



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MODELO DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES
CRÓNICAS CENTRADO EN LA PERSONA: UN
ENFOQUE DE DESARROLLO DE CAPACIDADES

DESARROLLO DE CAPACIDADES COMO UN EJE
CENTRAL PARA LA AUTOGESTIÓN EN EL CONTROL DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS

AUTOR: JORGE ALBERTO HERNÁNDEZ
ARAUJO

MATRÍCULA: 2162034711
PROMOCIÓN AGOSTO 2022 – JULIO 2023

ASESOR INTERNO: DR. VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR

ASESOR EXTERNO: DRA. ALEJANDRA GASCA GARCÍA

FECHA DE ENTREGA: 05-AGOSTO-2023

1- PRESENTACIÓN

El presente trabajo es realizado para evidenciar los resultados que puede tener el modelo de atención centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención, mismo que consta de una descripción de las actividades realizadas durante el tiempo del desarrollo del diplomado desglosando los temas que se abordaron en este, así como una descripción del trabajo realizado en el Centro de Salud T-III Dr. Gerardo Varela Mariscal relacionadas con este proyecto.

La elección de plaza de servicio social la realicé tomando en cuenta la localización del centro de salud, tiempo de desplazamiento y accesibilidad para llegar al mismo. Seleccione la plaza teniendo algo de información previa al proyecto, lo cual me permitió comunicar las especificaciones que este proyecto requiere a mi coordinadora médica en el centro de salud. El ritmo de trabajo en un centro de salud es diferente, sin embargo, en ocasiones también se exige cantidad sobre calidad; situación que tuvo que platicarse para su resolución en beneficio de los pacientes incorporados al proyecto.

La implementación del proyecto de atención a enfermedades crónicas centrado en la persona pudo desarrollarse favorablemente en el centro de salud. La cuestión de respetar el tiempo de consulta fue un tema frecuente, debido a la asignación de fichas entre pacientes citados que pertenecen al proyecto y reduciendo así su tiempo de atención. Fue en las consultas en las que se respetó el tiempo de atención donde se pudieron desarrollar mejor los conocimientos adquiridos en el diplomado.

Durante este año se incorporaron 18 pacientes al proyecto por parte del centro de salud en el que cursé mi servicio social. Sin embargo, a todos los pacientes con enfermedades crónicas se les brindó atención aplicando las estrategias y conocimientos adquiridos a lo largo del diplomado. Fue así como pude notar una mejoría en el estado de ánimo, cifras de control y parámetros de laboratorio en la

mayoría de las personas con enfermedades crónicas atendidas en el centro de salud, recibiendo en más de una ocasión una felicitación por la atención recibida.

A lo largo del año de servicio social se realizaron diferentes actividades que requirieron mi presencia tanto dentro como fuera del centro de salud entre las cuales desataca el encuentro de pacientes, siendo que me tocó ser participé del primer y segundo encuentro que se realizaba en mi centro de salud de adscripción. En dichos eventos las personas pudieron encontrarse y compartir sobre cómo es vivir con sus enfermedades, sus dificultades para apegarse al tratamiento farmacológico, plan de alimentación, régimen de actividad física o acudir a consulta de manera constante. Todas esas actividades me permitieron ampliar mi panorama sobre las distintas realidades que viven cada una de las personas y reflexionar sobre qué estrategias utilizar para incidir en beneficio de las necesidades de cada una de las personas a quienes se les brindaba la atención médica.

2 - EL MÓDELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS, LA ADECUACIÓN DE LA UAM XOCHIMILCO (MAICP)

El modelo expandido de cuidados crónicos (MAICP) tiene tres componentes principales: la relación e interacciones productivas entre la comunidad y el personal de salud, el sistema de salud y la comunidad. La relación e interacciones productivas entre la comunidad y el personal de salud requieren de pacientes informados y activos, así como de un equipo de salud, preparado, proactivo que sea compañero de la comunidad y trabaje en equipo. Con respecto al sistema de salud se hace énfasis en la organización de estos los cuales deben contar con sistemas de información, apoyo en la toma de decisiones, sistema de diseño de implementación de estrategias, así como una reorientación de los sistemas de salud. Por último, la esfera de la comunidad hace énfasis en los recursos y políticas que inciden en salud como lo son la creación de ambientes de apoyo, la creación de políticas en salud pública y un reforzamiento en la acción conjunta con las comunidades.

Fue la exploración y de estos aspectos tanto en la comunidad como con los pacientes un enfoque característico del MAICP en mi pasantía del servicio social, el cual se enfocó, más nunca se limitó a la atención de personas con enfermedades crónicas y cuyo enfoque se pudo aplicar en la consulta general dentro de las diferentes actividades que desarrollé este año (Anexo 1).

3 - EL DIPLOMADO

Dentro de la plaza de servicio social del MAICP se encuentra el diplomado el cual se divide en cuatro módulos, los primeros tres desarrollan temas de relevancia de los tres subsistemas que lo componen. El primer módulo aborda temas relevantes de la persona como la atención personalizada, la toma de decisiones compartida, el concepto de autogestión y el desarrollo de capacidades. El segundo módulo se centra en la práctica médica abordando temas como la medicina basada en evidencia, las barreras para ejercer las mismas, los niveles de evidencia científica, la realización de revisiones sistemáticas y estándares de atención en enfermedades crónicas. El tercer módulo desarrolla temas importantes respecto a políticas en salud pública como La Carta de Ottawa, los modelos de promoción a la salud, los determinantes sociales en salud y la empatía. Por otra parte, el cuarto módulo funge como un espacio de encuentro para las dos promociones de servicio social, febrero y agosto, para el análisis de casos y la reflexión de estos con el objetivo de poner en práctica los conocimientos adquiridos en los otros tres módulos

Cada sesión, independientemente al módulo, se desarrollaba con la presentación del tema, seguido de una ronda de preguntas y otra de discusión. Fue en esta última donde grupalmente podíamos percatarnos de como el diplomado estaba generando cambios en nuestra practica médica. En más de una ocasión nos permitimos compartir experiencias que vivimos con las personas a quienes les brindamos atención, encontrando muchas similitudes independientemente de la alcaldía en la cual la llevábamos a cabo.

3.1 - MÓDULO 1. FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICAS. ENFOQUE DE CAPACIDADES.

AUTOMANEJO COMO CONCEPTO EVALUABLE EN LA CONSULTA DE PACIENTES CRÓNICOS

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas en México nos lleva a cuestionarnos si la manera en la cual estamos ejerciendo la medicina es la mejor para atender el reto sanitario que supone una población donde la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, sobrepeso y obesidad cada vez se presentan de manera más frecuente. Vivir con una enfermedad crónica implica consigo un cambio en los hábitos de vida para controlar las enfermedades, el tratamiento farmacológico debe fungir como un coadyuvante ya que la base del tratamiento debe sustentarse en modificaciones en la dieta, así como un aumento en la realización de actividad física y ejercicio. La atención en enfermedades crónicas debe ser integral y debe estar enfocada en el desarrollo de capacidades en las personas que viven con ellas, pues, como su nombre lo implica, no son patologías que vayan a desaparecer en cierto tiempo.

Desafortunadamente la falta de robustez de nuestro sistema de salud para brindar atención de calidad con el mayor alcance posible se ve rebasada por la falta de infraestructura, sobre todo en el primer nivel de atención. La falta de tiempo y sobrecarga de trabajo suponen un reto a vencer para tener el mayor impacto posible en conocer las determinantes sociales en salud que rodean a las personas, concientizarlas, brindarles la mejor información pertinente, e impulsar el desarrollo de capacidades.

La atención de enfermedades crónicas exige un cambio en cómo son abordadas con respecto a otras enfermedades. El modelo expandido de atención en enfermedades crónicas ofrece algunas pautas importantes a considerar para nuestra consulta médica. La planeación de metas en salud con las personas que viven con enfermedades crónicas, así como reforzar la relación médico-paciente cobran más relevancia en estas patologías para la toma de decisiones compartida

y para el automanejo de estas. Siendo el automanejo el motivo de este ensayo y el tema central sobre el cual se desarrollará el mismo.

OBJETIVOS

El objetivo general de este ensayo es desarrollar un instrumento aplicable en consulta para evaluar las capacidades de las personas que viven con enfermedades crónicas.

Los objetivos específicos de este ensayo comprenden:

- Reconocer cuales son las capacidades que busca desarrollar el modelo expandido de atención en enfermedades crónicas.
- Identificar los aspectos que comprenden cada una de estas capacidades.
- Revisar instrumentos de medición y estrategias ya existentes para la evaluación y/o reforzamiento de estas capacidades.
- Redactar un cuestionario replicable y aplicable en cada consulta que permita conocer que capacidades están más desarrolladas en cada persona y cuales necesitan reforzarse.

JUSTIFICACIÓN

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas y la saturación del sistema nacional de salud denotan la necesidad de nuevas estrategias en la atención para el control de estas patologías. El desarrollo de capacidades para el automanejo es un eje importante en el éxito del tratamiento y control de enfermedades crónicas, su evaluación y reforzamiento se debe realizar en cada consulta. Un paciente con un buen automanejo es capaz de reconocer datos de alarma para actuar de manera pronta y efectiva, así como tomar decisiones conscientes sobre aspectos relevantes en el control de sus enfermedades como lo son la dieta y el ejercicio. Es importante recordar que el control de enfermedades crónicas permite reducir dosis del tratamiento farmacológico, así como un menor número de consultas. Dicho lo anterior, resulta necesario que el personal de salud sea capaz de reconocer estas capacidades y evaluar si alguna de ellas necesita reforzarse. En este ensayo se

abordarán las capacidades que componen el automanejo y desarrollará una propuesta de instrumento aplicable y replicable en la consulta de enfermedades crónicas que permita identificar áreas de oportunidad para su reforzamiento.

DESARROLLO

El uso del Modelo Expandido para la Atención de Enfermedades Crónicas (MEAEC) surge ante la creciente incidencia de enfermedades crónicas alrededor del mundo y ha proporcionado soluciones a este problema creciente, así como una reorganización en el enfoque de los sistemas de salud para la prevención y promoción de la salud (1). El propósito del MEAEC es proporcionar intervenciones lo más efectivas posibles utilizando estrategias multidisciplinarias cuyo impacto a largo plazo también represente un menor costo en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas. Los componentes importantes de este modelo son: la organización del sistema de salud a través de una planeación de programas que permitan medir las metas para un mejor cuidado de las enfermedades crónicas, soporte del automanejo con énfasis en la importancia central del papel que los pacientes tienen en gestionar su propio cuidado, el apoyo en la toma de decisiones integrando la evidencia clínica en la práctica diaria, un diseño de sistema de entrega el cual está enfocado en el trabajo en equipo, sistemas de información clínicos desarrollados para poblaciones específicas que proporcionen información relevante y por último, el empleo de políticas y recursos comunitarios para desarrollar un compañerismo con las comunidades y brindar el apoyo que los pacientes necesitan (1).

Es la parte del uso de políticas y recursos comunitarios del MEAEC uno de los pilares que más relevancia ha tomado en los últimos años, de tal manera que la creación de entornos de confianza y apoyo, así como el fortalecimiento del papel de las comunidades es prioritario para la creación de grupos en los cuales las metas en común fortalezcan la salud de dichas comunidades (1). La importancia de generar esfuerzos coordinados para una prevención y manejo efectivo de las enfermedades crónicas exige el trabajo inter y multidisciplinario en los centros de salud, que el personal esté capacitado para realizar tareas o recomendaciones que

vayan más allá de sus tareas habituales, así como la constante actualización en la información, apoyo y programas que se pueden brindar a las personas que viven con enfermedades crónicas (1).

Cambiar el enfoque de la relación médico paciente de un autoritarismo a un compañerismo resulta imperante para la creación de un entorno seguro y de confianza en el cual las personas que viven con enfermedades crónicas puedan recibir información clínica y tratamientos pertinentes, consejería sobre el automanejo, así como educación, apoyo y estrategias para modificar hábitos en salud, que les permitan tener un mejor manejo de situaciones de estrés y resolución práctica de problemas (2). Establecer metas que atiendan las necesidades de los pacientes y evaluar las mismas en consultas subsecuentes es imperativo para estimular las capacidades y automanejo (2). Este proceso se puede resumir en cinco pasos:

- Preparación: proporcionar a las personas información que les permita verse reflejados en esa situación o condición. Se puede hacer uso de resultados de laboratorio, información sobre diferentes opciones de tratamiento farmacológico, dieta, ejercicio o eliminar hábitos perjudiciales para la salud como el tabaquismo y alcoholismo.
- Fijar una meta: establecer acuerdos en el tratamiento sobre lo que las personas quieren lograr y con base en lo que entienden de su enfermedad. Motivar a que expresen sus creencias, preocupaciones y que ellos mismos hagan sugerencias sobre qué cambios podrían realizar para mejorar su salud y controlar su enfermedad.
- Plan de acción: una vez fijadas las metas, platicar sobre qué acciones realistas se pueden llevar a cabo para acercarse a la meta. Aquí pueden involucrarse actividades en conjunto con los diferentes círculos sociales de la persona, su familia, compañeros de trabajo, de comunidad, incluso el personal del centro de salud.

- Documentación: plasmar estas acciones en un calendario de trabajo o en una lista de tal forma que el paciente tenga un precedente sobre las metas establecidas y puede llevar a cabo las acciones fuera de la consulta médica.
- Coordinación: asegurarnos como médicos que los resultados de laboratorio, tratamiento farmacológico, intervenciones, información educativa y metas establecidas sean alcanzables para el paciente y tengan un entendimiento mutuo de las mismas.
- Apoyo: acordar fecha de próxima cita de control y seguimiento, citas de monitoreo, llamadas telefónicas, correos electrónicos o alguna otra forma para proporcionar apoyo al paciente en la resolución de problemas que se presenten para cumplir sus metas. Esto puede ser a través de consejería, apoyo motivacional, o simplemente revisar y reforzar las acciones que las personas comenzaron a implementar.
- Evaluación: una reunión cara a cara en la cual la persona y médico pueden en conjunto revisar el progreso y planear los siguientes pasos en el cumplimiento de las metas establecidas.

Para lograr mejores resultados en el tratamiento y control de enfermedades crónicas el personal médico debe estar predispuesto a no solamente conocer la enfermedad, sino también el padecimiento y la dolencia de las personas. Esto se puede realizar a través de preguntar qué significa la enfermedad para las personas, cómo se sienten con ella, cómo la viven en su día a día, qué efecto ha tenido en sus expectativas de vida (3). El aspecto espiritual y religioso suelen cobrar relevancia en al explorar padecimiento y dolencia, como personal de salud debemos escuchar sin prejuicios y siempre generando un entorno seguro y de confianza. Toda enfermedad se desenvuelve en dos contextos, uno próximo y uno remoto. El contexto próximo hace alusión a la familia y el remoto comprende a los determinantes sociales en salud que rodean a la persona. Conocer ambos es importante porque permite ampliar la perspectiva del médico en cómo podría evolucionar esta enfermedad y que intervenciones pertinentes se pueden realizar (3).

En el proceso de atención de enfermedades crónicas la toma de decisiones compartida no siempre se logra en la primera consulta pues varias personas ven al médico como el eje central o persona de poder en la toma de decisiones sobre su salud. Se debe recordar que como médicos nuestro conocimiento y habilidades no se ven demeritadas por preguntarle a las personas que opción de tratamiento consideran ellos la mejor para su salud. Llegar a una toma de decisiones compartida implica en primer lugar ofrecer información al paciente sobre los procesos de enfermedad, las opciones de tratamiento, los riesgos y beneficios de cada uno y estimular la generación de dudas y resolución de preguntas teniendo una actitud positiva. Conocer las preferencias de la persona, sus expectativas sobre la enfermedad y metas con la misma permite ofrecer opciones de tratamiento o estrategias de cambios de hábitos individualizadas con cada paciente (04). El proceso de toma de decisiones compartida comprende:

- Deliberación: proceso en el que los pacientes se vuelven conscientes de que existen diferentes opciones, de que cuentan con el tiempo y apoyo para consideren qué es lo más importante para ellos.
- Exposición de opciones: una vez el paciente es consciente de que hay más de una opción estas son presentadas al paciente.
- Detallar opciones: explicar las diferentes opciones para el paciente, así como riesgos y beneficios.
- Plática de decisiones: indicar que qué es lo que espera la persona del tratamiento y qué es lo más importante para ellos.
- Apoyo en las decisiones: brindar información más detallada sobre las opciones que más le interesaron al paciente, así como proporcionar material audiovisual de ser necesario.
- Preferencias iniciales: repasar con la persona las preferencias que llevaron a escoger una opción sobre otra para reforzar el proceso de consciencia y su participación en el proceso.

- Preferencias informadas: exponer más a detalle los riesgos y beneficios de las opciones que resultaron mejores para el paciente con base en lo que ellos valoran más.

La toma de decisiones, la resolución de problemas, la utilización de recursos, la formación de una relación estrecha con el personal de salud y el accionarse para el cumplimiento de metas representan las cinco capacidades que más frecuentemente se mencionan cuando se habla del automanejo (5). Para el desarrollo de estas capacidades es necesario fomentar el aprendizaje de conceptos y conocimientos relacionados con la enfermedad, monitorización de signos y síntomas por parte de las personas fuera de la consulta, conocimiento y manejo de medicamentos, resolución de problemas y toma de decisiones en el tratamiento de su enfermedad, cambios propios con intención de mejorar su salud como realizar actividad física, modificar la dieta o eliminar toxicomanías (5).

Existen ciertos atributos que podemos explorar en consulta para valorar áreas de oportunidad en el proceso de generación de capacidades y automanejo de las personas que viven con enfermedades crónicas, estos se pueden dividir en tres categorías: atributos centrados en la persona, atributos enfocados en el ambiente, atributos globales (5).

Los atributos centrados en la persona comprenden:

- 1) La persona debe tomar parte activamente en el proceso de atención a su enfermedad.
- 2) La persona debe tomar responsabilidad en el proceso de atención a su enfermedad.
- 3) La persona debe tener una forma positiva de lidiar con la adversidad.

Los atributos centrados en el ambiente comprenden:

- 4) La persona debe estar correctamente informada sobre su condición, enfermedad y tratamiento.

- 5) La persona es capaz dar una definición individual al automanejo procurando expresar sus necesidades, valores y prioridades.
- 6) La persona tiene una mentalidad abierta a establecer una relación de reciprocidad con el personal salud.
- 7) La persona tiene una mentalidad abierta para recibir apoyo social.

Los atributos globales comprenden:

- 8) Entendimiento del automanejo como una tarea vitalicia.
- 9) El automanejo comprende capacidades individuales:
 - 9.1) Resolución de problemas.
 - 9.2) Toma de decisiones.
 - 9.3) Utilización de recursos.
 - 9.4) Formación de una relación estrecha con el personal de salud.
 - 9.5) Establecimiento de metas y evaluar su cumplimiento.
- 10) El automanejo engloba el manejo médico, del rol personal y de las emociones.
 - 10.1) Manejo médico: prevención, medicación, intervenciones tempranas, eliminación de factores de riesgo, automonitoreo.
 - 10.2) Manejo del rol personal: cambios en el comportamiento, actitud en la toma de decisiones, coordinación y planeación, limitaciones físicas y adaptación a las mismas.
 - 10.3) Manejo de las emociones: incertidumbre, enojo, depresión, estrés y relacionadas con el manejo médico.

Los diferentes atributos enlistados se presentan en mayor o menor medida en la consulta médica, sin embargo, el tiempo y la sobrecarga de trabajo representan un reto a vencer para poder explorarlas y reforzarlas es así que se propone un instrumento de medición aplicable y replicable en consultas subsecuentes que nos permita evaluarlos y detectar áreas de oportunidad (Anexo 2).

CONCLUSIONES

El desarrollo de capacidades para el automanejo es esencial en la consulta de atención a enfermedades crónicas para mejorar la relación de las personas con su enfermedad, el cómo la viven y el cómo la gestionan. Hacerlo tiene efectos benéficos no solo en las personas, sino también en la saturación de los sistemas sanitarios. Generar entornos seguros de confianza y escucha empática es primordial para fortalecer una relación médico paciente más orientada hacia el compañerismo y la asesoría en la resolución de problemas y dudas específicos. Es la mejoría en esta relación médico paciente lo que permite tomar decisiones conjuntas e impulsar el desarrollo de las capacidades necesarias para el automanejo. La persona que vive con una enfermedad crónica debe ser consciente del papel y la responsabilidad que tienen en el control de su enfermedad. La consulta médica debe fungir como un momento en el cual los diferentes atributos que comprenden a la autogestión sean evaluados para brindar información, consejería y estrategias que los fortalezcan priorizando siempre las preferencias, valores y metas de las personas para brindar atención de calidad e individualizada.

Es importante comentar que pertenecer al proyecto modelo de atención centrado en la persona ha cambiado para bien mi manera de ejercer la medicina y establecer mi relación médico-paciente con las personas. Los temas vistos en el módulo 1 fueron todos enriquecedores y pertinentes. Considero que los temas de este módulo se prestan para realizar representaciones escénicas en las sesiones presenciales que nos permitan reforzar los conocimientos, integrarlos en nuestra práctica médica, desarrollar estrategias en grupo y reforzar actividades interpersonales. Mi estancia en el centro de salud ha sido en su mayoría positiva, sin embargo, considero importante cerciorarse que se conozcan los lineamientos del proyecto en él y hasta donde está el límite sobre el apoyo que podemos brindar con otras actividades sin sacrificar el tiempo ni las consultas de los pacientes que tenemos en el proyecto.

Uno de los aspectos que sí me gustó, pero considero un área de oportunidad, es buscar hacer sesiones conjuntas con ambas promociones en lo que a la planeación de los encuentros se refiere, de esta forma se pueden abordar más aspectos de

este en un solo día y no atrasarnos con el temario. Otra propuesta es que las sesiones en línea conjuntas se trabajen casos clínicos donde, más allá del tratamiento farmacológico, apliquemos los conceptos vistos por ambas promociones. Considero que esto permitiría enriquecer y reforzar el aprendizaje, así como generar dudas que nos permitan indagar más en otras áreas del conocimiento que son pertinentes para este diplomado como lo son la parte nutricional, de actividad física, relación médico-paciente, por mencionar algunos.

3.2- MÓDULO 2 MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y MONITOREO DE RESULTADOS.

EFFECTOS DE LA DEPRESIÓN Y ANGUSTIA POR DIABETES EN LOS NIVELES DE GLUCOSA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

La prevalencia de diabetes tipo 2 (DT2), aumenta cada día, generando no sólo un aumento en las demandas de servicios de salud, sino que representa el punto de partida para el desarrollo de afecciones psicológicas y/o mentales en los pacientes que la padecen. Posterior a la pandemia por COVID-19, gran parte del personal de salud ha decidido contemplar las alteraciones en la salud mental como causa y efecto de patologías crónico-degenerativas (6).

Vivir con DT2 es una experiencia estresante, ya que los pacientes afectados experimentan muchas preocupaciones e inquietudes relacionadas con el tratamiento médico, el manejo de las complicaciones (7) y, sobre todo, al menos en México, el lidiar con los paradigmas que representa ser un paciente que vive con Diabetes. Por lo que, aunque no es normal y mucho menos justificable, no es extraño encontrar síntomas depresivos o depresión concomitante con diabetes. Sin embargo, hay una afección no tan mencionada en el entorno de la atención de pacientes que viven con diabetes y que frecuentemente se confunde y se trata como si fuese depresión, la angustia por diabetes.

La angustia relacionada con Diabetes o Distrés por Diabetes (DD) fue descrita por Polonsky et al. (8) como “la respuesta psicológica negativa significativa al diagnóstico de diabetes, el riesgo de complicaciones diabéticas, las necesidades de autocontrol y la falta de apoyo de las relaciones interpersonales, incluidos los proveedores de atención médica”.

Se han realizado diversos estudios con la finalidad de informar sobre la relación sustancial entre la depresión y el control glucémico en pacientes con DT2, sin embargo, el incluir la DD, puede ayudarnos a crear recomendaciones para una detección y manejo oportuno en el primer nivel de atención, que es básicamente donde se concentra la mayor cantidad de pacientes con DT2.

OBJETIVOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Objetivo general:

- Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica para la búsqueda intencionada de síntomas depresivos y/o angustia por diabetes en personas con diabetes tipo 2 a fin de reducir la presencia de descontrol en los niveles de glucosa en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Determinar los efectos de la depresión o síntomas depresivos en los niveles glucémicos de personas con diabetes tipo 2.
- Identificar cuáles son los tamizajes e instrumentos diagnósticos de depresión o síntomas depresivos utilizados en personas con diabetes tipo 2.
- Conocer la frecuencia de las alteraciones glucémicas asociadas a depresión o síntomas depresivos en personas con diabetes tipo 2.

- Mencionar el papel de la atención centrada en la persona en pacientes con diabetes tipo 2 para la detección oportuna de depresión o síntomas depresivos.

PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Justificación de la revisión

La enfermedad por COVID-19 trajo consigo un aumento en la concientización sobre la relevancia de la salud mental, el cual consideramos necesario seguir impulsando para estudiar el rol que ésta juega en el desarrollo y comportamiento de otras enfermedades. Es en el terreno de la diabetes tipo 2 donde nos interesa investigar el impacto de la salud mental sobre el comportamiento de esta y cuáles son los resultados que brinda una atención centrada en la persona contra la atención médica tradicional. Se ha reportado que uno de cada 4 pacientes que viven con diabetes tipo 2, presentan síntomas depresivos o son diagnosticados con algún grado de depresión. Tan solo en México el 10.3% de la población padecen diabetes mellitus 2 teniendo una mortalidad de 11.0 por cada 10 mil habitantes (9), mientras que una proporción del 15.4% en la población adulta presenta síntomas de depresión (10).

Nuestra experiencia en el proyecto modelo de atención integral de enfermedades crónicas centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas nos ha hecho voltear la mirada hacia la importancia de la salud mental en las personas que viven con diabetes como un factor que probablemente influye en el comportamiento y control de su enfermedad, razón que nos motivó a realizar esta revisión sistemática.

Formulación de la pregunta de investigación

¿La presencia de depresión o angustia por diabetes aumenta el riesgo de presentar descontrol glucémico definido como glucosa capilar <70 mg/dL, HbA1c $>7\%$, glucosa en ayuno >140 mg/dL o glucosa posprandial de 2 horas >200 mg/dL en pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 18 años sin comorbilidades?

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

Realizamos una búsqueda sistemática en PubMed y la Biblioteca Cochrane desde el 01 de mayo de 2023 hasta el 19 mayo de 2023. Se aplicaron las siguientes palabras clave: (“depression” [MeSH]) OR (“distress” [MeSH]) AND (“diabetes mellitus, type 2” [MeSH] OR “diabetes mellitus type 2” OR “type 2 diabetes mellitus” OR DM or diabetes) AND (“Therapeutics” [MeSH]).

Criterios de inclusión

- Metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte y estudios de casos y controles publicados en PubMed y Cochrane Library.
- Artículos redactados en inglés y español.
- Artículos que mencionan, desarrollan y evalúan los niveles de glucosa en personas con diabetes tipo 2 y depresión o angustia por diabetes.
- Artículos que mencionan los síntomas depresivos que presentaron los pacientes con diabetes tipo 2.
- Artículos que mencionan las alteraciones en estudios de laboratorio o gabinete en pacientes con depresión o angustia por diabetes y diabetes tipo 2.
- Artículos que mencionan el instrumento o cuestionario mediante el cual se establecieron los síntomas depresivos o trastorno depresivo en pacientes con diabetes tipo 2.
- Artículos que mencionan la terapéutica empleada en el manejo de la depresión o angustia por diabetes de pacientes con diabetes tipo 2.

Criterios de exclusión

- Artículos que no están publicados en PubMed y Cochrane Library.
- Artículos que no están redactados en inglés o español.
- Artículos que no mencionan cómo se detectaron los síntomas depresivos o trastorno depresivo o angustia por diabetes.
- Artículos que mencionan otro tipo de diabetes.
- Artículos donde mencionan terapia farmacológica exclusiva como tratamiento a la depresión o angustia por diabetes.

Estrategia de búsqueda

- Realizar una búsqueda de metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte, casos y controles en las bases de PubMed y Cochrane Library utilizando los buscadores/MeSH de: depresión y diabetes, distrés por diabetes, diabetes tipo 2, atención centrada en la persona.
- Seleccionar aquellos artículos que estén redactados en inglés o español, utilicen un cuestionario o instrumento diagnóstico que avale la presencia de síntomas depresivos y/o trastorno depresivo y no hayan empleado tratamiento farmacológico para los síntomas o diagnóstico de trastorno depresivo en personas que viven con diabetes mellitus 2.
- Comparar los artículos seleccionados por los miembros del equipo.
- Debatir las discrepancias en caso de que se presenten y llegar a un consenso sobre cuáles de estos artículos incluir en la revisión.
- Leer en su totalidad los artículos seleccionados.
- Excluir aquellos artículos que no cumplan con los criterios de inclusión una vez hayan sido leídos en su totalidad.

- Extraer y organizar la información de los artículos como: número de participantes, método utilizado para la detección de síntomas depresivos y/o trastorno depresivo, alteraciones en los estudios de laboratorio y gabinete, complicaciones que se deriven de la depresión, terapéutica empleada en los pacientes.
- Analizar los hallazgos encontrados y exponer los resultados.

EJECUCIÓN

Se realizó una búsqueda de literatura en las bases de PubMed y la Biblioteca Cochrane donde se obtuvieron 112 artículos. En un primer filtro por título se excluyeron 66 artículos por no mencionar diabetes y depresión, seleccionando 46. En un segundo filtro se descartó un artículo por estar en el idioma alemán, otro por no poder acceder a él a través de diferentes medios y por su precio de \$40.00 USD. Diez artículos no cumplieron con especificar el instrumento empleado para la detección de síntomas depresivos o diagnóstico de depresión, dos de ellos estudiaban a la depresión en personas con diabetes contra otros parámetros que no eran niveles glucémicos (Figura 1).

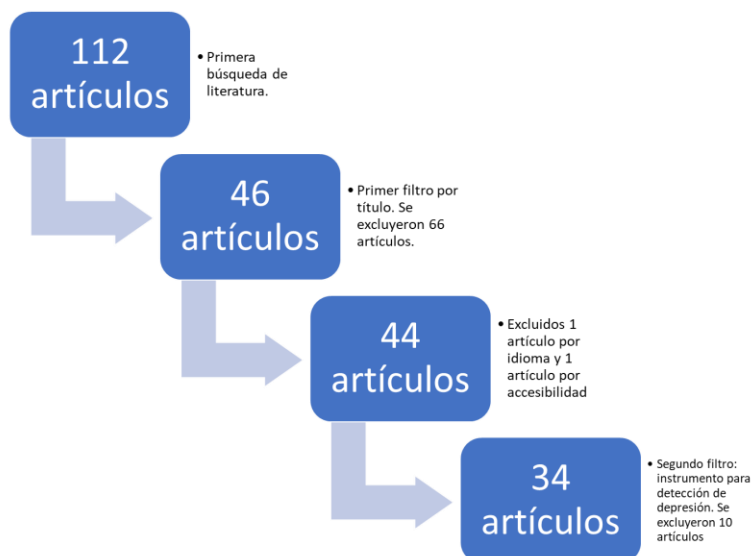


Figura 1: Diagrama de flujo de selección de artículos.

Selección de reportes de investigación

Se seleccionaron 34 artículos (figura 1) que cumplieron criterios de inclusión de los cuales 4 corresponden a revisiones sistemáticas (tabla 1), 5 estudios de cohorte (tabla 2), 14 estudios transversales (tabla 3), 7 estudios longitudinales (tabla 4) y 4 estudios experimentales (tabla 5). La población total de la suma de los artículos seleccionados es de 86,891 personas. Solamente en 10 de ellos mencionan que se proporcionó tratamiento para depresión en personas con diabetes. En cinco de ellos se proporcionó tratamiento farmacológico y en cinco de ellos se realizó intervención no farmacológica como terapia cognitivo conductual por 12 semanas, educación en diabetes, intervención psicológica, curso de 12 meses para mejora del automanejo, 12 meses con 16 sesiones de terapia cognitiva y de comportamiento.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>van der Feltz-Cornelis C, et al. (2020)</i>	3543	DSM-5	HbA1c		Intervenciones de comportamiento 8-12 sesiones en un periodo de 3-6 meses
<i>Naskar S, et al. (2017)</i>	-	Patient Health Questionnaire (PHQ), Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-25), Beck Depressive Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Childhood Psychopathological Measurement Schedule (CPMS)	HbA1C	No se especifica un tratamiento	
<i>van der Feltz-Cornelis CM, et al. (2010)</i>	1724	HADS, HDRS, PHQ,	HbA1c	Sí, para todos los pacientes	
<i>Chew BH, et al. (2017)</i>	9177	Patient Health Questionnaire (PHQ), Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), , Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-25), Beck Depressive Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	HbA1c		Intervención psicológica al menos durante un periodo de 12 semanas.

Tabla 1: Revisiones sistemáticas seleccionadas.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>Marrero DG, et al. (2015)</i>	1285	Beck Depressive Inventory	HbA1c y glucosa central en ayuno	Sí recibieron	Sí recibieron
<i>Indelicato L, et al. (2017)</i>	172	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) Punto de corte para niveles moderados-graves de depresión: BDI-II \geq 14 (mujeres), BDI-II \geq 11 (hombres).	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Ravona-Springer R, et al. (2017)</i>	837	15-item intervention of the Geriatric Depression Scale (GDS)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Asuzu C, et al. (2016)</i>	615	PHQ-9, Diabetes Fatalism Scale (DFS), DSM-IV	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Mui Jv, et al. (2023)</i>	55,578	Pacientes reportados con depresión en el Clinical Data Analysis and Reporting System	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	

Tabla 2: Estudios de cohorte seleccionados.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>Lin K-D, et al. (2022)</i>	647	PHQ-9	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Hoffman RP, et al. (2022)</i>	364	Depresión (PHQ-9) y angustia diabética (PAID-T)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Khashayar P, et al. (2022)</i>	186	The Persian version of the diabetes distress screening scale (DDS), Diabetes Distress Screening Scale (DDS) cuatro dominios, carga emocional (EB), angustia interpersonal (ID) relacionada con la diabetes, angustia relacionada con el médico (PD) y angustia relacionada con el régimen (RD).	HbA1c	Se excluyeron aquellos con antecedentes de trastornos psiquiátricos, uso de psicofármacos u hospitalización en los últimos meses.	
<i>Theodoropoulou KTh, et al. (2020)</i>	132	Diabetes Distress Screening Scale (DDS)	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Niroomand M, et al. (2021)</i>	820	La versión persa de la escala de angustia por diabetes-17 (DDS-17) el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Eliotla SF, et al. (2019)</i>	430	La angustia relacionada con la diabetes se midió por las áreas problemáticas en la escala de diabetes (PAID), donde una puntuación total de \geq 40 indicaba una angustia grave relacionada con la diabetes	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Alasaimi A, et al. (2022)</i>	365	Escala de angustia por diabetes-17 items (DDS-17). Cuestionario de salud primaria PHQ-9	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Chen SW, et al. (2023)</i>	1718	Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Naicker, et al. (2017)</i>	2,035	CONOR mental health index	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Zuberi SI, et al. (2011)</i>	286	Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Mansori K, et al. (2019)</i>	532	Beck Depression Inventory (BDI)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Jeong M, et al. (2013)</i>	119	Diabetes Distress Scale for diabetes-related distress	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>De la Roca-Chiapas JM, et al. (2013)</i>	65	Depression Scale Validated in Spanish	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	
<i>Waheed U, et al. (2022)</i>	133	PHQ-9, DDSS	HbA1c	30% contaba con tratamiento antidepresivo farmacológico de algún tipo	

Tabla 3: Estudios transversales seleccionados.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>Ehrmann D, et al. (2015)</i>	509	Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) 17 y la escala de Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID) 18 al inicio y durante el seguimiento	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Lloyd CE, et al. (2018)</i>	2,783	Patient Health Questionnaire (PHQ), Problem Areas in Diabetes Scale, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-V)	HbA1c	Sí, para todos aquel diagnosticado con depresión	
<i>Georgiades A, et al. (2007)</i>	90	Beck Depression Inventory (BDI)	HbA1c y glucosa central en ayuno		12 semanas de terapia cognitiva conductual
<i>S. R. Whitworth, et al. (2016)</i>	1,285	PHQ9, General Anxiety Disorder Scale (GADS), Brief Lifetime Depression Scale (BDFS)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Scmitt A, et al (2017)</i>	181	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Hermans N, et al. (2015)</i>	181	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	HbA1c	No se especifica un tratamiento	
<i>Aikens JE, et al. (2009)</i>	253	Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)	HbA1c y glucosa central en ayuno	No se especifica un tratamiento	

Tabla 4: Estudios longitudinales seleccionados.

ESTUDIO	NUMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO PARA DETECTAR DEPRESION	TIPO DE MEDICION DE GLUCOSA	TRATAMIENTO PARA DEPRESION	
				FARMACOLOGICO	NO FARMACOLOGICO
<i>Zagarins SE, et al. (2011)</i>	234	La angustia de la diabetes se midió utilizando la escala de áreas problemáticas de la diabetes (PAID) Los síntomas depresivos se midieron mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	HbA1c		Educación en diabetes
<i>Zhang C, et al. (2023)</i>	71	Self Rating Depression Scale (SDS), Medical Coping Scale (MCWQ), Social Support Scale (PSSS)	Glucosa central en ayuno y glucosa posprandial de 2 horas	Sí, para ambos grupos	Intervención psicológica para un grupo
<i>Ali MK, et al. (2020)</i>	404	Symptom Checklist Depression Scale (SCL-20)	HbA1c		Curso de 12 meses de automanejo, apoyo por personal no medico y apoyo en decisiones sobre tratamientos de salud y valoraciones por especialistas
<i>Lutes LD, et al. (2018)</i>	139	PHQ 2	HbA1c		16 sesiones de terapia cognitiva y/o de comportamiento a lo largo de 12 meses

Tabla 5: Estudios experimentales seleccionados.

SÍNTESIS DE DATOS (RESULTADOS)

Efectos de la depresión y la angustia en diabetes en los niveles glucémicos

A. Depresión

No resulta extraño encontrar diferencias en cuanto a la frecuencia y magnitud de las alteraciones glucémicas relacionadas a la presencia de depresión o síntomas depresivos en pacientes con DT2. La prevalencia de la depresión en los pacientes que viven con diabetes se ha descrito de hasta el doble en comparación con el público en general (11). En nuestra búsqueda se encontraron diferencias en esta información, que probablemente se deban al tipo de población que se estudió, encontrado en pacientes jóvenes frecuencia de hasta el 24% con mayor proporción en depresión severa (38.7%) (12). En adultos, encontramos prevalencia de

depresión desde un 2% (13) hasta un 27.3% (14,15). Entre los sujetos depresivos, el riesgo de adquirir diabetes aumenta hasta en un 60 % (11).

Dentro de los principales factores que se correlacionan bidireccionalmente para diabetes y depresión son estilo de vida sedentario sin adecuada actividad física, enfermedad mental comórbida, y el sexo femenino (13,16). En relación con los síntomas depresivos o depresión, los pacientes que viven con diabetes tipo 2 de manera general tienen mayores niveles de descontrol y de menor autocuidado (6,17,18) así como mayores niveles de HbA1c (6,13,16,19,20,21,22,23,24,25). Además, se encontró que los síntomas depresivos se han relacionado con un aumento en la presencia de complicaciones tales como mayor duración de la diabetes, enfermedad renal crónica, oftalmopatías, enfermedad mental comórbida, neuropatía comórbida, cardiopatía y complicaciones sexuales (16,26).

Incluso se menciona que, en referencia al tratamiento antidiabético, los pacientes tratados con iSGLT2 presentan un riesgo significativamente menor para el desarrollo de depresión de primera vez comparados con aquellos tratados con iDPP4 (27).

Duración y complicaciones de la diabetes tipo 2

Pocos artículos -5- mencionaron la relación entre los síntomas depresivos y la duración de la diabetes, así como su efecto en la aparición de complicaciones. Se encontró discrepancia en si la duración de la diabetes se asociaba a la presencia de síntomas depresivos, ya que algunos mencionaron que sí se puede considerar un factor de riesgo para la intensidad de la depresión (28, 15) mientras que en otro estudios no encontraron asociación (20,21,29) .Tres de ellos (16,26) informaron que la depresión aumenta el riesgo de complicaciones (principalmente cardiovasculares, neurológicas, renales) así como de dificultades para tener un comportamiento saludable (28).

Efectos en el control glucémico

Hemoglobina Glucosilada

Entre los artículos seleccionados 17 de ellos mencionaron los efectos que tuvieron los pacientes en los niveles de HbA1c, sin embargo, no en todos se encontraron las mismas alteraciones. De manera general, el 70.6% de los artículos (N:12) hacen referencia a la relación proporcional del incremento en los síntomas depresivos (13,16,19,24,15,28,30,31) o los puntajes elevados en los cuestionarios de detección (20,23,25,33) con los niveles de HbA1c. Incluso Ravona-Springer *et al* menciona en su estudio de Cohorte que por cada 1% de incremento de HbA1c, el incremento en síntomas depresivos es de 1.31 en pacientes sin tratamiento farmacológico (19). El 29.4% restante, menciona que no se encontraron asociaciones significativas entre el control de glucosa con HbA1c y depresión (6,21,26,29,33). En ningún artículo se hizo mención que en presencia de mayor cantidad o intensidad de síntomas depresivos la HbA1c tendiera a la disminución.

Los instrumentos para la detección de depresión en pacientes con DT2 mencionados en los artículos y de los cuales se encontró asociación significativa son los siguientes:

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*: Los niveles de HbA1c más elevados se asocian con puntajes BDI más altos (20).
- *Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)*: Un valor de PHQ-9 alto en los pacientes se asoció a un nivel de HbA1c elevada, además de una mayor disminución de ésta a los 3 años (22).
- *Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)*: Los niveles más altos de Hba1c, además de una mayor prevalencia de ansiedad, síntomas psicóticos, índice de masa corporal e intentos de suicidio se encontraron en los pacientes con los puntajes más del HAMD score (25).

· *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)*: cada reducción de los síntomas depresivos en 1 punto en el CES-D aumentó las probabilidades de alcanzar el objetivo glucémico en un 4% (32).

Glucosa plasmática en ayuno

Sólo dos artículos (20,23) utilizaron la glucosa plasmática en ayuno (GPA) como medida para el control glucémico, encontrándose una disminución de la GPA cuando los síntomas eran más bajos posteriores a una intervención psicológica (23). Marrero *et al* utilizaron el Inventario de Depresión de Beck para valorar el nivel de depresión, encontrando asociación entre un puntaje BDI más bajo y el control glucémico óptimo (referido como una normalización de glucosa plasmática en ayuno); un aumento de 10 mg/dl más alto en GPA tuvo un aumento de 0,07 en la puntuación BDI (20).

B. Angustia por diabetes

De los artículos seleccionados, el 32.3% (N: 11) de ellos se enfocaron en las alteraciones relacionadas con DD, ya sea de manera individual (29,30,31,32) o en conjunto con depresión (12,16,21,22,27,38,39). Los artículos que hacen referencia a esta patología coinciden en que no se debe restar importancia a la salud mental de los pacientes, además de que, si bien, no se ha estudiado a profundidad la DD, no se puede considerar como un estado igual a la depresión y se debe hacer énfasis en su diagnóstico y abordaje oportuno. (12,21,35,36)

La prevalencia de DD se reportó de hasta 47% (34) y los factores que más se asocian a ésta son el sexo femenino, la edad avanzada, la presencia de comorbilidades tales como hipertensión arterial sistémica, nefropatía, retinopatía, niveles elevados de HbA1c (persistentes o no) y depresión (12,34,35,36,37). Niroomand *et al* reportan un riesgo de 2.72 veces más de presentar depresión en pacientes con diagnóstico previo de DD, pero también mencionan que en pacientes jóvenes el riesgo de DD es significativamente menor entre los pacientes en tratamiento con insulina (12).

Dentro de las complicaciones que más frecuentemente se encuentran presentes en pacientes con DD y descontrol glucémico son: la falla en el logro de los objetivos glucémicos per se (12,35), la nefropatía y retinopatía hasta en un 39% y 37 % respectivamente (21,35).

Las alteraciones glucémicas reportadas en los pacientes que presentan DD muestran más homogeneidad que las de los pacientes con depresión. Como se mencionó previamente, sólo en el 70.9% de los artículos revisados se reportaron asociaciones significativas entre la presencia de síntomas depresivos y alteraciones glucémicas, mientras que, el 100% artículos que hablan de DD incluidos en esta revisión coinciden en la estrecha relación que guarda el control glucémico (descontrol o disminución de probabilidad de alcanzar los objetivos glucémicos) con la presencia de DD. Zagarins *et al* realizaron un estudio experimental y analizaron ambos escenarios, concluyendo en que el cambio en el DD, mas no en los síntomas depresivos, se asoció de manera significativa con modificaciones a corto y largo plazo en el control glucémico en pacientes previamente descontrolados (21), coincidiendo con lo reportado por Jeong *et al* (37).

De las escalas más utilizadas para la valoración de DD fue Diabetes Distress Scale (DDS) en el 54.5% de los artículos. De manera general, se reporta que los pacientes con buen control glucémico tenían puntuaciones significativamente más bajas en dicha escala (12,16,27,34,35,37). Theodoropoulou *et al* reportan una disminución de 82% en la probabilidad de obtener el control glicémico por cada aumento de unidad en la puntuación del *Diabetes Distress Scale* (DDS) (35).

Efectos en el control glucémico

Hemoglobina Glucosilada

Los efectos en el control glucémico fueron evaluados con los niveles de HbA1c en el 100% de los artículos. Sólo uno de ellos (21) mencionó los valores en la glucosa plasmática en ayuno, como parte de los objetivos de control glucémico

especificados por la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), sin embargo, no especificó de manera cuantitativa dicho efecto.

Como se mencionó previamente, el cambio en DD se asoció significativamente con el cambio en la HbA1c (12,16,21,22,27,34,35,36,37,38,39). Se habla incluso, de que DD es un factor predictor significativo del control glucémico cuando se utiliza la HbA1C como medida de comparación (12,37). La mayoría de los reportes comparan las puntuaciones obtenidas en las escalas utilizadas para valorar la DD con los niveles de HbA1c.

Cuando se utilizó la DDS se encontró que el nivel de HbA1c fue el predictor más útil de la puntuación de dicha escala (12,34), especificando que, el aumento de una unidad del nivel de HbA1c puede aumentar las puntuaciones de EB, PD, RD, ID (componentes de la escala) y DDS total en 0.226, 0.192, 0.224, 0.179 y 0.219, respectivamente (12,36). Otra escala mencionada fue la Escala de Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID) (21,22,36) de la cual se menciona que un nivel inicial alto en dicha escala se asocia a una HbA1c más alta y un cambio mayor en la misma, al menos durante los dos primeros años (22), y que una disminución de 10 puntos en la escala se asocia con una reducción del 0,25 % en la HbA1c (21).

Tamizajes e instrumentos diagnósticos

Las escalas utilizadas para el diagnóstico de depresión y angustia por diabetes se resumen en las tablas 6 y 7. Para el diagnóstico de depresión, el instrumento con mayor frecuencia encontrado fue el Patient Health Questionnaire (PHQ) seguido del Beck Depressive Inventory (BDI) con un 32.4% y 20.6% respectivamente (Tabla 6).

Escalas utilizadas para detección de Depresión	Número de artículos que lo mencionan	
	N	%
Patient Health Questionnaire (PHQ)	11	32.4%
Beck Depressive Inventory (BDI)	7	20.6%
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)	5	14.7%
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	5	14.7%
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	4	11.8%
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	4	11.8%
Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-25)	2	5.9%
Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	2	5.9%
Brief Lifetime Depression Scale (BDFS)	1	2.9%
Childhood Psychopathological Measurement Schedule (CPMS)	1	2.9%
Diabetes Fatalism Scale (DFS)	1	2.9%
Geriatric Depression Scale (GDS)	1	2.9%
Medical Coping Scale (MCWQ)	1	2.9%
Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	1	2.9%
Self Rating Depression Scale (SDS)	1	2.9%
Social Support Scale (PSSS)	1	2.9%
Symptom Checklist Depression Scale (SCL-20)	1	2.9%

Tabla 6. Escalas utilizadas para detección de depresión.

En cuanto la evaluación de la angustia por diabetes, sólo se mencionaron dos escalas, Diabetes Distress Screening Scale (DDS) y Problem Areas in Diabetes (PAID) representando el 20.6 % y 17.6% de los artículos. Tabla 7.

Escalas utilizadas para detección de Angustia por Diabetes	Número de artículos que lo mencionan	
	N	%
Diabetes Distress Screening Scale (DDS)	7	20.6%
Problem Areas in Diabetes (PAID)	6	17.6%

Tabla 7. Escalas utilizadas para detección de angustia por diabetes.

Terapias psicológicas y tratamiento farmacológico para depresión y/o angustia por diabetes

En la mayoría de los artículos consultados, no se mencionan los tratamientos recomendados para la mejora de los síntomas depresivos o de angustia. Sólo en el 23.5% de ellos (N:8) encontramos recomendaciones terapéuticas derivadas de las asociaciones que encontraron con la mejora en el control glucémico (14,23,27,32,33,39,40,41). De manera general, los síntomas depresivos disminuyeron más en quienes recibieron tratamiento farmacológico y terapia psicológica/ psiquiátrica (14,39), sin embargo, al incluir una tercera variable -el control glucémico- se encontró que no siempre había mejoría, incluso se menciona que las personas con tratamiento antidepresivo mostraron mayores niveles de DD (27). Sólo un artículo (41) especificó que el tratamiento antidepresivo mostró un efecto significativo, aunque pequeño en términos de control glucémico, sólo que éste difirió entre los tipos de tratamiento, de mayor a menor: tratamiento, terapia grupal, psicoterapia, atención colaborativa.

Farmacoterapia antidepresiva

En general, la terapia farmacológica mejoró los síntomas depresivos en los pacientes (14). Sin embargo, de todos los medicamentos antidepresivos, la sertralina fue la única que tuvo efecto benéfico en el control glucémico (39). De manera contraria, se encontró que un aumento de 10 mg/dl en GPA (por arriba de las metas de control) se asocia con un 8,8 % más de probabilidades de uso de antidepresivos.

Se observó que los pacientes tratados con insulina con un control glucémico deficiente tienen un riesgo moderado de empeoramiento de los síntomas depresivos. Estos pacientes deben ser monitoreados cuidadosamente para determinar si se debe iniciar o intensificar el tratamiento de la depresión (16,42).

El punto de partida para expandir el Modelo de Atención Centrada en la Persona

No es sorprendente que varios de los artículos revisados, destacan la autoeficacia relacionada con la diabetes como un mediador potencial entre la depresión y el control glucémico. Sin embargo, dicha asociación sólo se ha explorado en parte y con resultados poco concluyentes.

Si bien, no se encontraron artículos que tuvieran como objetivo la valoración de un programa de atención centrado en la persona, en 5 de los artículos revisados se menciona la importancia en el automanejo y autocontrol en los pacientes como parte del tratamiento compartido para su patología de base (diabetes) y el agregado (depresión o angustia por diabetes). (6,17,21,26,39).

Se menciona incluso que la combinación de psicoterapia con el automanejo y la autoeficacia tiene un efecto mayor y mejor en los síntomas depresivos y el control glucémico, que solo las intervenciones psicológicas, sin dejar a un lado la terapia farmacológica (6,21,30,39). Se menciona inclusive la asociación significativa de la reducción en los niveles de HbA1c cuando el paciente mostró mayor interés en el manejo y cuidado de sus enfermedades (6,21,39). El seguimiento y apoyo por parte del médico tratante en el automanejo del paciente, mostró reducción de al menos 0.5% en HbA1c y reducción del 50% de los síntomas depresivos (30). Además, cuando los pacientes con diabetes presentan depresión y se tienen bajos niveles de autocuidado, los niveles de HbA1c tienden al descontrol, independientemente del control glucémico que presentaban previo a la depresión (17).

RECOMENDACIONES

- Es importante realizar una búsqueda intencionada de síntomas depresivos en personas con diabetes tipo 2.
- Se recomienda el uso de escalas como el Patient Health Questionnaire (PHQ) o Beck Depressive Inventory (BDI) para el tamizaje y diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes tipo 2

- Se recomienda el uso de escalas como el Diabetes Distress Screening Scale (DDS) y Problem Areas in Diabetes (PAID) para el tamizaje y diagnóstico de angustia por diabetes
- No se debe confundir la depresión agregada en un paciente con diabetes tipo 2, con la angustia por diabetes.
- Se debe considerar la presencia de síntomas o trastorno depresivos como una causa de alteraciones en los niveles de glucosa central o HbA1c.
- La intervención cuando depresión y diabetes existen de manera concomitante debe enfocarse en terapia psicológica, farmacoterapia y cuidado encaminado en mejorar el auto manejo del paciente.
- Los fármacos iSGLT2 han mostrado disminución de los síntomas depresivos, además de acciones protectoras a nivel cardiovascular y renal, por lo que recomendamos su uso en el primer nivel de atención, siempre que estén disponibles y sean una opción para el paciente.
- El modelo de atención centrado en la persona busca el aumento de la autoeficacia del paciente, por lo que, esta revisión apoya y sugiere su implementación en las unidades de primer nivel que den servicio de salud a pacientes que viven con diabetes.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión sistemática describen la variabilidad de HbA1c y GPA cuando personas con DT2 que padecen de manera concomitante DD, síntomas depresivos o trastorno depresivo. Factores como un estilo de vida sedentario, enfermedad mental comórbida y el sexo femenino se correlacionan bidireccionalmente para diabetes y depresión (13,16). Existe evidencia que asocia niveles altos de HbA1c y un puntaje alto en instrumentos para la detección de depresión en DT2 como lo son el BDI, PHQ-9, HAMD, y el CES-D (20,22,25,32).

La DD muestra homogeneidad con depresión en las alteraciones glucémicas (22,37) y, aunque no es equiparable a depresión, se debe hacer énfasis en su diagnóstico y abordaje oportuno (12,21,35) ya que también se asocia a una mayor presencia de comorbilidades como hipertensión arterial sistémica, nefropatía, retinopatía y depresión (12,34,35,36,37). Resulta relevante la valoración de la DD personas con DM2 con mal control glucémico la cual puede realizarse mediante la DDS ya que pacientes con mal control glicémico tienen puntuaciones significativamente más altas en dicha escala (12,16,27,34,35,37).

El abordaje de los síntomas depresivos o DD en DM2 muestra una mayor disminución de estos cuando se recibe tratamiento farmacológico y terapia psicológico o psiquiátrica (14,39), lo cual repercute en una mejora del control glicémico (23,25,32,33,40,41). Con respecto al tratamiento farmacológico existen medicamentos que tienen un beneficio tanto para DT2 como depresión, como es el caso de los iSGLT2 (27) y la sertralina (39).

Una mayor presencia de síntomas depresivos y DD se relaciona con un mayor descontrol en los niveles de glucosa y un menor autocuidado (6,17,18), así como un aumento en la presencia de complicaciones de DT2 (16,26,28). La relación bidireccional reportada entre alteraciones glucémicas y depresión o DD en personas con DM2 evidencia la importancia de un programa de atención centrado en la persona en el que se fortalezca un automanejo y autocontrol como parte del tratamiento compartido de estas patologías (6,17,21,30,39). Un mayor interés en el automanejo y autocuidado con seguimiento y apoyo por parte del médico tratante tiene una reducción de al menos 0.5% de HbA1c y un 50% en los síntomas depresivos (30).

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

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

Tabla 8. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	0	0%
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	18	100%
Recuperados a partir de agosto de 2023	0	0%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 9. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	18	100%
No activas	0	0%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 10. Motivos por los cuáles 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0%
Cambio de institución que le atiende	0	0%
Cambio de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0%
Falleció	0	0%
Otro motivo	0	0%
Se ignora	0	0%
Total	0	0%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

2. Información demográfica

Tabla 11. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a sexo

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

Sexo	No	%
Femenino	14	78%
Masculino	4	22%
Otra asignación	0	0%
No hay dato	0	0%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 12. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad
 Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	5.6%
40-49 años	2	11.1%
50-59 años	5	27.8%%
60-69 años	6	33.3%
70-79 años	4	22.2%
80 y más años	0	0%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 13. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-29 años	0	0%	0	0%	0%	0
30-39 años	1	7.1%	0	0%	1	5.6%
40-49 años	0	0%	2	50%	2	11.1%
50-59 años	4	28.6%	1	25%	5	27.8%%
60-69 años	5	35.7%	1	25%	6	33.3%
70-79 años	4	28.6%	0	0%	4	22.2%
80 y más años	0	0%	0	0%	0	0%
Total	14	100%	4	100%	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla 14. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0%
2	0	0%
3	2	11.1%
4	3	16.7%
5	0	0%
6	4	22.2%
7	2	11.1%
8	2	11.1%
9	1	5.6%
10	4	22.2%
11	0	0%
12 y más	0	0%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 15. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
 Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
Sobrepeso y obesidad	5	27.7%
Hipertensión arterial	12	66.6%
Diabetes Mellitus tipo 2	15	83.3%
Dislipidemia	8	44.4%
Obesidad e hipertensión	3	16.6%
Obesidad y diabetes	5	27.7%
Obesidad y dislipidemia	4	22.2%
Diabetes e hipertensión	9	50.0%
Obesidad, hipertensión y diabetes	3	16.6%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	4	22.2%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	5.5%
Total	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 16. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad		5	35.7%	0	0%	5	27.7%
Hipertensión arterial		10	71.4%	2	50%	12	66.6%
Diabetes Mellitus tipo 2		11	78.5%	4	100%	15	83.3%
Dislipidemia		7	50%	1	25%	8	44.4%
Obesidad e hipertensión		3	9.2%	0	0%	3	16.6%
Obesidad y diabetes		5	35.7%	0	0%	5	27.7%
Obesidad y dislipidemia		4	28.5%	0	0%	4	22.2%
Diabetes e hipertensión		7	50%	2	50%	9	50.0%
Obesidad, hipertensión y diabetes		3	9.2%	0	0%	3	16.6%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia		3	9.2%	1	25%	4	22.2%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia		1	7.1%	0	0%	1	5.5%
Total		14	100%	4	100%	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 17. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	20%
40-49 años	0	0%
50-59 años	1	20%
60-69 años	2	40%
70-79 años	1	20%
80 y más años	0	0%
Total	5	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 18. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	8.4%
50-59 años	4	33.3%
60-69 años	3	25.0%
70-79 años	4	33.3%
80 y más años	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 19. Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus
 Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	6.6%
40-49 años	2	13.4%
50-59 años	5	33.3%
60-69 años	5	33.3%
70-79 años	2	13.4%
80 y más años	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 20. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	12.5%
40-49 años	1	12.5%
50-59 años	2	25.0%
60-69 años	3	37.5%
70-79 años	1	12.5%
80 y más años	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 21. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad e hipertensión	%
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	33.4%
70-79 años	1	33.3%
80 y más años	0	0%
Total	3	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 22. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	20%
40-49 años	0	0%
50-59 años	1	20%
60-69 años	2	40%
70-79 años	1	20%
80 y más años	0	0%
Total	5	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 23. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y dislipidemia	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	25%
40-49 años	0	0%
50-59 años	1	25%
60-69 años	2	50%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	4	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 24. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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	1	11.2%
50-59 años	4	44.4%
60-69 años	2	22.2%
70-79 años	2	22.2%
80 y más años	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 25. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	1	33.33%
60-69 años	1	33.34%
70-79 años	1	33.33%
80 y más años	0	0%
Total	3	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 26. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 27. 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: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

4. Resultados de control de enfermedad

Tabla 28. Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
 Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	9	60%	7	46.7%	16	88.8%
Fuera de control	6	40%	8	53.3%	14	77.7%
Total	15	100%	15	100%	18	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 29. Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
 Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	5	33.3%
Fuera de control	10	66.7%
Total	15	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 30. Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control

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

Parámetro de	No	%
Control	10	83.3%
Fuera de control	2	16.7%
Total	12	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 31. Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico

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

Parámetro de	No	%
Control	2	25%
Fuera de control	6	75%
Total	8	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Tabla 32. Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos
 Centro de Salud T. III: Dr. Gerardo Varela Mariscal
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	2	25%
Fuera de control	6	75%
Total	8	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

ACCIÓN COMUNITARIA: CONCEPTO Y MODELOS DE PROMOCIÓN A LA SALUD

La promoción a la salud se refiere a las acciones a nivel político, comunitario y en consulta que van encaminadas en la preservación y el ejercicio de la salud como un derecho, a diferencia de la prevención que busca paliar el efecto de la enfermedad. Toda acción encaminada en promoción a la salud debe tener en cuenta los determinantes sociales en salud, los cuales son el punto de encuentro entre las políticas en salud y la salud como un derecho. Han existido diversos modelos de promoción a la salud como el modelo basado en activos que refuerza aspectos relacionados con la equidad e intersectorialidad, el modelo de salud comunitaria que busca recuperar la participación de las comunidades para organizar consejos de salud, el modelo de educación popular que busca la capacitación de la comunidad, el modelo de colaboradores de la OMS que busca consolidar redes profesionales y académicas, los modelos ecológicos para la prevención de violencia, y más recientemente los modelos de promoción a la salud en pandemia COVID-19 con medidas adaptadas para atender cambios sociales y mantener la salud de las personas (45).

La incorporación de la promoción de la salud en el MAICP implica un cambio en el enfoque de atención de la prevención de complicaciones secundarias y terciarias, hacia la promoción para mantener, vivir y sentirse en salud incluso con si se vive con enfermedades crónicas ya que, contrario a la concepción general, la salud no es la ausencia de la enfermedad. El cambio en el enfoque y modelo de atención

permite que la atención esté enfocada hacia otras aristas en las que varios de estos modelos se enfocan como lo son la capacitación, formación y reforzamiento de las redes de apoyo, desarrollo de autogestión para el ejercicio de la salud como un derecho en los diferentes sistemas de salud.

ACCIÓN COMUNITARIA: ENCUENTROS DE SALUD

Los encuentros en salud crean espacios comunitarios en los que las personas pueden reunirse para compartir las diferentes experiencias de vivir con una enfermedad, tanto positivas como negativas, sus metas y aspiraciones, sus necesidades, así los cambios que han surgido a través del tiempo en el proceso de adaptarse a las mismas. Es así como los encuentros del MAICP sigue las líneas de la promoción a la salud al crear entornos saludables, desarrollo de capacidades individuales y fortalecimiento de la acción comunitaria.

Tanto el 4° como 5° encuentro de pacientes compartían la siguiente estructura: bienvenida, presentación, encuadre, taller y cierre. En la bienvenida y presentación los doctores del MAICP presentaban el proyecto a la comunidad y los diferentes resultados obtenidos hasta el momento contrastándolos con la atención convencional, así como el enfoque de dicho encuentro. Durante el encuadre nos organizábamos en equipos de trabajo para poder llevar a cabo el taller para posteriormente dar lugar al cierre en el cual se tenía una pequeña sesión plenaria donde las personas compartían su experiencia en los encuentros.

El 4° encuentro de pacientes tuvo como justificación la creación de un recetario saludable para personas con enfermedades crónicas, con el propósito de brindar una herramienta confiable que permita a las personas tener una alimentación variada. Los médicos pasantes fungimos como coordinadores o relatores de los diferentes talleres, el relator dirige el taller mientras que el relator escribe fielmente las participaciones de las personas en el taller. La organización de este nos llevó alrededor de dos meses. Cada viernes tuvimos una sesión para la organización del

encuentro, en el cual tuve la oportunidad de desempeñar el papel de relator (Anexo 3). Los principales resultados obtenidos fueron que las diferentes recetas proporcionadas no eran difíciles de preparar o ciertos ingredientes podían ser sustituidos por otros de ser necesario. También se discutió el tema de la alimentación y la familia, dónde algunas personas encuentran dificultades a resarcir.

El 5º encuentro de pacientes tuvo como eje central la importancia de los encuentros, el encuentro de la comunidad para generar acciones en salud con el propósito de fortalecer las redes de apoyo y acción comunitaria. En este encuentro tuve la oportunidad de ser coordinador y dirigir la discusión sobre la familia y la alimentación, los ejes sobre los cuales las personas decidieron dirigir la conversación. La organización de este encuentro se limitó a una sesión, lo cual fue muy corto tiempo en comparación con el encuentro pasado. Considero que 2 o 3 sesiones son suficientes para la organización de los encuentros; la primera para explicar en qué consiste el encuentro y cómo se organiza, la segunda para conocer los materiales que vamos a utilizar y los talleres a desarrollar, la tercera para llevar a cabo una simulación del encuentro y permitirnos familiarizarnos con la forma de trabajo. Los principales resultados obtenidos de este encuentro fueron la importancia de tener una buena relación con la familia, sentir su apoyo, así como la relación con los médicos y los servicios de salud.

3.4 MÓDULO 4. PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA

TUTORÍA DE CASOS

Cada quince días los viernes se tenía una sesión del módulo cuatro con ambas promociones de servicio social. Espacio en el cual se exponía un caso clínico: ficha de presentación, laboratorios, exploración física, relación con la enfermedad, padecimiento y salud, contexto próximo y remoto, expectativas y aspiraciones, redes de apoyo y creación de un proyecto en común. Dichos casos nos permitían llevar la discusión hacia temas relacionados con el diplomado como el desarrollo de

capacidades para el autocuidado, toma de decisiones compartida, medicina basada en narrativas, determinantes sociales en salud y empatía.

A lo largo de este año se desarrollaron cuatro sesiones de caso clínico entre las cuales destaco:

El primer caso que se abordó junto con la promoción anterior fue el de una señora con padre que falleció por complicaciones renales de diabetes, ella al padecer únicamente diabetes y no hipertensión se automedicaba hidroclorotiazida porque escuchó que protege los riñones, además de estar en tratamiento con SGLT2 y presentar infecciones de vías urinarias recurrentes, la persona se rehusó a dejar de tomar diurético. Derivado de este caso clínico se desarrollaron los algoritmos de tratamiento para diabetes e hipertensión.

El segundo caso nos presentó a una paciente que vive con diabetes y es cuidadora primaria de sus padres, quienes la procuran, pero a su vez le critican sus decisiones de consumo de alimentos. Ella tiene la ventaja de tener un huerto en casa dónde cultiva la mayoría de los alimentos que consume. Durante el desarrollo de este caso clínico surgieron muchas dudas sobre temas de nutrición. Derivado de este caso clínico se desarrollaron los temas de índice glucémico, sistema mexicano de equivalentes y se elaboraron carteles referentes a temas de alimentación.

El tercer caso nos presentó a un paciente quién atiende sus enfermedades crónicas en la secretaría de salud y al tener una hermana gemela se hace pasar por ella para recibir atención en salud mental en el IMSS. De ella nos permitimos conocer mucho sobre su red de apoyo y necesidades que ella tiene para resolver conflictos con familiares cercanos. Derivado de este caso clínico se desarrolló el tema de empatía en posteriores sesiones.

El cuarto y último caso nos presentó a una paciente que vive con diabetes y presenta enfermedad renal crónica. En más de una ocasión se le ha comentado la posibilidad y/o necesidad de ser candidata a diálisis, sin embargo, ella se ha enfrentado a personal de salud que no sabe comunicar noticias, que le da una visión pesimista

del panorama de su enfermedad. Además de que ella refiere comenzar con depresión y haber perdido en ocasiones la motivación y ganas de vivir desde hace 10 años tras el fallecimiento de su esposo. A quién ella todavía refiere como una pérdida reciente. Derivado de este caso clínico se desarrollaron los temas de la importancia de la psicología en la práctica médica, cuándo referir un paciente a psicología, las consideraciones para realizar dicha referencia, y la subjetividad de sentidos y significados.

Cada uno de los casos desarrollados en el módulo cuatro permitió y exigió la integración de diversos temas desarrollados en los otros tres módulos como la atención centrada en la persona, la relación médico paciente, la toma de decisiones compartida, la exploración de red de apoyo y determinantes sociales en salud, la exploración y desarrollo de capacidades para la autogestión de las enfermedades. Fue así como la presentación de casos clínicos y discusión de casos nos permitió abordar más temas que como grupo consideramos necesarios revisar, así como poner en práctica los conocimientos adquiridos en el diplomado.

4.- CONCLUSIONES

Desde que entré a la licenciatura en medicina puedo recordar el descontento que existe por cierta parte de médicos sobre el servicio social en medicina. Para muchos es meramente una formalidad para poder tramitar la titulación y cédula profesional, o un descanso del ritmo de trabajo del internado médico. Fue el haber escogido esta plaza de servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y en este proyecto en particular, además del diplomado que mi perspectiva cambió y se amplió en demasía. El año de servicio médico social sirve para consolidar los conocimientos adquiridos en la carrera, terminar de forjar nuestra capacidad de toma de decisiones y la manera en la cual brindamos atención en salud. El diplomado cambió mi perspectiva respecto a los alcances de la medicina y lo que es posible tanto individualmente como en comunidad para la salud de las personas.

El vivir con enfermedades crónicas e ir a consulta médica implica mucho más que sólo laboratorios de control y surtir medicamento. La atención en salud a las

personas, no solo quienes viven con una enfermedad, debe centrarse en la persona, en conocer sus determinantes sociales, en el desarrollo de capacidades, en la exploración del padecimiento, la dolencia y no solo la enfermedad. Toda enfermedad crónica tiene una historia, y el conocerla permite detectar áreas de oportunidad e identificar herramientas o redes de apoyo que permitan a las personas tener una mayor autonomía sobre su salud.

La implementación del MAICP en primer nivel de atención es una idea acertada. La prevención y promoción a la salud deben estar presentes en todos los niveles de atención, pero es en los centros de salud y clínicas familiares dónde quizá mayor impacto se pueda tener para retrasar complicaciones. Sin embargo, entre compañeros constatamos más de una vez que no en todos los Centros de Salud había disposición por parte de los coordinadores médicos para implementarlos como se nos fue presentado en el curso de inducción. En mi experiencia eso fue motivo de descontento y falta de constancia en acudir a consultas de las personas a quienes ingresé en el proyecto, pues era molesto para ellos que su doctor no pudiera brindarles atención pues de último momento se le requería para otra actividad. También existe la otra cara de la moneda, dónde cuando se respetaban los tiempos y la forma de trabajo las personas, en más de una ocasión, expresaban su gratitud por la atención brindada. Es imperante que la información sobre los lineamientos y requerimientos para la implementación del MAICP se encuentre por escrito y este sea proporcionado a las jurisdicciones sanitarias, coordinadores médicos de los centros de salud y a los médicos pasantes de servicio social.

Fue la mejoría en la implementación del MAICP en el centro de salud lo que permitió desarrollar la consulta acorde a los temas y objetivos del proyecto, permitiendo conocer las aspiraciones y realizaciones de personas que viven con enfermedades crónicas a durante mi servicio social. Es el deseo de querer vivir una vida normal, de comer sin ser juzgado, de no tener aberración por algunos alimentos y de recibir apoyo por parte de la familia algunas de las aspiraciones y necesidades que más llegué a trabajar en la consulta. Era el seguimiento estrecho y las consultas subsecuentes lo que permitía que tanto las personas como pacientes y yo como su

médico descubriéramos áreas de oportunidad, redes de apoyo y herramientas que ellos podían utilizar para gestionar mejor su enfermedad. Algo que nos llenaba a ambos de satisfacción.

El concluir el año de servicio social marca el final de la formación de pregrado y el inicio de mi trayectoria como médico. Haber conocido el MAICP me permitió ampliar mi perspectiva respecto a los alcances de la medicina y que no se limita únicamente a dar consulta, tratamientos quirúrgicos o farmacológicos. Durante mi formación tuve la oportunidad en más de una ocasión de participar en proyectos extracurriculares en salud con enfoque en la prevención y promoción. Sin embargo, el MAICP me proporcionó bases sólidas sobre la atención centrada en la persona, y el aplicarla también en consulta general me hizo darme cuenta de que es la manera en la cual yo quiero ejercer la medicina. Desafortunadamente, mi alma máter no aborda a profundidad estos temas durante nuestra formación académica y los considero de gran relevancia para brindar una mejor atención a las personas. Ahora, tras haber terminado mi año de servicio social me doy cuenta de que el camino apenas comienza y deberé continuar capacitándome, así como adquiriendo conocimientos no solo en aspectos teóricos de la enfermedad, sino también en modelos de atención que den mejores resultados. Todos podemos ir al médico a que nos brinden medicamento para aliviar o paliar el dolor físico, ¿pero que hay del aspecto mental, del contexto, qué se esconde más allá de la enfermedad?

5.- 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. *Healthcare Quarterly*. 2003;7(1):73–82.
2. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015.
3. Cuba Fuentes MS, Romero Albino ZO de los M. El Método Clínico centrado en la persona y su aplicación en la Atención Primaria de Salud [Internet].

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Instituto Nacional de Salud; [cited 2023Feb10]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024

4. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1361–7.
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*. 2019;9(7).
6. Elotla SF;Fouad AM;Mohamed SF;Joudeh AI;Mostafa M;Hayek SE;Shah J;Ahmed HAS; Association between diabetes-related distress and glycemic control in primary care patients with type 2 diabetes during the coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic in Egypt. 2022;30:42–50. doi:10.4103/jfcm.jfcm_238_22
7. Papatheodorou K, Banach M, Bekiari E, Rizzo M, Edmonds M. Complications of Diabetes 2017. *J Diabetes Res*. 2018 Mar 11;2018:3086167. doi: 10.1155/2018/3086167. PMID: 29713648; PMCID: PMC5866895.
8. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*. 1995;18:754–60
9. INEGI [Internet]. 2022 [cited 2023 May 19]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DIABETES2022.pdf
10. INEGI [Internet]. 2021 [cited 2023 May 19]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
11. Aikens JE, Perkins DW, Lipton B, Piette JD. Longitudinal analysis of depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(7):1177–81. doi:10.2337/dc09-0071
12. Theodoropoulou KTh, Dimitriadis GD, Tentolouris N, Darviri C, Chrousos GP. Diabetes distress is associated with individualized glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Hormones*. 2020;19(4):515–21. doi:10.1007/s42000-020-00237-3
13. Alosaimi A, Alsulaimani N, Alotaibi W. Depressive symptoms in diabetic patients; prevalence, correlates, and moderating effect in Taif, Saudi Arabia.

- Journal of Family Medicine and Primary Care. 2022;11(12):7671. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1193_22
14. Zhang C, Wu Z, Lopez E, Magboo RG, Hou K. Symptoms of depression, perceived social support, and medical coping modes among middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes. *Frontiers in Molecular Biosciences*. 2023;10. doi:10.3389/fmolb.2023.1167721
 15. Jeong M, Reifsnider E. Associations of diabetes-related distress and depressive symptoms with glycemic control in Korean Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2018;44(6):531–40. doi:10.1177/0145721718807443
 16. Indelicato L, Dauriz M, Santi L, Bonora F, Negri C, Cacciatori V, et al. Psychological distress, self-efficacy and glycemic control in type 2 diabetes. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2017;27(4):300–6. doi:10.1016/j.numecd.2017.01.006
 17. Chew BH, Vos RC, Metzendorf M-I, Scholten RJ, Rutten GE. Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017(10). doi:10.1002/14651858.cd011469.pub2
 18. Georgiades A, Zucker N, Friedman KE, Mosunic CJ, Applegate K, Lane JD, et al. Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(3):235–41. doi:10.1097/psy.0b013e318042588d
 19. Lin K-D, Chang L-H, Wu Y-R, Hsu W-H, Kuo C-H, Tsai J-R, et al. Association of Depression and parasympathetic activation with glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2022;36(8):108264. doi:10.1016/j.jdiacomp.2022.108264
 20. Marrero DG, Ma Y, de Groot M, Horton ES, Price DW, Barrett-Connor E, et al. Depressive symptoms, antidepressant medication use, and new onset of diabetes in participants of the diabetes prevention program and the diabetes prevention program outcomes study. *Psychosomatic Medicine*. 2015;77(3):303–10. doi:10.1097/psy.000000000000156
 21. Rotella F, Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(01):31–7. doi:10.4088/jcp.12r07922
 22. Zagarins SE, Allen NA, Garb JL, Welch G. Improvement in glycemic control following a diabetes education intervention is associated with change in diabetes distress but not change in depressive symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*. 2011;35(3):299–304. doi:10.1007/s10865-011-9359-z
 23. Naskar S, Victor R, Nath K. Depression in diabetes mellitus—a comprehensive systematic review of literature from an Indian perspective. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017;27:85–100. doi:10.1016/j.ajp.2017.02.018

24. van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, Stoop C, Chan J, Jacobson AM, Katon W, et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2010;32(4):380–95. doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.03.011
25. Ravona-Springer R, Heymann A, Schmeidler J, Moshier E, Guerrero-Berroa E, Soleimani L, et al. Hemoglobin A1C variability predicts symptoms of depression in elderly individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2017;40(9):1187–93. doi:10.2337/dc16-2754
26. S.R. Whitworth, D.G. Bruce, S.E. Starkstein, W.A. Davis, T.M.E. Davis, R.S. Bucks, Lifetime depression and anxiety increase prevalent psychological symptoms and worsen glycemic control in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study Phase II, *Diabetes Research and Clinical Practice* (2016), doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2016.10.023](http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2016.10.023)
27. Mui JV, Li L, Chou OH, Azfar N, Lee A, Hui J, et al. Comparing sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors on new-onset depression: A propensity score-matched study in Hong Kong. *Acta Diabetologica*. 2023;60(7):917–27. doi:10.1007/s00592-023-02063-6
28. Asuzu, C.C., Walker, R.J., Williams, J.S. & Egede, L.E., Path- ways for the relationship between Diabetes Distress, Depression, Fatalism and Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes, *Journal of Diabetes and Its Complications* (2016), doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.09.013
29. Chen SW, Wu YQ, Li S, Li J, Lang XE, Zhang X-Y. Prevalence, risk factors and clinical correlates of glucose disturbances in a large sample of Han Chinese patients with first-episode drug-naïve major depressive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2023; doi:10.1007/s00406-023-01581-2
30. Naicker, Kiyuri, Øverland, Simon, Johnson, Jeffrey A., Manuel, Douglas, Skogen, Jens C., Sivertsen, Børge, Colman, Ian, Symptoms of Anxiety and Depression in Type 2 Diabetes: Associations with Clinical Diabetes Measures and Self-Management Outcomes in the Norwegian HUNT Study. *Psychoneuroendocrinology* <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.07.002>
31. Lutes LD, Cummings DM, Littlewood K, Solar C, Carraway M, Kirian K, et al. COMRADE: A randomized trial of an individually tailored integrated care intervention for uncontrolled type 2 diabetes with depression and/or distress in the rural southeastern US. *Contemporary Clinical Trials*. 2018;70:8–14. doi:10.1016/j.cct.2018.04.007
32. Waheed U, Heald AH, Stedman M, Solomon E, Rea R, Eltom S, et al. Distress and living with diabetes: Defining characteristics through an online survey. *Diabetes Therapy*. 2022;13(9):1585–97. doi:10.1007/s13300-022-01291-3

33. Ali MK, Chwastiak L, Poongothai S, Emmert-Fees KM, Patel SA, Anjana RM, et al. Effect of a collaborative care model on depressive symptoms and glycated hemoglobin, blood pressure, and serum cholesterol among patients with depression and diabetes in India. *JAMA*. 2020;324(7):651. doi:10.1001/jama.2020.11747
34. Hoffman RP, Damilano CP, Hong KM, Glick BA, Kamboj MK. Glycemic control, depression, diabetes distress among adolescents with type 2 diabetes: Effects of sex, race, insurance, and Obesity. *Acta Diabetologica*. 2022;59(8):1083–9. doi:10.1007/s00592-022-01902-2
35. Khashayar P, Shirzad N, Zarbini A, Esteghamati A, Hemmatabadi M, Sharafi E. Diabetes-related distress and its association with the complications of diabetes in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2022;21(2):1569–75. doi:10.1007/s40200-022-01103-2
36. Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Longitudinal relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms: Analysing incidence and persistence. *Diabetic Medicine*. 2015;32(10):1264–71. doi:10.1111/dme.12861
37. Mansori K, Shiravand N, Shadmani FK, Moradi Y, Allahmoradi M, Ranjbaran M, et al. Association between depression with glycemic control and its complications in type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019;13(2):1555–60. doi:10.1016/j.dsx.2019.02.010
38. van der Feltz-Cornelis C, Allen SF, Holt RI, Roberts R, Nouwen A, Sartorius N. Treatment for comorbid depressive disorder or subthreshold depression in diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*. 2020;11(2). doi:10.1002/brb3.1981
39. Lloyd CE, Nouwen A, Sartorius N, Ahmed HU, Alvarez A, Bahendeka S, et al. Prevalence and correlates of depressive disorders in people with type 2 diabetes: Results from the international prevalence and treatment of diabetes and depression (interpret-DD) study, a collaborative study carried out in 14 countries. *Diabetic Medicine*. 2018;35(6):760–9. doi:10.1111/dme.13611
40. De la Roca-Chiapas JM, Hernández-González M, Candelario M, Villafañá Mde L, Hernández E, Solorio S, Rivera A, Sosa M, Jasso J. Association between depression and higher glucose levels in middle-aged Mexican patients with diabetes. *Rev Invest Clin*. 2013 May-Jun;65(3):209-13. PMID: 23877807.
41. Niroomand M, Babaniamansour S, Aliniagerdroudbari E, Golshaiian A, Meibodi AM, Absalan A. Distress and depression among patients with diabetes mellitus: Prevalence and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2021;20(1):141–51. doi:10.1007/s40200-020-00721-y

42. Hermanns N, Schmitt A, Gahr A, Herder C, Nowotny B, Roden M, et al. The effect of a diabetes-specific cognitive behavioral treatment program (DIAMOS) for patients with diabetes and subclinical depression: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2015;38(4):551–60. doi:10.2337/dc14-1416
43. Zuberi SI, Syed EU, Bhatti JA. Association of depression with treatment outcomes in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1). doi:10.1186/1471-244x-11-27
44. Schmitt A, Reimer A, Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Reduction of depressive symptoms predicts improved glycaemic control: Secondary results from the Diamos Study. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2017;31(11):1608–13. doi:10.1016/j.jdiacomp.2017.08.004
45. Franco Giraldo Á. Modelos de Promoción de la Salud y determinantes sociales: Una Revisión Narrativa. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2022;27(2):237–54. doi:10.17151/hpsal.2022.27.2.17

ANEXOS

ANEXO 1: INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL PARA LA SECRETARÍA DE SALUD

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE	JORGE ALBERTO HERNÁNDEZ ARAUJO
CARRERA	MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
PROMOCIÓN	AGOSTO 2022 – JULIO 2023
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	C.S. T-III GERARDO VARELA MARISCAL JURISDICCIÓN: TLALPAN
PERIODO QUE REPORTA:	AGOSTO 2022 – JULIO 2023
FECHA DE ENTREGA:	31 DE JULIO DEL 2023

2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	C.S. T-III DR. GERARDO VARELA MARISCAL

**NÚMERO DE SESIONES A
LAS QUE ASISTIÓ**

JUEVES 11 DE AGOSTO: REVISIÓN Y CAPACITACIÓN PARA ADECUADA REALIZACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO.

MIÉRCOLES 31 DE AGOSTO: CAPACITACIÓN PARA ATENCIÓN INTEGRADA EN LA INFANCIA.

VIERNES 2 DE SEPTIEMBRE: CAPACITACIÓN PARA CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ADECUADO LLENADO DE CÉDULA DE SÍNDROME DE TURNER Y CÁNCER INFANTIL.

MIÉRCOLES 21 DE SEPTIEMBRE: CAPACITACIÓN PARA JORNADA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA.

MARTES 11 OCTUBRE: CAPACITACIÓN TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD.

JUEVES 13 DE OCTUBRE: CAPACITACIÓN PARA ADECUADO MANEJO DE TRATAMIENTO DE INSULINAS.

MIÉRCOLES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2022: CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE VPH

JUEVES 01 DE DICIEMBRE DEL 2022: ACTIVIDADES EN PRO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DIA MUNDIAL DE LA DISCAPACIDAD

MARTES 13 DE DICIEMBRE DEL 2022: PRESENTACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA SALUD EN TU CASA

MIÉRCOLES 11 DE ENERO DEL 2023: CAPACITACIÓN DEL CERCO EPIDEMIOLOGICO POR CASO PROBABLE DE RABIA EN MAGDALENA PETLACALCO

JUEVES 26 DE ENERO DEL 2023: CAPACITACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SANITARIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

MARTES 31 DE ENERO DEL 2023: ACCIONES EN CONTROL DE LA LEPRO EN MÉXICO

MARTES 7 DE FEBRERO: SESIÓN MENSUAL EN LA CASA DE LA CULTURA FRISSAC.

MARTES 7 DE MARZO: SESIÓN MENSUAL EN LA CASA DE LA CULTURA FRISSAC.

MARTES 14 DE MARZO: MECANISMO DE ACCIÓN DE SGLT2 (DAPAGLIFOZINA).

MIÉRCOLES 21 DE MARZO: USO DE ATROVASTATINA/EZETIMIBA.

JUEVES 13 DE ABRIL: VACUNA HEXAVALENTE.

LUNES 17 DE ABRIL: ENFERMEDAD DE CHAGAS.

MARTES 25 DE ABRIL Y MIÉRCOLES 25 DE ABRIL: PROGRAMA SALUD MENTAL EN LA CASA DE LA CULTURA FRISSAC.

	<p>MARTES 06 JUNIO: SESIÓN MENSUAL CASA FRISSAC</p> <p>LUNES 24 DE JULIO: PRUEBA DE EDI.</p> <p>MARTES 25 DE JULIO: TAMIZ NEONATAL.</p> <p>MIÉRCOLES 26 DE JULIO: PALUDISMO.</p>
<p>PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD</p>	<p>MIÉRCOLES 11 DE ENERO DEL 2023: CAPACITACIÓN DEL CERCO EPIDEMIOLÓGICO POR CASO PROBABLE DE RABIA EN MAGDALENA PETLACALCO</p> <p>JUEVES 26 DE ENERO DEL 2023: CAPACITACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SANITARIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO</p> <p>MIÉRCOLES 15 DE MARZO: ABORTO Y CÓDIGO MATER.</p> <p>MIÉRCOLES 21 DE MARZO: REPLICACIÓN EXPOSICIÓN CASA DE LA CULTURA FRISSAC DEL MES DE MARZO: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.</p> <p>MARTES 18 DE ABRIL: UNIDAD 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO Y EMISIONES.</p> <p>JUEVES 27 DE ABRIL: NUEVOS FORMATOS PARA CASOS DE RABIA Y EVALUACIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO.</p> <p>JUEVES 29 DE JUNIO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA</p>
<p>PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)</p>	<p>MIÉRCOLES 21 DE MARZO: REPLICACIÓN EXPOSICIÓN CASA DE LA CULTURA FRISSAC DEL MES DE MARZO: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.</p> <p>MARTES 06 DE JUNIO: PROYECTO DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICAS CENTRADO EN LA PERSONA.</p> <p>JUEVES 29 DE JUNIO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.</p>

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA SEMANA NACIONAL DE SALUD		X
SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE SALUD	DOMINGO 11 DE JUNIO APLICANDO CÉDULAS DE ADICCIONES Y ASISTIENDO A LAS PONENCIAS	X
TERCERA SEMANA NACIONAL DE SALUD		X
CAMPAÑA ANTIRRÁBICA CANINA	<p>PRIMER TRIMESTRE: DOMINGO 18 DE SEPTIEMBRE DONDE SE APLICARON UN TOTAL DE 140 VACUNAS A PERROS Y GATOS.</p> <p>CUARTO TRIMESTRE: MARTES 11 DE JULIO DONDE SE APLICARON VACUNAS A PERROS Y GATOS UN TOTAL DE 80 MASCOTAS</p>	
CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR)	<p>PRIMER TRIMESTRE: 8 APOYO EN CONSULTA RESPIRATORIOS.</p> <p>SEGUNDO TRIMESTRE: 6 APOYO EN CONSULTA RESPIRATORIOS.</p> <p>TERCER TRIMESTRE: 6, 8, 9 Y 13 DE MARZO POR CASO POSITIVO DE RABIA</p>	
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO	<p>TERCER TRIMESTRE: CARTEL ÍNDICE GLUCÉMICO REALIZADO EN EL DIPLOMADO DEL MÓDELO UAM.</p> <p>CUARTO TRIMESTRE: ELABORACIÓN CARTEL VIOLENCIA DE GÉNERO.</p>	
PLÁTICAS EDUCATIVAS	<p>REALIZADAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS</p> <p>-ALIMENTACIÓN SALUDABLE</p> <p>(364)</p> <p>- ACTIVACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA (364)</p>	

	<p>- LAVADO DE MANOS (384) - SALUD MENTAL (27) - HIGIENE DEL SUEÑO (29) - HIGIENE VENOSA (157)</p> <p>CUIDADOS PODOLÓGICOS (157)</p> <p>CUIDADOS PIE DIABÉTICO (72)</p> <p>DIETA PACIENTE RENAL (36)</p> <p>EN CAMPO: ENFERMEDADES DIARREICAS (2) PREVENCIÓN DE ALCOHOLISMO (5)</p>	
OTROS	X	

4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NÚMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	71	CONTEMPLANDO PARTICIPACIÓN EN MÓDULO DE DETECCIÓN ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES ASÍ COMO EN LA CONSULTA GENERAL.
CONSULTAS SUBSECUENTES	660	EL MAYOR NÚMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES SE DIO EN EL GRUPO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS; EN SEGUIMIENTO CON EL PROGRAMA DE CRONICODEGENERATIVOS NO

		TRANSMISIBLES, ASÍ COMO CONTROL DE NIÑO SANO.
HISTORIAS CLÍNICAS	64	ACTUALIZACIÓN EN HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES SUBSECUENTES CON MÁS DE 5 AÑOS SIN ACTUALIZAR Y REALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN PACIENTES DE PRIMERA VEZ
DETECCIÓN DIABETES	26	DENTRO DEL CONSULTORIO 4 Y CONSULTORIO 7 DEL CENTRO DE SALUD TIII DR. GERARDO VARELA MARISCAL SE REALIZABA DETECCIÓN DE GLUCOSA CAPILAR A LOS PACIENTES Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA, CUANDO SE CONTABA CON REACTIVOS DISPONIBLES
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGÍAS REALIZADAS)	0 23 REVISIONES DE REPORTES DE PAPANICOLAU	NO REALICÉ NINGUNA CITOLOGÍA, PERO, EN VARIAS OCASIONES DÁBAMOS CONSULTA A PACIENTES QUIENES TENÍAN UNA CITOLOGÍA CERVICAL ALTERADA, Y EN ALGUNAS OCASIONES SE DABA REFERENCIA PARA COLPOSCOPIA O TRATAMIENTO PARA ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
DETECCION DE CANCER DE MAMA	7	EXPLORACIÓN DE MAMA: 7 REFERENCIAS POR ALTERACIÓN EN RESULTADOS DE MASTOGRAFÍA: 0 PACIENTES DE PRIMERA VEZ: 0 PACIENTES CON COMORBILIDAD AGREGADA: 7
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	53	DENTRO DEL CONSULTORIO 4 Y CONSULTORIO 7 DEL CENTRO DE SALUD TIII DR. GERARDO VARELA MARISCAL Y MÓDULO DE DETECCIONES ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES

DETECCIÓN ADICCIONES	54	CÉDULAS APLICADAS DURANTE LA JORNADA DE SALUD COMO ACTIVIDAD DEL CENTRO DE SALUD T III DR. GERARDO VARELA MARSICAL
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	1	DENTRO DEL CONSULTORIO 7 DEL CENTRO DE SALUD TIII DR. GERARDO VARELA MARISCAL
TOMA DE PRUEBAS COVID	0	NO SE REALIZARON PRUEBAS COVID DURANTE MI AÑO DE SERVICIO SOCIAL.
ATENCIÓN PRENATAL	9	ATENCIÓN PRENATAL A MUJERES EMBARAZADAS DE PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE, REALIZANDO REFERENCIAS EN CASO DE ALARMA Y A LAS 36 SEMANAS DE GESTACIÓN.
PLANIFICACION FAMILIAR	19	SE DIO INFORMACIÓN SOBRE ORIENTACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN 19 CONSULTAS.
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	81	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y CAÍDAS EN GRUPOS VULNERABLES: ADULTO MAYOR E INFANCIAS. SE ENSEÑÓ A LAS PACIENTES CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, ASÍ COMO A LAS PERSONAS DE LA 3ª EDAD.
CONTROL DEL NIÑO SANO	28	PERCENTILAR Y GRAFICAR PESO, TALLA, PERÍMETRO CEFÁLICO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL ASÍ COMO EVALUAR CRECIMIENTO Y DESARROLLO COMO PARTE DE MIS ACTIVIDADES EN APOYO A LA CONSULTA GENERAL.
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	437	1º TRIMESTRE: 100 CONSULTAS. 2º TRIMESTRE: 893 CONSULTAS. 3º TRIMESTRE: 81 CONSULTAS. 4º TRIMESTRE: 163 CONSULTAS. PRINCIPALMENTE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES.
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	305	1º TRIMESTRE: 42 CONSULTAS. 2º TRIMESTRE: 30 CONSULTAS. 3º TRIMESTRE: 81 CONSULTAS. 4º TRIMESTRE: 152 CONSULTAS. PRINCIPALMENTE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-

		DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES, CONTROL DE NIÑO SANO, ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. CONSULTAS REALIZADAS SIN TUTOR, PERO SUPERVISADAS EN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR COORDINADOR MÉDICO.
CERTIFICADOS MÉDICOS	104	LLENADO DE CERTIFICADOS MÉDICOS A NIÑOS PARA EL REGRESO A CLASES, TOMA DE SIGNOS VITALES Y EXPLORACIÓN FÍSICA, ASÍ COMO LOS SOLICITADOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O COMO REQUISITO DE TRABAJO.

ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	04-07 DE AGOSTO DEL 2023 JURISDICCIÓN SANITARIA C.S. T-III DR. GERARDO VARELA MARISCAL
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DX. DE SALUD	SESIÓN ACADÉMICA TODOS LOS VIERNES EN EL DIPLOMADO DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICAS CENTRADA EN LA PERSONA.
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	EL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SE REALIZÓ A LO LARGO DE TODO EL AÑO DE SERVICIO SOCIAL DEBIDO AL ENFOQUE DEL PROYECTO DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICAS CENTRADA EN LA PERSONA. C.S. T-III DR. GERARDO VARELA MARISCAL
NÚMERO DE INFORMES TRIMESTRALES ENTREGADOS	1) INFORME TRIMESTRAL DEL PRIMER TRIMESTRE 2) INFORME TRIMESTRAL DEL SEGUNDO TRIMESTRE 3) INFORME TRIMESTRAL DEL TERCER TRIMESTRE 4) INFORME TRIMESTRE DEL CUARTO TRIMESTRE

	5) INFORME FINAL
NOMBRE DEL TUTOR	DRA. JACQUELINNE MIRELES MARTINEZ

SUPERVISIÓN:

INSTITUCIÓN	RECIBIÓ SUPERVISIÓN	
	sí	NO
S.S.P.D.F.	X	
ESCUELA O FACULTAD	X	
JURISDICCIÓN SANITARIA	X	
UNIDAD DE SALUD	X	
NO RECIBIÓ SUPERVISIÓN		X

NOTA: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE

DIAGNÓSTICO DE SALUD

ENTREGÓ: SÍ _____ NO: _____X_____ CÉDULAS APLICADAS: ___0___

ANOTE LOS 5 PROBLEMAS DETECTADOS EN LA COMUNIDAD:

NO.	PROBLEMAS
1.	ALTA PREVALENCIA DE ADULTOS ENTRE 30 Y 50 AÑOS CON MÁS DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA: PRINCIPALMENTE DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.
2.	ALTA PREVALENCIA DE FALTA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: ALTO PORCENTAJE DE PERSONAS CON SOBREPESO Y

	OBESIDAD EN COMORBILIDAD CON UNA O MÁS ENFERMEDADES CRÓNICAS.
3.	DIFICULTAD PARA SEGUIR EN REGIMEN ALIMENTICIO: MUCHOS PACIENTES NO TIENEN UN PLAN DE ALIMENTACIÓN INDIVIDUALIZADO A SUS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.
4.	ALTO NIVEL DE SINDEMIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: ALTA FRECUENCIA DE PERSONAS CON MÁS DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.
5.	DIFICULTAD PARA LA AUTOGESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: ALTA FRECUENCIA DE PERSONAS QUE NO CONOCEN LOS DATOS DE ALARMA DE SUS ENFERMEDADES Y EL CÓMO ACTUAR EN CONSECUENCIA.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN:

TÍTULO DEL PROYECTO: PROYECTO EMERGENTE DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICAS CENTRADO EN LA PERSONA: UN ENFOQUE DE CAPACIDADES

RESUMEN DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN:

LA INTERVENCIÓN SE ESTUVO REALIZANDO A LO LARGO DE TODO EL AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN EL CUAL SE INTEGRARON 18 PACIENTES A LA PLATAFORMA REDCAP DONDE CADA CONSULTA SE REALIZABA REGISTRO DE SU SOMATOMETRÍA, ESTUDIOS DE LABORATORIO, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y REFERENCIAS EN CASO DE SER NECESARIAS. EL ENFOQUE DE ESTE PROYECTO ES CONOCER A LA PERSONA COMO UN ENTE QUE VIVE CON UNA ENFERMEDAD LA CUAL PUEDE LLEGAR A CONOCER Y GESTIONAR POR SÍ MISMA.

PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:

- CONOCER A LA PERSONA MÁS ALLÁ DE LA ENFERMEDAD: NECESIDADES, DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD, EXPECTATIVAS, VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD, PADECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD, REDES DE APOYO.
- INCENTIVAR LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: DAR A CONOCER DATOS DE ALARMA Y CÓMO RESPONDER ANTE ELLOS.

- FAVORECER LA TOMA DE DECISIONES: INFORMAR A LA PERSONA SOBRE LAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO O ESTRATEGIAS, LOS RIESGOS Y BENEFICIOS SIEMPRE RESPETANDO SU DECISIÓN.
- AUTOGESTIÓN: FAVORECER EL DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN EN LAS PERSONAS, EMPODERANDO SUS DECISIONES Y DANDO ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO, ASÍ COMO RESOLVER SUS DUDAS.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

EN CADA ASPECTO A EVALUAR, ANOTA UNA (X) EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA CALIFICACIÓN OTORGADA.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR PARTE DEL PASANTE

ASPECTOS POR EVALUAR	9-10	7-8	<6	OBSERVACIONES
INDUCCIÓN AL PUESTO EN LA UNIDAD DE SALUD		X		ERA MUY FRECUENTE QUE EN NUESTRA UNIDAD (COORDINADORA MÉDICA) NOS MANDARAN A REALIZAR CIERTAS ACTIVIDADES SIN EXPLICARNOS PREVIAMENTE CÓMO FUNCIONABA. NO SE NOS DABA CAPACITACIÓN SOBRE LLENADO DE FORMATOS O NO SE NOS PROPORCIONABAN CUANDO ARCHIVO CLÍNICO ENTREGABA EL EXPEDIENTE.
INTEGRACIÓN AL EQUIPO DE TRABAJO		X		BUENA INTEGRACIÓN CON LOS DIFERENTES COMPAÑEROS DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CENTRO DE SALUD A EXCEPCIÓN DE ARCHIVO CLÍNICO, CON QUIENES COSTÓ ENCONTRAR UNA BUENA DINÁMICA DE TRABAJO.

<p>ASESORÍA Y APOYO EN SUS ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL</p>	<p>X</p>			<p>EXCELENTE DISPOSICIÓN POR PARTE DEL PERSONAL EN APOYO A RESOLUCIÓN DE DUDAS.</p>
<p>COMUNICACIÓN CON EL DIRECTOR, JEFE DE UNIDAD O TUTOR</p>	<p>X</p>			<p>EXCELENTE DISPOSICIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR, COORDINADORA MÉDICA Y DEMÁS DOCTORES EN RESOLVER DUDAS EN BENEFICIO DE LOS PACIENTES.</p>
<p>FACILIDADES PARA CUMPLIR CON LA PLANEACIÓN MENSUAL Y EL TRABAJO DE CAMPO</p>		<p>X</p>		<p>EN OCASIONES SE ME CAMBIABA DE SERVICIO PARA CUBRIR ACTIVIDADES O APOYAR EN OTRO. AL PRINCIPIO ERA EXPENSAS DE LA ATENCIÓN DE MIS PACIENTES DEL PROYECTO, ACTUALMENTE YA SE RESPETA MÁS Y NO SE SACRIFICAN SUS CONSULTAS.</p>
<p>CALIDAD DE LAS SESIONES ACADÉMICAS</p>	<p>X</p>			<p>BUENAS SESIONES ACADÉMICAS, PERTINENTES A LOS CASOS QUE SE ATENDIAN EN EL CENTRO DE SALUD.</p>
<p>EL SERVICIO SOCIAL TE PERMITIÓ CONOCER LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</p>	<p>X</p>			<p>LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA CONSULTA MUCHAS VECES NO PERMITE APLICAR TODAS LAS ESTRATEGIAS, DETECCIONES O INTERVENCIONES NECESARIAS POR EL CORTO TIEMPO DE CONSULTA. SIN EMBARGO, SIEMPRE SE TUVO LA DISPOSICIÓN DE HACER MÁS CON MENOS.</p>
<p>LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS FUERON RESUELTOS POR LA JEFATURA DE ENSEÑANZA</p>	<p>X</p>			<p>LA JEFATURA DE ENSEÑANZA, ESPECIALMENTE LA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA FUE EXCELENTE, TODO EL TIEMPO AL PENDIENTE DE NOSOTROS, DE NUESTRAS NECESIDADES, DUDAS O QUEJAS.</p>

CALIFICACIÓN DE TU DESEMPEÑO COMO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL	X			EL SERVICIO SOCIAL ME ESNEÑÓ A HACER MÁS CON MENOS. A QUE CADA ENFERMEDAD TIENE UNA HISTORIA, QUE ATENDEMOS PERSONAS Y NO ENFERMEDADES. SIEMPRE HUBO DISPOSICIÓN PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS SIEMPRE QUE SE BRINDARA EL TIEMPO SUFICIENTE.
--	---	--	--	---

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO:

REALIZAR EL SERVICIO SOCIAL MÉDICO EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA EN TLALPAN ES UNA DECISIÓN ACERTADA POR EL INTERÉS DE ESTA EN DARNOS CAPACITACIONES DE TEMAS PERTINENTES EN SALUD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. LA JURISDICCIÓN SIEMPRE ESTUVO PENDIENTE DE NUESTRAS NECESIDADES Y DE QUE SE NOS PROPORCIONARA EL TIEMPO SUFICIENTE PARA ACUDIR A ELLAS. RESPECTO AL SERVICIO SOCIAL EN EL PROYECTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, ES NECESARIO QUE SE CUMPLAN LAS ESPECIFICACIONES PARA QUE ESTE SE LLEVA A CABO DE MANERA CORRECTA:

- RESPETAR EL TIEMPO DE CONSULTA: MUCHAS VECES ARCHIVO CLÍNICO ASIGNABA FICHAS ENTRE PACIENTES CITADOS RECORTANDO EL TIEMPO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DEL PROYECTO. DESDE LA CAPACITACIÓN INICIAL SE NOS MENCIONA QUE PODEMOS TOMARNOS HASTA 1 HORA EN LA ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DEL PROYECTO.
- RESPETAR LAS CITAS: ESTE PROYECTO EXIGUE QUE LAS PERSONAS INTEGRADAS EN EL RECIBAN ATENCIÓN POR LOS PASANTES DE ESTE PROYECTO PUES EL ENFOQUE ES DIFERENTE. ALGUNAS VECES SE NOS PEDÍA CUBRIR O APOYAR ACTIVIDADES EN OTROS SERVICIOS Y SE TENÍAN QUE REPROGRAMAR PACIENTES O SER ATENDIDOS POR OTRO PASANTE, COSA QUE OCASIONABA DESCONTENTO EN LOS PACIENTES.

LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL DEL PROYECTO DE CRÓNICOS EXIGUE QUE SE DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS PROCURANDO

- ATENCIÓN A CRÓNICOS DE 08:00 A 11:00 Y DE 11:00 EN ADELANTE APOYAR EN CONSULTA GENERAL U OTRAS ACTIVIDADES. SITUACIÓN QUE EN SU MAYORÍA SÍ SE RESPETA, SIN EMBARGO, ARCHIVO CLÍNICO MUCHAS VECES ASIGNA FICHAS ENTRE LOS PACIENTES DEL PROYECTO RECORTANDO EL TIEMPO DE ATENCIÓN.

EL COMPAÑERISMO Y EL APOYO POR PARTE DEL DEMÁS PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD ES EXCELENTE, SIEMPRE RESUELVEN DUDAS EN BENEFICIO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. LA CONVIVENCIA ES BUENA EN LO GENERAL, EN LO PARTICULAR ARCHIVO CLÍNICO EN ALGUNAS OCASIONES HACE COMENTARIOS SOBRE QUE LOS PASANTES NO TRABAJAMOS LO SUFICIENTE, INCLUSO CUANDO

9.1	ha tomado acciones por su propia cuenta para el control de su enfermedad.																					
9.2	es autónomo y puede realizar sus actividades sin ayuda.																					
9.3	ha buscado información o ayuda en otros programas o fuera del centro de salud.																					
9.4	se siente motivado por el personal de salud a hacer preguntas.																					
9.5	conoce que acciones realizar y con qué frecuencia para cumplir sus metas.																					
10.1	durante los últimos siete días ha tomado y aplicado su medicamento como se le indicó.																					
10.2	siente que sus actividades de los últimos siete días son importantes.																					
10.3	tiene sentimientos y una perspectiva favorable hacia su enfermedad.																					

ANEXO 3: RELATORÍA 4° ENCUESTO DE PERSONAS QUE VIVEN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
VICTOR TOMAS ESPEJEL GUTIÉRREZ	H	55	GERARDO VARELA MARSICAL
RUTH AVILA HERNANDEZ	M	55	GERARDO VARELA MARSICAL
EDITH MARTÍNEZ GARCÍA	M	51	GERARDO VARELA MARSICAL
CRISTINA FLORES	M	53	GERARDO VARELA MARSICAL

ALICIA GARNICA	M	76	GERARDO VARELA MARSICAL
LORENZO SANTIAGO CONTRERAS	H	69	GERARDO VARELA MARSICAL

2. Datos del taller

Objetivo del taller	
CONOCER LA DIFICULTAD, COSTÓ Y TIEMPO DE PREPARACIÓN DE LAS RECETAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	
Hora de inicio:11:20	Hora de finalización: 12:20

3. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
	Bienvenida:09:20
	Presentación:09:30
	Encuadre:11:00
	Taller: 11:20-12:20
	Cierre: 13:30

4. Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)

Describe 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")

11:20 Se reúnen los participantes en la mesa para dar comienzo al taller.

Se presenta Alberto Garcia Mijares como coordinador del taller y Jorge Alberto Hernandez Araujo como relator del mismo.

El coordinador da paso a la presentación de los pacientes y cada uno comenta su alimento favorito.

Victor menciona que su alimento favorito es la sopa de verduras y el caldo de pollo.

Ruth comenta que no tiene un alimento favorito pero no le gusta comer carne de puerco.

Edith comparte que le gusta comer chiles rellenos y pozole.

Cristina menciona que le gusta comer carne y de todo.

Alicia comenta que le gusta comer de todo en especial lacteos, mariscos y pescados.

Lorenzo no tiene un alimento favorito.

Alberto da las reglas del taller que consisten en respeto, no interpretar, no interrumpir y explica la dinámica del taller: calificar la dificultad de la receta del 1-10, el costo en dinero aproximado, el tiempo en que se tardarían en hacer la receta y da como ejemplo la preparación de un sandwich de jamón; con un costo de 8 pesos, tiempo de preparación de 10 minutos y una dificultad 1/10.

Se les da a los pacientes las recetas para la actividad.

A Ruth se le da apoyo por parte del MPSS Fernando ya que Ruth no sabe escribir.

A Lorenzo le da apoyo el MPSS Franz porque no comprendió como desarrollar la actividad.

Alicia menciona que tiene duda de la actividad y Alberto le apoya.

Edith tiene una duda sobre la actividad y Fernando le apoya a a realizarla porque Ruth tiene problemas de la vista por su diabetes.

Cristina apoya a Edith a conocer la actividad y como resolverla.

Se da ejemplo a Ruth por parte de Alberto para poder resolver la parte de costos con la receta.

Ruth, Alicia y Victor terminan la actividad. MPSS Fernando apoya a Edith a completar la suya.

Alberto da inicio a la sesión de compartir que les parecieron las recetas a los participantes del taller.

Victor: Me tocó sopa de flor de calabaza, describe la receta en voz alta, posterior a ello le da un costo aproximado de \$120 pesos, una dificultad de 7/10 y un tiempo de preparación de 1:30 h, porque la calabaza tarda en cocerse.

Cristina menciona que para ella la receta de sopa de flor de calabaza le tomaría 1:00 h en prepararla.

Cristina comparte que le tocó la receta de crema de zanahoria y le da un costo aproximado de \$85 pesos, un tiempo de preparación de 40-50 minutos y una dificultad 7/10. Desglosa los costos por cada ingrediente y menciona que el cacahuete es muy caro y que el retazo de pollo tarda 30 minutos en hervir mas desengrasarlo.

Edith menciona que le tocó las pechugas a la plancha con espinacas, describe la receta en voz alta, le da un costo de \$150, una dificultad de 8/10, y un tiempo de preparación de 1:00 h. Dice “soy huevona para cocinar, no me gusta la cocina”.

Alicia presenta la receta de pasta de arcoíris, desglosa los ingredientes y le da un precio total de \$65 pesos, una dificultad de 6/10, y un tiempo de preparación de 50 minutos.

Descripción detallada de la sesión: (2 de 3)

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

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada una de las preguntas (No anote, por ejemplo, “Pregunta 1”)

Alicia dice “yo vivo sola y cocino para mi, yo compro en porciones, para mi comprar por montón sale carísimo”.

Alberto menciona el rol que tiene la cocina en la familia y lo que pasa cuando la persona quien cocina usualmente esta enferma o muy ocupada.

Alberto pregunta “¿Por qué puede ser importante para las personas que consulten el recetario esta tarea que acabamos de realizar?”

Victor: “conocer calorías , fibras es difícil pero luchamos para tener un alimentación adecuada, poco a poquito lo estamos logrando”, “mi forma de vivir ha cambiado, buscar horario de comida por el trabajo para el hombre como proveedor es complicado regular un consumo saludable”.

Cristina comparte que ella tiene diagnóstico reciente de diabetes mellitus 2 en abril de 2022 y menciona “no tengo hábitos adecuados, comía a las prisas y en la calle por la enfermedad”, “tener un formatea de conocer qué comprar y las cantidades con el tiempo voy a ahorrar y podré planear mejor mis comidas”, “comía lo que podía y eso me enfermó”, “mi mamá también es diabética y buscamos comer más saludable”.

Edith: “trabajé mucho y prefería trabajar que cuidar mi salud”, “soy la única diabética en casa y no me cuidaba, mi familia no me apoya ni en lo emocional ni en lo económico”, “no sé hacer otras cosas y no me llama la atención la cocina”, “vine para ver cómo combinar las verduras

con otra cosa". Edith menciona que ella casi nunca cocinaba y que su familia le dice "no alcanza el dinero, hay que comer lo que hay". Menciona para que viene al doctor y comparte que solo sabe preparar chayote hervido: "hay mujeres que no nos gusta cocinar", "uno diabético ya no tiene los mismos dientes, la misma vista, vengo por mí para mejorar mi salud".

Lorenzo: "mi esposa me dejó un mes, no hay necesidad de ser chef, yo le pregunté a mis vecinas como preparar alimentos".

Edith: "de joven siempre trabajé y nunca guisé".

Lorenzo: "yo también trabajé, pero sin mi esposa tuve que aprender y ver por mí".

Alberto hace una aportación para que la mesa de dialogo se centre en el tema y los participantes no entren en conflicto unos con otros: "nadie nace sabiendo, todos tenemos áreas de oportunidad diferente".

Edith comparte entre lagrimas: "tenemos malos hábitos de toda la vida y es difícil dejarlos, mi familia no me dejaba venir al encuentro y me dijeron que me pusiera a lavar", "sino hacemos algo por nuestra salud, llegamos a la muerte".

Ruth: "nunca he hecho tortas de avena, solo como calabaza, zanahoria, lenteja, frijoles y a veces pollo, quiero preparar las tortitas de avena, me dió curiosidad".

Descripción detallada de la sesión: (3 de 3)

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 (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")

Victor: "a veces cocinaba de joven en casa, y en casa quien cocina es difícil que cocine para diabéticos e hipertensos", "mi esposa suele decirme que el enfermo soy yo y que yo me cocine", "en el trabajo me dicen: no tomas coca porque te pegan", "me llevo cosas nutritivas y a veces como hombre dependes de la mujer para cocinar".

En el grupo surge la curiosidad de cómo preparar tortitas de arroz.

Cristina y Lorenzo dicen cómo preparar una tortita de arroz.

Edith: "comer chayote diario no me gusta, ya me salieron espinas".

Alberto menciona: "existen preparaciones que no conocemos y que podemos hacer. Estamos aquí para intercambiar ideas y aprender de otros".

Alberto cuestiona a los pacientes sobre cual fue el aprendizaje que se llevan de esta actividad.

Ruth: "recetas sanas para hacer en casa, yo casi no cocino con grasa y por eso no hago tortitas, hay otras cosas que puedo hacer".

Cristina: “yo lo que hago es comprar una brochita para usar muy poquito aceite”.

Victor: “hay muchas cosas para hacer sin tanta grasa, podemos usar aceite de oliva que a lo mejor es mas caro pero debemos invertir en nuestra salud, también hay sartenes para cocinar sin grasa”, “a mi esposa se le baja el azúcar y por eso tenemos que buscar un punto medio para apoyarnos y no enfermarnos los dos”.

Lorenzo: “me gustó mucho y me llevo muchas cosas, por ejemplo la sandía me encanta pero ya vi que tiene mucha azúcar, el mango también me encanta, poco a poco voy a dejar eso pero es muy difícil dejar lo que uno está acostumbrado a comer, yo pensaba que la fruta no hacía daño y aunque no me guste es para mi salud y lo tengo que atorar”.

5. Propuestas del grupo

Anote las propuestas de las ideas acordadas por el grupo para incluir en el capítulo correspondiente a su taller

Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas

Edith: “me dio pie diabético, me puse muy mala y no pude hacer ejercicio de brincar”. Edith hace una propuesta al grupo: “podríamos juntarnos en casa de alguien y hacer ejercicio despasito, yo dejé el ejercicio por el trabajo”, “me sentí muy bien, me voy muy satisfecha de todo lo que vi y lo que enseñaron”, “me voy muy contenta”, “me gustó mucho la clase”.

Alberto: “gracias por venir, qué bueno el aprendizaje y la convivencia”, “en consulta tenemos menos tiempo y el evento es para conocernos”.

Alberto comparte con el grupo una frase a manera de reflexión:

“No hay que comer para vivir, sino vivir para comer”.

Lorenzo: “gracias por ser personas que nos orientan”

12:20 se concluye el taller y los participantes tienen un descanso para comer alimentos saludables proporcionados por el centro de salud. Posterior a ello se da la sesión plenaria y se concluye el encuentro.

ANEXO 4: CARTEL ÍNDICE GLUCÉMICO

ÍNDICE GLUCÉMICO

¡TODO LO QUE COMEMOS NUESTRO CUERPO LO TRASFORMA EN AZÚCAR!

¿QUÉ ES EL ÍNDICE GLUCÉMICO?

100 Es un valor numérico del 0 al 100, que permite a saber la rapidez con la que un alimento eleva el nivel de azúcar en sangre. Es decir, mientras más cerca del 100, más rápido se eleva el azúcar en sangre.

ENTONCES, ¿QUÉ PODEMOS COMER?

Cada alimento tiene un índice glucémico diferente, los alimentos con índice glucémico más alto tienen mayor concentración de azúcar.

Conocer el índice glucémico de los alimentos nos permite hacer combinaciones y tomar elecciones que favorezcan más nuestra salud.

ÍNDICE GLUCÉMICO ALTO (70-100)

- Pan blanco.
- Miel.
- Mermeladas.
- Papas fritas.
- Jugo de frutas.
- Arroz blanco.
- Sándwich.

ÍNDICE GLUCÉMICO MEDIO (50-69)

- Cereales azucarados.
- Puré de papa.
- Donas.
- Refresco.
- Avena instantánea.

ÍNDICE GLUCÉMICO MEDIO (50-69)

- Mango.
- Piña.
- Plátano.
- Melón.
- Helado.
- Espagueti.
- Pan de grano.
- Palomitas naturales.

ÍNDICE GLUCÉMICO BAJO (<50)

- Manzanas.
- Naranja.
- Fresa.
- Kiwi.
- Frijoles.
- Leche.
- Yogurt.
- Berenjena.
- Cereza.
- Cacahuates.
- Soya.
- Tortilla de maíz.
- Espinaca.
- Brócoli.
- Frambuesas.
- Zanahoria cruda.

¿CÓMO MIDO MIS ALIMENTOS?

1 TAZA

Cereales y frutas

90-100 GRS

Corte de res Picadito

2 TAZAS

Lechuga

20 GRS

Queso cottage (ricazot)

20 GRS

Frutas secas (servicio)

1 cucharada

Cuchara sopera

1 cucharada

Cuchara de postre

1 cucharada

Cuchara de té

Elaborado por Mónica Pizarro del Servicio Social, Conser Goroletz Meyer, Hernández Aníbal, Jara Albaro, Ocho Soledad, Soto Arce, Reyes Antonio, Rojas, Quevedo Mijail, David Mubila, Blinquet Dorotea, Sobal Salcedo, Salas Casas Luis Daniel, Alcocer Sánchez Carla

ANEXO 5: FOTOGRAFÍAS DESCADAS DEL SERVICIO SOCIAL



CERTIFICADOS MÉDICOS



CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA SEPTIEMBRE 2022



1° RALLY DIETA DE LA MILPA 2022



CAPTURA DE PACIENTES EN LA PLATAFORMA SIC



2º RALLY DIETA DE LA MILPA

	SYS	DIA	PULSE
15-Mar	121	85	88
	101	85	88
	127	83	88
16-Mar	128	89	90
	108	82	89
	103	77	85
17-Mar	129	90	94
	124	80	88
	110	85	88
18-Mar	101	88	88
	98	86	88
	92	86	88
19-Mar	126	88	88
	98	83	90
	94	83	92
20-Mar	125	90	85
	113	83	85
	122	82	87

BITACORA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTE DEL PROYECTO DE CRÓNICOS

FECHA	HORA	GLUCOSA	COMENTARIOS
21 Feb	8:00 AM	151	
22 Feb	8:00 AM	258	
23 Feb	8:00 AM	153	
24 Feb	8:00 AM	205	
25 Feb	8:00 AM	221	
26 Feb	8:00 AM	82	
27 Feb	8:00 AM	273	
28 Feb	8:00 AM	73	
29 Feb	8:00 AM	271	
1 Mar	8:00 AM	107	
2 Mar	8:00 AM	351	
3 Mar	8:00 AM	241	

BITÁCORA GLUCOSAS CAPILARES DE PACIENTE DEL PROYECTO DE CRÓNICOS



PLÁTICA SOBRE EL PROYECTO DE CRÓNICOS EN CASA FRISSAC



PLÁTICA PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LA JORNADA SE SALUD



4º ENCUENTRO DE PACIENTE CON ENFERMEADES CRÓNICAS



5º ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEADES



PLÁTICA ENFERMEADES DIARRÉICA ACTUALIZACIÓN A PADRES DE FAMILIA EN KINDER RESAGADOS



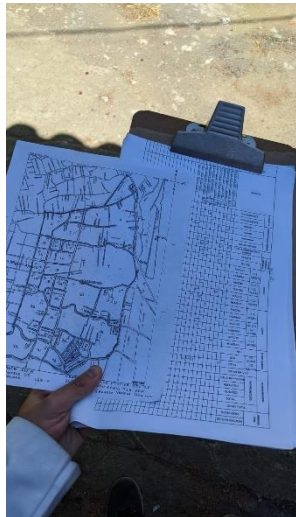
TOMA DE GLUCOSA EN CONSULTORIO



ACTIVIDAD DÍA DEL NIÑO: DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN



REALIZANDO ENCUESTAS DE CERCO EPIDEMIOLÓGICO ANTIRRÁBICO



REPLICA DE PLÁTICA CASA FRISSAC: MARZO