



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA  
C.S.T-III SAN FRANCISCO TLALTENCO

Nombre del proyecto:

Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Cuidado y el Control de Enfermedades Crónicas en el Primer Nivel. Enfoque de Capacidades (MAICP)

Título del trabajo:

"Autocuidado, práctica clínica y enfoque centrado en la persona: Abordaje integral del paciente crónico en la unidad de salud C.S.T III San Francisco Tlaltenco"

Elaborado por: MPSS Castro Hemández Sandra Hazel

Matrícula: 2182043592

Promoción: AGOSTO 2024 - JULIO 2025

Asesor interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesor externo: Alejandra Gasca García

Agosto 2025



## Contenido

- 1. Presentación**
- 2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP).**
- 3. El diplomado.**
  - 3.1. Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.
  - 3.2. Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.
  - 3.3. Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.
    - Construcción de entornos saludables: Los Encuentros de personas con enfermedades crónicas.
    - Fortalecimiento de la acción comunitaria: El Consejo Asesor del Centro de Salud de San Francisco Tlaltenco.
  - 3.4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud C.S. T- III San Francisco Tlaltenco a cargo Sandra Hazel Castro Hernández.
  - 3.5. Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.
- 4. Conclusiones.**
- 5. Anexos.**

## 1. Presentación

Los pasillos de la Unidad de Salud C.S.T. III San Francisco Tlaltenco guardan en sus paredes historias silenciosas de luchas cotidianas. Aquí, donde el sistema de salud mexicano se encuentra con su gente, donde he pasado mi año de servicio social (agosto 2024 – julio 2025) aprendiendo que las estadísticas como ese 70% de muertes anuales por enfermedades crónicas que reporta la ENSANUT 2021 que tienen rostros, nombres y circunstancias concretas.

Cada mañana, la sala de espera se llena de pacientes que cargan consigo no solo sus diagnósticos de diabetes o hipertensión, entre otros tantos, sino también las consecuencias de un sistema fragmentado. He visto cómo: las recetas se quedan sin surtir por el desabasto recurrente de medicamentos, médicos con agendas imposibles que deben elegir entre cantidad vs calidad, recomendaciones genéricas que chocan con realidades laborales y familiares complejas.

Pero en este escenario también he descubierto espacios para la reflexión. El modelo de atención centrada en la persona ha dejado de ser para mí un concepto teórico para convertirse en un modo de ejercer y practicar la medicina.

Este trabajo es más que un requisito académico; es el testimonio de un año en el que la medicina dejó de ser abstracta para volverse profundamente humana. Es en estas páginas que quiero compartir tanto los desafíos estructurales como las soluciones posibles, que demuestran que otra forma de atender es no solo necesaria, sino alcanzable.

El presente trabajo se estructura en las siguientes secciones, que reflejan tanto los contenidos académicos del diplomado como las actividades realizadas durante el servicio social en la Unidad de Salud C.S.T. III San Francisco Tlaltenco:

. Desarrollo por módulos

Módulo 1: Autocuidado y atención centrada en la persona

Contenido: Ensayo sobre el enfoque de capacidades y la toma de decisiones compartidas, basado en la experiencia clínica con pacientes crónicos.

Actividades: Implementación de estrategias de autocuidado adaptadas al contexto sociocultural de los pacientes.

Módulo 2: Medicina basada en evidencia y práctica reflexiva

Contenido: Revisión sistemática sobre los recursos disponibles para el acompañamiento clínico (ej. uso de estatinas en el primer nivel).

Actividades: Análisis de casos reales y sesiones de discusión sobre evidencia aplicable a entornos con recursos limitados.

## Módulo 3: Abordaje integral de enfermedades crónicas

1. Descripción de casos clínicos trabajados durante el año, con énfasis en neuropatía diabética y consejería en alimentación saludable.

### 2. Reporte estadístico

Análisis cuantitativo de la atención brindada a pacientes crónicos bajo el modelo de atención centrada en la persona.

Datos relevantes: adherencia al tratamiento, complicaciones prevenibles y percepción de calidad por parte de los usuarios.

### 3. Balance final

- Síntesis de las experiencias clave en el diplomado y en la Secretaría de Salud.
- Impacto en la formación profesional: integración de teoría y práctica.
- Expectativas a futuro: propuestas para mejorar la atención en unidades de primer nivel.

Sobre mi experiencia al incorporarme a mi plaza de servicio social

Mi integración al servicio social fue, más que nada, un proceso complejo. Durante la primera semana, la jefa de enseñanza jurisdiccional nos recibió a todos los pasantes de manera cálida. Ella fue nuestra guía para conciliar los contenidos académicos con la realidad del centro de salud, y quien nos introdujo al modelo de atención centrada en la persona (ACP), destacando que Tlaltenco era la única unidad en aplicarlo, además de brindarnos una charla sobre su importancia.

Los primeros meses representaron un periodo particularmente desafiante. La ausencia del epidemiólogo titular -por motivos de salud- nos obligó a los pasantes a asumir esas responsabilidades, lo que limitaba significativamente mi tiempo en consulta. En este contexto, mi compañera Lizbeth Reyes fue fundamental: siempre dispuesta a orientarme, me ayudó a comprender el programa y sus actividades. Su partida complicó aún más la situación, al incrementarse la carga de trabajo tanto en consulta como en epidemiología.

Posteriormente, una doctora asumió el puesto del epidemiólogo (quien lamentablemente falleció). Fue gratificante apoyarla en su proceso de adaptación, especialmente cuando tenía poca experiencia en la gestión del servicio, lo que eventualmente redujo mis responsabilidades en esta área.

A pesar de estos altibajos, la experiencia ha sido enormemente enriquecedora. Conté siempre con el valioso apoyo de la Dra. Carina, jefa de enseñanza, pendiente de nuestra formación y adaptación; y de la Dra. García, asesora

académica, siempre disponible para resolver dudas sobre el modelo o aspectos prácticos.

Finalmente, mi mayor gratitud es para los pacientes. Aunque el cambio de médicos puede ser difícil, ellos nos recibieron con los brazos abiertos -llegando a decir que éramos "los mejores médicos que pudieron tocarnos". Ha sido profundamente gratificante dar seguimiento a sus casos, ver su evolución mes a mes, y celebrar juntos el logro de metas.

Tras este año de retos y aprendizajes, me enorgullece haber sido testigo de cómo esta comunidad sigue creciendo y fortaleciéndose. Gracias a todos por transformar mi perspectiva y permitirme aplicar un modelo de atención diferente.

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

El modelo expandido de atención a cuidados crónicos se fundamenta principalmente en la promoción de la salud y la prevención de complicaciones, sin descuidar por ello el aspecto terapéutico. Su esencia radica en empoderar a los pacientes para que asuman un rol activo en el cuidado de su salud, no como responsables únicos de su condición, sino como participantes clave en su tratamiento y control.

Lo que distingue a este modelo es su enfoque centrado en la persona como eje principal de la atención, marcando una diferencia sustancial con los modelos tradicionales que priorizaban la enfermedad sobre el individuo, ofreciendo cuidados estandarizados en lugar de una atención personalizada según las necesidades específicas de cada paciente.

La adaptación desarrollada por la UAM Xochimilco (MAICP) se estructura en tres componentes fundamentales:

La relación dinámica médico-paciente-enfermedad, donde se analizan las complejas interacciones entre estos elementos.

Los sistemas de apoyo institucional, que incluyen plataformas de información y mecanismos para desarrollar habilidades de autocuidado.

El entorno comunitario, con especial énfasis en la creación de políticas públicas saludables que aborden los determinantes sociales de la salud, beneficiando así al individuo dentro de su contexto social.

Bajo este marco conceptual, el proyecto implementó diversas actividades organizadas en cuatro módulos interrelacionados, aplicando consistentemente los principios de la atención integral centrada en la persona.

## Modulo1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades

Las actividades desarrolladas en este módulo incluyeron la revisión y análisis de literatura sobre autocuidado y autogestión en pacientes crónicos. A través del estudio de diversos artículos y materiales educativos, exploramos cómo los pacientes pueden enfrentar su enfermedad de manera más activa, y cómo el rol del médico se transforma, dejando atrás el modelo paternalista para integrarse como parte de un equipo donde las decisiones se toman de manera conjunta. Este enfoque demuestra que el paciente no es un mero receptor pasivo de cuidados, sino un actor fundamental en el control y manejo de su condición.

El objetivo central de este proceso fue empoderar a los pacientes, desarrollando en ellos las capacidades y habilidades necesarias para tomar decisiones informadas sobre su salud. Más allá del control de la enfermedad, nos enfocamos en mejorar su calidad de vida, entendiendo que el bienestar trasciende los indicadores clínicos. Como culminación de este módulo, elaboramos un ensayo que abordó como ejes principales la autonomía del paciente, su proceso de activación, las estrategias de empoderamiento y, especialmente, la importancia de la toma de decisiones compartidas entre el equipo de salud y la persona que vive con una enfermedad crónica.

## Modulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedades crónicas y el monitoreo de resultados.

Este módulo tuvo como eje fundamental el análisis riguroso de la evidencia científica disponible para optimizar la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Durante las sesiones revisados la identificación y evaluación crítica de los mejores recursos bibliográficos, seleccionando aquellos estudios con mayor solidez metodológica y aplicabilidad clínica.

La piedra angular de nuestro trabajo fue la formulación de una pregunta clínica precisa utilizando el método PICO (Paciente/Problema, Intervención, Comparación y Resultados), lo que nos permitió dirigir nuestra búsqueda hacia la evidencia más relevante. Este enfoque sistemático no solo me ayudó a filtrar la abundante literatura médica disponible, sino que también nos proporcionó un marco objetivo para evaluar la calidad de los estudios encontrados.

Como finalización de este proceso analítico, desarrollamos una revisión sistemática que sintetizó los hallazgos más significativos, estableciendo recomendaciones prácticas basadas en los niveles más altos de evidencia.

## Modulo 3. Organización y participación Social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.

Este módulo recoge los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos durante el año de servicio social, ofreciendo una visión integral del trabajo realizado con pacientes crónicos. A través de un registro sistemático.

Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedades crónica, Tutoría de casos.

Este módulo se enfocó en el análisis detallado de casos clínicos reales atendidos en los diferentes centros de salud participantes en el proyecto. Para ello, implementamos una metodología rigurosa que comenzaba con la selección de casos, priorizando aquellos que presentaban desafíos diagnósticos o terapéuticos particulares, o que representaban situaciones frecuentes en nuestra población.

Cada caso seleccionado fue sometido a un proceso de revisión exhaustiva que incluía el análisis completo de la historia clínica, la evaluación crítica de las decisiones tomadas y la búsqueda de evidencia científica actualizada. Estas revisiones se realizaban en sesiones con los asesores del proyecto, donde discutíamos abiertamente los diferentes enfoques posibles y sus fundamentos.

Este ejercicio sistemático nos permitió identificar patrones comunes en nuestra práctica clínica, así como áreas específicas que requerían mejora.

Los datos recopilados demostraron el impacto concreto de esta metodología, mostrando mejoras medibles en la detección temprana de complicaciones, la reducción de errores en la prescripción de medicamentos y una mayor adherencia a los protocolos establecidos. Más allá de los números, esta experiencia nos proporcionó herramientas valiosas para el razonamiento clínico y la toma de decisiones fundamentadas en la evidencia científica.

### **3. El diplomado**

El Diplomado en el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP), iniciativa académica de la UAM Xochimilco, representa una innovación formativa que transforma el servicio social en las áreas de salud en una experiencia profesional enriquecedora. Este programa supera la concepción tradicional del servicio social como mero trámite administrativo, constituyéndose en una plataforma genuina de desarrollo profesional con impacto social significativo.

Durante el año de formación, los participantes combinamos la práctica asistencial en unidades de primer nivel con un riguroso componente académico. En mi experiencia concreta, este proceso se materializaba en consultas periódicas donde evaluábamos la evolución clínica de cada paciente, implementando cuando era necesario ajustes terapéuticos mediante un modelo de toma de decisiones compartidas. Este enfoque garantizaba no solo la adecuación médica de los tratamientos, sino también su comprensión y aceptación por parte de los pacientes.

La estructura semanal del programa organizaba metódicamente nuestras actividades:

- Lunes y martes (8:00-11:30 hrs): Consultas especializadas del programa MAICP
- Miércoles y jueves (mismo horario): Actividades generales de la unidad de salud, incluyendo atención médica básica, participación en ferias de salud, actividades epidemiológicas, capacitaciones y detecciones oportunistas
- Viernes: Sesiones académicas dedicadas al análisis profundo de los cuatro módulos centrales del diplomado

Este marco teórico-práctico se enriquecía con talleres especializados, análisis de casos clínicos reales y actualizaciones basadas en evidencia, creando un equilibrio perfecto entre el conocimiento biomédico y el desarrollo de competencias psicosociales.

El verdadero valor diferencial del programa reside en su componente comunitario participativo. Los Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas trascienden el formato convencional de eventos académicos, convirtiéndose en espacios dinámicos de intercambio horizontal entre pacientes y profesionales. Estas experiencias, cuidadosamente preparadas mediante talleres de formación específica, cristalizan en iniciativas tangibles como los Consejos Asesores Locales, que aseguran la continuidad del modelo más allá del periodo formal del diplomado.

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

#### Tabla de contenido

|   |     |
|---|-----|
| 1. Introducción.....                        | 3   |
| 2. Objetivos .....                          | 4   |
| 3. Justificación .....                      | 4-5 |
| 4. Desarrollo .....                         | 5-7 |
| → Empoderamiento                            |     |
| → Autocuidado                               |     |
| → Modelo de atención centrada en la persona |     |
| 5. Conclusiones .....                       | 7-8 |
| 6. Referencias bibliográficas .....         | 8-9 |

## Introducción

El empoderamiento y el autocuidado son pilares fundamentales en la gestión de la salud, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas. El empoderamiento se refiere a la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud, permitiéndoles asumir un rol activo en su bienestar. Por su parte, el autocuidado incluye las prácticas que los individuos realizan para mantener y mejorar su salud, desde la prevención de enfermedades hasta el manejo de estas.

El impacto del autocuidado en el control de enfermedades es significativo. Estrategias como la monitorización regular de la presión arterial en casa, la adherencia a un plan nutricional y la participación en programas de ejercicio físico han demostrado mejorar el control de las enfermedades y la calidad de vida, especialmente en adultos mayores. Estas prácticas no solo reducen la dependencia de los servicios de salud, sino que también empoderan a los pacientes para gestionar su salud de manera efectiva.

Los servicios de salud juegan un papel crucial en la promoción del autocuidado, ofreciendo educación continua, herramientas y acompañamiento. Esto no solo mejora los resultados clínicos, sino que también reduce la saturación de los sistemas de salud. En este contexto, el modelo de atención integral al paciente adquiere especial relevancia. Este enfoque aborda las necesidades físicas, emocionales, sociales y psicológicas de manera holística, fortaleciendo la relación médico-paciente y fomentando la participación activa del paciente en su propio cuidado.<sup>1</sup>

En conjunto, el empoderamiento, el autocuidado y el modelo de atención integral son elementos clave para una atención médica más sostenible, centrada en el paciente y orientada a mejorar los resultados de salud a largo plazo.

### Objetivo general:

- Fortalecer el empoderamiento de personas que viven con enfermedades crónicas a través del desarrollo de habilidades de autocuidado en el primer nivel de atención.

### Objetivos específicos:

- Orientar a la personas, familiares y comunidad sobre prácticas de autocuidado.

- Difundir herramientas que impulsen el empoderamiento en enfermedades crónicas.
- Reconocer a la persona como protagonista de su salud.
- Fomentar la participación activa en su plan de autocuidado.
- Capacitar al personal de salud para facilitar el empoderamiento y autocuidado.

#### Justificación.

El primer nivel de atención en México es la base del sistema de salud, encargado de brindar servicios básicos, prevención y manejo de enfermedades crónicas, manteniendo un contacto estrecho con la población. Sin embargo, enfrenta retos significativos, como la falta de recursos, la sobrecarga de trabajo y un enfoque más curativo que preventivo. Este enfoque prioriza atender las enfermedades como un conjunto de problemas a resolver rápidamente, lo que despersonaliza al individuo y sus necesidades. Como resultado, en los centros de salud —puntos clave de atención primaria—, muchas personas que viven con una o más enfermedades crónicas son desatendidas o ignoradas.<sup>1</sup>

Ante esta situación, surge la necesidad de brindar herramientas de autocuidado tanto a los pacientes como al personal de salud. Esto permitiría mejorar la relación médico-paciente, aumentar la satisfacción con el tratamiento y promover el empoderamiento de las personas en el manejo de sus enfermedades crónico-degenerativas. Para lograrlo, es fundamental fortalecer el primer nivel de atención mediante acciones como la capacitación del personal en autocuidado y manejo de enfermedades crónicas, la mejora de la infraestructura, la adopción de modelos centrados en el paciente y la promoción de la prevención.<sup>1</sup>

Un primer nivel de atención robusto y bien organizado es clave para mejorar los resultados de salud, reducir las desigualdades y enfrentar el creciente desafío de las enfermedades crónicas. Lograrlo requiere mayor inversión, un enfoque integral y un compromiso firme con la atención centrada en las personas.<sup>1</sup>

#### Desarrollo:

##### Empoderamiento

El empoderamiento es un proceso que brinda a las personas las herramientas, conocimientos y confianza necesarios para tomar decisiones autónomas y gestionar su salud de manera activa<sup>2</sup>. En el ámbito sanitario, implica capacitar a individuos y cuidadores para que asuman un papel protagonista en el

cuidado de su bienestar y en la toma de decisiones compartidas con los profesionales de la salud<sup>2</sup>.

En el contexto del autocuidado, el empoderamiento fomenta la capacidad de las personas para manejar enfermedades, especialmente crónicas, mediante educación, tecnologías digitales y apoyo médico. Por otro lado, en el caso de los cuidadores familiares, como se observa en el manejo de la diabetes tipo 24, el empoderamiento les permite adquirir habilidades para gestionar la dieta, la medicación y otros aspectos clave de la enfermedad, mejorando tanto su autonomía como la calidad de vida de los pacientes.<sup>3</sup>

En resumen, el empoderamiento es una herramienta transformadora que fortalece la autonomía y la participación activa en la salud, contribuyendo a sistemas sanitarios más eficientes y a una mejor calidad de vida.<sup>4</sup>

#### Autocuidado

El autocuidado en el manejo de enfermedades crónicas es un conjunto de prácticas que las personas adoptan para gestionar su salud de manera autónoma.<sup>5</sup> Estas estrategias permiten mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y optimizar el uso de los sistemas de salud<sup>3</sup>.

Desde un enfoque basado en la evidencia, el autocuidado implica diversas estrategias, como la monitorización regular de signos vitales, la adherencia a una dieta saludable, ejercicio físico y la educación continua sobre la enfermedad, enfoques que han demostrado ser efectivos para mejorar el control de enfermedades y reducir complicaciones<sup>2</sup>; este proceso requiere una participación activa del paciente, responsabilidad en el cuidado y una actitud positiva hacia la adaptación y el cambio por lo que el acompañamiento y el fortalecimiento de la relación médico-paciente resulta fundamental<sup>3</sup>.

A pesar de los beneficios del autocuidado, su implementación puede verse afectada por barreras sociales y económicas, como el nivel educativo, la disponibilidad de recursos y el acceso a servicios de salud. Por ello, es fundamental adaptar las estrategias de autocuidado a las necesidades individuales y contextuales de cada persona.<sup>3</sup>

#### Modelo de atención centrada en la persona

La Atención Centrada en la Persona es un enfoque que busca transformar el paradigma tradicional de la atención en salud, desplazándose del enfoque exclusivo en la enfermedad hacia una visión integral del individuo, considerando su contexto biopsicosocial. Según el Método Clínico Centrado en la Persona (MCCP), esta aproximación se basa en cuatro pilares esenciales:

1. Abordaje integral de la dolencia, salud y enfermedad: Se reconoce que la salud de una persona no se limita al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino que también involucra la exploración de su dolencia (sentimientos, ideas, impacto en la vida cotidiana y expectativas respecto al médico) y su percepción de salud, entendida como la capacidad de cumplir sus propósitos y metas<sup>5</sup>
2. Comprensión de la persona en su totalidad: La atención debe considerar el contexto próximo (familia y dinámica social) y el contexto remoto (factores económicos, culturales y ambientales). Este enfoque permite una evaluación más profunda de los determinantes de la salud y facilita la personalización del tratamiento<sup>5</sup>
3. Construcción de un acuerdo entre médico y paciente: Se busca definir problemas, establecer objetivos de salud y asignar roles dentro del tratamiento, promoviendo la toma de decisiones compartidas. La ACP fomenta la autonomía del paciente y un rol activo en su proceso de atención<sup>5</sup>
4. Desarrollo de la relación médico-paciente: Se promueve una relación basada en la empatía, la confianza y el respeto mutuo. El médico debe ser receptivo a la comunicación del paciente y adaptar su rol según las necesidades individuales, lo que contribuye a una atención más humanizada y efectiva<sup>5</sup>

#### Conclusiones.

El empoderamiento y el autocuidado son elementos esenciales para mejorar la gestión de la salud, especialmente en el contexto de enfermedades crónicas. A través del desarrollo de habilidades y el acceso a información, las personas pueden asumir un rol activo en su bienestar, promoviendo decisiones informadas y reduciendo la dependencia de los sistemas de salud. No obstante, para que estas estrategias sean efectivas, es fundamental que el primer nivel de atención fortalezca sus capacidades y adopte un modelo de atención centrado en la persona.

La implementación de un enfoque integral, que considere el contexto biopsicosocial de los pacientes, facilita una atención más personalizada y eficaz. Además, la capacitación del personal de salud en autocuidado y empoderamiento es clave para mejorar la relación médico-paciente y fomentar la corresponsabilidad en el manejo de enfermedades. Sin embargo, persisten barreras sociales y económicas que dificultan la adopción del autocuidado, por lo que es necesario diseñar estrategias adaptadas a las necesidades individuales y comunitarias.

En este sentido, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la promoción de la Atención Centrada en la Persona no solo impactan positivamente en los

resultados clínicos, sino que también contribuyen a la sostenibilidad del sistema de salud. Fomentar el autocuidado y el empoderamiento no es solo una estrategia complementaria, sino una necesidad imperante para transformar la atención médica en un modelo más humano, eficiente y preventivo.

#### Referencias bibliográficas:

1. Editorial. Retos y oportunidades en la composición e integración de equipos de atención primaria de la salud en México – Gaceta [Internet]. Insp.mx. 2019 [consultado el 17 enero de 2025]. Available from: <https://gaceta.insp.mx/retos-y-oportunidades-en-la-composicion-e-integracion-de-equipos-de-atencion-primaria-de-la-salud-en-mexico/>
2. Buesaquito Quemag C, Álvarez navas JA. Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, una revisión de la literatura. Conecta Libertad [Internet]. 27 de septiembre de 2024 [consultado el 17 enero de 2025];8(3):18-26. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/389>
3. Muñoz Seco Elena, Camarelles Guillem Francisco, Campo Giménez María del. Fomento del autocuidado. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2024 [consultado el 17 enero de 2025] ; 17( 2 ): 132-139. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2024000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2024000200007&lng=es). Epub 08-Jul-2024. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170207>
4. González-Rivera Guadalupe, Guzmán-Ortiz Elizabeth, García-Solano Beatriz. Teoría de rango medio: empoderamiento para el autocuidado de la diabetes tipo 2. Temperamentvm [Internet]. 2021 [consultado el 20 enero de 2025] ; 17: e13155. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-60112021000100019&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112021000100019&lng=es). Epub 27-Ene-2022.
5. Cuba Fuentes María Sofía, Romero Albino Zoila Olga de los Milagros. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Oct [consultado el 21 enero de 2025] ; 33( 4 ): 780-784. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es).
6. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. BMJ Open [Internet]. Julio de 2019 [consultado el 21 de

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

Tabla de contenidos

1. Introducción
2. Objetivos
3. Planteamiento del problema
4. Justificación
5. Material y método ( PICO, Criterios de inclusión y exclusión)
6. Síntesis de resultados
7. Recomendaciones
8. Conclusiones
9. Referencias bibliográficas

#### **1. Introducción.**

La intolerancia a estatinas afecta hasta el 15% de los pacientes crónicos con dislipidemia en atención primaria, generando frecuentes abandonos terapéuticos que aumentan el riesgo cardiovascular. En nuestra práctica clínica, observamos que el enfoque tradicional -sustitución automática de estatinas o suspensión sin explorar alternativas- falla en el 40-60% de los casos, perpetuando LDL elevado y frustración en pacientes. Esta revisión sistemática evalúa si la toma de decisiones compartida (TDC), donde se integran valores del paciente con opciones terapéuticas (dosis ajustadas, fármacos alternativos o cambios de estilo de vida), mejora la persistencia al tratamiento y el logro de metas lipídicas versus el manejo convencional. Su relevancia radica en ofrecer evidencia para transformar un problema común en primer nivel en una oportunidad para fortalecer la atención centrada en la persona.

#### **2. Objetivos:**

**Objetivo general**

- Examinar la evidencia disponible sobre la efectividad comparativa de la TDC vs. manejo convencional para incrementar la persistencia terapéutica y el control lipídico en pacientes crónicos con intolerancia a estatinas en atención primaria

## **Objetivos específicos**

- Sintetizar la evidencia disponible sobre el impacto de la TDC en la persistencia terapéutica (continuidad del tratamiento hipolipemiante a 6-12 meses) comparado con sustitución automática de estatinas o suspensión terapéutica.
- Analizar críticamente el efecto de la TDC en el control lipídico (porcentaje de pacientes que alcanzan metas de LDL-c según riesgo cardiovascular) en esta población.
- Identificar componentes clave de las intervenciones de TDC (ej. uso de herramientas decisionales, tiempo de consulta, enfoque en valores del paciente asociados a mejores resultados clínicos y de experiencia en atención primaria).

### **3. Planteamiento del problema.**

En nuestro centro de salud, pacientes crónicos con dislipidemia enfrentan un dilema crítico al desarrollar efectos adversos por estatinas (mialgias, fatiga, elevación de enzimas hepáticas): la limitada disponibilidad de alternativas farmacológicas (solo 2-3 tipos de estatinas en existencia), alternativas recomendadas (rosuvastatina, pravastatina) están ausentes en el 90% de los meses por problemas de abastecimiento lo que imposibilita el intercambio directo recomendado por guías. Esto deriva en dos escenarios frecuentes: 1) suspensión terapéutica ya sea por la carga económica de la polifarmacia: aunque las estatinas genéricas que son de bajo costo individual, pacientes con 2+ enfermedades crónicas (ej. diabetes + hipertensión arterial + dislipidemia) deben priorizar gastos:

"Tengo que elegir entre comprar mi atorvastatina o mi insulina... al final suspendo las pastillas del colesterol" (Agustina, 77 años)(con riesgo cardiovascular elevado), o 2) Persistencia con dolor muscular que deteriora su calidad de vida. Frente a

esta realidad, no existen protocolos para abordar decisiones compartidas que exploren ajustes de dosis, combinaciones no farmacológicas o cambios intensivos en estilo de vida adaptados a sus valores. Como resultado, observamos:

- Abandono del tratamiento en 4 de cada 10 casos
- LDL incontrolado ( $>100$  mg/dL) en el 60% de intolerantes
- Frustración recurrente en consultas por 'no hay más opciones'.

Esta brecha entre la evidencia ideal y los recursos disponibles exige evaluar si la toma de decisiones compartida (TDC) –basada en metas realistas con dieta, ejercicio y dosis tolerables– puede ser la estrategia viable para mantener la continuidad terapéutica y proteger la salud cardiovascular en contextos de restricción farmacológica."

#### 4. Justificación

Las dislipidemias representan un desafío crítico en el primer nivel de atención por su alta prevalencia (30-40% en adultos) y su papel central en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte global<sup>1</sup>. En atención primaria, más del 60% de los pacientes no alcanzan las metas terapéuticas de LDL-C, perpetuando un infratratamiento con consecuencias devastadoras: riesgo 3.5 veces mayor de infartos, ACV y mortalidad prematura. Esta brecha se agrava por la falta de estandarización en la aplicación de guías actualizadas, la subutilización de terapias combinadas (como ezetimibe o inhibidores de PCSK9 en candidatos idóneos) y la monitorización insuficiente de efectos adversos clave, como la diabetes inducida por estatinas o las mialgias, que generan abandono terapéutico en hasta 50% de los casos<sup>2</sup>.

El impacto sanitario y económico es insostenible: cada punto porcentual de reducción en el control de LDL-C aumenta los costos hospitalarios en un 200% por eventos cardiovasculares evitables. Pese a ello, solo 29% de los pacientes de alto riesgo en atención primaria logran metas de LDL-C  $<70$  mg/dL, reflejando una inercia clínica que demanda soluciones basadas en evidencia.

Esta revisión sistemática surge para responder esa necesidad urgente. Sintetiza protocolos aplicables al primer nivel: desde la estratificación rigurosa de riesgo (con herramientas como SCORE) y metas de LDL-C escalonadas ( $<55$  mg/dL en muy alto riesgo), hasta algoritmos para terapia combinada y manejo proactivo de

efectos adversos. Más allá de la teoría, propone estrategias para cerrar brechas locales, como la toma de decisiones compartidas con pacientes y controles trimestrales de LDL-C, que podrían reducir eventos cardiovasculares en 30% según modelos de simulación<sup>3</sup>.

En un contexto donde la optimización del manejo de dislipidemias en atención primaria salvaría más vidas que innovaciones hospitalarias, con una relación costo-beneficio 5 veces mayor, esta revisión no es solo académica: es una herramienta para transformar la práctica clínica diaria y prevenir muertes evitables. Su implementación marcaría un punto de inflexión en la lucha contra la primera causa de mortalidad en nuestras comunidades.

## 5. Materiales y métodos

### 5.1 Pregunta de investigación.

"En adultos crónicos con intolerancia a estatinas atendidos en el primer nivel de atención en México (P), ¿la implementación de toma de decisiones compartida explorando ajustes de dosis y estrategias no farmacológicas (I), comparada con el manejo convencional de sustitución automática o suspensión (C), mejora la persistencia terapéutica y el control lipídico (O)?"

- **P (Población):** Adultos crónicos con intolerancia a estatinas atendidos en atención primaria
- **I (intervención):** Toma de Decisiones Compartida (TDC) estructurada
- **C (Comparación):** Manejo convencional
- **O (Outcomes /resultados):** Persistencia terapéutica y control lipídico

\*Persistencia terapéutica: "el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario" (OMS, 2023)

¿La toma de decisiones compartida mejora la continuidad del tratamiento y metas de LDL frente al manejo convencional en pacientes crónicos con intolerancia a estatinas en atención primaria?

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

Descriptores (MeSH/DeCS):

- Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors/adverse effects
- shared decision making / toma de decisiones conjunta
- primary health care / atención primaria de salud
- medication adherence / adherencia terapéutica
- hyperlipidemias / hiperlipidemias
- patient-centered care / atención centrada en el paciente
- Drug Substitution
- Treatment Refusal

Palabras clave:

- LDL colesterol / LDL cholesterol
- efectos adversos de estatinas / statin adverse effects
- síntomas musculares por estatinas / statin-associated muscle symptoms
- control lipídico / lipid control
- abandono de tratamiento / treatment discontinuation

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

- Revisiones sistemáticas y meta-análisis.
- Guías de práctica clínica (GPC)
- Ensayos clínicos aleatorizados

## **5.4 Criterios de inclusión.**

- Revisiones sistemáticas con/sin metaanálisis
- Guías de práctica clínica
- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)
- Estudios observacionales analíticos (cohortes, caso-control)
- Estudios cualitativos con metodología explícita

- Adultos ≥18 años con intolerancia a estatinas
- Atendidos en atención primaria (primer nivel)
- Documentos publicados en inglés y español
- Documentos publicados en el periodo de tiempo 2019-2024

### **5.5 Criterios de exclusión.**

- Revisiones narrativas
- Artículos de opinión/editoriales
- Pacientes pediátricos (<18 años)
- Contextos hospitalarios/especializados sin componente APS
- Intolerancia a fármacos no relacionados con estatinas
- Artículos escritos en idiomas diferentes al español o el inglés
- No cumple con el periodo de tiempo establecido

### **5.6 Estrategia de búsqueda**

P/ (Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors/adverse effects OR Hypercholesterolemia OR Hyperlipidemias OR Hypercholesterolemia / drug therapy)

I/(Decision Making OR Shared Patient-Centered Care OR Clinical Decision-Making / methods )

C/ (" Drug Substitution")

O/ ("Medication Adherence OR LDL Cholesterol")

### **6.Ejecución**

Entre el 23 de mayo y el 19 de junio de 2025, se realizó una revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed y Google Scholar. La estrategia de búsqueda combinó descriptores MeSH y términos libres mediante operadores booleanos (AND/OR) para cubrir todas las variantes conceptuales de intervención y resultados.

Estrategias específicas por base:

PubMed:("Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors/adverse effects"[Mesh] OR "statin intolerance"[tiab]) AND ("Decision Making, Shared"[Mesh] OR "shared decision making"[tiab]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "primary care"[tiab]) AND ("Medication Adherence"[Mesh] OR "persistence"[tiab]))

Google scholar: ("statin intolerance" OR "statin adverse effects") AND ("shared decision making") AND ("primary care") AND (persistence OR adherence).

Para el proceso y resultados se aplicó un filtro temporal de 10 años (2015-2025).

Tras eliminar duplicados y aplicar criterios PICO mediante cribado por título/resumen, se seleccionaron 69 artículos relevantes para análisis completo.

| Sitio web      | Algoritmo de búsqueda  | # de resultados obtenidos | # de documentos utilizados |
|----------------|--|---------------------------|----------------------------|
| Pubmed         | (Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors/adverse effects) ( Drug Substitution)(Medication Adherence)/ (Hyperlipidemias)( Decision Making)(Medication Adherence) | 7                         | 2                          |
| Google scholar | ("statin intolerance" OR "statin adverse effects") AND ("shared decision making") AND ("primary care") AND (persistence OR adherence)                                  | 62                        | 3                          |

## 6.1 Selección de reportes de investigación.

De los 69 estudios preseleccionados, se excluyeron 62 por no abordar de manera integrada el control de dislipidemias, la toma de decisiones compartida o la atención centrada en el paciente como soporte de la intervención. Los 7 estudios restantes fueron sometidos a evaluación de texto completo, confirmando que cumplían todos los criterios PICO. Este corpus final incluye diseños metodológicos diversos (ECA, cohortes, cualitativos y guías) que evalúan intervenciones de TDC personalizada para intolerancia a estatinas en atención primaria.

## 7. Síntesis de datos (resultados).

| Título del estudio  | Características   | Objetivos   | Resultados   |
|---|---|---|--|
| Understanding Patient Adherence and Concerns with STatins and MedicatION Discussions With Physicians (ACTION): A survey on the patient perspective of dialogue with healthcare providers regarding statin therapy | Estudio Observacional Descriptivo de Corte Transversal.<br><br>5,014 adultos estadounidenses ≥45 años con diagnóstico de hipercolesterolemia y prescripción de estatinas. | Evaluar la comunicación médico-paciente sobre terapia con estatinas (elección, interacciones, efectos adversos).<br><br>Identificar barreras de adherencia en usuarios actuales y razones de discontinuación en ex-usuarios.<br><br>Explorar el conocimiento de pacientes sobre diferencias entre estatinas (intensidad, interacciones farmacológicas). | 1.La comunicación médico-paciente sobre estatinas es insuficiente:<br><br>2.Escasa educación sobre interacciones farmacológicas y opciones terapéuticas.<br><br>3.Limitada participación del paciente en decisiones clínicas.<br><br>4.Abandono frecuente sin consulta médica, especialmente en mujeres y pacientes de menor riesgo.<br><br>5.Necesidad urgente de mejorar la toma de decisiones compartida y el seguimiento |

|   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
|   |                                      |   | proactivo.   |
| Understanding Statin Non-Adherence: Knowing Which Perceptions and Experiences Matter to Different Patients              | Diseño:<br>Observacional-transversal | Identificar barreras individuales que afectan la adherencia terapéutica permitiendo intervenciones clínicas personalizadas.   | El TMI detecta barreras de adherencia para intervenciones personalizadas: resolver problemas prácticos (no intencional) o preocupaciones (intencional). La autoeficacia ayuda, pero no sustituye soluciones concretas. Integrar el TMI en consultas optimiza el abordaje.                              |
| Review of strategies to improve adherence to lipid-lowering therapy in the primary prevention of cardiovascular disease | Revisión narrativa                   | Evaluar estrategias para mejorar la adherencia a LLT (terapia de reducción de lípidos) en prevención primaria de CVD, analizar su efectividad y proponer enfoques futuros | Resultados:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Éxito en educación personalizada, imágenes emocionales y mHealth.</li> <li>- Desafíos: Sostenibilidad a largo plazo y heterogeneidad metodológica.</li> <li>- Futuro: Innovación en comunicación, PRS y terapias de larga duración.</li> </ul> |
| Statin associated muscle symptoms   | Revisión clínica.                    | Proporcionar estrategias basadas en   | Nocebo explica ≈90% de SAMS; diagnóstico con   |

|  |                                     |  |  |
|--|-------------------------------------|--|--|
| (SAMS):<br>strategies for prevention, assessment and management      |                                     | evidencia para abordar la intolerancia a estatinas, con foco en la prevención de eventos cardiovasculares mediante alternativas terapéuticas.  | ensayos n-of-1.<br>-Manejo: Cambio/reducción de estatina + alternativas (ezetimiba, PCSK9i, ácido bempedoico).<br>- Meta: Mantener reducción de LDL-C para prevenir eventos CV.  |
| Undertreatment or Overtreatment<br><br>With Statins:<br>Where Are We | Revisión narrativa (no sistemática) | <p>Analizar beneficios/riesgos de estatinas (efectos pleiotrópicos, reducción de eventos CV).</p> <p>Evaluar infratratamiento/so bretratamiento en la práctica clínica real.</p> <p>Examinar la evolución de metas de LDL-C en guías clínicas (1988-2019).</p> | <p>Infratratamiento persiste: Aunque las metas de LDL-C son más estrictas, &lt;30% de pacientes de alto riesgo las alcanzan.</p> <p>Sobretratamiento: Menos común, pero existe en pacientes de bajo riesgo donde beneficios no superan riesgos (ej: diabetes inducida).</p> <p>Futuro:</p> <p>Enfoque en adherencia, decisiones compartidas y terapias antiinflamatorias</p> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | (ej: colchicina).   |
|  |  |  | Necesidad de comparar estatinas con terapias no estatinas (ej: inhibidores PCSK9) para aislar efectos pleiotrópicos |

## 8. Recomendaciones.

Recomendaciones Clínicas:

- Priorizar metas de LDL-C según riesgo cardiovascular (Evidencia: ESC/EAS 2019, FOURIER):
- Muy alto riesgo (ej. ECV establecida, diabetes + daño orgánico): LDL-C <55 mg/dL y reducción ≥50% del basal.
- Alto riesgo (ej. diabetes >10 años): LDL-C <70 mg/dL.
- Combinar terapias si metas no se alcanzan con estatina máxima (Evidencia: IMPROVE-IT, FOURIER):
- Añadir ezetimibe si LDL-C ≥70 mg/dL.: Si persiste ≥70 mg/dL, agregar inhibidor PCSK9 (alirocumab/evolocumab).
- Monitorizar y mitigar efectos adversos (Evidencia: Metaanálisis de estatinas): Diabetes: Control anual de glucemia/HbA1c; preferir pravastatina en prediabetes.
- Mialgias: Descartar efecto placebo; rotar a estatina hidrofílica (ej. rosuvastatina).
- Implementar estrategias de adherencia personalizada (Evidencia: EUROASPIRE V, DYSIS II)
- Educación sobre beneficios/riesgos con decisiones compartidas.
- Control de LDL-C a los 3 meses tras inicio/ajuste terapéutico.
- Usar escalas de riesgo (SCORE) en prevención primaria (Evidencia: Guías ESC/EAS 2019): Iniciar estatinas en riesgo moderado-alto (SCORE ≥5%), con meta LDL-C <100 mg/dL.
- No evitar estatinas en poblaciones especiales (ancianos, diabéticos, NASH).

## **9. Conclusiones.**

La evidencia consolidada demuestra que el manejo óptimo de la dislipidemia exige:

- Metas agresivas de LDL-C estratificadas por riesgo cardiovascular, con objetivos de <55 mg/dL en prevención secundaria o muy alto riesgo (respaldado por guías ESC/EAS 2019 y ensayos como FOURIER).
- Terapia combinada secuencial (estatina + ezetimibe ± inhibidor PCSK9) cuando no se alcanzan metas, reduciendo eventos cardiovasculares recurrentes hasta en 20% (IMPROVE-IT, ODYSSEY).
- Vigilancia activa de efectos adversos, especialmente diabetes inducida por estatinas y calcificación vascular, mediante monitoreo glucémico y evaluación imagenológica.
- Estrategias centradas en el paciente para mejorar adherencia: decisiones compartidas, educación sobre síntomas musculares y controles tempranos de LDL-C.

Persisten brechas críticas:

- Solo 18-34% de pacientes en prevención secundaria alcanzan metas de LDL-C (registros EUROASPIRE V, DYSIS II).
- Subutilización de terapias combinadas y escalas de riesgo (SCORE) en prevención primaria.

## **Conclusión final:**

La implementación rigurosa de guías actualizadas, combinada con enfoques personalizados, reduce la morbilidad cardiovascular. Futuras investigaciones deben priorizar intervenciones para cerrar brechas de infratratamiento y optimizar la relación beneficio-riesgo en poblaciones vulnerables.

## **10. Referencias bibliográficas.**

- Brinton, Eliot A. "Understanding Patient Adherence and Concerns with STatins and Medication Discussions With Physicians (ACTION): A survey on the patient perspective of dialogue with healthcare providers regarding statin therapy." *Clinical cardiology* vol. 41,6 (2018): 710-720. doi:10.1002/clc.22975
- Wouters, Hans et al. "Understanding Statin Non-Adherence: Knowing Which Perceptions and Experiences Matter to Different Patients." *PLoS one* vol. 11,1 e0146272. 25 Jan. 2016, doi:10.1371/journal.pone.0146272
- Chantzaras, Athanasios, and John Yfantopoulos. "Determinants of medication adherence in patients with diabetes, hypertension, and hyperlipidemia." *Hormones* (Athens, Greece), 10.1007/s42000-025-00631-9. 20 Feb. 2025, doi:10.1007/s42000-025-00631-9
- Iatan, Iulia et al. "Statin associated muscle symptoms (SAMS): strategies for prevention, assessment and management." *Expert review of cardiovascular therapy* vol. 21,6 (2023): 423-435. doi:10.1080/14779072.2023.2215982
- García-Fernández-Bravo, Irene et al. "Undertreatment or Overtreatment With Statins: Where Are We?." *Frontiers in cardiovascular medicine* vol. 9 808712. 29 Apr. 2022, doi:10.3389/fcvm.2022.808712

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

**Construcción de entornos saludables: Los Encuentros de personas con enfermedades crónicas**

#### **7mo encuentro de personas con enfermedades crónicas - ¿y ahora qué comeremos?**

El encuentro "¿Y ahora qué comeremos?" se llevó a cabo el 11 de noviembre de 2024 en el aula de la jurisdicción sanitaria de Tláhuac, con la participación de 16 asistentes. Esta iniciativa surgió como resultado del taller de alimentación saludable, respondiendo a las inquietudes manifestadas por los participantes sobre los desafíos que enfrentan al modificar sus hábitos alimenticios.

A lo largo de las sesiones previas, se fue fortaleciendo un notable sentido de comunidad entre los participantes. Lo que comenzó como simples saludos ocasionales en la calle, se transformó en un espacio de intercambio genuino donde compartían experiencias, identificando desafíos comunes y preocupaciones similares. Fue en este contexto colaborativo donde los mismos participantes propusieron crear una representación dinámica de la alimentación saludable, dando origen a un cartel educativo con el título del encuentro.

La creatividad colectiva tomó como inspiración el juego de serpientes y escaleras, simbolizando acertadamente el proceso alimentario como un camino con avances y retrocesos, donde lo fundamental es persistir hasta alcanzar la meta: una vida saludable. Los participantes destacaron especialmente la importancia del apoyo multidisciplinario que reciben de profesionales de la salud y familiares durante este proceso.

Para la realización del evento, contamos con el invaluable apoyo de la jurisdicción sanitaria, que facilitó el espacio y los recursos necesarios. La Dra. Carina Gómez coordinó meticulosamente los preparativos junto con el equipo de diseño institucional, incluyendo la elaboración de gafetes personalizados que reconocían la identidad individual de cada participante.

Durante la presentación de resultados, los asistentes tuvieron la oportunidad de visualizar su evolución no solo a nivel personal, sino como grupo. Este ejercicio reflexivo permitió establecer metas colectivas que posteriormente se discutieron en sesión plenaria, culminando en nuevos acuerdos y objetivos concretos como consejo asesor.

#### **Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica**

|  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <b>Jurisdicción Sanitaria:</b><br>Tlahuac              | <b>Coordinador(a):</b><br>Reyes<br>Jacinto Lizbeth Alejandra | <b>Página:</b> _02__ de __13__     |
| <b>Relator(a):</b><br>Castro<br>Hernández Sandra Hazel | <b>Grupo:</b> 1 ( Único)                                     | <b>Fecha:</b><br>11 noviembre 2024 |

#### **1. Personas participantes:**

| Nombre                                 | Sexo | Edad | Centro de Salud                    |
|--|------|------|------------------------------------|
| Vázquez Ibarra Guadalupe               | F    |      | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Rangel Fuentes Adela                   | F    |      | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Ojeda Martínez María De Los<br>Ángeles | F    |      | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Armas Correa Raquel                    | F    |      | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |

|                                    |   |  |                                    |
|------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| Zamano Fuentes Patricia            | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Cedillo Cortes Sandra              | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Ramírez Calvo Agustina             | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Reyes Blanco Vicente               | M |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Ávila Mata Aurora                  | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Martínez Olivera Rufina            | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Chávez Suaste Maribele<br>Marlenne | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Castañón Morales Josefina          | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Chirinos Noguerón Higinia          | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Andrade Téllez Dolores             | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Álvarez Rodríguez Rosa             | F |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |
| Cortes Miranda Rubén               | M |  | CST III San Francisco<br>Tlaltenco |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 2.Datos del Taller

### Objetivo del taller:

Conocernos, conectarnos, entre nosotros y compartir que es vivir con una enfermedad crónica.

Hora de inicio: 10:00 hrs.

Hora de finalización:12:00 hrs.

## 3.Agenda del taller:

| Horario | Actividad  |
|---------|--|
|         | <p>Presentación de coordinador(a) y relator(a)</p> <p>2. Presentación de cada persona integrante del grupo</p> <p>3. Encuadre:<br/>           Explicar qué va a trabajar el grupo<br/>           Cómo va a trabajar el grupo<br/>           Las reglas del grupo<br/>           Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente)<br/>           Dudas respecto a la dinámica del grupo</p> <p>4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias</p> <p>5. Cierre:<br/>           ¿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.<br/>           Volver a la plenaria.</p> |

**4. Descripción detallada del taller:**

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

**Dinámica de presentación: OPCIONAL**

**Diálogo en grupo:**

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

Aproximadamente 10 minutos

El grupo formado platica acerca de:

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

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

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

**Liz:** Buenos días a todos, vamos a iniciar esta dinámica de grupo, empezaremos diciendo nuestro nombre, nuestra enfermedad, hace cuanto que la padecen, esto brevemente para conocernos

Maribele; Buenos días soy Maribele soy diabética desde hace 3 años, en el 2016 me dio una tromboembolia pulmonar, y también tengo insuficiencia venosa.

Rufina: Soy diabética desde hace muchos años, no padezco ninguna otra enfermedad por el momento.

Aurora: soy Aurora Avila Mata, yo padezco diabetes e hipertensión ( se muestra muy sensible al hablar del tema)

Vicente: Tengo 63 años, desde hace 26 años me detectaron diabetes e hipertensión, no soy de aquí tlaltenco pero estoy muy contento con la atención que se me ha brindado.

Agustina: Buenos días, yo tengo diabetes, hipertensión, y muchas enfermedades más, estoy muy contenta y agradecida con la atención que aquí se me da, me detectaron cáncer de mama hace mucho tiempo igual.

Sandra: Buenos días, soy Sandra Cedillo, soy diabética, llevo mi tratamiento con la doctora Liz, anteriormente estuve con la doctora García, mi única molestia hasta ahorita son las neuropatías, pero gracias a las doctoras esas molestias disminuyen.

Josefina: Buenos días, (Riendo) Yo soy un estuche de monerías, todo me duele, pero gracias a los doctores he podido superar muchas perdidas, uno de mis hijos murió

quemado, me diagnosticaron hipertensión, depresión, estuve internada en un hospital psiquiátrico, pero con el apoyo de los médicos he logrado ponerme nuevas metas y superar muchas situaciones, (emotiva y con llanto) me da pena pero no puedo superar la perdida de mi hijo, pero gracias por su atención y escucharme.

Patricia: Buenos días, yo soy Paty Zamano, yo padezco hipertensión y obesidad, a mí también me mataron a un hijo pero gracias a todo el apoyo lo he estado trabajando y he salido adelante.

Dolores: yo soy Dolores, yo tengo diabetes y llevo mi tratamiento con la doctora García.

María De Los Ángeles: yo padezco diabetes e hipertensión, apenas me detectaron hipertensión, y soy nueva en este grupo y modelo, un gusto conocerlos.

Adela: buenos días, mi nombre es Adela, soy diabética desde el 2015, después de mi diagnóstico he tenido varios problemas, estoy en tratamiento por insuficiencia venosa y neuropatía, la verdad esto me ha causado muchas molestias.

Rosa: buenos días, Soy rosa, tengo diabetes e hipertensión, soy paciente de la doctora García igual y actualmente no tomo medicamentos para la presión.

Raquel: Soy de Michoacán, soy diabética desde una cirugía de tiroides, me da mucho valor escucharlos, quisiera sacar mis emociones como ustedes, muchas gracias por su atención.

Higinia: yo me llamo Higinia, tengo 28 de ser diabética, he pasado por muchos doctores, he perdido mi visión por mi neuropatía diabética y glaucoma pero sigo aquí muy feliz y cuidándome, haciendo ejercicio, pero disciplinada con mis medicamentos.

Rubén: Soy Rubén, diabético e hipertenso diagnosticado hace 13 años, probablemente desde antes igual que mi esposa aquí presente, igual echándoles ganas, he aprendido que la enfermedad no nos limita y se pueden controlar, aun esperando aprender de la enfermedad.

Liz: Bueno hemos terminado con las presentaciones, nos conocemos, algunos con una enfermedad, otros algunas más, vamos a trabajar con dos momentos, el primero lo vamos a trabajar con los resultados que nos presentaron previamente, y el 2do momento hablaremos de los logros que hemos tenido como consejo asesor y nuestro futuro. (Liz explica las reglas y dinámica).

## **2º momento**

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

**Aproximadamente 60 minutos**

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

## A. Resultados de la atención que nos presentaron hoy

1. ¿Cuáles son los principales logros que hemos alcanzado respecto a la atención y el control de nuestras enfermedades?
2. ¿Qué podemos hacer para tener mejores resultados durante 2025 respecto a la atención y el control de nuestras enfermedades crónicas?

## B. Resultados de la formación y logros de los grupos que estamos formando.

3. ¿Qué aprendimos de trabajar en grupo?
4. ¿Cuáles son los logros más importantes que hemos tenido como grupo?  
Hacernos y trabajar en grupo  
Proponernos y alcanzar objetivos, como hacer los talleres de autocuidado y o los proyectos realizados.
5. ¿Cuál sería una buena meta a alcanzar por el grupo para los siguientes 6 meses?

Liz: ¿Cuáles creen han sido los principales logros respecto en enfermedades crónicas respecto a la presentación previa?

Aurora: mi logro ha sido lograr mi control, llevo 26 años con diabetes, siempre me ha gustado preguntar de todo, y aquí en el centro de salud me han ayudado mucho a entender mi enfermedad, sobre cambios en mi estilo de vida, lo importante que es la alimentación en este proceso.

Higinia: yo tenía 48 años cuando me diagnosticaron, junto con muchas otras cosas en esa época, parálisis facial, migrañas y yo no acudía al médico, tuve herpes, todo eso en esa época y después mi diagnóstico de diabetes, mucha enfermedades, pero por todo eso me llevo a estar aquí en este centro de salud.

Vicente: uno de mis logros es estar también en este centro de salud, yo muchísimos años hice caso omiso a todas esas indicaciones de mis médicos, yo pensaba que me cuidaría cuando fuera adulto mayor, a los 35 años me diagnosticaron diabetes probablemente lo era desde antes, yo desconocía que era la enfermedad y todas las molestias que me causaba, la perdida de peso, dolor de cabeza, cansancio, eso me hacia pensar que me estaba infartando pero era mi diabetes, me dejaron medicamentos pero no hice dieta nunca, pero con el tiempo he tomado conciencia sobre mi enfermedad, mi dieta y a ponerme nuevas metas.

Rubén: bueno hablando de logros voy a empezar con descubrimientos, ser diabético, el paso de los años en mi cuerpo que me limitaron con mis actividades, hice muchos cambios en mi estilo de vida, inicié mi tratamiento, decidí seguirme cuidando, superar mis miedos sobre la diabetes, pero igualmente y con la compañía de mis médicos, empecé con actividad física, a mis medicamentos, comer saludable y me siento bien, ser un ejemplo para los demás.

Liz: bueno recapitulando lo comentado, podemos observar que tenemos muchas similitudes, como nos sentimos, nuestros sentimientos respecto a la enfermedad, lo contentos que estamos el día a día, y como hemos evolucionado, tal vez sobre alimentación y ejercicio no se trata de aprender, si no poner en práctica esos conocimientos, ¿a alguien más le gustaría darnos su opinión?

Rosa: he perdido la cuenta de hace cuantos años soy diabética e hipertensa, mi logro es controlar mi enfermedad, el ejercicio me daba mucha flojera, pero yo he logrado superar ese desafío y hemos formado un grupo de interés en alimentación y ejercicio.

Agustina: Yo creo que mi logro fue enfocarme en hacer ejercicio, pero he abandonado esos hábitos, ya no voy a hacer ejercicio, me he descontrolado, mis cifras de glucosa están elevadas, pero mi logro será retomar esos hábitos y regresar al control.

Josefina: he aprendido mucho el día de hoy sobre la alimentación, y que tal vez debo enfocarme en hacer cambios en la alimentación, mi logro también es acudir a grupos de bailes que se hacen distintas partes de la alcaldía.

Liz: ciertamente podemos ver en lo que hemos comentado que los logros son diferentes para cada individuo, los logros son dinámicos al igual que la enfermedad, es un proceso que va evolucionando, podemos tener bajadas, subidas, mantenernos, lo importante es rescatar herramientas de estas experiencias para el control de nuestras enfermedades. En todos nosotros podemos observar que hemos tenido logros, ahora la siguiente pregunta sería ¿cuáles creen que son las mejoras que debemos hacer para lograr el control de nuestras enfermedades crónicas?, lo que se puede mejorar respecto a la atención.

Higinia: yo creo que es muy importante llevar el control que el medico nos dice, gracias a mi medico por notar que me estaba hinchando, yo no puedo ver, pero el doctor lo detecto y me atendió, pero gracias por acudir a mis consultas, a mis citas, y seguir sus recomendaciones.

Vicente: yo creo que debemos hacer caso a las recomendaciones, en lo personal olvido las recomendaciones de mis médicos en festividades y me dejo llevar por el exceso, se que no son malos, pero hacer caso en las recomendaciones de las cantidades y la frecuencia, en especial en esta época de fiestas.

Adela: a mí me gustaría saber cómo atender cuando estoy cansada, sin aire, abrumada, me cuesta hablar, caminar, muy mareada.

Sandra: he pasado por situaciones similares, me he checado, glucosa y presión, me ha funcionado trabajar con ejercicios de respiración.

Liz: resultaría ventajoso en estas situaciones identificarlas, los factores estresantes para enseñarlos como actuar y atender estas situaciones, en situaciones de hiper/hipoglucemia, ansiedad, situaciones en casa, todo esto nos puede ayudar a mejor

la atención, haciendo una recapitulación podemos ver que hemos tenido muchos y buenos logros.

Liz: Vamos a pasar a nuestro segundo momento, es la evaluación de lo trabajado por el consejo asesor, les vamos a presentar el resultado que es el cartel esto producto del sexto encuentro en donde nos acompaña la señora agustina y la señora dolores, en este encuentro nos percatamos de la necesidad de crear un grupo para compartir nuestras experiencias, trabajar alimentación, ejercicio entre otras actividades.

(Se da una pausa en la que los invitados pasan a observar el cartel con mas detalle para comentarlo posteriormente, se notan emocionados)

Dra. Gasca: Este es un logro colectivo, un trabajo enfocado en la alimentación saludable.

(Todos toman su lugar devuelta en el circulo)

Dra. Gasca. Ya que todos observaron el cartel este esta basado en el juego de serpientes y escaleras, tiene un inicio aquí abajo, se avanza a la meta que es el centro de salud, en el camino tenemos obstáculos que es la mala alimentación la cual es guiada por una serpiente que nos regresa al inicio, nos dificulta llegar a la meta, el ejercicio y una buena alimentación nos lleva al centro de salud, esto como ejemplo de lograr el control de nuestras enfermedades, en el cartel podemos observar igualmente frases motivacionales propuestas por el consejo asesor.

Liz: Haciendo un recuento de las actividades, llevamos aproximadamente 4 meses realizando reuniones con el consejo asesor, nos hemos fortalecido siendo 2 personas a 7 personas, nos hemos enfocado en autocuidado, pero esto ha evolucionado a ser un logro mas representado en este cartel.

Liz: Vamos a realizarle una evaluación al trabajo que ha realizado el consejo asesor, las dificultades y facilidades hemos obtenido alrededor de este trabajo, los logros trabajando en equipo, la pregunta seria ¿que opinan del cartel, los beneficios que observan?

Adela: la alimentación, lo que se debe y no se debe de comer.

Josefina: se aprecia que, si seguimos las recomendaciones de los médicos, nutriólogo y el personal lograremos subir las escaleras, y si nos portamos mal caemos por la cola de la serpiente

Vicente: Yo lo veo como un código de vida, en donde se sale del fondo, como una manera de pedir ayuda, un comienzo, en donde empieza esa ayuda, aquí mismo en el centro de salud, en medicamentos, alimentación, siempre en el camino donde se obtiene la ayuda, lo importante es seguir adelante.

Agustina: para mi es importante reconocer el tiempo que el consejo asesor puso en el trabajo para educarnos, cambios en alimentación, he reflexionado mucho aquí sobre como se debe comer, cantidades adecuadas.

Rubén: en este caso, los que trabajamos el cartel pusimos un cachito de nuestras disciplinas, reflexionar en hacer cambios, los alimentos no son malos, todo con medida como en los comerciales.

Liz: vamos a tomar otro descanso para observar el cartel, hemos escuchado muchas opiniones, para nosotros es un gran logro que partió de una pequeña idea, solo dos personas, una idea sencilla que tomo forma en un gran mensaje dejando otras ideas para continuar trabajando. ¿Qué meta consideran que deberíamos lograr como consejo asesor?

Sandra: a mí me gustaría fijar metas personales, bajar de peso, mantenernos en nuestro, hacer esos pequeños cambios.

Rubén: seria buena meta a seis meses, estar en nuestro peso ideal o empezar a bajar.

Liz: Me parecen buenos objetivos, el cartel es el ejemplo de que se puede lograr, lo que sigue como actividad final es un juego, vamos a realizar una pequeña actividad, se necesitan 5 voluntarios.

(Se muestra el cartel impreso en lona, tamaño grande, se pasan 5 voluntarios, se explican las reglas del juego y empieza el juego)

Se otorgan 15 minutos para jugar, todos participan muy animadamente.

Liz: ¿Qué les pareció, les gusto, creen que les ayude a mejorar su alimentación?, debemos recordar que este es un trabajo colectivo, para apoyarse mutuamente, nos interesa que mas gente se nos una al consejo asesor, aun tenemos pendientes trabajos a futuro, me gustaría que nos diéramos un abrazo y agradecer su presencia.

Dra. Carina: me gustaría como última actividad de reflexión el día de hoy es que como pudieron observar en el cartel había frases motivacionales por lo que les vamos a pasar una hojita de papel y un plumón para que escriban su frase y compartirla con el grupo.

(Todos escriben su frase motivacional y la colocan en el ventanal para que todos la pueden observar)

Liz: agradezco mucho su participación el día de hoy, espero podamos reflexionar mucho sobre las actividades del día de hoy los esperamos en las reuniones del consejo asesor.

#### **8vo Encuentro de personas con enfermedades crónicas, De la comprensión a la acción: viviendo con neuropatía diabética.**

El octavo encuentro se celebró el 2 de julio de 2025 en el aula de la jurisdicción sanitaria de Tláhuac, iniciando a las 9:00 horas con la asistencia de 18 invitados, sin contar a las

autoridades presentes. A diferencia de encuentros anteriores, este evento se organizó con mayor premura, pero no por ello careció de profundidad o impacto.

Uno de los momentos más significativos fue la presentación de la infografía "De la comprensión a la acción: viviendo con neuropatía diabética", un trabajo colaborativo en el que el consejo asesor no solo seleccionó la información y el contenido, sino que también cuidó el propósito central: visibilizar la experiencia de vivir con neuropatía, la cual trasciende el dolor e incluye aspectos emocionales, sociales y cotidianos. Fue especialmente gratificante escuchar al consejo asesor reflexionar sobre su crecimiento: comenzaron como un grupo de 3 miembros y ahora están conformados por 8 participantes activos, comprometidos y conscientes de su rol. En ellos se observa una comprensión clara del propósito del consejo: respetan las diferencias en sus experiencias, comparten abiertamente sus vivencias y trabajan para dar visibilidad a la neuropatía diabética tanto en el centro de salud como en la comunidad de San Francisco Tlaltenco.

La preparación del encuentro incluyó dos sesiones previas en el aula CECAD de la UAM Xochimilco, donde se capacitó a los pasantes en técnicas de facilitación y relatoría para los grupos de discusión. Durante el evento, se formaron dos mesas de trabajo para dialogar sobre los resultados presentados, destacando la infografía como producto tangible del consejo asesor. Los participantes expresaron su agradecimiento por el apoyo de la jurisdicción y los pasantes, mencionando su entusiasmo al ver nuevos rostros en cada reunión y su deseo de seguir participando activamente.

Como pasante, tuve la oportunidad de presenciar cómo este espacio ha fortalecido un sentido de comunidad único. Nuestro rol no fue el de guías, sino el de facilitadores que brindan herramientas para que los participantes desarrollem sus propias soluciones. La calidez con la que recibieron a cada nuevo integrante refleja el ambiente de confianza que se ha construido. Para ellos, el consejo asesor es más que un grupo: es un lugar donde el aprendizaje surge de experiencias compartidas, muchas veces materializadas en productos como la infografía, que luego se presentan en los encuentros de personas con enfermedades crónicas.

A continuación adjunto la relatoría elaborada por mi compañero Antonio en la que yo participe como coordinadora.

Fecha 11:26 horas Hora de inicio 10:27 Hora de termino.

Participantes:

- MPSS: Hazel
- MPSS. Antonio
- Ana Francisca
- Dolores Jiménez.
- Maricruz Santos.
- Sonia Joanna.
- Mucho Martínez.
- Higinia Chirinos
- Felicitas Uribe

Grupo de Discusión – Centro de Salud

Tema: ¿Cómo podemos mejorar el cuidado de nuestra salud y la de nuestra comunidad?

Modalidad: Participación abierta

Moderación: Pasantes de servicio social

Participantes: Pacientes del centro de salud

Inicio de la sesión

Se agradece la participación de los asistentes.

Se inicia la sesión con una lectura titulada: "La salud es un derecho".

Primera pregunta: ¿Cómo podemos mejorar el cuidado de nuestra salud?

Sra. Felicitas: Comenta que debemos estar en comunión con los demás, apoyarnos como comunidad para lograr una mejor salud.

Sr. Mucho Martínez: Menciona que lo que comemos impacta en nuestra salud. Las garnachas son sabrosas, pero pueden complicar la salud. El ejercicio ayuda a desestresarse, aunque es difícil de mantener. Destaca la importancia de tomar correctamente los medicamentos, ya que si no lo hacemos, a veces los médicos regañan a los pacientes. Concluye que es importante estar bien con uno mismo, física y emocionalmente.

Sra. Dolores: Señala que debe acudirse a consulta, ya que la orientación médica ayuda a entender mejor el uso de los medicamentos, más allá de solo tomarlos.

Pasante Hazel: Hace un comentario para reforzar los puntos mencionados.

Sr. Mucho Martínez (segunda intervención): Critica que a veces los médicos recetan sin revisar al paciente. Insiste en la importancia de escuchar al paciente, ya que cuando se sienten escuchados, se motivan a volver a consulta. Comparte que su hija, que está embarazada, ha sido regañada por médicos desde el primer momento, lo que dificulta la confianza en el servicio.

Sra. Higina Chirinos (intervención sin solicitar la palabra): Comenta que en ocasiones sí necesitan que los regañen, porque una vez la mandaron con el internista y este la regañó. Aunque se molestó, luego reflexionó y entendió que el doctor tenía razón. Relata que su nieto tiene diabetes tipo 1. El médico le dijo que no viviría mucho, pero ella lo animó diciéndole que poco a poco se puede controlar. Concluye: "Necesitamos cariño, ayuda para poder salir adelante", frase que repite para cerrar.

Pasante Hazel: Realiza una retroalimentación sobre las intervenciones anteriores.

Sra. Dolores (segunda intervención): Reconoce que el sistema de salud está saturado, lo cual retrasa sus consultas. Expresa que le gustan estos grupos, ya que puede compartir lo que vive y eso le ayuda a sentirse mejor.

Sra. Higina (nueva intervención sin solicitar la palabra): Comenta que no quiere sentirse inútil por estar enferma. Asegura que el ejercicio le ayuda, tanto en su salud como para convivir con la comunidad.

Pasante Hazel: Retoma la primera pregunta para cerrar la ronda.

Sra. Felicitas: Dice que incluso a los pasantes les ayuda que los pacientes compartan sus enfermedades, pues aprenden cómo pueden ayudarlos mejor.

Segunda pregunta: ¿Qué nos impide o dificulta mejorar la salud en la comunidad?

Sra. Maricruz: Comenta que hay falta de cultura, ya que las personas de la comunidad también deberían asumir su responsabilidad en el mejoramiento colectivo.

Sr. Mucho Martínez: Coincide con lo anterior. Relata que fue jefe de manzana e intentó organizar a

los vecinos, pero muchos no quisieron participar. Señala que sin disposición de la comunidad, no se puede avanzar.

Sra. Higina: Dice que hoy en día las personas ya no quieren hacer nada, que esperan que el gobierno resuelva todo. Comparte que enseñaba cosas a su nieto, y lamenta que ya no se enseñen las cosas de antes. Comenta que vivió otra época, donde había más participación.

Sra. Dolores: Comenta que le gustaría hacer ejercicio, pero las condiciones de su colonia no se lo permiten.

Tercera pregunta: ¿Cómo podemos ayudar a mejorar la salud en la comunidad?

Pasante Hazel: Lanza la pregunta y da oportunidad a que alguien más intervenga.

Sr. Mucho Martínez: Dice que hay mucho que hablar, pero la confianza es clave. Cuando se comienza a conocer a los demás, se puede construir comunidad.

Pasante Hazel: Propone: ¿Nos comprometemos como grupo a hacer algo de aquí al siguiente encuentro para mejorar nuestra salud? ¿Podemos establecer una meta de salud en alguno de los aspectos mencionados?

Sra. Dolores: Propone como meta hacer ejercicio, aunque ya se lo ha planteado muchas veces. Dice que no quita el dedo del renglón y que esa es su meta.

Sr. Mucho Martínez: Comparte que una vez le preguntaron si era feliz y respondió que no siempre, porque a veces se siente mal físicamente, pero quiere seguir viviendo. Se integró a un grupo de adultos mayores y eso lo ha ayudado mucho. Dice que vive al día y agradece todo, tanto la enfermedad como las alegrías.

Sra. Maricruz: Su compromiso es que se siga trabajando en el consejo de salud y en este tipo de dinámicas comunitarias.

Cierre de la sesión

Pasante Hazel: Agradece la participación y hace un resumen de los compromisos mencionados por los participantes.

Sr. Mucho Martínez: Finaliza diciendo que le gustaría mucho seguir asistiendo, porque le gusta aprender.

## **Fortalecimiento de la acción comunitaria: El Consejo Asesor del Centro de Salud**

Cuando conocí el consejo asesor en mi primer semestre, era un grupo pequeño pero comprometido, con entre 3 y 5 participantes regulares. Ya estaban trabajando en un taller de alimentación saludable cuando me integré, y desde el principio me recibieron con entusiasmo, como solían hacer con cada nuevo médico pasante.

Mi primera reunión coincidió con la planeación de un cartel educativo sobre alimentación saludable. Junto con Liz, mi compañera pasante, asumimos el rol de facilitadoras: guiábamos las discusiones, resolvíamos dudas y ayudábamos a conectar los temas de sesiones anteriores con los nuevos aprendizajes. Surgieron inquietudes reveladoras: "¿Entonces ya no puedo comer frutas?", preguntaban, reflejando la confusión que genera la información nutricional contradictoria.

Tras varias sesiones de reflexión colectiva, llegamos a una conclusión valiosa: la alimentación y el manejo de la enfermedad son procesos dinámicos e interconectados. Esta epifanía dio origen a una creativa propuesta: transformar el tradicional juego de serpientes y escaleras en una metáfora del camino hacia la salud. Las escaleras representarían hábitos positivos (alimentación balanceada, actividad física), mientras que las serpientes simbolizarían los retrocesos inevitables. Lo más importante: en cada casilla destacaríamos el apoyo disponible (familia, amigos, comunidad médica), recordando que nadie camina solo hacia el bienestar.

El consejo se reunió seis veces en el aula de la jurisdicción, los martes de 8:30 a 9:45 - horario elegido por los propios miembros. Las primeras convocatorias, difundidas oralmente entre los asistentes al centro de salud, tuvieron excelente respuesta. Posteriormente, usamos WhatsApp para recordatorios, manteniendo un núcleo constante de 5 participantes en cada sesión quincenal.

Se anexan las relatorías previas al 7mo encuentro.

Participantes:

- Vicente Reyes Blanco
- Rubén Cortes Miranda
- Josefina Flores Castañeda
- Alma Rosa Martínez Flores
- Sandra Cortes Sedillo

Relatoría de Taller de Autocuidado: y ahora, ¿Qué comeremos?

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 02 de septiembre del 2024, horario 8:30 am

\*\* La presente relatoría es una breve vista de todo lo que se tocó en dicha reunión.

## I. Bienvenida y encuadre

¡Bienvenidos a todos al taller de autocuidado! Es un gusto tenerlos aquí y nos alegra mucho ver tanto a nuestros miembros antiguos como a los nuevos. Hoy tenemos la oportunidad de conocer a quienes se están uniendo a nosotros por primera vez y de compartir los avances que hemos logrado hasta el momento.

LIZ - Presentación de Nuevos Miembros: Para comenzar, me gustaría invitar a nuestros miembros a presentarse. Nos encantaría que cada uno comparta su nombre, un poco sobre sí mismo, y qué les motivó a unirse a este taller. Esto nos ayudará a conocernos mejor y a crear una comunidad más unida.

Avances del Taller: A continuación, hablemos sobre los avances que hemos logrado hasta ahora. Desde nuestras últimas sesiones, hemos trabajado en la elaboración del diseño de nuestro cartel y hemos observado como ustedes han obtenido muchísima información que han logrado plasmar tanto en dibujos como la estructura del diseño del cartel. (Queremos asegurarnos de que todos estén al tanto de cómo hemos progresado y de los beneficios que estamos experimentando.) Como recordaremos este taller no solo es una oportunidad para aprender técnicas de autocuidado, sino también para compartir experiencias.

Actividades de Hoy: Primero me gustaría empezar por preguntarles

1. ¿Qué sienten cuando ven el diseño del cartel hasta el momento?

- Rubén: a mí me da mucha felicidad, ver el esfuerzo de todos plasmado
- Sandra: a mi me transmite la sensación de frescura, en el cartel colocamos alimentos como lechuga, manzana, naranja y son alimentos que a mi me gustan y que incluyo en mi dieta, que, aunque soy diabética desde hace 16 años eso no ha limitado mis opciones de comida, y cuando yo consumo alimentos como los que comente me hace sentir ligera y fresca.
- Vicente: Cuando veo un cartel lo primero que veo es el color, así como nuestros alimentos, lleno de vida, la pregunta del cartel genera en mi más cuestiones sobre el ¿Qué?, y otras más que van más allá del ¿Cómo comer?, ¿Cuándo comer?
- Alma Rosa: Para mí me hace reflexionar sobre mi estilo de vida, lo que es estar bien con nosotros mismos. Por ejemplo; yo siento que como bien, logre bajar de peso porque tuve que dejar algunos alimentos, pero solo deje aquellos que

realmente considero malos como en el cartel, la coca, los jugos, no son cosas que deba consumir y no las consumo ya que soy consciente de lo que me llega a descontrolar.

- Josefina (Madre de Alma Rosa): A mi al igual que a mi hija me parece que alimentación saludable va muy de la mano con estar bien, estar sano, con las personas que lo rodean a uno y que eso es lo que nuestro cartel quiere transmitir, somos lo que comemos

2. Sobre lo que ya hemos trabajado y con la información hemos recolectado ¿ que consideran podríamos agregar al cartel?

- Rubén: Como ya lo había mencionado con anterioridad yo realizo deporte, en el cartel me parecería importante agregar ilustraciones de deportes, natación, pesas, además de la bicicleta, ya que el realizar deporte va de la mano de una alimentación saludable lo que a su vez nos comunica estar sanos.

- Sandra: yo recientemente he estado buscando opciones de recetas saludables para preparar en mi casa, por ejemplo recientemente hizo un guiso de flor de calabaza con ejote, esto buscando incluir mas verduras en mi menú e incluir a mi familia en estas actividades, me gustaría poder plasmar algunos de estos platillos como opciones para que mas gente los conozcan y sepan que hay muchas opciones de alimentos.

- Vicente: me parecería importante también poner los dibujos del tiempo o desinfectantes, muchas veces yo antes no me cocinaba porque tenía la creencia de que las verduras no son buenas al ser regadas y sembradas con aguas negras o también en cuestión de tiempo es mas fácil comprar un taco de carnitas que prepararme un almuerzo, también me gustaría agregar una familia, creo que es parte fundamental para hacer un cambio en la alimentación, muchas veces en mi casa yo me sentí separado o aislado porque me consideraban enfermo, que mi comida era para enfermo y terminaba cayendo en tentación de comida que no me hace bien, pero eso poco a poco a cambiado en mi familia.

- Alma Rosa: Es muy cierto lo que dice el señor Vicente, a mi me gusta ir con mi mama al mercado para escoger las verduras mas frescas para preparar los mejores alimentos, y al igual que la señora Sandra he encontrado que muchos de los alimentos que me dijeron eran prohibidos los puedo consumir, la clave son las porciones.

- Josefina: si con mi hija en casa hemos comenzado a comprar un poco más de variedad, los alimentos no son malos, nos nutren, pero no debemos comerlos sin medida, siempre con porciones.

3. Liz: - La jurisdicción nos va a apoyar con el diseño del ploteo del cartel, ¿Cuál les gustaría que fuera el diseño final del cartel que se expondrá en los centros de salud, le harían algún cambio después de los comentarios que acabamos de hacer?

- Sandra: a mi me gustaría agregar ese espacio donde se puedan compartir recetas para que sepan que podemos consumir gran variedad de alimentos de muchas maneras y que están no son malas para nosotros si las consumimos en medida.

- Rubén: yo creo que cambiar un poco el diseño sería buena idea, crear una línea de tiempo, con una persona desde bebé como se alimenta con leche materna, cuando tiene esos momentos en los que descuida su alimentación y enferma, hasta cuando cambia su alimentación y eso lo lleva a una vida saludable, muchos de nosotros fuimos diagnosticados en la vejez, así que tal vez un viejito que no necesita bastón, yo ya no tengo dientes, pero tal vez con todos sus dientes rodeado de alimentos variados y que diga vida saludable.

- Vicente: me gustaría que lo que tenemos ya en el cartel lo pusiéramos como un mapa mental, en el centro una persona pensando y de la cual salen varias nubes con todas las ideas que hemos hablado.

- Alma rosa: me gusta ambas ideas, creo que podríamos combinarlas y crear el diseño final donde se ponga toda esta información.

- Todos: podemos hacer que la meta sea una alimentación saludable.

- Liz: entonces, ¿les gustaría que fuera como un juego y que la meta sea un entorno saludable?

- Josefina: si, muchas veces la enfermedad es así tienes altibajos y nos descontrolamos pero no debemos olvidar el objetivo

- Liz. Todos han dado buenas aportaciones sobre temas que podrían ser agregados a la información del cartel, entonces para recapitular y así dar un cierre a la sesión, tenemos que les gustaría incluir un apartado de ejercicio, sobre la higiene de los alimentos y un apartado de recetas; si bien en este momento tenemos muchas ideas en la siguiente reunión podemos crear un boceto ya sea de un juego donde hay una meta que es salud, una vida sana, o la segunda idea que resalto sobre los pensamientos de una personas en su alimentación, les parece bien

- Todos: todos responden afirmativamente a la idea final

- Se concluye la sesión.

## **2da Relatoría:**

Participantes:

- Vicente Reyes Blanco
- Rubén Cortes Miranda
- Adela Raquel Fuentes
- Sandra Cortes Sedillo

Relatoría de Taller de Autocuidado: y ahora, ¿Qué comeremos?

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 24 de septiembre del 2024, horario 8:30 am

\*\* La presente relatoría es una breve vista de todo lo que se tocó en dicha reunión.

I. Bienvenida y encuadre

LIZ: ¡Bienvenidos!, el día de hoy tendremos otra sesión relacionada con los detalles finales del cartel, nos alegra mucho verlos sesión tras sesión así como siempre tener nuevos invitados, el día de hoy nos acompaña la señora Adela en su primer oportunidad de trabajar en el taller de autocuidado

LIZ: Avances del Taller: Dando continuidad a los avances que hemos logrado hasta ahora desde nuestras últimas sesiones, hemos trabajado en la elaboración del diseño de nuestro cartel por lo que en la reunión del de hoy nos gustaría trabajar sobre el diseño propuesto la reunión pasada; les voy a compartir el boceto trabajado hasta ahora.

LIZ: de acuerdo, acordamos que nos gustaría que el cartel sea un dibujo de serpientes y escaleras, donde la meta es una vida saludable, la primera pregunta relacionada al diseño es al inicio del juego que les gustaría incluir? (se les muestra a todos los miembros presentes el dibujo insertado debajo como boceto del dibujo principal.)

Rubén: me agrada la idea, tengo un par de opiniones sobre dibujos que podemos incluir, al inicio del cartel me gustaría poner una persona como nosotros cuando nos diagnosticaron, alguien ojeroso, un poco gordito

Vicente: si a mi me gusta ese idea como personaje del juego, alguien con ansiedad, nervioso, tal vez un poco asustado.

Sandra: me gustaría que se representara por personas como nosotros, no solamente adultos mayores, además me gustaría incluir recetas (entrega a la coordinadora Liz un dibujo de sus recetas y sus descripciones).

Liz: Muy bien en el inicio del juego tendremos a un hombre y una mujer adultos como ustedes comentan que se muestren con esas emociones que en algún momento experimentaron.

Me gustaría que habláramos un poco sobre el nombre, ¿les agrada del título que llevamos?, ¿les gustaría incluir alguna frase representativa?

Rosa: me gusta el título, yo considero que lo mas importante en un cartel es el título, es lo que te debe atrapar, y desde la primera oración se determina si así será o no.

Sandra: si me gustaría incluir alguna frase, a mí me gusta la frase que dice “Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina tu alimento”, muchas veces el como nos sentimos es por nuestra alimentación, igualmente nosotros como personas con enfermedades crónicas somos ejemplo de esta frase, nuestro medicamento es dieta y ejercicio, esta es la base de nuestro tratamiento, la otra parte y el apoyo son las pastillas o la insulina que nos manda el doctor.

Ruben: eso es muy cierto, les podría compartir muchísimas experiencias sobre conocidos que no hicieron caso de los cambios en su alimentación y que ahora no nos acompañan, esos ejemplos hasta en mi familia persisten cuando ellos experimentan el consumir algo dañino o que no nos brinda algún beneficio. Yo creo que como frase quedaría “ Nadie puede experimentar lo que es una enfermedad crónica en cabeza ajena hasta que lo vive”, y con esa frase dar a reflexionar los cambios que se algunas personas con enfermedades crónicas hacen para estar bien, y los que no toman esta decisión pagan ese precio.

Vicente: me parecen buenas ideas y que justo eso representa el cartel “Eres lo que comes” y como en las serpientes a veces podemos tomar decisiones que sabemos no nos benefician y nos hacen mal, y se siente como una caída, o cuando vamos cambiando nuestros hábitos se siente como satisfactorio, nos sentimos felices cuando nuestros laboratorios mejoran y el doctor se siente bien por nosotros.

Ruben: eso también me gustaría incluirlo, en las escaleras o conforme consigas avanzar poner un doctor con felicitaciones, yo considero muy importante ese aspecto, o por lo menos en mi seguimiento así lo he percibido.

LIZ: de acuerdo son detalles muy importantes que incluir, una frase que impacte y a lo largo del camino motivación, me gustaría continuar con detalles como la meta o les gustaría poner una meta numérica de cuadros.

Sandra: no creo tan importante los números que pongamos, pero que se vayan haciendo más grandes, que vayan de abajo hacia arriba y puede haber cuadros que no tengan número, pero tengan por ejemplo una receta y eso te haga subir hasta otro cuadro que tenga alguna de las frases que ya comentamos.

Rosa: si, esos cuadros los podemos poner con código de colores, las cosas buenas con color verde, antes de una serpiente poner un cuadro naranja o amarillo que simbolice precaución que la serpiente está próxima, y rojo en donde está la serpiente.

LIZ: ese es otro punto por discutir el día de hoy, que colores les gustaría que fueran usados como parte del fondo y en los cuadros.

Vicente: a mi me agrada la idea del código de semáforo, en un fondo blanco o de color blanco para que los elementos resalten.

Rubén: me gusta la idea de que sean los colores que a veces podemos observar en los letreros de advertencia, verde, rojo, naranja, también opino que en el fondo blanco destaca mucho.

Rosa: realmente no considero que los números sean tan importantes, no hay como tal una meta, pero podríamos poner como 65+ y que sea representativo de la edad, todos llegaremos a esa edad, puede haber subidas y bajadas en la vida y que la meta si sean dos adultos mayores o una familia saludables, estar bien, comer bien y reflejar estar bien.

LIZ: Bueno a manera de resumen y para terminar la sesión en el cartel les gustaría conservar el título, que este incluya una frase visto como mensaje e incluir las demás en las casillas, trabajaremos sobre un fondo claro con un código de colores de advertencia y la meta es llegar a la vejez saludable empezando con un joven temeroso por los cambios, todo lo ya mencionado lo plasmaremos en el boceto del día de hoy para compartirles la próxima reunión el diseño preliminar.

*Y ahora que comeremos?*

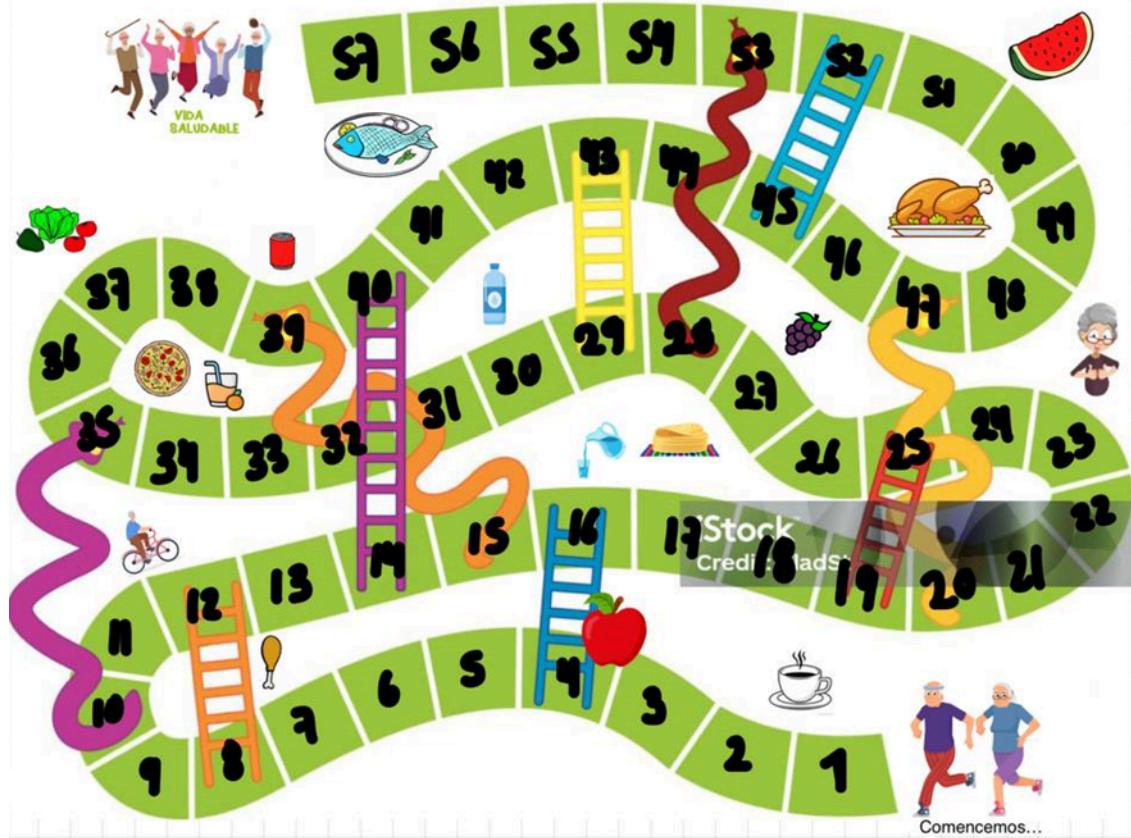


Imagen ilustrativa utilizada en la sesión para el posterior diseño del cartel.

**Jurisdicción sanitaria: Tláhuac**

**Centro de salud: San francisco Tlaltenco**

**Responsable:** Lizbeth Alejandra reyes Jacinto, Sandra Hazel Castro Hernández

**Taller de autocuidado:** y ahora, ¿que comeremos?

**Contenido:** alimentación saludable

**Sesión:** 6

**Fecha:** 24/09/2024

| SESION #<br>6 | TEMA                     | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | COORDINACIO<br>N                | RELATOR                          | PARTICIPANTES  |
|---------------|--------------------------|--|--|---------------------------------|----------------------------------|--|
|               | Bienvenida y encuadre    | Integración de miembros del taller.<br>Aclarar objetivo del taller | Bienvenida<br>Presentación de integrantes.<br>Presentación del trabajo previo.                         | Lizbeth Alejandra Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | <ul style="list-style-type: none"><li>● Rubén</li><li>● Vicente</li><li>● Adela</li><li>● Sandra</li></ul> |
|               | Desarrollo de la sesión: | Diseño del cartel  | ¿Continuamos con el título del cartel? ¿Incluiremos alguna frase de impacto?<br><br>Pregunta reflexiva | Lizbeth Alejandra Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | <ul style="list-style-type: none"><li>● Rubén</li><li>● Vicente</li><li>● Adela</li><li>● Sandra</li></ul> |
|               |                          | Diseño del cartel  | ¿Cómo nos representaremos en el cartel (personajes del juego)?<br><br>Pregunta reflexiva               | Lizbeth Alejandra Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | <ul style="list-style-type: none"><li>● Rubén</li><li>● Vicente</li><li>● Adela</li><li>● Sandra</li></ul> |
|               |                          | Diseño del cartel  | Lluvia de ideas / recapitulación   | Lizbeth Alejandra Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | <ul style="list-style-type: none"><li>● Rubén</li><li>● Vicente</li><li>● Adela</li><li>● Sandra</li></ul> |

|  |                      |  |   |                                       |                                  |   |
|--|----------------------|--|---|---------------------------------------|----------------------------------|---|
|  | Cierre de la sesión. |  | Acordar fecha para la siguiente reunión | Lizbeth<br>Alejandra Reyes<br>Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | <ul style="list-style-type: none"><li>● Rubén</li><li>● Vicente</li><li>● Rosa</li><li>● Sandra</li></ul> |
|--|----------------------|--|---|---------------------------------------|----------------------------------|---|

3ra Relatoría

## Participantes:

- Vicente Reyes Blanco
  - Rubén Cortes Miranda
  - Sandra Sedillo Cortes
  - Aurora Mata

Relatoría de Taller de Autocuidado: y ahora, ¿Qué comeremos?

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 8 de octubre del 2024, horario 8:30 am

\*\* La presente relatoría es una breve vista de todo lo que se tocó en dicha reunión.

## I. Bienvenida y encuadre

LIZ: ¡Bienvenidos!, el día de hoy tendremos la penúltima sesión relacionada con los detalles finales del cartel, nos alegra mucho verlos sesión tras sesión así como siempre tener nuevos invitados.

LIZ: Avances del Taller: Dando continuidad a los avances que hemos logrado hasta ahora desde nuestras últimas sesiones, hemos trabajado en la elaboración del diseño de nuestro cartel por lo que en la reunión del de hoy nos gustaría



trabajar sobre el diseño propuesto la reunión pasada; les voy a compartir el boceto trabajado hasta ahora.

LIZ: Me gustaría que se tomaran un momento para observar el cartel a detalle y después comentaremos lo que les gustaría cambiar. (se les muestra a todos los miembros presentes el cartel insertado)

Sandra: A primera vista me agrada mucho, es muy agradable a la vista, estoy muy feliz de ver incluidos mis dibujos en el cartel, mis recetas.

Rubén: ciertamente es muy agradable a la vista, creo que queda muy acorde a la época, se puede observar que tiene detalles con alusión a día de muertos, tal vez no todos compartamos esa creencia, pero es parte de nuestra cultura, me agrada que al tener detalles de una festividad tan presente en la cultura nos invita a verlo y observar más detalladamente.

Vicente: yo creo que en general esta todo muy bien, tal vez al ser un producto en el que hemos trabajado este rato, pero creo sinceramente que el mensaje se entiende, sería cuestión de cambiar solo un par de cosas, el recuadro con nuestros nombres no siento que sea visible.

Sandra: yo también creo que solo me gustaría resaltar un poco mas los elementos saludables sobre el fondo.

Ruben: esa es una buena observación, a mí me gustaría agregar frases en las escaleras o en las serpientes, que te motiven, ¡sigue así!, motívate, no te rindas.

Vicente: si la temática de muertos me gusta mucho, la idea de las frases también me gusta, en general no habría muchos cambios solo esos detalles. Espero que a la gente le guste tanto como a nosotros.

Liz: ¿Uds. ¿Que sienten cuando ven el cartel? ¿les trasmite algún mensaje?

Vicente: desde el título a mi me atrapa y que no solamente es para nosotros que vivimos con enfermedades crónicas, si no a todo aquel que se sienta mal, los que a veces no aceptan su diagnóstico, me parece que es una invitación abierta a todo el público a hacer cambios en su alimentación y su vida

Aurora: me gusta que se plasmara a adultos mayores que nos representa haciendo diversas actividades que nosotros disfrutamos hacer, pero no es exclusivo y que es en general a cualquiera que quiera iniciar el juego de vivir saludable.

Rubén: a mi me atrapa y voy recorriendo el camino, en las casillas naranja es como un mensaje de alerta y nos regresa a casillas de doctores donde nos miden, eso simboliza que a veces no nos damos cuenta de errores que cometemos, pero ellos como médicos nos ayudan a darnos cuenta y retomar el camino.

Sandra: También me transmite esa mensaje o de como mejora la calidad de vida cuando hacemos cambios que a veces son pequeños pero que poco a poco van sumando y hacen grandes cambios.

Liz: bueno como ultima actividad tenemos como invitada a la doctora Estephania Blas que viene por parte de la universidad.

Fanny: Buenos días a todos, es un gusto conocerlos a todos y haber estado aquí con ustedes acompañándolos, vengo el día de hoy en representación de las otras personas que integran el modelo de atención (MAICP), espero su apoyo para lo siguiente: les traigo un borrador de un cuadernillo que se esta trabajando en el centro de salud T III “Pedregal de las águilas”, este cuadernillo esta elaborado y enfocado en personas como uds pero que viven con dolor crónico o quienes conozcan que viven con dolor crónico.

Fanny: (Presenta el cuadernillo y su contenido), este cuadernillo está dirigido para ustedes, en el se tiene una breve presentación de cómo nació la idea para su creación, una parte para contenidos, (realiza lectura de los contenidos).

Sandra: estaba muy curiosa por verlo, me parece una buena idea, a mi muchas veces me duele la espalda o la rodilla y no se que como tratarme, que opciones se tienen cuando no quiero tomar pastillas.

Ruben: me gusta los dibujos creo que ilustran bien que es una articulación o las partes de esta que nos puede causar dolor, tal vez solo me gustaría que tuviera letra mas grande, en ocasiones tenemos dificultades para leer ciertos tamaño de letra o tipos de letra.

Aurora: lo que dice es cierto, tal vez poco texto, con color que contraste con el fondo para que se aprecie mejor, la idea de las actividades tal vez sea algo que cambiaría o se podría mejorar.

Sandra: si en general me parece un excelente material y me gustaría tener una copia para compartirla con mis vecinos, me gustaría cierta retroalimentación con las actividades ya que me encantaría que me dijeran si mis respuestas son correctas o cuando no se una respuesta.

Fanny: Esta no es la versión final del cuadernillo, todo lo que ustedes me están comentando es para mejorar este cuadernillo y que la mejor versión llegue a sus manos, todas sus opiniones son muy útiles y son observaciones que también nos han hecho en otros centros de salud, les agradezco mucho su atención y su retroalimentación para la continuación de este proyecto.

Liz: Creo que eso sería todo lo que abordaríamos el día de hoy, les agradezco su asistencia y su participación para finalizar los últimos detalles en la elaboración del cartel

**Jurisdicción sanitaria: Tláhuac**

**Centro de salud: San francisco Tlaltenco**

**Responsable:** Lizbeth Alejandra reyes Jacinto, Sandra Hazel Castro Hernández

**Supervisor:** Estephania Blas

**Taller de autocuidado:** y ahora, ¿que comeremos?

**Contenido:** alimentación saludable

**Sesión:** 7

**Fecha:** 08/10/2024

|               | TEMA                     | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | COORDINACION                          | RELATOR                          | PARTICIPANTES                        |
|---------------|--------------------------|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| SESION #<br>6 | Bienvenida y encuadre    | Integración de miembros del taller.<br><br>Aclarar objetivo del taller | Bienvenida<br><br>Presentación de integrantes.<br><br>Presentación del trabajo previo. | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Rubén<br>Vicente<br>Aurora<br>Sandra |
|               | Desarrollo de la sesión: | Diseño del cartel  | Presentación del diseño preliminar   | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Rubén<br>Vicente<br>Aurora<br>Sandra |
|               |                          | Diseño del cartel  | ¿Harían algún cambio en el diseño? ¿ que mensaje les trasmite?                         | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Rubén<br>Vicente<br>Aurora           |

|                      |                               |  |                                       |                                  |                                      |
|----------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
|                      |                               |  |                                       |                                  | Sandra                               |
|                      | Diseño del cartel             | Lluvia de ideas / recapitulación   | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Rubén<br>Vicente<br>Aurora<br>Sandra |
|                      | Opiniones / retroalimentación | Presentación cuadernillo de manejo de dolor crónico / opiniones – lluvia de ideas. | Estephania Blas                       | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Rubén<br>Vicente<br>Aurora<br>Sandra |
| Cierre de la sesión. |                               | Acordar fecha para la siguiente reunión  | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Rubén<br>Vicente<br>Aurora<br>Sandra |

#### **4ta Relatoría.**

Participantes:

- Vicente Reyes Blanco
- Rubén Cortes Miranda
- Sandra Cedillo Cortes
- Aurora Ávila Mata
- Adela Rangel

Relatoría de Taller de Autocuidado: y ahora, ¿Qué comeremos?

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 31 de octubre del 2024, horario 8:30 am.

\*\*Breves descripción de lo ocurrido en la sesión\*\*

I. Bienvenida y encuadre

HAZEL: ¡Bienvenidos!, Como sabrán esta es nuestra última sesión relacionada con los detalles finales del cartel, nos alegra mucho verlos una vez más.

HAZEL: Dando una recapitulación general a nuestra última sesión hemos trabajado en la elaboración del diseño de nuestro cartel, tomamos en cuenta todas las opiniones y se realizaron los cambios correspondientes; por lo que en esta reunión del día de hoy nos gustaría presentar el diseño final. Tomen su momento para verlo a detalle y posteriormente escucharemos los comentarios.

\*\*Se les muestra a todos los miembros presentes el cartel\*\*

RUBEN: Me sigue pareciendo increíble, es muy agradable a la vista, ahora más con los detalles agregados creo que queda muy acorde a las fechas en las que haremos el encuentro, me gusta que se respeten la temática de colores que propusimos.

VICENTE: Me gusta, se aprecian mejor los nombres, personas y detallitos de algunos platillos, algo importante también es que se agregaron muchas frases; muy buenas, por cierto. Estas incitan a una para avanzar.

SANDRA: Estoy muy contenta de ver incluidos mis dibujos en el cartel, parece que los volvieron a dibujar, así me gustan más porque se mezclan muy bien con el diseño general de cartel.

HAZEL: ¿En este diseño, les gusta el lugar donde se colocaron sus nombres?

RUBEN: Esa es una buena pregunta, me centre mucho en otras cosas que no me fije en eso (ríe), ya los ubiqué están en el papel picado, me gusta.

VICENTE: Si, parece que nos centramos en otras cosas, pero están de buen tamaño, color y estamos tomando en cuenta a todas las personas que llegaron a venir.

HAZEL: ¿Nos gusta nuestro diseño final?

\*\*Todos contestan con una afirmación\*\*

HAZEL: Nos alegra mucho que podamos mostrar este proyecto en el encuentro, ahora bien, para dar continuidad a las sesiones posteriores al encuentro. ¿Qué nos gustaría conocer a futuro?

SANDRA: En lo personal me gustaría que contemplemos el tema de Neuropatías, hablar sobre el manejo, que podemos hacer nosotros con los síntomas de esta enfermedad.

VICENTE: Me parece una excelente idea, podrían darnos una sesión donde veamos a modo de introducción ese tema, y después verlos nosotros desde nuestras experiencias y si llegan nuevas personas pues las suyas. Talvez preguntas como ¿Qué síntomas experimentaste por primera vez?, ¿Cómo llevas tu día a día?, ¿Qué haces para amortiguar los síntomas?

ADELA: Sii! Por ejemplo, en mi caso, fue una gran batalla para encontrar el medicamento adecuado a decir verdad aun no encontramos ninguno, con un medicamento resulte alérgica, con otro los efectos adversos fueron mayores, siento a lo largo del día mucho sueño, mareos y mis piernas se sienten como si flotaran, ¿me quita el dolor? si, pero no me siento bien, y creo que eso sería importante conversarlo.

SANDRA: Con las experiencias de los demás, podemos tener más información para realizar un proyecto nuevo. A mi ningún medicamento me queda, pero tomo otras medidas como utilizar compresas calientes o complejo B, además de ejercicios de estiramiento en mis piernas y me ayuda con las molestias.

HAZEL: Todas son propuestas muy buenas, podemos organizar todas las ideas y traer una propuesta de organización de temas, así cada sesión tenemos un subtema de Neuropatías. ¿Qué les parece?

\*\*Todos contestan con una afirmación\*\*

RUBEN: A mí me gustaría, siempre y cuando seamos más personas y seamos puntuales.

SANDRA: Si, claro podemos organizarlos en la siguiente reunión.

HAZEL: Creo que eso sería todo lo que abordaríamos el día de hoy, tenemos muchos pendientes de los cuales ya tomamos lista. Les agradezco su asistencia y su participación para finalizar las sesiones previas al encuentro.

Tras el séptimo encuentro de personas con enfermedades crónicas, convocamos una reunión de evaluación donde analizamos los logros obtenidos y la importancia de dar continuidad al consejo asesor. Durante la sesión, surgió un interés colectivo por profundizar en un tema que preocupaba a todos: la neuropatía diabética. A diferencia de ocasiones anteriores, esta vez no se planteó la creación de un producto tangible, sino que decidimos mantener la dinámica de taller para abordar dudas e inquietudes específicas.

Los nuevos participantes que se integraron al grupo después del encuentro enriquecieron la discusión con sus perspectivas, lo que nos permitió identificar los principales temas a desarrollar en futuras sesiones. Mantuvimos la estructura establecida: reuniones quincenales los martes a las 8:30 a.m., con una duración aproximada de una hora, y continuamos utilizando WhatsApp como medio principal para coordinar y enviar recordatorios a los miembros del grupo.

#### **1ra Relatoría rumbo al 8vo encuentro:**

Participantes:

1. Aurora Ávila Mata
2. Santanero Domingo
3. Dolores
4. Sandra Cortes Cedillo
5. Adela Rangel
6. Josefina Castañón Morales

Relatoría de Taller de Autocuidado: Primera reunión posterior al encuentro 11 noviembre 2024

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 29 de noviembre del 2024, horario 8:30 am

\*\* La presente relatoría es una breve vista de todo lo que se tocó en dicha reunión.

#### I. Bienvenida y encuadre

LIZ: ¡Bienvenidos!, el día de hoy tendremos la primera reunión posterior al séptimo encuentro de personas con enfermedades crónicas del cual ustedes fueron participes, es un gusto que nos acompañen una vez mas.

LIZ: Avances del Taller: Dando continuidad a los avances que hemos logrado hasta ahora desde nuestras últimas sesiones ahora armaremos un nuevo temario, nuevos objetivos que cumplir para el próximo encuentro en un par de meses.

Adela: Como lo comenté el día del encuentro a mi gustaría que habláramos de neuropatía, desde mi experiencia ha sido un diagnóstico difícil, el desconocimiento, he consultado a angiólogos que me dejaron un tratamiento al que soy alérgica, podría ser neuropatía o insuficiencia venosa, me gustaría escuchar a quien han pasado lo mismo y aunque llevamos tratamientos diferentes como lo van superando.

Sandra: A mi también me gustaría que hablamos de nuestras experiencias, prevención, con la ayuda de la doctora yo he probado diferentes tratamientos hasta encontrar con el que estoy, muchas veces las molestias son demasiadas, mucho dolor, ardor, en ocasiones el dolor es quemante, en otras hormigero y frío, pero se que no todos tenemos los mismos síntomas.

Liz: Así es, la neuropatía es una condición tan diversa y dinámica de la enfermedad, algunos lo van experimentar antes, otros no, algunos nunca, está muy ligado al control pero podemos abordarlo de esa manera en un temario.

Temario de las sesiones subsecuentes:

1. Definir neuropatía con nuestras palabras
2. Que síntomas identifico que experimento o he experimentado
3. ¿Se puede prevenir?
4. Que opciones de tratamiento alternativos puedo utilizar
5. Espacio abierto

Aurora: a mi me interesa conocer mas de la neuropatía, nunca he experimentado los síntomas que ustedes comentan, pero actualmente estoy en recuperación de una cirugía en mis ojos por retinopatía, los años con mis enfermedades no pasan en valde y conocer mas sobre estas complicaciones como evitarlas me parece interesante conocerlas.

Josefina: yo tuve una caída el otro día y desde entonces estoy adolorida, con hormigueo, pero ya estoy mucho mejor, fui al médico y todo bien, actualmente no tengo diabetes, pero vivo con hipertensión, me gustaría conocer cómo prevenirla o identificarla y saber cuándo mencionarlo con el médico.

Domingo: Yo tampoco he experimentado así, anteriormente sentía mucho dolor en la cintura, a veces dolor en los talones, pero inicio con actividad física, me siento mas fuerte y sin las molestias, si me gustaría saber cómo prevenirla.

Liz: bueno hasta ahora ya tenemos seleccionados los temas con los que vamos a trabajar, no significa que vayamos a realizar un cartel, es un tema nuevo que a muchos les interesa y del cual empezamos a desmenuzar para ir armando poco a poco este tema de cual podemos sacar aún mucha más información y trabajar distintos materiales que mas tarde podemos discutir el que más les gustaría.

Dolores: pues a todos nos agrada el tema, tal vez de este tema podríamos hablar de muchos más, en prevención hablar de ejercicios, terapias, alimentación y retomar lo que ya hemos hablado en el cartel.

Liz: así es y de eso se trata, de ir estructurando mucho mejor el tema de acuerdo a todo lo que discutimos y hemos aprendido, bueno el día de hoy la sesión seria breve, ya hemos planteado el temario con el vamos a trabajar, nuestra próxima sesión seria el 10 de diciembre y conversaremos un poco de neuropatías para que ustedes pueden definir el concepto, de esta manera será podrán manejarlo mejor a lo largo de su vida, la de sus familiares o vecinos que puedan vivir con esta complicación y también hablaremos si surgen nuevos capítulos que se puedan agregar al temario.

**Jurisdicción sanitaria: Tláhuac**

**Centro de salud: San francisco Tlaltenco**

**Responsable:** Lizbeth Alejandra reyes Jacinto, Sandra Hazel Castro Hernández

**Taller de autocuidado:** Primera reunión posterior al encuentro.

**Contenido:** Neuropatías

**Sesión:** 1

**Fecha:** 29/11/2024

|               | TEMA                     | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | COORDINACION                          | RELATOR                          | PARTICIPANTES   |
|---------------|--------------------------|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|---|
| SESION #<br>1 | Bienvenida y encuadre    | Integración de miembros del taller.<br><br>Aclarar objetivo del taller | Bienvenida<br><br>Presentación de integrantes.<br><br>Presentación del trabajo previo. | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Aurora<br>Sandra<br>Adela<br>Josefina<br>Domingo<br>Dolores |
|               | Desarrollo de la sesión: | Presentación del nuevo tema  | ¿Continuamos con el tema de neuropatías?<br><br>Pregunta reflexiva / discusión         | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Aurora<br>Sandra<br>Adela<br>Josefina<br>Domingo<br>Dolores |

|                      |                            |   |                                       |                                  |   |
|----------------------|----------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|---|
|                      | Estructuración del temario | ¿sabemos que es neuropatía?<br>¿identificamos los síntomas?<br>Pregunta reflexiva | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Aurora<br>Sandra<br>Adela<br>Josefina<br>Domingo<br>Dolores |
|                      |                            |   |                                       |                                  |   |
| Cierre de la sesión. |                            | Acordar fecha para la siguiente reunión   | Lizbeth<br>Alejandra<br>Reyes Jacinto | Castro Hernández<br>Sandra Hazel | Aurora<br>Sandra<br>Adela<br>Josefina<br>Domingo<br>Dolores |

Se anexa la organización del taller y cartas descriptivas:

Taller de Autocuidado: "Viviendo con Neuropatía Diabética: Desde la Comprensión a la Acción"

Contenido: descrito en cuadro siguiente

No. Sesión: 2

Fecha: 11/03/2025

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Centro de Salud: C.S.T III San Francisco Tlaltenco

Responsables: Castro Hdez. Sandra Hazel & Tepozteco Vidal Aldo

Objetivo: Favorecer un proceso de aprendizaje integral que permita a los participantes proponer soluciones creativas relacionadas con las experiencias de personas que viven con neuropatía diabética.

| Tiempo      | Contenido               | Objetivo  | Actividad  | Coordinación  | Participantes   | Evaluación  |
|-------------|-------------------------|---|--|---|---|---|
| 11 de marzo | Introducción y Contexto | Identificar conceptos básicos y experiencias asociadas a la neuropatía diabética. | Dinámica de inicio:<br>"¿Qué sabes sobre la neuropatía diabética?" | Se explica la actividad y los participantes escriben en post-its palabras o frases asociadas al tema y las pegan en un mural. | Los participantes escriben en post-its palabras o frases asociadas al tema y las pegan en un mural. | Se considerará el impacto de la sesión según la participación en la dinámica, el interés en la conversación y conceptos clave al final. |

|             |                     |  |   |   |  |  |
|-------------|---------------------|--|---|---|--|--|
| 25 de marzo | Empatía             | Profundizar en las experiencias emocionales y físicas de las personas con neuropatía.    | Charlas o testimonios<br>Invitar a pacientes con neuropatía diabética a compartir historias   | Los coordinadores utilizan situaciones reales (ej.: dificultad para caminar, manejo del dolor, impacto emocional) para generar preguntas guía   | Los participantes comparten ordenadamente sus experiencias                             | Preguntas guía:<br>¿Qué desafíos enfrenta esta persona?<br>¿Cómo crees que se siente?  |
| abril       | Aplicación Práctica | Proponer estrategias para manejar situaciones cotidianas relacionadas con la neuropatía. | Taller de soluciones:<br>"Manejo del dolor en el trabajo"<br><br>Role-playing:<br>explica sus síntomas y el profesional da recomendaciones. | Dividir a los participantes en grupos. Cada grupo recibe un escenario basados en situaciones reales (ej.: dificultad para caminar, manejo del dolor, impacto emocional) para generar propuestas | Los participantes deben diseñar un plan de acción con al menos 3 estrategias prácticas | La o el coordinador, al finalizar las intervenciones, recapitula las respuestas, trata de organizarlas por semejanzas y propone una definición acorde a sus experiencias |

| Tiempo | Contenido              | Objetivo   | Actividad   | Coordinación  | Participantes  | Evaluación  |
|--------|------------------------|--|---|---|--|---|
| Mayo   | Análisis Crítico       | Examinar factores sociales, emocionales y médicos que influyen en la neuropatía.         | Debate guiado   | Preguntas detonadoras:<br>¿Cómo afecta el estigma social a las personas con neuropatía?<br>¿Qué barreras existen en el acceso a tratamientos? | Compartir experiencias personales o observaciones sobre el estigma y las barreras médicas. | ¿Los participantes identificaron factores sociales, emocionales y médicos?<br>¿Mencionaron ejemplos concretos de su contexto local?           |
| Mayo   | Evaluación y Reflexión | Valorar la efectividad de las estrategias propuestas y reflexionar sobre el aprendizaje. | Autoevaluación:<br>Los participantes completan una tabla de "Qué aprendí / Qué aplicaré / Qué aún me genera dudas". | Explicar que esta etapa busca reflexionar críticamente sobre las soluciones propuestas y el aprendizaje personal.                             | Reflexionar honestamente sobre su aprendizaje y desafíos.                                  | ¿Las respuestas en "Qué aplicaré" son concretas y alcanzables?<br>¿Las dudas reflejan una reflexión profunda?, el coordinador resume patrones |

|       |                        |   |   |   |   |   |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|
|       |                        |   |   |   |   | comunes en las autoevaluaciones   |
| Junio | Creación de Propuestas | Diseñar recursos o proyectos innovadores para apoyar a personas con neuropatía. | Taller de creación:<br>En grupos, diseñar un recurso (ej.: una guia de recordatorios para el cuidado de los pies, folletos ilustrados).<br><br>Presentar prototipos y recibir retroalimentación.<br><br>Compromisos personales:<br><br>Cada participante escribe una acción concreta que implementará en su vida o comunidad (ej.: "Revisaré mis pies diariamente", "Compartiré | el coordinador facilitará la creación de propuestas innovadoras. Se fomentará el trabajo en equipo y la retroalimentación constructiva para mejorar los proyectos | Proponer un material a realizar, como realizarse y su propósito | Se valorará el resultado del taller según las ideas creadas, el entusiasmo y la participación de los asistentes, y el cumplimiento de los compromisos personales asumidos.. |

información con  
mi familia").

| Tiempo      | Contenido                         | Objetivo  | Actividad   | Coordinación   | Participantes  | Evaluación   |
|-------------|-----------------------------------|---|---|--|--|--|
| 8:30 - 8:40 | Bienvenida                        | Integrar y crear un ambiente de confianza entre los integrantes                     | Presentación breve de los miembros presentes.   | Coordina: Castro Hernandez Sandra Hazel Relata: Tepozteco Vidal Aldo   | Se colocan en círculo, Se presentan y se integran a la dinámica,                             |  |
| 8:40 -9:00  | Encuadre                          | Identificar la organización, objetivos, actividades y dinámica de trabajo del grupo | Presentación de temario de las sesiones   | La coordinadora del taller expone brevemente a las participantes el taller: tema, objetivos, organización, contenidos, dinámica de trabajo, horarios, reglas del grupo | Al finalizar la presentación, exponen dudas y sugerencias.                                   | Se ayudarán a los participantes a comprender mejor la neuropatía diabética. Se promoverá un ambiente abierto para compartir conocimientos y experiencias |
| 9:00-9:20   | Neuropatía: nuestras experiencias | Identificar conceptos básicos y experiencias asociadas a la neuropatía diabética.   | "¿Qué sabemos sobre la neuropatía diabética?" Materiales: hojas de papel y marcadores | Se explica la actividad y los participantes escriben en post-its palabras o frases asociadas al tema y las pegan en un mural.  | Se colocan en círculo, no se requiere conocimiento previo, solo disposición para participar. | Se medirá el impacto de la sesión según la cantidad de ideas compartidas en la dinámica, el interés en la discusión y la claridad con la                 |

|               |                     |  |  |                                    |  |  |
|---------------|---------------------|--|--|------------------------------------|--|--|
|               |                     |  |  |                                    |  | que los participantes comprendan los conceptos básicos al finalizar. |
| 9:20-9:<br>30 | Cierre de la sesión | Identificar aprendizajes, logros y acuerdos de la sesión | Opiniones<br>¿Cómo se sintieron con la actividad del dia de hoy? ¿que se llevan de las sesion? | Acordar próxima actividad y sesión |  |  |

Participantes:

1. Vicente Reyes Blanco
2. Sandra Cortes Cedillo
3. Rubén Cortés Miranda

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 11 de marzo del 2024, horario 8:30-9:30 am

\*\* La presente relatoría es una breve vista de todo lo que se tocó en dicha reunión.

I. Bienvenida

HAZEL: ¡Bienvenidos! Es un gusto tenerlos una vez más en esta segunda sesión que es la continuación de aquella que fueron partícipes en noviembre sobre neuropatía diabética. Sin embargo, en esta ocasión hablaremos sobre sus experiencias viviendo con esta alteración.

II. Encuadre: Presentación del temario de la sesión

HAZEL: El título que llevarán nuestras sesiones será “Viviendo con neuropatía diabética: Desde la comprensión a la acción”. El principal objetivo de esta sesión será presentar sus experiencias viviendo con neuropatía, con el propósito de que formemos un concepto claro de que lo que se trata esta enfermedad y, con ello, clarificar inquietudes, dudas, si se sienten identificados con dicha patología e identificar a otros familiares, amigos o conocidos que pasan por la misma situación para poder ayudarlos a comprenderla.

RUBÉN: A todo esto, yo investigué acerca de la definición de la palabra “neuropatía” y encontré que el término “neuro-” se refiere al sistema nervioso, pero no entiendo bien la definición de “-patía”.

ALDO: El término hace referencia a la enfermedad. Aplicándolo a esta afección podríamos definirlo como “afección”, es decir, afección del sistema nervioso (nervios) secundaria al daño provocado por la glucosa a los nervios que alteran su función.

HAZEL: Iniciamos con la actividad. La actividad de hoy será anotar en un papel lo que entendieron de lo que es la neuropatía diabética según la sesión que tuvieron con la Dra. Salgado.

III. Neuropatía: Nuestras experiencias

VICENTE: La neuropatía, en mi caso, son una especie de contracciones/calambres que se pueden dar en las manos o pies secundario a la mala circulación de la sangre.

RUBÉN: Una pregunta, cuando se nos “atora” un dedo de la mano y ya no lo podemos regresar a su lugar después de tomar un objeto por mucho tiempo ¿es parte de la neuropatía?.

ALDO: No necesariamente tiene que ser por la neuropatía, sino por algo más muscular. Cuando nosotros forzamos algún músculo ya sea por mantener levantado algo pesado, por ejemplo, nuestros músculos están en una constante contracción y, si lo mantenemos así por mucho tiempo, es común que nuestro

músculo se acostumbre a ese esfuerzo, que una vez que cesamos la contracción se quede por unos instantes en la posición durante la actividad.

VICENTE: Yo en algún momento tuve un dedo de mis pies flexionado y ya no podía estirarlo, ¿qué pasa en esos casos?

HAZEL: En la diabetes, hay una complicación que lleva por nombre “pie de Charcot”, que es secundario a un estado avanzado de la neuropatía diabética que ocasiona deformación de la estructura de nuestros pies y, entre eso, existe un componente que son los dedos en martillo, que es cuando ya no podemos estirarlos.

ALDO: Efectivamente. Nuestros nervios tienen la función de mandar las órdenes a nuestros músculos para que se contraigan, lo que nos hace posible hacer nuestras actividades diarias, además, también manda señales constantemente a los músculos de nuestros pies para mantener su tono, lo que nos hace posible, por ejemplo, estar de pie en la posición correcta sobre las plantas y, con ello, mantener también la forma del pie. Cuando se presenta una neuropatía diabética, esos estímulos se ven afectados y, por lo tanto, hacen que el tono de los músculos se pierda y se deforme la forma en la que pisamos sobre nuestras plantas.

RUBÉN: Tengo una idea, por ejemplo, al momento en que subimos las escaleras, muchas veces siento como debilidad para subir el próximo escalón, ¿eso podría ser igualmente secundario a una neuropatía?

ALDO: Podría ser, ya que, al estar dañado el nervio, se va perdiendo también la fuerza de esos músculos, lo que muchas veces condiciona caídas.

HAZEL: La idea de la actividad de hoy era que con unos marcadores, anotaran qué es y cómo afecta la neuropatía en su calidad de vida con el fin de que otra persona lo lea y tenga otra perspectiva sobre dicha afección, no solamente desde el punto de vista médico.

RUBÉN: Doctores, ¿la neuropatía también se puede presentar con falta de sensibilidad?

ALDO: Sí. La neuropatía no necesariamente tiene que ser dolor, se puede presentar de diferentes maneras como falta de sensibilidad, hormigueo, entumecimiento, dolor quemante, disminución de la fuerza, etc.

HAZEL: El señor Vicente entrega su hojita. Bueno, ya tenemos la primera hojita donde el señor Vicente nos menciona que la neuropatía diabética afecta teniendo una menor calidad de vida, afecta su vida familiar, social y laboral.

RUBÉN: ¿Hay alguna relación entre el ejercicio y sentir menos los síntomas?

HAZEL: Sí. Lo que pasa es que la clave en disminuir la progresión y, por lo tanto, la sintomatología de la neuropatía diabética es la alimentación y el ejercicio.

VICENTE: La primera vez que yo sentí la neuropatía fue cuando iba de viaje y, después de muchas horas, sentí en mis pies una sensación exagerada de picazón. Mis familiares pararon el auto y empecé a moverme, lo que ayudó a mejorar dichos síntomas.

HAZEL: Y usted señora Sandra, ¿cómo ha experimentado su neuropatía?

SANDRA: Yo ya llevo tiempo con la neuropatía. Primero fui atendida en la UNEME por tal razón, sin embargo, nunca me explicaron muy bien de lo que se trataba ni cómo funcionaba hasta que llegué aquí donde me dijeron que es un daño a los nervios secundario a niveles elevados de glucosa y que se trataba de una afección progresiva pero que dicho progreso dependía del control de la diabetes. Por tal

razón, comencé a cuidarme más en tanto alimentación y actividad física que me han ayudado a evitar que siga progresando, porque yo tengo dolor en los pies tipo quemante que incluso no me deja dormir. He tomado tratamientos, pero por los efectos adversos como sueño y mareos, no me los he tomado al pie de la letra hasta que aquí comencé con dosis menores, que me han ayudado a disminuir el dolor de un 100% a un 70% más o menos.

VICENTE: Yo tengo una cuestión ahí. A mí me habían explicado que las neuropatías son transitorias, que siempre vienen y van independientemente de si estamos controlados o no. Me dijeron que incluso estando en metas, siempre van a presentarse.

HAZEL: Si y no. Lo que pasa es que la neuropatía diabética, una vez establecida, ya no se quita, pero si se controla. Es decir, lo que nosotros hacemos énfasis en el control es porque ayuda a evitar la progresión acelerada de la neuropatía, evitando complicaciones a tal grado que ocasione un pie de Charcot o debilidad que lleve a la incapacidad, por ejemplo. Además de que, disminuyendo la progresión, también evitamos que los síntomas empeoren cada vez más.

VICENTE: Señora Sandra y ¿no ha sentido que le disminuye el dolor?

SANDRA: Si, como le mencioné, las molestias han disminuido debido a que he llevado un mejor control en cuanto a mi enfermedad, incluyendo la alimentación y actividad física.

RUBÉN: Yo siento que la actividad física es una de las mejores medidas. Yo antes era operador de camiones para transporte y me la pasaba viajando 20 horas. Sin embargo, me dolían mucho los pies hasta que una vez vi a unas personas que iban de excursión que estaban caminando alrededor del autobús, y les pregunté ¿Por qué?. La encargada me mencionó que así disminuyen el entumecimiento de los pies. De esa manera comencé a aplicarlo en mis viajes y mejoré muchísimo. De igual forma, hoy en día, sigo con el mismo hábito de hacer actividad física y creo que es lo que me ha ayudado, aparte de un buen control de mi enfermedad, a no presentar síntomas de neuropatía o tal vez a tenerlos de manera muy ligera a tal grado de que no me afecten en mi calidad de vida. De hecho, por eso siempre vengo a los ejercicios que hacemos aquí con la doctora Salgado. El señor Rubén comenzó a explicarle algunos de los ejercicios que ven en las sesiones con la Dra. Salgado a la señora Sandra.

HAZEL: Tenemos el segundo papel que es del señor Rubén donde menciona que para él, la neuropatía diabética es una sensación de dolor, ardor o falta de sensibilidad y que gracias a cambios en la alimentación y actividad física mejoran la calidad de vida.

#### IV. Cierre de la sesión: Aprendizajes, logros y acuerdos

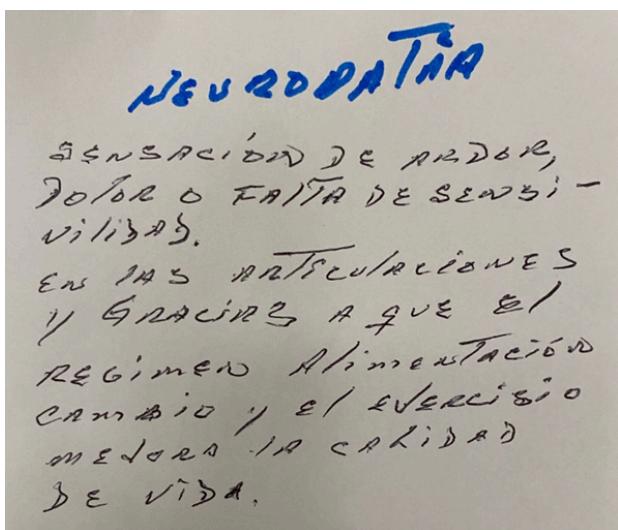
HAZEL: Para concluir la sesión de hoy, sólo para mencionar que el propósito era definir el concepto de neuropatía diabética con nuestras palabras para que lo podamos compartir con familiares, amigos y demás personas que están pasando por lo mismo y que no saben cómo actuar, incluso ni siquiera sabiendo lo que es.

VICENTE: Lo importante también, y que se me olvidó mencionar, es el impacto emocional que genera la neuropatía, ya que a veces es desesperante la sensación de ardor/dolor que uno presenta.

HAZEL: Claro, ese era el objetivo de la sesión, plantear sus experiencias viviendo con la neuropatía y, con ello, identificar desafíos que han pasado. Por esa razón,

la próxima sesión trabajaremos esos desafíos, incluyendo lo emocional, el manejo del dolor y la manera de cómo expresarle esos síntomas a los médicos para que logren entender sus inquietudes y no lo adjudiquen a otra causa.

La próxima sesión será el próximo martes 25 de marzo a los 8:30. Entonces, los esperamos



Las Neuropatías para mí  
Son arterias deterioradas por  
exceso de azúcar a causa de  
la diabetes, aprendí que  
se puede controlar no se  
regenera porque ya es neu-  
ronal solo se controla  
Con una buena alimenta-  
ción, ejercicio y psicologi-  
camente saber contro-  
lar lo emocional, por  
que los síntomas como  
parchadas, dolor, depri-  
men cuando es muy  
fuerte,



¿Cómo afectan las Neuropatías en la vida social?

- Menos calidad de vida
- Afectación en la vida familiar.
- Afectación en la vida social.
- Cambios en los regímenes de la alimentación
- Afectación en la vida laboral
- Falta de ánimo por vivir

### 3ra Relatoría:

#### Participantes:

1. Sandra Cortes Cedillo
2. Rubén Cortés Miranda
3. Josefina Castañón Morales
4. Dolores Jiménez Cortés
5. Santanero Domingo Castañeda Peña
6. Adela Rangel

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 22 de abril del 2024, horario 8:30-9:30 am

\*\* La presente relatoría es una breve vista de todo lo que se tocó en dicha reunión.

#### I. Bienvenida

ALDO: ¡Bienvenidos! Es un gusto tenerlos una vez más en la que es la tercera sesión del grupo asesor sobre la neuropatía diabética: desde la comprensión a la acción. Me alegra ver cómo se han podido integrar cada vez más personas. Es un gusto para mí que las señoras Josefina y Dolores, junto con su esposo, Santanero, hayan podido regresar a este grupo.

Bueno, una vez entendido el concepto de neuropatía diabética, tarea que realizamos durante las 2 sesiones pasadas, esta sesión tiene como objetivo, profundizar en las experiencias que han tenido con esta afección relacionada con la diabetes, así como encontrar estrategias que ustedes han puesto en práctica para mejorar su calidad de vida.

Comenzamos hablando de sus experiencias:

II. Nuestras experiencias viviendo con neuropatía diabética

ALDO CEDE LA PALABRA AL SEÑOR RUBÉN:

RUBÉN: En lo personal, yo no he tenido una experiencia como tal relacionada con la neuropatía. Hace unos años, pisé mal y estuve en reposo por mucho tiempo debido a una lesión en el tobillo. Me sacaron muchas radiografías, pero nunca encontraron datos de fractura. Sin embargo, cuando pisé mal, sentí como un choque eléctrico que me recorría desde la planta hasta la parte superior de la pierna. Pero, no creo que eso haya sido neuropatía ¿o sí?

ALDO: Hay que mencionar que no debemos confundir que todo dolor o molestia en las extremidades es debido a una neuropatía. Puede haber muchas causas del por qué se produzca un dolor. Por ejemplo, en su caso, simplemente pisó mal y, al pisar en una zona del pie que no está destinada al soporte del cuerpo, está muy propenso a generar lesiones que van desde fracturas, hasta esguinces. Datos que podrían sospechar de neuropatía serían síntomas como que le haya dado una debilidad de las extremidades y que eso hubiera condicionado que se cayera, y hasta eso, hay muchas causas de debilidad. Por esta razón, nosotros debemos hacer una exploración exhaustiva de sus síntomas y otros antecedentes como lo son el control de su glucosa, el manejo que llevan o incluso antecedentes de enfermedades vasculares. Todo esto puede afectar y condicionar síntomas muy parecidos a la neuropatía.

EL SEÑOR RUBÉN SE QUEDA PENSANDO...

ALDO: Y usted señora Adela, ¿cómo ha sido su experiencia?

ADELA: A mí si me arden las plantas de los pies, sobre todo después de una larga jornada de trabajo donde permanezco mucho tiempo de pie. Se trata de un dolor ardoroso que me recorre desde las plantas de los pies, hasta la pierna. Siento como que me quemara. De hecho, no me podía ni parar por tanto dolor en los pies, a pesar de que mucho tiempo utilicé taloneras especiales. Me compré las medias compresivas que usted me recomendó y me ha mejorado el dolor.

ALDO: ¡Perfecto! Y, ¿ha hecho o encontrado alguna otra forma para mejorar ese dolor?

ADELA: Si, actualmente estoy yendo a unas camas de calor en donde nos dan masajes después de que nos meten a una cama que da calor. Apenas llevo unos cuantos meses con 5 sesiones, pero si he mostrado mucha mejoría a comparación de cuando no tenía ningún tratamiento. Posterior a 8 sesiones, nos van a dar masajes con un rodillo y, según opiniones que he escuchado de otras personas, son muy buenas.

ALDO: ¡Muy bien! Eso a usted le ayudado mucho para mejorar el dolor de sus pies. ¿Hay alguna otra forma que ha usted le esté funcionando que nos quiera compartir en base a su experiencia?

ADELA: Si, también me ha ayudado mucho el caminar y los ejercicios de activación física que lleva a cabo la Dra. Salgado aquí con otras personas. Sin embargo, no siempre puedo venir y opto por salir a caminar e ir a un parque que tiene muchos aparatos que ayudan a hacer diferentes ejercicios, tales como las manos, los brazos, las piernas, etc.

ALDO: ¡Efectivamente! El ejercicio le va a ayudar mucho para mejorar los síntomas de la neuropatía, sobre todo controlando de mejor manera la glucosa en sangre.

ALDO CEDE LA PALABRA A LA SEÑORA SANDRA.

SANDRA: Yo quería ver si ¿podíamos identificar los tipos de dolores que podemos sentir cada persona relacionados con la neuropatía? Lo que pasa es que ella siente un dolor muy diferente al mío. A ella le arde solamente, pero a mí me arden los pies, pero, además de eso, también se agrega dolor como tal en toda la pierna. Mi pregunta es: ¿Es lo mismo?

ALDO: Mire, la neuropatía diabética se puede expresar de una manera muy diferente en cada persona. Puede presentarse como dolor quemante (como si le quemaran los pies o ardor), dolor como un choque eléctrico, hormigueo, disminución de la sensibilidad, disminución de la fuerza, dolor al apoyar la planta del pie, etc.

SANDRA: Si, porque yo también tenía duda si no fuera por problemas de la circulación.

ALDO: Si, va muy relacionado también, ya que la neuropatía se ocasiona sobre todo por el daño al vaso por niveles muy elevados de glucosa, pero otra cosa es problemas de circulación como tal, donde hay una insuficiencia de los vasos para movilizar la sangre circulante, lo que también puede ocasionar dolor, ardor, calambres e incluso alteraciones en la temperatura como frialdad. Por eso nosotros, al momento en que exploramos sus pies, hacemos diferentes técnicas básicas, y que se pueden realizar en la consulta, para valorar la circulación de sus pies. De esta manera, nosotros nos damos una idea de a lo que va encaminado su cuadro sintomatológico.

III. Neuropatía: algunas recomendaciones para el manejo del dolor y otras molestias

HAZEL: Podemos observar que hay muchas diferencias entre los cuadros de la señora Sandra y los de la Adela, y creo que una dinámica clave que podemos realizar hoy sería enlistar algunos de los síntomas que ustedes han experimentado a lo largo de todo este tiempo que llevan con la neuropatía. De hecho, otro de los objetivos de esta sesión es proponerles realizar una infografía o un material visual donde podamos expresar lo que ustedes han experimentado con la enfermedad, tal como síntomas y medidas que puedan ayudar a las demás personas que padecen este mismo problema pero que aún no saben qué hacer. La razón principal de esto es poder darles a ustedes voz.

¿Cómo podemos comenzar a hacer esto? Por eso trajimos esta cartulina, donde vamos a ir plasmando de forma visual todos y cada uno de los aspectos que a ustedes les gustaría dar a conocer sobre la neuropatía diabética. ¿Qué piensan sobre esto? Creo que uno de los puntos más importantes que podría llevar este material sería la manera de identificar esta afección con los síntomas.

ADELA: Estoy de acuerdo con esto. Sobre todo, porque yo he experimentado de manera muy variable la neuropatía. Al principio, comencé con la falta de fuerza al momento de caminar, después comencé a sentir hormigueo en los pies, posteriormente, comencé con el ardor, incluso como si mis pies se quemaran. Por último, una vez, mientras estaba en sandalias, me caí y se me levantó la uña, pero no sentí ningún dolor.

DOLORES: Una pregunta... ¿La neuropatía también puede dar a nivel gastrointestinal?

HAZEL: ¡Sí!, pues todo el organismo se encuentra inervado por nervios, los cuales pueden resultar dañados por los niveles tan elevados de la glucosa, pudiendo afectar manos, pies, brazos, piernas, muslos e incluso el hábito defecatorio, es decir, se puede alterar la forma en la que defecamos, desde estreñimiento hasta diarrea.

DOLORES: Si, lo preguntaba porque he estado más estreñida últimamente. Además de que también, como usted menciona, los pies se me acalambran. De hecho, por eso siempre utilizo calcetas, porque he visto que me disminuyen esos calambres.

SANDRA: Lo que a mi me gustaría mencionar es que muchos de los medicamentos que tenemos para tratar la neuropatía si tienen otros efectos. En lo personal, yo siempre ando con sueño y me cuesta levantarme al siguiente día, además de que luego me mareo o cosas por el estilo.

HAZEL: Claro, absolutamente todos los medicamentos tienen efectos adversos. De hecho, por eso siempre se los comentamos al momento en que vamos a comenzar con una terapia, para que en caso de que se presenten, ver cómo es la relación riesgo-beneficio, y así poder ver si lo cambiamos o no. Esta es una de las razones por las cuales dedicamos esta sesión sobre ver qué otras alternativas hay para el manejo de las molestias que genera vivir con neuropatía, para así poder comunicarlas con los demás y disminuyan así los efectos que podrían generar si sólo agregamos tratamientos farmacológicos.

SANDRA: Yo considero que también la dieta es uno de los puntos más importantes. Al menos en lo personal, desde que comencé con la nutrióloga y, al disminuir mis niveles de glucosa, han mejorado mucho mis síntomas.

JOSEFINA: Yo concuerdo con Adela, de que el ejercicio también ayuda muchísimo. De hecho, considero que el grupo de ejercicios que tiene el centro de salud de la Dra. Salgado ha ayudado a muchos en cuanto a la mejoría de sus síntomas. Por cierto, señor Rubén, usted tampoco ha ido a las sesiones.

RUBÉN: No tanto porque no quiera venir, lo que pasa es que tengo otras actividades. Sin embargo, concuerdo con todas ustedes sobre la importancia de los ejercicios en nuestras vidas. En lo personal, yo me pongo a ver videos sobre ejercicios que puedo realizar en casa, además de que hago mucho ciclismo recorriendo a veces hasta 30 km en la bici de casa, subo y bajo escaleras e incluso cargo bultos. Creo que esa es una de las principales razones por las cuales mi vida casi no se ha visto afectada por esta complicación de nuestra enfermedad.

**EL SEÑOR RUBÉN NOS COMPARTE SU CONOCIMIENTO SOBRE ALGUNOS EJERCICIOS QUE ÉL HACE Y CÓMO LE HAN AYUDADO EN SU VIDA...**

HAZEL: Perfecto. Lo que puedo destacar de todo esto es que les gustaría hablar o mencionar en el material la importancia del ejercicio y de la actividad física en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con neuropatía diabética.

SANDRA: Creo que uno de los mensajes que podemos poner en cuanto a la actividad física podría ser: "Encontrando el ejercicio ideal de acuerdo con tus capacidades". Lo menciono porque, por ejemplo, comparando el ejercicio que

hace el señor Rubén, con el que podría hacer yo, no sería lo mismo, pero si estamos haciendo actividad física.

HAZEL: Muy bien, me parece buena idea. ¿Quieren mencionar algunas de las molestias que han experimentado para que las enlistemos en nuestra cartulina?

DOLORES: Si.

HAZEL: Muy bien, comenzamos diciendo algunos síntomas, por favor...

DESPUÉS DE VARIOS SÍNTOMAS MENCIONADOS, SE ENLISTARON EL ARDOR, DOLOR QUEMANTE, HORMIGUEO, ENTUMECIMIENTO, PÉRDIDA DE LA FUERZA Y SENSACIÓN DE CHOQUE ELÉCTRICO.

IV. Cierre de la sesión: aprendizajes, logros y acuerdos

HAZEL: Para concluir, me gustaría mostrarles el resultado de lo que trabajamos hoy. ¿Les gustaría anexar algún otro mensaje con el que las personas pueden identificarse con estos síntomas?

SANDRA: Una buena idea sería con la pregunta: “¿Has notado cambios o molestias en tus pies y padeces diabetes? Revísate, podría ser neuropatía diabética”

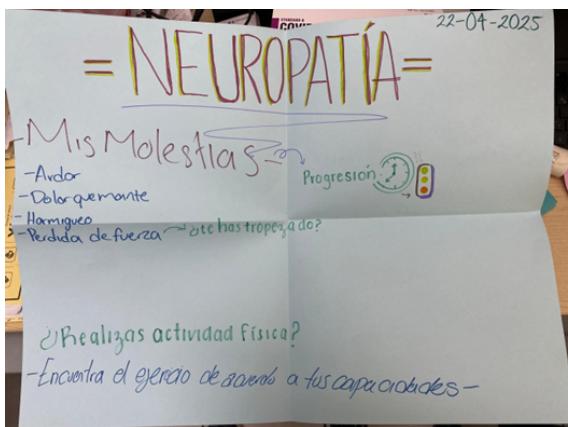
HAZEL: Muy bien. Ahora, ¿les gustaría que pusiéramos algún dibujo que representara lo que estamos hablando?

SANDRA: Igual que en el cartel pasado de los alimentos que hicimos, podríamos poner una imagen que represente que el exceso de azúcar en algunos alimentos se relaciona con aumento de los síntomas por no estar en rangos normales de glucosa.

HAZEL: Muy bien, entonces, concluyendo esto, el resultado de esta sesión sería hacer una infografía o cartel donde podamos plasmar nuestro concepto que generamos de neuropatía, las manifestaciones que podría llegar a sentir y algunas de las recomendaciones de personas que llevan años experimentando este tipo de molestias, dirigido a aquellas personas que aún no saben de lo que se trata y que despierte en ellos curiosidad y tomen algunas de las estrategias que ustedes plasmaron, no solamente medicamento y podamos darles otra esperanza.

TODOS ESTÁN DE ACUERDO CON EL MATERIAL A GENERAL.

HAZEL: Bueno, eso sería todo de esta sesión. Nos dio gusto volver a verlos y ver que muchos han podido regresar e integrarse. Que estén muy bien. Nos vemos la próxima.



Producto final logrado.

Se anexan fotografías.

**8º Encuentro de personas con enfermedades crónicas**

## DE LA COMPRENSIÓN A LA ACCIÓN

Viviendo con neuropatía diabética

**¿Qué es?**  
Una complicación común de la diabetes que afecta los nervios.

**¿Por qué es importante detectarla a tiempo?**

- Prevenir heridas, infecciones o úlceras
- Evitar amputaciones
- Mejorar la calidad de vida

**¿Qué causa la neuropatía diabética?**

- Altos niveles de azúcar en sangre durante mucho tiempo
- Dano a los nervios por mala circulación o inflamación

**¿Qué siente alguien con neuropatía diabética?**

- Pérdida de sensibilidad al dolor o calor
- Dolor persistente o intensidad constante
- Sensación de ardor o quemadura
- Problemas para dormir
- Problemas para caminar

**factores que complican el diagnóstico**

1. Diagnóstico tardío: se tarda en detectar la diabetes por muchos años.
2. Síntomas sutiles: dolores y malestares leves.
3. Dolor y malestar: dolores y malestares leves.
4. Dolor intenso: dolores y malestares intensos.
5. Trastornos del sueño: dolores y malestares intensos.

**¿Tu día a día está empeorando tu neuropatía?**

**Factores emocionales:**

- Estar y sentirse:
  - Depresión
  - Frustración
  - Impotencia

**Entorno familiar:**

- Falta de apoyo:
  - Conflictos familiares
  - Sobrecarga del cuidador

**Ámbito laboral:**

- Trabajos físicamente demandantes
- Horarios prolongados e turnos nocturnos
- Cáncer laboral

**Factores sociales:**

- Andar en calles
  - Oficina de salud pública
  - Fatiga de la enfermedad

**Consejos clave en su manejo**

- Control emocional: Térapia o grupos de apoyo.
- Comunicación familiar: Involucrar a la familia en el plan de cuidado.
- Ajustes laborales: Trabajar adaptaciones (ej.: descansos).
- BUSCAR APOYO PROFESIONAL: Asistir regularmente con tu médico tratante.

**INTEGRANTES:**

- Vicente Reyes Manzo • MPPS Haciel Castro • MPSS Adela Tapia Aceves Vital
- Adela Angel • Blasiano Domínguez Castañeda Pello • Sandra Cecilia Cortés • María Júlia Mendez Cecilio
- Rubén Cortés Mirando • Dolores Jiménez Cortés • Josefina Castañeda Morales

Este programa es de uso exclusivo para el personal político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

**8º Encuentro de personas con enfermedades crónicas**

## DE LA COMPRENSIÓN A LA ACCIÓN

Viviendo con neuropatía diabética

**Únete a la presentación de un proyecto que transforma vidas**

**¡Te esperamos!**

**2 de Julio**

**Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac**

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

**LOGOS:**

- IMSS BIENESTAR
- CDAD DE MÉXICO
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
- SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
- DISTRITO DE SALUD PARA EL BIENESTAR Tláhuac
- Victor Manuel de la Torre
- IMSS

Datos del Consejo Asesor que quedó formado:

## Integrantes

| Nombre Completo                  | Edad | Sexo      | Enfermedad crónica                                     | Número de teléfono para contactar |
|----------------------------------|------|-----------|--|-----------------------------------|
| Rubén Cortes Miranda             | 77   | Masculino | Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial                | 5534617551                        |
| Sandra Cedillo Cortes            | 53   | Femenino  | Diabetes tipo 2 + hipertensión arterial                | 5574754155                        |
| Vicente Reyes Blanco             | 63   | Masculino | Diabetes tipo 2 + hipertensión arterial + dislipidemia | 5511207011                        |
| Higinia Chirinos Noguerón        | 77   | Femenino  | Diabetes tipo 2 + hipertensión arterial                | 5515753787                        |
| Adela Rangel Fuentes             | 55   | Femenino  | Diabetes tipo 2  | 5642213053                        |
| Castañón Morales Josefina        | 59   | Femenino  | Hipertensión arterial                                  | 5614631409                        |
| Santanero Domingo Castañeda Peña | 69   | Masculino | Diabetes tipo 2 + hipertensión arterial                | 5584813797                        |
| Dolores Jiménez Cortes           | 62   | Femenino  | Diabetes tipo 2 + hipertensión arterila                | 5584813797                        |

### 3.4 Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud C.S. T- III San Francisco Tlaltenco a cargo Sandra Hazel Castro Hernández.

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 y en la base de Excel –a partir de enero 2025-)

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Momento de ingreso                       | No | %    |
|--|----|------|
| Ingreso anterior a agosto de 2023        | 33 | 84.6 |
| Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023 | 4  | 10.3 |
| Recuperados a partir de agosto de 2023   | 2  | 5.1  |
| Total                                    | 39 | 100  |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

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 2024 y julio de 2025.

**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 2024 y julio de 2025.

Se recibieron un total de 33 pacientes en agosto 2024, durante el año se ingresaron un total de 4 pacientes. Durante el año de servicio social se tuvieron 2 reconquistas de pacientes que dejaron de asistir por algún motivo a las consultas en el modelo.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Condición de participación | No | %    |
|----------------------------|----|------|
| Activas                    | 19 | 48.7 |
| No activas                 | 20 | 51.3 |
| Total                      | 39 | 100  |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Nota: Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo julio 2024 – julio 2025.

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.

De un total de 39 pacientes recibidos; 19 (48.7%) personas acudieron con regularidad a sus citas programadas dentro del proyecto y 20 (51.3%) personas se consideraron como inactivas de acuerdo con el directorio previamente proporcionado en el inicio del ciclo de atención.

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 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Motivos de inclusión como No activas                     | No | %    |
|--|----|------|
| Cambio de médico dentro del centro de salud              | 3  | 15 % |
| Cambio de institución que le atiende                     | 1  | 5%   |
| Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención) | 1  | 5%   |
| Falleció   | 0  | 0%   |
| Otro motivo  | 0  | 0%   |
| Se ignora  | 15 | 75%  |
| Total  | 20 | 100% |

La reconquista de participantes no activos estuvo limitada por la disponibilidad de información de contacto actualizada en los expedientes, lo que generó un sesgo de selección al solo poder incluir a aquellos individuos con datos de contacto verificables

**2. Información demográfica.**

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con sexo

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Sexo            | No | %      |
|-----------------|----|--------|
| Femenino        | 12 | 63.1 % |
| Masculino       | 7  | 36.9%  |
| Otra asignación | 0  | 0      |
| No hay dato     | 0  | 0      |
| Total           | 19 | 100%   |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Edad          | No | %      |
|---------------|----|--------|
| 20 – 29 años  | 0  | 0      |
| 30 – 39 años  | 0  | 0      |
| 40 – 49 años  | 3  | 15.9 % |
| 50 – 59 años  | 5  | 26.3 % |
| 60 – 69 años  | 7  | 36.8 % |
| 70 – 79 años  | 4  | 21%    |
| 80 y más años | 0  | 0      |
| Total         | 19 | 100 %  |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No.6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Sexo \ Edad   | 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  | 3        | 15. 8% | 0         | 0      | 3     | 15.8% |
| 50 – 59 años  | 2        | 10.5%  | 3         | 15.8 % | 5     | 26.3% |
| 60 – 69 años  | 4        | 21%    | 3         | 15.8 % | 7     | 36.8% |
| 70 – 79 años  | 3        | 15. 8% | 1         | 5.3%   | 4     | 21%   |
| 80 y más años | 0        | 0      | 0         | 0      | 0     | 0%    |
| Total         | 12       | 63.1 % | 7         | 36.9 % | 19    | 100   |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

### 3. Diagnóstico y seguimiento.

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| No de consultas | No de pacientes | %    |
|-----------------|-----------------|------|
| 1               | 1               | 5.3  |
| 2               | 2               | 10.5 |
| 3               | 0               | 0    |
| 4               | 0               | 0    |
| 5               | 0               | 0    |
| 6               | 3               | 15.8 |
| 7               | 2               | 10.5 |
| 8               | 0               | 0    |
| 9               | 0               | 0    |
| 10              | 5               | 26.3 |
| 11              | 3               | 15.8 |
| 12 y más        | 3               | 15.8 |
| Total           | 19              | 100  |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No.8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Diagnósticos                                    | No | %    |
|---|----|------|
| Sobrepeso y obesidad                            | 0  | 0    |
| Hipertensión arterial                           | 4  | 21   |
| Diabetes Mellitus tipo 2                        | 2  | 10.5 |
| Dislipidemia                                    | 0  | 0    |
| Obesidad e hipertensión                         | 0  | 0    |
| Obesidad y diabetes                             | 1  | 5.3  |
| Obesidad y dislipidemia                         | 0  | 0    |
| Diabetes e hipertensión                         | 3  | 15.8 |
| Obesidad, hipertensión y diabetes               | 5  | 26.3 |
| Hipertensión, diabetes y dislipidemia           | 3  | 15.8 |
| Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia | 1  | 5.3  |
|   |    |      |
| Total   | 19 | 100  |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Dx<br>Sexo                                      | Femenino |       | Masculino |       | Total |       |
|---|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|   | No       | %     | No        | %     | No    | %     |
| Sobrepeso y obesidad                            | 0        | 0     | 0         | 0     | 0     | 0     |
| Hipertensión arterial                           | 4        | 21%   | 0         | 0     | 4     | 21%   |
| Diabetes Mellitus tipo 2                        | 2        | 10.5% | 0         | 0     | 2     | 10.5% |
| Dislipidemia                                    | 0        | 0     | 0         | 0     | 0     | 0     |
| Obesidad e hipertensión                         | 0        | 0     | 0         | 0     | 0     | 0     |
| Obesidad y diabetes                             | 0        | 0     | 1         | 5.3%  | 1     | 5.3%  |
| Obesidad y dislipidemia                         | 0        | 0     | 0         | 0     | 0     | 0     |
| Diabetes e hipertensión                         | 2        | 10.5% | 1         | 5.3%  | 3     | 15.8% |
| Obesidad, hipertensión y diabetes               | 1        | 5.3%  | 4         | 21%   | 5     | 26.3% |
| Hipertensión, diabetes y dislipidemia           | 2        | 10.5% | 1         | 5.3%  | 3     | 15.8% |
| Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia | 1        | 5.3%  | 0         | 0     | 1     | 5.3%  |
| Total   | 12       | 63.1% | 7         | 36.9% | 19    | 100%  |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No.10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Edad          | Personas con diagnóstico de hipertensión | %   |
|---------------|--|-----|
| 20 – 29 años  | 0  | 0   |
| 30 – 39 años  | 0  | 0   |
| 40 – 49 años  | 2  | 50  |
| 50 – 59 años  | 0  | 0   |
| 60 – 69 años  | 1  | 25  |
| 70 – 79 años  | 1  | 25  |
| 80 y más años | 0  | 0   |
| Total         | 4  | 21% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No.11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Edad          | Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 | %      |
|---------------|--|--------|
| 20 – 29 años  | 0  | 0      |
| 30 – 39 años  | 0  | 0      |
| 40 – 49 años  | 1  | 5.3 %  |
| 50 – 59 años  | 0  | 0      |
| 60 – 69 años  | 0  | 0      |
| 70 – 79 años  | 1  | 5.3%   |
| 80 y más años | 0  | 0      |
| Total         | 2  | 10.5 % |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Edad          | Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 | %    |
|---------------|---|------|
| 20 – 29 años  | 0   | 0    |
| 30 – 39 años  | 0   | 0    |
| 40 – 49 años  | 0   | 0    |
| 50 – 59 años  | 1   | 5.3% |
| 60 – 69 años  | 0   | 0    |
| 70 – 79 años  | 0   | 0    |
| 80 y más años | 0   | 0    |
| Total         | 1   | 5.3% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Edad          | Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial | %     |
|---------------|--|-------|
| 20 – 29 años  | 0  | 0     |
| 30 – 39 años  | 0  | 0     |
| 40 – 49 años  | 0  | 0     |
| 50 – 59 años  | 0  | 0     |
| 60 – 69 años  | 2  | 10.5% |
| 70 – 79 años  | 1  | 5.3%  |
| 80 y más años | 0  | 0     |
| Total         | 3  | 15.8% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| 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  | 0  | 0     |
| 50 – 59 años  | 2  | 10.5% |
| 60 – 69 años  | 2  | 10.5% |
| 70 – 79 años  | 1  | 5.3%  |
| 80 y más años | 0  | 0     |
| Total         | 5  | 26.3% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| 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  | 0   | 0     |
| 50 – 59 años  | 1   | 5.3%  |
| 60 – 69 años  | 1   | 5.3%  |
| 70 – 79 años  | 1   | 5.3%  |
| 80 y más años | 0   | 0     |
| Total         | 3   | 15.8% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| 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  | 0   | 0    |
| 50 – 59 años  | 1   | 5.3% |
| 60 – 69 años  | 0   | 0    |
| 70 – 79 años  | 0   | 0    |
| 80 y más años | 0   | 0    |
| Total         | 1   | 5.3% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

## 5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 17

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Parámetros de    | Glicemia capilar |       | Glicemia sérica |       | Total |      |
|------------------|------------------|-------|-----------------|-------|-------|------|
|                  | No               | %     | No              | %     | No    | %    |
| Control          | 7                | 46.6% | 5               | 33.3% | 12    | 40%  |
| Fuera de control | 8                | 53.3% | 10              | 66.6% | 18    | 60%  |
| Total            | 15               | 100%  | 15              | 100%  | 30    | 100% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 18

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Parámetro de Control | No | %    |
|----------------------|----|------|
| Control              | 6  | 40%  |
| Fuera de control     | 9  | 60%  |
| Total                | 15 | 100% |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 19

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Parámetro de Control | No | %   |
|----------------------|----|-----|
| Control              | 12 | 75% |
| Fuera de control     | 4  | 25% |
| Total                | 16 | 100 |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 20

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Parámetro de     | No       | %           |
|------------------|----------|-------------|
| Control          | 1        | 33.4%       |
| Fuera de control | 2        | 66.6%       |
| <b>Total</b>     | <b>3</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

Tabla No. 21

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

| Parámetro de     | No       | %           |
|------------------|----------|-------------|
| Control          | 2        | 33.4        |
| Fuera de control | 4        | 66.6%       |
| <b>Total</b>     | <b>6</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Registro RedCap y base en Excel. Periodo agosto 2024 - julio 2025

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

Este módulo implementó presentaciones de casos bajo el enfoque de Atención Centrada en la Persona, donde cada análisis integraba tres dimensiones clave: el contexto vital del paciente (ocupación, redes de apoyo), sus creencias y expectativas, y su trayectoria clínica. La metodología demostró que al adaptar las intervenciones a las realidades individuales -como ajustar tratamientos a jornadas laborales o incorporar prácticas culturalmente pertinentes- se lograba mayor adherencia y mejores resultados. Más allá de los datos clínicos, esta aproximación humanizó la práctica médica, transformando "pacientes" en personas con nombres, oficios y circunstancias únicas que determinaban su camino hacia la salud.

| Casos Clínicos Centrado en la Persona                            | Tema derivado  |
|--|--|
| Ponente: María Isabel Gómez Flores<br>20/09/2024                 | Tratamiento inicial en pacientes con diagnóstico reciente de hipertensión arterial y manejo de dolor crónico |
| Ponente: Elia Sofia Sánchez Santiago<br>13/12/2024               | Manejo de medicamentos equivalentes en hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2                      |
| Ponente John Antony/ Misael Nieto/ Ulises Betanzos<br>31/01/2025 | Manejo de insulinas  |
| Ponente: Fátima Lima Rodríguez<br>04/04/2025                     | Síndromes geriátricos / Valoración Geriátrica Integral   |

#### 4. Conclusiones.

Realizar mi servicio social en el Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco de la SEDESA representó una de las experiencias más enriquecedoras de mi formación médica. Atender a una población tan diversa —desde adultos mayores con padecimientos crónicos hasta migrantes y personas en situación de vulnerabilidad económica— me enseñó que la verdadera esencia de la medicina va más allá de los protocolos clínicos. El diplomado que cursé como parte de esta formación fue fundamental para cultivar una mirada más humana e integral en mi práctica profesional.

Aprendí que la comunicación afectiva puede trascender incluso las barreras del idioma, y que cada paciente, independientemente de su condición, ha desarrollado capacidades únicas para manejar su salud. Si bien el enfoque del diplomado estaba centrado en enfermedades crónicas, sus principios resultaron igualmente valiosos en otras áreas como el control prenatal o la consulta de niño sano. Esta perspectiva me permitió diseñar planes terapéuticos que no solo consideraban los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también las dimensiones emocionales, psicológicas y sociales de quienes atendía.

Uno de los mayores aprendizajes fue comprender el valor de la toma de decisiones compartidas. Ver cómo los pacientes, al sentirse escuchados y acompañados, se

convertían en protagonistas activos de su propio cuidado, confirmó para mí que la medicina debe ser un acto de colaboración más que de imposición. Hoy, al concluir esta etapa, llevo conmigo la certeza de que una atención centrada en la persona no solo humaniza la práctica médica, sino que la hace más efectiva, especialmente en contextos de recursos limitados, donde la empatía y la adaptabilidad son tan vitales como el conocimiento técnico.

La implementación del modelo de atención integral en la SEDESA presenta ventajas significativas que favorecen su aplicación. En comparación con otras instituciones, aquí se destina un tiempo de consulta más amplio, lo cual permite desarrollar adecuadamente los principios de este enfoque. El sistema de seguimiento a pacientes demuestra un notable compromiso: no solo se monitoriza a los participantes del modelo, sino que se realiza un acompañamiento activo a quienes dejan de asistir, independientemente de su condición crónica. Este procedimiento incluye la revisión de expedientes, contactos telefónicos, visitas domiciliarias y seguimiento meticoloso en áreas específicas como citologías vaginales, pruebas de PCR y control prenatal, donde se verifica sistemáticamente la entrega de resultados y las causas de inasistencia.

Si bien existen desafíos comunes al sistema de salud pública - como el desabasto ocasional de insumos y medicamentos, la alta demanda de atención y los recursos limitados - considero que las ventajas estructurales de la SEDESA superan estas limitaciones. La organización institucional, combinada con los tiempos de consulta y los protocolos de seguimiento establecidos, crean un entorno propicio para que el modelo de atención integral despliegue su potencial.

Durante mis consultas, atendí a múltiples pacientes con enfermedades crónicas cuyas experiencias ilustran la importancia de integrar sus aspiraciones personales al plan terapéutico. El modelo de atención centrada en la persona demostró ser clave para transformar estas metas en resultados tangibles.

Casos como el de Higinia ejemplifican este enfoque. A pesar de su hipertensión descontrolada y edema persistente agravados por un cambio reciente de medicación, su determinación por resolver estos problemas la llevó a aceptar una derivación a medicina interna, algo que inicialmente le generaba temor. Con apoyo de su red familiar y seguimiento continuo, logramos estabilizar su condición.

De igual forma, Agustina priorizó su deseo de viajar para visitar a sus hijos sobre su miedo a la insulina. Esta motivación personal fue fundamental para que aceptara iniciar insulinoterapia, logrando por primera vez un control glucémico adecuado. Por otro lado, Yolanda encontró en terapias complementarias un aliado para manejar su dolor crónico por gonartrosis, mostrando cómo las soluciones deben adaptarse a las preferencias individuales.

Estos casos confirman que cuando los tratamientos se alinean con las prioridades de los pacientes ya sea viajar, reducir síntomas específicos o mantener su autonomía, se obtiene mayor adherencia y mejores resultados. Si bien algunos procesos fueron lentos y no todos los objetivos se cumplieron inmediatamente, ninguno de estos pacientes abandonó sus aspiraciones. Esta persistencia, combinada con un modelo de atención que valora sus contextos personales, resultó ser tan relevante como los medicamentos en su evolución.

Mi trayectoria como médico general se ha construido sobre tres pilares fundamentales: los conocimientos teóricos de la carrera, las habilidades prácticas de las rotaciones clínicas y, de manera determinante, las lecciones del servicio social en el Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco de la SEDESA. Este proceso formativo, especialmente el año de servicio social, marcó un punto de inflexión en mi concepción de la práctica médica al mostrarme las profundas diferencias entre lo aprendido en las aulas y las complejas realidades del primer nivel de atención.

A lo largo de esta experiencia, he identificado fortalezas que se han consolidado en mi formación, como la capacidad para diagnosticar enfermedades crónicas y agudas, el manejo de protocolos basados en evidencia, y las habilidades de comunicación con pacientes, que mejoraron significativamente gracias al diplomado. También he desarrollado una mayor comprensión de los determinantes sociales de la salud, algo que rara vez se aborda con profundidad durante la carrera. Sin embargo, también reconozco limitaciones importantes en mi formación inicial, como un enfoque excesivamente biomédico, poca experiencia en trabajo interdisciplinario y escasa preparación para adaptar los tratamientos a contextos con recursos limitados.

El valor agregado del servicio social y del diplomado en Atención Centrada en la Persona ha sido invaluable. Este enfoque me enseñó que los planes terapéuticos deben construirse con los pacientes, no para ellos, y me proporcionó estrategias para alinear los tratamientos con sus metas personales. Aprendí a trabajar de manera participativa con las comunidades. Estas herramientas han transformado por completo mi manera de ejercer la medicina.

Mirando hacia el futuro, identifico áreas prioritarias que necesito fortalecer. En el ámbito clínico, debo profundizar en el manejo de comorbilidades complejas y adquirir mayores competencias en medicina basada en evidencia. En cuanto a habilidades psicosociales, requiero capacitación en educación para la salud y manejo de situaciones de violencia. A nivel profesional, mi objetivo es consolidar un perfil que integre la medicina clínica con la salud pública, manteniendo una formación continua en humanidades médicas.

Esta reflexión me lleva a visualizar mi práctica futura bajo un modelo que combine excelencia clínica con actualización constante, compromiso social con las comunidades. El servicio social no solo completó mi formación académica, sino que reorientó mi visión profesional hacia una medicina más humana, contextualizada y socialmente responsable. Los desafíos identificados se han convertido ahora en el mapa que guiará mi desarrollo continuo como profesional de la salud, con la convicción de que la verdadera medicina es aquella que sabe equilibrar el rigor científico con la comprensión profunda de las realidades humanas.

## 5. Anexos

Consejo asesor: C.S.T III San Francisco Tlaltenco – Tláhuac





## 7º Encuentro de personas con enfermedades crónicas

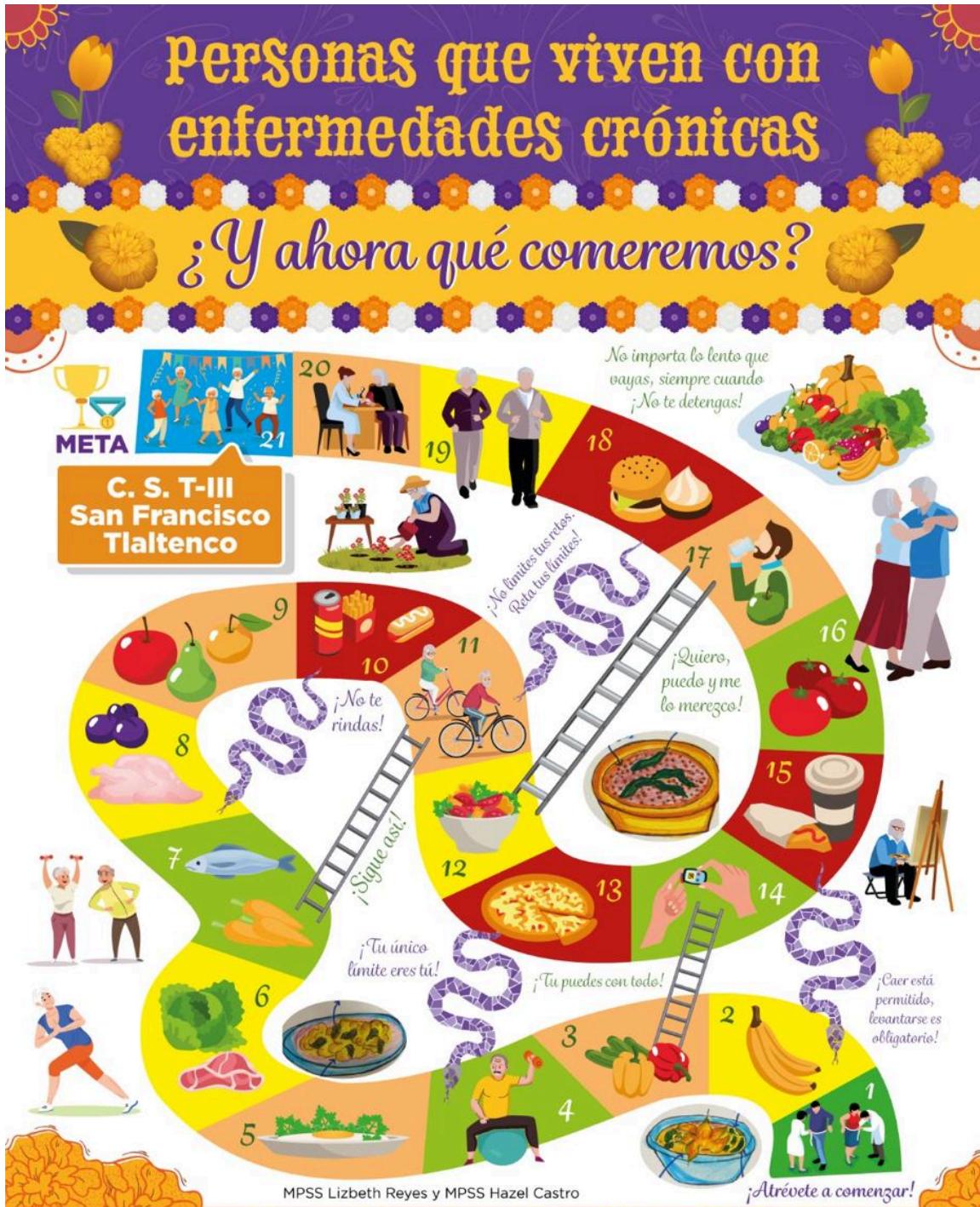
Lunes, 11 Noviembre

Aula de la Jurisdicción Sanitaria

09:00 am

Te esperamos





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

IMSS-BIENESTAR  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

SECRETARÍA  
DE SALUD

SERVICIOS DE  
SALUD PÚBLICA

JURISDICCIÓN SANITARIA  
TLÁHUAC

Instituto Nacional  
de Salud Pública

50  
United Kochémos



**8º Encuentro de personas con enfermedades crónicas**

**DE LA COMPRENSIÓN A LA ACCIÓN**

Viviendo con neuropatía diabética

Únete a la presentación de un proyecto que transforma vidas

¡Te esperamos!

**2 de Julio**

Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac

Este programa es público, abierto a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

IMSS BIENESTAR  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD  
CJ. DE MÉXICO  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA  
DISTRITO DE SALUD PARA EL BIENESTAR TLÁHUAC  
Instituto Nacional de Salud Pública  
AUA





Solo algunas fotografías que representan experiencias y aprendizajes de uno de los años mas significativo de mi formación.