



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD XOCHIMILCO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

Licenciatura en Medicina

**NOMBRE DEL PROYECTO:**

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

Un enfoque de Capacidades.

**TÍTULO DEL TRABAJO:**

***Experiencia a través de un enfoque diferente***

POR: MPSS ESTRADA SOLIS WANDA MICHELL

MATRÍCULA: 2163062479

PROMOCIÓN: AGOSTO 2022 - JULIO 2023

ASESOR INTERNO: Víctor Ríos Cortázar

ASESOR EXTERNO: Alejandra Gasca García

JULIO 2023

## **Tabla de 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.

3.3.1 Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción agosto 2022.

3.3.1.1 Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social de acuerdo con los registros en Redcap.

3.3.1.2 Información demográfica

3.3.1.3 Diagnóstico y seguimiento

3.3.1.4 Resultados de control de enfermedad crónica

3.3.1.5 Acción comunitaria

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

### **4. Conclusiones**

### **5. Referencias bibliográficas**

## **Presentación**

El presente documento tiene como finalidad plasmar lo que a lo largo del año de servicio social se llevó a cabo dentro del proyecto del modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer nivel.

Los puntos que se abarcarán dentro del mismo incluyen:

- Descripción del modelo expandido de cuidados crónicos y su relación con las actividades realizadas dentro del modelo de atención integral dentro del centro de salud.
- Descripción de la participación dentro del diplomado y cómo se trabajó a lo largo del año en los diferentes módulos que lo conformaron:
  - Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades. Dentro de este módulo se recalcó la importancia de la autosuficiencia en las personas y el cómo contribuir a que desarrollen capacidades que les permitan tener un autocontrol de su enfermedad.
  - Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados. Dentro de este módulo se revisaron los estándares mundiales establecidos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas y cómo lo podemos implementar en la práctica diaria dentro del centro de salud.
  - Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. Dentro de este módulo se muestra evidencia estadística del desempeño clínico que se tuvo durante el año de servicio social y el impacto que tuvo en las

personas atendidas dentro del proyecto. De igual manera se describe el concepto de promoción de la salud y su relación con los encuentros organizados a lo largo del año.

- Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos. Dentro de este módulo se revisaron diversos casos que se presentaron en algunos de los centros de salud, todos ellos desde el enfoque del proyecto e implementando el modelo de atención integral centrada en la persona.
- Finalmente se plasmarán algunas conclusiones respecto a la experiencia que se tuvo durante el año de servicio social, haciendo énfasis en el enfoque del modelo y cómo este influyó en la práctica clínica dentro del centro de salud.

La incorporación a la plaza del servicio social fue un tanto desconcertante, ya que dentro de la jurisdicción Tláhuac, el centro de salud de San Francisco Tlaltenco es el único que cuenta con la implementación de este proyecto, además de que son pocas las generaciones de pasantes que han estado dentro del mismo, por lo que al inicio las mismas autoridades no saben exactamente de qué va y eso frena un poco el desarrollo del mismo. Dejando lo anterior de lado, la participación dentro del proyecto fue muy buena y productiva, durante dos días de cada semana se agendaban a las personas a consultas de control; además también se participó dentro de los dos encuentros de salud que se llevaron a cabo durante el año de servicio social.

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

El modelo expandido de atención a cuidados crónicos se basa en integrar la promoción de la salud en la prevención y el tratamiento de las enfermedades

crónicas, dándole suma importancia al papel que tienen los determinantes sociales en la salud no solo del individuo, sino que también a nivel comunitario y poblacional (1).

Dentro del modelo expandido de atención se encuentran tres subsistemas, los cuales tienen a su vez diferentes componentes que interactúan entre sí. Los subsistemas con sus componentes correspondientes, son los siguientes (1):

- Relación médico-paciente, el cual se compone de la persona, el médico y el tipo de interacción entre ellos.
- Sistema de salud, el cual se compone de los sistemas de información, el apoyo la toma de decisiones de la persona, el sistema de diseño para reorientar la prestación de servicios y el desarrollo de habilidades personales para lograr la autogestión.
- Comunidad, el cual se compone de construir políticas públicas saludables, el crear y apoyar entornos saludables, y fortalecer la acción dentro de la comunidad.

Los subsistemas anteriores y sus componentes se relacionan con las actividades que se realizaron dentro del modelo de atención integral centrado en la persona de la siguiente manera:

- Relación médico-paciente, al llevar a cabo la atención clínica enfocada en el desarrollo de capacidades para que las personas logren una autonomía en el autocuidado de sus enfermedades crónicas.
- Sistema de salud, al basar la atención clínica en la mejor evidencia disponible, así como también basada en la narrativa, todo esto llevando a cabo un seguimiento constante en donde la persona es la que realiza los cambios en beneficio de su salud.

- Comunidad, al desarrollar los encuentros de salud entre los propios pacientes que son atendidos dentro del modelo y crear entre ellos redes de apoyo.

## **El diplomado**

La participación dentro del diplomado durante el año de servicio social consistió en dar consultas de control, enfocadas en el proyecto, durante dos días, teniendo una agenda propia de personas que acudieron mes con mes. Los días viernes se asistió, de manera presencial o virtual, a sesiones del diplomado en donde se abarcaron los diferentes temas que conforman los cuatro módulos.

Durante los cuatro módulos se realizaron diferentes actividades como un ensayo, una revisión sistemática, planeación de los encuentros de salud, tutoría de casos, exposición de lecturas y discusión de las mismas.

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

### **Tabla de contenido**

1. Introducción
2. Objetivos
  - a. General
  - b. Específicos
3. Justificación
4. Desarrollo
  - a. ¿Qué es la salud física?

- b. ¿Qué es la salud mental?
- c. Relación entre salud física y salud mental
- d. ¿Qué es el automanejo?
- e. Relación entre salud mental y automanejo
- f. El papel de nosotros en la salud mental de las personas que viven con enfermedades crónicas

**5. Conclusiones**

**6. Referencias**

**7. Anexos**

## **Introducción**

A lo largo del módulo se revisaron diversos conceptos referentes a la importancia del automanejo de las personas con enfermedades crónicas, en donde el ámbito emocional resulta un elemento fundamental para que la persona pueda desarrollar las capacidades suficientes y necesarias para alcanzar una autonomía en cuanto a su enfermedad crónica, en donde finalmente el paciente será el mayor y único beneficiado.

Durante años se ha visto a la salud mental como un elemento separado de la salud física, sin embargo, tanta es su importancia que es un aspecto que puede ayudar o perjudicar a las personas en todos los ámbitos de su vida, y en este caso, una persona que no se siente bien emocionalmente difícilmente podrá involucrarse satisfactoriamente en su autocuidado y por lo tanto tendrá consecuencias a largo plazo.

Como médicos de primer contacto involucrados en la atención de personas que viven con enfermedades crónicas, es importante destinar un momento de la

consulta para tomar en cuenta aquellos factores que influyen en la salud mental de las personas, puntualizando que en cada una de ellas los factores emocionales serán diferentes.

Respecto a lo anterior, ¿hasta qué punto influye la salud mental en el desarrollo de capacidades que permitan que las personas que viven con enfermedades crónicas alcancen un automanejo?, y, ¿qué podemos hacer nosotros?

## **Objetivos**

### **General**

Describir la importancia de la salud mental en el desarrollo de capacidades que permitan alcanzar el automanejo en personas que viven con enfermedades crónicas.

### **Específicos**

Definir la salud física y la salud mental.

Relacionar la salud física y la salud mental.

Definir el concepto de automanejo.

Describir la importancia entre la relación de la salud mental y el automanejo.



## **Justificación**

Como médicos de primer nivel en contacto con personas que viven con enfermedades crónicas es esencial tener en cuenta que la salud mental va de la mano con la salud física, y que uno de los componentes esenciales para que el automanejo sea desarrollado tiene que ver con el manejo emocional que tenga la persona.

Es importante concientizar sobre la relevancia que tiene la salud mental dentro de la salud en general, y cómo esta muchas veces es dejada de lado sin siquiera tomarla en cuenta para un adecuado control de las enfermedades crónicas.

Muchas veces en la consulta se evidencia que las personas que viven con enfermedades crónicas no alcanzan metas de control, no se alimentan adecuadamente, no realizan actividad física o simplemente no le toman la importancia necesaria a su enfermedad, pero, ¿qué se esconde detrás de esto?

En ocasiones, las personas que acuden a una consulta médica no son valoradas más allá de lo físicamente aparente, lo cual se comprende por el poco tiempo destinado a la consulta y a la poca importancia, en general, que se les da a otros aspectos como lo es la salud mental.

## **Desarrollo**

### **¿Qué es la salud física?**

Un concepto importante a definir en primera instancia es el de salud, en donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como<sup>1</sup>: *“Un estado de completo*

*bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”*

En la definición anterior se menciona la importancia del bienestar emocional para poder establecer que una persona tenga salud, por lo que debemos de tomarla en cuenta para la atención integral de aquellas personas que viven con enfermedades crónicas.

### **¿Qué es la salud mental?**

Otro concepto que es importante definir es el de salud mental, el cual la OMS define como<sup>2</sup>: *“Un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.”*

Si las personas que viven con enfermedades crónicas logran tener salud mental, podrán desarrollar su potencial y afrontar las tensiones de la vida, que en este caso serían las dificultades que pueden llegar a presentarse durante el transcurso de las enfermedades y lograr un automanejo de las mismas; e incluso desde el principio de la enfermedad, ya que conlleva una aceptación del diagnóstico y del hecho de vivir para siempre con ella.

### **Relación entre salud física y salud mental**

Aunque también, por otro lado, la definición de salud por parte de la OMS es considerada como estática por algunos autores y mejor se le redefine como<sup>3</sup>: *“La capacidad de adaptarse y autogestionarse frente a los desafíos sociales, físicos y emocionales”.*

Dentro de la definición anterior de salud, se puede establecer más claramente la importancia de la relación entre los conceptos de salud física y salud mental, además de que el concepto de automanejo también se toma en cuenta como un aspecto importante en la salud.

Algo que también es importante tener en cuenta es la implicación emocional que tiene para las personas el hecho de ser diagnosticadas con una enfermedad crónica-degenerativa, ya que, idealmente, tendrán que aprender a vivir con la misma por el resto de sus vidas. Todo ello implica que atravesarán, en mayor o menor medida, por etapas agudas de estrés, depresión y/o ansiedad. Aunque estas etapas podrían volverse crónicas y que los pacientes no logren aprender a manejar ciertos estados emocionales que le resulten displacenteros a lo largo de sus vidas, teniendo un efecto adverso en el automanejo de su enfermedad<sup>9</sup>.

Cabe aclarar que dentro de aquellos momentos que destinemos para abordar el bienestar emocional de las personas que acuden a consulta con nosotros, no vamos a lograr ni se pretende sustituir el papel fundamental de un psicólogo, pero sí podemos ayudar a crear consciencia en la propia persona sobre la importancia que ciertos factores emocionales tienen sobre su salud, y lograr ser un factor de cambio en sus vidas.

### **¿Qué es el automanejo?**

Aunque no se tiene un concepto estandarizado de automanejo, es relevante mencionar que en el caso de las enfermedades crónicas es piedra angular que las personas sepan manejar el vivir con uno o más padecimientos, que conozcan su enfermedad y formen parte del adecuado control que deben de tener.

Una de las definiciones sobre automanejo menciona que<sup>8</sup>: *“Es el conjunto de intervenciones, entrenamiento y habilidades por las cuales los pacientes con una cronicidad, invalidez o enfermedad pueden cuidar de ellos mismos eficazmente y pueden aprender cómo hacerlo”*.

Dentro de la definición anterior de automanejo, podemos considerar el manejo emocional como una de esas habilidades que deben desarrollarse y pueden aprenderse, pero que necesitan del apoyo de profesionales en el tema y nosotros podemos ser parte del inicio de ello.

### **Relación entre automanejo y salud mental**

De acuerdo con diversos autores<sup>5</sup>, el automanejo se compone de 10 atributos que se interrelacionan entre sí y que, a grandes rasgos, se pueden dividir en 3 aspectos fundamentales: personales, ambientales y adicionales. Aquellos atributos relacionados con la persona se ven influidos por la salud mental, ya que se componen de ciertas habilidades como el formar parte activamente en su cuidado, tener responsabilidad, afrontar las adversidades que se presenten de una manera positiva, expresar necesidades, valores y prioridades, resolver problemas, tomar decisiones, utilizar los propios recursos, así como tener y conseguir objetivos.

Esquematizando los atributos por los cuales se compone el automanejo<sup>5</sup> (Anexo 1), se puede observar que el manejo emocional es una de las bases del mismo y que, por lo tanto, estas habilidades no pueden desarrollarse ni llevarse a cabo si no existe un bienestar emocional en donde se pueda hacer frente a las adversidades de la vida, es decir, salud mental.

El concepto de automanejo y sus componentes resultan importantes en el adecuado control de aquellas personas que viven con enfermedades crónicas, ya que se ha demostrado que este tiene un impacto favorable y reduce las complicaciones a largo plazo<sup>4</sup>. Otros estudios también han demostrado la asociación entre indicadores de salud generales y factores psicológicos como depresión, confianza y ansiedad<sup>10</sup>.

Existe un instrumento que mide el nivel de automanejo que tienen las personas que viven con una enfermedad crónica, Partners in Health Scale (PHS) (Anexo 2). Este instrumento valora el comportamiento en conjunto y en tres dimensiones: 1) conocimiento sobre su salud y enfermedad, 2) manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad y 3) la dimensión de adherencia al tratamiento médico y su comunicación con el médico. El instrumento está formado por 12 ítems con una escala de calificación que va de 0 a 8, su interpretación es a mayor puntaje mejor automanejo<sup>10</sup>.

Este tipo de instrumentos pueden ayudarnos en la consulta diaria para valorar qué tanto automanejo está teniendo la persona y enfocarnos en aquellos aspectos que se pueden mejorar y en conjunto con la persona llegar a acuerdos para trabajar en esos aspectos.

En un estudio realizado en Perú con personas con diagnóstico de cáncer se demostró la asociación entre una práctica de automanejo deficiente y la presencia de factores emocionales como estrés, trastorno y problemas para dormir<sup>11</sup>.

En el contexto de México, un estudio con personas que viven con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, se demostró la asociación entre la presencia de síntomas

depresivos y el poco automanejo que existe en personas que tienen dichos síntomas<sup>12</sup>.

### **El papel de nosotros en la salud mental de las personas que viven con enfermedades crónicas**

Si bien no podemos resolverle la vida a las personas que acuden con nosotros a consulta, sí podemos escucharlos de manera compasiva y empática<sup>6</sup> para que sientan en nosotros un apoyo y, de esta manera, favorecer la relación médico-paciente, fomentar la confianza, lograr aliviar aquello que los aqueja e incluso derivarlos si fuera necesario con un especialista en salud mental.

Aunque también la empatía implica tener la habilidad para entender las experiencias y perspectivas interiores del paciente y una capacidad de comunicar ese entendimiento y actuar a partir del mismo<sup>7</sup>; y no es algo que nos enseñen durante nuestra formación como médicos.

Pero, ¿y qué podemos hacer nosotros como médicos de primer nivel? De acuerdo con algunos estudios, lo que principalmente podemos hacer es propiciar instantes para la reflexión, escuchar aquello que la persona necesita expresar y recibir sus demandas emocionales como válidas<sup>6</sup>.

*Otros autores mencionan que nosotros como profesionales de la salud podemos proporcionar "apoyo al automanejo", el cual definen como<sup>8</sup>: "la provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo para los equipos de salud para incrementar las habilidades del paciente y la confianza en manejar sus propios problemas, incluyendo la valoración regular de sus progresos y problemas, metas escenarios y apoyo a la solución de problemas".*

Con base en lo anterior sería muy importante que hubiera ciertas modificaciones en la atención que se proporciona a las personas que viven con enfermedades crónicas, como el hecho de establecer un mayor tiempo de atención para cada uno de ellos, establecer una escucha activa, tener el interés de formar parte del proceso de que la persona aprenda a automanejar su enfermedad, dejar de lado la atención paternalista y sobre todo ver al otro como una persona que necesita ser escuchada.

### **Conclusiones**

Como médicos de primer nivel en contacto con personas que viven con enfermedades crónicas es de suma importancia establecer una relación de confianza basada en la empatía para que las personas logren ver en nosotros una persona que puede escucharlos y orientarlos en caso de que sea necesario.

Sabemos que a lo largo de nuestra enseñanza académica no existe una asignatura como tal para favorecer la relación médico-paciente, pero sería interesante plantear esta posibilidad basándonos en la importancia que tiene la misma y en el impacto que puede tener en el bienestar emocional de las personas y en consecuencia en el desarrollo de capacidades que permitan alcanzar un automanejo, especialmente en las enfermedades crónicas.

Algo más que se podría llevar a cabo referente al tema planteado en este ensayo sería la implementación de una aplicación en donde las personas puedan llevar un registro de su estado emocional día con día y ver si se relaciona con algo en específico, y a su vez la relación que podría tener con ciertos datos como cifras de tensión arterial o de glucosa en ayuno.

En torno al diplomado que actualmente estamos cursando, podría ser interesante aplicar la escala de automanejo en las personas que atendemos, además de aplicar escalas de depresión y ansiedad; y ver las asociaciones que se tendrían en población mexicana específicamente de la Ciudad de México atendidos bajo el modelo centrado en la persona e incluso compararlo con aquella población que no es atendida bajo este modelo.

### Referencias

1. OMS. Constitución. [Internet]. Who.int. [citado el 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ [Internet]. 2011 [citado el 25 de enero de 2023];343(jul26 2):d4163. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>
4. Panagioti M, Richardson G, Small N, Murray E, Rogers A, Kennedy A, et al. Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 [citado el 26 de enero de 2023];14(1):356. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-356>

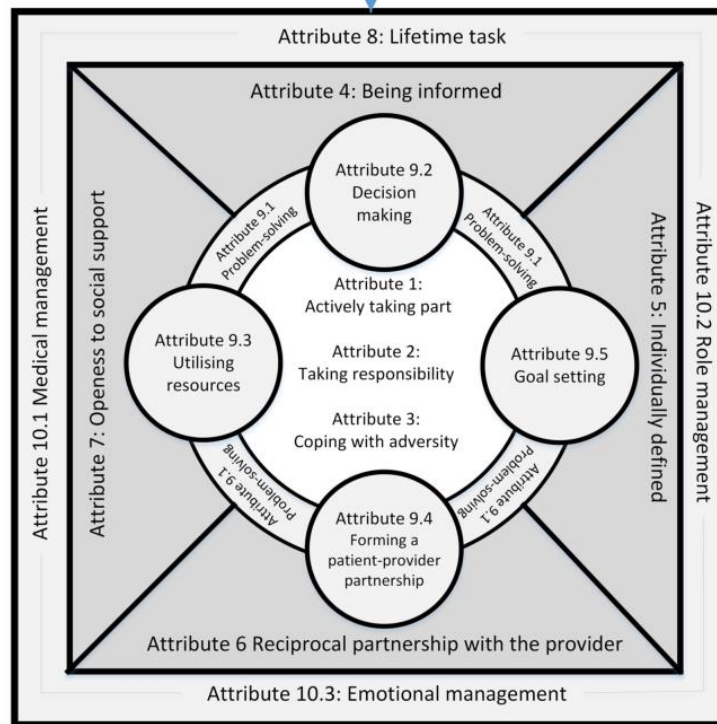


5. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado el 26 de enero de 2023];9(7):e027775. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>
6. Oliveira Friestino JK, Luchini Junior D, Lange Biesek L, Marcon G, Fonsêca GS. Comunicación y salud mental: características relacionadas con la empatía en médicas y médicos del primer nivel de atención en Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud Colect* [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2023];16:e3034. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e3034/es/>
7. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* [Internet]. 2014 [citado el 31 de enero de 2023];14(1):219. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>
8. Bonal Ruiz R, Cascaret Soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN* [Internet]. 2009 [citado el 1 de febrero de 2023];13(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448451018>
9. González González N, Tinoco García AM, Benhumea González LE. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos* [Internet]. 2011 [citado el 2 de febrero de 2023];14(32):258–79. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>

10. León-Hernández RC, Peñarrieta-de Córdoba MI, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Flores-Barrios F, Rivera MC. Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Enferm Univ* [Internet]. 2019 [citado el 2 de febrero de 2023];16(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.637>
11. Gutiérrez-Gómez T, Peñarrieta-de Cordova MI, Malibrán-Luque DJ, Piñones-Martínez MS, Cosme-Mendoza M, Gaspar Meza-de Nalvarte N. Factores emocionales asociados al automanejo en personas con diagnóstico de cáncer. *Enferm Univ* [Internet]. 2021 [citado el 7 de febrero de 2023];18(2):192–206. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358771759006>
12. De León-Ramírez MS, Peñarrieta-de Córdoba MI, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Piñones-Martínez MS, Quintero-Valle LM. Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. *Enferm Univ* [Internet]. 2020 [citado el 7 de febrero de 2023];17(1):5–15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358771757002>

## Anexos

### Anexo 1. Representación esquematizada de los atributos del automanejo.



### Anexo 2. Partners in Health Scale (PHS)

#### Escala original

1. Overall, what I know about my health condition[s] is
2. Overall, what I know about my treatment, including medications for my health condition[s] is
3. I take medications or carry out the treatments asked by my doctor or health worker:
4. I share in decisions made about my health condition[s] with my doctor or health worker
5. I am able to deal with health professionals to get the services I need that fit with my culture, values and beliefs
6. I attend appointments as asked by my doctor or health worker
7. I keep track of my symptoms and early warning signs [e.g. blood sugar levels, peak flow, weight, shortness of breath, pain, sleep problems, mood]
8. I take action when my early warning signs and symptoms get worse
9. I manage the effect of my health condition[s] on my physical activity [i.e. walking, household tasks]
10. I manage the effect of my health condition[s] on how I feel [i.e. my emotions and spiritual well-being]
11. I manage the effect of my health condition[s] on my social life [i.e. how I mix with other people]
12. Overall, I manage to live a healthy life [e.g. no smoking, moderate alcohol, healthy food, regular physical activity, manage stress]

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

### **Tabla de contenido**

1. Introducción
2. Objetivos
  - a. General
  - b. Específicos
3. Protocolo de la revisión sistemática
  - 3.1 Justificación de la revisión
  - 3.2 Formulación de la pregunta de investigación
  - 3.3 Descriptores, palabras claves y términos relacionados con el tema
  - 3.4 Tipo de reportes de investigación a recuperar
  - 3.5 Criterios de inclusión
  - 3.6 Criterios de exclusión
  - 3.7 Estrategia de búsqueda
4. Ejecución
5. Síntesis de datos
6. Recomendaciones
7. Conclusiones
8. Referencias

## **1. Introducción**

A lo largo de los años se ha visto a las personas que son atendidas por alguna enfermedad como individuos físicos, dejando de lado los aspectos mentales y del contexto social que les rodea, y que de alguna u otra manera afectan en el control de su enfermedad y más aún en una enfermedad crónica como en la diabetes mellitus tipo 2.

Durante la consulta debemos de considerar a las personas que viven con una enfermedad crónica como un ente bio-psico-social el cual está dentro de un contexto socio-histórico-cultural, en donde sus decisiones se verán influenciadas por las personas más cercanas que le rodean.

Durante el tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 hay diversos factores que juegan un papel importante en cuanto al control de la misma, como lo son: la alimentación adecuada, la actividad física y el apego al tratamiento farmacológico. Estos factores son modificados por la propia persona que vive con la enfermedad pero puede ser motivado por determinantes externos como los integrantes de su familia.

En los centros de salud donde atendemos a las personas que viven con alguna enfermedad crónica hemos podido observar que aquellas que tienen una red de apoyo familiar realmente involucrada y preocupada en la salud de la persona han tenido mejores resultados en cuanto a metas de control, ya que son motivados a llevar una mejor alimentación, a realizar actividad física y a un adecuado apego al tratamiento farmacológico.

En esta revisión sistemática se resalta la importancia que tiene el apoyo familiar en la vida de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, puesto que siendo seres humanos involucrados en un contexto socio-histórico-cultural, el apoyo que tienen y perciben de su familia, juega un papel que puede mejorar el apego al tratamiento y de esta manera poder llegar a metas de control para evitar complicaciones propias de la enfermedad y, por lo tanto, tener una mejor calidad de vida.

## 2. Objetivos

### a. General

El objetivo general de esta revisión sistemática es obtener la mejor evidencia científica disponible que demuestre la relación entre el apoyo familiar y el autocontrol en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2.

### b. Específicos

Los objetivos específicos de esta revisión sistemática es la búsqueda y el análisis de artículos relevantes de investigación los cuales relacionen:

- El apoyo familiar y la disminución de cifras de hemoglobina glucosilada en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2.
- El apoyo familiar y la mejora en la alimentación en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2.
- El apoyo familiar y la realización de actividad física en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2.

## 3. Protocolo de la revisión sistemática

### 3.1 Justificación de la revisión

Dentro de las principales enfermedades crónicas no transmisibles están la diabetes y enfermedades cardiovasculares, éstas son de larga evolución y lo generan diferentes factores ambientales, genéticos, fisiológicos y comportamiento de las personas, factores que podrían ser prevenibles.

La incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha incrementado a nivel mundial, ***“de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el 70% de las 56.4 millones de muertes en el mundo en 2016 fueron ocasionadas por las enfermedades no transmisibles”*** (1).

En México 2020, 151 019 personas fallecieron a causa de la diabetes mellitus, lo cual equivale a 14% del total de defunciones (1 086 743) ocurridas en el país; 78 922 defunciones en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%) (2).

La tasa de mortalidad en México por diabetes para 2020 es de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes, la cifra más alta en los últimos 10 años (2).

Las enfermedades crónicas es el motivo de consulta más frecuente en nuestros centros de salud, es por eso que debe de existir una colaboración entre el personal de salud y el paciente, junto con su familia para poder lograr un mejor control y así poder evitar complicaciones de la enfermedad a largo plazo.

Hemos observado un elemento necesario para un funcionamiento óptimo para el apego al tratamiento, autocontrol en las personas que viven con una de estas enfermedades y ese elemento es el apoyo familiar.

El apoyo familiar juega un papel importante para que los pacientes logren un buen control de su enfermedad, los familiares brindan apoyo y ayudan a mejorar el autocontrol.

### **3.2 Formulación de la pregunta de investigación**

La pregunta de esta revisión sistemática se llevó a cabo a través de la especificación de los siguientes cuatro componentes:

P: Hombres y mujeres mayores de 18 años los cuales viven con diabetes mellitus tipo 2.

I: Existencia de apoyo familiar en las personas que viven con diabetes mellitus tipo2.

C: ¿La existencia de apoyo familiar mejora el autocontrol en las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2?

O: La existencia de apoyo familiar influye positivamente en el autocontrol de las personas que viven con diabetes tipo 2.

### **3.3 Descriptores, palabras claves y términos relacionados con el tema**

Se realizó una búsqueda de la literatura en la Biblioteca Cochrane, Scielo, Elsevier, PubMed y Redalyc, sin límite de fecha de publicación, sin restricción de idioma.

Los términos incluidos fueron: “apoyo familiar”, “red de apoyo familiar”, “diabetes mellitus tipo 2”, “control glucémico”, “apego al tratamiento”, “autocontrol”, “disminución de la hemoglobina glucosilada”.

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

Para fines de los objetivos de esta revisión sistemática se incluyeron otras revisiones sistemáticas relacionadas con el tema y aquellos artículos de investigación que llevaron a cabo ensayos clínicos aleatorizados y estudios transversales.

### **3.5 Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión para fines de esta revisión sistemática fueron que el tipo de estudio fueran revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados o estudios transversales en donde la población de estudio incluyeran hombres y mujeres mayores de 18 años de edad que viven con diabetes mellitus tipo 2, sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

Los estudios incluidos debían relacionar la presencia de apoyo familiar y un mejor autocontrol de la enfermedad, sin restricción de idioma y sin límite de fecha de publicación.

### **3.6 Criterios de exclusión**

Se excluyeron aquellos artículos en los cuales el tipo de estudio fuera otro a los anteriormente descritos, que no cumplieran con los criterios de elegibilidad y que no incluían a pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo II



### **3.7 Estrategia de búsqueda**

Se buscaron en las diferentes bases de datos (Cochrane Library, Scielo, Redalyc, Elsevier y PubMed) los siguientes descriptores:

P: Diabetes tipo 2 OR Adultos OR Pacientes NOT Diabetes tipo 1 NOT Adolescentes NOT Niños

I: Apoyo familiar

C: Autocontrol OR Apego al tratamiento

O: Disminución de la hemoglobina glucosilada OR Alimentación saludable OR Actividad física

### **4. Ejecución**

Se buscaron en diferentes bases de datos (PubMed, Cochrane Library, Scielo, Redalyc y Elsevier) las siguientes palabras clave: diabetes tipo 2, apoyo familiar, hemoglobina glucosilada, control de la diabetes, apego al tratamiento, autocontrol.

De la búsqueda se obtuvieron 40 artículos, tras una primera lectura de los títulos y resúmenes se eliminaron los artículos duplicados y los que no correspondían con el objetivo de la revisión sistemática. Se excluyeron 2 por repetición y 13 por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 25 artículos restantes se excluyeron 15 por el tipo de estudio utilizado, quedando en total 10 artículos, los cuales se incluyeron para fines de esta revisión sistemática.

Se leyeron todos los estudios sobre la relación entre el apoyo familiar y el autocontrol de las personas con diabetes tipo 2. Se analizaron los resultados en cuanto si el apoyo familiar producía cambios en el autocontrol de la enfermedad.

#### 4.1 Selección de reportes de investigación

Los artículos analizados para fines de esta revisión sistemática fueron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados, con lo cual se incluyeron finalmente 10 artículos de los 40 iniciales. (Ver figura 1)

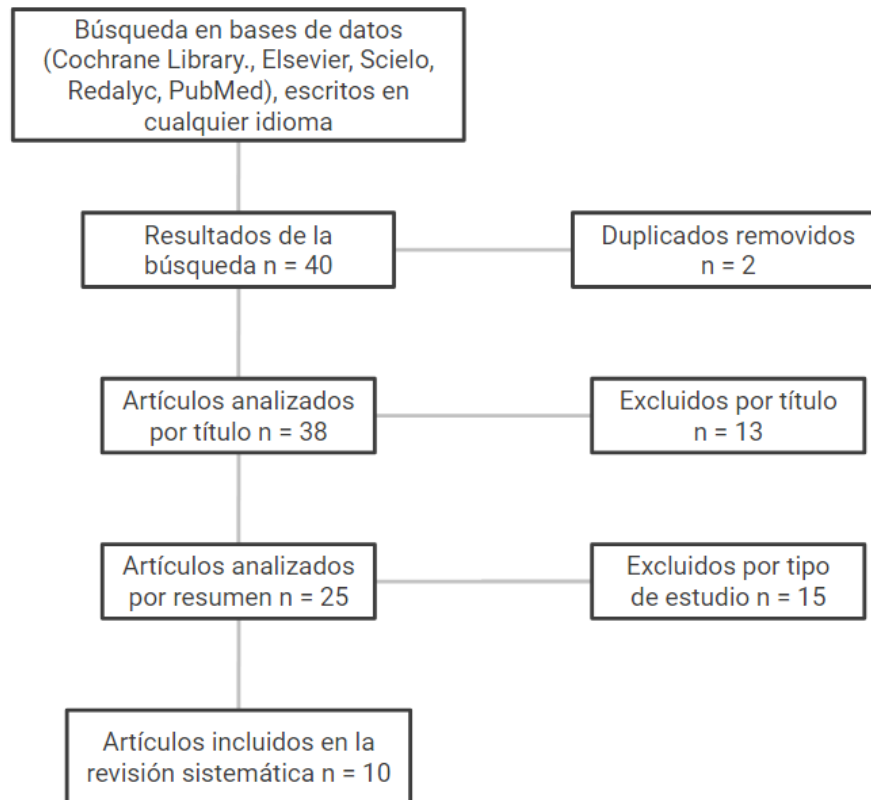


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos.

#### 5. Síntesis de datos (resultados)

De los 10 artículos incluidos en la revisión sistemática, 6 fueron estudios transversales (3-8), 3 ensayos clínicos aleatorizados (9-11) y una revisión sistemática (12).

Ocho de los estudios se realizaron en Estados Unidos (3,4,5-9,11), excepto 1 estudio realizado en Finlandia (12) y otro en Brasil (10). (Ver Apéndice 1)

Los artículos fueron publicados entre el año 2008 al 2019, todos fueron escritos en inglés e incluyeron en su población de estudio personas adultas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (3-12).

El rango de edad de los participantes incluidos en los diferentes estudios fue de los 18 a los 80 años, la mayoría de los estudios tenían una mayor participación de mujeres que de hombres en su población de estudio, así como de personas casadas (3-12).

Todos los estudios incluidos tuvieron como objetivo determinar si la presencia de apoyo familiar influía positivamente en el autocontrol de personas con diabetes tipo 2 (3-12).

Dentro de los parámetros evaluados para determinar si había o no una mejora en el autocontrol, se incluyeron: disminución de la hemoglobina glucosilada, realizar actividad física, llevar a cabo una alimentación saludable y adherencia al tratamiento farmacológico (3-12).

Cinco estudios realizaron intervenciones en donde incluían a las personas con diabetes tipo 2 y a alguno de sus familiares, para posteriormente realizar una medición de los factores anteriormente mencionados y compararla con la medición realizada antes de la intervención (3,7,9-11).

Dos de los estudios demostraron que la familia también puede tener un efecto negativo en el autocontrol de la diabetes, al obstaculizar, principalmente, el apego a la alimentación saludable (6,11).

Todos los estudios analizados mencionan que es importante incluir a la familia en intervenciones para el autocontrol de la diabetes, teniendo cuidado en que no sean un obstáculo (3-12).

Otro factor estudiado fue la calidad de las relaciones familiares, ya que de ello depende que su presencia en el cuidado de las personas que viven con diabetes sea benéfica o no para el autocontrol de la misma (5,12).

Algunos artículos mencionan que el factor más importante en el cual la familia tiene un mayor impacto es en la alimentación pero que también es el factor más difícil de conseguir por la cultura, los hábitos y los recursos económicos (9,12).

Dos de los artículos mencionan que el apoyo conyugal puede ser más importante que el apoyo familiar, sobre todo en edades más adultas (11,12).

En uno de los estudios se observó que los hombres tenían más probabilidades de informar que su cónyuge les ayudó más a controlar su diabetes, mientras que las mujeres tenían más probabilidades de informar que otros miembros de la familia o su médico las había ayudado más (9).

En dos de los estudios se reportó que un mayor porcentaje de los familiares que participaron en los estudios eran mujeres, ya fueran esposas o hijas (9,10).

En todos los estudios se observó un impacto positivo de la presencia del apoyo familiar en el autocontrol en general de la diabetes, cada uno de ellos en los diferentes factores: disminución de la hemoglobina glucosilada (5,9,10), realizar actividad física (4,9,11,12), llevar a cabo una alimentación saludable (3,4,7,9,12) y adherencia al tratamiento farmacológico (4,5,8).

## **6. Recomendaciones**

Con base en los resultados obtenidos en los estudios incluidos en esta revisión sistemática, podemos recomendar que:

- Los proveedores de atención de la salud pueden alentar estos comportamientos de base social invitando e involucrando a familiares y amigos durante las consultas.
- Fomentar el apoyo de familiares para promover una alimentación más saludable y realizar actividad física.
- Observar la red de apoyo de los pacientes, ya que una mala relación nos podría obstaculizar el autocuidado de los pacientes.
- Promover formas de apoyo social para los pacientes y familiares.

- Los familiares necesitan conocer acerca de la enfermedad, al igual que el paciente, para poder ayudar a realizar nuevos hábitos y dar un soporte necesario.
- Realizar intervenciones a largo plazo, involucrando a los familiares y pacientes.
- Trabajar en equipo y lograr resultados positivos puede ser una recompensa para toda la familia.

## **7. Conclusiones**

Sería recomendable realizar estudios similares con población mexicana que viva en México, para que de esta manera se puedan analizar otras variables que pudieran estar relacionadas con el apoyo familiar y el control de la diabetes tipo 2, ya que estas personas están viviendo bajo otro contexto social y económico diferente a los participantes incluidos en los estudios de esta revisión sistemática.

Incluir a los miembros de la familia ha sido favorecedor, ya que en conjunto han logrado hacer cambios útiles en sus hábitos alimenticios, un estilo de vida más saludable, después de saber que su familiar es portador de una enfermedad crónica.

En esta revisión se observó que el apoyo familiar tiene una influencia en el autocuidado, el más desafiante para los pacientes parece ser la actividad física seguida de una alimentación saludable, es por eso que el apoyo familiar es crucial para un manejo exitoso.

Se deben de incorporar a los integrantes de la familia en el autocuidado de las personas con alguna enfermedad crónica, para fortalecer el vínculo promoviendo formas de apoyo principalmente en la alimentación saludable y el realizar actividad física.

## **8. Referencias**

1. OMS. Enfermedades no transmisibles. 16 septiembre 2022 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

2. INEGI. Estadísticas. 29 septiembre 2021 [Internet] Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_ADUL\\_MAYOR\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADUL_MAYOR_21.pdf)
3. Mansyur CL, Rustveld LO, Nash SG, Jibaja-Weiss ML. Aculturación hispana y diferencias de género en apoyo y autoeficacia para controlar la diabetes. *Diabetes Educ* [Internet]. 2016;42(3):315–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0145721716640905>
4. Soto SC, Louie SY, Cherrington AL, Parada H, Horton LA, Ayala GX. An ecological perspective on diabetes self-care support, self-management behaviors, and hemoglobin A1C among Latinos. *Diabetes Educ* [Internet]. 2015;41(2):214–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0145721715569078>
5. David D, Dalton J, Magny-Normilus C, Brain MM, Linster T, Lee SJ. The quality of family relationships, diabetes self-care, and health outcomes in older adults. *Diabetes Spectr* [Internet]. 2019 [citado el 2 de junio de 2023];32(2):132–8. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/spectrum/article/32/2/132/32471/The-Quality-of-Family-Relationships-Diabetes-Self>
6. Mayberry LS, Osborn CY. Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014;97(3):418–25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399114003826>
7. Rosland A-M, Kieffer E, Israel B, Cofield M, Palmisano G, Sinco B, et al. When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2008;23(12):1992–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0814-7>

8. Bouldin ED, Trivedi RB, Reiber GE, Rosland A-M, Silverman JB, Krieger J, et al. Associations between having an informal caregiver, social support, and self-care among low-income adults with poorly controlled diabetes. *Chronic Illn* [Internet]. 2017;13(4):239–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395317690032>
9. McEwen MM, Pasvogel A, Murdaugh C, Hepworth J. Efectos de una intervención diabética basada en la familia sobre los resultados conductuales y biológicos de adultos mexicano-estadounidenses. *Diabetes Educ* [Internet]. 2017;43(3):272–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0145721717706031>
10. Gomes LC, Coelho ACM, Gomides DDS, Foss-Freitas MC, Foss MC, Pace AE. Contribución del apoyo social familiar al control metabólico de personas con diabetes mellitus: un ensayo clínico controlado aleatorizado. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2017;36:68–76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716303822>
11. Wooldridge JS, Ranby KW, Roberts S, Huebschmann AG. A couples-based approach for increasing physical activity among adults with type 2 diabetes: A pilot feasibility randomized controlled trial. *Diabetes Educ* [Internet]. 2019;45(6):629–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0145721719881722>
12. Rintala TM, Jaatinen P, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Interrelación entre personas adultas con diabetes y su familia: una revisión sistemática de la literatura: Una revisión sistemática de la literatura. *J Fam Nurs* [Internet]. 2013;19(1):3–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1074840712471899>

## 9. Anexos

Tabla 1

Título	Autor	País	Objetivo de estudio	Tipo de estudio	Población	Resultados	Conclusiones
Interrelation Between Adult Persons With Diabetes and Their Family: A Systematic Review of the Literature	Rinalda, 0 TM et al 1 3	Finlandia	Resumir lo que se sabe sobre las interacciones entre las personas adultas con diabetes, su familia y el autocontrol de la diabetes.	Revisión sistemática	Revisión de 35 artículos, publicados entre 2000 a 2011 en inglés	Los miembros de la familia tienen influencia en el automanejo de las personas adultas con diabetes.	El apoyo de los miembros de la familia juega un papel crucial en mantener los cambios en el estilo de vida y optimiza el manejo de la diabetes.
Effects of a Family-based Diabetes Intervention on Behavioral and Biological Outcomes for Mexican American Adults	McEwen, 0 M et al 1 7	EUA	Investigar los efectos de una intervención de apoyo para el autocontrol basada en la familia para adultos con diabetes tipo 2.	Ensayo clínico aleatorizado	157 personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 y sus familiares	Se informaron cambios significativos a lo largo del tiempo en el autocontrol de la dieta, el autocontrol del ejercicio, el autocontrol total, la autoeficacia de la diabetes para la salud general y la autoeficacia total de la diabetes.	Las intervenciones basadas en la familia son relevantes para mejorar el autocontrol de la diabetes y corroborar la necesidad de intervenciones personalizadas intensivas y más prolongadas para lograr el control de la glucemia.
Hispanic Acculturation and Gender Differences in Support and Self-Efficacy for Managing Diabetes	Mansour, 0 C et al 1 6	EUA	Determinar si el apoyo percibido, las normas sociales y su asociación con la autoeficacia variaban según el género y la aculturación basada en el idioma en hombres y mujeres hispanos con diabetes mellitus tipo 2 no controlada.	Estudio transversal	248 pacientes hispanos adultos con diabetes tipo 2	Tanto el género como el idioma moderaron la relación entre los factores sociales y la autoeficacia.	El apoyo específico para la diabetes de los miembros de la familia, especialmente los cónyuges, puede ser especialmente importante para las mujeres hispanas. Tanto para hombres como para mujeres, puede ser efectivo encontrar formas creativas de involucrar a la familia en la creación de normas sociales más sanas y expectativas.



Título	Autor	Año	País	Objetivo de estudio	Tipo de estudio	Población	Resultados	Conclusiones
Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial	Gomes, L et al	2017	Brasil	Evaluar la contribución del apoyo social familiar al control clínico/metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2.	Ensayo clínico aleatorizado	164 personas mayores de 40 años con diabetes mellitus tipo 2	Mayor reducción de la presión arterial y de la hemoglobina glucosilada en el grupo intervención que en el grupo control, mostrando un efecto positivo en el control de la enfermedad.	Las familias deben ser incorporadas en el cuidado de las personas con diabetes mellitus y especialmente en los programas de atención a la salud, en particular aquellos que puedan promover diferentes formas de apoyo social para fortalecer el vínculo entre los miembros de la familia.
An Ecological Perspective on Diabetes Self-care Support, Self-management Behaviors, and Hemoglobin A1C Among Latinos	Soto, S et al	2016	EUA	Examinar el papel del apoyo propio, interpersonal (familia/amigos) y organizacional (atención médica) en la realización de comportamientos de autocontrol relacionados con la diabetes y los niveles de hemoglobina A1C entre latinos rurales con diabetes mellitus tipo 2.	Estudio transversal	317 personas latinas con diabetes tipo 2	El apoyo de familiares/amigos se asoció significativamente con comer frutas y verduras y realizar actividad física la mayoría de los días de la semana.	Se debe alentar a obtener el apoyo de familiares/amigos para promover el consumo de frutas y verduras y la actividad física.
A Couples-Based Approach for Increasing Physical Activity Among Adults With Type 2 Diabetes	Woolridge, J et al	2009	EUA	Examinar los resultados de viabilidad y obtener datos iniciales de eficacia sobre una intervención que prueba las intenciones de implementación colaborativa para la actividad física en participantes con diabetes tipo 2.	Ensayo clínico aleatorizado	40 personas con diabetes tipo 2 y sus parejas (80)	Los participantes en la condición colaborativa II informaron un mayor aumento en el apoyo social relacionado con la AF y la AF recreativa auto informada a las 6 semanas en comparación a las otras 2 condiciones.	Se puede mejorar la dinámica de las relaciones en torno a la actividad física y, en última instancia, aumentar la actividad física.

Título	Autor	Año	País	Objetivo de estudio	Tipo de estudio	Población	Resultados	Conclusiones
The Quality of Family Relationships, Diabetes Self-Care, and Health Outcomes in Older Adults	David, D et al	2018	EUA	Investigar la relación entre el apoyo familiar, el autocuidado de la diabetes y los resultados de salud en adultos mayores que viven en la comunidad.	Estudio transversal	2150 adultos mayores con diabetes	Características del paciente, apoyo familiar para el manejo de enfermedades, autocuidado.	La calidad de las relaciones familiares (FR) fue un predictor significativo de los niveles de A1C en adultos mayores
Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control	Mayberry, L et al	2014	EUA	Evaluar las relaciones entre los comportamientos de apoyo y obstrucción de la familia y las actividades de autocuidado de los pacientes con diabetes y HbA1C posibles efectos de interacción y diferencias según las características demográficas	Estudio transversal	192 adultos con diabetes tipo 2	Los participantes reportaron índices similares de comportamientos de apoyo y obstructivos que fueron positivamente correlacionado	Involucrar a los miembros de la familia en el control de la diabetes de los pacientes puede impedir el autocuidado de los pacientes y comprometer su control glucémico a menos que se enseñe a los miembros de la familia a evitar comportamientos
When is Social Support Important? The Association of Family Support and Professional Support with Specific Diabetes Self-management Behaviors	Roland, AM et al	2008	EUA	Probar si el apoyo de la familia y amigos afecta diferencialmente comportamientos de autogestión de la diabetes específicos, comparar la influencia del apoyo de profesionales de la salud y factores psicológicos con la del apoyo de la familia y amigos	Estudio transversal	164 adultos afroamericanos y latinos con Diabetes mellitus	La autoeficacia en diabetes fue asociada con las pruebas de azúcar, la adherencia al plan de comidas, y revisando los pies.	Apoyo profesional y autoeficacia de la diabetes se asociaron cada uno independientemente con el desempeño de diferentes PYMEs. Intervenciones para pymes es posible que deba enfatizar de manera diferente el apoyo de FF, la autoeficacia o el apoyo profesional según la PYME objetivo de mejora.

Título	Autor	Año	País	Objetivo de estudio	Tipo de estudio	Población	Resultados	Conclusiones
Associations between having an informal caregiver, social support, and self-care among low-income adults with poorly controlled diabetes	Bouldin, E et al	2016	EUA	Determinar si la presencia de un cuidador informal y el nivel de apoyo social del paciente están asociados con un mejor autocuidado de la diabetes en adultos con diabetes mal controlada.	Estudio transversal	253 adultos de 30 a 70 años con mal diabetes controlada.	En comparación con los participantes sin cuidador informal, aquellos con un cuidador informal fueron significativamente más propensos a informar una adherencia moderada o alta a la medicación	Entre adultos de bajos ingresos con diabetes mal controlada, tener un cuidador y un alto apoyo social para la diabetes pueden tener un efecto beneficioso sobre la adherencia a la medicación, un objetivo clave de autocuidado para mejorar el control de la diabetes.

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

#### Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción agosto 2022.

##### 1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social de acuerdo con los registros en Redcap.

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	29	93.6
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	1	3.2
Recuperados a partir de agosto de 2023	1	3.2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

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 2022 y julio de 2023.

**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 2022 y julio de 2023.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Condición de participación	No	%
Activas	27	87.1
No activas	4	12.9
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Nota:

**Activos:** Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo agosto 2022 – julio 2023.

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

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

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	0	0
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	4	100
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

## 2. Información demográfica

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Sexo	No	%
Femenino	25	80.6
Masculino	6	19.4
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 5  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 agosto 2022 – julio 2023 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	1	3.2
40 – 49 años	4	12.9
50 – 59 años	6	19.4
60 – 69 años	9	29.1
70 – 79 años	9	29.1
80 y más años	2	6.5
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 6  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad y sexo  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	1	4	0	0	1	3.2
40 – 49 años	2	8	2	33.4	4	13
50 – 59 años	5	20	1	16.4	6	19.4
60 – 69 años	6	24	3	49.9	9	29
70 – 79 años	9	36	0	0	9	29
80 y más años	2	8	0	0	2	6.5
<b>Total</b>	25	100	6	100	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

### 3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad  
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	1	3.3
3	2	6.5
4	3	9.7
5	0	0
6	2	6.5
7	5	16.1
8	2	6.5
9	3	9.7
10	13	41.9
11	0	0
12 y más	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 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	12.9
Diabetes Mellitus tipo 2	6	19.4
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	1	3.2
Obesidad y diabetes	3	9.7
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	7	22.6
Obesidad, hipertensión y diabetes	5	16.2
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	6.5
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	9.7
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso obesidad	y	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial		4	16	0	0	4	12.9
Diabetes Mellitus tipo 2		6	24	0	0	6	19.4
Dislipidemia		0	0	0	0	0	0
Obesidad hipertensión	e	1	4	0	0	1	3.2
Obesidad diabetes	y	2	8	1	16.7	3	9.7
Obesidad dislipidemia	y	0	0	0	0	0	0
Diabetes hipertensión	e	5	20	2	33.3	7	22.7
Obesidad, hipertensión diabetes	y	3	12	2	33.3	5	16.2
Hipertensión, diabetes dislipidemia	y	1	4	1	16.7	2	6.4
Obesidad, hipertensión, diabetes dislipidemia	y	3	12	0	0	3	9.7
<b>Total</b>		25	100	6	100	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de hipertensión</b>	<b>%</b>
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	25
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	2	50
80 y más años	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2</b>	<b>%</b>
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	33.3
50 – 59 años	1	16.7
60 – 69 años	1	16.7
70 – 79 años	2	33.3
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2</b>	<b>%</b>
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	33.3
60 – 69 años	1	33.3
70 – 79 años	1	33.3
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 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	5	71.6
70 – 79 años	1	14.2
80 y más años	1	14.2
<b>Total</b>	7	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 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

<b>Edad</b>	<b>Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2</b>	<b>%</b>
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	20
50 – 59 años	2	40
60 – 69 años	1	20
70 – 79 años	1	20
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 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

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 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	33.3
60 – 69 años	1	33.3
70 – 79 años	1	33.3
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	3	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

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

Al inicio del servicio social

Tabla No. 21

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

Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	2	13.3	3	20	5	33.3
Fuera de control	4	26.7	6	40	10	66.7
<b>Total</b>	6	40	9	60	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 22

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

Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	9	45
Fuera de control	11	55
<b>Total</b>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 23

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

Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	17	85
Fuera de control	3	15
<b>Total</b>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 24

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

Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	4	44.5
Fuera de control	5	55.5
<b>Total</b>	9	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 25

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	4	40
Fuera de control	6	60
<b>Total</b>	10	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Al final del servicio social

Tabla No. 26

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	3	12.5	8	33.3	11	45.8
Fuera de control	0	0	13	54.2	13	54.2
<b>Total</b>	3	12.5	21	87.5	24	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Tabla No. 27

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	17	65.4
Fuera de control	9	34.6
<b>Total</b>	26	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 28

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	23	95.8
Fuera de control	1	4.2
<b>Total</b>	24	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 29

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	14	66.6
Fuera de control	7	33.4
<b>Total</b>	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla No. 30

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos  
 Periodo agosto 2022 – julio 2023  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	10	47.6
Fuera de control	11	52.4
<b>Total</b>	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

## **5. Acción comunitaria**

El modelo expandido de cuidados crónicos. La incorporación de la promoción de la salud.

Concepto y modelos de promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud fue establecido, por primera vez, en 1986 en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud organizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En esta carta se establece que: "La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren." (2).

En esta carta también se establece que esta capacitación no solo va a depender del propio sistema de salud, sino que también de la interacción entre las condiciones en las que viva, del equipo de salud que lo atiende, de la persona y de la relación que se establezca entre estos últimos (2).

En términos generales, las líneas de acción de la promoción de la salud son (2):

- Elaborar una política pública saludable en donde se involucren a todos los sectores y niveles de la población, así como sus dificultades. Esta política de promoción deberá de tomar en cuenta e incluir cambios en la legislación, el destino de los recursos financieros y su organización.
- Crear entornos de apoyo en donde las personas se cuiden entre ellas mismas, a sus comunidades y a su medio ambiente para llegar a un equilibrio en donde la salud se vea significativamente favorecida. Estos entornos abarcan todas las esferas en donde se desarrolla la persona como la familiar, la laboral y la ambiental.

- Fortalecer la acción comunitaria a través de su empoderamiento en donde la misma comunidad logre controlar su propia salud a través del acceso a la información y a una economía estable.
- Desarrollar las habilidades personales a lo largo de la vida, en donde, dependiendo de la etapa que estén viviendo, puedan afrontar las dificultades de salud que se pudieran presentar; teniendo en cuenta todo el control que pueden tener sobre su propia salud.
- Reorientar los servicios de salud en donde la responsabilidad es compartida no solo por las autoridades, sino que también por las personas, la comunidad, los profesionales de la salud, las instituciones y el gobierno. También teniendo en cuenta la importancia de la investigación en la salud, la formación profesional y la actualización constante.

Posterior a la Carta de Ottawa, la promoción de la salud ha ido evolucionando incorporándose a diferentes modelos que se han desarrollado a lo largo de los años, dentro de los cuales se encuentran (3):

- Modelo contrahegemónico de promoción de la salud. Se ve a la salud como un derecho social.
- Modelo basado en activos. Se enfoca en aspectos de equidad, determinantes sociales de la salud, intersectorialidad y participación.
- Modelo salutogénico. Abarca un enfoque positivo de la salud, centrándose en el origen de la misma.
- Modelo de salud comunitaria. Se enfoca en la salud pública y la atención primaria de la salud dentro de las entidades locales y ciudadanas.
- Modelo contracorriente de rectoría de promoción para la salud. Se trabaja desde la perspectiva de las necesidades y los derechos humanos, con un enfoque institucionalista.

- Modelos ecológicos. Basado en diferentes niveles de intervención; a nivel personal, relacional, familiar, comunidad y macroambiente. Perspectiva evolucionista.
- Modelos de psicología positiva. Abarcan modelos ecológicos, cognitivo, cognitivo conductual, sistémicos. Promueven el bienestar y cómo manejar el estrés.
- Modelo basado en el "cuidado de sí". Se basa en la perspectiva que se tiene frente a la vida y el cómo la afrontamos. Promueve el autocuidado y el cuidado a los demás.
- Modelo para la contención de la violencia. Se basa en la convivencia y la prevención de la violencia.
- Modelos de promoción de la salud en la pandemia COVID-19. Basado en la eliminación y la salud comunitaria vs la hospitalización y las vacunas. Promovió la atención de cambios sociales en general, en salud mental y en los rabajadores de la salud.
- Modelo socio-ecológico. Relacionado con los determinantes sociales, un modelo comunitario, las políticas públicas, la responsabilidad individual, colectiva y del gobierno.

El hecho de que la promoción de salud fuera incorporada al modelo de atención en cuidados crónicos, dio lugar al desarrollo del modelo expandido de cuidados crónicos. En este modelo expandido se abarca a la salud como el resultado positivo de una interrelación entre el sistema de salud, el equipo de salud, la persona que padece la enfermedad, sus determinantes sociales y la relación que tenga con el mismo equipo de salud (1).

La adecuación del modelo expandido de atención crónica al modelo de atención integral centrado en la persona, se puede establecer al integrar los

elementos que conforman el proceso de la atención centrada en la persona en donde abarcan los subsistemas relación médico-paciente, sistema de salud y comunidad (1). Los elementos del proceso de la atención centrada en la persona, son (4):

- Explorar la enfermedad y el padecimiento.
- Entender a la persona como un todo.
- Elaborar un proyecto en común en colaboración con la persona, definiendo los objetivos.
- Intensificar la relación de la persona con el médico.

#### Encuentros de salud

Los encuentros de salud son la vía a través de la cual el MAICP instrumenta las líneas de acción de la promoción de la salud referidas a la construcción de entornos saludables, el desarrollo de capacidades individuales y, especialmente, el fortalecimiento de la acción comunitaria

Los encuentros de salud durante el periodo de servicio social.

Durante el año del diplomado se llevaron a cabo dos Encuentro de Salud:

- 4to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas. Este encuentro se realizó con el objetivo de desarrollar capítulos para el Recetario Saludable. Estuvo conformado por 5 talleres:
  - 1. Alimentación saludable
  - 2. Adquisición, conservación, preparación e higiene de los alimentos

- 3. Tabla de valor nutrimental de cada receta y “sellos afortunados”
- 4. Estimación de costo aproximado, grado de dificultad y tiempo de preparación de cada receta
- 5. Dichos y refranes para motivar a una alimentación saludable

En cada una de las Jurisdicciones se llevaron a cabo diferentes talleres dependiendo de la cantidad de personas que asistieron. En el caso de Tláhuac se tenía planeado llevar a cabo dos talleres, pero debido a que acudieron menos personas de las que esperábamos, solo se llevó a cabo el taller de Recomendaciones para la conservación, preparación e higiene de los alimentos en casa.

En este taller participé ayudando a mi compañera coordinadora en la organización de la participación de las personas asistentes. Se tuvo una muy buena participación de las personas, además de que entre ellos se dieron consejos útiles relacionados con el tema del taller.

De igual manera, semanas antes, participé en la preparación del 4to Encuentro en conjunto con mi compañera en cuanto a establecer una temática que acompañara al taller, la decoración del lugar, los alimentos que se ofrecieron y la invitación de las personas. (Se anexa cartel del 4to Encuentro. Anexo 1)

A continuación, incorporo la relatoría que se realizó durante este encuentro:

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México.

Un enfoque de capacidades

Encuentro de Pacientes:

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

Cédula de taller

Recetario Saludable

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac Coordinador(a): Dánica Ávalos Rodríguez

Relator(a) Leslie callejas Ramos

Taller: Recomendaciones para la adquisición, conservación, preparación e higiene de los alimentos en casa. Fecha: 22/11/2022

1. Personas participantes:

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Centro de Salud</b>
Carmen Uribe Ruiz	M	68	San Francisco Tlaltenco
Margarita Cruz Castillo	M	85	San Francisco Tlaltenco
Yolanda Corona Cervantes	F	56	San Francisco Tlaltenco
Sandra Nieto Vargas	F	54	San Francisco Tlaltenco
Alejandra Mata	F	70	San Francisco Tlaltenco
Rubén Cortés Miranda	M	75	San Francisco Tlaltenco
Claudia Margarita Flores Durán	F	45	San Francisco Tlaltenco

2. Datos del taller



Objetivo del taller: Identificar y acordar las ideas que consideren más importantes para comunicar a otras personas respecto a recomendaciones valiosas para la conservación, preparación e higiene de los alimentos en casa.

Hora de inicio: 9:10

Hora de finalización: 11:30

### 3. Agenda de la sesión:

Horario de inicio Actividad

Bienvenida: 9:10

Presentación: 9:20

Encuadre: 10:05

Taller: 10:36

Cierre: 11:20

### 4. Descripción detallada de la sesión:

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda de la sesión

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada una de las preguntas del taller (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")

Buenos días ya me conocen mi nombre es Dánica y voy a coordinar este taller junto con mi compañera Michell. También estará Leslie con nosotras y nosotros, todo lo que hablemos será relatado por ella. Para esto me gustaría que cada uno se presente y me diga su nombre, su edad y ¿por qué decidieron venir?

- Mi nombre es Carmen Uribe Ruz 68 años y estoy en este encuentro por invitación de las doctoras, tengo hipertensión desde hace 8 años y me llamo la atención

porque este encuentro se refiere a la salud y a todo lo que podemos comer para mejorar la calidad de vida.

- Buenos días mi nombre es Margarita tengo 85 años, estoy aquí porque me gusta escuchar estas platicas yo he asistido a todas

- Mi nombre es Yolanda y soy paciente de la Doctora Avalos y me gusta mucho participar, tengo 30 años de hipertensa y 7 de diabética

- Mi nombre es Sandra tengo 54 años, soy diabética e hipertensa, soy paciente de la Doctora Michell y es mi primer encuentro.

- Soy Mata Alejandra, tengo 70 años y me han ayudado machismo en mis enfermedades, les doy las gracias por haberme invitado es la primera vez que vengo (llanto)

- Hola a todos buenos días, mi nombre es Rubén Cortes Miranda tengo 75 años soy diabético e hipertenso desde hace 5 años, vengo por ustedes, soy amor de la vida y quiero vivir muchos años, pero con calidad, procuro estar bien alimentarme mejor y hacer mucho ejercicio

- Yo Soy Claudia Margarita 45 años paciente de la Doctora Wanda, para mi es interesante esta convivencia porque es algo que aprendemos de los médicos y las médicas, yo espero que todos tengamos calidad de vida ya que la diabetes es una enfermedad muy cruel. Hace 10 años tuve una hija con insuficiencia renal, y cuando la llevaba a sus sesiones, vi muchos pacientes crónicos graves y yo quiero cambiar mi calidad de vida.

Danica- Muchas gracias a todas y todos por estar aquí, el propósito de este encuentro como ya lo habrán visto es para un recetario saludable. En nuestro taller en particular queremos escucharlas y escucharlos y que nos cuenten su punto de vista acerca de la alimentación saludable. Para empezar, les voy a decir las reglas

una de ellas es; hablar una persona a la vez, para esto se les dará unas manitas para tener el orden y evitar que hablen 2 personas al mismo tiempo. Otra de ellas es que no juzguemos, a lo mejor a otras personas pueden decir cosas nos sirven y a otras no por lo tanto no debemos descalificar las opiniones porque son valiosas, así que pueden tener confianza de decir lo que quieran. ¿Tienen Alguna duda? Bueno de ser así vamos a comenzar. ¿Cuáles son las recomendaciones que queremos hacer a otras personas para que adquieran y conservar los alimentos en casa?

- Aurora, mantenerlos limpios y tapados, refrigerarlos para que se conserven mejor y evitar a que se echen a perder

- Yo vengo con la nutrióloga y sigo instrucciones al pie de la letra además de que hago con higiene los alimentos realizo la colación además de realizar ejercicio

- Con lo que comenta de adquirirlos pues cuando vamos al mercado vamos a fijarnos que la verdura o lo que vayamos a ocupar para nuestro alimento estén frescos porque aún tiene mayor cantidad de nutrientes, y yo creo que cuando pasa tiempo ya no los tiene además de comprar alimentos de temporada, a veces yo no me alimento bien porque está muy caro el alimento, se debe lavar bien el producto que se lleva a casa y tengo un lavadero especial para lavar las frutas, verduras, espero que sequen bien sin hacerlo yo para evitar que tengan pelusa ya que están bien secas yo las conservo en el refrigerador o recipientes con tapa o les pongo una servilleta para que no les caiga polvo o se le paren las moscas y tapadas, para que duren la mayor cantidad de tiempo y se puedan utilizar.

- Gracias a ustedes las mujeres y a mi esposa es como conozco esto, yo he visto que mi esposa compra las verduras y las almacena en recipientes sin lavar porque hemos visto que cuando se lavan se pudren, entonces compra porciones pequeñas y las almacena, además de que cuando las usamos las lava y las desinfecta, muy bien con cloro. Las frutas las comemos de temporada y ahora consumimos más

agua cambiamos los hábitos respetando el punto de vista de cada quien, mi esposa lo hace de esta manera y a todos nos ha funcionado tanto que mi esposa fue declarada diabética primero y posterior mente yo y los dos la enfrentamos con valentía sí sé que me hace daño algo no lo tomo.

- Yo exagero en lavar mi verdura y lavo hasta la cebolla y el plátano y después de usar el alimento lo guardo en el refri, yo estoy muy contenta de participar.

- Yo compro fruta o verdura de temporada, las guardo en bolsas, y cuando las utilizo las lavo perfectamente, una vez de prepararlo lo guardo en un recipiente lo conservo.

- Yo trabajo, y casi no cocino voy al día, pero aun así yo enjuago los alimentos y los guardo.

Danica - Podemos recopilar estas cosas para apoyo es que metamos los alimento al refrigerador y que tengamos buena higiene además de acudir con el nutriólogo para que nos aporten información, y la buena conservación de frutas y verdura de temporada y comprar a día los alimentos y en porciones pequeñas. Yo les pregunto entonces ¿Como son las recomendaciones que consideramos más importantes para la preparación de higiene de los alimentos en casa?

- Mantener todo limpio, lavarnos las manos, tener los trastes lavados y cuando los usamos darles una enjuagada por que se acumula el polvo

- La higiene antes y durante la preparación de los alimentos.

- La higiene yo con las verduras cocidas deben de tener cierto tiempo de cocción para que no pierdan sus nutrientes.

- Preparar bien los alimentos yo uso babero y si estoy mala de gripa uso cubrebocas cuando los preparo, además de ponerle mucho amor a la comida.

Danica- muy bien ahora ¿En sus casas se desperdician los alimentos?

- En la mía no yo les enseñé a no desperdiciar los alimentos soy enemiga de eso porque hay niños que no tienen para comer

- Yo les comento que hay cosas que a veces desperdicio por ejemplo el queso y jamón a mí no me gustan, pero mi nuera compra mucho yo le digo que me los prohíben a de más de que no es mi gusto y yo como saludable. De pequeña era de escasos recursos y los alimentos que nos daban eran una vez al año y no me gusta ver cuando se desperdician.

- En mi casa no se desperdicia nada porque hacemos porciones pequeñas y lo poco que sobra lo guardamos para hacer recalentado, como la sopa de lentejas de mi esposa o su mole verde le digo que lo guarde para que al otro día me sepa más rico, si lo almacena y lo comemos al otro día.

- Yo vivo sola y preparo mis cosas al día entonces no desperdicio

- A mí me invito a desayunar mi sobrina desayunamos junas enchiladas y a mi esposo que fue operado por pancreatitis se las di para su trabajo y no se las comió, pero no las desperdicio y me las desayune con un cafecito.

- En mi casa no se desperdicia porque tengo una personita que come por dos (risas) se lo come él y gracias a dios no se desperdicia yo he visto reportajes donde niños no tienen que comer y hablo con mi familia para que valoren las cosas que hay en casa.

Danica- bueno hablando de México, es un país donde tiene gran porcentaje de desperdicios de alimentos y es importante inculcarlo. Y bueno ¿Que podremos hacer para evitar que se desperdicien los alimentos como podríamos conservarlos?

- Lo primero, preparar porciones pequeñas, porque hubo un tiempo en el que yo me quede solo porque mi mujer enfermó y solo comida lo necesario, a mí me gusta mucho comer carne con verdura y guardo las porciones para cenarlas, y si no como una fruta y un vaso de agua, la comida la hacemos por día, lo que he aprendido es que como somos un país que consume mucha tortillas, compramos una porción pequeñas de tortillas y las guardamos en un recipiente para poder utilizarla después para conservarlas bien.

- Las tortillas yo las congelo para no desperdiciarlas.

- Yo hago comida para 3 personas y hacemos solo las porciones para nosotros y si sobra lo guardo en recipientes para comerla después

- Yo guardo toda la comida con productos herméticos. He visto que guardan cosas sin tapa en el refrigerador ¿eso es correcto? Yo pienso que no es correcto y se tienen que tapar ya que se penetra el olor, les comento a mis familiares que si me dan alimento que no está bien guardada me hace daño

- Lo que sucede es que si no la tapan se quema con el frio y se deshidrata y se seca entonces a la hora de comerla no saben igual. - Yo de lo que tengo experiencia es lavar y desinfectar. Tengo una tina con vinagre blanco y las dejo menos de 5 min y espero que se escurran bien y no las seco para evitar que se llenen de pelusa, después las guardo bien en recipientes herméticos y me duran mucho, no meto nada sucio al refri dura mucho hasta 2 o 3 semanas. No las tapo con periódico no porque es muy sucio

- En la esperanza las bolsas que dan de papel se conservan bien además de que se debe hacer la porción que se va a utiliza y tapar la que no usemos y resguardarla

- Se hacen guisos rápidos y para evitar aromas y nos ayude conservar el alimento podemos poner un trozo de carbón vegetal en el refri. También ayuda para la humedad
- Con una papa también se puede hacer para evitar olores porque yo no podía controlarlo con nada y ahora no saben mal y no están húmedas
- Los limones que exprimo utilizo sus cáscaras las pongo en refri y desinfecto con vinagre.
- El vinagre evita que se infecten
- Yo lavo todo, hasta el ajo la cebolla y el huevo, pero mi hija dice que el huevo no se lava porque tiene una capa que los protege, aun así, yo lo lavo. Y no los guardo en el refri los dejo en el aire fresco.
- Mi esposa compra huevo los mete al refri, y cuando guisa les pone una tapa para que se cocinan bien, pero yo me di cuenta que si no está bien guisado da salmonelosis y a raíz del 1 de septiembre a mi hermana le detectaron salmonelosis y falleció así que debemos guisarlo bien.
- Mis hijas cuando eran pequeñas les daba huevo crudo con amaranto guayaba y plátano sin azúcar
- El huevo yo los guardo en una canasta no los meto al refri. En lo personal no me los comería crudos, los frío bien y me los como a veces en licuados solo les pongo clara de una pieza de huevo porque me dice la nutrióloga. Tengo huevos de guajolota y de pato, pero no me gustan ya me acostumbre a los comerciales, igual los frío bien y conservo,
- Yo por ejemplo no como carne muy seguida, pero la compro el mismo día que la consumo además de que procuro que no me quede

- Yo igual la carne no la como mucho pero cuando la compro el consumo el mismo día y la como cada 15 días por que me enfermé cuando comí carne de res
- Yo la carne la compro al día y cuando es de mar la cocino toda y ya cocinada la congelo para conservarla porque dicen que cocida dura más tiempo y si no la utilizo toda la guardo en recipiente limpio y bien cocida, y mi pan lo guardo en una caja especial con tapa trato de que no dure mucho tiempo
- Yo compro bolillo y los pongo en bolsa de plástico para conservarlos
- Yo comido mucho pan, pero a raíz de la diabetes cambie mi alimentación y no podía dejar el pan y el café, me como ahora la mitad de un pan y para conservarlos compro lo que me gusta y lo guardo en bolsas o en un recipiente con tapa.
- Yo en las noches meriendo a las 9 y a veces me como un bolillo con queso panela y cuando no, lo sustituyo por 5 galletas y cacahuates, soy adicta a la coca ahora la sustituyo por un cidral pequeño, yo hago ejercicio y me dan terapia física que me ayudan bastante, vengo 2 veces por semana y me gusta tener conciencia de lo que opinan las otras personas. Y me siento orgullosa de tener 85 años

Danica- ya para terminar ¿Que aprendimos el día de hoy? ¿Se llevan algo?

- La satisfacción de escuchar esta platica tan importante y por eso me gusta asistir a estos eventos.
- Para mí fue muy interesante
- Yo me llevo la experiencia de que la salud alimenticia es muy importante, además de ver los porcentajes para saber cuánto avanzamos y retrocedemos, esto para mí es importante es al primer encuentro que vengo para aprender lo más que se pueda y ahora tengo una noción de llevarla a cabo y tengo mucho aprendizaje.



- Yo no sabía lo del huevo y para mí es algo nuevo, tampoco sabía del encuentro, y gracias a dios me han apoyado mucho son experiencias nuevas.
- Yo creo que poner más prioridad en los alimentos y procurar tener cuidado en mis compras, no repetir lo que ya tenemos, por ejemplo; podríamos compartir con los vecinos el alimento o animalitos para no tirarla.
- Yo me llevo satisfacción muy grande y estoy contenta con ustedes muchas gracias por haberme invitado.
- En este tipo de reuniones yo participo mucho y aprendí a saber escuchar y transmitir, poder tener empatía y ser más humano, y el aprender. Yo de ustedes mujeres me sorprende ya que de pacientes crónicos son más mujeres que hombres y he aprendido mucho de ustedes porque me enseñaron a vivir y a guisar.

Danica- Muchas gracias por su participación a todos y todas. Ahora les daremos un folleto para que puedan saber sobre la conservación de los alimentos y para terminar quiero darles un Fuerte el aplauso y les doy las gracias por haber participado en este encuentro.

- 5to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Encontrarnos para cuidarnos. Cuidado como un Derecho y una acción colectiva. Este encuentro se realizó con el objetivo de reconocer y fortalecer las capacidades individuales y colectivas que las personas están desarrollando o podrían desarrollar para aumentar el cuidado de sus enfermedades crónicas.

Durante la realización de este encuentro yo me encontraba de vacaciones fuera de la Ciudad, por lo que no me fue posible acudir, sin embargo, participé en la preparación del encuentro en cuanto al desarrollo de la

temática que acompañó al mismo, así como en la invitación de las personas para que acudieran. (Se anexa cartel del 5to Encuentro. Anexo 2)

#### **Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica.**

##### **Tutoría de casos.**

Durante el módulo 4 del diplomado se presentaron diferentes casos clínicos a lo largo del año, los cuales se presentaron desde el enfoque centrado en la persona. Estos casos clínicos fueron presentados por diferentes compañeros pertenecientes a determinadas jurisdicciones.

Las presentaciones de los casos siguieron los cuatro componentes que se incluyen en el modelo de atención centrado en la persona, los cuales son:

1. La enfermedad, el padecimiento y la salud de la persona
2. La persona y su entorno
3. La relación médico paciente
4. Intensificar la relación médico paciente

Dependiendo del caso que se presentó se derivaron determinados temas que se discutieron en esa sesión y en algunos casos se abordaron en otras sesiones.

Los casos clínicos presentados durante el año y los temas derivados de los mismos, fueron los siguientes:

- 1er caso clínico. A raíz de este caso clínico se abordó el tema de las actualizaciones respecto al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, tanto con fármacos hipoglucemiantes orales y el uso de insulinas. Se resolvieron diversas dudas y se revisaron diferentes documentos respecto a las últimas actualizaciones en el tratamiento.

- 2do caso clínico. El caso de la señora Alejandra en donde se abordó la importancia de la salud mental de las personas con enfermedades crónicas y a partir de ahí se derivó el tema de la empatía, su importancia, su definición, herramientas que podemos desarrollar al respecto, el cómo la empatía puede ir siendo menor a medida que vamos avanzando en la carrera de Medicina, el cómo la empatía puede mejorar la relación médico paciente e incluso tener resultados favorecedores en el control de las enfermedades, en este caso, crónicas.
- 3er caso clínico. En este caso se abordó el tema de salud psicoemocional, derivado de la preocupación de saber cómo, desde una perspectiva de la psicología, abordar a una persona que necesita atención profesional en cuanto a salud mental. ¿Qué podemos hacer nosotros y de qué manera podemos ayudar a la persona?
- 4to caso clínico. Persona con enfermedad renal crónica KDIGO 5 la cual no desea someterse a un tratamiento de reemplazo de la función renal. Este caso se presentó a raíz de que en sesiones anteriores se abordó el tema de la importancia de la derivación al servicio de Psicología. ¿Cómo saber en qué momento es necesario derivar a una persona a Psicología?, ¿Qué herramientas podemos desarrollar para tener una comunicación efectiva y poder ayudar a las personas? ¿De qué manera podemos gestionarnos a nosotros mismos ante un problema de la persona a la cual atendemos?

## **Conclusiones**

Haber hecho el servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) fue una experiencia interesante, fue una oportunidad de estar en contacto con las personas que ahí acuden en búsqueda de una atención de primer

nivel, en donde la población es bastante diversa, donde acuden personas de todas las edades por diferentes cuestiones. Y siendo parte de este proyecto fue aún más interesante la experiencia del servicio social, puesto que aprendí cosas nuevas, un enfoque diferente al que tradicionalmente se maneja en las consultas. Además de que hubo un mayor contacto con personas que viven con enfermedades crónicas, lo cual en la actualidad es de suma importancia por la prevalencia que hay de estas enfermedades. Sumando todo lo anterior, no solo me llevo una gran experiencia, sino que también me llevo más conocimiento y un enfoque diferente sobre cómo abordar las enfermedades crónicas, más humano e integral.

Mi experiencia a lo largo de este año respecto a la atención con las personas que vi con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona fue muy enriquecedora, ya que a lo largo de todo el año pude atender de cerca a las mismas personas, conocerlas, ver más allá de lo aparente y poder abordarlas de una manera integral. Además, también pude ser parte del avance de sus logros para poder tener en control sus enfermedades crónicas, así como también ser parte de algunos sucesos que, de alguna u otra manera, pudieron afectar su estado anímico y en consecuencia su salud física y mental.

Abordar a las personas desde este modelo de atención integral centrado a la persona me permitió ver más allá de lo aparente, conocer y comprender la totalidad de las personas y sus vínculos, además de favorecer, desde sus propias prioridades, el desarrollo de su autonomía para el autocuidado de sus enfermedades crónicas.

Algunas de las ventajas que ofrece la SEDESA con la implementación de este modelo es el poder asistir también al diplomado, además de tener contacto de primer nivel con diferentes personas, el contar con un espacio asignado para dar las consultas, tener un asesor clínico y la capacitación constante. Dentro de las

desventajas sería el hecho de que no exclusivamente vemos personas con enfermedades crónicas, los tiempos de consultas y que a veces no se llegan a respetar los tiempos asignados al desarrollo de actividades del programa como en el caso de la planeación de los encuentros de salud.

Mis conclusiones respecto a las aspiraciones y las realizaciones de las personas que viven con enfermedades crónicas y que, a lo largo de este año de servicio social, pude atender más de una vez son que ellas y ellos desean, en general, tener una mejor calidad de vida, desean comprender sus enfermedades, lograr identificar signos y síntomas que les ayuden a saber en qué momento sus enfermedades no están en control y saber qué hacer al respecto, así como también desean vivir el mayor tiempo posible con bienestar físico y mental para poder seguir viviendo en compañía de las personas que quieren. En cuanto a realizaciones, una de las más importantes fue que lograran visualizar cambios relacionados en cómo es que la alimentación es la base para el control de sus enfermedades crónicas, más allá de los medicamentos; y poder aplicar esto de manera constante en su día a día e incluso con las personas más cercanas a ellas y ellos.

Mi formación profesional de pregrado fue un contraste de enfoques entre el año de internado y el año de servicio social, puesto que cada uno de ellos fueron en diferentes niveles de atención, con diferentes responsabilidades, diferentes personas atendidas y, desde luego, diferentes enfoques. Cada uno de estos escenarios me aportaron distintos elementos y conocimientos que aplicaré el resto de mi vida profesional.

Dentro de las cosas que considero que podría mejorar en mi futuro inmediato son el desarrollo de herramientas para una mejor comunicación, una comunicación asertiva, mayor empatía y la integración del conocimiento para poderlo aplicar en la atención de las personas.

## Referencias bibliográficas

1. Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Healthc Q . [Internet]. 2003;7(1):73–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
2. Pan American Health Organization, de la Salud OM, Salud y Bienestar Social C, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Internet]. 1986. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>
3. Franco Giraldo Á. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. Hacia Promoc Salud. [Internet]. 2022;27(2):237–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.17>
4. Cuba Fuentes MS, Romero Albino ZO de LM. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet]. 2016;33(4):780. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2565>

## Anexos

Anexo 1. Informe numérico entregado a la SEDESA.

### Directorio Nominal de Pacientes

Centro de Salud T-III: San Francisco Tlaltenco  
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac  
Pasante en servicio social: Estrada Solis Wanda Michell

Promoción: Agosto 2022 – Julio 2023

Fecha de entrega: JULIO 2023

Nombre del paciente	Edad	Diagnóstico(s)	Teléfono de contacto	Activo (Sí/No)	En caso de que No es activo explicar la causa (Ya no acude al centro, atiende con otro médico, defunción, etc.)
Alcivia Sánchez Virginia	76	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad + Dislipidemia	5550356169	SI	
Castañeda Noguerón Gloria	76	Diabetes tipo 2 + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558425030	SI	
Castañeda Rivas luminosa	60	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Neuropatía diabética + Insuficiencia venosa	5525944990	SI	
Chavarría González Ana Lilia	42	Diabetes tipo 2 + Dislipidemia	5558416860	SI	
Chirinos Noguerón Higinia	75	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5558662603	SI	
Cruz Castillo Margarita	86	Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5561519086	SI	
Flores Duran Claudia Margarita	50	Diabetes tipo 2 + Obesidad + Neuropatía diabética + Insuficiencia venosa	5543781146	NO	Dejó de asistir al centro salud Última consulta 07/03/2023
García Mondragón Severiana	75	Hipertensión arterial	5525944489	SI	
García Rebollo Sánchez Juan Carlos	46	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia	5558412132	SI	
González García Flora	65	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad + Insuficiencia venosa	5558416860	SI	
Huerta Martínez Florencia Pascuala	73	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5525944813	SI	
Ibarra Silva Martha	71	Hipertensión arterial + Dislipidemia	5525943459	SI	
Leyte Luna José	54	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5558411053	SI	
Mancilla Flores María Luisa	72	Diabetes tipo 2 + Obesidad + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558661395 / 5558412244	SI	
Mancilla Lugo María Eugenia	62	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia +	5518548110	SI	

			Obesidad			
Mancilla Martínez María De Lourdes	88		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial	5558412244	SI	
Moreno Páramo Anselmo	65		Diabetes tipo 2 + Obesidad	5558666231	SI	
Nieto Vargas Sandra	54		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia + Obesidad + Neuropatía diabética	5511798144	SI	
Prado Sánchez Alma Yazmín	33		Hipertensión + Dislipidemia + Obesidad	55 29513271	SI	
Quintanar Orihuela Concepción Alejandra	65		Diabetes tipo 2	558660328	SI	
Ramírez Calvo Agustina	71		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558411438	SI	
Ramírez Sánchez Guadalupe	72		Diabetes tipo 2 + Dislipidemia	5541761374	NO	Dejó de asistir al centro salud Última consulta 27/03/
Reséndiz Rangel Lourdes	58		Diabetes tipo 2 + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558412775	SI	
Reyes Blanco Vicente	62		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5525944730	SI	
Reyes Martínez Vilma Sonia	63		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial	5568335955	NO	Dejó de asistir al centro salud Última consulta 02/03/
Rosas Gallardo Alejandra	55		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5521481106	NO	Dejó de asistir al centro salud Última consulta 03/01/
Sánchez Barrera David	48		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5558412107	SI	
Teoyocil Arrieta Yolanda	65		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial	5525943802	SI	
Torres Cruz Elvira	44		Diabetes tipo 2	5558427615	SI	
Torres Cruz Norberto	64		Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5589618592	SI	
Uribe Guerrero Felicitas	58		Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5558410146	SI	

Total de pacientes en el directorio: 31



Anexo 2. Cartel del 4to Encuentro de salud.

La Jurisdicción Sanitaria Tláhuac invita a los pacientes del C.S. T-III San Francisco Tlaltenco del Proyecto de Crónicos UAM-INSP al evento:

**Encontrarnos para cuidarnos**

*Cuidado como un Derecho y una acción colectiva*

**5° ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

**JUNIO 23** | **HORARIO DE 9 A 13 HORAS** | Aula de Usos Múltiples de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac

Ante cualquier situación, acude a tu Unidad de Salud más cercana en Tláhuac, llevando siempre tu Cartilla Nacional de Salud

**f/JSTlahuac #LaJurisTeAcompaña #LaSaludEsUnDerecho**



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

JURISDICCión SANITARIA TLÁHUAC



Instituto Nacional de Salud Pública



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Anexo 3. Cartel del 5to Encuentro de salud.

La Jurisdicción Sanitaria Tláhuac invita a la comunidad a participar en el evento

**Recetario saludable**

**4º ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

**NOVIEMBRE 22 | HORARIO DE 9 A 14 HORAS | Aula de Usos Múltiples de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac**

Ante cualquier situación, acude a tu Unidad de Salud más cercana en Tláhuac, llevando siempre tu Cartilla Nacional de Salud

**f /jurisdiccionsanitariatlahuac #LaSaludEsUnDerecho**



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS