

PROYECTO: PROYECTO URBANO DE SALUD

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO (MAICP) DE LA CIUDAD DE MÉXICO. UN ENFOQUE DE DESARROLLO DE CAPACIDADES.

TÍTULO: CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, SOBREPESO, DISLIPIDEMIAS) DEL PROYECTO URBANO DE SALUD EN EL CONSULTORIO DE VOLCANES DEL MOVIMIENTO POPULAR DE PUEBLOS Y COLONIAS DEL SUR (PERIODO DEL 01 DE FEBRERO DEL 2023 AL 31 DE ENERO DEL 2024)

AUTORA: MPSS. BOLAÑOS MARÍN SARA GUADALUPE

MATRÍCULA: 2172028494

PROMOCIÓN DE SERVICIO SOCIAL: FEBRERO 2023 – ENERO 2024

ASESOR INTERNO: VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR

ASESORA EXTERNA: ALEJANDRA GASCA GARCÍA

02 DE FEBRERO DEL 2024, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO.

1. Presentación

El propósito de este documento se basa en analizar los resultados que se han obtenido durante este año de Servicio Social implementando el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas en el caso particular del consultorio de volcanes, consultorio que forma parte del Proyecto Urbano de Salud (PUS) y a su vez del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur a cargo de la MPSS. Bolaños Marín y Sara Guadalupe.

La distribución del siguiente documento consta de los siguientes puntos:

1. Presentación.

Se realizará una breve descripción acerca del contenido de este documento y se detallarán algunos puntos importantes acerca de la incorporación a esta plaza del servicio social. (Consultorio de volcanes, jurisdicción de Tlalpan)

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

Se describirán los componentes de dicho modelo, así como sus subsistemas y como se relacionaron y llevaron a cabo estos dentro de la práctica diaria en plaza del servicio social.

3. Diplomado de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto con un enfoque de capacidades.

Se recabarán las actividades y trabajos realizados durante cada uno de los módulos para su acreditación, posteriormente se encontrará un balance del desempeño clínico basándonos en los resultados obtenidos en la base de datos que se actualizo mes con mes a lo largo del año con los valores de glucemias, tensión arterial sistólica y diastólica, peso, IMC, y cuando se contaban con los resultados de laboratorio triglicéridos, colesterol y hemoglobina glucosilada. Esto con apoyo de 25 tablas donde se distribuyen los resultados de la población participante en este proyecto y modelo de atención para una adecuada evaluación de los resultados a lo largo del año.

De igual manera se encontrarán apartados donde se compartirá la importancia de la acción comunitaria, el concepto de promoción de la salud y como este se incorpora al modelo de cuidados crónicos resultando en el modelo expandido que es la base de este trabajo junto con su aplicación a la clínica del consultorio en el que se realizó el servicio social.

Se encontrará también un apartado que contiene las relatorías de los encuentros con personas que viven con enfermedades crónicas y se rescatarán los temas y principales puntos a destacar después de estos encuentros que fortalecen ampliamente el componente de comunidad activa de este modelo de atención.

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

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

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

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

4. Conclusiones

En este apartado se describirán las opiniones finales acerca de la experiencia que se vivió conociendo y tratando de llevar a cabo este modelo de atención durante el servicio social, así como la experiencia al cursar este diplomado como parte del servicio social. Se mencionan las ventajas y desventajas que se lograron identificar con la implementación de este modelo en nuestro centro de salud, así como la identificación de las aspiraciones de los pacientes que viven con enfermedades crónicas y que se atendieron a lo largo del año.

5. Anexos.

En este apartado podrá encontrarse evidencia fotográfica acerca de las diversas actividades que se realizaron durante este año de servicio social, particularmente con los pacientes que forman parte del programa de personas que viven con enfermedades crónicas,

Mi incorporación a la plaza del servicio social (Consultorio Volcanes, Jurisdicción Tlalpan) se realizó a partir del día 1° de febrero del año 2023, sin embargo y afortunadamente días antes de esta incorporación se realizó el 9° encuentro de personas que viven con enfermedades crónicas por parte del proyecto urbano de salud, al cual tuvimos la oportunidad de acudir. En dicho evento tuve por primera vez un panorama de los resultados que se obtuvieron a lo largo del año anterior y esto me motivó a mantener resultados similares o incluso superar dichos resultados de control.

Días previos a mi incorporación al consultorio de Volcanes se me permitió acudir a consulta con el Médico Pasante del Servicio Social (MPSS) que concluiría su servicio en los próximos días y eso me permitió conocer la dinámica de la consulta diaria, la organización del consultorio en cuanto a material y procedimientos, la dinámica de donación de medicamentos, entre otros. Se me entregó el directorio de pacientes del programa de crónicos junto con sus números telefónicos y próximas fechas de consulta, de igual manera se me aportaron los resúmenes médicos lo cual me apoyo a conocer de primera instancia las redes de apoyo de los pacientes, su entorno social y económico, las enfermedades con las que vivían y el tratamiento que llevaban a cabo en ese

momento, si realizaban o no alguna actividad física, cuál era esta o si existían limitaciones y algo similar con la facilidad que contaban para realizar o no un plan alimenticio y tener un apego a este.

Durante la entrega de estos resúmenes y el análisis del directorio el MPSS. que dejaba el consultorio en ese momento me dio algunas recomendaciones sobre cada paciente y me explico situaciones especiales de dos pacientes que han formado parte del PUS en el programa de crónicos durante mucho tiempo pero que actualmente contaban con dificultad para realizar el traslado al consultorio y a quienes se les realizaría consulta domiciliaria. Todo este procedimiento se realizó en conjunto de nuestra Asesora clínica quien a su vez me entregó un documento donde se estipulaba el material con el que se contaba y se hacía hincapié si es que hacía falta algo para la realización de la consulta para poder proporcionarlo.

Posteriormente comenzaron a acudir muchos pacientes a la consulta general y a la consulta mensual por parte de los pacientes del programa de crónicos. Debo admitir que fue una situación difícil ya que anterior a esta experiencia nunca había llevado a cabo una consulta sola, generalmente las consultas que había realizado previamente siempre habían sido acompañadas de un médico adscrito donde yo tenía la oportunidad de realizar una exploración física y dar opiniones acerca del posible diagnóstico o del tratamiento, sin embargo, en esta ocasión yo era responsable por completo de la atención, el diagnóstico, tratamiento, etc. Afortunadamente al contar con el apoyo de nuestra asesora clínica muchas dudas fueron resueltas. De igual manera en algunas ocasiones acudió a acompañarnos durante la consulta para hacer un análisis de los puntos que realizamos de manera correcta y cuales se podrían mejorar, también se acudió para realizar encuestas a nosotros y los pacientes del programa de crónicos acerca de nuestra experiencia en el MAICP, en mi caso pude destacar que notaba que este modelo no solo lo aplicaba en los pacientes del proyecto, sino incluso en pacientes que acudían a consulta general y se obtenían resultados favorables incluso en el cuidado de enfermedades agudas.

Mi participación en el proyecto de Implementación del modelo de atención integral de la salud centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto, en este caso en el consultorio de volcanes fue muy enriquecedora ya que fue un periodo de crecimiento como persona, personal de salud y médico, me ayudó por primera vez a desarrollar una relación médico-paciente activa de ambas partes, con retroalimentación, donde el paciente al estar informado y participar de manera activa podía tomar decisiones de manera conjunta acerca de su tratamiento, establecer metas factibles, exponer sus dudas y de esta manera apoyarnos a nosotros a estar mejor preparados. De igual manera gracias a todos los temas que revisamos y analizamos en el diplomado semana a semana pude reflexionar y llegar junto con los pacientes al desarrollo de habilidades para su autocuidado, situaciones que incluso externaron los pacientes los hacía sentir forma de un equipo, principalmente esto lo veían los pacientes que se integraron por primera vez al proyecto. Otro punto a favor que se tuvo para los nuevos pacientes fue el desarrollo de un consejo asesor el cual apoyó en muchas ocasiones a nuevos integrantes del proyecto con la realización de un grupo de WhatsApp donde se informan comunicados y se apoyan como comunidad.

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

El modelo expandido de atención integral centrado en las personas a pacientes que viven con enfermedades crónicas consta de tres subsistemas:

1. Relación salud-paciente.

Relaciones e interacciones productivas.

Resultados: Población saludable, clínicos funcionales.

- **Paciente informado y activo. Comunidad activa**

Al exponer sus dudas, conocimientos, experiencias y opiniones acerca de la enfermedad con la que viven y su tratamiento el paciente aclara incertidumbres y desarrolla la capacidad de control de sus enfermedades, autocuidado y en muchas ocasiones incluso comparte sus experiencias con su comunidad (ya sea con pacientes del mismo consultorio o en los encuentros de personas con enfermedades crónicas). Los pacientes del consultorio de volcanes tienen amplio conocimiento acerca de las enfermedades con las que viven y cómo pueden llevar un control de estas además de que cada ocasión en la que existen dudas u opiniones las externan de manera segura, así como expresan su felicidad o tristeza al presentar control o no de sus enfermedades, establecen metas a corto mediano y largo plazo y son sinceros cuando presentan alguna dificultad en llevarlas a cabo. En el componente de comunidad activa muchos pacientes que toman la decisión de comenzar a llevar a cabo actividad física comparten con otros pacientes las diferentes opciones que tienen como comunidad, por ejemplo, acudir al Centro Pilares es una actividad que han desarrollado muchos gracias a que han compartido sus experiencias, las actividades con las que cuenta dicho centro y se motivan como comunidad.

- **Equipo clínico preparado y proactivo. Otros actores comunitarios preparados y proactivos**

Nosotros como personal de salud continuamos preparándonos durante este año para proporcionar opciones a los pacientes de acuerdo a sus preferencias, opciones y capacidades. Nosotros debemos buscar la mejor evidencia disponible para compartirles las diferentes oportunidades de tratamiento y medidas generales con las que contamos para el control de sus enfermedades, así como desarrollamos la capacidad de una escucha activa y una comunicación eficaz en cada consulta. En el consultorio de Volcanes de desarrollo esto no solo con los pacientes del programa de crónicos, sino también con la consulta general.

2. Sistema de salud cuatro componentes

- Desarrollar habilidades personales para el autocuidado

Los pacientes del consultorio de volcanes cuentan con diferentes formas de llevar a cabo su autocuidado, muchos de ellos cuentan con dispositivos como glucómetro, baumanómetros digitales y análogos, y básculas para el control de sus mediciones que llevan a cabo no solo mes con mes sino de manera constante, en caso de no contar con estos dispositivos saben que pueden acudir en cualquier momento al consultorio para la medición de estos o se apoyan de centros donde pueden realizarse estas mediciones (como el centro de salud o el centro de pilares) centros que comparten a través de la comunicación que tienen vía WhatsApp o cuando se encuentran en el consultorio.

- Reorientar el diseño de prestación de servicios

En el consultorio de volcanes no se lleva a cabo una consulta convencional paternalista, se lleva a cabo una consulta activa, con pacientes activos y en mi caso un personal de salud que lleva a cabo una escucha atenta acerca de la opinión, comentarios y dudas que tienen los pacientes ante cualquier situación. De igual manera si existe una duda de mi parte solicito acudan a una nueva consulta para que yo sea capaz de prepararme con la mejor información disponible para ofrecer diferentes opciones. Sigo un contacto estrecho con mis pacientes que cuentan incluso con mi contacto telefónico para resolver cualquier duda a pesar de que no me encuentre en el consultorio lo cual les brinda confianza, seguridad y acompañamiento (expresado en sus propias palabras), de igual manera al hacer recordatorio de sus consultas y que tengan la oportunidad de acudir de manera libre en caso de no poder agendar alguna consulta de acuerdo a sus posibilidades nos permite llevar un seguimiento continuo y estrecho.

- Apoyo a la toma de decisiones

Existen diferentes situaciones en las que algunos pacientes presentan dificultades para el apego al tratamiento farmacológico y desean llevar el control de sus enfermedades crónicas mediante medidas generales como un mejor apego al plan alimenticio o actividad física lo cual se apoya y se lleva un seguimiento estrecho y en muchas ocasiones presenta resultados favorables. En caso de que sea necesario el uso de tratamiento farmacológico se hace una amplia explicación del funcionamiento del medicamento, efectos secundarios, etc. y se exponen las diferentes opciones con las que contamos o a las que podemos acceder y los pacientes junto con nosotros llevamos a cabo una toma de decisiones conjunta que se reevalúe continuamente y generalmente tienen buenos resultados y adecuado apego a este.

- Sistema de información

Continuamente durante la consulta se comparte información acerca de las enfermedades crónicas principales con las que vive la población del consultorio de volcanes, se comparte mediante carteles y a través de pláticas individualizadas que incentivan en muchas ocasiones a exponer dudas o compartir conocimientos. Me hubiera gustado tener la oportunidad de realizar y compartir más información acerca de esto quizá de manera grupal para alcanzar un poco más de expansión.

3. Comunidad

- Políticas públicas saludables

En el consultorio de volcanes afortunadamente al ser parte del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur promueve mediante la presencia de este consultorio una oportunidad de acudir a un servicio de salud accesible y disponible para su población, introduciendo algunas otras oportunidades para el cuidado de la comunidad como la toma de papanicolaou.

- Crear entornos saludables

Los pacientes del consultorio de volcanes tanto del PUS como la consulta general son capaces de desarrollar entornos saludables para ellos y su comunidad, muchos reconocen las oportunidades que tienen para acceder a sus medicamentos mediante la donación de estos, así como la oportunidad que tienen para acudir a diversas actividades físicas que comparten como comunidad o para el apoyo en sus planes de alimentación en caso de no contar con ellos o apoyarlos uniéndose evitando tal vez el consumo de alimentos no tan saludables, la comunidad del consultorio de volcanes sin dudas es una comunidad muy unida y solidaria que ha brindado un ambiente de seguridad y acompañamiento para su entorno.

- Fortalecer acción comunitaria

La acción comunitaria del consultorio de volcanes puedo mencionar que es muy fuerte, debido a que está conformado por muchas familias y vecinos de la zona se conocen y están al pendiente de su salud como comunidad. Gracias a que comparten un grupo vía WhatsApp o mediante sus reuniones familiares o incluso al encontrarse en el consultorio suelen compartir diferentes opciones para la realización de actividad física (actualmente compartiendo incluso su participación en el grupo “Nuestro cuerpo en movimiento”) Ellos desearían acudir a tomar muchas de estas clases de forma presencial en los consultorios, desafortunadamente no contamos con el espacio suficiente, que es una situación que en algunas ocasiones pudimos solucionar acudiendo a un deportivo cercano y que resultó como una actividad muy gratificante para todos.

***Incorporación de la Promoción de la salud.**

Este punto se desarrollará en punto **3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas** en el apartado **Concepto y modelos de promoción de la salud**

3. El diplomado

A la par de la realización del servicio social se acudió como parte de la formación y capacitación constante al diplomado de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto con un enfoque de capacidades.

El principal objetivo de dicho diplomado fue que nosotros como médicos pasantes de primer contacto lográramos adaptar a nuestra práctica clínica diaria los principios y estrategias de dicho modelo para ser capaces de desarrollar una relación médico-paciente productiva, dejando atrás ese modelo paternalista del médico como máxima autoridad y comenzando a comprender y acompañar a los pacientes en su vida con una enfermedad crónica, las situaciones que pueden exacerbar o reducir los síntomas característicos de estas enfermedades, así como entender cuáles son las capacidades individuales y colectivas que pueden desarrollar las personas para el control de estas enfermedades.

Durante las clases en el diplomado se evaluó la mejor evidencia científica disponible como base para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, esta evidencia nos mostró la oportunidad de brindar diversas opciones de tratamiento para los pacientes de nuestros consultorios y desarrollando la capacidad no solo en nuestros pacientes sino también en nosotros sobre la toma de decisiones compartidas.

A lo largo de estas sesiones tuvimos la oportunidad de realizar diversas simulaciones de consulta donde pudimos puntualizar algunos errores que podían corregirse durante nuestra consulta pero de igual manera algunos puntos a favor que ya íbamos llevando a cabo, gracias a esto y al retomar los principales puntos de las lecturas que se fueron analizando a lo largo del diplomado aprendimos a valorar de manera integral la evolución de la enfermedad crónica de nuestros pacientes, como su familia, su trabajo, su situación económica, social y psicológica influye de manera importante en la evolución de sus enfermedades, y como en muchas ocasiones estas situaciones condicional alteraciones en su control.

El diplomado se encontraba dividido en **cuatro módulos:**

1. Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedades crónicas. Enfoque de capacidades.

- Modelo Expandido de Cuidados Crónicos.
- Atención centrada en la persona

- Empoderamiento y emancipación
- Delinear el concepto de autocuidado
- El paciente como agente
- Ayudando a ayudarse
- Del paciente activo al paciente autónomo

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

- ¿Qué sabemos de práctica clínica basada en evidencia?
- Uso de la Medicina Basada en Evidencias: Barreras, dificultades, soluciones
- MBE en Hipertensión Arterial
- Estándares de cuidado médico en Diabetes 2023. ADA
- Estándares del cuidado médico en Hipertensión AHA 2023.
- Cómo realizar una buena revisión sistemática.

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

Promoción de la Salud en el Modelo Expandido. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas

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

- Casos clínicos
- Temas selectos: Uso correcto de hipoglucemiantes, insulinas, tratamiento antihipertensivo, acompañamiento psicológico.

Durante cada uno de los módulos se realizó una revisión acerca de diversos artículos que estaban enfocados en explicar cada uno de los componentes del Modelo Expandido de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP) en pacientes que viven con enfermedades crónicas, comenzamos partiendo de la base de cada uno de los conceptos que abordaríamos y recordaremos en cada sesión, acompañado de cada uno de estos módulos se llevaba a la par el cuarto módulo contando con la exposición de casos clínicos que eran seleccionados particularmente por cada uno de los compañeros en sus centros de salud, de igual manera ante la solicitud de nosotros se exponen temas de importancia para el constante desarrollo y actualización de nuestras habilidades clínicas siempre acompañados de nuestros asesores clínicos para aportarnos una retroalimentación y aclarar nuestras dudas. Sin lugar a dudas el participar en este diplomado género en mí un deseo importante por seguir llevando a cabo este modelo de atención en un futuro en mi práctica médica.

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

INTRODUCCIÓN.

El presente ensayo resulta del interés específico y particular de cómo llevar a cabo las diferentes estrategias e intervenciones que hemos abordado a lo largo del diplomado en curso; de una manera práctica, natural y replicable basada en la mejor evidencia con resultados que hemos visto reflejados en distintos artículos y bibliografía que analizamos semana a semana. Específicamente enfocándose en tres fuentes proporcionadas que llamaron mi atención de manera particular ya que ambas proporcionan ejemplos que intentó llevar a la práctica en el primer contacto de atención con los pacientes consulta a consulta. Dichas referencias son los artículos “*El método clínico centrado en la persona y su aplicación a la atención primaria de salud*” (2), “*Ayudar a los pacientes a ayudarse a sí mismos: Una revisión sistemática de las estrategias de apoyo al autocuidado en la práctica de la atención primaria de salud*” (3) y “*Toma de decisiones compartida: un modelo para la práctica clínica*” (4).

A partir de las estrategias e intervenciones que se mencionan en dichas fuentes surge mi interés particular de llevar a cabo la implementación y el apoyo a estas en el autocuidado en pacientes que viven con enfermedades crónicas, con los cuales convivo diariamente brindando atención clínica en el consultorio de volcanes (primer nivel de atención) por parte del Proyecto Urbano de Salud, así como destacar como dichas intervenciones pueden mejorar y generar un impacto favorable en el control de los diversos factores y la calidad de vida relacionada con el estado de salud de los pacientes.

El principal interés que motiva la idea central de este artículo radica en la necesidad y deseo de identificar y poder compartir con los pacientes las herramientas, estrategias y acciones que puedan fortalecer el autocuidado y así apoyar el control de sus enfermedades crónicas no transmisibles, tanto de manera individual como grupal, ya que la comunidad del consultorio de volcanes durante los meses de servicio social que he presentado se destaca de forma característica por el apoyo a nivel colectivo entre sus miembros. La comunidad del consultorio de volcanes cuenta actualmente con 37 miembros que acuden de manera regular a sus consultas para el control y seguimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles con las que viven día a día.

Muchos miembros de esta comunidad han sido partícipes del Proyecto Urbano de Salud por años por lo cual muchos cuentan con experiencias previas del Modelo de Atención Integral de Salud Centrado en la Persona, tanto por su acompañamiento a los encuentros de personas con enfermedades crónicas realizados en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, como por la experiencia con pasantes previos que los han hecho partícipes activos de diversas intervenciones en el cuidado de su salud. Sin embargo, también existe otro porcentaje importante de pacientes que se integraron el año pasado y algunos nuevos miembros que se van integrando a este proyecto e incluso algunos que se reintegran después de anteriormente formar parte del mismo.

En ellos radica mi principal interés como Médico Pasante del Servicio Social que tiene contacto por primera vez con este modelo de atención durante su formación y práctica

clínica, ya que previo a este modelo particularmente nunca había tenido contacto con un modelo que presenta múltiples herramientas y estrategias que nos ayudan a no solo mejorar la relación médico-paciente, sino también hacer partícipe activo al paciente en las toma de decisiones, reconocimiento de su autonomía y mejora en su autocuidado. Al realizar este ensayo se busca recapitular las principales intervenciones que pueden realizar los pacientes que se integran al proyecto y a los cuales invitamos a ser partícipes del mismo para fortalecer y hacerlos partícipes activos en la toma de decisiones buscando la mejoría de su salud, así como reafirmar las mismas a los pacientes que han sido y son parte del proyecto.

OBJETIVOS:

Objetivo general: El objetivo de este ensayo es destacar y puntualizar mediante la revisión específica de bibliografía proporcionada durante el diplomado (Modulo 1) las principales intervenciones en el autocuidado que pueden llevar a cabo los pacientes que viven con enfermedades crónicas para mejorar el control en sus enfermedades, así como implementar y apoyar dichas estrategias en conjunto con los pacientes del Proyecto Urbano de Salud y participantes del programa de Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto durante la práctica clínica como primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Realizar una revisión y recapitulación de las fuentes bibliográficas proporcionadas durante el módulo 1 del diplomado.
- Destacar y puntualizar las principales intervenciones y estrategias en el autocuidado que se mencionan en dichos artículos y bibliografía complementaria.
- Dialogar con las personas que viven con enfermedades crónicas que participan en el Proyecto Urbano de Salud o son partícipes del programa de Atención Integral de la Salud Centrado en la Persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto, así como quienes busquen integrarse al proyecto acerca de dichas intervenciones y estrategias y cómo implementarlas durante la consulta, encuentros de personas con enfermedades crónicas, etc.
- Fomentar la autonomía, autodeterminación, autogestión, empoderamiento y participación activa de los pacientes.
- Fomentar la toma de decisiones conjuntas (presentar opciones, describir opciones y ayudar a explorar las preferencias y tomar decisiones). Ayudar a explorar las opciones y alternativas en cuanto a tratamientos, medidas generales, etc.
- Aclarar dudas, resolver inquietudes, unificar conceptos y corregir ideas erróneas.
- Expresar apoyo y motivar la participación activa por parte de los pacientes que viven con enfermedades crónicas.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de la realización de este ensayo radica en la necesidad como Médico Pasante del Servicio Social de recapitular y replicar lo aprendido durante las sesiones del diplomado y llevarlo a cabo en la consulta diaria, destacando la importancia del

Modelo de Atención Integral de la Salud Centrada en la Persona para compartir con los pacientes la importancia del fortalecimiento del autocuidado y así identificar y valorar cada una de estas intervenciones para posteriormente poder replicarlas de manera adecuada con los pacientes que ya formen parte del proyecto, se integren o reintegren a este proyecto y así lograr de manera conjunta mejores resultados en su estado de salud.

DESARROLLO

Sin lugar a dudas es importante reconocer la importancia y el impacto que tienen las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en nuestra sociedad, dichos datos podemos analizarlos y observarlos a partir de cifras que nos comparten las principales fuentes de información sobre salud a nivel mundial principalmente por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) aunque de igual manera me gustaría recalcar brevemente los datos que nos comparte en México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (5,6,7).

Al recapitular la definición y los datos que nos comparte la OMS sobre las ECNT es importante destacar que dicho grupo de enfermedades no solo se presentan en gran parte de la población mundial, sino que también tiene un impacto considerable en la mortalidad de la misma (74% de las muertes a nivel mundial) otro punto importante es que estas engloban múltiples factores (fisiológicos, ambientales, metabólicos, de comportamiento, entre otros) (1) que nos ayudan a resaltar la importancia de ver a una persona como una totalidad y no solo como una enfermedad o diagnóstico como suele verse en la práctica clínica convencional a la que muchos estamos acostumbrados durante nuestra formación y que justamente buscamos modificar actualmente que aún continuamos en formación con apoyo del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, y no solo modificarlo para nosotros sino para los pacientes que forman parte de este proyecto.

De igual manera la OMS (1) nos menciona estrategias e intervenciones para la prevención y control de las ECNT por parte del personal de salud, entre las cuales destaca no sólo la reducción de los múltiples factores nombrados anteriormente, sino las acciones que realizamos día con día en la consulta de primer nivel de atención: Detección y tratamiento oportuno. (1)

Los resultados de las ENSANUT del año 2022 nos presentan la prevalencia de las principales enfermedades con las que viven los pacientes que forman parte del proyecto, por dicho motivo considero importante su mención breve y concisa en este ensayo. Las ENSANUT nos arroja los siguientes datos: (5,6,7)

Sobrepeso presente en el 38.3% (41.2% en hombres y 35.8% en mujeres) y Obesidad en un 36.9% (41.0% en mujeres y 32.3% en hombres) (5); Prediabetes 22.1%, Diabetes diagnosticada 12.6% y no diagnosticada de 5.8%, arrojando un total de 18.3% (6); Hipertensión 47.8% de los cuales el 65.5% desconocía su diagnóstico. (7). Estos datos resultan de suma importancia ya que durante el diplomado y los encuentros con personas que viven con enfermedades crónicas también podremos hacer comparación de estos resultados y los que vemos reflejados incluso en nuestra consulta diaria.

Para comenzar a recapitular las intervenciones y estrategias para el autocuidado del paciente me gustaría comenzar retomando el *Método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud* (2), donde nos indica que durante la entrevista es importante evitar la imposición de parte del médico y en cambio motivar el intercambio de ideas e intereses del paciente, apoyando de este modo el comienzo para forjar el autocuidado apoyado de la información que proporciona el médico. (2)

Como indica Cuba Fuentes et al. (2) entender a las personas como un todo que incluye su personalidad, carácter, formación, experiencias vividas, formación, definirá también su comportamiento, (2) intentando conectar lo anterior con el siguiente artículo que nos habla acerca del modelo de toma de decisiones compartidas en muchas ocasiones al intentar implementar por primera vez este modelo en muchos pacientes resaltaron esta totalidad, que al solicitar su participación activa puede resultar más o menos de acuerdo a lo esperado o en muchas ocasiones se tendrá que continuar clarificando el objetivo de su participación en la mejora de su salud obteniendo, particularmente, resultados favorables que mencionaré más adelante.

La *“Toma de decisiones compartida: un modelo para la práctica clínica”* fue uno de los artículos que desde el primer contacto que tuve mediante la lectura de dicho artículo llamó mi atención de manera particular ya que cuenta con pasos clave para que tanto los pacientes como los médicos puedan comparar con la mejor evidencia posible las alternativas que existen para llevar a cabo el control y seguimiento de sus enfermedades para finalmente tomar una decisión conjunta y que esta no radique simplemente en la decisión particular del médico o sino que el paciente forme parte activa de esta decisión, es un modelo que llamó inmediatamente mi atención y al llevarla a cabo igualmente causa diferentes reacciones a los pacientes, ya que desgraciadamente nos encontramos ambas partes acostumbradas a un modelo tradicional en el que el paciente cumple el papel pasivo de escuchar las decisiones seleccionadas por su médico tratante sin considerar opinión, alternativas o explorar preferencias del paciente.

En el modelo de toma de decisiones compartidas cuenta con el objetivo de apoyar la autonomía del paciente respetando su individualismo e independencia, identificando que nuestras decisiones son el resultado de múltiples factores y deben ser apoyadas por una adecuada relación médico-paciente en la que se debe dar un panorama de las opciones, describirlas y finalmente ayudar al paciente a explorar sus preferencias y finalmente llegar a una toma de decisiones compartida. (4)

Particularmente intentó llevar a cabo este modelo en mi consulta diaria con los pacientes que forman parte del proyecto ya que al implementar los pasos e intervenciones que nos proporciona este modelo he logrado ver resultados muy similares a los que se engloban y sustentan en el artículo; Elwyn G et al. (4) al preguntarse el por qué es importante compartir esta toma de decisiones refieren que después de la múltiple revisión bibliográfica de ensayos se llegó a puntos claves que yo misma he tenido la oportunidad de ver en consulta, principalmente por destacar algunos la participación más activa del paciente, ganancia de conocimiento por parte de los pacientes e incluso por mi parte ya que en múltiples ocasiones me comparten información que nos resulta interesante a ambas partes y al ver resultados favorables en esta toma de decisiones generan más

confianza en estas mismas y ambos somos más conscientes de las preferencias personales del paciente.

Por último, pero no menos importante el artículo *“Ayudar a los pacientes a ayudarse a sí mismos: Una revisión sistemática de las estrategias de apoyo al autocuidado en la práctica de la atención primaria de salud”* nos presenta una revisión sistemática de la autogestión y autocuidado, así como estrategias que podemos implementar en la práctica en el primer nivel de atención que es el principal pilar para el desarrollo de este ensayo. Dicha revisión evalúa la efectividad de dichas intervenciones comparando el modelo de atención tradicional o habitual con este modelo donde destaca la importancia de que la atención sea cara a cara, que es una de las principales acciones que intento realizar en todas las consultas que realizo diariamente.

Dineen-Griffin S et al. Mencionan también que los principales resultados indican que entre las intervenciones que debemos realizar para fortalecer el autocuidado en los pacientes se encuentran: Adaptarse a sus necesidades, tener conocimiento sobre la enfermedad y tratamientos, monitorización independiente de los signos y síntomas. Indica también la importancia de estrategias psicológicas de afrontamiento (principalmente en situaciones de estrés o ansiedad), adherencia al tratamiento, elección del estilo de vida entre otras. (3) Por otro lado, por parte del médico el seguimiento se llevará a cabo teniendo una retroalimentación en cada consulta, monitorizando los resultados respecto a los objetivos establecidos previamente y apoyando la toma de decisiones conjuntas. (3)

Sí se llevan a cabo dichas intervenciones se espera que los resultados no solo reflejan una mejoraría en los indicadores clínicos sino también en la calidad de vida del paciente y ampliar, mejorar o generar conocimiento y control de su enfermedad. (3)

Es importante recordar que el principal apoyo al autocuidado de los pacientes se generará a partir del apoyo con técnicas y herramientas que los ayudarán a elegir de entre todas las opciones los comportamientos más saludables que tengan una repercusión favorable que posteriormente desarrolle habilidades y confianza en los pacientes en el control y manejo de la enfermedad con la que viven. (3)

Después de realizar esta recapitulación y puntualización no solo de las intervenciones que podemos realizar de manera conjunta medico con paciente activo y autónomo, puedo mencionar de manera satisfactoria que he implementado muchas de ellas en la consulta que he tenido durante mi estadía en el servicio social, sin embargo al realizar este ensayo identifiqué múltiples estrategias que no aplicó y que me gustaría implementar en futuras consultas y encuentros con los pacientes que viven con enfermedades crónicas así como compartir con ellos estas opciones de intervención para buscar una mejoría en su estado de salud y que ambas partes podamos seguir compartiendo tanto nuestras experiencias como resultados con dichos modelos que hemos abordado a lo largo de este primer módulo del diplomado.

CONCLUSIONES.

Puede así concluir que las intervenciones y estrategias aportadas por los diferentes modelos abordados en la bibliografía analizada durante este periodo cumplen con la

función de mejorar la relación médico paciente, principalmente comprendiendo a la persona como una totalidad, para así acompañar de manera adecuada a los pacientes durante su enfermedad, al igual que apoyando el autocuidado del paciente haciéndolo un partícipe activo de la toma de decisiones acerca de su estado de salud, tanto individual como de manera conjunta, brindándole seguridad en su autonomía y en la toma de sus decisiones. Esta revisión y recapitulación me permitió identificar intervenciones que realizan muchos pacientes en su autocuidado y cómo puedo implementar estas con nuevos pacientes, pacientes que se reintegran al proyecto o pacientes con quienes aún existe un poco de dificultad para afrontar estas estrategias. Sin embargo, cuento con la confianza de poder realizar un trabajo conjunto con ellos que nos permita de igual manera seguir mejorando la relación médico-paciente y que sean capaces de fortalecer su autonomía.

Sin duda lo mejor del módulo y del periodo de mi estancia hasta el momento en el consultorio de volcanes por parte del proyecto urbano de salud fue conocer un modelo de atención integral de salud centrado en la persona, no en la enfermedad o diagnóstico como en el modelo tradicional que adoptamos como médicos desde nuestro primer contacto con los pacientes y que desafortunadamente muchos compañeros no conocen y que sin duda me gustaría compartir y continuar llevando a cabo durante no solo la conclusión de mi formación como médico sino también como profesional.

En cuanto a la propuesta que podría aportar para el módulo recomendaría la realización de talleres o exposiciones al finalizar el módulo donde se pueda hacer del conocimiento de este modelo de atención y la importancia en la salud del paciente de considerar al paciente en su totalidad a las nuevas generaciones de médicos en formación para atraer su interés a este modelo que muchos no tuvimos la oportunidad de conocer en ningún ámbito ni académico ni durante la práctica clínica y que probablemente muchos no conoceríamos de no ser parte de este diplomado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. [citado 1 de Agosto 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Cuba Fuentes MS, Romero Albino ZO de LM. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]; 2016;33(4):780. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2565>
3. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. PLoS One [Internet]. [citado 1 de

agosto de 2023];2019;14(8):e0220116. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>

4. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023];2012;27(10):1361–7. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
5. Campos-Nonato I, Galván-Valencia Óscar, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Barquera S. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Publica Mex* [Internet]. 14 de junio de 2023 [citado 2 de agosto de 2023];65:s238-s247. Disponible en:
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14809>
6. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, Rivera JA, Romero-Martínez M, Barquera S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Publica Mex* [Internet]. 13 de junio de 2023 [citado 10 de agosto de 2023];65:s163-s168. Disponible en:
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14832>
7. Campos-Nonato I, Oviedo-Solís C, Vargas-Meza J, Ramírez-Villalobos D, Medina-García C, Gómez-Álvarez E, Hernández-Barrera L, Barquera S. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Publica Mex* [Internet]. 14 de junio de 2023 [citado 2 de agosto de 2023];65:s169-s180. Disponible en:
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14779>

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

INTRODUCCIÓN

Esta revisión sistemática, se realizó como parte del Diplomado de Atención Integral Centrado en la Persona que es paralelo al servicio social de la licenciatura en medicina. Escoger el tema de investigación fue difícil, pues el entorno de los pacientes es muy amplio y con muchas aristas; sin embargo, observando las características de la población que atendemos y las áreas de oportunidad que tenemos los médicos y prestadores de servicios de salud, fue que se decidió analizar la información disponible acerca de la actividad física y el impacto en su salud en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Es importante realizar una revisión sistemática al respecto, pues al llegar a acuerdos con los pacientes de manera conjunta, los prestadores de salud debemos estar informados de cuál es la mejor evidencia científica disponible respecto a la prescripción de actividad física (de resistencia o aeróbica), es nuestra responsabilidad como médicos de primer contacto en la atención de padecimientos crónico-degenerativos.

El interés para realizar una revisión acerca de la comparación entre estos dos tipos de ejercicio y su impacto en el control glucémico de los pacientes que viven con Diabetes Mellitus 2 surge a partir de la búsqueda actual que se desarrolla en el Proyecto Urbano de Salud con apoyo de los consejos asesores para llevar a cabo diferentes tipos de ejercicios y actividad física para apoyar a su autocuidado y el control de las enfermedades crónicas con las que viven. Decidimos hacer una revisión particular en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ya que gran parte de la población que acude tanto al consultorio de Volcanes como San Pedro Mártir viven con este diagnóstico, decidimos enfocar la búsqueda en adultos de manera más generalizada y de ambos sexos, para no limitar nuestro acceso a diferentes fuentes y debido a que en los Consultorios del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur la población no sólo se caracteriza por contar con adultos mayores, sino también con adultos entre los 30 y 60 años.

Así mismo deseamos identificar cual es el tipo de ejercicio más adecuado para su grupo de edad, condiciones como el IMC con el que cuentan y cuál de estos ejercicios que se comparan cuenta con mejores resultados para la disminuir la hemoglobina glucosilada y los niveles de glucosa en sangre.

A continuación, se abordarán los objetivos que se buscan lograr en el presente trabajo de revisión. Este documento contiene la pregunta de investigación, la cual surgió a partir de las necesidades observadas en la consulta brindada, a los pacientes del Proyecto Urbano de Salud (PUS), así como lo observado en los consejos asesores. Posteriormente se hace una descripción del protocolo, así como los métodos utilizados para seleccionar la mejor evidencia disponible que responda a la pregunta de investigación. Después se presentan los resultados obtenidos después de la revisión sistemática. Por último, se exponen algunas recomendaciones y conclusiones respecto a esta investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo de esta revisión sistemática es seleccionar la mejor evidencia científica disponible respecto al control glucémico al realizar ejercicio aeróbico en comparación con realizar ejercicio de resistencia en adultos que viven con DM2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar una búsqueda digital de artículos con solidez científica en bases de datos bibliográficas computarizadas o metabuscadores cuyo título versa sobre los efectos en el control glucémico y su relación con ejercicio aeróbico o de resistencia.
- Revisar las palabras clave y los resúmenes de todos los artículos encontrados en dichas bases de datos.
- Seleccionar los artículos que versen sobre el tema de interés, y que cuenten con los criterios de inclusión.
- Leer de forma crítica los artículos seleccionados y recopilar la mayor información posible con solidez científica.
- Analizar la información encontrada sobre el ejercicio de resistencia en comparación con el ejercicio aeróbico en el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus 2
- Sintetizar la mejor evidencia científica disponible y elaborar recomendaciones respecto a la información encontrada que sirva para la mejora de la práctica clínica.
- Realizar conclusiones de este trabajo a partir de la revisión sistemática realizada.

PROTOCOLO

Se sabe que ambos tipos de ejercicio, de resistencia como aeróbico han sido un factor que beneficia a las personas con DM2; sin embargo, comparar el efecto de ambos tipos de ejercicio puede beneficiar la prescripción de actividad, ya que en la consulta las pacientes suelen preguntar qué tipo de ejercicio es el más recomendado. El resultado de esta investigación nos apoyara para informar a las pacientes sobre los beneficios de cada tipo de ejercicio y que sean las pacientes quienes empoderadas de conocimiento decidan qué tipo de ejercicio es el que más se apeg a su estilo de vida y el que más se les facilita realizar, ya que esto servirá para obtener mejores resultados en el control de la enfermedad de las pacientes.

En la consulta diaria, al platicar con las pacientes se llega al acuerdo de realizar actividad física; sin embargo, las pacientes solicitan que les informemos sobre qué tipo de actividad física es la que les ofrece más beneficios para mantener niveles adecuados de glucosa, del mismo modo, en el consejo asesor las pacientes muestran interés por realizar actividad física, sin embargo, surgen dudas sobre qué tipo de actividad les

conviene más para cada uno de manera individualizada. Los pacientes que presentan con mayor frecuencia estas dudas suelen ser pacientes que viven con DM2 como único diagnóstico o pacientes con alguna comorbilidad. Los pacientes se encuentran en edades desde la cuarta década de vida y hasta la novena década. Por lo anterior expuesto, surgió el interés de encontrar información sobre qué tipo de ejercicio ofrece más ventajas en el control glucémico de los pacientes. Y de este modo elaborar recomendaciones que nos ayuden a los médicos a brindar una asesoría más integral a nuestros pacientes del PUS. Al contar con pacientes con diferentes grupos de edad, diferentes pesos corporales, diferentes comorbilidades decidimos realizar esta revisión sistemática de forma más generalizada para iniciar con las recomendaciones con la mejor evidencia que podemos encontrar para apoyar tanto a los pacientes como a nosotros en decidir de manera conjunta qué tipo de ejercicio tiene mejores resultados para el control de sus valores glucémicos y así probablemente en un futuro poder replicar esta búsqueda de manera más específica de acuerdo a las necesidades que se vayan desarrollando con los pacientes después de esta primer intervención.

Tradicionalmente se prescriben 30 minutos de actividad física al día de intensidad moderada de acuerdo con la OMS **(1)**. Al mismo tiempo, la OMS comenta que la actividad física ayuda a evitar o retrasar las complicaciones de la DM2. No obstante, los profesionistas de la salud desconocemos qué tipo de actividad física indicar, y realmente es nuestra responsabilidad conocer qué ejercicios indicar a las pacientes.

Es cotidiano que las pacientes tengan dudas sobre realizar ejercicio como la zumba, la natación, la caminata, las pesas, etc. Por lo que se busca que esta investigación nos ofrezca conocimiento para poder asesorar adecuadamente a los pacientes, resolver sus dudas e indicar la mejor opción según sus condiciones de manera individual.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda en los estándares en el cuidado de diabetes 2023 que “La mayoría de los adultos con DM2 deben realizar 150 minutos o más de actividad aeróbica de intensidad moderada a vigorosa por semana, repartidos en al menos 3 días a la semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad” **(2)**. De igual manera se menciona que” Los adultos con diabetes tipo 2 deben realizar de 2 a 3 sesiones por semana de ejercicio de resistencia en días no consecutivos”. **(2)**

En algunos casos más específicos como lo son personas más jóvenes y con mejor aptitud física se recomiendan duraciones más cortas (75 min/semana) de entrenamiento de intensidad vigorosa. **(2)** Entre las actividades físicas que se recomiendan para entrenar la flexibilidad y el equilibrio, así como fuerza muscular en adultos mayores con diabetes nos mencionan disciplinas como el yoga y thai chi las cuales deben realizarse 2 o 3 veces por semana. **(2)**

En el caso de nuestra nación el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) nos proporciona datos preliminares del año 2023 donde la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar en defunciones en ambos sexos y múltiples grupos de edad (59 996 habitantes) **(3)** razón por la cual la intervención que deseamos analizar y llevar a cabo en la consulta diaria con apoyo de esta revisión es sumamente importante, ya que como

menciona Almeda Valdés P y colaboradores en las Acciones para enfrentar a la diabetes “La realización de actividad física moderada a intensa en forma regular se ha asociado a diversos beneficios” entre los que se encuentran mejoría del control de cifras de glucosa, disminución de la resistencia a insulina y mantenimiento de peso corporal, entre otros y el conjunto de todos estos beneficios ha demostrado disminuir morbilidad y mortalidad en personas que viven con diabetes. Entre las modificaciones que podemos encontrar se encuentran los niveles de HbA1c que pueden disminuir del 0.8% +/- 0.3% con la práctica de ejercicio aeróbico y de resistencia de manera conjunta. **(4)**

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

EN ADULTOS QUE VIVEN CON DM2 ¿EL EJERCICIO AERÓBICO PRESENTA MEJORES RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN COMPARACIÓN CON EL EJERCICIO DE RESISTENCIA?

P: Pacientes adultos con DM2 (entre 18 y 90 años de edad, de ambos sexos, peso corporal normal, sobrepeso, obesidad)

I: Entrenamiento aeróbico

C: Entrenamiento de resistencia/fuerza

O: Control glucémico

Se realizará una búsqueda de artículos científicos en la base de datos PubMed, Google Scholar, The Cochrane Controlled Trials Register y la Biblioteca Virtual en Salud (bv salud), utilizando en la búsqueda los MeSH “resistance training/aerobic training, diabetes, aerobic exercise/aerobic training, glycemic control”. En la selección de artículos se buscará que sean revisiones sistemáticas, así como artículos experimentales que versen sobre la comparación entre el ejercicio aeróbico y el ejercicio de resistencia en pacientes con DM2 y el control glicémico. Se priorizará incluir revisiones sistemáticas y metanálisis.

El periodo de búsqueda se realizará a partir del 20 de noviembre del año 2023 y hasta el 4 de diciembre en las bases de datos anteriormente mencionadas, así como datos internacionales y nacionales.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos en inglés o español.
- Artículos que se hayan publicado entre 2014 a la actualidad.
- Artículos en los que se hayan analizado pacientes con DM2 entre 18 a 90 años de edad, de ambos sexos.
- Artículos que incluyan comparaciones entre ejercicio aeróbico y ejercicio de resistencia/ fuerza.
- Revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos aleatorizados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Documentos escritos en otro idioma que no sea inglés o español.
- Artículos que se hayan publicado en 2013 o antes.
- Artículos que hablen sobre síndrome metabólico en lugar de DM2
- Artículos que hablen del efecto del ejercicio aeróbico y de resistencia de forma generalizada sin hacer distinción de los distintos tipos de ejercicio.
- Artículos que incluyan algún otro tipo de diabetes (Ejemplo: Diabetes tipo 1, diabetes gestacional)

EJECUCIÓN

Se realizó la búsqueda a partir del 20 de noviembre del año 2023 y hasta el 4 de diciembre en bases de datos como PubMed, Google Scholar, The Cochrane Controlled Trials Register y la Biblioteca Virtual en Salud (bv salud), se obtuvieron revisiones sistematicas, metaanálisis y ensayos controlados aleatorizados, revisiones narrativas, utilizando como descriptores /términos MESH/palabras clave/keywords los siguientes términos: Resistance training, aerobic training, diabetes mellitus 2, aerobic exercise, strong exercise, glycemic control. El periodo que se estableció para la inclusión de artículos se decidió a partir del año 2014 a la actualidad contando así con un periodo extenso y no muy lejano a nuestra realidad presente. Se seleccionaron artículos en español e inglés para la mejor comprensión del contenido debido a que existe cierto grado de sesgo al traducir de manera incorrecta artículos en otros idiomas.

Al realizar la búsqueda se recolectaron 30 artículos que cumplieran con las palabras claves, periodo temporal de publicación establecido, sin embargo después de una primera preselección se descartaron 18 de estos al analizar los títulos y resúmenes, de esta manera se seleccionaron 12 artículos relevantes según los criterios de inclusión de los cuales finalmente después de una discusión conjunta al revisar de manera completa los estudios se decidió incluir 10 artículos para fines de esta revisión sistemática.

Al realizar una lectura crítica de los artículos seleccionados se corroboró que contarán con evaluaciones de riesgo de sesgo como la colaboración Cochrane o declaración PRISMA para poder proseguir a la extracción de datos más importantes de cada artículo. Para dicho propósito se realizó una tabla que se encuentra en la sección de anexos en la cual se destaca el tipo de pacientes que analiza cada uno, los principales puntos que se rescatan en el artículo sobre el ejercicio aeróbico y de resistencia/fuerza y la comparación entre ellos, y finalmente las conclusiones obtenidas sobre los efectos en los pacientes o recomendaciones.

SÍNTESIS DE DATOS (RESULTADOS).

Wahl y colaboradores **(5)** mencionan que la ADA recomienda 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa para las personas con DM2 a la semana más dos sesiones de ejercicio de resistencia por semana. **(2, 5)**

EJERCICIO AERÓBICO

De acuerdo con Yang y colaboradores **(6)**, el ejercicio aeróbico puede estar asociado con una mayor reducción del IMC y una mejor condición física que el ejercicio de resistencia. También encontraron que hay una mayor reducción de la hemoglobina glicosilada con el ejercicio aeróbico que con el ejercicio de resistencia (diferencia 0,18 % (1,97 mmol/mol), intervalo de confianza (IC) del 95 %. **(6)**

En la revisión sistemática que hace Pan y colaboradores **(7)**, encuentran que el ejercicio aeróbico mejora más significativa que ningún ejercicio en la glucosa plasmática en ayunas (9,38 mg/dl menos), el colesterol total (20,24 mg/dl menos), los triacilglicérols (19,34 mg/dl menos) y el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (11,88 mg/dl inferior). **(7)**

EJERCICIO DE RESISTENCIA

Brown y colaboradores **(8)** encontraron que los niveles de glucosa e insulina disminuyeron con el ejercicio de resistencia con efectos que duran hasta 24 y 18 horas respectivamente. No obstante, los mismos autores aclaran que si se reducen las dosis de insulina inyectable antes del ejercicio de resistencia, se pueden atenuar sus efectos favorables sobre los niveles de glucosa. Este estudio observó que los efectos en la disminución de la glucosa, la insulina y los triglicéridos se potencian cuando el ejercicio de resistencia se hace posterior a la ingesta de alimentos en lugar de hacerlo antes de los alimentos. Adicionalmente y aunque no es tema de esta revisión, los autores señalan que el ejercicio de resistencia supera al ejercicio aeróbico en cuanto a mejorar niveles de presión arterial ambulatoria con efectos hasta 24 horas después **(8)**. Estos datos coinciden con lo encontrado por Pan y colaboradores, **(7)** ya que en su revisión sistemática encontraron que el ejercicio de resistencia supervisado mostró más beneficios que ningún ejercicio para mejorar la presión arterial sistólica (3,90 mmHg menos) y el colesterol total (22,08 mg/dl menos). **(7)**

Nery y colaboradores **(9)**, encontraron que el ejercicio de resistencia parece ser más efectivo para promover un aumento del VO₂máx en protocolos de más de 12 semanas y no hay diferencia en el control de los niveles glucémicos y lipídicos entre los dos tipos de ejercicio (aeróbico y de resistencia). **(9)**

Liu y colaboradores **(10)** en su revisión sistemática encontraron que el ejercicio de resistencia ayuda a disminuir la insulina sérica basal en pacientes con DM2, pero esto se relaciona con la intensidad del ejercicio de resistencia, ya que cuando la intensidad es alta, hay mayor reducción de insulina. Ellos también encontraron reducción de las cifras de glucosa sérica al hacer ejercicio de resistencia en personas con DM2, sin importar el grado de intensidad. **(10)**

Kobayashi y colaboradores **(11)** encontraron que el entrenamiento de fuerza solo fue efectivo y superior al entrenamiento aeróbico solo para reducir los niveles de HbA1c en individuos con diabetes tipo 2 con peso normal. También encontraron una disminución en el peso ($p=0,04$) en el grupo que se sometió a ejercicio de resistencia. También encontraron que el entrenamiento de fuerza aumentó la masa magra apendicular en

relación con la masa grasa y esto fue un predictor independiente de la reducción en el nivel de HbA1c. **(11)**

COMBINACIÓN DE AMBOS TIPOS DE EJERCICIOS.

Bellavare y colaboradores **(12)**, encontraron que tanto el ejercicio de resistencia como el ejercicio aeróbico, disminuye los niveles de HbA1c y de índice de masa corporal (IMC). Aunque no es objeto de nuestra revisión, el estudio de Bellavare también encontró que ambos tipos de ejercicios mejoran el control autonómico cardiovascular. **(12)**

Yang y colaboradores **(6)**, también coinciden en que tanto los ejercicios de resistencia como los aeróbicos son efectivos en la diabetes. **(6)**

También Pan y colaboradores **(7)**, encontraron que al comparar el ejercicio aeróbico supervisado con el ejercicio de resistencia supervisado solo, el ejercicio combinado mostró una mejora más pronunciada en los niveles de HbA1c **(7)** Lo cual coincide con lo encontrado por Mannucci y colaboradores **(13)**, quienes comentan que el ejercicio combinado, aeróbico y de resistencia supervisado se asoció con una reducción significativamente mayor de HbA1c. **(13)**

Gu y colaboradores **(14)** realizaron una revisión sistemática, dos estudios demostraron una reducción significativa de HbA1c en el grupo de entrenamiento después de la intervención con ejercicio. Un estudio no demostró ningún cambio en la HbA1c después de la intervención. Un estudio demostró una reducción significativa (23%) de la glucosa sérica en ayunas. Un estudio no reportó cambios en la glucosa sérica en ayunas. El resto de los estudios no reportó glucemias, ya que el estudio de Gu se orientaba en ver cómo el ejercicio mejoró la función nerviosa en pacientes con DM2, sin embargo, se decidió incluir en esta revisión sistemática, pues arroja datos sobre el control glucémico en pacientes con DM2 que hacen ejercicio. **(14)**

En la sección de **anexos** se encuentra la tabla de artículos revisados y los principales hallazgos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar ejercicio de resistencia preferentemente después de la ingesta de los alimentos, ya que se observó un mayor potencial para disminuir los niveles de glucosa, insulina y triglicéridos cuando el ejercicio de resistencia se hace después de la ingesta de alimentos **(8)**.
- Se recomienda realizar tanto ejercicio aeróbico como ejercicio de resistencia para mejorar los índices de control cardiovascular, la HbA1c, y el IMC **(12)**.
- La ADA recomienda 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa para las personas con DM2 a la semana más dos sesiones de ejercicio de resistencia por semana **(2, 5)**.
- El ejercicio aeróbico se recomienda para personas con DM2, ya que se ha reportado que éste puede disminuir niveles de HbA1c, así como la glucosa sérica

- en ayunas hasta en 23% **(14)**
- Se recomienda realizar ejercicio de fuerza en pacientes con IMC normal y DM2, se ha observado que el ejercicio de fuerza es superior al ejercicio aeróbico para reducir los niveles de HbA1c en pacientes con peso normal y DM2 **(11)**
 - Se recomienda realizar ejercicio de fuerza para aumentar la proporción de masa magra respecto a la masa grasa y mejorar niveles de HbA1c. Se reportó que el ejercicio de fuerza aumentó la masa magra apendicular respecto a la masa grasa, y fue un predictor independiente de la reducción de HbA1c **(11)**
 - Realizar actividades físicas combinada, ejercicio aeróbico y de resistencia para reducir niveles de hemoglobina glucosilada. Se reportó que la combinación de ejercicio aeróbico y de resistencia reduce significativamente los niveles de HbA1c **(13)**
 - Se recomienda que se introduzca progresivamente el ejercicio de resistencia en pacientes con DM2. El Colegio Americano de Medicina del Deporte recomienda la incorporación progresiva de ejercicio de resistencia para tratar la DM2 **(10)**
 - Se recomienda realizar ambos tipos de ejercicio. Una revisión sistemática y meta-análisis indicó que ambos, tanto el ejercicio aeróbico como en ejercicio de resistencia son efectivos en el control de la diabetes al reducir los niveles de HbA1c, y que no hay evidencia que el ejercicio de resistencia difiere del ejercicio aeróbico sobre los factores de riesgo cardiovascular o la seguridad **(10)**
 - Se recomienda realizar ejercicio de resistencia de alta intensidad para aumentar la disminución de insulina en pacientes con DM2. En un meta análisis se encontró que al asociar el ejercicio de resistencia en general sin importar el grado de intensidad, la disminución de insulina era mínima; pero al analizar los artículos por grado de intensidad del ejercicio, se encontró que el ejercicio de resistencia de alta intensidad provoca una disminución significativa de la insulina **(10)**
 - Se recomienda realizar ejercicio de resistencia de cualquier intensidad para disminuir la glucosa sérica en pacientes con DM2. En un meta análisis se encontró que la glucosa sérica disminuyó en pacientes con DM2 sin diferencia significativa al analizar la intensidad del ejercicio de resistencia **(10)**
 - Se recomienda no disminuir las dosis de insulina previa al ejercicio. Un estudio describió que el disminuir las dosis de insulina en pacientes con DM2 insulino dependientes antes del ejercicio, puede disminuir los efectos benéficos del ejercicio en cuanto a disminución de glucosa sérica **(8)**

CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática fue un ejercicio que nos ayudará en nuestro futuro ejercicio profesional, ya que la medicina es una disciplina que está en constante cambio y es nuestra obligación como médicos estar actualizados constantemente. No podemos prescribir, dar indicaciones o sugerir a las pacientes intervenciones sin tener conocimiento pleno de lo que estamos indicando, por ello será útil revisar y actualizar nuestros conocimientos basándonos en la mejor evidencia científica posible que se encuentre disponible.

Los artículos seleccionados y analizados indican que cada tipo de ejercicio ofrece resultados favorables para los pacientes con DM2. Hay algunos resultados que indican que en ocasiones el ejercicio aeróbico tiene efectos similares y a veces tiene efectos diferentes al ejercicio de resistencia. Por ejemplo, el ejercicio de resistencia aumenta la masa muscular de forma significativa a diferencia del ejercicio aeróbico; sin embargo, ambos tipos de ejercicio contribuyen a reducir los niveles de HbA1c. Varios artículos coincidieron en que se deben prescribir ambos tipos de ejercicio para potenciar los beneficios en los pacientes.

Con esta revisión concluimos que debemos aportar, compartir y tratar de incluir en el tratamiento de los pacientes ambos tipos de ejercicio. No obstante, no debemos imponer un tipo de ejercicio a los pacientes, ya que los pacientes difícilmente se apegarán a dicha imposición. Para lograr una eficaz atención integral centrada en la persona, debemos de tomar los siguientes puntos: la perspectiva del paciente, la mejor evidencia científica disponible y nuestra experiencia como médicos.

Al hablar de la perspectiva de los pacientes, nos referimos a que debemos conocer lo mejor que se pueda a nuestro paciente, conocer sus gustos, sus intereses, su ocupación, sus redes de apoyo, su familia, sus horarios, su medio de transporte, conocer la colonia en que vive, limitaciones, capacidades, etc., ya que son elementos que nos harán tener una visión más amplia de lo que vive el paciente y no querer imponer nuestro punto de vista, reduciendo el papel de los pacientes a seres pasivos.

El eje de la atención centrada en la persona es que los individuos que reciben la atención médica, sean agentes activos del cuidado de su salud; por lo tanto, conviene que sean los pacientes quienes decidan qué tipo de ejercicio pueden hacer o si les es posible hacer ambos tipos de ejercicio. La decisión que tengan los pacientes debe ser una decisión informada; por tanto, nosotros como médicos debemos conocer la mejor evidencia disponible para facilitarle la información a nuestros pacientes.

Esta revisión también nos aportó información relevante para prescribir atención personalizada; es decir, identificar las necesidades de cada paciente, para poder decidir de manera conjunta el mejor ejercicio para cada persona que vive con DM2.

En esta revisión concluimos que el ejercicio ayuda a modificar diferentes cifras de control glicémico como la HbA1c, la glucosa sérica en ayunas, o la insulina; entonces, de este modo, dependiendo de las comorbilidades que presenten los pacientes, contaremos con la mejor opción de ejercicio que beneficie al paciente y al control de su enfermedad, en este caso DM2.

Cabe mencionar que la revisión arrojó como hallazgo adicional, datos importantes sobre cómo el ejercicio de resistencia puede disminuir las cifras de tensión arterial en personas con DM2. Estos datos sugieren la necesidad de seguir investigando a futuro al respecto para prevenir la hipertensión en pacientes con DM2 por medio del ejercicio de resistencia.

Finalmente, las participantes que realizamos esta revisión nos encontramos muy satisfechas y entusiasmadas de haber indagado, analizado y resuelto muchas de las dudas que nos hicieron elegir esta pregunta para la investigación, ya que al convivir con pacientes que viven con enfermedades crónicas entendemos y escuchamos sus necesidades y dudas que nos apoyan de manera conjunta a seguir desarrollando conocimiento que no solo nos beneficia a nosotros, sino también a futuros pacientes que integren o no el proyecto urbano de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diabetes [Internet]. Who.int. Organización Mundial de la Salud [citado el 3 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: *standards of care in diabetes-2023*. Diabetes Care [Internet]. 2023 [citado el 3 de diciembre de 2023];46:S 68–96. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S68/148055/5-Facilitating-Positive-Health-Behaviors-and-Well
3. INEGI. Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2022 (preliminar) Comunicado de prensa [Internet] 24 enero del 2023. [citado el 3 de diciembre de 2023] núm. 29/23 :página 9-11. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>
4. Almeda Valdés P, García García E, Aguilar Salinas CA. Manejo integral del paciente con diabetes mellitus. Acciones para enfrentar a la diabetes : documento de postura [Internet]. México: Intersistemas; 2015 [cited 2023 Dec 4]. p. 173–7. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L15-Acciones-para-enfrentar-a-la-diabetes.pdf>
5. Wahl MP, Scalzo RL, Regensteiner JG, Reusch JEB. Mechanisms of aerobic exercise impairment in diabetes: A narrative review. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2018;9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2018.00181>
6. Yang Z, Scott CA, Mao C, Tang J, Farmer AJ. Resistance exercise versus aerobic exercise for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Sports Med [Internet]. 2014;44(4):487–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0128-8>
7. Pan B, Ge L, Xun Y-Q, Chen Y-J, Gao C-Y, Han X, et al. Exercise training modalities in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]. 2018;15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-018-0703-3>
8. Brown EC, Franklin BA, Regensteiner JG, Stewart KJ. Effects of single bout resistance exercise on glucose levels, insulin action, and cardiovascular risk in type 2 diabetes: A narrative review. J Diabetes Complications [Internet]. 2020;34(8):107610. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107610>

9. Nery C, Moraes SRAD, Novaes KA, Bezerra MA, Silveira PVDC, Lemos A. Effectiveness of resistance exercise compared to aerobic exercise without insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2017;21(6):400–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.06.004>
10. Liu Y, Ye W, Chen Q, Zhang Y, Kuo C-H, Korivi M. Resistance exercise intensity is correlated with attenuation of HbA1c and insulin in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(1):140. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010140>
11. Kobayashi Y, Long J, Dan S, Johannsen NM, Talamoa R, Raghuram S, et al. Strength training is more effective than aerobic exercise for improving glycaemic control and body composition in people with normal-weight type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Diabetologia* [Internet]. 2023;66(10):1897–907. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00125-023-05958-9>
12. Bellavere F, Cacciatori V, Bacchi E, Gemma ML, Raimondo D, Negri C, et al. Effects of aerobic or resistance exercise training on cardiovascular autonomic function of subjects with type 2 diabetes: A pilot study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [Internet]. 2018;28(3):226–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2017.12.008>
13. Mannucci E, Bonifazi A, Monami M. Comparison between different types of exercise training in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and network metanalysis of randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [Internet]. 2021;31(7):1985–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2021.02.030>
14. Gu Y, Dennis SM, Kiernan MC, Harmer AR. Aerobic exercise training may improve nerve function in type 2 diabetes and pre-diabetes: A systematic review. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2019;35(2):e3099. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.3099>

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

Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Consultorio de Volcanes a cargo de la MPSS. Sara Guadalupe Bolaños Marín.

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

Tabla No.1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	34	85%
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	5	12.5%
Recuperados a partir de agosto de 2023	2	5%
Total	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

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

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

Comentario: Al integrarme en el mes de febrero del 2023 se me entregó una lista con 34 pacientes, de los cuales solamente una se reportaba como NO ACTIVA, se intentó contactar por medios telefónicos, dirección, e incluso se esperó que acudiera al consultorio sin obtener resultado, por lo cual se dio de baja del proyecto, presentándose así una lista inicial con 33 pacientes. Posteriormente acudieron de manera particular 2 pacientes que previamente habían formado parte del PUS y que deseaban reintegrarse, acudiendo regularmente a sus consultas, encuentros de pacientes que viven con enfermedades crónicas, y toma de mediciones y laboratorios. Posteriormente a lo largo del año se integraron 5 pacientes por primera vez al proyecto después de acudir a 3 consultas consecutivas, entregar consentimiento informado y explicar acerca de los objetivos de este proyecto, teniendo actualmente un total de 40 pacientes que forman parte del PUS en el consultorio de volcanes.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	40	100
No activas	0	0
Total	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo enero 2023 – enero 2024.

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

Comentario: Afortunadamente y gracias al estrecho contacto que se tiene con los pacientes que forman parte del programa de personas que viven con enfermedades crónicas los pacientes han acudido en al menos 6 ocasiones a lo largo del año y acuden a sus consultas en periodos no mayores a 3 meses entre cada consulta.

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III Volcanes
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
Cambió 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 febrero 2023 – enero 2024

Comentario: Recapitulando el comentario de la tabla anterior, a pesar de que algunos pacientes han presentado algunos contratiempos para acudir a sus consultas, siguen acudiendo para continuar su seguimiento en el consultorio, al compartimos algunas de las causas por las cuales dejan de acudir a algunas de sus consultas podemos mencionar:

- a) Internamientos o intervenciones hospitalarias de ellos o familiares de los cuales ellos fungen como cuidadores primarios.
- b) Migración a estados de origen (no mayor a 3 meses)
- c) Dificultad para movilización al consultorio (alteraciones en la marcha)

Muchas de estos contratiempos se han resuelto otorgando diferentes opciones mediante la comunicación que se tiene vía telefónica y WhatsApp, por ejemplo, agendando consulta abierta para sus posibilidades y horarios, así como consulta domiciliaria.

2. Información demográfica:

Tabla No.4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo a sexo

**Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan**

Sexo	No	%
Femenino	33	82.5
Masculino	7	17.5
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	40	100

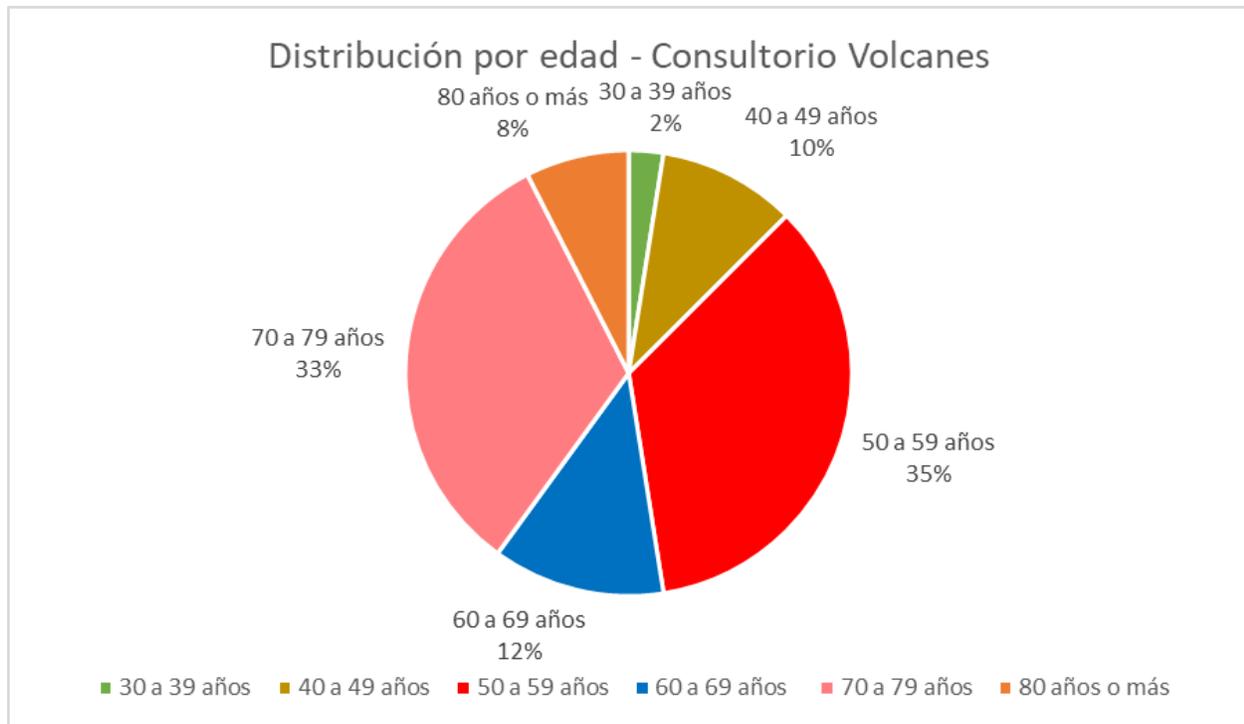
Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Comentario: En el consultorio de volcanes los pacientes que forman parte del programa de personas que viven con enfermedades crónicas la distribución de pacientes mayormente está conformado por personas del sexo femenino, esto nos genera cuestionamientos para identificar las razones por las cuales muchos hombres no acuden al consultorio y así poder identificar diversos factores que generan estos resultados.

Tabla No.5
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad
Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	2.5
40 – 49 años	4	10
50 – 59 años	14	35
60 – 69 años	5	12.5
70 – 79 años	13	32.5
80 y más años	3	7.5
Total	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Comentario: Como se puede observar en la tabla y gráfica, la mayoría de la población del consultorio de volcanes se encuentra distribuida entre los grupos de 50 a 59 y 70 a 79 años de edad, en el consultorio de volcanes actualmente no se encuentran pacientes menores de 30 años de edad.

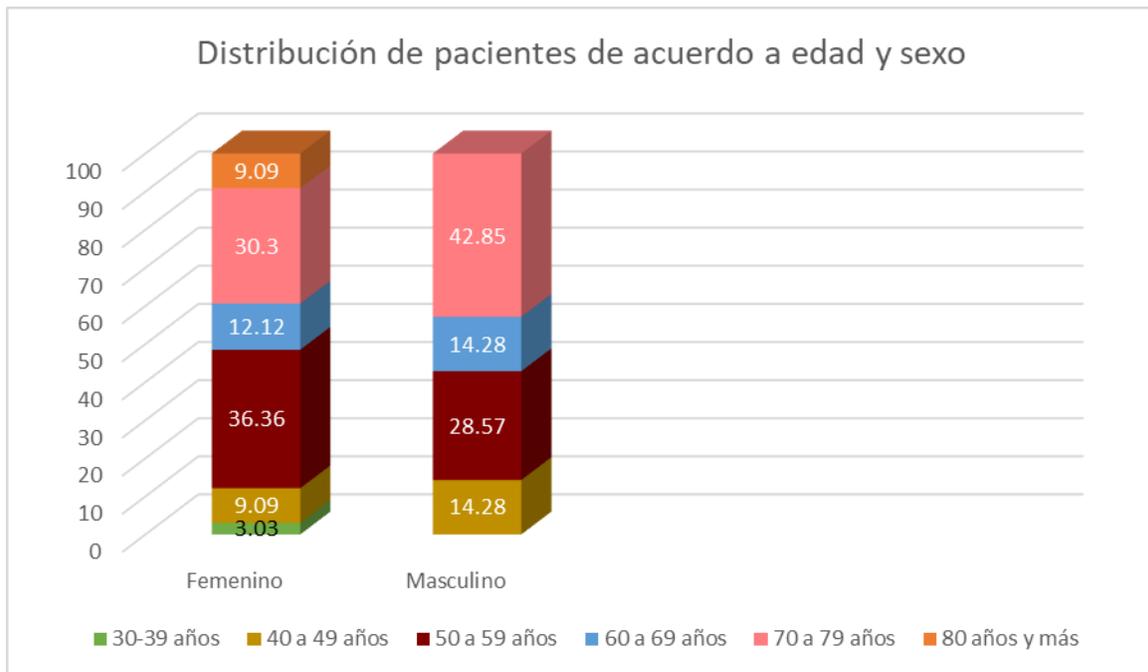
Tabla No.6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023– enero 2024 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
20 – 29 años		0	0	0	0	0	0
30 – 39 años		1	3.03	0	0	1	2.5
40 – 49 años		3	9.09	1	14.28	4	10
50 – 59 años		12	36.36	2	28.57	14	35
60 – 69 años		4	12.12	1	14.28	5	12.5
70 – 79 años		10	30.30	3	42.85	13	32.5
80 y más años		3	9.09	0	0	3	7.5
Total		33	100	7	100	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Comentario: Como podemos notar en la gráfica y tabla, la distribución nuevamente predomina en los grupos mencionados en la tabla y gráfica anterior mostrando similitudes en ambos sexos a pesar de que la presencia entre ambos sexos sea diferente.

1. Diagnóstico y seguimiento

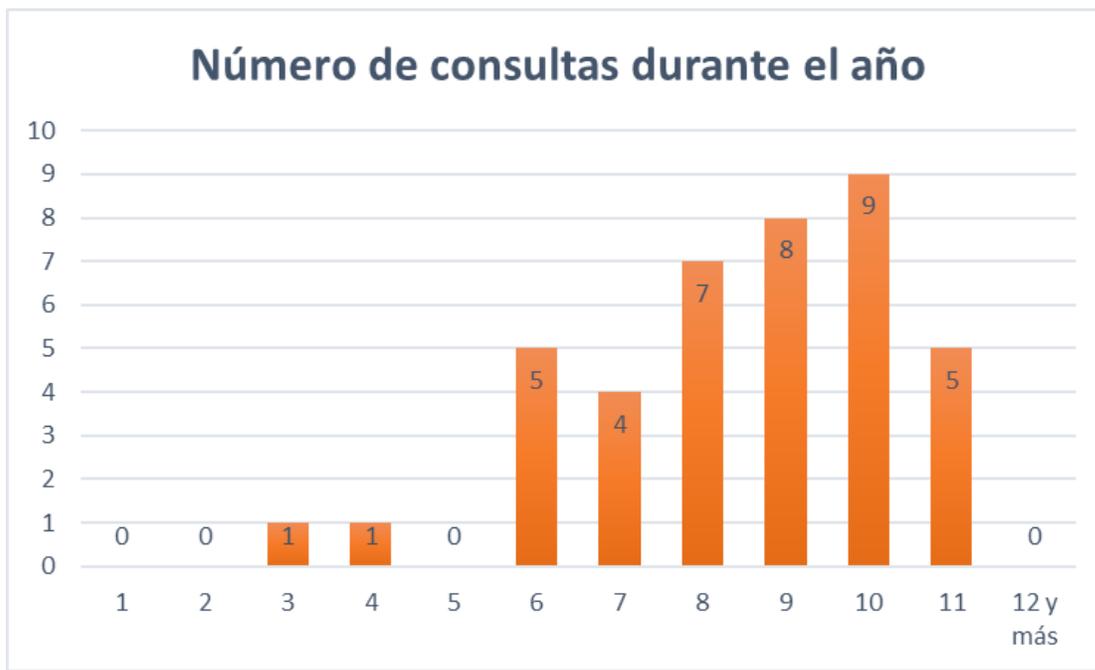
Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad **Centro de Salud T. III: Volcanes**

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	0	0
3	1	2.5
4	1	2.5
5	0	0
6	5	12.5
7	4	10
8	7	17.5
9	8	20
10	9	22.5
11	5	12.5
12 y más	0	0
Total	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Comentario: Durante el año, la mayoría de los pacientes contaron con al menos 6 consultas, los resultados menores a estas son por parte de los pacientes que se integraron recientemente al proyecto de personas que viven con enfermedades crónicas. Durante este año hubo ocasiones en que debido a los periodos vacacionales tuvieron que reagendarse algunas consultas, por dicha razón ningún paciente cuenta con las 12 consultas.

Tabla No.8

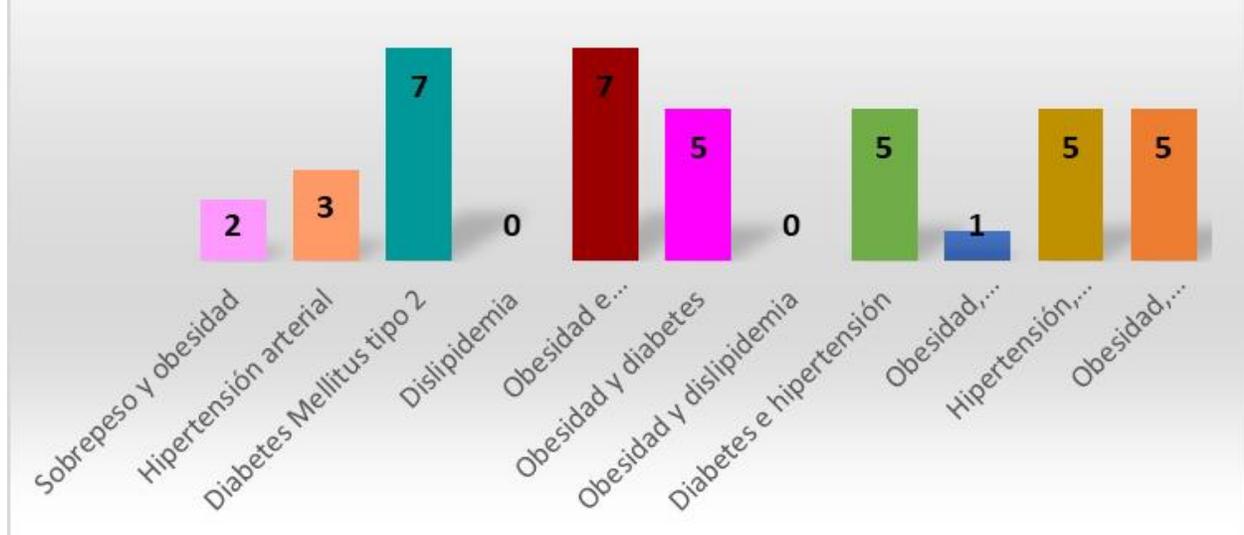
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

**Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan**

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	2	5
Hipertensión arterial	3	7.5
Diabetes Mellitus tipo 2	7	17.5
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	7	17.5
Obesidad y diabetes	5	12.5
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	5	12.5
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	2.5
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	5	12.5
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	5	12.5
Total	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Distribución de pacientes de acuerdo a diagnóstico de enfermedad



Comentario: En el consultorio de Volcanes se cuentan con los diagnósticos

1. **Diabetes y sobrepeso** ya que algunos pacientes han logrado disminuir su IMC.
2. **Prediabetes o Resistencia a la insulina**
3. **Diabetes y dislipidemia**
4. **Hipertensión, obesidad y dislipidemia**
5. **Diabetes, obesidad y dislipidemia**
6. **Hipertensión y dislipidemia**
7. **Diabetes y dislipidemia**

Apartados que no se encuentran en la tabla y opino podrían generar una mejor distribución para muchos pacientes.

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo **Centro de Salud T.**

III: Volcanes**Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan**

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso o obesidad	y	1	3.03	1	14.28	2	5
Hipertensión arterial		1	3.03	1	14.28	2	5
Diabetes Mellitus tipo 2		5	15.15	2	28.57	7	17.5
Dislipidemia		1	3.03	0	0	1	2.5
Obesidad hipertensión	e	5	15.15	2	28.57	7	17.5
Obesidad diabetes	y	5	15.15	0	0	5	12.5
Obesidad dislipidemia	y	0	0	0	0	0	0
Diabetes hipertensión	e	4	12.12	1	14.28	5	12.5
Obesidad, hipertensión diabetes	y	1	3.03	0	0	1	2.5
Hipertensión, diabetes dislipidemia	y	5	15.15	0	0	5	12.5
Obesidad, hipertensión, diabetes dislipidemia	y	5	15.15	0	0	5	12.5
Total		33	100	7	100	40	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **sobrepeso y obesidad**

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **hipertensión**

Centro de salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023
enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **diabetes mellitus tipo 2**

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	4	57.14
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	3	42.85
80 y más años	0	0
Total	7	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023
– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de

dislipidemia Centro de Salud T. III:
Volcanes

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023
enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad e hipertensión**

arterial

Centro de Salud T-III: Volcanes

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	28.57
50 – 59 años	1	14.28
60 – 69 años	3	42.85
70 – 79 años	1	14.28
80 y más años	0	0
Total	7	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023
– enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad y diabetes**

mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Volcanes

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad y dislipidemia**
 Centro de Salud T. III: Volcanes
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad 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	0	0
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	0	0

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial**
 Centro de Salud T. III: Volcanes
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero

2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2**
 Centro de Salud T. III: Volcanes
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia**
 Centro de Salud T. III: Volcanes
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia**

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria:Tlalpan

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 21

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024
Centro de Salud T. III:
Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	20	71.42	27	96.42	20	71.42
Fuera de control	8	28.57	1	3.3	8	28.57
Total	28	100	28	100	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.22

Distribución de pacientes con diagnóstico de **diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control** de acuerdo con hemoglobina glucosilada Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	18	64.28
Fuera de control	10	35.71
Total	28	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 23

Distribución de pacientes con diagnóstico de **hipertensión arterial y cifras de control** Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	22	84.61
Fuera de control	4	15.38
Total	26	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.24

Distribución de pacientes con diagnóstico de **hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico** Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	17	62.96
Fuera de control	10	37.03
Total	27	100

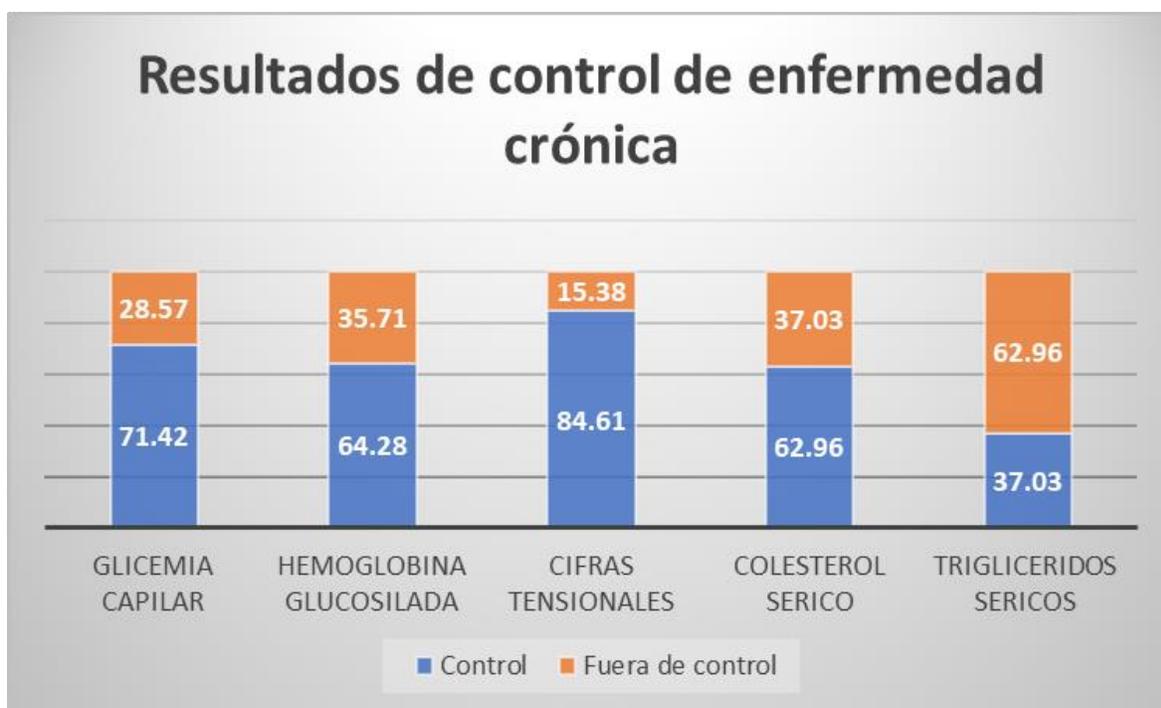
Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.25

Distribución de pacientes con diagnóstico de **hipertrigliceridemia y cifras de control** de acuerdo con triglicéridos séricos Periodo febrero 2023 – enero 2024
Centro de Salud T. III: Volcanes
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	10	37.03
Fuera de control	17	62.96
Total	27	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Comentario: Al observar los resultados de control y no de los principales parámetros para enfermedades crónicas encontramos que en la mayoría de estos existen rangos de control de más del 60%, sin embargo notamos una deficiencia de control en parámetros de hipertrigliceridemia el cual debe ser un pilar importante para retomar en siguientes mediciones buscando causas, soluciones y esperando en un futuro un buen control.

Acción comunitaria

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

Concepto y modelos de promoción de la salud

Como menciona la carta de Ottawa para la promoción de la salud **(1)** este es un proceso que capacita a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Todo esto para que se alcance un adecuado estado de bienestar físico mental y social de forma individual o grupal. **(1)**

En el consultorio de volcanes se lleva a cabo esta promoción mediante el desarrollo de habilidades personales tanto de forma individual como colectiva brindando información acerca de las principales enfermedades con las que vivimos y cómo podemos desarrollar diferentes capacidades de autocuidado para el control de nuestras enfermedades crónicas (mediante uso de instrumental como glucómetros, baumanómetros, básculas, etc.) así como la capacidad resolutoria de exacerbaciones o complicaciones agudas de dichas enfermedades.

Entre las **capacidades** que desarrolla la promoción de salud son:

1. Identificar y llevar a cabo aspiraciones.
2. Satisfacer necesidades.
3. Cambiar el entorno o adaptarse a él.

Muchos de los pacientes del consultorio de volcanes establecen metas a corto, mediano y largo plazo para el control de sus enfermedades, al lograrlas satisfacen en gran parte ese objetivo y sus necesidades ya que son capaces de ver que acciones en su autocuidado logran los resultados que desean. En cuanto a la capacidad de cambiar en entorno que los rodea o adaptarse se pueden mencionar situaciones tan sencillas como el apego a los planes de alimentación y para realizar actividad física, muchos de ellos se apoyan de forma comunitaria para no acceder a alimentos de alto contenido calórico (principalmente en sus familias) y a motivarse a acudir de manera conjunta o a llevar de manera individual rutinas de actividad física que cuentan con múltiples beneficios para ellos.

La carta de Ottawa establece a “la salud como un recurso para la vida cotidiana y no como el objetivo de la vida” **(1)**, afortunadamente es un recurso que se está buscando en el consultorio día con día no solo con los pacientes del proyecto urbano de salud, sino también con la población en general, de igual manera establece que la responsabilidad para la promoción de la salud no solo es por parte del sector sanitario sino también de la comunidad para llegar a un estado de bienestar **(1)** En el consultorio de volcanes afortunadamente la comunidad juega un papel importante ya que funcionan como red de apoyo importante para desarrollar estas capacidades de manera conjunta.

Franco Giraldo A. (2) presenta una narración narrativa donde se identifican diversos modelos de promoción de la salud y analiza los principales puntos característicos de cada uno de estos de acuerdo a diferentes factores sociales. Se menciona de manera amplia el movimiento global de promoción de la salud en el cual destaca la educación para la salud y el desarrollo de habilidades personales y de empoderamiento comunitario

Por otro lado Franco Giraldo A mencionan otros modelos que tienen como base la participación social y colectiva de la comunidad, mencionando entre ellos al modelo contrahegemónico, el cual identifica a la salud como derecho social y tiene como base la salud colectiva y la medicina social yendo muy de la mano con el modelo de salud comunitaria el cual también se enfoca en la salud pública pero hace mayor énfasis en la atención primaria y las identidades locales y ciudadanas. Este modelo propone recuperar la idea de participación comunitaria y los enfoques organizativos de los consejos de salud. (2)

Me gustaría resaltar otro enfoque que se menciona en la revisión de Franco Giraldo A. el enfoque de educación popular el cual permite que la comunidad se involucre de manera activa participando, reflexionando y dialogando acerca de las situaciones de salud que los aquejan, permitiendo así contar con una comunidad informada (2)

El consultorio de volcanes forma parte del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur el cual lleva a cabo junto con los pacientes del proyecto urbano de salud los principales puntos y bases que se mencionan en los diferentes modelos de promoción de la salud: La participación activa, una comunidad informada que participa, reflexiona y dialoga no sólo en los encuentros, sino también de manera cotidiana en su comunidad acerca de las enfermedades con las que viven y cómo han desarrollado diferentes capacidades que los llevan a establecer metas y cumplir sus objetivos en el control de sus enfermedades. Durante la consulta se llevan a cabo muchos de los componentes de estos modelos mencionados anteriormente, buscando lograr el objetivo de la promoción de la salud que hace que los pacientes sean capaces de aumentar el control sobre su salud y la mejoren y estos resultados se ven de manera favorable al analizar los resultados obtenidos a lo largo del año y durante las consultas mensuales con cada paciente.

Encuentros de salud

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

Durante el Servicio Social tuve la oportunidad de acudir a 2 encuentros de personas con enfermedades crónicas por parte del Proyecto Urbano de Salud, así como a uno en el Centro de Salud T-III: Pedregal de las Águilas.

9° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas

Afortunadamente días antes de mi incorporación al consultorio de volcanes tuve la oportunidad de acudir al 9°encuentro en el cual tuvimos la fortuna de participar como relatores en las mesas de diálogo, ya que gracias este papel que desempeñamos pudimos recabar los puntos más importantes y opiniones de los pacientes que forman parte de este programa y con quienes se lleva a cabo este modelo de atención. De igual manera durante este encuentro se presentaron los resultados obtenidos en años previos ya que este modelo se mantuvo activo a pesar de situaciones como la pandemia y a pesar de esto continuaron obteniéndose resultados favorables. Esto me motivó como médico de primer contacto a buscar obtener resultados similares trabajando en equipo junto con los pacientes que conocería incluso a partir de ese día.

En el 9° encuentro de personas con enfermedades crónicas al ser el primer evento que se realizaba de manera presencial después del confinamiento que se vivió durante la pandemia por SARS-COV-2 se abordaron temas importantes acerca de la experiencia de vivir con una enfermedad crónica durante este periodo, los temas se encontraron presentes de la siguiente manera:

1. **¿Cómo cuidamos nuestras enfermedades crónicas durante el confinamiento?**
2. **¿Cómo fue la convivencia con nuestras familias durante el COVID?**
3. **¿Qué opinan sobre los resultados del control en enfermedades crónicas?**

Coordinador(a): Karen Paulina Aguilera Rodríguez

Relator(a): Bolaños Marín Sara Guadalupe

Paulina: Vamos a esclarecer algunas reglas para que todo grupo funcione, la primera es que no vamos a interrumpir, toda respuesta es correcta y vamos a brindar respeto para todos por favor.

...

Paulina: Buenos días, bienvenidos, me presento mi nombre es Paulina y el día de hoy seré su coordinadora para este espacio. Les presento a Sara que va a apoyarnos como relatora para tomar nota de sus opiniones. ¿Les parece si comenzamos a presentarnos? Decimos nuestro nombre y centro del que nos acompañan. Comenzamos de este lado.

Lourdes: María de Lourdes González Bárcenas, vengo de Huayamilpas

Paulina: Bienvenida y gracias Sra. Lourdes, (**Lourdes:** Gracias), ¿y usted?

Florencia: Mi nombre es Florencia Meneses López y vengo de la unidad piloto y el médico responsable era el doctor Omar. (**Paulina:** Es Omar, muy bien. ¿Usted señora?)

Leonor: Mi nombre es Leonor Moncada y vengo de volcanes.

Justo: Justo Estrada Moncada, también de volcanes, con el doctor Edwin.

Carlos: Yo soy el Sr. Carlos Barroso de la unidad piloto y estamos con el Dr. Omar.
(**Paulina:** Bienvenido Señor Carlos)

Elia: Elia Ana Margarita Gutiérrez Ortiz de Huayamilpas.

Mercedes: Mercedes Carreón López de Huayamilpas.

Rita: María Rita Méndez de Huayamilpas. (**Paulina:** Bienvenida María Rita)

Paulina: Pues bueno, vamos a darle continuidad al grupo, a la discusión. (Repite indicación) Vamos a darle continuidad al grupo para empezar la discusión de las preguntas.

Taller 1.

Paulina: ¿Cómo cuidamos nuestras enfermedades crónicas durante el confinamiento? ¿Alguien nos puede compartir? Si quieren podemos irnos en orden.

¿Cómo fue que usted cuidó tu enfermedad crónica durante el confinamiento? (Pregunta dirigida específicamente a Lourdes, indicando que puede comenzar)

Lourdes: Ósea, ¿mientras fue la pandemia? (**Paulina:** Si) Pues encerrada porque no me dejaban salir y este... todo me arrimaban y pues así fue todo el tiempo.

Paulina: ¿Fue difícil llevar su enfermedad?

Lourdes: Para mí fue muy difícil porque no hacía ejercicio, mis alimentos pues si normales ¿no?, pero si me fue difícil por el ejercicio. (**Paulina:** ¿y usted señora-Da la palabra a siguiente participante)

Florencia: Pues fue un poco complicado, no difícil, pero si complicado en el sentido de que por un lado pues si reorientamos los hábitos alimenticios porque regularmente trabajando pues a veces no siempre hay como la posibilidad de comer adecuadamente sino es lo que hay.

En ese periodo fue mucho de control, ingerir más verdura, pescados, cosas que podíamos preparar en casa. Y en donde si nos organizamos con mi familia porque teníamos en casa a dos personas ya de tercera edad, igual con diabetes e hipertensión y adultos mayores, entonces si había como que protegerlas más, entonces tuvimos como ese cuidado sin embargo también fue muy complicado lo de hacer el ejercicio.

En mi caso no fue tanto el problema de estar encerrada porque tenía actividades, soy hiperactiva desde la infancia entonces sino tenía cosas que hacer me las inventaba

porque si no iba a salir corriendo. En el caso de mi mamá y de mi tía si fue más difícil porque ellas estaban habituadas a una rutina de salir muy temprano a hacer ejercicio y donde por iniciativa propia no salieron, les dio mucho miedo. Entonces optamos pues ni modo inventate algo entonces era andar dando vueltas alrededor en la casa, subiendo bajando, y fue como lo sobrellevaron.

Paulina: Me parece muy interesante lo que dice la señora porque en efecto, la alimentación para algunas personas mejoro por la cuestión del trabajo, ya no salían y entonces podíamos comer en casa. Otro aspecto que mencionan ambas es el ejercicio físico, a todos se nos dificulto continuar con nuestro ejercicio físico y también lo que nos menciona la señora Lourdes es que ya no podíamos salir. Porque aparte nuestra población era una población de riesgo por tener enfermedades crónicas.

Florencia: Algo muy padre que a mí me gusto que a lo mejor nos agarra en un proceso que nunca lo habíamos vivido, sin embargo las estrategias que se fueron tomando por ejemplo una que mencionaba usted hace un rato (Refiriéndose al señor Carlos en una plática que tuvieron previamente al comienzo de la actividad) creo que ahí surgió lo de canal 11 que empezaron a promover actividades deportivas en casa y eso ayudo mucho a la gente porque pudiera ejercitarse tener como otra orientación porque estamos acostumbrados a salir a caminar y ¿Bueno ahora que hago? Entonces en la segunda oleada fue cuando se empezó a implementar y fue eso bastante bueno.

Leonor: Pues fue difícil porque el encierro me perjudico, porque no estaba acostumbrada yo a estar en mi casa, mi actividad era de estar luchando, trabajando o lo que sea, y entonces si me afecto mucho porque se me impidió salir a lo que yo estaba acostumbrada
(**Paulina:** ¿En que trabajaba?)

Yo trabajaba en casa y a parte en vía pública, entonces pues eso me afecto bastante.

Justo: Para mí fue muy importante que en la pandemia si estuviéramos encerrado porque como que activo la alimentación para que no comiéramos tanto. Como que ya no conseguíamos tantos alimentos entonces limitábamos los alimentos, pero si viene como toda la parte mala en donde aumento por falta de actividad la obesidad y ese fue como el pro y el contra de porque nos afectó la pandemia.

Paulina: ¿Y qué estrategias uso usted para cuidar su salud? ¿Uso alguna estrategia?

Justo: No, porque no podía yo tener mucha actividad.

Paulina: ¿Pero por ejemplo en la alimentación que mencionan?

Justo: Pues fue menos la alimentación y eso beneficio, pero terminando la pandemia se activó el sobrepeso porque ya empezamos a comer más, ya conseguimos más alimentos y ya comimos más entonces eso fue lo que nos ayudó. (**Paulina:** Bueno, gracias. ¿Usted Sr. Carlos?)

Carlos: Bueno a mi si me dio la pandemia, pero ya tenía yo mis vacunas, yo vivo cerca de la marina y cuando me la detectaron dije “Yo estoy bien, yo me siento normal, me siento bastante bien” (**Paulina:** ¿Se enfermó usted de COVID?) -Si, me enfermé de COVID y dije “Pues yo estoy bien”, así como estoy ahorita. Mi esposa y mi otro hijo somos tres, me encerraron en una recámara y me dijeron “Tiene que estar usted aislado”, “Okey no hay ningún problema, con todo gusto”. Saque mis libros para estar leyendo, no iba a estar en la televisión ni nada de eso. La comida como dijo el señor, yo comía un poco ya menos de lo que yo comía antes, inclusive en el módulo el doctor me dijo “Usted se está cuidando formidablemente bien porque ya bajo 12 kilos”, si cuide mi alimentación. Pero yo le digo sinceramente yo me sentía muy bien. Mi esposa empezó a llorar “No, no tengo nada porque lloras” pero yo no sentí nada.

Paulina: Algo que menciona muy importante también fue me parece que fue el miedo que trajo el COVID, porque a lo mejor su esposa lloro por la preocupación de que hubiera alguna complicación. Y también menciona algo muy importante: La vacunación. Que como personas mayores nos vacunáramos justamente ayudó a que no nos enfermáramos de gravedad. (**Carlos:** Si, yo tengo todas mis vacunas) Entonces algo que menciona usted que es muy importante es la vacunación. Y la vacunación es otra acción de autocuidado porque la decisión es nuestra. Nosotros tenemos que ir al centro de salud a decidir vacunarnos.

Carlos: Otro punto nada más para terminar. Yo cuando estuve encerradito yo tengo una televisión también en la recámara, se me ocurrió pasar un día un canal y empecé a ver el canal 11, hay un programa que se llama “Aprendiendo a envejecer” y dan unos consejos, ejercicios, de ahí yo aprendí muchas cosas para aprender a envejecer, ejercicios para personas de la tercera edad. Son los domingos de 11 a 12 en el canal 11 y es muy muy buenos los ejercicios, ahorita el señor me vio y le dije “Los ejercicios hay que hacerlos así” porque son muy buenos. (**Paulina:** Ya ve hubiera pasado a hacer la activación física) Si mejor hubiera ayudado con unos pasos ahí, para la otra se los traigo. (**Paulina:** Acuérdense que este espacio es de ustedes y nosotros también aprendemos) Son muy buenos para las personas que quieran háganlo es muy bonito, los domingos de las 11 en adelante, aprendiendo a envejecer se llama. (**Paulina:** Perfecto, gracias).

Elia: Bueno la primera parte de la pandemia la pase en casa de mi hija, entonces ella se puede decir que me cuidó mucho porque es muy estricta con el alimento, de repente yo me escapaba a la tienda por unas galletas sin que no se enterara, pero bueno, vigilamos mucho también la salud mental entonces nos pusimos a sembrar jitomate, cebolla, pimientos, muchas cosas. Es muy difícil cuando no se tiene a la mano pesticidas y cosas como le hacen los agricultores. Entonces pues se daban chiquitos y eso, pero el cultivar el jitomate, la cebolla y poder comerlo nos ayudó muchísimo no nada más físicamente sino mentalmente.

En YouTube seguíamos yoga, taichi, entonces si hacíamos ejercicio, una señora que se llama “María Martínez” que da ejercicios más de cardio. Entonces si hacíamos ejercicio, bajé 15 kilos en ese tiempo, pero como dice el Sr. Justo, efectivamente ya se acabó todo

eso, ya regresé a mi casa a vivir yo solita y otra vez. En el Huayamilpas hago natación hago taichi, pero si necesito como que controlar la comida.

Paulina: Menciono 2 cosas muy importantes, me parece que es importante tener redes de apoyo. Los hijos son una red de apoyo, muy buena red de apoyo. Yo creo que su hija fue una red de apoyo para usted que también le ayudo pues a cuidar su alimentación. Y otra cosa que también menciona usted que es muy importante es la salud mental.

Si yo estoy triste como voy a comer saludable o cómo voy a hacer ejercicio porque estoy desmotivado (**Elia:** Y baja las defensas) Y baja las defensas. Entonces tener una buena salud mental también nos ayuda a tener una buena alimentación y estar motivados a hacer ejercicio físico entonces tenemos también que incluir a la salud mental dentro de nuestra salud física.

Mercedes: Yo me sentí muy encerrada porque no me dejaban salir tampoco. (Paulina: No la dejaban salir, (**Paulina:** ¿Quién no la dejaba salir?) Mi hija, pero me cuidaba, pero en la casa sí hacía mis ejercicios. Me levantaba a las 6 de la mañana y hacia mis ejercicios y ahí todo alrededor de la casa caminaba, yo subía y bajaba escaleras para estar activa. Si ya me ponía a hacer mis trabajos de los hogares: La comida y todo eso. Que mi hija me arrimaba todo, me traía todo el mandado porque no me dejaba salir. Ella me traía todo y yo me ponía a hacer la comida. Si me cuidaron que no comiera yo esto que no comiera yo lo otro, como dicen yo me escapaba (Risas) y me iba yo a comprar mis cosas. (**Paulina:** Bueno un gustito de vez en cuando, ¿Usted señora?)

Rita: Bueno yo en la pandemia en la casa de usted solo poníamos una jerga en la puerta porque yo siempre toda la pandemia Sali a mi no había nadie que me pudiera detener, cuidándome con cubrebocas, teníamos para las manos entrabamos salíamos, las jergas todo. Yo nunca en la pandemia estuve encerrada. Y mis hijas pues si me decían, pero yo les decía "No yo voy" Porque yo soy la que hago las compras para la comida, entonces pues yo me salía y aunque no hiciera mucho ejercicio pues caminaba y ya salía. Pero mi vida en la pandemia no fue encerrarme y gracias a Dios no me dio pandemia ni nada y aquí estoy todavía.

Paulina: Por ejemplo, una duda que me surge, respecto a sus medicamentos, **¿Qué tal les fue al cerrar los servicios de salud? ¿Cómo obtienen ustedes sus medicamentos? ¿Los compran ustedes? ¿Van al centro de salud a que se los den? ¿Al IMSS, al ISSSTE? ¿Quién de aquí está afiliado al IMSS?** (2 personas levantan las manos)

Lourdes: Yo mi hija iba por mis pastillas y ya no salía yo.

Paulina: Los hijos eran una ayuda para ir por sus medicamentos.

Lourdes: Yo cada mes tenía mi cita en mi centro de salud y me cubrían de todo mis hijos porque no me dejaban salir, en la primera oleada que hubo porque ya ve que fue la más fuerte y cada mes tuve mi medicamento, mi insulina mi metformina y así cosas que me dan.

Paulina: ¿Alguien no tuvo acceso a sus medicamentos?

Leonor: Bueno yo lo compro porque no el IMSS ni el ISSSTE me dan.

Paulina: Muy bien entonces aquí en el grupo hay personas que van a su centro de salud por ellos, otros que los tienen que adquirir con su propio dinero y también esta esta red de apoyo de que los hijos pueden ir (Leonor: O con los doctores de proyecto urbano)

Paulina: Bueno entonces pasamos a la siguiente pregunta, ¿Cómo nos cuidamos para prevenir que nos enfermáramos de COVID?

Ya surgieron algunos en el que la vacunación fue por ejemplo para el Sr. Carlos algo muy importante que le previno de enfermar de gravedad, pero ¿Qué otras acciones hicimos para evitar que nos enfermáramos de COVID? ¿Usted señora?

Lourdes: Pues lo principal era estar bien mentalmente y sanamente porque si hay tristeza como dijo usted y no hay comunicación entre la familia pues yo digo que se decae uno por falta de comunicación y de lo demás.

Paulina: ¿Usted tuvo buen apoyo?

Yo tuve mucho apoyo, tengo 3 hijos, los 3 me cuidaron muy bien, ellos mismos también se cuidaron, mi hija fue la que tuvo COVID, pero no me dejaban acercarme a ella por lo mismo que soy hipertensa y diabética y cáncer. Me cuidaron muchísimo, yo me sentía arropada, pero si me sentía como león enjaulado porque no me dejaban salir y era una de las personas que yo salía del diario. (**Paulina:** ¿Usted enfermo de COVID?) No, mi hija. (**Paulina:** Que bueno, ¿Usted señora?)

Florencia: Pues en el caso de nosotros si salíamos a hacer las compras al mercado, en el super que era un espacio cerrado mi hermano era el que, hacia las compras y nosotros en el mercado, pero salíamos protegidos con cubrebocas, con guantes y ya al regreso utilizábamos sanitizante, ahí si todo el tiempo. Compramos un garrafón de sanitizante industrial y al entrar fumigada para todos. Dejábamos los zapatos afuera, hace poco más de 30 años que no utilizábamos cloro sin embargo ahora si lo vimos como una necesidad porque en casa también tenemos 2 gatitos entonces tuvimos que usarlo para prevenir. Afortunadamente en casa nadie enfermo, creo que fue buen control y en general tratamos de elevar justamente el sistema inmunológico, veíamos muchas películas de risa entonces eso también considero que nos ayudó mucho. (**Paulina:** Okey, muchas gracias)

Leonor: Bueno pues en mi caso vivo con un matrimonio que son mi hija y mis nietos, mi hija si se enfermó, mi nieto si se enfermó entonces una persona se comprometía a surtir lo necesario. Con las precauciones del gel de todo “Que entraste y que te bañas y que te limpias” el cloro, los guantes y los trastes aparte. Al enfermo sus trastes a parte desinfectándolos con cloro ¿Por qué? Para que no hubiera más contagios y entonces esas son las precauciones que tomamos para que no nos diera a todos. Y en realidad

no nos dio a todos nada mas a 2 personas (**Paulina:** ¿Solo a su hija y a su nieto? ¿Cuántos años tenía su nieto?) Mi nieto tiene 15 años y le dio.

Justo: Yo vivo con la familia, 5 hijos y mi esposa y yo, nada más uno de mis hijos se enfermó, nada más fue el único que se enfermó pero lo aislamos y nada más una persona entraba a atenderlo y ya le proporcionaba todo lo que necesitaba, pero lo más importante fue que nuestra mentalidad como decían 2 personas que fue muy importante y como usted lo recalco si es importante pensar que “No me siento mal, yo estoy bien, yo no me siento mal aunque tenga la enfermedad” Mi mente esta activa en que yo estoy bien esa fue una cosa muy importante que fue lo que nos benefició a muchas personas entonces ese fue el motivo por el cual salimos bien. Igual todo lo mismo no saludar, no reunirnos todo eso fue lo más importante.

Carlos: Pues yo como les digo estuve encerrado, mi esposa me llevaba mis alimentos a la habitación, pero una semana nada más, temía que más tiempo que estuviera yo “ya no aguanto” entonces pues mi casa tiene más o menos a lo largo son como 35 metros de largo, me bajaba, tiene 2 plantas, bajaba y caminaba abría yo la sala, la azotehuela y a caminar con mi bastoncito, apenas empezaba a usar el bastón. Caminaba yo como le digo en la televisión decía “Camine 10 minutos, se sienta 5 minutos” y así le hacía y así siempre, y hasta la fecha lo sigo haciendo todavía. Pero al terminar esto le doy gracias a Dios que estoy bien.

Toda mi vida, no es por otra cosa ni presunción ni nada lo que le quiero decir, nunca he sabido lo que es una enfermedad, nunca. Hasta la fecha que tengo ahorita 79 años, ya de un año para acá en la casa de usted tengo tomando 6...7 medicamentos que, para la presión, que para la rodilla.

Hasta un día le dije a la Dra. Que estuvo con nosotros en la piloto “Oiga tanto medicamento ya no lo soporto, yo pienso que me está haciendo daño, yo me siento bien” y hasta ahorita mire estoy bien, no sé ni que es una gripa. Mi esposa es diabética ella si se enferma de vez en cuando, mis hijos los que están en la casa también de repente también se enferman, y yole digo porque le estoy diciendo la verdad porque venimos a esto “No sé lo que es una gripa” porque yo me cuido.

Paulina: ¿Su familia que hizo para no enfermarse ellos de COVID?

Carlos: Se cubrían ellos con su cubrebocas, y me traían de comer y ya comía yo. Ellos salían y decían “Vamos a ir a Aurrera, que vamos a ir a tal lado” No yo no voy yo me quedo y si voy yo no voy en el coche, yo me voy caminando con mi bastón a pagar la luz, a pagar el gas, pero caminando. “Es bueno caminar, aprende a caminar” Como le digo en programas esos que veo. Y eso hago, voy. Me iba yo antes normal me tardaba 10-15 minutos, ahora me tardo más de media hora ¿Por qué? Porque voy despacio, pero voy caminando y eso es muy bueno. (**Paulina:** Muy bien Sr. Carlos, gracias, ¿Usted señora?).

Elia: Bueno nosotros nos cuidamos... Mi hija y mi yerno iban a las compras, llegaban y desinfectábamos cosas que a mí se me hacía muy exagerado, estude un poquito de biología entonces se me hacía muy exagerado pero bueno, yo seguía las normas (**Paulina:** Explíquenos porque usted que sabe de biología) Pues porque no puede sobrevivir ni un virus ni una bacteria tanto tiempo sobre los paquetes del supermercado por ejemplo, pero bueno yo me acataba porque cuando me toco ya salir a los tianguis iba yo con mi cubrebocas con mi careta y bueno en los camiones también a parte uso mi gorra porque si hay personas respirando arriba que quede todo ahí.

Mis hijos ellos si se enfermaron de COVID mi nieta también, pero eso fue ya hasta últimamente que dieron la disposición de regresar a las escuelas y fue donde pescaron ellos son maestros y mi nieta pues está en secundaria entonces no había más que contagiarse. Yo gracias a Dios no me ha dado nada ni COVID ni influenza ni nada hasta ahorita gracias a Dios. (**Paulina:** Que bueno)

Mercedes: Yo también mi hija y mi yerno iban por la despensa y por el mandado y todo eso y cuando llegaba mi hija desinfectaba todo: las verduras, la despensa también la desinfectaba, todo desinfectaban ellos, yo no salía para nada. (**Paulina:** Entonces su familia hacia la despensa, la desinfectaba y la guardaba) Si, a mi hija la mayor si le dio el COVID, pero ella vivía aparte. No vivía conmigo (**Paulina:** ¿Usted no se enfermó?) No hasta ahorita gracias a Dios.

Florencia: Ahora con estas cosas no se enferma uno ya ni de gripa (Refiriéndose al cubrebocas) (**Paulina:** ¿Usted Señora?)

Rita: Pues yo como le digo como yo no me la pase encerrada pues aprendí a desinfectarme las manos a lavar y como yo tengo siempre todo mi medicamento que la Dra. Karen nos da o bueno yo tenía todos mis medicamentos ahí listos y así fue mi vida en pandemia ósea para mí no hubo ninguna pandemia (**Paulina:** ¿Pero siguió todas las medidas?) Todas las medidas, como dice, desinfectar, lavarse las manos cada vez que salía uno o ahí en la casa, las verduras, todos y así fue como la vivimos todos ahí en la casa de ustedes somos 5 personas las que vivimos ahí: 2 nietas mi hija y yo y ahí estábamos ahí echándole ganas. (**Paulina:** Muy bien, perfecto, ahora si señora Lourdes compártanos).

Lourdes: Yo digo que está bien la limpieza, la desinfección porque como dice la señora no existe un microbio tanto tiempo, pero cuantas manos la agarran y como sabemos si están enfermos o estuvieron enfermos (**Paulina:** Si, o por prevención) Yo en mi casa todavía desinfecto mis cosas de la despensa y todo.

Paulina: Claro porque también es otro punto importante, cuantas medidas del COVID se quedaron ya en nuestro día a día. Uso de cubrebocas (**Elia:** Ya lo traemos, ya no salimos sin él) Si, ya hasta nos sentimos raros. (**Lourdes:** Y es mejor) El lavado de manos o que traemos nuestro gel antibacterial, si perdón Sr. Carlos. (Le da la palabra)

Carlos: Yo le iba yo a decir, no crea que nada más estoy sentado en la casa. Somos 3 mi hijo mi esposa y yo. Pero mi trabajo de la casa es barrer y trapear las 2 recamaras de arriba, barrer el baño, barrer las escaleras y limpiarlas, termino me pongo a barrer la cochera, luego el comedor, luego la sala, luego la azotehuela, barro y trapeo. (**Paulina:** Entonces es usted muy activo) A mí me gusta hacer. Y eso me entretiene a mí. (**Lourdes:** Para que quiere más ejercicios)

Yo hago viajes en toda la república desde hace 30 años, me liquidaron de donde yo trabajaba en el 95 tenía yo familiares en los camiones de la ruta 100 y cada mes o cada 15 días nos íbamos de viaje todo pagado, yo no trabaje en esa ruta, mi papa y mi tío sí. (**Paulina:** Gracias Sr. Carlos, perdone que lo interrumpa)

Paulina: Para finalizar esto del COVID y pasar a otra cosa, ¿Cuántos de aquí nos enfermamos? Solamente el Sr. Carlos enfermo de COVID, los demás no nos enfermamos.

Paulina: Anota Sara “Somos 8 personas, de esas 8 personas solo 1 se enfermó de COVID” Es una cifra muy buena la verdad, yo estoy muy sorprendida y muy feliz de que pues no nos hayamos enfermado de COVID.

Creo que las personas jóvenes y la que continuó trabajando porque en el trabajo no les dieron ese permiso nos enfermamos más que ustedes ¿Por qué creen que haya pasado esto? Que las personas más jóvenes si nos hayamos enfermado y ustedes no enfermaran.

Lourdes: Pues la contaminación, y si no hay medidas de protección o prevención son las que se enferman más sean jóvenes, porque mi hija de ahí se enfermó, ella trabajaba. (**Paulina:** ¿De dónde más creen que haya pasado? ¿Por qué creen que haya pasado?)

Elia: Bueno es que en una escuela si el estar demasiado juntos, entonces, aunque tenga uno el cubrebocas es imposible.

Paulina: ¿Se han puesto a pensar que nosotros tenemos más esa cultura de el autocuidado? De que me cuido, el cubrebocas, mi lavado de manos, mi alimentación mi ejercicio físico. A final de cuentas el autocuidado que hemos estado aprendiendo y cultivando en estos espacios nos ayuda en diferentes situaciones de la vida, ahorita nos ayudó en esto del COVID, pero más adelante nos puede ayudar en alguna otra enfermedad o en alguna otra situación.

Entonces pasamos a la otra pregunta **¿Cómo fue la convivencia con nuestras familias durante el COVID?** Ya algunas han mencionado como fue, pero por ejemplo esto orientado justamente a “Yo me fui a vivir con mis hijos un tiempo... si sus nietos regresaron a casa porque estaban estudiando, nos dieron vacaciones” Entonces, **¿Cómo fue esta convivencia familiar cuando estuvimos en confinamiento todos?**

Lourdes: Pues yo mi familia fue muy bonita porque le digo me trataron muy bien todos, que yo era la necia porque yo me quería salir, pero muy muy bien (Paulina: Muy bonita, gracias)

Florencia: Pues en el caso de nosotros no fue como la más cordial ahí tuvimos que inventarnos las estrategias porque por ejemplo en mi trabajo cada 15 días salía fuera entonces de repente estar en 4 paredes como que no fue muy atractivo, aunque iba al mercado, pero no era lo mismo. Entonces llego un punto donde andaba así como de "Muy pocas pulgas" y aunado a que mi mamá también se desesperaba y de repente empezaba "Y es que esto no lo hiciste bien, y es que esto no lo has hecho" y andar así como correteando como que no era muy agradable sin embargo una de las cosas que nos inventamos fue el del cultivo de hortalizas también y fue como una alternativa el estar cuidando las plantas, creo que en casa desde siempre ha habido plantas y curiosamente en este periodo es donde crecieron más bonitas porque ahí todos estuvimos al cuidado y al pendiente de echarle el agüita, limpiarle y hacerle pero realmente si nos costó mucho trabajo a todos en general. (Paulina: ¿Cuántos vivían con usted?) 3, somos 3, mi mamá y mi esposo. (Paulina: Okey, gracias)

Leonor: Pues para mí fue difícil porque como le dije al principio no estoy acostumbrada a estar en casa y a eso del encierro que se me impide salir a la calle y hacer mis actividades me pone de malas, me altera, la presión se me sube, estoy de malas (Paulina: ¿También la presión se le sube?) Si, entonces pues se siente uno mal, hay poca comunicación, hay que atender a la enferma y todo eso no me favoreció para mí fue difícil, ya hasta que empezó a pasar todo esto fue como empecé a salir un poquito, pero ya no puedo salir sola porque ya me lo impiden, eso fue lo que a mí me perjudicó bastante, pero ya me conformo.

Paulina: Algo que también han mencionado varios es el cambio de la dinámica, "Si antes yo era muy activa y ahora ya no eso también afecta emocionalmente (Leonor: Entonces lo aprisionan a uno) Gracias.

Justo: Pues como todas las cosas es muy importante saber que una cosa que pasa a unos perjudica y a otros ayuda entonces en este caso de la pandemia las personas que tenían que salir a actividades pues les perjudicó porque estaban encerrados y las personas que estaban encerradas pues no les afectó. En mi caso fue muy importante porque hubo más unión en la familia, hubo más convivencia familiar en la familia porque antes estábamos muy separados porque se iban al trabajo y eso y entonces en ese tiempo hubo más convivencia. Entonces si es muy importante que sigamos las normas, la mentalidad. Si yo soy obediente a la protección del COVID pues no me va a afectar el COVID ¿verdad? Pero sino cumplo con esas normas que nos dan para prevenirnos de alguna enfermedad pues lógicamente que la voy a obtener, entonces es muy importante que seamos obedientes a las normas que nos dan ya sea de salud, de bienestar, de ejercicio de todo porque si también como dice el joven no cumplo con los ejercicios como deben de ser me puedo lastimar. El se vacunó, tuvo no sea algún descuido y por eso le vino el COVID, yo también tome todas las vacunas y no me afectó nada ósea.

Paulina: Entonces su dinámica familiar se mejoró.

Carlos: Pues nosotros por parte de la familia de mi esposa ya fue la primera reunión después de la pandemia el sábado (**Paulina:** ¿a penas el sábado?) que a penas cabíamos en la casa de mi cuñada, a penas el sábado que paso éramos 30 personas de la familia de parte de todos. Mi esposa es la mayor de todos los hermanos y estuvo llorando “Que bonita reunión, hermanos como los quiero” eso si es muy querendona, entonces quiere que sigamos otra vez cada mes esa reunión que tanto lo hacíamos. Esa reunión se la debemos a mi suegra antes de lo que estoy ahorita “Siempre en vida quiero que siempre convivan mis hijos, una convivencia familiar” y es tan bonito y si es cierto, es una cosa formidable. (**Paulina:** Pero entonces en las pandemias dejaron de hacer esta reunión) Nos separo mucho a todos y ahora mire el sábado pasado una cosa excepcional, todos de traje y bien bonita la reunión, eso si nada de vino, pura agüita de limón o un refresco (**Paulina:** Ya ve que aumenta los triglicéridos y el colesterol, ¿y usted Elia?)

Elia: Bueno, la convivencia con mi hija y con mi yerno muy bonita, mi yerno es muy buen cocinero entonces mi hija y yo somos sus ayudantes, hacíamos varios platillos e hizo muchas mermeladas y las hacíamos al alto vacío y fue una convivencia muy bonita. Mi hija tiene 3 gatos 1 perro y 2 pericos y como yo me lleve a mi gatita ahí las que se peleaban mucho eran la gatita de mi hija y mi gatita, esos eran los pleitos, pero nosotros 3 los humanos muy muy bien, estuvo muy bonito.

Mercedes: Yo vivo con mi hija y mi yerno y 2 nietas, mi yerno también es muy trabajador, lava los trastes, prepara la comida, todo. Yo cuando vamos a comer yo nada mas hago la comida, ya después me voy a sentar y ellos se encargan de todo. Si, muy bonito.

Rita: Pues yo muy bien porque como nada mas somos las 4 entonces ya decían “Ay mi mama ya se va, ay mi mama ya le anda por irse a comprar las cosas que faltan” digo “Bueno pues entonces ve tu” y dice “no mejor ve tu” porque ella tiene una niña especial y ya cuido y le digo “Si, no te preocupes yo voy” todas viven lejos una en Cuernavaca, una en Monterey entonces una vida normal con las 4 (**Paulina:** ¿Con quién vivía?) Con una de mis hijas, pero ella si vivía aquí en dos México, mis 2 nietas y mi hija y yo.

Paulina: Entonces en este grupo ninguno estuvo viviendo solo, todos tuvimos acompañantes, todos vivimos la pandemia acompañados, eso es algo muy importante porque pues tener lo que les decía este grupo de apoyo es muy importante, muy confortante porque imagínense pasar la pandemia solitos. (**Lourdes:** Aunque estemos como el diablito y el angelito)

Elia: Yo si me regrese a vivir parte de a pandemia sola. Porque ya quise regresar a mi casa, mis plantas obviamente las que estaban adentro se murieron todas porque fue mucho tiempo y si fue pesado porque había veces como vivo hasta arriba que no tenia yo contacto con ningún ser humano, entonces si era muy fuerte. La segunda parte de la pandemia. (**Paulina:** ¿Cuánto tiempo vivió solita?) Pues que será, unos meses (**Paulina:** Entonces nos puedecompartir que fue difícil vivirlo sola) si, y el pedir las cosas al

supermercado y todo eso y le llevaban cosas a uno que no pidió o cosas cambiadas Si fue difícil ese segundo periodo.

Florencia: En el caso de nosotros le comentaba que es mi esposo, mi mamá y yo sin embargo tenía una tía ya adulta mayor de 87 años que ella vivía sola, siempre fue autónoma y aun estando con nosotros se nos escapaba a la tienda pero decidimos no dejarla sola porque si era como de alto riesgo porque en cualquier momento no sabíamos si podía contagiarse y quien iba a estar al pendiente o quien iba a supervisar que requiriera de atención médica o cualquier cosa entonces botamos por llevarla a casa y para tenerla también bajo vigilancia, aunque se nos escapaba pero estábamos como al pendiente y entonces si fue el confinamiento pero ya en grupo para estar pendiente (**Paulina:** Okey entonces ella se fue a su casa, cuanto tiempo vivió con ustedes?) Con nosotros como un año. (**Paulina:** Entonces era usted su mamá y su esposo) Mi mamá, mi esposo y mi tía. (**Paulina:** Creo que esto también es importante porque también entre todos nos cuidábamos y eso fue algo muy bueno).

Taller 2:

Paulina: Muy bien, okey, entonces vamos a pasar al segundo taller. En el segundo taller es respecto a nuestro resultado metabólico, muy bien. **¿Qué les parecieron los resultados? ¿Cómo los vieron?** Los resultados que acabamos de presentar.

Todos los miembros: Muy bien

Paulina: Hay algunas cosas que a lo mejor tenemos que mejorar como lo es el peso. En el peso aquí estoy escuchando que algunos bajaron de peso durante la pandemia, pero pues parece ser que también es muy conocido lo de "El rebote" y las circunstancias que a lo mejor tuvimos en la pandemia pues cambiaron ahorita. Entonces... **¿Qué propuestas podríamos armar ahorita nosotros? O ¿Qué les gustaría que hiciéramos dentro del proyecto para reactivar este trabajo comunitario?** Y que pues aumentemos nuestra salud.

Por ejemplo: Con respecto a la comunidad, ¿Qué actividades o que cosas les gustaría que hiciéramos dentro del proyecto urbano para mejorar nuestra salud? En comunidad.

Lourdes: Pues sería el ejercicio ¿No? (**Paulina:** ¿Juntos?) Juntos, para no salir, si sería el ejercicio físico.

Florencia: Una de las cosas que aprendimos fue el hacer menús y que sería bueno o conveniente poderlo hacer en grupo porque bueno si bien es cierto que mejoraron las condiciones creo que cuando uno es parte del proyecto o es cabeza del proyecto y que vez que hay bajones de este nivel, bueno al menos a mi aunque no estoy directamente involucrada si fue como frustrante porque después de haber vivido un proceso en donde íbamos en un nivel muy padre de repente se baja pero aunque se recupera creo que podría ser mejor eso resultados de parte de los participantes y pudiera ser que se dieran talleres sobre alimentación porque no es lo mismo aunque en el caso de nosotros el Dr.

Omar se dio a la tarea de llevarnos los manualitos para ver las cantidades y como hacer la distribución y demás a la mejor quiero pensar que no para todos se les puede facilitar porque realmente no les dice mucho. Yo lo he visto con mi mama pues si ve el manualito, pero ¿y luego? Entonces lo que hemos hecho es de acuerdo a las cantidades y como se están dando invitamos a algunas vecinas que también tienen el mismo problema y entonces hemos hecho algunos menús y alimentos que no les gustan o que no conocen o que no sabían que se preparaban pueden ver que el sabor es diferente y que se puede como de una verdura pueden sacar como diferentes platillos y eso ha sido como muy atractivo. Eso en mi experiencia pudiera ser compartido y que se pudiera implementar, digo es como complicado por las condiciones en las que estamos verdad? Pero pudiera ser una alternativa

Paulina: Si claro para el futuro también es muy buena idea. Incluso hubo un tiempo en el que estábamos trabajando en un menú saludable entonces podríamos retomarlo y entre todos hacer las recetas, porque a parte yo en una reunión que fui mencionaban eso de la col para hacer tinga de pollo que en vez de ponerle pollo le ponían col, entonces son ideas que nos podemos estar intercambiando.

Leonor: Yo no tengo idea. (**Justo:** Dice que se abstiene porque no tiene idea) (**Paulina:** ¿No tiene? Pero a usted que le gustaría hacer cuando estamos reunidos aquí, de que le gustaría hablar o que le gustaría hacer. Si tiene algún tema que le guste o por ejemplo en que trabajaba usted que es muy activa) Trabajaba yo en domestica y hoy soy vendedora ambulante (**Paulina:** Okey, por ejemplo, la señora menciona la actividad física, podríamos hacer talleres de actividad física en colectivo y también es algo que nos despeja la mente, salir, platicar) Bueno digo es que ya se me acabo... Mucho antes de la pandemia yo tenia actividades porque iba yo al taichi y tomaba clases de guitarra y luego me iba yo a vender chacharitas y luego tenia yo que cuidar a mi mama, eso era de que yo tenia que hacerlo toda la semana. Pero de la pandemia para acá ya no tengo proyectos.

Paulina: Hay que empezar a reactivar todas nuestras actividades que nos hacían sentir bien pues para seguir porque acuérdense lo que ya dijimos si nos sentimos bien mentalmente y motivados, también afecta nuestra salud, aumentar nuestra buena alimentación, nuestra actividad física, sentirnos bien, entonces pues también podríamos retomar esas actividades en colectivo porque todo es mejor en compañía (**Leonor:** Si en grupo es mucho mas valioso) Muchas gracias, ¿Usted señor?

Justo: Yo iba a hacer una pequeña sugerencia de que es muy importante que tengamos más comunicación paciente-doctor que se capacite un poquito más el doctor en el sentido de que nos den ciertas normas para que nosotros podamos mejorar nuestra enfermedad y tener mejor salud, por ejemplo un doctor nos puede decir "Mire a usted le hace falta esto, le hace falta esto otro, no corra nomas haga ejercicio caminando" ósea, cosas que nos ayuden y que no nos perjudiquen porque el correr si nos perjudica y el caminar no. Un doctor me dijo "Usted no vaya a hacer ni sentadillas ni vaya al gimnasio ni corra ni suba escaleras, usted lo único que debe hacer es caminar, es un mejor

ejercicio porque con el otro ejercicio se puede perjudicar entonces es importante que nos haga el doctor hincapié en eso, esa comunicación doctor-paciente donde nos sugieran que es lo mejor para cada persona porque nosotros somos los que estamos enfermos y el doctor es el que nos está ayudando a hacer y si somos obedientes a lo que el doctor nos dice nuestra salud va a salir a flote (**Paulina:** Y por ejemplo Justo, que le gustaría hacer en comunidad, ósea en conjunto con todos que idea le gustaría?) Yo en comunidad, igual que nos dieran ciertos tipos de sugerencia pero no escritos como decía, en trípticos, sino verbalmente porque esa es la idea de que el doctor nos diga “usted está enfermo de esta situación a usted no le conviene hacer este ejercicio, usted haga este ejercicio” si lo podemos hacer en comunidad pero para unos lo mismo que vuelvo a decir, a uno les beneficia y a otros les perjudica y no todos pueden hacer el mismo ejercicio sino que es individual, porque no tenemos la misma enfermedad, tenemos diferentes enfermedades. A unos si les va a beneficiar cierto ejercicio comunitario y a otros no entonces si estar dentro de la comunidad, pero distinguido a diferentes grupos “Este grupo tiene esta enfermedad le vamos a dar estos ejercicios, estos están obesos les vamos a dar estos ejercicios” (**Paulina:** Claro, diferenciado para las necesidades de cada una de las personas) pero haciendo más hincapié en paciente-doctor o doctor-paciente.

Carlos: He aprendido no que me digan “Que no hagas esto, que no hagas lo otro” yo hago lo que le digo que veo en “Aprendiendo a envejecer” mi esposa hace ejercicio desde muy joven, tengo cerca de la casa hay 2 parques y luego hacia frío, luego estaba lloviendo y le digo “sabes que, ya no vayas” “¿y qué voy a hacer?” “no te preocupes, te tengo una sorpresa, sube al salón que está allá arriba “es un salón grande que tenemos del tamaño de la cochera que tengo 8 metros, le compre sus aparatos y estaba feliz “ya no tienes que ir al parque” porque iba al parque, el aire frío y a la edad que tenemos hay que cuidarnos “asi que te subes, sudas lo que tu quieras” se baja y se va a bañar y yo caminando. Yo ya me duele subir escalones, les doy la verdad por eso traigo ya mi bastón y veo lo que le digo me ha servido mucho los ejercicios y véanlo es muy bueno, se llama “aprendiendo a envejecer” los domingos de 11 a 12 en el canal 11 y es un programa muy bueno y que bonito **Paulina:** Y que le gustaría a usted hacer en estos espacios, por ejemplo, viendo el canal que idea se le ocurre que podemos hacer en grupo. ¿Tiene alguna idea que podamos hacer en grupo? (Carlos: Si se puede) ¿un ejemplo?

Carlos: Quiero ver bien los programas para que vea y con mucho gusto yo en mi modulo, tenemos mucho espacio en el modulo se puede hacer ahí, también ahí, pero luego a veces no puedo porque yo salgo y le digo yo salgo mucho de viaje “yo siempre ando de pata de perro” y ahorita me voy de viaje otra vez en marzo.

Paulina: Bueno, pero también podrían ser esos viajes ¿no? Invitarnos a todos ósea a invitar al proyecto urbano a hacer excursiones, podría ser. (Carlos: Claro que si, es una actividad muy bonita) podríamos ir a alguna excursión, así nos conocemos más, vemos quienes son este grupo, nos relacionamos mejor.

Carlos: Hasta sentado se puede hacer los ejercicios y en la silla, agarras tu silla del comedor, yo agarro mi silla del comedor y me hago mis ejercicios como dice este programa “no tienes que correr, puedes caminar, sentadito, paradito, igual nada mas así, agarra un palo de escoba el maestro que da las clases y también como hay que hacerle y todo esto. A mi me ha servido mucho.

Elia: A mí me fascinarían las excursiones que dices e intercambio de recetas para saber mas recetas veganas, vegetarianas y que tantos días a la semana se puede comer carne porque yo soy carnívora, pero si es bien importante también integrar las otras de repente (Paulina: Okey, perfecto, gracias señora ¿usted?)

Mercedes: A mi también me gustaría viajar (**Paulina:** ¿Sí? ¿Si le agrada la idea? Seria una buena idea la verdad) (**Lourdes:** Para la convivencia) (**Paulina:** Aprovechar que el Sr. Carlos, usted hace excursiones señor)

Todos: Invítenos a las excursiones (**Carlos:** Mas de 30 años haciendo viajes) (Todos responden de manera positiva y entusiasta a la propuesta y se ríen y divierten generando un ambiente ameno)

Rita: Bueno pues nosotros ahí en la casita en donde estamos con la Dra. y todo eso siempre tenemos excursiones, nos llevan igual como dice el señor, ósea que nosotros tenemos todo eso, lo que si yo quería decirle “¿Cree que nos pueda mandar una nutrióloga ahí a la casita? Porque la Dra. Pues si nos dice como comer y como todo pero yo creo que va a ser mejor que llegue una nutrióloga. Creo que desde la otra vez pasada que vinieron dijeron que iban a mandar a una de aquí de la UAM (**Elia:** Hubo un nutriólogo ahí en la casita) no pero ya no lo vi a él, no yo digo ahorita en esta etapa que están ellas (**Paulina:** Ósea como reintegrarlo porque ya había) Sí dice ella que ya había uno, pero yo nunca lo conocí, pero ahora yo digo que estaría bien, de la otra vez que venimos dijeron no se si estoy mal o estoy bien que dijeron que iban a mandar a una nutrióloga, pero no nos la mandaron (**Paulina:** no nos han cumplido) No nos han cumplido (**Paulina:** Es muy importante que lo mencione para poderlo revisar y que por lo menos una vez al mes vaya al consultorio a dar esta asesoría nutrimental) si es que no hay como le diga a uno una nutrióloga.

CIERRE:

Paulina: Okey, bueno, entonces ya vamos a ir empezando a cerrar, faltan 10 minutos para que sea la 1. Entonces bueno en conclusión tenemos como prioridad la alimentación y el ejercicio físico, fue lo que mas se repitió, esto de las recetas me parece muy enriquecedor y muy bueno porque entre nosotros mismos que tenemos enfermedades crónicas pues podemos aconsejarnos “A mi me ayuda esto, a mi me ayuda lo otro” aprender de nosotros mismos que es lo más importante y es lo que queremos hacer.

Esto del espacio de ejercicio físico, por ejemplo, tener aquí los consejos del Sr. Carlos para hacer ejercicios sentados es muy bueno, que uno a lo mejor no tiene conocimiento de esto, esa fue otra.

Y por ejemplo no se si a ustedes les ha tocado lo de los “Consejos asesores” (**Lourdes:** No) ¿A ninguno? Una labor que tenemos pendiente nosotros como trabajadores para ustedes es reactivar los consejos asesores ¿Qué son estos consejos asesores? Son ustedes ayudando, aconsejando a por ejemplo a otros pacientes nuevos, pacientes que se acaben de incorporar que no va a ser lo mismo un paciente que se acaba de incorporar a un paciente que lleva 8 reuniones ¿no? Entonces yo ya me aprendí, yo ya tengo esto, tengo mi cuadernito, tengo recursos que le puedo ayudar a otros pacientes.

Entonces esta es una labor y una tarea que vamos a empezar a volver a reactivar ¿sí? Entonces pues me dio mucho gusto ser su coordinadora en este grupo, la verdad es que espero volverlos a ver pronto, gracias y muchas felicidades. Y muchas gracias por venir a varios si los recuerdo. Entonces pues espero que nos sigamos viendo por aquí.

(Todo el equipo aplaude y se despide y agradece de manera cordial, todo el grupo se dirige a un costado a realizar actividad física en equipo)

10° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas

En el segundo encuentro cumplí el papel como coordinadora, en esta ocasión las mesas estaban divididas por consultorios ya que el tema que se trató durante este encuentro fue la opción sobre reactivar un consejo asesor en el proyecto urbano de salud, se mencionaron algunos logros previos de dichos consejos como lo son el carnet de consultas y los recetarios propuestos y generados gracias a las opiniones del consejo asesor. Particularmente en el consultorio de volcanes se reactivó este consejo con la participación de 8 personas activas, con ellos se han llevado a cabo actividades como los videos para la activación física de los participantes del consultorio, así como la participación activa de encuestas acerca de su opinión sobre el mantener actividad física en sus vidas diarias y la creación de carteles para la promoción de esta en los consultorios.

Coordinadora: MPSS. Bolaños Marín Sara Guadalupe

Relatora: MPSS. Anilú Molina

- ❖ **¿Qué necesitamos para que la atención médica sea mejor?**
- ❖ **¿Qué necesitamos para desarrollar el autocuidado?**

- **¿Qué dudas tenemos respecto al Consejo Asesor?**
- **¿Consideramos que sí conviene reactivar el Consejo Asesor del Proyecto?**
- **¿Qué dificultades observamos para reorganizar los consejos?**
- **¿Aceptamos que nuestro consultorio reactive su Consejo Asesor?**

Paso 1. Presentación y discusión de resultados de la evaluación cualitativa: atención médica, desarrollo de capacidades, comunidad.

Hagamos una revisión en conjunto:

Atención médica en el MAICP:

1. Cómo es una consulta
2. Acuerdos y trabajo conjunto
3. Relación médico - paciente
4. Redes de apoyo

Al revisar el primer apartado, y en relación con los resultados que revisamos; dialoguemos ¿Qué necesitamos para que la atención médica sea mejor?

Al inicio de la conversación se dio la presentación de todos los integrantes de la mesa 2 del consultorio de volcanes, se establecieron algunas reglas en pro de generar un entorno participativo con la dinámica de respeto al tiempo de la palabra de los participantes, la confidencialidad de todo lo debatido en la mesa y el uso de la información que ayuden a fortalecer aún más al proyecto.

Se revisó el primer apartado de manera conjunta

Ranulfo: “Para tener un buen control de nuestra enfermedad tenemos nosotros la responsabilidad de acudir a nuestras citas médicas y llevar a cabo el tratamiento que nos están dando ustedes, tanto los medicamentos como la alimentación que debemos de ser prudentes para no abusar de los alimentos que nos hacen daño”

Graciela:” Yo siento que en mi caso he sido bien atendida por usted y todos lo que ya se fueron, su paciencia, su método, admiro mucho su paciencia de todos ustedes porque eso me ha ayudado, tengo la confianza. Les damos las gracias por todo eso”

Celia:” Yo he hecho hincapié y lo vuelvo hacer hincapié que todas estas enfermedades que tenemos deben de ir acompañadas de un apoyo psicológico, yo a veces considero que a veces no podemos solos y para mí es muy importante el apoyo psicológico y estoy muy agradecida con usted y todos los médicos que han pasado, por todo el apoyo que nos han brindado”

Leonor: “Yo, para mí el servicio es muy bueno no sabría que opinar de cómo se podría mejorar, para mí el servicio lo está haciendo muy bien, muchas gracias”

Verónica: “Pues de igual manera creo que no nos falta nada, creo que tenemos toda la atención y principalmente gracias por toda la responsabilidad que tiene para todos nosotros”

Blanca: “Pues yo quiero darle a usted las gracias porque me levanto de unas cosas fuertes, lo que yo quisiera es que hubiera a lo mejor, no sé, una vez cada dos meses citas con el nutriólogo para ver lo de la alimentación”

Isaira: “este para mí el Servio del consultorio es muy bueno, hasta la fecha yo llevo 3 doctores con usted doctora y todos han sido muy buenos y yo siento que no nos falta mucho pues no llevan de todo lo único que de cierta forma en el consultorio les faltaría sería que al menos una vez al año las mastografías para todas nosotras, para que sea el Papanicolau y la mastografía, eso sería muy bueno”

Isabel:” Ay no sé, pues mire antes que nada poner uno de su parte con todo, hacer las cosas como se lo piden a uno, pues para estar mejor y sobre todo con la atención de usted pues estamos todos bien”

Aurora: “Pues que le digo doctora, yo creo que no hace falta nada, estamos bien y agradecidos, yo llevo muchos años ahí, como 10 años con los doctores, pues todo me ha ido bien, gracias a Dios, poniendo de mi parte, obviamente y le agradezco mucho”

Desarrollo de capacidades para el autocuidado:

- Nuestra participación
- Nuestros conocimientos
- Nuestros cuidados

Al revisar el segundo apartado, y en relación con los resultados que revisamos; dialoguemos ¿Qué necesitamos para desarrollar el autocuidado?

Se dialoga sobre las capacidades que podemos desarrollar como personas para usarlas en autocuidado de nuestras enfermedades crónicas, siendo de las principales participaciones informadas, generando conocimientos sobre nuestros signos y síntomas, así como sus posibles complicaciones, el uso de recursos disponibles y a nuestro alcance, establecer metas y evaluar los logros con el objetivo de ser pacientes autónomos.

Ranulfo: “Yo creo que hay que hacer conciencia y estar conscientes, poner mucha responsabilidad que es en beneficio de nosotros cuidar nuestra alimentación, cuidar todo nuestro cuerpo, buscar que no haya lesión, hacer ejercicios no muy bruscos porque nos podemos hacer daño pero si poner mucho de nuestra parte para que la enfermedad no avance”

Graciela: “Pues primero la alimentación no comer alimentos que les pongan muchos químicos y controlar nuestros y buenos y malos momentos para no perjudicar a nuestro organismo”

Celia: “Pues sí, lo mismo que están diciendo, la alimentación y también ver cómo queremos vivir, si queremos vivir enfermos y deteriorarnos o mejorar y avanzar, tener conciencia de eso”

Leonor:” Pues sí estamos enterados de lo que nos perjudica y nos hace mal, tenemos

que evitarlo para mejorar nuestra salud porque si no nos cuidamos nosotros mismo nos estamos perjudicando”

Verónica: “La responsabilidad de cada uno, de que sabemos que cierto alimento o ciertas situaciones nos hace daño, ser responsable cada uno para nuestra buena salud”

Blanca: “Cuidar más mi alimentación y ser responsable sobre mi enfermedad”

Isaira: “Responsabilidad y hacer ejercicio y es como la doctora Sara me comento, si no podemos ir al gimnasio pues podemos buscarlo en la televisión y sí, doctora, yo lo busque”

Isabel: “Lo que podemos hacer, tomar el medicamento como se lo indican a uno, poner uno más de su parte, porque si uno no pone de su parte ya estuvo que no se hizo nada, porque Diosito no se compadecer de uno, igual mejorar los alimentos y todo”

Aurora:” Igualmente. Adaptarnos a nuestras enfermedades, tener conciencia y mejorar “

Paso 2. Encuadre del Consejo Asesor y decisión de reactivación

En este segundo paso se trata de que en el grupo discuta respecto a los Consejos Asesores y la decisión de reactivarlos.

1. ¿Qué dudas tenemos respecto al Consejo Asesor?

Se dialoga sobre el fortalecimiento de la comunidad, la importancia de generar espacios para la participación de las personas que viven con alguna enfermedad crónica en pro de favorecer el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, proponer iniciativas para mejorar tanto la calidad y la atención recibida.

De igual manera se abarca la importancia de la opinión y participación para poder transformar nuestros entornos en espacios saludables tanto individual y comunitaria a base de la reflexión, aprendizaje y colaboración desde nuestros conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo de nuestra vida.

Se hace énfasis que no se debe de ver como sinónimo consejo asesor con talleres.

Se dialoga el funcionamiento del consejo asesor en etapas, de igual manera se habla sobre las iniciativas que se han implementado gracias al consejo asesor del proyecto, tales como la creación de un recetario con recetas saludables propuestas por los propios pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisible atendidos en el proyecto urbano y el actual carnet utilizado.

Isaira: “Nunca he escuchado sobre eso”

Aurora:” Yo organice clases de manualidades que un doctor nos daba, la organice los lunes porque esos días no trabajaba, así que junte 3, 4 personas, así exagerando, era una hora, nadie tiene tiempo a nadie le gusta, íbamos ahí en el consultorio, ya tiene años eso”

Ranulfo: “No, ni idea, no he escuchado de los consejos asesores”

*Se pregunta en repetidas ocasiones si existen dudas sobre los consejos asesores obteniendo como respuesta que no hay duda alguna sobre ellos.

2. Consideramos que sí conviene reactivar el Consejo Asesor del proyecto? ¿Cuáles son las dificultades que observamos para reorganizar los Consejos?

Después de haber hablado sobre qué es, cómo funcionan, su importancia y algunos de los logros del consejo asesor, llegamos a las dificultades que ellos percibían que hay para reactivar el consejo asesor.

Ranulfo: “Yo creo que aquí, pues varia, los horarios, las consultas, no podemos programarlo, se me haría un poco difícil, pero qué la idea es buena, sí, solo que nos programemos entre todos en fecha y horario, ya podemos participar”

Graciela: “Sería buena idea, pero luego tenemos personas, yo no lo digo por mí, pero trabajan y tienen otras ocupaciones, necesitamos ver los horarios y ver con qué podemos participar”

Celia: “Pues sí, pueden ser muy benéficos, yo definitivamente no me podría integrar, pero los que sí puedan y quieran yo creo que si les va a ayudar mucho”

Leonor:” Si es bueno el proyecto que están proponiendo, yo creo que debe de funcionar, haciendo el propósito se puede”

Verónica: “Pues de igual manera por los horarios, no todos los días, pero cuando podamos, ahí estaremos, acomodarse y asistir a algunos”

Blanca:” Pues a mi si me interesa, si fuera en la parte de atrás del consultorio, tratar que como el caso de la señora (Aurora), que ya tuvo la experiencia pues que nos guíe a los que vamos empezando”

Isaura:” Yo creo que sí es muy importante”

Isabel: “Pues, mire, un día de la semana hablar todos que se dé uno tiempo, si podemos hacerlo, no es diario, para hablar de las cosas, una hora, hora y media está bien”

Aurora:” Yo opino que sí se haga, si están de acuerdo los compañeros y si hay 2 o 3, pues adelante, porque si no pueden pues ni modos, pero los que si pueden y les interesa, yo digo que está bien pero ahora sí que es cosa de cada uno, esa es mi opinión”

3.¿Aceptamos que nuestro consultorio forme su Consejo Asesor

En caso de Sí, nombremos quiénes participarán ¿Cuándo podemos reunirnos (Fecha y sede)? Con el objetivo de desarrollar un plan básico de trabajo

Afortunadamente la mesa se encontraba muy animada con la idea de la reactivación del consejo asesor, proponiendo fecha para la primera reunión el miércoles 20 de septiembre a las 9:00, en el consultorio de volcanes.

Las personas que confirmaron su participación fueron 8 de los 9 integrantes de la mesa 2 del consultorio de volcanes.

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

En el módulo 4 se realizaron diversas sesiones para la presentación de casos clínicos con un enfoque de atención centrado en la persona, se presentaba en primera instancia su ficha clínica donde conocíamos su nombre (sin incluir sus apellidos), edad, ocupación, red de apoyo, facilidad o dificultad para realizar actividad física y plan de alimentación, de igual manera conocíamos sus diagnósticos, antecedentes de importancia, tratamiento y eventos importantes que nos reportaban como personal de salud, entre ellos problemas de salud, exacerbaciones o complicaciones de su estado de salud así como modificaciones en su situación económica, familiar, etc.

En segunda instancia se nos presentaba parte del control y seguimiento de sus enfermedades crónicas a lo largo del año, así como si se contaban con ellos laboratorios. Se nos presentaba el peso, talla, IMC, glucosa en ayuno, presión arterial, así como triglicéridos, colesterol y hemoglobina glucosilada cuando se contaba con ellos.

Una vez analizando este seguimiento en forma grupal se decidía el mejor manejo integral para la persona según los conocimientos que íbamos adquiriendo durante el diplomado para realizar una atención con un enfoque en la persona:

1. Modificaciones en el tratamiento farmacológico
2. Estudios complementarios (si se necesitaban) dependiendo la disponibilidad del centro o del paciente
3. Se hacía énfasis particular en las redes de apoyo, así como modificaciones en la dinámica familiar, económica, social, ocupacional y psicológica. Principalmente para llevar a cabo un seguimiento acompañado y fungir también como una red de apoyo.

4. Recomendaciones generales para el control y evitar exacerbaciones o complicaciones agudas de acuerdo a la enfermedad crónica con la que vive el paciente.

Finalmente, por equipos íbamos exponiendo estos abordajes y retroalimentando de manera positiva puntos que se tenían que reforzar o situaciones en las que se difiriese del posible plan terapéutico.

A partir de esta exposición de casos clínicos tuvimos la oportunidad de igualmente realizar algunas simulaciones de consultas diarias para identificar errores y reforzar los puntos a favor que llevábamos a cabo a lo largo de la consulta.

Gracias a esta revisión de casos clínicos tuvimos la oportunidad de revisar temas selectos con apoyo de nuestros asesores clínicos, entre ellos podemos destacar:

- a) Evaluación de extremidades inferiores y pie diabético
- b) Uso correcto de hipoglucemiantes e insulino terapia
- c) Estándares de cuidado en Hipertensión y Diabetes 2023 (AHA y ADA 2023)
- d) Acompañamiento psicológico en pacientes que viven con enfermedades crónicas.

Estos temas selectos nos apoyaron en nuestra constante formación para actuar como personal capacitado y ofrecer la mejor atención disponible y diferentes opciones terapéuticas a los pacientes que vemos diariamente en la consulta.

4. Conclusiones.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a la realización de su servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), y en este proyecto en particular, cursando un diplomado como parte de ese servicio social?

Una vez analizados los resultados obtenidos en las tablas con los datos recabados a lo largo del año concluyó que en efecto y reafirmando los datos que observe por primera vez al acudir a un encuentro de personas que viven con enfermedades crónicas este modelo presenta resultados favorables en comparación a los datos que se presentan a nivel general en el país en cuanto al control de enfermedades crónicas, concluyo que este modelo de atención realmente debe implementarse en más centros de salud y afortunadamente ya se está realizando, es un trabajo tal vez difícil al principio ya que no conocemos realmente nada acerca de este modelo pero al paso del año y al ir tomando el diplomado muchas de estas complicaciones se van aclarando y permiten llevar de manera adecuada este modelo de atención con los pacientes que viven con enfermedades crónicas que a la vez al ver sus resultados se encuentran muy satisfechos y motivados para seguir en control.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a su experiencia con la atención de sus pacientes con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona?

El llevar a cabo este modelo de atención en pacientes que viven con enfermedades crónicas modifica ampliamente mi perspectiva y opinión ante estas enfermedades, anterior a mi experiencia en el servicio social, no era nada alarmante para mí escuchar o mencionar “Al diabético o a la hipertensa” actualmente cambios tan mínimos como referirnos a ellos por su nombre y reconocerlos como personas, personas que viven con enfermedades crónicas, a pesar de que creía mantener una buena relación médico paciente realmente ni siquiera sabía qué era eso y durante mi formación nunca lo había cuestionado, gracias a este modelo de atención comprendí y recordé la verdadera razón por la cual decidí estudiar esta carrera que era no solo ayudar a personas sino también trabajar en equipo para brindarles una mejor calidad de vida, desgraciadamente durante la carrera nos deshumanizamos y dejamos de ver a los pacientes como lo que son: personas. Personas que tienen una historia, un entorno, un día a día que influye en su vida y que finalmente muchos terminan viviendo con una enfermedad crónica, me ayudó mucho a desarrollar empatía y establecer una relación médico paciente que me ayudará no solo durante esta etapa, sino también en mi futuro profesional.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las ventajas y a las desventajas que ofrece la institución (la SEDESA), con la implementación de este modelo?

En mi caso en el consultorio de volcanes las principales ventajas que ofrece al implementar este modelo de atención son el cambio de la percepción y acción acerca de la relación médico paciente con la que muchos nos educamos durante nuestra formación académica, el modelo de atención apoya también a desarrollar capacidades como el autocuidado, la participación comunitaria, la toma de decisiones conjunta y el desarrollo de una escucha activa así como la capacidad de ofrecer diferentes opciones al tratamiento integral considerando las preferencias de la persona. En cuanto a las desventajas tal vez la principal podría mencionar que en un principio es difícil tanto para nosotros como para el paciente comenzar a conocer y desarrollar en la consulta este modelo, recordando que cada persona debe ser tratada de manera individual, probablemente podría mencionar este punto como una desventaja que se va solucionando con el paso de las consultas. En pacientes que llevan mucho tiempo en el proyecto no tuve gran dificultad para explicar o que ellos mismos ya hubieran desarrollado algunas capacidades como el autocuidado, sin embargo en nuevos pacientes en ocasiones el hecho de establecer metas y lidiar con frustración de no cumplirlas fue algo complicado pero que se fue solucionando.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las aspiraciones y las realizaciones de quienes viven con enfermedades crónicas (pacientes) y que

pudo atender más de una vez a lo largo de su servicio social?

La principal aspiración y realización de las personas que viven con enfermedades crónicas es vivir como si no tuvieran la enfermedad, en verdad muchos de ellos desearían no tomar tantos medicamentos, no cuidar tan estrictamente su alimentación, no vivir con la preocupación de alguna complicación aguda o crónica sin embargo comprenden y toman medidas como el desarrollo de su autocuidado que los ayudan a vivir con la enfermedad de la mejor manera posible, logrando así que en muchas ocasiones cumplan parte importante de estos objetivos que se plantean consulta a consulta a lo largo del año. Muchas de estas realizaciones como lo podemos observar en las tablas y gráficas son principalmente el control de sus enfermedades crónicas, por otro lado, el control del peso, el modificar un plan alimenticio de manera accesible para ellos y sus familias y prevenir el desarrollo de más enfermedades. Al atender a diferentes pacientes a lo largo de este año pude notar que lograr estos objetivos logra gran satisfacción y entusiasmo en ellos que es algo que espero continúen experimentando los pacientes y puedan seguir compartiendo con nosotros.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a lo que fue su formación profesional de pregrado, incluyendo desde luego el año de servicio social, y lo que tendrá que mejorar en su futuro inmediato?

Mi formación durante el servicio social resultó muy enriquecedora y gratificante tanto para mí como persona como para mi vida profesional ya que en este modelo de atención y en este proyecto aprendí a desarrollar capacidades para ser un personal de salud activo y preparado que crece día con día sin perder parte de su humanidad y respeto hacia las personas con las que trabaja. En mi futuro inmediato espero continuar llevando a cabo este modelo de atención con las personas con las que trabaje, así como compartir a más personas el deseo por conocer este modelo, principalmente colegas del área de la salud, pero también con pacientes. En un futuro a largo plazo me gustaría seguir desarrollándome en este proyecto y seguir siendo participe de cómo va creciendo, para mi realmente es muy impresionante que un modelo que empezó a ponerse en práctica en los consultorios del proyecto urbano de salud vaya escalando a la incorporación a centros de salud de diferentes alcaldías de la ciudad de México y espero que en un futuro pueda ver que se lleve a cabo en más instancias del país para presentar mejores resultados de control y una oportunidad para tener una mejor calidad de vida para las personas de nuestro país.

Referencias bibliográficas

1. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Educ Salud [Internet] 2001 [Consultado 20 de enero del 2024]; Volumen (1), Páginas: 19-22. Disponible en: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
2. Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. Hacia Promoc. Salud. [Internet] 2022 [Consultado el 22 de enero del 2024]; 27(2): 237-254. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.17

5. Anexos



ANEXO 1. Consultorio médico de volcanes (Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur)

ANEXO 2. Encuentros para personas que viven con enfermedades crónicas UAM-X

EL CONSEJO ASESOR DEL PROYECTO URBANO

¿QUÉ ES?
Es un espacio de organización y de participación de las personas que vivimos con Enfermedades Crónicas, como diabetes e hipertensión, y que acudimos a los consultorios del Proyecto Urbano de Salud.



¿PARA QUÉ SIRVE?
Para favorecer el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas de las personas con enfermedades crónicas, además de proponer iniciativas para mejorar la calidad de la atención que recibimos.

Y ESTO ¿CÓMO LO HACEMOS?

- 1** Creamos un espacio para reflexionar, aprender y colaborar desde nuestros conocimientos y experiencias.
- 2** Discutimos el desarrollo del proyecto y sus resultados.
- 3** Participamos para crear formas de cuidarnos entre todas y todos.

¿POR QUÉ ES NECESARIO?

Como personas que vivimos con enfermedades crónicas, es muy importante que nuestra opinión y participación sea tomada en cuenta para mejorar la atención que recibimos en los sistemas de salud.

Podemos ser capaces de proponer iniciativas que transformen nuestros entornos en espacios saludables, no solo para nosotros, sino para todos y todas.

10^o ENCUENTRO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

30 AÑOS PROYECTO URBANO DE SALUD **7 DE SEPTIEMBRE 2013**
Entre la universidad y la sociedad





La experiencia de cuidarnos en el Proyecto Urbano

ANEXO 3. Pacientes del consultorio de Volcanes 10° Encuentro de personas con enfermedades crónicas



ANEXO 4. Realización de pruebas para el desarrollo del proyecto “Nuestro cuerpo en movimiento”.



**ANEXO 5. Grabación de videos para el proyecto “Nuestro cuerpo en movimiento”
Consejo Asesor.**



**Consejo asesor
(Consultorio Volcanes)**

