la autogestión de su enfermedad (diabetes tipo 2).

En su mayoría, la red de apoyo familiar en personas adultas se constituye especialmente de su pareja según lo reportado en el trabajo de Rosland et al.⁶ Al contrario con lo reportado en la tesis profesional de Reto Jayro¹⁶ en donde se encontró que el parentesco de los acompañantes del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 son el 53% los hijos, en segundo lugar, con 37% el cónyuge y por último con 10% los hermanos. Así mismo, en trabajos como el de Delaney⁸ y el de Gallant¹⁰ no se limitan a la red de apoyo familiar, sino que consideran a los amigos como una importante red de apoyo para el autocuidado, que, aunque propiamente no forman parte de la familia, conforman una ayuda extrafamiliar importante. En este sentido, trabajos como el de Nicklett²¹ hacen referencia al apoyo social como un elemento general que engloba el apoyo familiar, de amigos y de otras redes de apoyo dado que mejoran los resultados en la adherencia al tratamiento, actividad física y asistencia a las consultas médicas en las personas con diabetes tipo 2.

El apoyo de la familia para favorecer el autocuidado de las personas con diabetes tipo 2 puede tener diferentes elementos, entre los cuales cabe destacar el apoyo emocional, la positividad, la comunicación, el establecimiento de una dieta saludable y ejercicio para todos los integrantes de la familia⁹. En contraposición, también se reportan barreras o elementos de apoyo negativo relacionadas con la familia como la falta de entendimiento de la enfermedad por parte de sus familiares, poca importancia a la alimentación saludable, a la realización de ejercicio, regaños y recordatorios o consejos que percibían



como molestos y que desencadenan emociones negativas, como la frustración, en las personas que viven con la enfermedad^{10, 11}.

Por su parte, Zhao¹³ se centra en el automonitoreo de la glucosa en las personas con diabetes, enfatizando que el apoyo familiar es más importante que el conocimiento que puede tener el paciente, es decir, aunque la persona conozca estrechamente su enfermedad si no tiene el suficiente apoyo por parte de su familia no ejercerá los comportamientos saludables que le ayuden a mejorar las condiciones de su enfermedad.

Un elemento importante que destacar en esta revisión sistemática es encontrar la relación directa que existe entre la red de apoyo familiar y el ejercicio del autocuidado, para lograr establecer esta relación, es fundamental conocer la definición de red de apoyo y autocuidado, así como las herramientas para medir estas dos variables. Por otro lado, durante la búsqueda y análisis de los artículos se conoce un nuevo término, el distrés diabético (o por la diabetes) definido como angustia emocional derivado de la preocupación de complicaciones, pérdida de la función, regímenes estrictos derivados de la diabetes. Este elemento tiene relación estrecha con el autocuidado como se documentó en el trabajo de Lee¹² en el que se encontró una relación inversa entre el autocuidado y el distrés diabético.

El apoyo familiar (red de apoyo) se encontró en un 67% adecuado y el 33% inadecuado según Reto J.¹⁶, encontramos entonces, que existe una diferencia de casi el doble de una red adecuada respecto a la inadecuada. Sin embargo, contrariamente a estos resultados Canchari E.¹⁷ demuestra en su estudio que el porcentaje de personas con una red de apoyo total es inferior a aquellos con una red de apoyo parcial; 41,5% y 58,5% respectivamente.

Para poder medir la calidad de esta red de apoyo, Reto J.¹⁶ sometió a los familiares de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 a un cuestionario que evaluó el apoyo informacional (conocimiento de la enfermedad) y apoyo instrumental (provisión de servicios que ayudan a la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 a cuidar de sí mismo). Sin embargo, también es importante destacar que se han utilizado otro tipo de cuestionarios como el presentado en el estudio de Canchari E.¹⁷ en donde únicamente valora el apoyo instrumental.

Para medir el ejercicio del autocuidado Reto J.¹⁶ y Canchari E.¹⁷ incluyen 5 prácticas de autocuidado; control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico; a partir de los cuales Reto J.¹⁶ determinó que satisfactoriamente del total de adultos con



diabetes tipo 2 incluidos en el estudio, el 62% presentó una buena práctica de autocuidado; 30% una regular práctica de autocuidado; finalmente el 8% resultaron en un deficiente autocuidado. En contraste, Canchari E.¹⁷ obtuvo resultados distintos; tan solo el 34,1% de las personas con Diabetes Mellitus tiene una práctica del autocuidado total y en el 65,9% es parcial el autocuidado.

La relación que guarda la red de apoyo familiar y el ejercicio del autocuidado fue encontrado por Reto J.¹⁶ de la siguiente manera; del 100% de personas participantes con Diabetes Mellitus, quienes mantienen una *adecuada* red de apoyo familiar; el 42,5% tiene buenas prácticas de autocuidado; 22,5% regular práctica; y el 2,5% un deficiente ejercicio del autocuidado. Por otro lado; quienes presentan *inadecuada* red de apoyo familiar; el 20% tienen buenas prácticas de autocuidado; 7,5% una regular; y 5,0% una deficiente. Con estos resultados podemos relacionar que *cuándo existe una adecuada red de apoyo familiar, las personas responden con un adecuado ejercicio del autocuidado*. Paralelamente, Canchari E.¹⁷ llegó a la misma conclusión, pero con diferente porcentaje; con un apoyo familiar total el 31,7% presentaron un ejercicio del autocuidado total y solo el 9,8% tuvieron un autocuidado parcial; cuándo existe un apoyo familiar parcial, el 2,4% lograron un desarrollo total del autocuidado, pero el 56,1% tuvieron un autocuidado parcial.

Otros trabajos como el de Lindsay²² hicieron uso de herramientas para favorecer el apoyo familiar y mejorar los comportamientos de autocuidado entre las personas con diabetes tipo 2. En este trabajo se utiliza una herramienta llamada FAMS (Family/Friend Activation to Motivate Self-care) basada en intervenciones a través de teléfonos móviles para personas que viven con discapacidades y diabetes tipo 2.

Nombre	Autor(es) y año de publicación	Población	Método	Resultados
Family Influences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help? ⁶	Rosland, Heisler et al: 2013	Adultos (1000) de Estados Unidos con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca (500) o diabetes tipo 2 (500)	Se aplicaron encuestas que evaluaron: estado de salud, estructura familiar y función, apoyo familiar y autocuidado, barreras familiares y adherencia al autocuidado, entre	Entre las conductas individuales de autogestión, las mujeres tenían significativamente menos apoyo familiar y más barreras familiares con la alimentación saludable y el ejercicio en comparación con los hombres.



			otras.	
A survey on patients' characteristic, perception of family support and diabetes self-management among type 2 diabetes patients in South-West Nigeria ⁷	Ojewale L., Oluwatosin A., Fasanmade A. y Olotunde O: 2018.	197 pacientes adultos con diabetes tipo 2 del Suroeste de Nigeria	Se aplicó un cuestionario consistente en 3 partes: sociodemográfica, autogestión de la diabetes y percepción del apoyo familiar.	Aproximadamente 60% de los participantes tienen una buena percepción del apoyo familiar. Se demuestra una asociación positiva entre una percepción buena del apoyo familiar y autogestión para la diabetes (p<0.01)
Are people with diabetes getting the support they need? Deficits between support desired and received from family and friends relates to poorer health ⁸	Delaney R., Zhong L. et al. 2023	200 adultos diagnosticados con diabetes	Encuestas autoaplicadas que incluían:	No se encontraron correlaciones significativas entre las deficiencias en el apoyo y el autocuidado de la diabetes
Perceptions of African American Adults With Type 2 Diabetes on Family Support: Type, Quality, and Recommendations ⁹	Hu et al. 2021	37 adultos afroamericanos con diabetes tipo 2 en Estados Unidos.	Se realizó un estudio cualitativo descriptivo utilizando 2 enfoques: metodología de grupos de discusión y entrevistas individuales basadas en las preferencias de los participantes.	Se identificaron elementos tanto del apoyo positivo como del apoyo negativo por parte de las familias para favorecer o disminuir el autocuidado; enfatizando sobre la importancia de establecer los roles familiares en el cuidado de la persona con diabetes.
Help or Hindrance? How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-Management among Older Adults ¹⁰	Gallant M., Spitze G., Prohaska T. 2007	84 adultos estadounidenses con diabetes tipo 2 repartidos en 13 grupos focales	Se obtuvo información de los grupos focales a través de grabación de audio que posteriormente fue transcrita.	Se identificaron influencias de las redes de apoyo tanto positivas como negativas para el autocuidado, siendo las positivas percibidas como mayores,



				resultando en mejoras del autocuidado.
Type 2 Diabetes Patients' Perspectives, Experiences, and Barriers Toward Diabetes-Related Self-Care: A Qualitative Study From Pakistan ¹¹	Bukhsh A. et al. 2020	37 adultos de pakistaníes con diabetes tipo 2.	Se realizaron entrevistas que se grabaron y posteriormente se analizaron	Entre las formas de ayuda para el autocuidado que puede brindar la familia son: ayuda en la identificación de medicamentos, asistencia durante episodios de hipoglucemia, manejo de la dieta. Sin embargo, también se identificaron barreras principalmente relacionadas con la realización de ejercicio.
Diabetes Distress and Glycemic Control: The Buffering Effect of Autonomy Support From Important Family Members and Friends ¹²	Lee A., Piette J. y Rosland A. 2018	308 adultos con diabetes tipo 2 con uno o más factores de riesgo para presentar complicaciones derivadas de la diabetes	Se aplicaron encuestas de percepción que fueron correlacionadas con niveles de hemoglobina glucosilada	Se encontró una correlación significativa entre la falta de apoyo a la autonomía y el aumento en el distrés (distress) por la diabetes.
Patients' and family members' knowledge, attitudes and perceived family support for SMBG in type 2 diabetes: a fuzzy-set qualitative comparative analysis ¹³	Zhao Q. et al. 2022.	70 pares paciente-familiar, adultos con diabetes tipo 2 en Shangai, China.	Se aplicaron encuestas por investigadores que previamente fueron entrenados de forma unificada.	Los resultados se enfocan en la autoeficacia para el control de la glucosa por parte del paciente; se concluye que el apoyo familiar es necesario para los pacientes con y sin conocimiento de su enfermedad, dado que mejor la autoeficacia en el control de la glucosa. Así mismo, se concluyó que la percepción del paciente es más importante que la



				percepción de los familiares.
A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients ¹⁴	Pamungkas R., Chaamroonsa wasdi K. y Vatanasombo on P. 2017	N/A ⁺	Revisión de 22 artículos que involucran diferentes intervenciones relacionadas con la educación en el automanejo de diabetes.	Se encontraron resultados favorables en la autoeficacia y automanejo relacionados con un buen apoyo familiar
Perceived family support among older persons in diabetes mellitus self-management ¹⁵	Kristianingrum N., Wiarsih W. y Nursasi A: 2017	9 personas adultas mayores con diabetes tipo 2	Los datos fueron recolectados de entrevistas grabadas y posteriormente transcritas. Método de fenomenología descriptiva	Las personas se sentían agradecidas y contentas por recibir el apoyo familiar en diferentes ámbitos: asistencia en actividades diarias, apoyo financiero, guianza, asistencia en la preparación de alimentos, atención, entre otras, lo que impacta directamente en el automanejo de las personas adultas con diabetes.
Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana ¹⁶	Reto J: 2017.	42 adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus 2 y familiares adultos que estén al cuidado continuo del paciente.	Se utilizaron como instrumento 2 encuestas; una para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 (elaborado por Valadez); otro para evaluar el autocuidado del paciente diabético tipo 2 (elaborado por Fernández).	Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en $P < 0.05$
Apoyo familiar y su relación con la práctica del autocuidado en	Canchari E, Allcca E: 2018.	41 adultos mayores con Diabetes Mellitus	Técnica: Entrevista y observación. Instrumentos: cuestionario y guía	Las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes



adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. ¹⁷		tipo 2 y los familiares que brindan su apoyo.	de observación.	mellitus tipo 2 están relacionadas ($p < 0.05$) al apoyo familiar recibido.
El apoyo social y el autocuidado en Diabetes tipo 2. ¹⁸	Azzollini, Susana C.; Bail Pupko, Vera, Vidal, Victoria A: 2012	Se tomó una muestra al azar de 337 pacientes entre 40 y 79 años.	Se utilizaron cuestionarios de datos personales y laborales; escalas de frecuencias sobre prácticas de autoatención y autocuidado.	En cuanto al apoyo familiar, quienes perciben que nunca lo tienen en relación al cuidado de su salud, presentan, respecto al cumplimiento de prácticas de autocuidado, una media (40,10) significativamente ($p < 0.01$) menor que quienes consideran que lo tienen siempre (44,96).
Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. ¹⁹	Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD: 2010.	17 expertos encuestados de 11 países y procedían de cinco diferentes profesiones relacionadas con la salud.	El cuestionario de 25 preguntas recababa información sobre su experiencia en iniciativas de cuidado y autocuidado de pacientes con Enfermedades Crónicas.	Los familiares y los amigos pueden ser una fuente de apoyo fundamental para mejorar el cuidado de estos pacientes. El apoyo de cuidadores informales puede ser de gran ayuda para hacer el seguimiento de los planes de autocuidado.
Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. ²⁰	Pérez M, Rivas V, Martínez A: 2015.	Muestra de 113 adultos mayores con diabetes.	Se utilizó la Escala de Redes de Apoyo Social para los Adultos Mayores (ERASAM) y cuestionarios para identificar las áreas problema de la diabetes (PAID-1 Y PAID-2).	La familia cumple un papel importante en el apoyo instrumental de las personas mayores, el cónyuge y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados

+ No aplica

RECOMENDACIONES.



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

Implementar grupos de ayuda en el primer nivel de atención en donde los familiares de personas con Diabetes tipo 2 pueden perfeccionar los conocimientos de la enfermedad y ejercicio del autocuidado, con el objetivo de obtener las herramientas para ser acompañantes y no solo resolutivos en el transcurso de la enfermedad. De igual manera, hay que reconocer que la percepción de la persona con enfermedad crónica es más importante que la percepción de los familiares en términos de ayuda o apoyo familiar, por lo que se debe tener especial atención a la percepción de la persona con diabetes.

CONCLUSIONES.

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

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



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

El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas es la estrategia para la Construcción de Entornos Saludables.

Para describir el objetivo del Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas, es importante esclarecer el significado de "estrategia" la cual es entendida como un plan a seguir para lograr ciertos objetivos. Esta estrategia (el encuentro de pacientes) pone en práctica el tercer subsistema ("comunidad") y la intención de llevar a cabo esta estrategia del subsistema 3 radica en fortalecer el sentido de pertenencia y por ende la formación de una comunidad entre las personas que viven con enfermedades crónicas (entorno saludable). Más adelante se detallarán los resultados de llevar a cabo esta estrategia en el CST-III Dr. Gerardo Varela Mariscal.

Los Consejos Asesores son la estrategia para el Fortalecimiento de la Acción Comunitaria.

Posterior a la aplicación de la estrategia previamente descrita, el siguiente paso es la formación de Consejos Asesores en donde se dio seguimiento a aquellas propuestas provenientes de los mismos participantes del Encuentro, este paso representa el punto angular mediante el cual, como prestadores del servicio de salud podemos guiar a la comunidad a atender sus propias necesidades. De esta manera se concreta y visualizará el resultado de la implementación del MAICP dentro de la Comunidad de personas con enfermedades crónicas pertenecientes al centro de salud T-III Dr. Gerardo Varela Mariscal.

El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.

Durante el encuentro "ser, hacernos comunidad" se buscó que las personas reconocieran las aspiraciones y obstáculos que comparten al vivir con enfermedades crónicas y de esta forma se reconocieran como parte de una misma comunidad, formando un entorno saludable.

El encuentro realizado el 15 de marzo del 2024 correspondió al 6° llevado a cabo en el centro de salud, sin embargo, para nosotros fue el primero, por lo que era esperado que los pacientes tuvieran ciertas expectativas con el encuentro.

Iniciamos con la invitación aproximadamente un mes antes de la fecha establecida, invitando en cada consulta a las personas con enfermedades crónicas, dándole mayor



énfasis a los pacientes pertenecientes al programa de Atención Integral Centrada en la Persona, mediante invitaciones de ¼ de hoja tamaño carta (anexo 2), sin embargo, nos encontramos con la situación de que ciertos pacientes tenían cita posterior a la fecha en que se realizaría el encuentro, al tener únicamente un mes para extender la invitación, tomamos la iniciativa de invitarlos de manera telefónica, inicialmente obtuvimos respuestas positivas en 12 pacientes y 5 por confirmar. En los siguientes días continuamos el contacto con 5 pacientes por confirmar; únicamente 1 confirmó. En la penúltima semana antes del encuentro pudimos confirmar 2 personas más, dando un total de 15 personas confirmadas.

En lo que respecta a la organización y gestión tanto de espacio como tiempo para realizar el encuentro, contamos con el apoyo de trabajo social, 2 personales de enfermería y la Dra. encargada del módulo de enfermedades crónicas, es importante comentar, que no obtuvimos un acercamiento e interés por esta actividad de parte de coordinación y dirección, esto es derivado del desconocimiento de la coordinadora médica por nuestro programa MAICP ya que era nueva en el centro de salud, a pesar de comentarle el objetivo y las bases de nuestro programa, no contamos con el 100% de su interés, sin embargo, en ningún momento se opuso a permitirnos ocupar el espacio y tiempo designados. También como parte de la organización decidimos preparar para ese día un refrigerio acorde a alimentos adecuados para pacientes con enfermedades crónicas (hiposódico e hipocalórico).

El día 15 de marzo del 2024 a las 8:00 am ya nos encontrábamos en el área designada "la cabaña" del centro de salud, con ayuda de todo nuestro equipo (trabajo social, enfermería y medicina) montamos un cartel de bienvenida e iniciamos con la preparación del refrigerio, a partir de las 8:50 comenzaron a llegar las personas que esperábamos, sin embargo en el transcurso del encuentro se integraron 2 personas más, dando un resultado de 17 asistentes. Como primer momento se expuso a los pacientes cuáles son los avances que se han tenido con este MAICP, posteriormente pasamos al inicio del encuentro, el cual se detalla más adelante, pero llevó la siguiente organización:

- Presentación (coordinador, relator y participantes)
- Encuadre
- Diálogo (ser, hacernos comunidad)
- ¿Qué aprendimos?
- Puntos importantes
- Cierre del encuentro

Llevar a cabo este encuentro fue una experiencia de mucha incertidumbre, pero finalmente de satisfacción cuándo observé los resultados, parte del buen resultado de



este encuentro fue posible mediante la confianza que se tuvo de poder guiar a las personas, es por esto que no debe dejarse de lado los momentos por lo que pasamos este taller; pretarea (guiar); tarea (acompañar); y proyecto (dejar producir al grupo). Estos tres momentos fluctuaron durante todo el encuentro, sin embargo, los participantes del encuentro mostraron una actitud positiva y proactiva que ayudó al correcto camino de la actividad.

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica.

CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan Relator(a): Anthony José Luis Pintado Montiel	Coordinador(a): Aislinn Xiadani Anzures Fabian	Página: 2 de 10
	Grupo: 1	Fecha: 15/03/2024

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
José Manuel Chávez Vono	M	60	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Eloy Nahum Fernández	M	67	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Balbina Rancho	F		CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Gabriela Martínez Moreno	F	25	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
María Victoria García Domínguez	M	55	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
María Luisa Flores González	F	56	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Sergia Rodríguez Málaga	F	53	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Demetria León	F		CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Martha Espíndola Saucedo	F	57	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Hermelinda Camacho Romero	F	89	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Araceli Filiberta Domínguez	F		CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Rosalía Martínez Quiroga	F	71	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Raymundo Fuentes Camacho	M	65	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Edmundo Chávez Martínez	M	59	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Ana Rosa Romero Chávez	F	69	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Arturo Hernández Romero	M	63	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal
Juan Yáñez Ferreira	M	54	CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal

2. Datos del taller:

Objetivo del taller: Lograr un reconocimiento como comunidad entre todos los participantes del taller para que puedan identificar sus aspiraciones y necesidades como personas con enfermedades crónicas.	
Hora de inicio: 09:15 HRS	Hora de finalización: 12:45 HRS

3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	1. Presentación de coordinador(a) y relator(a).



	<p>2. Presentación de cada persona integrante del grupo</p> <p>3. Encuadre:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias</p> <p>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.</p> <p>Volver a la plenaria.</p>
--	---

4. Descripción detallada del taller:

<p><i>Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller</i></p> <p><i>Utilice tantas hojas como sea necesario</i></p>
<p>Primer momento. Diálogo en parejas:</p> <p>¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?</p> <p>Aproximadamente 10 minutos</p> <p>Las parejas formadas platican acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿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? <p><i>Se inicia el evento con una presentación individual de cada participante incluyendo al</i></p>



relator y a la coordinadora (únicamente diciendo el nombre completo), además se les brindó un gafete en con el nombre de pila de cada participante para facilitar la identificación de todos. Para este momento se percibía un ambiente tenso el cual fue disminuyendo conforma la coordinadora explicaba cuál era el objetivo y la dinámica con la que estaríamos trabajando. Asistieron un total de 14 pacientes al inicio del encuentro, por lo que inicialmente se conformaron 7 parejas, la coordinadora dio paso al primer momento del encuentro dando la indicación de formar las parejas con la persona de su derecha y dando aproximadamente 4-5 minutos por cada pregunta para comentarlas con su binomio. Nos encontramos todo tipo de parejas, mujer-mujer, hombre-hombre, mujer-hombre y en una de las parejas peculiarmente encontramos a la mujer más joven del grupo (25 años) con uno de los participantes de mayor edad (67 años) a pesar de la diferencia de edad y contrariamente a lo que nos esperábamos no se notaba un ambiente tenso o incomodo entre ambos y en general para este punto en las 7 parejas fluía la conversación, en una ocasión una pareja requirió el apoyo de la coordinadora ya que no tenían claro una de las preguntas (¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?), la coordinadora explica a todo el grupo más detalladamente lo que se trataba de buscar con esta pregunta. Entre muchos intercambios de ideas de las 7 parejas pude notar una en especial donde el binomio se topa con aspiraciones totalmente diferentes, mientras por un lado la aspiración de una persona era poder vivir más de 90 años porque considera la vida y los años un regalo de Dios, la otra persona aspiraba a tener un mejor rendimiento en su trabajo para adquirir un coche que siempre ha querido y gastar dinero en conocer lugares a los que nunca ha viajado, ambas personas de su propia cuenta sacaron la conclusión de que las aspiraciones de cada persona son diferentes pero que todas son totalmente validas.

La coordinara ahora solicita llevar esa conversación del binomio al grupo, en este momento se integraron 3 personas más a la actividad y fue un poco difícil integrarlas al grupo debido a que no entendían con exactitud lo que se estaba trabajando, la coordinadora dio una explicación breve a los nuevos integrantes sin embargo estos nuevos integrantes se mostraron tensos. Se solicita voluntariamente si una persona estaba dispuesta a compartir lo que platicó con su pareja, existió un silencio de 10 segundos en donde nadie quiso compartirlo, pero la coordinadora les recordó que se encontraban en un espacio seguro y de respeto en donde todas las opiniones tenían validez, posterior a este comentario la primera persona abrió al grupo su intercambio de ideas con su pareja y a partir de este momento las personas comenzaron a compartir de manera breve sus experiencias en el intercambio de saberes con las tres preguntas planteadas, entre las opiniones que captaron más la atención de todas las personas encontramos:



- o Una de las más grandes aspiraciones como personas con enfermedades crónicas es poder tener un buen estado de salud para presenciar el desarrollo de vida de los hijos/nietos porque existe el miedo constante de que su enfermedad puede acortar su vida.*
- o Las aspiraciones de cada persona son distintas ya que cada cabeza es un mundo y no debemos tener miedo a expresarlas porque nadie debería criticarlas.*
- o Las necesidades de las personas con enfermedades crónicas están muy relacionadas con un estilo de vida saludable (plan alimenticio y plan de ejercicio).*

La coordinadora retoma estos tres puntos para preguntar si alguien más había escuchado estos enunciados en su platica de parejas y de las 7 parejas formadas 5 de ellas levantaron la mano, se hace la observación por parte de la coordinadora de que si nos volteamos a ver todos los participantes de este taller aparentemente no tendrían nada en común pero que realmente podríamos llegar a conocer que tenemos más en común de lo que parece, con esto abre paso al segundo momento del taller.

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

Se abre paso al segundo momento del taller, en donde la coordinadora explica que con una serie de seis preguntas vamos a identificar todos nuestros aspectos en común con el objetivo de reconocernos como comunidad. El ambiente se notas más relajado, las personas que se integraron al taller al final han disminuido la tensión, es evidente una mayor participación por parte de los integrantes iniciales sin embargo la coordinadora continúa incentivando la participación de todos.

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

Con esta pregunta los participantes iniciaron identificando que comparten cosas básicas como: la mayoría usamos insulina, no estamos en nuestro peso ideal, no comemos saludablemente...la coordinadora puntualiza que, si bien todas estas opiniones son totalmente ciertas, le gustaría que identificaran otros puntos en común relacionados a día a día, para este momento inician de manera voluntaria con los siguientes comentarios que se identifican como los más importantes:



o *La convivencia con sus familiares es muy similar entre todos los participantes, ellos sienten que, si bien los han apoyado en su enfermedad, no entienden en su totalidad lo que significa vivir con una enfermedad crónica.*

u *Otra persona pidiendo la palabra hace la observación de que vive con otra persona (su esposo) que padece de una enfermedad crónica y que aun así no siente que la entienda en su totalidad, "mi esposo por ejemplo que también es diabético muchas veces me ha invitado a comer cosas que elevan mi glucosa y a pesar de que yo trato de cuidarme no siento que el me permita hacerlo todos los días". Tres personas afirmaron con la cabeza demostrando que más de una persona vive la misma situación.*

La coordinadora capta inmediatamente que las relaciones familiares es el punto que más comparten los integrantes del taller hasta este momento por lo que comenta que una vez que se reconoce que tenemos más cosas en común de las que pensamos y vivimos situaciones similares podemos empezar a hablar de las necesidades en común, así se abre paso a la segunda pregunta:

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

Cuando se abre paso a esta pregunta noto que en el ambiente hay más confianza y participación por parte de las personas, inician inmediatamente levantando la mano tres personas y posterior a su participación las demás sin temor continúan dando también sus opiniones...Se puede rescatar de este punto lo siguiente:

o *La necesidad de contar con un espacio para poder desahogar sus preocupaciones y temores que se relacionan con su enfermedad crónica*

▪ *Es importante plasmar que las mismas personas identificaron que si bien un psicólogo es el especialista, muchas de las ocasiones reunirse con otras personas en su misma situación de salud les ha ayudado a sentir apoyo.*

o *La necesidad de contar con un espacio para poder desahogar sus preocupaciones y temores que se relacionan con su enfermedad crónica*

▪ *Es importante plasmar que las mismas personas identificaron que si bien un psicólogo es el especialista, muchas de las ocasiones reunirse con otras personas en su misma situación de salud les ha ayudado a sentir apoyo.*

o *La necesidad de tener una mejor comunicación con mi médico que atiende mis enfermedades crónicas, que me explique mi enfermedad, que comprenda que a veces mi situación diaria me impide cuidar mi dieta, tomar mis medicamentos etc. Se escuchan comentarios como "necesito que sean más empáticos conmigo", "que me pregunten mi experiencia viviendo con mi enfermedad", "a veces quisiera más alternativas que me ayuden a cumplir*



mis objetivos respecto al control de mi enfermedad”.

- *Es indispensable comentar que la mayoría de las personas no son inscritas al programa de AICP. La coordinadora aprovecha este momento para hablarles del programa y que los pacientes inscritos les cuenten la experiencia.*
- o *La necesidad de que en el centro de salud existan los medicamentos necesarios para su tratamiento ya que se ha visto en la necesidad de comprarlos por fuera.*
- o *La necesidad de tener un espacio para realizar actividad física ya que sienten que hacerlo en grupo los animaría más a llevarlo a cabo.*

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

*Cuando se pasa al tema de las aspiraciones el ambiente continúa siendo muy dinámico, unas personas más participativas que otras, pero en algún momento todas han dado su opinión y contado experiencias. Se plasmaron básicamente las mismas aspiraciones que se habían comentado en grupo, sin embargo, surgió una en especial: **“aspiro a tener una mejor comunicación con mi médico ya que muchas veces no le cuento situaciones que me impiden continuar con mi correcto tratamiento de mis enfermedades”**. Pero entre otras podemos puntualizar:*

- o *Llevar un control de mi enfermedad para poder vivir muchos años y ver crecer a mis familiares más pequeños.*
- o *La necesidad de tener una mejor comunicación con mi médico que atiende mis enfermedades crónicas, que me explique mi enfermedad, que comprenda que a veces mi situación diaria me impide cuidar mi dieta, tomar mis medicamentos etc. Se escuchan comentarios como “necesito que sean más empáticos conmigo”, “que me pregunten mi experiencia viviendo con mi enfermedad”, “a veces quisiera más alternativas que me ayuden a cumplir mis objetivos respecto al control de mi enfermedad”.*
 - *Es indispensable comentar que la mayoría de las personas no son inscritas al programa de AICP. La coordinadora aprovecha este momento para hablarles del programa y que los pacientes inscritos les cuenten la experiencia.*
- o *La necesidad de que en el centro de salud existan los medicamentos necesarios para su tratamiento ya que se ha visto en la necesidad de comprarlos por fuera.*
- o *La necesidad de tener un espacio para realizar actividad física ya que sienten que hacerlo en grupo los animaría más a llevarlo a cabo.*



2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

- o *La necesidad de que en el centro de salud existan los medicamentos necesarios para su tratamiento ya que se ha visto en la necesidad de comprarlos por fuera.*
- o *La necesidad de tener un espacio para realizar actividad física ya que sienten que hacerlo en grupo los animaría más a llevarlo a cabo.*

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

*Cuando se pasa al tema de las aspiraciones el ambiente continúa siendo muy dinámico, unas personas más participativas que otras, pero en algún momento todas han dado su opinión y contado experiencias. Se plasmaron básicamente las mismas aspiraciones que se habían comentado en grupo, sin embargo, surgió una en especial: **"aspiro a tener una mejor comunicación con mi medico ya que muchas veces no le cuento situaciones que me impiden continuar con mi correcto tratamiento de mis enfermedades"**. Pero entre otras podemos puntualizar:*

- o *Llevar un control de mi enfermedad para poder vivir muchos años y ver crecer a mis familiares más pequeños.*
- 1. *Poder tener mejor rendimiento laboral para cubrir mis necesidades y algunos lujos que pueda darme.*
- o *Envejecer como si no tuviera una enfermedad crónica*

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

Para este momento la coordinadora hace un resumen de los puntos más importantes que hasta ahora ha identificado y cuando hace la pregunta, las personas contestaron con mucha seguridad que, a pesar de ser un grupo pequeño, si cada vez se invita a más personas a este tipo de talleres pueden obtener la fuerza para organizarse y hacer pequeños cambios en su vida que tendrán grandes beneficios en su enfermedad. Se les nota muy entusiastas en el sentido de pertenencia.

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

La coordinadora les pregunta si existe alguna meta para poder satisfacer sus necesidades y una de ellas menciona:



o *Un manual de actividad física dando el ejemplo del recetario que se les había entregado anteriormente ya que ella no sabe qué tipo de ejercicios hacer.*

La coordinadora esclarece que este es un excelente ejemplo y les hace la observación de que en su recetario entregado al inicio del encuentro podrán encontrar nombres de pacientes que contribuyeron a la elaboración de dicho material, les hace ver que este tipo de creaciones de material de apoyo son el resultado de la unión y del reconocimiento como comunidad de los pacientes con enfermedades crónicas.

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

Para este momento la coordinadora menciona que es un buen ejemplo y pide la participación del resto del grupo en el que les menciona quien está dispuesto a colaborar en esto y la mayoría de los pacientes levanta la mano al principio un poco temerosos, pero cuando ven que son mayoría levanta la mano lo hacen de manera más segura. fueron un total de 10 de 17 pacientes que levantaron la mano y el resto mencionó que no tienen mucho tiempo, pero si les gustaría contribuir. Hay 3 personas que no han dado alguna opinión o han hablado durante el encuentro. personas que tuvieron poca participación mencionan que si les gustaría participar en comunidad pero que no tienen mucho tiempo pero que si les gustaría verse cada cierto tiempo para elaborar un material de apoyo.

Se toman los datos de los pacientes nombre y teléfono y se les dice que si estarían dispuestos a organizarse en meses posteriores para alcanzar su meta de tener el conocimiento de la actividad física adecuada para ellos y la mayoría está de acuerdo en anotarse.

Cierre del Taller:

¿Qué aprendimos hoy?

1. La mayoría de las personas quiere tener una buena relación con su enfermedad para vivir más y ver a generaciones futuras crecer.
2. Las personas quieren tener las herramientas para poder apoyar a familiares cercanos como esposo y esposa que viven también con una enfermedad crónica.
3. La necesidad de un espacio para realizar actividad física y también tener el conocimiento de cuál es el tipo de ejercicio adecuado para los pacientes que viven con enfermedades crónicas.
4. El tener un grupo de personas que te entiendan y que también vivan experiencias similares día con día y que puedan compartirlas para desahogarse, ya que muchas



veces no se tiene la confianza en la familia que la rodea.

5. El dar una consulta de calidad y que si dispongan de los medicamentos en el centro de salud. ya que muchos pacientes les gustaría un poco de información sobre el tratamiento farmacológico y sus efectos adversos como también tener la confianza de decirle a sus médicos de las situaciones a las que se enfrentan día con día.

Hacia la constitución de consejos asesores.

En el 6° encuentro de pacientes, recopilamos las propuestas expuestas por los propios pacientes cuando identificaron sus necesidades como comunidad, esto se convirtió en el ancla para poder integrar el Consejo de Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas, lo cual permitirá a los pacientes crear un entorno saludable. Es importante recordar que, durante el encuentro, se planteó a los pacientes la idea de continuar realizando un proyecto acorde a las necesidades surgidas en la sesión, encontramos una respuesta positiva en 12 de 17 pacientes.

Para iniciar la constitución de consejos asesores se recopilaron los números de teléfono y se inició la búsqueda vía telefónica para invitarlos a la primera sesión para el proyecto, nos confirmaron 6 personas y establecimos como fecha el 20 de Junio a las 9:00 am, llegado el día y la hora no se contó con la asistencia de ninguna persona, en un primer momento consideramos que podría deberse al mal clima por el que pasaba la comunidad de Santo Tomas Ajusco ese día, esta situación sin duda hizo aparecer desánimo e incertidumbre sobre el camino que llevaría nuestro proyecto. Afortunadamente se ofreció la oportunidad de realizar la primera reunión el mismo día de la reunión del grupo de ayuda mutua, por lo que se establece la reunión el 26 de junio a las 10:00 am. El día de la reunión se expuso a las personas la experiencia en el 6° encuentro (incluidos quienes participan en el programa), las necesidades surgidas del mismo y el proyecto que buscábamos realizar para concretar el MAICP a nuestro centro de salud, de igual manera, se explica el compromiso que debe existir por parte de los participantes y la frecuencia de las reuniones (cada 15 días); el resultado fue de 4 personas interesadas.

A continuación, se presenta la primera relatoría del consejo de asesores en donde se adentra al contexto del 6° encuentro y la formación de un proyecto.



Primera sesión del consejo de asesores.

Participantes:

NOMBRE	CONTACTO
Ana Rosa Romero Chávez	55 4343-2448
Arturo Hernández Mendoza	55 4343-2448
Araceli Mireles Hernández	55 4576-0624
Teresa Martínez Guevara	55 2995-3833

Encuadre:

La coordinadora inicia presentándose y presentando al relator, les pide a las 4 personas que digan su nombre para poder dirigirse entre todos por sus nombres. Posteriormente la coordinadora les cuenta a los pacientes sobre los aprendizajes obtenidos en el sexto encuentro de pacientes y la importancia de reconocernos como comunidad. Realizamos con ellos una serie de preguntas para adentrarnos al tema de "ser, hacernos comunidad".

Diálogo.

1. Coordinadora: ¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

Arturo Hernández: *Yo viví al lado de mi esposa que era diabética desde hace más de 20 años y la veía muy preocupada por su alimentación y aferrada a sus horarios de medicamentos y siempre decía dentro de mí "pero si se ve bien, no se ve cómo otras personas diabéticas", hasta que hace 2 años que dejé de trabajar empecé con dolores de cabeza y fui al doctor, me hicieron unos estudios y ahí me detectaron Diabetes e Hipertensión, ahora que yo también soy diabético sé que mi esposa no es aferrada a su medicamento o a su comida, sino que realmente es ser consciente de que somos personas con una enfermedad que nos pone en riesgo de tener cosas más graves.*

Araceli Mireles: *Yo veo mucha diferencia entre mi sobrino y yo porque yo siempre me cuido, tomo medicamento y voy a mis consultas, pero a mi sobrino lo veo comer lo que sea, dice que el medicamento solo lo pone peor y a pesar de que le trato de explicar no*



quiere ir al médico...si tenemos en común que somos diabéticos, pero no veo que tengamos las mismas aspiraciones.

*Coordinadora *interviene para redirigir el tema*: creo que todos hemos reconocido que cada persona vive su enfermedad crónica a su manera, pero, aunque todos lo lleven a su manera personal, ¿aun así tenemos en común algunas aspiraciones?*

Arturo: *Yo me imagino que todos aspiramos a seguir vivos, no creo que alguna persona quiera morir y por eso no se cuide.*

Teresa: *O podría ser que la gente no sabe de su enfermedad o no la entiende y por eso no se cuidan, pero al final supongo que todos queremos seguir viviendo o vivir lo más que se pueda.*

Coordinadora: *¿Qué aspiraciones tienen ustedes? tal vez encontremos que tenemos algunas en común, ¿alguien quiere compartir unas?*

Teresa: *Pues yo quisiera seguir trabajando porque siempre he tenido trabajos informales, nunca he tenido seguro o que vaya a tener una pensión más adelante, vivo al día y si no me cuido ya no voy a trabajar.*

Arturo: *Yo por ejemplo ya no trabajo entonces yo más que nada lo que quisiera es estar sano para seguir viviendo con mi esposa porque ahora que ya los dos estamos descansando porque somos mayores pues pasamos tiempo juntos, con nuestros hijos y nuestros nietos.*

Ana Rosa: *Igual yo, quisiera estar sana para seguir viendo a mis nietos y mis hijos porque son lo que más quiero junto con mi esposo.*

Araceli: *Mi aspiración es seguir siendo una persona que trabaje para cuidar a mi familia que me necesita, pero ahora que estamos aquí los cuatro hablando pues siento que todos aspiramos a seguir vivos.*

Después de escuchar las aportaciones de las cuatro personas, la coordinadora pone en tema de conversación la siguiente pregunta.

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

Arturo: *Sí, yo creo que todo se puede hacer si ponemos nuestro granito de arena, como decía la señora Teresa a veces no sabemos ni lo que tenemos pues así no vamos a saber cómo cuidarnos para alcanzar nuestras metas.*



Ana Rosa: *Pues si podemos, pero tenemos que hablar porque si nos quedamos callados con lo que queremos hacer o lo que queremos lograr pues no vamos a hacer nada para alcanzar nuestro objetivo que es seguir viviendo. Teresa: Sí se podría, pero la verdad a veces podemos estar en desacuerdo porque un grupo no siempre va a estar de acuerdo en todo.*

La coordinadora les explica a las personas que en el encuentro que se vivió anteriormente se hicieron también estas preguntas y tal y como lo presenciamos ahorita, nos vamos percatando que tenemos más cosas en común de lo que creemos entonces también podríamos identificar si tenemos necesidades en común relacionadas con la enfermedad que vivimos.

3. Coordinadora: ¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?

Araceli: *una necesidad mía por ejemplo es que haya más medicamento porque comprarlo por fuera es muy caro y aquí, aunque la atención sea gratis al final uno gasta en el medicamento. Teresa: Yo siento que lo que más necesito es que alguien me explique lo que tengo porque yo la verdad hasta el día de hoy he llegado a pensar que no tengo diabetes porque solo de un momento a otro me dijeron "usted es diabética" pero a mí nadie me hizo un estudio o cosas así, entonces yo me imagino que debe haber más personas como yo, que no saben ni lo que les está pasando.*

Arturo: *Si a mi igual me gustaría que me explicaran cosas de mi enfermedad porque a veces hasta me da pena preguntar porque me he topado con doctores que solo te regañan o piensan que los contradices. Ana Rosa: Yo a pesar de llevar más de 20 años siendo diabética sigo teniendo dudas y eso que ya llevo mucho tiempo, nos dan información y papeles de nuestra enfermedad, pero a veces no entiendo bien lo que explican.*

Se continúa la conversación con las personas explicando que a raíz de todas estas necesidades y aspiraciones que tenemos en común podemos reconocer que todos somos parte de una comunidad y que si nos organizamos podemos lograr cosas que nos beneficien no solo a nuestro grupo sino a la demás gente porque somos portadores de los aprendizajes que logremos. Es por esto nace la idea de realizar un proyecto, para poder concretar que somos una verdadera comunidad que es capaz de diseñar un trabajo que nos represente y nos beneficie a las necesidades y aspiraciones. Tenemos dos principales vertientes sobre nuestro proyecto ya sea de comprender nuestra enfermedad que sería de "aprendizaje" o algo más encaminado a prevenir estas



enfermedades en nuestros entornos que sería de "prevención".

Teresa: *a mí me gustaría que fuera de aprendizaje porque es justo lo que hablábamos de que no aceptamos la enfermedad porque no sabemos ni qué es.*

Araceli: *si a mí me gustaría que se pudiera hacer algo que contenga información para que otras personas que padezcan lo mismo lo puedan conocer con nuestras propias palabras.*

Arturo: *sí yo creo que ese es nuestro punto más débil por así decirlo, que no sabemos lo que tenemos, entonces si no sabemos lo que tenemos no podemos entenderlo, ni cuidarnos ni nada.*

Ana Rosa: *igual yo creo que lo mejor es un proyecto como decían de comprender nuestra enfermedad, pero me gustaría que incluyera algo así como nuestra experiencia de vivir con la enfermedad.*

Se explica a los pacientes que sería más factible si nos enfocamos al entendimiento de una sola enfermedad y posteriormente si se presta la oportunidad hacerlo de otras enfermedades, las mismas personas empezaron a preguntar entre ellas qué enfermedades padecían y se percataron que todos tenían diferentes, pero en común tenían diabetes mellitus tipo 2.

CIERRE.

Se habla con los pacientes que estas reuniones se celebrarán cada 15 días y que en la próxima sesión nos adentraremos más a explicarles a detalle el proyecto, así como el camino en el que tomaremos dirección. Se llega al acuerdo de celebrar la reunión en la semana del 8 al 11 de Julio del 2024. Se acuerda con los pacientes realizar un grupo por WhatsApp para mantenernos comunicados.



Segunda sesión del consejo de asesores.

Personas que acudieron:

NOMBRE	CONTACTO
Ana Rosa Romero Chávez	55 4343-2448
Arturo Hernández Mendoza	55 4343-2448
Teresa Martínez Guevara	55 2995-3833

Personas que no acudieron:

NOMBRE	CONTACTO
Araceli Mireles Hernández	55 4576-0624

Encuadre.

Se inicia la sesión retomando las conclusiones en la última sesión en donde se determinó trabajar con un proyecto de aprendizaje sobre Diabetes Mellitus tipo 2, se toma un espacio para hablarles a las personas sobre la finalidad de este proyecto, el cual no es exclusivo para beneficio del grupo sino para tomar ese aprendizaje y ser portavoces a todas las demás personas, de esta manera poco a poco nuestra comunidad irá creciendo y podremos realizar mayores actividades a futuro que favorezcan a la resolución de las necesidades que han surgido como personas portadoras de enfermedades crónicas. También se explica que como mínimo deberían hacerse 8 sesiones, sin embargo, si ellos así lo consideran podrían hacerse incluso más, para tener resultados de nuestro proyecto a finales de septiembre y principios de octubre.

Continuamos recordando a los pacientes que este proyecto es enteramente suyo y que la manera en que quisieran trabajar, moldearlo a su manera, etc., todas las propuestas eran bienvenidas. Una persona (Arturo Hernández Mendoza) inicia diciendo que le gustaría que se incluyera una parte de experiencias, que contarán como ha sido su enfermedad y a partir de ahí ubicar los aspectos que más se repiten para trabajar.

Nos colocamos en una mesa redonda (Anexo 3), de manera que todos pudimos vernos a la cara, se grabó por voz la sesión, a continuación, se enlistan las aportaciones más importantes de cada participante:



Coordinadora: ¿cómo ha sido la experiencia de vivir con Diabetes Mellitus tipo 2?

Arturo Hernández Mendoza:

- *"yo quiero compartir que aún no me cae el 20 pero no me agarra por sorpresa tener diabetes porque yo tengo a mi papá de 93 años y mi abuelo tenían diabetes, pero les dio ya grande a los 60 años, cuándo cumplí esa edad pensé que ya me había salvado..."*
- *"...me enteré de que tenía diabetes porque me dolía la cabeza, jamás me había checado la presión ni la glucosa y cuándo fui a consulta me revisaron y salieron alterados la presión y el azúcar, por eso me mandaron a iniciar mi tratamiento..."*
- *"...lo que me da miedo de la diabetes es que yo vi como mi abuelo y mi papá se pusieron muy flaquitos e incluso siento que hasta se hicieron más bajitos..."*
- *"...ahora que la tengo, bueno he aprendido a tomar medicamentos, porque yo anterior a esto jamás había tomado medicamento de manera seguida, pero ahora lo hago porque sé que se me podría elevar mi azúcar, ahora también con la comida y fue muy difícil para mí porque a mí me gusta mucho comer y comía de todo pero mi problema fue que era en exceso aparte de fumar y tomar refrescos porque yo me sentía bien y le entraba a toda la comida, eso me ha ayudado a que bajé de 90 a 80 kilos y me voy sintiendo y me da gusto porque si quiero tener más años de vida tengo que cuidarme..."*
- *"...lo que más quiero es tener una buena vejez"*
- *"...yo pensé que no me podía dar diabetes y ya después me enteré de que por tener padres diabéticos ya estaba con riesgo de tenerlo..."*
- *"...nos puede servir para saber cuándo nos puede dar porque los doctores nos dicen que somos diabéticos, pero no sabemos ni con qué valores nos dicen que ya tenemos la enfermedad..."*

Teresa Martínez Guevara:

- *"...empezar a hablar con la realidad para que uno mismo y los demás conozcan como es..."*
- *"...a diferencia del señor Arturo a mí me lo diagnosticaron muy chica tenía como 30 años..."*
- *"...quisiera que fuera una guía para que se explique lo que es la enfermedad de una manera que se entienda a nuestro nivel porque por ejemplo yo no he encontrado quién me explique como yo entienda..."*



- *"...hasta ahora no me han podido explicar tal vez porque no saben cómo hacerlo a mi nivel..."*
- *"...se supone que se diagnostica todo esto por estudios y a mí no me hicieron como tal unos estudios, entonces es importante que las personas sepan cómo debe ser el proceso de que te diagnostiquen..."*
- *"...se siente como si te echaran una cubeta de agua fría porque no te lo esperas yo no me lo esperé sobre todo porque estaba bien chica..."*
- *"...que significa que tenga que comer bien porque nos dicen come bien pero solo pensamos en dejar de comer pan y tortillas, eso también deberíamos ponerlo en la guía..."*
- *"...que es lo que provoca que tengamos estas enfermedades porque es por herencia, pero qué otras cosas hacen que nos de Diabetes..."*
- *"...Sólo nos dicen tómese esto, pero es importante también saber qué es y para que me lo estoy tomando, hasta el día de hoy no me lo han explicado y no quiero creer que es mágica la pastilla, sino que tiene un por qué..."*
- *"...no es quitar mérito a los doctores, pero debemos entender las cosas como son porque no nos explican para que entendamos..."*
- *"...la insulina por ejemplo yo no uso, pero si llega el momento de usar insulina, es importante saber en qué momento se usa..."*
- *"...también no sé qué tanto intervenga la mente porque por ejemplo a mí me dicen que mi vida y mi estrés hace que se altere mi glucosa..."*
- *"...ya me presento como Diabética antes de decir mi nombre y eso también tiene que ver con lo que uno vive al ser diabética..."*
- *"...hay que explicarlo con dibujitos y manzanas para que se entienda..."*
- *"...que la gente sepa a dónde acudir cuándo les dicen que ya es diabética o diabético..."*

Ana Rosa Romero Chávez:

- *"...una de las cosas que a mí me gustaría poner es saber cuándo se usa la insulina y por qué se necesita porque yo veo a muchas personas que no quieren la insulina y es porque nadie les explica la razón de necesitarla..."*
- *"...yo apenas empecé a usar la insulina y me hace sentir que estoy muy grave..."*
- *"...yo no sé qué cifras debemos tener para que nos metan insulina o para que nos digan que estamos mal o bien..."*
- *"...no queremos que los demás lleguen en cero como nosotros lo hicimos..."*
- *"...a mí siempre me dijeron que era prediabética y yo no sabía que eso existía o que era antes de ser diabética entonces también se trata de conocer lo que significa diabetes y prediabetes..."*



- *"...yo nunca me he descompensado, pero deberíamos conocer cómo nos vamos a sentir si nos descompensamos..."*
- *"...es importante conocer algunos estudios para la diabetes por ejemplo a mí una vez me hicieron tomar un líquido muy dulce para hacerme un estudio y no se ni que es..."*

Retroalimentación.

De esta primera sesión podemos rescatar los principales puntos que a las personas desde su experiencia personal les gustaría aprender y una de las cosas más enriquecedoras que pudimos captar fue la iniciativa de los pacientes para compartir con los demás lo que ellos no sabían. A pesar de ser un grupo pequeño tenemos una excelente actitud por parte de los 4 participantes, aunque uno de ellos no pudo asistir a la sesión, se le hicieron llegar por un grupo de WhatsApp las aportaciones y los avances que tuvimos.

A continuación, enlistamos los principales temas que a los pacientes les gustaría tocar en las siguientes sesiones para iniciar a trabajar en su proyecto:

- **¿Qué significa vivir con Diabetes Mellitus?**
"...ya me presento como Diabética antes de decir mi nombre y eso también tiene que ver con lo que uno vive al ser diabética..." -Teresa M.
"...no queremos que los demás lleguen en cero como nosotros lo hicimos..." -Ana Rosa.
"...empezar a hablar con la realidad para que uno mismo y los demás conozcan como es..." -Teresa M.
- **¿Por qué nos da Diabetes?**
"...qué es lo que provoca que tengamos estas enfermedades porque es por herencia, pero qué otras cosas hacen que nos de Diabetes..." -Teresa M.
..." yo pensé que no me podía dar diabetes y ya después me enteré de que por tener padres diabéticos ya estaba con riesgo de tenerlo..." -Arturo H.
- **¿Qué miedos tenemos al ser diabéticos?**
..." lo que me da miedo de la diabetes es que yo vi como mi abuelo y mi papá se pusieron muy flaquitos e incluso siento que hasta se hicieron más bajitos..." -Arturo H.
- **¿Cuáles son los pasos a seguir para que me diagnostiquen Diabetes Mellitus?**
"...se supone que se diagnostica todo esto por estudios y a mí no me hicieron como tal unos estudios, entonces es importante que las personas sepan cómo debe ser el proceso de que te diagnostiquen..." -Teresa M.



- **¿Cuáles son los valores de los estudios para que nos digan que somos Diabéticos?**

"...nos puede servir para saber cuándo nos puede dar porque los doctores nos dicen que somos diabéticos, pero no sabemos ni con qué valores nos dicen que ya tenemos la enfermedad..." -Arturo H.

- **¿Cuáles son los estudios que nos hacen cuándo somos diabéticos?**

"...es importante conocer algunos estudios para la diabetes por ejemplo a mí una vez me hicieron tomar un líquido muy dulce para hacerme un estudio y no se ni que es..." -Ana Rosa R.

- **¿Qué hacen los medicamentos para la Diabetes en nuestro cuerpo?**

"...Sólo nos dicen tómese esto, pero es importante también saber qué es y para que me lo estoy tomando, hasta el día de hoy no me lo han explicado y no quiero creer que es mágica la pastilla, sino que tiene un por qué..." -Teresa M.

- **¿Cuál es el momento en el que se manda la insulina?**

"...yo apenas empecé a usar la insulina y me hace sentir que estoy muy grave..." -Ana Rosa R.

- **¿Cómo podemos saber que estamos descompensados?**

"...yo nunca me he descompensado, pero deberíamos conocer cómo nos vamos a sentir si nos descompensamos..." -Ana Rosa R.

- **¿Qué es cuidarnos al ser diabéticos?**

"...que significa que tenga que comer bien porque nos dicen come bien pero solo pensamos en dejar de comer pan y tortillas, eso también deberíamos ponerlo en la guía..." -Teresa M.

- **¿Qué síntomas podemos sentir?**

"...me enteré de que tenía diabetes porque me dolía la cabeza, jamás me había checado la presión ni la glucosa y cuándo fui a consulta me revisaron y salieron alterados la presión y el azúcar, por eso me mandaron a iniciar mi tratamiento..." - Arturo H.

Cierre:

Para cerrar la sesión las personas propusieron que era lo que querían trabajar en la siguiente sesión, a continuación, se puntualizan las 2 más concretas:

- ¿Cómo lo vamos a preguntar para que toda la comunidad lo entienda?
- Queremos traer en una hoja sobre la manera en la que vamos a resolver las dudas, mediante qué dinámicas para que sea atractivo a los demás.

Al terminar la sesión las personas propusieron que la **siguiente sesión sea el 31 de Julio a las 11:30 am** ya que ese día tendrían el grupo de ayuda mutua y les gustaría que fuera



el mismo día para evitar pedir dos veces permiso en sus trabajos a las personas que trabajan.

Pendientes para atender en el consejo de asesores:

- Es importante repasar con las personas antes de iniciar las sesiones, las reglas del grupo. Existe un participante (Arturo Hernández Mendoza) quién suele mostrar gran liderazgo, sin embargo, en varias ocasiones suele interrumpir las participaciones de las demás personas.
- Incentivar a los pacientes a que tracen el camino del proyecto, en algunas ocasiones da la sensación de que esperan que nosotros les digamos qué hacer.
- Practicar retomar el camino correcto de la conversación durante las sesiones, algunas personas suelen desviarse del tema.
- Al final de las sesiones retroalimentar a las personas con los puntos importantes que rescatamos para que identifiquen el progreso en cada sesión, así como preguntar cuál es el siguiente paso que ellos quieren dar para la siguiente sesión.
- Iniciar dinámicas que permitan a las personas plasmar las respuestas a sus principales dudas en la guía, de una manera adecuada a la población que está dirigida.

Tercera sesión del consejo de asesores.

Personas que acudieron:

NOMBRE	CONTACTO
Ana Rosa Romero Chávez	55 4343-2448
Arturo Hernández Mendoza	55 4343-2448
Teresa Martínez Guevara	55 2995-3833
Araceli Mireles Hernández	55 4576-0624
Arcela Morales	55 1569 4560
Francisco Hernández	55 2783 7372

Antes de iniciar la sesión, dos nuevas personas con enfermedades crónicas se acercan al grupo consejo de asesores y preguntan directamente si es un grupo distinto al "grupo de ayuda mutua" e invitados por los integrantes del consejo solicitan quedarse para



participar en el proyecto, cuando llegamos (coordinador/relatora) nos cuentan las personas sobre estas dos nuevas personas e iniciamos las 10:45 am con la sesión.

Coordinador: *bueno el día de hoy podemos notar que tenemos dos personas más que quieren integrarse al grupo de consejos asesores, antes de empezar con la sesión me gustaría que todos nos volviéramos a presentar para integrarnos.*

Todas las personas se presentan por su nombre de pila, el coordinador se presenta y presenta a la relatora.

Encuadre:

Relatora: *también es importante que recordemos las reglas del grupo; en este espacio no hay opiniones buenas ni malas; para poder hablar es necesario pedir la palabra así evitaremos interrupciones en cada una de las aportaciones; recuerden que este no es un grupo de ayuda mutua por lo que este no es un espacio para aconsejarnos.*

Coordinador: *bueno como tenemos dos personas nuevas en el grupo, me gustaría recapitular como se formó este proyecto. En esta unidad tenemos un modelo de atención llamado "modelo de atención integral centrado en la persona con enfermedades crónicas" impulsado por la universidad autónoma metropolitana, a partir de este modelo se hacen encuentros de pacientes, el último que se celebró fue en este año, en donde trabajamos sobre identificarnos como comunidad, fuimos capaces de identificar que tenemos en común aspiraciones y necesidades, al poder identificar estas aspiraciones y necesidades, podemos trabajarlas como un equipo, como comunidad, para beneficio propio y beneficio común, por lo que nace la necesidad de crear un proyecto en donde trabajamos específicamente una necesidad en este grupo; conocer mi enfermedad para poder aceptarla. Este grupo es un "consejo de asesores" y trabajamos sobre este proyecto para crear físicamente un cuadernillo sobre una enfermedad crónica que tenemos en común; la diabetes mellitus 2, solo tenemos una persona que no padece esta enfermedad, sin embargo, eso no significa que esa persona no encaje con nosotros, ya que vive con una persona que padece la enfermedad y también surge la necesidad de entender el padecimiento para poder ayudar a las personas que viven con nosotros y que si padecen esta enfermedad. A partir de la sesión pasada, pudimos identificar seis principales temas que son más que nada, las principales dudas que surgieron a partir de compartir entre todos nuestra experiencia con la enfermedad, les repartiremos una hoja con estos subtemas para poder tenerlas de manera más tangible y en esta sesión vamos a trabajar con la estrategia de abordar nuestro proyecto.*



La relatora reparte a cada persona una hoja con la información de la sesión pasada también solicita que si alguien identifica alguna duda que no se haya marcado en la hoja o que haya surgido de ellos en los últimos 15 días.

Araceli Mireles: por lo pronto yo no identifico alguna otra duda que me gustaría abordar en nuestro proyecto pero siento que es buena idea que empecemos por hablar de cada una de estas dudas porque tenemos dos integrantes nuevos y a parte me imagino que este tiempo yo no soy la única que ha investigado o preguntado un poco más sobre las dudas que surgieron en la sesión pasada acerca de nuestra enfermedad entonces si hablamos de cada una de estas dudas vamos a poder darnos cuenta de lo que sabemos.

El coordinador pregunta a los demás integrantes que opinan sobre esta propuesta para iniciar, todos los participantes concuerdan con iniciar de esta manera. Por lo que el coordinador les solicita acercarnos alrededor de la mesa que se encuentra en "la cabaña" para poder vernos bien de frente todos. El coordinador y relatora acercan 3 sillas más y todos tomamos asiento para poder quedar en círculo. El coordinador les propone que el inicia leyendo el primer subtema y cada uno hable de sus experiencias relacionado a esto, posteriormente si alguien más quiere continuar dirigiendo con las siguientes dudas pueden hacerlo.

Dialogo:

1. ¿Por qué nos da diabetes?

Coordinador: *me gustaría sugerirles que para abordar este punto podemos platicar de las razones por las cuales a ustedes les dio diabetes o por qué les dijeron que les dio.*

Arturo: *pues a mí me gustaría compartirles que realmente no sé por qué me dio diabetes, si comía lo que quería, toaba refresco, pan y todo eso, cuando empecé a sentirme mal fue por mis triglicéridos porque llegué a tener hasta mil de triglicéridos, a partir de ahí por los estudios que me hicieron me empezaron a detectar que el azúcar se me subía y de ahí una vez se me subió a más de 200 y ya me diagnosticaron diabetes.*

Ana Rosa: *yo igual creo que me dio diabetes porque nunca cuidé lo que comía, pero cuando me diagnosticaron el doctor me comentó que también tenía que ver que toda mi familia tuvo o tiene diabetes sobre todo mis padres.*

Araceli: *pues a mí me dio primero hipertensión y después diabetes y recuerdo que la Dra. me dijo que por la hipertensión me dio diabetes, o sea que la hipertensión fue un factor para que me diera diabetes pero que mi alimentación tuvo mucho que ver, así como mi peso.*



Teresa: a mí nunca me quedó claro porque me dio, ya conforme pasaron los años escuchaba lo mismo que han comentado, que se da por no comer bien, pero a también mi mamá me dijo que a veces da diabetes cuando te pasa algo muy feo como un susto y a mí me asaltaron como un mes antes de que me diagnosticaran y no sé si eso sea cierto verdad porque no soy doctora, pero igual eso he escuchado.

Coordinador: ok quiero recordarles que en este espacio todas las participaciones son válidas y este tipo de dudas es igual de válidas, ustedes no son los únicos que les han dicho eso e incluso que conocen a alguien que le dio diabetes después de un susto o una situación fuerte pero justamente para eso estamos aquí, para poner sobre la mesa estas dudas que hemos tenido, investigarlas y regresar con información y compartirla con todos.

Arcela: yo igual he escuchado que la diabetes se da por eso así me dijo una amiga que a ella le dio, a mí me dio muy diferente, hace 5 años yo tuve piedras en la vesícula y estuve internada un tiempo porque lo que me explicaron los doctores en el hospital fue que una de las piedras que tenía en mi vesícula se pasó a mi páncreas entonces mi páncreas se enfermó y empezó a fallar, me quitaron la vesícula, me hicieron un procedimiento que se llama CPRE pero mi páncreas ya no mejoró y a partir de ahí me detectaron que era diabética, pero a mí nunca me dijeron que tenía que cuidarme de mi alimentación para que no me diera, incluso yo salí del hospital ya con insulina porque me dijeron que mi páncreas ya no estaba funcionando en un 100%.

Coordinador: esta experiencia que nos contó la señora Arcela es un excelente ejemplo de los beneficios de estos proyectos, cuantos de nosotros habíamos escuchado una historia como la de Arcela, entonces si se dan cuenta hay mucho que no conocemos todavía. Me gustaría escuchar al señor Francisco porque no lo hemos escuchado, yo sé que usted no es diabético, pero comparta con nosotros como fue que le dio diabetes a su mamá.

Francisco: pues si yo no soy diabético, pero cuando se lo diagnosticaron a mi mamá ella ya tenía más de 70 años ahora tiene 82 y en esa ocasión el doctor que la diagnosticó nos dijo que por su edad le había dado.

Relatora: muy bien, pues miren después de compartir lo que sabemos sobre por qué nos da diabetes, les quiero compartir los puntos más relevantes, ustedes mismos identificaron básicamente dos tipos de razones por las que da diabetes; 1) por causas que están en mis manos como la alimentación y la actividad física para mejorar el peso y 2) causas que no están en mis manos como la genética y en el caso especial de la señora Arcela, secundario a un procedimiento médico, me parece que este primer punto de nuestro proyecto lo están manejando muy puntualmente, todavía hay cosas que identifiqué que ustedes quieren continuar investigando más; por ejemplo vi que muchos les interesó e incluso anotaron



para que no se les olvidara sobre como una complicación de la vesícula desarrolló la diabetes entonces si para la siguiente sesión alguno o varios de ustedes investigaron más sobre esto, nos gustaría que lo compartiéramos para terminar de complementar esta información.

Coordinador: *vamos a pasar al siguiente punto, también me gustaría que lo abordaran desde su experiencia y desde su conocimiento y poco a poco vamos sacando más puntos para continuar investigando nuestras dudas.*

2. ¿Qué miedos tenemos al ser diabéticos?

Arcela: *yo le tengo miedo a dejar de ver, porque mi abuela también tuvo diabetes y ella perdió la vista, recuerdo que era muy difícil cuidarla porque se desesperaba mucho porque no veía, entonces cuando me dijeron que yo era diabética recordé mucho a mi abuela y como dejó de ver poco a poco.*

Ana Rosa: *no se si lo que vaya a decir si sea por la diabetes pero a mi esposo Arturo y a mi nos contó una vecina que teníamos que su esposo era diabético pero nunca se cuidaba y le dio una infección en las vías respiratorias y a partir de ahí lo internaron y nunca pudo recuperarse, los doctores le dijeron a mi vecina que por su diabetes le dio una infección más fuerte y eso provocó que no se pudiera recuperar a pesar de los medicamentos y terminó falleciendo, entonces yo le tengo mucho miedo a que me vaya a morir por una infección.*

Arturo: *igual que mi esposa a eso le tengo miedo, pero también tengo miedo de que mis riñones dejen de funcionar y tenga que vivir siempre con diálisis, tenemos un conocido que igual vivió muchos años con diálisis y cuando a mí el internista me dijo este año que mis riñones ya estaban empezando a dejar de funcionar me dio mucho miedo porque me imaginé como el conocido que teníamos que ya no podía hacer nada de lo que normalmente hacía porque le hacían diálisis dos veces al día.*

Araceli: *yo tanto de los riñones como de perder la vista si son dos cosas que me preocupan por ser diabética pero si a algo le tengo mucho mucho miedo es a perder mis pies porque a cuantas personas no le han terminado cortando sus pies o toda su pierna por lo del pie diabético, eso sí es algo que yo siempre estoy cuidando, no sé si esté bien o mal pero cada que puedo me estoy revisando mis pies porque tengo miedo de que se me haga una herida y de ahí se infecte y termine perdiendo mi pie o mis dos pies.*

En este momento el coordinador se da cuenta que los otros dos participantes no han pedido la palabra por lo que les pregunta si respecto a sus miedos les gustaría



compartir algo, Teresa comenta que todo lo que se ha dicho son cosas que a ella también le dan miedo, sin embargo, Francisco si pide la palabra.

Francisco: *bueno yo no tengo como tal un miedo porque no soy diabético, pero en general, tengo miedo de que mi mamá muera por no cuidar su diabetes.*

Relatora: *después de escuchar todo lo que opinan y saben sobre este punto, me doy cuenta de que los miedos que tienen por ser diabéticos están relacionados a complicaciones, mencionamos perder la vista, perder los riñones, perder sus piernas, tener infecciones e incluso morir, todos esos puntos son relacionados a complicaciones, entonces yo considero que si en las próximas reuniones investigaron más sobre estas complicaciones las compartamos para que sepamos en general que son estas complicaciones, porque se dan, como las prevengo, que estudios me tienen que hacer para detectarlos a tiempo y demás, con esto podemos pasar al siguiente punto porque va muy relacionado a los estudios.*

Arturo: *yo puedo leerles el siguiente punto, es:*

3. ¿Cuáles son los pasos a seguir para que me diagnostiquen Diabetes?

El coordinador nota que para este punto no hay alguien que quiera empezar a opinar por lo que interviene...

Coordinador: *si tenemos un poco de inconveniente con abordar este punto, podemos hacer la pregunta de otra manera; ¿cómo les diagnosticaron a ustedes la Diabetes? ¿Hay alguien que nos quiera compartir su experiencia?*

Teresa: *pues a mí me diagnosticaron porque empecé con síntomas, me sentía ya muy cansada, empecé a bajar muy rápido de peso, pero sin hacer ejercicio y también iba mucho al baño, entonces con esos síntomas el doctor me tomó el azúcar en ese momento y la tenía como en 180 o 190 pero ya había comido entonces dijo que lo más probable era que yo fuera diabética y me mandó a hacer estudios de sangre, ya no me acuerdo de que estudios fueron, pero con esos resultados ya me dijo que era diabética.*

Araceli: *yo de lo que no me voy a olvidar es de la hemoglobina glucosilada porque me acuerdo que la Dra. me comento que mi azúcar había salido bien en ese momento pero que la hemoglobina glucosilada había salido como en 8 ya no me acuerdo bien el número, pero ya con eso era diabética y yo a diferencia de la señora Teresa la verdad nunca tuve síntomas, más que bajar de peso.*

Arturo: *pues a mí me lo diagnosticaron con unos estudios que me hacían por mis triglicéridos, tampoco se como se llama el estudio pero me los hacían para ver si mis*



triglicéridos ya estaban bajando y me dijeron que mi azúcar había salido alta y que ya era diabético.

Arcela: *pues mi caso ya se los conté, tampoco sé que estudios me hicieron porque todo paso en el hospital y pues me hacían varios estudios muy seguido no se con cual de todos me diagnosticaron.*

Ana Rosa: *a mí me dijeron por mucho tiempo que era prediabética y un doctor para sacarse de dudas me mandó a hacer un estudio que me ha costado mucho trabajo encontrar porque no me acuerdo de su nombre, pero en ese estudio me pidieron ir en ayunas, me dio a tomar el doctor un líquido que era muy espeso y muy dulce y me tuvo en su consultorio unas horas y me tomaba el azúcar con el piquete que te dan en el dedo y ya con eso me dijo que si era diabética, he tratado de buscar más sobre ese estudio porque siempre me quedé con la duda y por pena no le pregunté en ese tiempo al doctor, pero no he podido encontrarlo porque no sé cómo se llama.*

Coordinador: *bueno ese estudio se llama Curva de tolerancia a la glucosa y justamente se usa para diagnosticar diabetes, pero igual me gustaría que lo investigaran que preguntaran y en la siguiente sesión compartimos la información que traigamos sobre esta prueba, la relatora nos va a ayudar a recapitular de este punto lo más importante.*

Relatora: *de este punto que estamos abordando noté que básicamente identifican dos puntos importantes cuando los diagnosticaron en primer si tenían síntomas o no y en segunda que les hagan estudios de sangre, todos saben que les hacen estudio de sangre pero no saben el nombre, pude rescatar la hemoglobina glucosilada, la curva de tolerancia a la glucosa y la glucosa capilar; al estudio de sangre que todos nos referimos es la química sanguínea y en esa pues vienen varios valores entre ellos la glucosa que es la que muchos de ustedes se referían, también escuché que tienen cierta noción de los valores por ejemplo mencionaron que con 8 de hemoglobina glucosilada les dijeron que ya eran diabéticos, con una glucosa de 180 o 190 también, entonces abarcamos también las otras dos preguntas que seguían la de ¿Cuáles son los valores de los estudios para que nos digan que somos Diabéticos? y ¿Cuáles son los estudios que nos hacen cuándo somos diabéticos? porque van muy relacionados en este tema, entonces también considero que en la siguiente sesión podríamos compartir los valores que ustedes investiguen o pregunten que son los normales o los valores con los que ya dicen que somos diabéticos. Aunado a esta parte inicial sobre los síntomas que tuvieron antes de ser diagnosticados abrimos paso a la otra pregunta que es...*



4. ¿Qué síntomas podemos sentir?

Teresa: yo como había dicho lo que sentía era cansancio, bajé mucho de peso y también que iba mucho al baño.

Arturo: yo lo único que sentía fue dolor de cabeza.

Coordinador: recuerden que de síntomas no solo nos referimos de lo que sintieron antes de que les diagnosticaron sino síntomas que tienen ya ahorita con el diagnóstico de diabetes.

Ana rosa: pues yo realmente no tengo muchos síntomas cuando mi azúcar se sube, pero eso sí, cuando se me baja entonces si tengo muchos síntomas, me siento muy ansiosa, siento que el corazón se acelera mucho, empiezo a sudar mucho mucho parece como si hubiera salido a correr todo el día.

Araceli: si yo igual en una ocasión se me bajó la glucosa y nunca me había sentido tan mal, me sentía muy muy débil y es un temblor en manos y piernas muy feo en esa ocasión hasta empecé a ver muy muy borroso y cuando se me sube mucho la glucosa llego a sentirme con dolor de cabeza, pero eso si estoy muy de acuerdo que cuando se baja la glucosa son muchos síntomas.

Relatora: ok de este punto a trabajar veo que ustedes lo están abordando de síntomas cuando se sube y cuando se baja la glucosa y me parece una buena forma de manejarlo porque son síntomas que deben identificarse y después saber cómo resolver esos valores tan altos o bajos. Me gustaría preguntarles toda esta información que llevamos y que vamos a continuar puliendo en la siguiente sesión como les gustaría trabajarla.

Araceli: pues ahorita de lo que llevamos veo que es bastante información para compartir y todavía vamos a traer en la siguiente sesión más conocimientos de lo que podemos investigar entonces yo creo que podríamos trabajar por sesiones cierto número de preguntas y ya tener cierta información para empezar a ponerla en un cuaderno o en nuestro proyecto.

Ana Rosa: si yo igual pensaba que podríamos trabajarlo por sesiones y ya empezar a armarlo, pero también quería acordarles que queríamos poner un apartado pequeño de cada uno de nosotros sobre cómo es vivir con diabetes.

Teresa: si podemos en la siguiente sesión terminar de trabajar con las tres primeras.



Cierre:

Coordinador: *bueno pues me parece muy bien cómo se están organizando, pueden llevarse a su casa las hojitas que les pasamos porque vi que varios de ustedes hacían anotaciones y en la siguiente sesión podemos terminar de dar los últimos detalles de las tres primeras preguntas que trabajamos y ya nosotros podemos empezar a ponerlo en el cuadernillo y enseñarles ese avance poco a poco. Recuerden que las sesiones son idealmente cada 15 días entonces la siguiente sesión quedaría para el 14 de agosto tentativamente a lo largo de la siguiente semana podemos confirmar todos si podemos ese día, nosotros también vamos a confirmar que se nos preste en espacio a la misma hora entre 10:30 y 11:00 am. Me dio mucho gusto ver como entre ustedes se están organizando, uno de los objetivos de este proyecto es justamente que ustedes continúen poniendo en práctica esa capacidad y necesidad de relacionarnos entre todos para poder responder a nuestras necesidades. Les recuerdo que en el grupo de WhatsApp que tenemos podemos compartir imágenes, videos o información que vayan leyendo y nosotros también si encontramos alguna información interesante de los temas que hoy tratamos les podemos dar difusión en nuestro grupo.*

Próxima sesión: 14 de agosto 2024 a las 11:30 am por confirmar espacio, horario y disponibilidad de todas las personas, se agregaron a las 2 nuevas personas al grupo de WhatsApp.

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

Este último módulo tenía como objetivo reconocer el proceso de atención médica centrada en la persona a través de la presentación de un caso clínico y fue cursado simultáneamente a los 3 módulos descritos previamente, de manera que se intercalaba una sesión del módulo 4 y la siguiente sesión del otro módulo correspondiente. La dinámica de trabajo fue mediante exposición de casos clínicos los cuáles fueron presentados por diferentes compañeros de distintos centros de salud. Este método de trabajo permitió compartir con los demás participantes del diplomado las experiencias respecto a la integración del MAICP durante la práctica clínica diaria, dejando al descubierto las fortalezas y debilidades de cada unidad de primer contacto al momento de implementar el modelo.

En cada presentación de caso clínico se buscaba analizar la evolución de las enfermedades, pero también reflexionar sobre las aspiraciones del paciente, el desarrollo



de sus capacidades y el ejercicio del autocuidado, para poder lograr estos objetivos, la tutoría de casos debía presentar los cuatro componentes del modelo de atención centrada en la persona; 1) la enfermedad, el padecimiento y la salud de la persona; 2) la persona y su entorno; 3) la relación médico paciente; 4) intensificar la relación médico paciente.

De esta manera, la presentación de casos clínicos no se limitó a la práctica diagnóstica y de tratamiento, más bien, fue extendida hacia el reconocimiento del contexto mediato e inmediato de los usuarios del servicio de salud, identificación de factores que impactan en la salud de las personas y el camino de integración de todo este contexto a la práctica médica. Esta forma de presentar casos clínicos visibiliza el desarrollo de la persona como actor principal en el manejo de su enfermedad guiándolo en la explotación de sus fortalezas y en el trabajo de sus debilidades, a través de atención integral centrada en la persona. Es por esto, que este modulo es indispensable durante el curso del diplomado, ya permite testificar el éxito y/o fracaso del modelo y nos brinda la oportunidad de tener una tutoría para conservar las acciones positivas, así como mejorar las negativas.

Nos permitió visualizar la evolución de las personas en el manejo de su enfermedad, pero también se pudieron identificar las debilidades de nuestra práctica y la manera de perfeccionarlas en las siguientes consultas. Durante estas sesiones también se nos brindó la oportunidad de retomar temas relacionados a valoración y tratamientos de las principales patologías crónicas, sesiones como manejo clínico de insulinas y manejo de hipoglucemiantes orales, valoración podológica, manejo antihipertensivo, etc.



4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III Dr. Gerardo Varela Mariscal a cargo de Aislinn Xiadani Anzúres Fabián.

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

Tabla No 1.

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024
Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	12	63.15
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	7	36.84
Recuperados a partir de agosto de 2023	0	0
Total	19	99.99 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 1. La disposición de personas pertenecientes al MAICP atendidas de acuerdo al momento de ingreso al proyecto de agosto 2023-julio2024 en el CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal revelan que 12 pacientes (63.15%) eran parte del programa antes de agosto 2023, mientras que 7 pacientes (36.84%) ingresaron posterior a agosto 2023, dando un total de 19 pacientes activos en este periodo. No hubo personas No activas que fueran recuperadas durante este periodo.

Nota:

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

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024.

Análisis tabla 1. Antes de agosto 2023 todos los integrantes del MAICP capturados en la plataforma RedCap fueron de nuevo ingreso (18 personas), de los cuales se dejó de tener contacto con 6. Posterior a agosto 2023 ingresaron 7 personas. En el futuro, se tendrán que buscar nuevos aspirantes a ingresar para que eventualmente se aumente la cantidad de personas beneficiadas por el MAICP.



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. Gerardo Varela Mariscal.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Condición de participación	No	%
Activas	19	76
No activas	6	24
Total	25	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 1. Los pacientes atendidos en agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal de acuerdo con su condición actual de participación, observamos que 19 personas (76%) se encuentran actualmente activas, mientras que 6 integrantes del programa (24%) están No activas, dando un total de 15 personas (100%) registradas en el RedCap.

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.

Análisis tabla 2. Aproximadamente tan solo 25% de las personas inscritas en el programa no se encuentran activas, sin embargo, es importante que en el futuro se continúe aumentando el porcentaje de población activa, ingresando nuevos pacientes y/o recuperando los pacientes no activos al momento.



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. Gerardo Varela Mariscal.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0
Cambio de institución que le atiende	2	33.33
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	1	16.66
Falleció	1	16.66
Otro motivo	0	0
Se ignora	2	33.33
Total	6	99.98 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 3. Los motivos por los que los pacientes atendidos en agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal se encuentran en condición de No activas son 2 pacientes (33.33%) por cambio de institución, tan solo 1 paciente (16.66%) por cambio de domicilio, de igual manera, tan solo 1 persona (16.66) por defunción y finalmente 2 pacientes (33.33%) se ignora el motivo. Ninguna de las personas No activas fueron debido a cambio de medico en el mismo centro de salud ni otro motivo identificado.

Análisis tabla 3. Los dos principales motivos por los cuales tenemos población No activas es el cambio de institución (los dos pacientes se atienden en otras instituciones como IMSS e ISSSTE), el otro motivo es el fallo al contactarlos en todos los números de referencia dejados en sus expedientes y en el directorio nominal anterior, por lo que ignoramos la razón del abandono. Solo una persona tuvo que migrar de domicilio a otro Estado de la república (Veracruz) por razones familiares. Solo una persona se encuentra finada, esto secundario a cáncer de mama reportado en el expediente como BIRADS 5, diagnosticado en el mes de agosto 2023 y falleciendo en febrero 2024, se contactó con los familiares, quienes confirmaron la causa de muerte.



2. Información demográfica

Tabla No. 4

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

Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Sexo	No	%
Femenino	12	63.15
Masculino	7	36.84
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	19	99.99 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 4. De los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal clasificados de acuerdo al sexo, observamos que 12 personas son del sexo femenino (63.15%) y tan solo 7 pacientes son del sexo masculino (36.84%), sumando la población total activa hasta el momento, 19 pacientes (100%). No hay población con otra asignación de sexo ni pacientes sin dato de su sexo.

Análisis tabla 4. Tenemos casi el doble de personas del sexo femenino respecto al sexo masculino. Esta situación fue esperada ya que en el momento de extender la invitación para ingresar al MAICP, las mujeres tuvieron en mayor medida una respuesta positiva respecto a los hombres, quienes igualmente fueron invitados, pero consideraron que era bastante responsabilidad y por su trabajo preferían acudir a consulta cuando tuvieran tiempo y no mediante un sistema fijo de citas mensuales, bimensuales ni trimestrales.



Tabla No. 5

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

Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	4	21.05
50 – 59 años	4	21.05
60 – 69 años	7	36.84
70 – 79 años	4	21.05
80 y más años	0	0
Total	19	99.99 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 5. Las personas atendidas de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal distribuidas por edad, encontramos que 4 personas pertenecen a un rango de 40 a 49 años (21.05), de igual manera 4 personas tiene de 50 a 59 años (21.05), en mayoría, 7 personas pertenecen al rango de edad de 60 a 69 años (36.84%) y 4 personas tienen de 70 a 79 años (21.05%). No contamos con población menor de 40 años ni mayor a 79 años.

Análisis tabla 5. La mayoría de los pacientes activos en el programa MAICP se integran en la séptima década de la vida. A pesar de que, en los últimos años, las enfermedades crónicas afectan a población más joven de entre 20 a 39 años, en la unidad Dr. Gerardo Varela Mariscal no hemos captado pacientes de esta edad. Recomiendo que en caso de detectar a una persona joven se extienda la invitación de ingreso al programa, esto a esta población joven.

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. Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad / Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	0	0	0	0	0	0
40 – 49 años	2	10.52	2	10.52	4	21.05
50 – 59 años	2	10.52	2	10.52	4	21.05
60 – 69 años	5	26.31	2	10.52	7	36.84
70 – 79 años	3	15.18	1	05.26	4	21.05
80 y más años	0	0	0	0	0	0
Total	12	63.15	7	36.82	19	99.97≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 6. La distribución por edad y sexo de los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal nos dice que existen 4 pacientes con rango de edad de 40 a 49 años (21.05%) de los cuales 2 son del sexo femenino (10.52%) y 2 son del sexo masculino (10.52%). De igual manera contamos con 4 pacientes de 50 a 59 años (21.05%), de estos, 2 son femeninas (10.52%) y 2 son masculinos (10.52%). La población más grande por rango de edad son 7 pacientes de 60 a 69 años (36.84%) de los cuales 5 son del sexo femenino (26.31%) y 2 son del sexo masculino (10.52%). Por último 4 pacientes tienen de 70 a 79 años (21.05%) distribuidos en 3 pacientes femeninas (15.18%) y tan solo uno del sexo masculino (05.26%). Todos estos en total suman 19 pacientes activos (100%). No hay población participante menor a 40 años ni menor a 80 años.

Análisis tabla 6. Podemos observar que el grupo más grande de acuerdo a edad y sexo son personas femeninas de la séptima década de la vida, seguido 3 femeninas de la octava década de la vida. El restante se reparte equitativamente entre la quinta y sexta década de la vida. La población masculina de la octava década de la vida es el grupo de población menos prevalente.



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 de acuerdo a edad
Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	2	10.52
6	3	15.78
7	6	31.57
8	5	26.31
9	1	5.26
10	0	0
11	2	10.52
12 y más	0	0
Total	19	99.96 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 7. El número de consultas que recibieron las personas pertenecientes al MAICP en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal durante el periodo agosto 2023-julio 2024 demuestra que 2 pacientes recibieron 5 consultas (10.52% de la población activa), 3 pacientes recibieron 6 consultas (15.78%), 6 pacientes recibieron 7 consultas (31.57%), 5 pacientes obtuvieron 8 consultas (26.31%), tan solo un paciente recibió 9 consultas (05.26%) y finalmente 2 pacientes obtuvieron durante todo el año 11 consultas (10.52%). En este periodo no hubo pacientes que recibieran menos de 5 consultas ni más de 12 consultas.

Análisis tabla 7. En su mayoría, los pacientes recibieron 7 consultas durante el año, seguida de 5 consultas por año. Es importante informar que las 7 personas que recientemente ingresaron al programa lo hicieron alrededor del mes de noviembre, por lo que aproximadamente recibieron 1 consulta por mes. También podemos observar que solo 2 pacientes lograron completar 11 consultas correspondientes a un seguimiento mensual 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 Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	16	20.51
Hipertensión arterial	13	16.66
Diabetes Mellitus tipo 2	16	20.51
Dislipidemia	6	07.69
Obesidad e hipertensión	2	02.56
Obesidad y diabetes	5	06.41
Obesidad y dislipidemia	2	02.56
Diabetes e hipertensión	10	12.82
Obesidad, hipertensión y diabetes	3	03.84
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	4	05.12
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	01.28
Total	78	99.96 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 8. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal dispuestos por diagnósticos nos dicen que existen 16 pacientes con sobrepeso u obesidad (20.25%), 13 personas con hipertensión arterial (16.45%), 16 participantes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (20.25%), 6 personas portadoras de dislipidemia (07.59%). 3 personas tienen obesidad e hipertensión (03.79%), 5 pacientes padecen obesidad y diabetes (06.32%), 2 integrantes fueron diagnosticados con obesidad y dislipidemia (02.53%), 10 personas tienen diabetes e hipertensión (12.65%). 3 pacientes del programa padecen obesidad, hipertensión y diabetes (03.79%), 4 son portadores de hipertensión, diabetes y dislipidemia (05.06) y tan solo 1 persona tiene simultáneamente 4 enfermedades crónicas; obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia (01.26%).

Análisis tabla 8. En esta tabla se obtuvo una población total de 79 pacientes debido a que un mismo paciente podía acoplarse a más de un solo rubro de esta tabla, de acuerdo a sus diagnósticos. También se presentaban pacientes quienes padecen combinaciones de enfermedades que no fueron consideradas en la tabla anterior, por lo que tuvieron que ser clasificados en mas de un solo rubro.



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 Gerardo Varela Mariscal.
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	9	11.53	7	08.97	16	20.51
Hipertensión arterial	9	11.53	4	05.12	13	16.66
Diabetes Mellitus tipo 2	9	11.53	7	08.97	16	20.51
Dislipidemia	4	05.12	2	02.56	6	07.69
Obesidad e hipertensión	1	01.28	1	01.28	2	02.56
Obesidad y diabetes	3	03.84	2	02.56	5	06.41
Obesidad y dislipidemia	2	02.56	0	0	2	02.56
Diabetes e hipertensión	6	07.69	4	05.12	10	12.82
Obesidad, y hipertensión diabetes	2	02.56	1	01.28	3	03.84
Hipertensión, y diabetes dislipidemia	1	01.28	3	03.84	4	05.12
Obesidad, y hipertensión, diabetes dislipidemia	1	01.28	0	0	1	01.28
Total	47	60.20	31	39.7	78	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023–julio 2024.



Tabla 9. La distribución de pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal de acuerdo a diagnóstico y sexo, demuestra que de los 16 pacientes son sobrepeso y obesidad (20.51%) 9 son femeninas (11.53%) y 7 son masculinos (08.97%). De los 13 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial (16.66%), 9 son del sexo femenino (11.53%) mientras que el sexo masculino son 4 (05.12%). El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 lo poseen 16 pacientes (20.51%) y 9 son mujeres (11.53%) mientras que 7 son hombres (08.97%). 6 pacientes fueron diagnosticados con dislipidemia (07.69%) que corresponden a 4 femeninas (05.12%) y 2 masculinos (02.56%). Encontramos que existen 2 pacientes diagnosticados con obesidad e hipertensión, 1 persona del sexo femenino (01.28%) y otra persona del sexo masculino (01.28%). El diagnóstico de obesidad y diabetes corresponde a 5 pacientes (06.41%) quienes 3 son del sexo femenino (03.48%) y 2 del sexo masculino (02.56%). Respecto al diagnóstico de obesidad y dislipidemia lo padecen 2 integrantes del programa (02.56%), ambas personas son del sexo femenino. El diagnóstico simultáneo de diabetes e hipertensión lo presentan un total de 10 personas (12.82%), de los cuales son 6 femeninas (07.69%) y 4 masculinos (05.12%). Contamos con 3 pacientes que presentan obesidad, hipertensión y diabetes (03.84%), siendo en su mayoría 2 femeninas (02.56%) y solo 1 masculino (01.28%). 4 de los integrantes del programa presentan hipertensión, diabetes y dislipidemia (05.12%) correspondientes a 1 femenina (01.28%) y 3 masculinos (03.84%). Finalmente, únicamente una persona del sexo femenino tiene simultáneamente obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia (01.28%).

Análisis tabla 9. En esta tabla podemos visualizar la distribución del sexo y el diagnósticos de las personas que integran al MAICP y encontramos que la enfermedad más prevalente es el sobrepeso u obesidad, de las 19 personas activas, 16 de ellas presentan un índice de masa corporal en rangos de sobrepeso u obesidad, el segundo padecimiento mas prevalente es la diabetes mellitus tipo 2 con la misma prevalencia, 16 de 19 personas activas presentan dicho diagnóstico, seguido de la hipertensión arterial sistémica con una prevalencia de 13 personas. También es importante visualizar que 10 de 19 personas activas presentan simultáneamente diabetes e hipertensión, esto nos refuerza el dato de que las enfermedades crónicas con factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades crónicas. Únicamente nos encontramos con una persona que padece simultáneamente 4 enfermedades crónicas; diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia. Es importante tomar en cuenta que al igual que en la tabla número 8, los pacientes fueron incluidos en más de un rubro de la tabla ya que padecen de enfermedades simultaneas que no están consideradas en la tabla, por lo que tuvieron que ser clasificados en más de un solo rubro.

**Tabla No. 10**

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	4	25.00
50 – 59 años	3	18.75
60 – 69 años	6	37.50
70 – 79 años	3	18.75
80 y más años	0	0
Total	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla 10. De los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que padecen sobrepeso y obesidad, están distribuidos en 4 personas de 40 a 49 años (25%), 3 pacientes de 50 a 59 años (18.75%), 6 personas a 79 años. Esto nos da un total de 16 pacientes activos dentro del programa con el diagnóstico de sobrepeso y obesidad. No hay pacientes con sobrepeso y obesidad menores a 40 años ni mayores a 79 años.

Análisis tabla 10. De los 19 pacientes activos dentro del programa, 16 de ellos padecen sobrepeso u obesidad, esto nos visualiza que el control del peso es uno de los padecimientos mas frecuentes dentro de los pacientes activos, es necesario continuar reforzando la terapia no farmacológica para el control de peso, ya que un índice de masa corporal por arriba de 25 kg/m² es un factor con efecto directo en la evolución de la enfermedad.



Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023–julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión.
Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	15.38
50 – 59 años	3	23.07
60 – 69 años	4	30.76
70 – 79 años	4	30.76
80 y más años	0	0
Total	13	99.97 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 11. De los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal con diagnóstico de hipertensión están distribuidos en; 2 pacientes de 40 a 49 años (15.35%), 3 dentro de un rango de edad de 50 a 59 años, cuatro de 60 a 69 años y de igual manera, 4 con rango de 70 a 79 años. Dándonos un total de 13 pacientes activos con el diagnóstico de hipertensión. No identificamos pacientes con hipertensión arterial menores a 40 años ni mayores a 79 años.

Análisis tabla 11. La hipertensión arterial sistémica es la segunda enfermedad crónica mas prevalente dentro de los pacientes activos del programa. De las 19 personas activas, 13 de ellas padecen hipertensión arterial, siendo en su mayoría de un rango de edad entre 60 y 79 años. No contamos con pacientes menores de 40 años ni mayores de 79 años con hipertensión arterial, recomendaría ingresar al programa en cuanto se identifiquen pacientes de estos rangos de edad faltantes.



Tabla No. 12

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	3	18.75
50 – 59 años	4	25.00
60 – 69 años	6	37.50
70 – 79 años	3	18.75
80 y más años	0	0
Total	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 12. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que padecen diabetes mellitus tipo 2 se encuentran distribuidos en los siguientes rangos de edad; 3 con 40 a 49 años (18.75%), 4 con 50 a 59 años (25%), 6 de 60 a 69 años (37.50%) y 3 en un rango de 70 a 79 años (18.75%). No identificamos pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 menores a 40 años ni mayores a 79 años.

Análisis tabla 12. La diabetes mellitus tipo 2 es la enfermedad mas prevalente al igual que el sobrepeso u obesidad dentro de los participantes del programa. De las 19 personas activas al MAICP, 16 de ellas padecen diabetes mellitus tipo 2. De estos pacientes atendidos con diabetes la gran mayoría pertenecen a la séptima década de la vida.



Tabla No. 13

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	16.66
50 – 59 años	2	33.33
60 – 69 años	2	33.33
70 – 79 años	1	16.66
80 y más años	0	0
Total	6	99.98 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 13. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela mariscal con el diagnóstico de dislipidemia se encuentran distribuidos de acuerdo a su grupo de edad en; 1 persona de 40 a 49 años (16.66%), 2 personas de 50 a 59 años (33.33%), de igual manera dos personas de 60 a 69 años (33.33%) y finalmente tan solo 1 persona de 70 a 79 años (16.66%). Esto nos da un total de 6 pacientes activos en el programa que padecen dislipidemia. No encontramos personas con dislipidemia menores a 40 años ni mayores a 79 años.

Análisis tabla 13. Encontramos en esta tabla que, de los 19 pacientes activos en el programa, 6 de ellos padecen dislipidemia, lo que corresponde a un 31.57% de la población activa total. Esto nos demuestra que la dislipidemia es el diagnostico con menos prevalencia dentro de nuestra población activa al MAICP.

**Tabla No. 14**

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	33.33
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	2	66.66
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	99.99 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 14. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que padecen de manera simultánea obesidad e hipertensión arterial se encuentran distribuidos en; 1 persona de 40 a 49 años (33.33%) y 2 personas de 60 a 69 años (66.66%), dando un total de tan solo 3 pacientes dentro del programa que padecen obesidad e hipertensión al mismo tiempo. No se identifican pacientes menores a 40 años, de 50 a 59 años ni mayores de 79 años con estos dos diagnósticos.

Análisis tabla 14. Nos encontramos en esta tabla que, de los 19 pacientes activos dentro del programa, tan solo 3 de ellos correspondiente al 15.78% de la población activa total padecen obesidad e hipertensión de manera simultánea, de los cuales, la mayor parte de ellos (el 66.66%) pertenecen a un rango de edad de 60 a 69 años. Es fundamental recordar que la obesidad es un factor directo respecto a cifras de presión arterial fuera de las metas para un paciente hipertenso, por lo que en esta población de 3 pacientes deben reforzarse medidas higiénico dietéticas favorables para ambas enfermedades.



Tabla No. 15

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	40
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	60
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 15. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal diagnosticados de manera simultánea con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 se encuentran distribuidos por rango de edad de la siguiente manera: 2 con edades entre 40 a 49 años (40%) y 3 de 60 a 69 años, lo que nos suma un total de tan solo 5 pacientes activos que se encuentran diagnosticados con estas dos enfermedades al mismo tiempo.

Análisis tabla 15. En esta tabla es posible visualizar que, de los 19 pacientes activos en el programa, tan solo 5 de ellos se encuentran cursando con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 al mismo tiempo, por lo que podríamos decir entonces, que el 26% de la población total activa del programa están cursando con estos dos diagnósticos.

**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 y dislipidemia.

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	50
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	50
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 16. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal con diagnóstico de obesidad y dislipidemia se encuentran distribuidos en los siguientes rangos de edades; 1 paciente de 40 a 49 años (50%) y otro paciente de 60 a 69 años (50%). No se identificaron pacientes menores de 40, de 50 a 59 ni mayores a 69 años con estos dos diagnósticos simultáneos.

Análisis tabla 16. Podemos observar que solamente 2 pacientes del total de población activa (19 personas) presentan estos dos diagnósticos al mismo tiempo. La obesidad y la dislipidemia suelen ser diagnósticos que van de la mano ya que hábitos dietéticos hipercalóricos, así como ingesta de grasas trans favorecen el aumento del índice de masa corporal y la elevación de lípidos en sangre. Hay que recordar que el sobrepeso y obesidad son una de las dos enfermedades mas prevalentes dentro de los 19 pacientes activos integrados al programa, por lo que se debe prestar mucha atención a la vigilancia continua de lípidos en sangre en los pacientes con sobrepeso y obesidad.



Tabla No. 17

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	10
50 – 59 años	3	30
60 – 69 años	3	30
70 – 79 años	3	30
80 y más años	0	0
Total	10	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 17. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que padecen diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistema están distribuidos por rangos de edad de la siguiente manera; tan solo 1 de 40 a 49 años (10%), 3 de 50 a 59 años (30%), 3 de 60 a 69 años (30%) y otros 3 de 70 a 79 años (30%), dándonos un total de 10 personas que padecen diabetes e hipertensión de las 19 activas en el programa. No se identificaron pacientes menores de 40 años ni mayores de 79 años con estos diagnósticos.

Análisis tabla 17. Con estos resultados podemos determinar que 10 pacientes de los 19 activos en el programa, es decir, el 52.63% de la población total activa, son portadores de diabetes mellitus 1 e hipertensión arterial sistema al mismo tiempo. Con esta visualización, es indispensable recomendar que a todos los pacientes hipertensos se les realicen tamizaje de diabetes y viceversa, con el objetivo de detectar de manera temprana el desarrollo de estas dos enfermedades crónicas de manera simultánea.



Tabla No. 18

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

Centro de Salud T. III: Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	33.33
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	2	66.66
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	99.99 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 18. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que padecen obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus se encuentran distribuidos por rangos de edad de la siguiente manera; 1 persona de 40 a 49 años (33.33%) y 2 de 60 a 69 años (66.66%). Dando un total de tan solo 3 pacientes activos dentro del programa con estas tres enfermedades.

Análisis tabla 18. Dentro de los 19 pacientes activos en el programa, tan solo 3 de ellos padecen las 3 enfermedades siguientes: obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de manera simultánea. Es importante reconocer que la obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 son las tres enfermedades que mayor prevalecen dentro de nuestra población y al ser diagnosticadas en la misma persona, aumenta su riesgo de complicaciones, por lo que se deben reforzar las medidas no farmacológicas para reducir aparición de estas tres enfermedades en un mismo paciente.

**Tabla No. 19**

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	25
50 – 59 años	2	50
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	1	25
80 y más años	0	0
Total	4	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 19. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que cursan con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia se encuentran distribuidos en los siguientes rangos de edad: 1 de 40 a 49 años, 2 de 50 a 59 años y 1 de 70 a 79 años, en total, 4 personas de las 19 activas dentro del programa padecen estas tres enfermedades de manera simultánea.

Análisis tabla 19. En esta tabla se analiza la prevalencia de padecer hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia al mismo tiempo, aunque nos encontramos con una prevalencia de solo 4 personas de 19 activas (es decir, solo el 21.05% de la población activa total), es importante mantener siempre un número bajo de pacientes que cursen con estas tres enfermedades de manera simultánea por el riesgo de aparición de complicaciones.



Tabla No. 20

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

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	100
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 20. Los pacientes atendidos de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que padecen obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia es solo una persona, quien se encuentra en un rango de edad de 40 a 49 años. No se identificaron otros pacientes que padezcan estas 4 enfermedades crónicas de manera simultáneas.

Análisis tabla 20. En esta tabla visualizamos que solo 1 persona activa en el programa padece las 4 principales enfermedades crónicas con las que trabajamos diariamente, esta paciente es del sexo femenino y es una de las pacientes más jóvenes del programa, es importante que en las personas que cursen con estas 4 enfermedades se preste especial atención en el tratamiento, estudios de laboratorio periódicos, asistencia a sus consultas mensuales y el reforzamiento en cada consulta de cambios en el estilo de vida que favorezcan el control de sus padecimientos, ya que padecer de manera simultánea estas enfermedades crónicas aumenta el riesgo de complicaciones.



4. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 21

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	14	87.5	0	0	14	87.5
Fuera de control	2	12.5	0	0	0	12.5
Total	16	100	0	0	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 21. Para valorar los parámetros de control o fuera de control se tomó en cuenta la última glucosa en ayuno de los 16 pacientes activos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 ya sea glucosa de origen capilar o venosa. La última glucosa de los 16 pacientes fueron de origen capilar, de los cuales 14 de ellos están en rangos de control (87.5%) y 2 se encuentran en parámetros fuera de control (12.5%).

Análisis tabla 21. Para la elaboración de esta tabla se considera como meta de control una glucosa en ayunas menor a 130 mg/dL de acuerdo con la guía de Práctica Clínica Mexicana (2). La última glucosa en ayunas de los 16 pacientes diabéticos del programa fue de origen capilar debido a que en la unidad medica Dr Gerardo Varela Mariscal no se contaba con estudios de laboratorio en más de 2 meses, teniendo valores en metas de control al 87.5% de la población.



Tabla No. 22

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada.

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Parámetro de	No	%
Control	9	58.82
Fuera de control	7	41.17
Total	16	99.99 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 22. De cada paciente atendido en agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal que padecen diabetes mellitus tipo 2 y se encuentran activos actualmente, se buscó la prueba más reciente de hemoglobina glucosilada, encontrando que 9 de ellos están en parámetro de control (58.82%) y 7 se encuentran en parámetros fuera de control (41.17%). Danto un total de 16 pacientes activos en el programa con le diagnostico de diabetes mellitus tipo 2.

Análisis tabla 22. Para la elaboración de esta tabla se considera como meta de control una hemoglobina glucosilada menor de 7.0% de acuerdo con la guía de Práctica Clínica Mexicana²⁴. Se puede visualizar que poco mas del 50% de los pacientes se encuentran controlados de acuerdo a la hemoglobina glucosilada, sin embargo, es fundamental reconocer que las fechas mas recientes de estas pruebas son de hasta más de 3 meses, esto secundario a falta de reactivos para hemoglobinas glucosiladas rápidas en la unidad de salud Dr Gerardo Varela Mariscal. En resumen, los valores de estas pruebas deben actualizarse a la brevedad de contar con los reactivos para actualizar los resultados de pacientes controlados y fuera de control respectivamente.



Tabla No. 23

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Centro de Salud T. III: Dr Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	13	100
Fuera de control	0	0
Total	13	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 23. De acuerdo con el valor de tensión arterial más reciente de cada paciente atendido con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de agosto 2023-julio 2024 en el CST III Dr Gerardo Varela Mariscal, se determinó que el 100% se encontró en parámetros de control de la tensión arterial.

Análisis tabla 23. Para la elaboración de esta tabla se considera como meta de control una presión arterial menor de 140/90 mmHg de acuerdo con la guía de Práctica Clínica Mexicana²⁵. Podemos visualizar que los 13 pacientes en estado activo y que cuentan con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica se encuentran en metas de control, es decir, el 100%. A pesar de estos resultados totalmente favorables, es importante continuar solicitando bitácoras domiciliarias de presiones arteriales para realizar una curva mas completa a lo largo de todo el día.



Tabla No. 22

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. Gerardo Varela Mariscal.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	5	62.50
Fuera de control	3	37.50
Total	8	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 22. Para valorar parámetros de control o fuera de control se utilizó el valor más reciente de colesterol sérico de los 8 pacientes que cursaron con hipercolesterolemia en el periodo agosto 2023-julio 2024, resultando en 5 en parámetros de control (62.5%) y 3 fuera de parámetros de control (37.5%).

Análisis tabla 22. Para la elaboración de esta tabla se considera como meta de control un colesterol sérico menor a 200 mg/dL según la guía de Práctica Clínica Mexicana²⁶. Visualizamos un total de 8 pacientes activos en el programa que cursaron con hipercolesterolemia durante el periodo agosto 2023-julio 2024, obteniendo un total de 62.5% en metas de control. Es importante mencionar que los estudios de laboratorio tomados en cuenta para estos resultados no han sido actualizados en más de 3 meses por falta de reactivos en la unidad médica de salud Dr. Gerardo Varela Mariscal.



Tabla No. 23

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. Gerardo Varela Mariscal

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	1	11.11%
Fuera de control	8	88.88%
Total	9	99.99 ≈ 100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024.

Tabla 23. Para valorar parámetros de control o fuera de control se tomó en cuenta el valor de triglicéridos séricos más recientes de todos los pacientes que hayan cursado con hipertrigliceridemia durante el periodo agosto 2023-julio 2024, se identifican un total de 9 pacientes activos que cursaron con dicho diagnóstico de los cuales 8 se encuentran en parámetro fuera de control (88.88%) y tan solo 1 en parámetros de control (11.11%).

Análisis tabla 23. Para la elaboración de esta tabla se determinó como meta de control un valor menor de 150 mg/dL de triglicéridos séricos, según la guía de Práctica Clínica Mexicana²⁶. Se puede observar que se alcanzó tan solo un 11.11% dentro de parámetros de control y el 88.88% se encuentran fuera de parámetros de control, sin embargo, es importante destacar que los estudios de lípidos séricos tienen más de 3 meses sin actualizarse por falta de reactivos en el CST III Dr. Gerardo Varela Mariscal.



5. Conclusiones.

El servicio social suele ser esperada como el año de “perder el miedo” a atender pacientes, estar en una comunidad donde eres el encargado de la salud de esa población y responsabilizarte de tus decisiones médicas, para muchos esa es su realidad, sin embargo, mi realidad fue distinta y me atrevo a decir, que más enriquecedora para mi práctica profesional. Llevar simultáneamente un diplomado y realizar prácticas en la SEDESA, me permitió rescatar una virtud que olvidé con el paso de los años; mi vocación de servicio. El diplomado cursado durante este año brinda la oportunidad de aprender como el arte de la medicina se basa en la atención de personas y no sólo de enfermedades.

Para implementar el modelo de atención integral centrada en la persona, la SEDESA da la ventaja de trabajar con una comunidad que quiere ser atendida pero también escuchada, sin embargo, la burocracia obstaculiza la implementación de este modelo ya que el éxito de tu día (y por lo tanto de tu servicio) depende de la cantidad de consulta, dejando de lado la calidad de esta. Por esta razón es indispensable que se extienda a médicos de base, directivos y administrativos, el conocimiento del modelo y cual es lo mínimo indispensable que se requiere para poder ser implementado en las unidades de primer nivel.

La atención de pacientes a través de un modelo de atención integral centrado en la persona es una experiencia muy positiva en la práctica profesional de todos los pasantes, te permite conocer a la persona y entender la manera en que viven su enfermedad todos los días, te conviertes en alguien especial para los pacientes que atiendes y ellos no tienen ningún temor en demostrar su agradecimiento contigo. Al concluir el servicio social se vuelve un momento muy emotivo porque durante un año formas un vínculo de confianza e incluso de cariño con ellos, esto derivado de que al atenderlos en base al modelo te brindan la oportunidad de conocer su vida, desde sus problemas hasta sus aspiraciones.

Esta experiencia también permite reconocer que todas las personas con enfermedades crónicas tienen aspiraciones que incluso ellos mismos no habían reconocido antes de hacerles la pregunta, la mayoría son conscientes de que no pueden revertir sus enfermedades pero aspiran a vivir con dignidad, tener una vejez activa y continuar siendo funcionales, en cada consulta médica mensual te vuelves testigo de cómo las personas realizan acciones para lograr sus objetivos y esa satisfacción de saber que los acompañaste en el proceso es de los sentimientos más fuertes que podemos llevarnos



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud

al terminar el servicio.

El MAICP y el diplomado es la mejor manera de concluir mis años de preparación médica, pude autoevaluarme y notar que crecí profesionalmente en tan solo un año, no solo reforcé mis conocimientos médicos, también reforcé mi comunicación con las personas y mi capacidad de crear vínculos y entornos saludables. Durante mi formación educativa y mi internado médico olvidé que la medicina es una disciplina humana, es dedicar tu vida a actos de servicio, antes de tomar este diplomado y conocer el modelo, pensaba que ser una buena doctora era dominar las patologías, pero he aprendido que el éxito de un médico está determinado por el reconocimiento y agradecimiento de las personas que atiendes. En el futuro, voy a continuar ejerciendo la medicina basada en el modelo de atención integral para no volver a olvidar que no se atienden enfermedades, sino personas.



6. Referencias

1. J.A. Pascual López, T. Gil Pérez, J.A. Sánchez et al. How to assess Person-Centered Care according to professionals? A Delphi study. *Aten Primaria* 2022 (2023); vol 54. Pp 11.
2. Harbishettar, V., Krishna, K. R., Srinivasa, P., & Gowda, M. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J. Psychiatry*. Vol 61.Pp. 776–781.
3. Scott JG, Cohen D, Dicicco-Bloom B, Miller WL, Stange KC, Crabtree BF. Understanding healing relationships in primary care. *Ann Fam Med*. Año 2008;Vol.6(4):Pp 776-781.
4. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Año 2016; Vol 33(4): Pp 780-784.
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*, Año 2019; vol 9. Pp 1-15.
6. Rosland A, Heisler M. Family Influences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help?. *Chronic Illn*. 2010;6(1):22–33.
7. Ojewale L, Oluwatosin A, Fasanmade A. A survey on patients' characteristics, perception of family support and diabetes self-management among type 2 diabetes patients in South-West Nigeria. *Nursing Open*. 2019;6:208–215.
8. Delaney R, Zhong L. Are people with diabetes getting the support they need? Deficits between support desired and received from family and friends relates to poorer health. *Patient Educ Couns*. 2023;110(107653):1-17.
9. Jie Hu, PhD, RN. Perceptions of African American Adults With Type 2 Diabetes on Family Support: Type, Quality, and Recommendations. *The Science of Diabetes Self-Management and Care*. 2021;20(10):1-10.
10. Gallant M, Spitze G. How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-Management among Older Adults. *North Dakota State Univ Lib*. 2015;29(5):375-409.
11. Bukhsh A, Goh B-H, Zimbudzi E, Lo C, Zoungas S, Chan K-G and Khan T. Type 2 Diabetes Patients' Perspectives, Experiences and Barriers Toward Diabetes-Related Self-Care: A Qualitative Study From Pakistan. *Front. Endocrinol*. 2020;11:534873.
12. Lee A, Piette J, Heisler M, Rosland A. Diabetes Distress and Glycemic Control: The Buffering Effect of Autonomy Support From Important Family Members and Friends. *Diabetes Care*. 2018;41:1157–1163.



13. Zhao Q, Yu X, Feng Y, et al. Patients' and family members' knowledge, attitudes and perceived family support for SMBG in type 2 diabetes: a fuzzy-set qualitative comparative analysis. *BMJ Open*. 2022;12:e063587.
14. Pamungkas R, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behav. Sci*. 2017;62(7): 1-17.
15. Kristianingrum N, Wiarsih W, Yuni A. Perceived family support among older persons in diabetes mellitus self-management. *BMC Geriatrics* 2018;18(1):304.
16. Reto J. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana [tesis profesional]. Sullana, Perú: Universidad San Pedro; 2017.
17. Canchari E, Allcca E. Apoyo Familiar y su relación con la práctica de autocuidado en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 [tesis profesional]. Ayacucho, Perú: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2018.
18. Azzollini, Susana C.; Bail Pupko, Vera, Vidal, Victoria A. El apoyo social y el autocuidado en Diabetes tipo 2. *Facultad de Psicología UBA*. 2012;19(1): 109-113.
19. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(1):1-9.
20. Pérez Z, Rivas Acuña V, Martínez Serrano A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte Sanitario*. 2015;14(1):14-20.
21. Nicklett, E.J., Heisler, M.E Spencer, M. & Rosland, A.M. Direct social support and long-term health among middle-aged and older adults with type 2 diabetes mellitus. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2013;68(6):933-943.
22. Lindsay S. Mayberry, PhD. Rationale, design, and recruitment outcomes for the Family/Friend Activation to Motivate Self-care (FAMS) 2.0 randomized controlled trial among adults with type 2 diabetes and their support persons. *Contemp Clin Trials*. 2022;122(106956):1-20.
23. Victoria J. Barr et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*. 2013; 7(1): 74.
24. Prevención, diagnóstico, tratamiento inicial, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones: guía de práctica clínica. México, CENETEC; 2019 [consultado el 19/07/2024].



-
25. Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [consultado el 19/07/2024].
 26. Tratamiento de dislipidemias en el adulto. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2022 [consultado el 20/07/2024].
 27. Elwyn G, Frosch D, Thomson R. Shared Decision Making: A model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361–7.
 28. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, et al. Key components of shared decision-making models: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9:1-11.
 29. Argimón JM, Guarga A, Jiménez J. Medicina basada en la evidencia: guías y protocolos. Elsevier. 2020; 72-91.



7. Anexos

ANEXO 1. INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA.

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PASANTE	AISLINN XIADANI ANZURES FABIAN
NOMBRE DE LA CARRERA	LICENCIATURA EN MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA	UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO
PROMOCIÓN	AGOSTO 2023 - JULIO 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARA	CST-III DR GERARDO VARELA MARISCAL JURISDICCION SANITARIA: TLALPAN
PERIODO QUE REPORTA:	AGOSTO 2023 – JULIO 2024
FECHA DE ENTREGA:	LUNES 15 DE JULIO 2024

2.- ACTIVIDADES

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

2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

ACTIVIDAD	1er TRIMESTR E	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTR E	4to. TRIMESTR E	ANUAL
DURANTE TODO EL AÑO					
ACTIVIDADES EXTRAMUROS					
Elaborar contenidos audiovisuales y virtuales, de información, comunicación y de difusión para promover la salud de la población. (trípticos, periódicos murales y carteles).	5	5	4	0	14
Promover, participar y realizar sesiones educativas con la población (talleres y foros)	0	1	1	1	3
Participar en los Grupos de ayuda mutua de la población usuaria de los servicios: embarazadas, estimulación temprana, personas adultas mayores, personas que viven con hipertensión y diabetes, para mejorar la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades.	0	1	2	3	6
Apoyar en la referencia de casos de violencia familiar o de pareja.	0	0	0	0	0



Participar en la integración de los Comités Locales de Salud.	0	0	0	0	0
Promover actividades físicas y de prevención de accidentes con énfasis en caídas.	220	198	216	238	872
Realizar actividades de información, prevención de infecciones de transmisión sexual.	15	5	0	0	20

2.1 EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTR E	2do. TRIMESTR E	3er. TRIMESTR E	4to. TRIMESTR E	ANUAL
TRES MESES					
ACTIVIDADES INTRAMUROS					
Procesar la información referente a las enfermedades de notificación obligatoria. (SUIVE)	1	2	0	0	3
Identificar las principales causas de morbilidad de la población que acude a la Unidad de Salud.	8	5	216	238	467
Analizar los factores de riesgo (relativo y atribuible) de la población con padecimientos de interés epidemiológico (transmitidas por vectores e infectocontagiosas).	10	2	0	0	12
Identificar los factores de riesgo para la prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.	60	2	3	2	67
Apoyar en la atención de población agredida por mordedura de mamíferos.	0	2	0	0	2
Apoyar en la identificar y atención de los ESAVIS (evento atribuible a vacunación o inmunización).	1	0	0	0	1
ACTIVIDADES EXTRAMUROS					
Participar en las Jornadas Nacionales y locales de Salud Pública.	2	3	1	0	6
Participar en las campañas de vacunación, e identificar los productos biológicos manejados en el programa de vacunación.	0	2	1	0	3
Conocer y manejar el contenido de la cartilla nacional de salud por grupo etario.	15	10	15	20	60
Apoyar en la realización de estudio de casos y apoyo a cercos epidemiológicos.	0	1	1	0	2



Realizar la detección de signos y síntomas de hipertensión arterial, diabetes, menopausia y cáncer de la mujer, cáncer de próstata, adicciones e infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.	190	239	210	238	877
---	-----	-----	-----	-----	-----

5.2 ATENCIÓN MÉDICA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTR E	2DO. TRIMESTRE	3ER. TRIMESTR E	4TO. TRIMESTR E	ANUAL
SEIS MESES					
ACTIVIDADES INTRAMUROS					
Consulta médica con apego en la normatividad, (Guías de Práctica Clínica de cada programa y del expediente clínico).	220	198	216	238	872
Elaborar y/o actualizar historia clínica y notas médicas.	102	97	216	238	653
Elaborar plan de tratamiento, receta médica e indicaciones.	203	198	216	238	855
Programar cita para seguimiento y evolución de los pacientes atendidos.	183	198	216	233	830
Solicitar e interpretar estudios de laboratorio y gabinete, con la tutoría del personal de base.	200	185	200	200	785
Buscar signos de violencia en la exploración física de la población.	203	198	216	204	821
Atender las enfermedades de los Programas prioritarios relacionados por grupo de edad, con apego a la normatividad y a las Guías de Práctica Clínica.	203	198	216	238	855
TRES MESES					
PROGRAMAS PRIORITARIOS					
Consultorio de Enfermedades Crónicas: Atención y seguimiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.	203	198	206	225	832
Consultorio de Salud materna: Atención y seguimiento de la mujer desde la preconcepción, control prenatal y puerperio.	10	5	0	1	16
Consultorio de Atención a la mujer: Brindar atención a la mujer en sus distintas etapas de la vida, incluyendo la detección oportuna del cáncer de la mujer (mama, CACU y de ovario)	10	5	0	1	16



Planificación familiar: Brindar orientación y atención a la población sobre la diversidad de métodos anticonceptivos, priorizando a la población adolescente, así como sensibilizar a la misma sobre el ILE (interrupción legal del embarazo).	10	2	0	1	13
Consultorio de Control del Niño Sano (EDI) Evaluación del Desarrollo Infantil Brindar atención y seguimiento a los menores en conjunto del cuidador para identificar factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz y nutricional. Identificación oportuna de signos y síntomas de cáncer infantil.	8	2	3	2	15

2.4 CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA

ACTIVIDAD	1er. TRIMESTR E	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTR E	4to. TRIMESTR E	ANUAL
Curso de inducción en la Jurisdicción Sanitaria.	5	0	0	0	5
Curso de inducción en la Unidad de Salud.	1	0	0	0	1
Sesiones académicas en la Jurisdicción Sanitaria.	1	1	1	0	3
Sesiones de capacitación en la Unidad de Salud.	7	8	10	4	29
Sesiones clínicas en la Unidad de Salud.	7	8	10	4	29
Cursos en Línea.	3	4	6	7	20

EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

ASPECTOS A EVALUAR	9 - 10	7 - 8	>6	OBSERVACIONES
CURSO DE INDUCCIÓN.	10			El curso de inducción me pareció enriquecedor ya que me permitió conocer la dinámica de actividades que como médico pasante me corresponde.
INTEGRACIÓN AL EQUIPO DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE SALUD.		8		Como médico pasante del programa de enfermedades crónicas no me permitió



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud

				integrarme en su totalidad a otros equipos de trabajo (salud materna, planificación, niño sano). Sin embargo, el equipo con quien tuve contacto fue siempre de respeto y trabajo en equipo.
ASESORÍA Y APOYO EN TUS ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL INSTITUCIONAL	10			La Doctora María del Carmen Sánchez Navarro encargada del programa de crónicos siempre me demostró el total apoyo en diagnóstico, tratamiento e interpretación de estudios en cada consulta, así como retroalimentaciones en varios casos.
COMUNICACIÓN CON EL JEFE DE UNIDAD Y TUTOR.	10			Se mantuvo una buena comunicación cuando se requirió.
FACILIDADES PARA CUMPLIR CON LA PLANEACIÓN MENSUAL Y EL TRABAJO DE CAMPO.	10			La planeación dentro del centro de salud me ayudó a cumplir mis objetivos y actividades.
CALIDAD DE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN Y CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE SALUD.		8		Me parece que en algunas sesiones de capacitación se requería mayor información y con una dinámica que permitiera captar la atención. Sin embargo, en su gran mayoría aportaron información valiosa.
EL SERVICIO SOCIAL TE PERMITIÓ CONOCER LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	10			Llevar mi año de servicio social en esta unidad fue agradable, ya que pude desarrollar aptitudes sobre

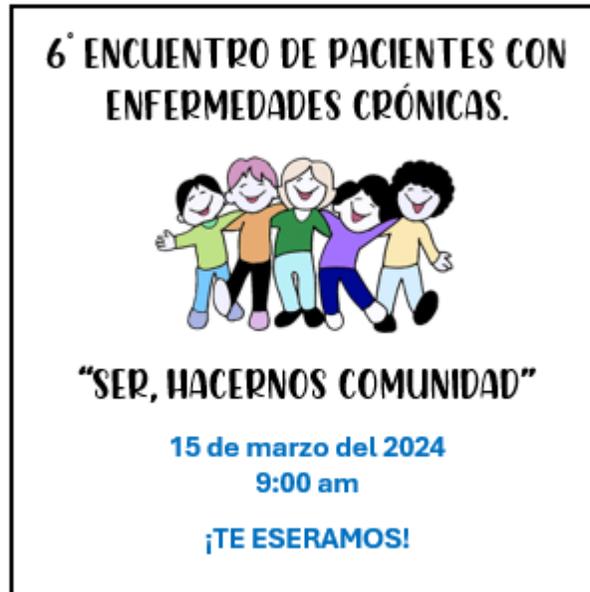


Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

				tratamiento y acercamiento en el primer contacto.
LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS FUERON RESUELTOS POR EL JEFE DE UNIDAD O LA JEFATURA DE ENSEÑANZA JURISDICCIONAL	10			Siempre que se necesitó ayuda, se brindó.
CALIFICACIÓN DE TU DESEMPEÑO COMO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL.	10			Considero que en todo el año de servicio realicé las actividades solicitadas, también superé mis expectativas.
SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO:				
Realizar simultáneamente mi servicio y diplomado de modelo de atención integral centrado en la persona me permitió reconocer que la medicina actual ha deshumanizado a los pacientes, muchas ocasiones se olvida que los pacientes antes de su padecimiento son personas y como personas cuentan con todo un contexto social, económico e incluso político que impacta directamente en su estado de salud (ya sea positiva o negativamente). Es por esto por lo que sugeriría realizar una capacitación a todo el personal de salud que tenga contacto con pacientes para que retomen nuevamente cual es el tema central de la medicina; atender personas, no enfermedades.				

Anexo 2. Invitación del 6° encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.





Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Anexo 3. Segunda sesión de consejo de asesores.



Anexo 4. Actividades del día mundial de la diabetes. "Un día sin azúcar"



Anexo 5. Realización de carteles para grupos de ayuda mutua de pacientes con enfermedades crónicas.



Anexo 6. Capacitación al personal de salud sobre "diagnóstico, tratamiento y seguimiento de hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención"



Anexo 7. Presentación de resultados en el sexto encuentro de pacientes con enfermedades crónicas.



Anexo 8. Platica en sala sobre "tamizaje oportuno de Diabetes Mellitus tipo 2 en población de riesgo".



Anexo 9. Cartel de "Hipertensión Arterial Sistémica" dirigido a la comunidad.

CST III DR GERARDO VARELA MARISCAL
AUTORA: MÉDICA AISLINN XIADANI ANZURES FABIAN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA



TAMIZAJE

¿Cuándo debo comenzar a tomar mi presión para detectar hipertensión?

2 VECES AL AÑO

Si tienes más de 40 años
Si tienes familiares hipertensos
Si presentas factores de riesgo:

- Diabetes Mellitus
- Obesidad
- Consumo de tabaco y alcohol



¿QUÉ ES?

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CRÓNICA; NO ES CURABLE PERO SI TRATABLE

Aumento sostenido de la presión que ejerce la sangre dentro de los vasos sanguíneos



1 de cada 4

EPIDEMIOLOGIA

¿Cuántas personas con hipertensas en México?

- 30 millones de Mexicanos son hipertensos.
- Equivale al 25% de la población total.
- De todos los pacientes hipertensos solo la mitad toman su medicamento.



VALORES

¿Cuáles son los valores normales de presión arterial?

- El valor normal es 120/80 mm Hg
- Las mujeres manejan presiones más bajas
- Si eres hipertenso debes tener una presión arterial menor a 140/90 mmHg para estar controlado.
- Si no tienes hipertensión y presentas una presión mayor a 140/90 mmHg puedes ser hipertenso



MANEJO

¿Cómo se trata la hipertensión?

Tratamiento farmacológico individualizado
Cambios en el estilo de vida

- Actividad física
- Dieta saludable
 - Verduras 50% del plato
 - Evitar refrescos, jugos, alimentos procesados.
 - Reduce hasta 9 mmHg de presión
- Disminución del consumo de sal

El control de la hipertensión no es exclusivo del medicamento, si no se hacen cambios en el estilo de vida no alcanzaremos metas de control



COMPLICACIONES

¿Qué pasa si mi hipertensión no se controla?

- Eventos cerebrovasculares
- Infarto agudo al miocardio
- Enfermedad Renal Crónica
- Retinopatía hipertensiva



SAL

¿Cuánta sal se consume al día?

Solo se debe consumir una cucharadita de té al ras de sal durante todo el día

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ES UNA ENFERMEDAD SILENCIOSA
UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO DISMINUYE EL RIESGO DE COMPLICACIONES
¡REVISAR TU PRESIÓN ARTERIAL Y ACUDE A TU MÉDICO!

Anexo 10. Tríptico de "Hipertensión Arterial Sistémica" dirigido a la comunidad.

CONSUMO DE SAL

Se recomienda consumir una cucharadita de té al ras de sal repartida en las 3 comidas del día

Eso equivale a 5 gramos de sal

Reduce hasta 8 mmHg de presión

EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN NO ES EXCLUSIVO DEL MEDICAMENTO, SI NO SE HACEN CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA NO ALCANZAREMOS METAS DE CONTROL

COMPLICACIONES

¿Qué pasa si no atiendo mi hipertensión?

- Riñón:** enfermedad renal crónica
- Vista:** retinopatía hipertensiva; pérdida progresiva de la visión
- Corazón:** infarto agudo al miocardio
- Cerebro:** eventos cerebrovasculares (derrame/infartos)

Un diagnóstico temprano reduce las complicaciones

Si no eres hipertenso... Toma tu presión al menos dos veces al año si...

- Estás embarazada o tuviste un embarazo que cursó con preeclampsia o eclampsia.
- Tienes más de 40 años
- Tienes factores de riesgo:
 - Diabetes Mellitus
 - Obesidad
 - Familiares con hipertensión

¡CUIDA TU CORAZÓN!

ACUDE A TU MÉDICO

Todo lo que debes saber de...

Hipertensión Arterial Sistémica

CST III Dr Gerardo Varela Mariscal
Autora: Médica Aislinn Xiadani Anzúres Fabián

¿Qué es la hipertensión?

¿Qué síntomas tiene?

La presión es la fuerza que ejerce la sangre dentro de los vasos sanguíneos.

Cuando la presión está elevada significa que el corazón se está esforzando de más para expulsar la sangre a todo el cuerpo

LA HIPERTENSIÓN ES UNA ENFERMEDAD SILENCIOSA EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

- Dolor de cabeza
- Ver lucecitas
- Zumbido de oídos
- Palpitaciones

EPIDEMIOLOGÍA

¿Cuántos Mexicanos son hipertensos?

- 1 cada 4 Mexicanos es hipertenso, eso es: ¡30 millones de Mexicanos!
- Solo el 50% de las personas hipertensas toma su medicamento y solo el 25% de todas las personas hipertensas están en metas de control

VALORES

El valor normal es 120/80 mmHg

- La presión puede alterarse con esfuerzos físicos, problemas en nuestra vida.
- Las mujeres manejan presiones más bajas.
- Si eres hipertenso la presión debe ser menor de 140/90 mmHg para estar en metas de control

TRATAMIENTO

¿Se cura la Hipertensión? ¿Cómo se trata?

La hipertensión es una enfermedad crónica, eso significa que no tiene cura, pero si es tratable

Tratamiento farmacológico: No todos los pacientes toman el mismo fármaco, se individualiza en cada paciente.

Tratamiento no farmacológico:

- Dieta saludable
 - 50% del plato deben ser verduras
 - Evitar refrescos, jugos y alimentos procesados
- Actividad física:
 - Disminuye hasta 9 mmHg de presión
 - 30 minutos diarios
 - Tiempo exclusivo para ejercicio

Anexo 11. Tríptico de "Actividad física" dirigido a la comunidad

PESAS CASERAS

¿Qué necesito?

1 BOTELLAS DE AGUA

2 SEMILLAS O ARENA

Proceso

Llena tus botellas con la arena o semilla que tengas en casa, tápalo bien y... ¡estás listo para usar!

Cada 15 días puedes subir a una botella más grande

¿Cómo es una actividad física de calidad?

- 30 minutos diarios
- 4-5 días por semana
- Destinar un tiempo exclusivo para realizar mi ejercicio

¿Por qué es importante?

La obesidad y sobrepeso son causas de enfermedades como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, infartos, cáncer, etc.

¡Hacer actividad física es amar tu cuerpo y tu salud!

Iniciando mi

ACTIVIDAD FÍSICA

Autora:
Dra. Aiglenn Xiadani Anzures Fabian

Abril 2024

1. Calentamiento

 10 repeticiones
 10 repeticiones x cada pierna
 15 repeticiones
 10 repeticiones

2. Ejercicio aeróbico

15-30 minutos

 Caminata con braceo y zancada larga
 Correr o trotar
 Bicicleta
 Saltar la cuerda
 ¡BAILARI!

3. Brazos y piernas

3 series de 10 repeticiones