

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGIAS Y DE LA SALUD**

Licenciatura Medicina

Una atención integral centrada en la persona, basada en el modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco, como instrumento para aumentar el autocuidado en primer nivel de atención médica, evaluación y sus resultados

Medico pasante del servicio social:

Carlos De la Cruz Yáñez

Matriculo: 2172034661

Promoción servicio social:

Agosto 2023 - Julio 2024

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesor externo: Alejandra Gasca García

Fecha de entrega: Agosto 2024

1. Presentación

El presente documento surge de necesidad clínica de lograr una valoración médica más completa e integral del paciente como persona, teniendo como objetivo no solo el entendimiento de sus enfermedades y el control de estas, sino el entender el padecimiento que afronta la persona que vive con la enfermedad, así mismo cuales son los factores más relevantes que le permitan a la persona lograr su autocuidado, por medio del siguiente trabajo se estudia y se da seguimiento a la atención médica clínica que se brinda a las personas con enfermedades crónico degenerativas en un primer nivel de atención, como lo es el centro de salud T-III San Pablo Oztotepec de la jurisdicción sanitaria de Milpa Alta haciendo uso datos somatométricos, signos vitales, y paraclínicos para la generación de una base de datos que permita evaluar objetivamente su evolución clínica tras la implementación de una consulta médica con un enfoque de atención centrado en la persona con enfermedades crónico generativas.

A continuación se abordara con una breve descripción de los diferentes componentes que forman parte del Modelo de atención centrada en la persona con enfermedades crónicas: Un enfoque integral, abarcado la estructura y los componentes del El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP), y cómo fue su implementación en el centro de salud T-III de San Pablo Oztotepec para una atención centrada en la persona con enfoque integral, en la búsqueda de una mejor evolución de las enfermedades, mejor apego a tratamiento, disminución de complicaciones agudas y crónicas, todo esto por medio de la aplicación de los conocimientos que se adquirieron el diplomado en sus 4 módulos que lo conforman, a través de los cuales se llevaron a cabo encuentros con pacientes donde se obtuvo información cualitativa de las experiencias de las personas con enfermedades crónicas, y a treves de estos se generaron propuestas para la constitución de consejos asesores de personas con enfermedades crónicas. El equipo de coordinación del MAICP consideró las propuestas en tres conjuntos: Dos como Proyectos de Aprendizaje, uno sobre dudas e información necesaria para conocer mejor las enfermedades crónicas o sobre la atención y el cuidado de estas. El segundo proyecto fue sobre prevención de esas enfermedades, ya sea en el ámbito familiar o en el entorno vecinal, en el caso específico de centro de salud T-III San Pablo Oztotepec se llevo a cabo el segundo proyecto enfocado en un taller de autocuidado donde por medio de actividades se recolecto información sobre las principales debilidades y fortalezas del autocuidado que las personas con enfermedades crónica han identificado a lo largo de vivir con estas enfermedades.

Desde la incorporación del centro de salud T-III de San Pablo Oztotepec al modelo, se han asignado cuatro generaciones de médicos pasantes, teniendo este modelo desde Enero 2022 por medio de otros médicos pasantes de la universidad autónoma metropolitana, por lo que a la mayoría de los pacientes a los cuales se ha podido implementar en la consulta una atención centrada en la persona ya conocen el modelo desde hace tiempo, así mismo como el centro de salud y la jurisdicción sanitaria, lo cual permite en la consulta llevar a cabo diferentes aspectos para lograr esta atención integral, como lo es un mayor tiempo de consulta para lograr una adecuada comunicación en la cual se abarquen aspectos personales, emocionales, sociales, familiares, psicológicos, incluso económicos que puedan repercutir directamente en su autocuidado con la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, el centro de salud también nos brinda la disponibilidad de agendar citas a los pacientes con una mayor regularidad para estar evaluando constantemente la evolución clínica, así como el resultado de modificaciones de estos factores que se hayan asociado a la mejoría de su autocuidado.

El centro de salud también nos brinda apoyo con asesores clínicos para el abordaje terapéutico que permita un adecuado control de los pacientes y sus enfermedades, en el caso de encuentros con los pacientes se nos proporciona las instalaciones y horarios para llevarse a cabo sin inconvenientes, así como la accesibilidad de poder acudir los días viernes a sesiones académicas impartidas por el MAICP.

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

El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco busca orientar y asesorar a los médicos pasantes en la atención clínica de las personas con enfermedades crónico-degenerativas, por medio de sesiones académicas que se llevan a cabo los días viernes de cada mes alternado sesiones presenciales con modalidad en línea. Dicho modelo MAICP consta de diferentes módulos organizados de forma secuencial para la adquisición de conocimientos que permitan al médico pasante una atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas con un enfoque de Capacidades.

Con un primer modulo dirigido al fortalecimiento del autocuidado el cual aborda temas dirigidos a la persona no solo a la enfermedad en búsqueda de identificar las diferentes capacidades tanto individuales como colectivas de estos para aumentar el autocuidado, que de esta forma repercuta positivamente en aspectos de su enfermedad como lo es el

control de sus enfermedades, y la mejoría de su calidad de vida. Dentro de este módulo es indispensable el abordaje del modelo expandido de atención a pacientes crónicos por el ministerio de salud del gobierno de British Columbia, con los diferentes aspectos que lo conforman y como es su interacción en la persona, ya que estos determinantes influyen directa e indirectamente para su evolución y el lograr un autocuidado. Por lo que una atención integral centrada en la persona tiene como pilares la identificación de estos determinantes de la salud, que una vez definidos el medico pasante puede implementar su evaluación y posibles modificaciones en búsqueda de una mejoría para la persona.

Dentro de estas determinantes y su asociación con las capacidades se pudo identificar en la práctica clínica la alta importancia y repercusión del ámbito familiar-social para el fortalecimiento de su autocuidado; en ese sentido se pudo observar en repetidas ocasiones el empeoramiento clínico y anímico de personas con enfermedades crónicas ante una débil red de apoyo ya sea familiar o social, principalmente asociada a conflictos directos por cuestiones ya sean psicológicas, económicas, o sociales. Esto desencadena en la persona un desinterés en su autocuidado, un estado de estrés continuo que no le permite un bienestar total y repercute directamente en lograr un autocuidado. Retomando el modelo expandido, se implementó en el área clínica el fortalecimiento en la comunidad de crear entornos saludables, a través de acciones que fortalezcan la acción comunitaria haciendo uso y conocimiento de las diferentes políticas públicas dirigidas a la salud, logrando así uno de los principales puntos de este modelo, el lograr personas informadas y empoderadas que conformen una comunidad activa por su salud que en conjunto con el equipo clínico logre desarrollar habilidades personales para el autocuidado, orientación de servicios disponibles para su salud, apoyo en tomo de decisiones así como toma de decisiones conjuntas.

La conclusión de este modulo fue por medio de la elaboración de un ensayo en cual el medico pasante aborda una problemática observada por medio de su práctica clínica que repercute en el autocuidado de las personas, haciendo uso de los conocimientos para la detección de factores que influyen en el autocuidado de la persona, y la experiencia del médico pasante en su abordaje clínico.

Como segundo modulo se abarcan métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedades crónica, ya que en la atención centrada en la persona se prioriza la calidad de la información con la cual se toman decisiones, que sean decisiones basadas en evidencia científica, que se adecuen a la situación y la persona. De esta forma el módulo fortalece los conocimientos en los cuales se basan los criterios diagnósticos y decisiones terapéuticas implementadas en el área clínica, tomando en cuenta aspectos aprendidos en el módulo anterior como las aspiraciones, necesidades,

posibilidades y condiciones particulares de cada persona. En este módulo se desarrolló la capacidad del personal de salud de buscar dirigida y objetivamente información basada en la mejor evidencia científica disponible, que permita la implementación de este conocimiento al momento de valorar al paciente, de hacer diagnósticos y toma de decisiones terapéuticas. La implementación de la evidencia científica en este módulo guía en paralelo el desarrollo de una relación médico paciente que permita la toma de decisiones en conjunto, tomando en cuenta todos los aspectos abordados en el módulo anterior, logrando así una atención individualizada y centrada en la persona. Para lograr esto, el personal de salud no solo desarrolla habilidades en búsqueda y discriminación de información, sino también de comunicación que le permita transmitir todo lo aprendido, logrando así un acuerdo con la persona para el control de sus enfermedades.

El personal de salud no solo implementa la medicina basada en evidencias, sino que se presenta un acercamiento a la medicina basada en narrativa, la cual permite la habilidad de generar conocimiento por medio del estudio de experiencias narradas de las personas con enfermedades crónicas, ya que, en estas narrativas, se expone su perspectiva y expectativas no solo de su enfermedad sino de su salud, lo cual es información fundamental para el entendimiento integral de la persona. El desarrollo y comprensión de la medicina basada en narrativa es parte del proceso terapéutico para un enfoque integral, ya que es el único método que permite conocer todos los aspectos asociados a la persona y a su experiencia con la enfermedad, lo cual favorece una relación de reconocimiento mutuo, respeto y ejercicio de derechos humanos.

En este mismo módulo se desarrolla la comprensión e implementación de sistemas de información con fines de monitoreo y evaluación de resultados, para lograr un análisis del desempeño clínico, el cual permita una retroalimentación. Principalmente haciendo uso de la evidencia científica como puede ser la valoración objetiva y cuantitativa de cifras de metas terapéuticas, haciendo uso tanto de la medicina basada en evidencias como de la medicina basada en narrativas valorando las experiencias y conocimientos compartidos por la persona, de este modo logrando una evaluación integral de la persona con enfermedades crónicas.

La conclusión de este módulo fue a través de la elaboración de una revisión sistemática en la cual el personal de salud hace uso de los conocimientos de búsqueda de información con la última evidencia científica, dirigida a una problemática observada en el campo clínico. La cual le permita la adquisición de conocimiento y herramientas para el abordaje esta problemática.

El tercer módulo abarca la organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas, en el cual el personal de salud desarrolla conocimientos y

capacidades dirigidas a la participación para la formación de un entorno saludable, a través de la narrativa, recolección de información, y generación de conocimiento de la persona con enfermedades crónicas para aumentar su autocuidado en beneficio a su salud, pudiendo repercutir directamente a nivel social, ya que el conocimiento generado en estos encuentros busca la prevención a nivel familiar y comunitario. Para lograr esto se implementó el proceso de investigación de acción participativa para la generación colectiva de conocimiento que permita una perspectiva real de las personas con enfermedades crónicas en su entorno, desarrollando habilidades para su autocuidado desde la participación social.

En este módulo se acompañó a las personas con enfermedades crónicas en la organización y participación de un encuentro donde compartieron sus experiencias, abordando la importancia del momento en el que se les informó su diagnóstico, y como todo lo relacionado a ese momento repercutió directa e indirectamente en su control de la enfermedad, considerando que un mal abordaje al momento del diagnóstico tiene una repercusión negativa, así como la falta de información y la desinformación que existe respecto a las enfermedades crónicas. Para lograrlo se capacitó al médico pasante para abordaje de grupos, con diferentes técnicas para mejorar la comunicación, para lo cual se realizaron simulacros para la identificación de errores e implementación de dinámicas.

En estas reuniones se compartieron experiencias de las personas y se obtuvo la información relevante para la identificación de capacidades individuales y colectivas que favorecen y dificultan su autocuidado, tomando en cuenta factores individuales, instituciones, colectivos, comunitarios que repercuten positiva o negativamente a su salud.

Por eso se realizó una invitación abierta a los pacientes que forman parte del modelo en el centro de salud T-III San Pablo Oztotepec, se coordinó con asesores y directivos el uso de un área de la unidad para dicha reunión, la cual se llevó a cabo satisfactoriamente con 15 participantes en la cual se hizo una presentación y análisis de los resultados del modelo, como herramienta de control en enfermedades crónicas, posteriormente las personas que asistieron compartieron sus experiencias que han repercutido en su salud, identificando fortalezas y debilidades con las cuales trabajar más adelante.

Para la conclusión de la actividad se realizó una relatoría de las participaciones, con la finalidad de un análisis puntual de los comentarios, en la identificación de información para generar propuestas que permitan trabajar aspectos presentes en el grupo así como actividades que favorezcan a su autocuidado, y aumentado la participación e involucrándolos activamente en su salud.

3. El diplomado

Está constituido por sesiones académicas, que se llevan a cabo semanalmente los días viernes, en dos modalidades una presencial en donde se realizan abordaje de temas específicos de lecturas seleccionadas por coordinadores, en donde posterior a la elección de los participantes que abordaran el tema, se realiza una exposición de este, con un posterior abordaje dirigido por un coordinador en conjunto con los médicos pasantes donde se retoma los principales puntos del artículo revisado y cuál es su relación con el Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP), ya que la finalidad de los temas revisados es entender las bases del modelo de atención; los horarios son programados acorde a la promoción en la que se dio inicio al servicio social. Las sesiones en línea se llevan a cabo con una modalidad similar donde se abordan temas específicos, con una exposición del tema, y posterior retroalimentación de los puntos relevantes, así como su implicación o aplicación en nuestra práctica clínica y para el Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP).

Cabe recalcar que la exposición del tema es solo la apertura de la sesión en cualquiera de las modalidades, ya que posterior a estas las personas que han tenido experiencias relacionadas al tema, o que tienen información que aportar, comentan y abren a una discusión donde se busca la implementación del conocimiento generado, dirigido por asesores y con retroalimentaciones desde su experiencia y conocimiento.

Dentro de las sesiones del diplomado se llevaron a cabo sesiones de temas relevantes para la atención centrada en la persona, en la cual se abarcaron temas como: La valoración podológica de personas con enfermedades crónicas, insulino terapia, Manejo de pie diabético, elección de tratamiento hipoglucemiantes, Elección y uso de tratamientos antihipertensivos, con el apoyo de médicos capacitados en el tema para el abordaje, donde se realizaron actividades prácticas para el asentamiento del conocimiento.

Dentro del diplomado se llevaron a cabo casos clínicos impartidos por médicos pasantes donde se realizó un abordaje integral de la persona, su padecimiento, abordaje terapéutico, sus experiencias relevantes para su enfermedad y sus aspiraciones de salud, posterior a la exposición del caso se realizó una secuencia de preguntas dirigidas en el mismo orden en el cual fue expuesto el caso por si existieran dudas relevantes para el entendimiento de la persona. Tras la resolución de dudas y desarrollo de temas

relevantes para la atención centrada en la persona, se realizó una elección de temas que se consideraron necesarios abordar a profundidad para programación de una sesión específica coordinada por un asesor.

Para finalizar la dinámica del diplomado se realizó un trabajo final posterior a cada módulo donde se hace uso de los recursos aprendidos, y enfocados en una problemática observada en la práctica clínica, entregado vía electrónica al asesor interno para la acreditación de cada módulo.

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

Introducción

Dentro de las complejas relaciones que existen en el ser humano hay algunas que son sumamente complejas debido a las características propias en la que se presenta esta interacción entre 2 individuos, así como por los objetivos que interactúen con cada parte para el fin de generar esa relación humana. En ese sentido la relación médico paciente es una de las conexiones más complicadas por parte del médico debido a la gran diversidad que existe en las personas que conocerá a lo largo de su práctica de su profesión, en las que la búsqueda de formar una relación que promueva una alianza terapéutica es el principal objetivo, la cual se ha demostrado la mejor forma es a través de generación de confianza transmitida al paciente, ya que dicho paciente se encuentra en una situación donde enfrenta no solo un sentimiento de malestar y dolor propio de la enfermedad misma sino que está cursando la necesidad de generar una relación que el paciente no eligió, y que sin embargo es una situación secundaria a la búsqueda de resolver el problema relacionado a su salud.

Dentro del estudio del ser humano como un ser social, en el cual surge la necesidad de sociabilizar con los demás individuos de su sociedad dado que el individuo funge un papel dentro de la sociedad así mismo generando diversos roles en la sociedad, los cuales permitan el desarrollo de habilidades, actitudes, aptitudes y cualidades que permitan un estado de bienestar tanto biológico como psicológico. En este sentido la persona con enfermedad crónico-degenerativa no transmitible cumple un papel donde requiere la atención y por tanto la generación de una relación médico paciente con un personal de salud.

Esta relación médico paciente no intencional para el paciente en el cual se tiene que enfrentar a situaciones y condiciones que no puede controlar, además de una sensación de malestar propio de la enfermedad generando que no siempre se tenga una alianza adecuada entre un paciente y su médico. Siendo un tema de alto interés para los médicos

en primer nivel de atención, ya que en ese proceso de relacionarse permite la formación para entender no solo una enfermedad, sino el hecho de entender a una persona que enfrenta una enfermedad, mas específicamente una enfermedad crónico-degenerativa no transmisible. A través de este ensayo se busca explorar algunas de las principales condiciones que nos permitan entender que el proceso de enfermedad y su estudio ya que ha demostrado que es por medio el cual el médico intenta entender al paciente y la condición de malestar por la que está cursando que de ese modo permita ofrecerle la mejor atención posible y que permita el desarrollo de capacidades para el autocuidado y autonomía personas con enfermedades crónicas atendidas en el primer nivel de atención.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este ensayo es realizar un abordaje sobre el proceso de atención al paciente, sus principales componentes y su interacción entre ellos enfocados en la búsqueda de un modo de atención centrado en el paciente con enfermedades crónicas en el primer nivel de atención que permita al paciente una autosuficiencia en relación con su salud.

OBJETIVOS ESPECIFICIOS

- Buscar teorías de atención al paciente que nos permita determinar los principales componentes involucrados en la formación de la relación médico paciente, de la formación de hábitos de autocuidado por parte del paciente con enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, y de la implementación de la atención centrada en el paciente adecuado a sus necesidades por parte del personal de salud en el primer nivel de atención.
- La formulación de material informativo útil en el primer nivel de atención sobre cuál es la interacción que existe entre los componentes encontrados y su potencial aplicación en el uso para el desarrollo de actitudes, aptitudes, y habilidades necesarias para el paciente con enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles.
- Determinar cuál es el papel e importancia del primer nivel de atención como gestor de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas no degenerativas.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas a generando una pandemia permanente sobre estas enfermedades, que acompañan al paciente a lo largo de su vida generando obligadamente la interacción con personal de salud por lo que el entendimiento de los factores que interactúan en esta relación humana entre un medico y un paciente es una herramienta que nos permite

establecer teorías que permita establecer una atención centrada en el paciente. Dentro de las principales enfermedades crónico degenerativas como Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, Hiperlipidemias, Obesidad, Síndrome metabólico, etc., su diagnóstico, tratamiento y seguimiento se lleva a cabo en el primer nivel de atención ya que hoy en día existen diagramas de flujo que nos permiten establecer parámetros terapéuticos y líneas de tratamiento, sin embargo estos tipos de recursos no siempre toman en cuenta todas las necesidades del paciente con enfermedades crónico degenerativas ni las posibilidades del médico en primer nivel de atención por lo que este ensayo busca destacar los principales determinantes que permitan establecer la autosuficiencia en relación a salud en paciente crónico degenerativos en el primer nivel de atención .

DESARROLLO

1.1 Relación Medico-Paciente

Tomando en cuenta que la atención de todo paciente esta condicionada por la necesidad de generar una interacción entre un médico un paciente con una enfermedad generando así una relación, la cual llamada relación médico-paciente, resulta de una interacción de dos personas con un objetivo en común en este caso en específico el tratamiento de la enfermedad. Resulta todo un proceso de identificación entre dos personas, en donde se crea un ambiente nuevo constantemente y es necesario se establecen principios de identidad, respeto y lealtad que permitan el desarrollo de habilidades necesarias para afrontar diversos procesos involucrados con el afrontamiento de la una enfermedad. Específicamente en este ensayo abordaremos el caso de enfermedades crónicas generativas las cuales involucran cambios propios en la identidad del paciente, que afectan condiciones de su vida diaria hasta el punto donde modificaciones de estas puedan resultar como agresiones hacia su persona. Por lo que el abordaje de implementación de cambios en estilo de vida que estén muy arraigado por el paciente involucra la necesidad de no solo implementar medidas sino de la necesidad de desarrollar habilidades, cualidades, actitudes y aptitudes que permitan el adecuado cambio en la vida diaria que permita un adecuado autocuidado que permita un beneficio en su salud.

Así pues, para que exista esta relación, parte de que uno de los dos seres se encontrara en estado de pérdida, es decir, en una situación mental subjetiva en donde el paciente acude en busca de lo que siente perdido y trata de explicar su sentir a través de su pensamiento, es decir, externa sus sentimiento y ciertas condiciones de su vida privada en la búsqueda de expresar su malestar, generando un estado de vulnerabilidad en el paciente siendo una de las principales cuestiones que tiene que tomar en cuenta el

medico para poder ofrecer la seguridad al paciente que permita la generación de un responsabilidad y posterior autocuidado en relación a su enfermedad.

El paciente acude por su proceso de enfermedad, en donde el médico tiene que abordarlo sin llegar al proceso de contratransferencia de manera inconsciente, donde estamos transmitiendo al paciente nuestros propios procesos de impulsos y tendencias sin que lo note. En este tipo de relaciones, se prefiere la escucha atenta, donde se puede ser capaz de ser un ser que pretense ser escuchado y posterior atención que sea adecuada. En donde el medico si se encuentra atento de lo que dice, tiene que trasformase la actitud por parte del médico y que sea un generador de confianza y no de desconfianza. El medico tiene que ser ético, saber cómo se dirige a un paciente para buscar el diagnostico de forma integral en donde tiene que explicar que ninguno ni el paciente y ni el medico eligieron encontrarse en esa situación, pero hacerle saber que si pueden crear un objetivo en común, trasformando la aptitud en poder generar la confianza requerida.

Por lo tanto, le medico debe esta atento, escuchando y realizando una interpretación de lo que el paciente puede decir y con todo esto, podemos decirle al paciente y generar confianza frente a su realidad. Dentro de una relación médico-paciente, no solo es el soma en si, sino además es buscar y entender completamente que cada uno de los que integran este binomio de relación son individuos que pretender tener una interacción en donde ambos aprendan y tengan una alianza terapéutica.

La relación médico-paciente, busca con mucho que el paciente tenga su propia autonomía de poder elegir y ser quien decida ante la gama de posibilidades de tratamientos que el médico le está informando con información adecuada y clara tomando en cuenta la escolaridad y lo cultura del paciente. Por lo que el medico se encuentra estructura sus mensajes utilizando un lenguaje que al emitir el mensaje sea comprendido por el paciente le genere el resultado esperado y se sienta en confianza y que tiene la oportunidad de acoplarse a su diagnóstico, de opinar y valorar las distintas opciones para que afronte su proceso de enfermedad.

1.2 Proceso salud enfermedad y el individuo con enfermedades crónico-degenerativas

Es importante entender que el paciente es quien decide en todo momento y es quien tiene la decisión al final, sin temor a ser reprimido de lo que para el sea lo correcto. Saber que siempre es importante informar a través de un discurso adecuado y estar atento a sus respuestas que emite a través e su lenguaje hablado o escrito y este sea captado por el medico con la finalidad de hacerle saber que no todo lo que cree conocer es la realidad, es decir, que el paciente también tiene su propio criterio de pensar, actuar y expresarse ante una situación que compromete su salud y bienestar físico y mental. En donde

siempre que se origine una relación médico-paciente sea comprendido y no juzgado por lo que exprese o comunique de su sentir.

Por lo tanto, resulta importante entender a un paciente como un ser biopsicosocial que se encuentra en situación de pérdida y somatizando ante su situación, en donde un médico tiene que mostrarse como un ser empático, amable y no una persona que lo rechace o juzgue por el hecho de creer que la persona no conoce nada de términos médicos o porque no sabe cómo se llama su enfermedad. todo esto ocasionara que el paciente decida no verlo de nuevo y que su diagnóstico se retrase y que tienda a complicar, solo por una mala atención médica. Así pues, saber que en una institución se da una relación coartada en muchas de las ocasiones, porque la propia institución es la que limita a que se dé una relación adecuada, ya que en la actualidad se observa al médico como una máquina de dar consulta y no se toma en cuenta el hecho de que las condiciones que el medico tenga son las que pueda ofrecer a sus pacientes.

Tomando en cuenta que las relaciones humanas nacen de buscar la forma de entender, y que les lograr superar una problemática en común, ya que son de múltiple interés para todos los individuos involucrados. Dentro del contexto del proceso salud-enfermedad se puede ver como el un afrontamiento en la psique de la persona que cursa la situación de tener que aceptar un pérdida, y tener que resolver una problemática, donde tenga que poner en práctica su capacidad de entendimiento de la situación, sus capacidades de adaptación que lo lleven a integrar la nueva información, analizarla y compararla con los conocimientos previos para conseguir la resolución de la problemática más específicamente el ser autosuficiente con el cuidado de su enfermedad.

Toda relación cursa por etapas donde tiene que identificar la problemática en común para ambas partes involucradas y establecer una comunicación que les permita exponer la información que cada uno percibe e interpreta, dando su opinión y lo que espera conseguir de la resolución de dicha problemática y su relación a él. Propiamente hablando de la práctica médica y su relación con un paciente con enfermedades crónico degenerativas, se tiene la búsqueda en común de buscar afrontar la situación por la resolución de la enfermedad que compromete su salud, a través de una identificación y diagnóstico de la enfermedad que tiene el paciente, que le permita conocer su condición actual y pueda entender por lo que está cursando que es a lo que se tiene adaptar para lograr afrontarlo.

Así el afrontamiento no es solo la resolución de un problema sino también un problema en sí, ya que así como es el proceso de cómo se actúa ante la situación y la conducta que el individuo adopta, es un situación que en menor o mayor grado es frustrante y estresante, por ser algo en lo que se tiene experiencia y es un ambiente o condiciones

desconocidas que puede despertar sentimientos de miedo, sufrimiento o cualquier tipo de compromiso negativo de la salud mental, siendo los más evidentes socialmente, como la depresión, ansiedad, apatía, pesimismo y/o estrés.

1.3. Primer nivel de atención como generador de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas

Dentro de ciertas respuestas estereotipadas asociadas al afrontamiento de los problemas están los que en vez de afrontarlo buscar la forma de evitarlo lo más posible distanciando lo más que puedan, evitando el encuentro que les haga tener que estar ante la situación de tener que hacerle frente al problema, es un tipo de falta de adaptación total ante una situación nueva por parte del individuo, negando la problemática y evitando la resolución, este problema dentro de las relaciones humanas en las que se involucra a más de un individuo, puede afectar a otras personas que también tengan el mismo objetivo en común.

El proceso salud enfermedad también es una donde el médico tiene que afrontar la situación de conocer y entender a un individuo que ha perdido su sensación de bienestar busca el apoyo de una persona con la experiencia de solucionar problemas similares al que está enfrentando, y el paciente está afrontando la situación de que esta ante una situación que no solo revisar sus mecanismos corporales para mantener la sensación de bienestar sino que tiene que tiene que solicitar un servicio con una persona que le ofrezca lo que está buscando, entonces se puede entender que en toda relación médico paciente hay dos personas involucradas que aunque tienen un objetivo en común, la búsqueda de la resolución de la enfermedad, tiene una múltiple diversidad en todo lo que le puede propiciar este acontecimiento a la salud mental, ya que el proceso de enfermedad no es un proceso que requiere solo un tratamiento sintomático o etiológico dirigido a la causa y los malestares producidos por la enfermedad sino permite al paciente un estado de retorno al equilibrio que le ofrezca tranquilidad, alivio y pueda obtener una retroalimentación o incluso algún tipo de gratificación y/o recompensa.

La eficiencia de este proceso de afrontamiento ante situaciones nuevas complejas por la cantidad de componentes involucrados, su relación y su variabilidad entre ellos, se basa como toda actividad mental, en el proceso de percepción, integración, aprendizaje, generación de conocimiento y aplicación de estos. Por lo que no es un proceso sencillo sino todo lo contrario es un proceso extenso y que requiere de una gran cantidad de recursos, tanto para poder explorar la situación en los componente que la conforman, y el cómo su entendimiento individual le permite integrar una visión más adecuada de lo

que este buscado conocer, permitiendo un pensamiento autodidacta que gracias a la repetición del afrontamiento de un problema le permite una evaluación para conocer los aspectos que es necesario corregir o se pueden mejorar ya sea porque no ofrece los resultados esperados o porque no es la forma adecuada de abordarlo.

Existen recursos con los que cuenta cada individuo que es acorde a su formación a lo largo de la vida, en donde sus emociones, y conductas, físicas, psicológicas y sociales, se pueden convertir en la naturaleza misma de un problema, ya que hay algunas reglas y expectativas en cada parte involucrada. En la relación de un médico y un paciente en conjunto en un proceso de salud enfermedad estas reglas y expectativas las rebasan ya que también se tienen que adaptar a la institución y la infraestructura en la cual se resolverá la situación a afrontar, en la mayoría de las relaciones medicas una institución dedicada a la salud con un sistema y protocolos establecidos acorde a las demandas y obligación de cada institución y su objetivo por el que fue creado. En este sentido se estaría entrando propiamente a la deontología para poder estudiar objetivamente los deberes y los principios éticos que conlleva la profesión médica.

Sin entrar en problemas deontológicos, la idea original y la base la finalidad de un personal dedicado a la salud es el de ofrecer un apoyo a otros individuos de su sociedad, con el objetivo, y de la búsqueda de la recuperación de una enfermedad. Ya que no es posible generalizar o normalizar a la actitud y conducta que tenga un paciente ante su forma de afrontar su proceso de enfermedad, surge la necesidad de buscar la forma de ejercer una combinación de conocimiento a través de técnicas y tácticas terapéuticas activas que de una manera oportuna ofrecerle la seguridad al paciente que tiene el apoyo y por lo tanto un sostén que lo haga sentir la importancia que se tiene por su bienestar, reforzando su autoestima en una situación como en la enfermedad donde puede haber un compromiso muy grande del autoestima y es de suma importancia tomarlo en cuenta y siempre buscar reforzar y mejorar la auto percepción así como el autoestima de cada sujeto.

En una sociedad realmente desarrollada en cuanto al tipo de interacción que existe entre los individuos, hay una presencia y alta incidencia de problemas debido a una incompleta capacidad para afrontar las necesidades humanas, como los que se presentan cuando hay una pérdida del bienestar o la salud, ya sea física y/o mental, así como problemas familiares por falta de asumir las responsabilidades que conlleva la formación y el mantenimiento de un autocuidado de la salud en enfermedades crónico degenerativas no transmisibles.

CONCLUSIONES

En este ensayo se buscó poder relacionar los aspectos más importantes un proceso salud enfermedad con los aspectos relevantes necesarios para la generación de un autocuidado de enfermedades crónico degenerativos a través de del entendimiento de la importancia que tiene la relación médico paciente, la cual nos permita tener cuales son los objetivos no solo terapéuticos, sino los objetivos dentro de las necesidades y relaciones humanas. En lo cual se encontró una relación sumamente estrecha entre como el individuo por medio de sus recursos de la personalidad, que es un proceso en constante formación dentro de su neurodesarrollo, que va desde etapas iniciales de la vida como en la infantil hasta las últimas etapas de la vida en la su vejez. Esta personalidad del individuo esta el secreto para el entendimiento que nos permita entender las necesidades como paciente ya que esta misma personalidad está presente ante la sociedad, sin embargo, los estímulos que recibieron determinaron las características de su personalidad generando así diferencias entre individuos donde lo que aun paciente con enfermedades crónicas le funciono pude llegar a ser irrepetible para otro paciente de condiciones similares, generando una variedad potencialmente infinita de conductas basadas en los recursos que ofrece la personalidad, en búsqueda de una aceptación de la imagen personal sin que está sea perjudica o agredida por los demás individuos.

Estas condiciones propias de los humanos están presentes tanto en los pacientes como en los médicos los cuales son personas a las que no les son ajenas todas estas condiciones humanas, lo cual también determina la personalidad del médico, siendo esta la que refleje los recursos que tenga para hacer sentir al paciente en un ambiente basado en el respeto, la tolerancia, paciencia, atención, que le transmita el sentimiento de interés e importancia por su enfermedad. Entonces los objetivos en común por los que se inicia una relación entre un médico y un paciente no determinan completamente el éxito de esa relación, más bien el saber los roles que se asumen en esta relación, ya que, aunque se tenga un objetivo específico la forma en se asumen los papeles para poder lograr este objetivo compromete la función y el apego que tengas ambas partes involucradas.

De aquí la importancia de lo que un médico debe considerar conociendo las interacciones que existen en la formación de una identidad individual y ante la sociedad, en una relación humana y ante una situación de estrés, como lo es un proceso de enfermedad, en la cual no solo se influyen las interacciones entre individuos o el papel que represente en dicha relación sino el involucro de los sentimientos, motivaciones e incluso el autoestima de paciente, conductas que determina su estado de ánimo, influyendo directamente en los objetivos, ya que no solo el estado de alteración del estado de animo es un problema de salud en sí, sino el compromiso que tiene con su capacidad de adaptación a una alianza terapéutica en donde a través del médico, y cual eficiente fue su capacidad de entender la condición del paciente determinar las intervenciones y las indicaciones necesarias para

el beneficio mutuo, interinado cubrir todos los objetivos establecidos previamente por parte de ambas partes involucradas, siendo esta la importancia del primer nivel de atención como generador de autocuidado en paciente con enfermedades crónicas degenerativas ya que el momento de consulta es el único momento donde es posible desarrollar una relación médico-paciente que establezca las bases necesarias e individuales de cada paciente para poder generar un plan de autocuidado de sus enfermedades crónico-degenerativas .

Para ello se puede ver a la relación como un proceso educativo, de entendimiento por parte del paciente al estado en que se encuentra y cuál es la relación causal que tiene que ver con él. Un proceso educativo en donde se busca el entendimiento a través de la explicación de la enfermedad, el que es, por que se presenta, por que en este paciente en específico se presenta, el cómo se presenta esta entidad que conlleva, cuál es su tratamiento a seguir y cual su pronóstico, situación en la que el médico no siempre podrá transmitir una resolución total de las dudas que el paciente tenga acerca de su enfermedad, ya sea por falta de explicación, lenguaje inadecuado u omisión del médico o por parte del paciente por no preguntar sus dudas acerca de su enfermedad o tratamiento, o bien por un proceso de negación que no le permita aceptar la información recibida, no generando los conocimientos necesarios para afrontar su enfermedad adecuadamente. Este proceso educativo tiene un gran sesgo ya que ambas partes no están en las mismas condiciones, ya que por su parte el paciente está pasando por un proceso estresante, posiblemente doloroso, que puede ir acompañado de un sentimiento de malestar o pérdida, dificultando demasiado el entendimiento, y comunicación adecuada. Por otra parte el médico cumple el papel tanto de capacitador tanto de la condición actual como de las indicaciones terapéuticas futuras, situación para la cual no todo médico pese a su formación, está preparado ya que hay condiciones o enfermedades que presentan una dificultad muy alta para ser abordadas, no por ignorancia del procedimiento fisiopatológico o terapéutico, sino por la elección de palabras y términos para poder expresarle a un paciente la situación en que se encuentra y las medidas necesarias para hacer algo al respecto.

Ya que el sentimiento de pérdida de la salud y el de aceptación de la enfermedad son procesos para los que no se puede preparar un individuo, más que por las experiencias previas que haya tenido y a su capacidad de adaptación, que le permita ver de su salud como una parte de su vida a la cual le necesita dedicar no solo tiempo, sino esfuerzo, interés, sacrificios y las medidas de higiene-dietéticas necesarias para el adecuado funcionamiento de su organismo, ya que el entendimiento de que el proceso de mantenimiento de la salud propia es una tarea personal que junto con el médico, el cual es una persona capacitada en el entendimiento y manejo de paciente con la finalidad de preservar y dentro de lo posible intentar mejorar su salud.

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

INTRODUCCIÓN

Dentro de nuestro papel como proveedores de salud existe la necesidad de buscar entender lo mejor posible las potenciales situaciones que existen relacionadas a los principales problemas de salud que enfrentamos, en la actualidad la prevalencia tan alta de enfermedades crónico degenerativas no transmisibles abre la necesidad de identificar herramientas que se puedan implementar en la práctica clínica en primer nivel de atención que nos permitan ofrecer una mejor atención medica centrada en la persona. De este modo dentro de la práctica clínica en el primer nivel de atención hemos podido observar empíricamente a través de la consulta general que la dinámica familiar es un aspecto fundamental con el cual la persona con enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles afronta su enfermedad y por el medio de la cual tiene los medios necesarios para un adecuado control del mismo. En este mismo sentido se ha podido observar el como una dinámica familiar con tendencia a la disfuncionalidad, con problemas de organización y múltiples conflictos repercute directamente en la capacidad de la persona con enfermedad de afrontarla. Por lo que en este estudio se plantea una revisión sistemática por la cual recolectar la información referente sobre un herramienta de evaluación clínica que podamos usar en la práctica clínica en el primer nivel de atención, que nos permita identificar una potencial situación de mayor riesgo que se pueda asociar al manejo de sus enfermedades crónico degenerativas, de este modo el personal de salud tiene la oportunidad de usar una herramienta que permita clasificar la dinámica familiar a través de una serie de preguntas sencillas en el consultorio, ya que como se revisa mas adelante en el estudio de 13 artículos relacionados con el tema, se pueden identificar y hacer modificaciones en situaciones organización, adaptación, establecimiento de normas que permitan una mayo capacidad para afrontar situaciones de estrés y problemas del día a día como lo es una enfermedad.

Dentro de conocimiento sobre la dinámica familiar y entornos familiares se ha identificado que son el lugar perfecto para una adecuada prevención y promoción de la salud ya que la situación familiar es más que una situación donde se presenta una relación humana biológica social donde se forman hábitos y costumbres que pueden repercutir directamente en nuestra salud, sino que la situación de la dinámica familiar repercute directamente en nuestro bienestar psicológico emocional, siendo el primer apoyo y mas directo de nuestros pacientes con enfermedades crónico degenerativas no transmisibles para poder afrontar su enfermedad e inclusive en algunos casos representa un obstáculo para los mismos paciente para lograr las capacidades necesarias que le permita su

bienestar. De este modo que el personal de salud pueda a través de un herramienta en la práctica clínica que le permita evaluar la dinámica familiar con la finalidad de fortalecer un entorno familiar que cree hábitos saludables.

OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo de esta revisión sistemática es identificar el impacto del uso de una herramienta clínica para evaluar el funcionamiento familiar como el APGAR familiar en personas con enfermedades crónica degenerativas no transmitibles y la búsqueda de si existe relación con su implementación para una atención centrada en el paciente.

Objetivos específicos:

Los objetivos específicos de esta revisión sistemática son, buscar artículos de revisión sistemática, estudios comparativos, etc que incluyan el uso del APGAR familiar en personas con enfermedades crónicas no degenerativas que nos permita obtener información relevante sobre el tema que pueda ser beneficioso para ayudar al personal de salud a implementar los instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar en beneficio de las personas con enfermedades crónico degenerativas no transmitibles.

De este modo esta revisión sistemática tiene como objetivo identificar los principales factores que puedan ser modificables en la dinámica familiar de las personas con ECDNT. Que le puedan permitir a la persona de salud identificar objetivamente estos factores potencialmente modificables y la implementación de su modificación para su beneficio, así como el de sus familias así mismo desarrollar planes de atención a estos factores en un primer nivel de atención.

Protocolo de la revisión sistemática:

Planteamiento del problema origen de la revisión sistemática

Dentro de la atención clínica en el centro de salud se ha podido observar con bastante frecuencia la presencia de factores sociofamiliares que determinan el desarrollo de una enfermedad y el posible desenlace de la misma ya que la mayoría de nuestros pacientes son adultos mayores que si bien no dependen totalmente de otra persona para realizar sus actividades diarias, si son dependientes de otras personas en más de un aspecto de

su vida diaria, hemos podido observar que la mayoría de esas personas son su familia, tomando así la familia un papel sumamente relevante en todo el proceso de Salud-Enfermedad que afrontamos junto con el paciente. Dentro de esa premisa donde logramos identificar este aspecto tan fundamental en la atención centrada en el paciente, buscamos ampliar las herramientas que nos ayuden a identificar a través de escalas los tipos de núcleos sociofamiliares que conforman específicamente a personas con enfermedades crónicas que por medio de una revisión sistemática nos permita analizar los principales factores que han podido asociar a una mejor atención, a través de su identificación y modificación. Los principales problemas sociofamiliares que hemos podido observar en nuestra práctica clínica van desde un núcleo sociofamiliar desintegrado desde entornos primarios, hasta hábitos pocos saludables que posiblemente formaron parte clave en el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas en su defecto que han afectado en el desarrollo de habilidades que le permitan afrontar su enfermedad de la mejor manera.

Así mismo las herramientas que más frecuencia ocupamos en nuestra atención clínica en un primer nivel de atención son aquellas que evalúan la dinámica familiar por medio de una serie de preguntas que busca de una manera objetiva medir el grado de riesgo sociofamiliar dada situación de una persona en ese momento. Por ello la búsqueda de herramientas que se adapten mejor a nuestro grupo de pacientes con enfermedades crónicas y el estudio sistemático de resultados de trabajos previos nos permita determinar la asociación de alguna variable modificable en nuestra práctica clínica que nos permita una mejor atención centrada en el paciente.

Justificación de la revisión.

Dentro del estudio centrado en la atención en la persona se ha estudiado las teorías de que buscan identificar las principales variables en el entorno físico, social de la persona, en el caso específico de las personas que están siendo atendidas es recurrente la presencia de problemas familiares que forman una parte muy importante en el control de su enfermedad ya que la exposición diaria a este núcleo lo convierte en su ambiente primario, así como su red de apoyo primaria, incluso muchas veces nuestros mismo pacientes son el apoyo primario de algún otro familiar. Dada la convivencia tan importante con su núcleo familiar de la mayoría de las personas que están siendo atendidas nos parece sumamente relevante el estudio de las herramientas que nos permitan una manera objetiva estandarizar los aspectos que debemos evaluar y tener presentes ya

que formar de una manera directa una repercusión ya sea negativa o positiva en personas con enfermedades crónicas. La relevancia directa para la persona atendida es el poder ofrecerle el uso de herramientas que se adecuen a su situación específica y que a través de la evaluación adecuada por personal capacitado permita darle una atención específica que permita el desarrollo y fortalecimiento del núcleo sociofamiliar, mejorando de forma directa el entorno primario del paciente, fortaleciendo las redes de apoyo, y desarrollando habilidades que permitan una autogestión de sus enfermedades.

El servicio y atención que se ofrece en un centro de salud es una atención de primer contacto en un primer nivel de atención donde la población y sus enfermedades conviven con las necesidades de la jurisdicción sanitaria, ya que el impacto que representan las enfermedades crónico degenerativas es una de las prioridades, así mismo dentro de la sistematización de la atención centrada en la persona hemos podido observar que no existe un amplio campo relacionado con el estudio sociofamiliar ya que el impacto directo en identificar y modificar estos factores modificables puede representar la disminución de no prevalencias y costos en los manejos tanto farmacológicos como en atención de enfermedades crónicas así como el fortalecimiento de un núcleo sociofamiliar que tenga repercusiones positivas para toda la comunidad.

Dentro del contacto directo con el paciente y en nuestra formación, se han estudiado teorías sobre la relación médico-paciente, dentro de este ámbito fortalecer una relación con una persona y el impacto que tiene en este caso un enfermedad crónico-degenerativa hemos podido observar que el ámbito sociofamiliar es un área donde debemos trabajar bastante ya que son situaciones que potencialmente pueden ser modificables y que representan un factor muy importante para el paciente. Nosotros dentro del consultorio siempre buscamos ofrecerle la mejor atención centrada a la persona sin embargo no siempre contamos con las habilidades para evaluar de manera objetiva un núcleo familiar, así mismo como los principales factores que lo determinan. La mayoría de nuestros pacientes están en amplia disposición de apoyarnos con la realización de estudios y escalas que sean necesarias para mejorar su atención, por esto mismo buscamos ampliar nuestros recursos sobre escalas de valoración de núcleo familiar y herramientas que nos permitan interpretar de la mejor manera las escalas que se puedan adaptar a nuestros pacientes, de esta forma nosotros podemos realizar una asociación directa con los principales factores asociados y la búsqueda de factores modificables que puedan ser usados en nuestra práctica clínica diaria, y de esta forma intentar repercutir con la identificación temprana de factores de riesgo de desarrollo de enfermedades crónica degenerativas asociadas a entorno sociofamiliar, y en pacientes ya diagnosticados identificación de factores modificables que le permitan al paciente generar una mejor red de apoyo que repercuta positivamente en su salud y su control de sus enfermedades.

Valor teórico de la revisión sistemática:

Dentro de la revisión sistemática se incluye el APGAR familiar que se puedan adaptar a nuestro grupo de pacientes con enfermedades crónicas en el primer nivel de atención ya que de este modo pueda ser replicable en ellos de este modo nos permitirá generar nuevo conocimiento acerca del núcleo familiar de estos pacientes, de este modo a través de la revisión sistemática estableces parámetros objetivos que evaluar constantemente de esta forma generar conocimiento sobre nuestra población, esto nos permitirá desarrollar estrategias y medidas que permitan un impacto positivo. Dentro de la comprensión potencial de esta revisión incluye la obtención de información que permitan capacitación de personal y la implementación de herramientas de evaluación para mejorar la atención así mismo la orientación y capacitación a los pacientes de los factores que se han podido asociar a la repercusión de su salud, y de qué forma a través de la búsqueda de información e implementación de la misma buscamos establecer estrategias que le permitan a el y a su familia un bienestar mayor, buscando que en su enfermedad repercutiendo en el diagnóstico y o evolución, intentando mejorar el apego a uso de medidas higiénico dietéticas y farmacológicas a través de un fortalecimiento de su red de apoyo familiar, y el impacto directo su salud psicoemocional a través de la mejora de un entorno saludable, todo esto buscando disminuir directamente en las complicaciones agudas y crónicas asociadas a estas enfermedades

Para intentar abordar el estudio de las principales herramientas que permiten una evaluación sociofamiliar que mejor se adapten a nuestra población con enfermedades crónicas, así como obtención de información para capacitación en interpretar de estos resultados así como de líneas de acción para las mismas. Que nos permitan la implementación de estas en nuestra práctica diaria.

Aporte metodológico:

La propuesta ayudara a personal médico y en formación, a establecer conocimientos básicos para la identificación de con que recursos cuenta para la evaluación sociofamiliar así como tendrá acceso a la información que sea relevante con relación a su asociación con las enfermedades coránicas de este modo le permite establecer el uso del mejor recurso disponible y la información necesaria para desarrollar una estrategia de acción para mejorar la atención centrada en la persona.

Formulación de la pregunta de investigación.

¿Es el Apgar Familiar una herramienta de evaluación de la dinámica familiar en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas no transmitibles que se pueda relacionar con una atención centrada en la persona?

Criterios de inclusión:

Personas con enfermedades crónico-degenerativas no transmitibles, escala APGAR familiar, hombres adultos, mujeres adultas, funcionamiento familiar

Criterios de exclusión:

Personas con enfermedades crónico-degenerativas transmitibles, edades pediátricas, embarazo

Estrategia de búsqueda.

Búsqueda de artículos priorizando artículos de revisión en motores de búsqueda como Pudmed, Chocrane

P./ Paciente o problema de interés- (non-communicable chronic degenerative diseases OR patients NOT communicable diseases)

I./ Tipo de intervención principal, (family apgar OR)

C./ La comparación de la intervención con otras similares, cuando sea pertinente. . (socio-family evaluation scales OR)

O./ El tipo de resultado clínico de interés (Medication adherence OR family function)
socio-family situation OR OR

Ejecución

Búsqueda de artículos científicos.

1. (non-communicable chronic degenerative diseases OR patients NOT communicable diseases) 5211035 resultados
2. (non-communicable chronic degenerative diseases OR patients NOT communicable diseases) AND (family apgar OR) 11275 resultados

3. (non-communicable chronic degenerative diseases OR patients NOT communicable diseases) AND (family apgar OR)AND (Medication adherence OR family function) 7758 resultados
4. Selección de estudios útiles para esta revisión sistemática (13 artículos)

Selección de reportes de investigación.

Dentro de la búsqueda realizada se filtraron por medio de los criterios de exclusión, por medio del cual se lograron obtener artículos que incluyen los criterios de inclusión, así mismo una metodología que nos permita obtener información relevante que nos permita cubrir los objetivos propios de esta investigación. Para fines de elaboración de esta investigación y por cuestiones de tiempo y extensión serán considerados 14 artículos.

Autores	Nombre artículo	Año / Tipo de estudio	Intervención	Resultados
(1) Galán-González E., Martínez-Pérez G., Gascón-Catalán A.	Family Functioning Assessment Instruments in Adults with a Non-Psychiatric Chronic Disease: A Systematic Review	2021 / Revisión sistemática	(FAD), (APGAR), (FAFHES), (FRI), (ICE-EFFQ), (Brief FAM-III), (ASF), (FACES IV).*	Son instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar válidos y confiables, proporcionan el conocimiento necesario, permitiéndoles tomar medidas para mejorar aspectos familiares que dificultan el adecuado manejo de la enfermedad
(2) Torres C, Vallejo-Huanga D, Ramírez Ocaña X	Quantitative evaluation of family functions and changes in a postmodern context	2021 / Artículo de revisión	(APGAR)	La tendencia es hacia una percepción disfuncional del sistema familiar a medida que pasan los años y se acentúan los procesos de cambio concomitantes al paradigma posmoderno
(3) Prakoso DA, Mahendradhata Y, Istiono W.	Family Involvement to Stop the Conversion of Prediabetes to Diabetes	2023 / Artículo de revisión		Los individuos aprenden y mantienen hábitos practicados por sus familias como parte de su cultura, influyendo colectivamente en la creación de hábitos saludables y no saludables La participación familiar en el tratamiento de los miembros prediabéticos de la familia es esencial y puede ser parte de una estrategia exitosa de prevención de la diabetes
(4) He C, Yang T, He Y, Guo S, Lin Y, Wu C	Relationship between family functioning and self-transcendence in patients with breast cancer: A network analysis	2022 / Network analysis	(APGAR)	Implicaciones importantes para la práctica clínica, que proporcionó objetivos potenciales para intervenciones para mejorar la autotranscendencia desde la perspectiva del funcionamiento familiar se correlacionaron positivamente con diferentes aspectos de la autotranscendencia.
(5) Wang X, Xia F, Wang G	Mediating effect of anxiety and depression between family function and hope in patients receiving maintenance hemodialysis: a cross-sectional study	2023 / Estudio transversal	(APGAR)	La función familiar tuvo un impacto directo en la esperanza de los pacientes, y que reducir la ansiedad y la depresión puede ayudar a sentirse más esperanzados.
(6) Soares VL, Lemos S, Barbieri-Figueiredo M do C, Morais MCS, Sequeira C.	Diabetes Mellitus Family Assessment Instruments: A Systematic Review of Measurement Properties	2023 / Revisión sistemático	31 instrumentos se evaluaron	Sólo cinco instrumentos fueron calificados como adecuados en términos de validez de contenido (Brief FAM-III, DFSC, FIAD, Escalas para medir el apoyo social a las conductas de dieta y ejercicio, y S4-MAD) Índice APGAR familiar: las propiedades de medición de este instrumento se informaron valor de Cronbach <0,70) y la puntuación de validez de constructo fue suficiente.
(7) Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Cañar CA, García-Perdomo HA	Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis	2019 / Meta analysis	(APGAR)	Encontró que existe una asociación entre la disfunción familiar y la depresión. Además, ser mujer, ser adolescente o adulto mayor, tener vulnerabilidad social y tener una enfermedad crónica se asociaron significativamente con la depresión
(8) Rosland AM, Heister M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD	Family Influences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help?	2010 / Estudio corte transversal		Miembros de la familia frecuentemente participan en el autocuidado de pacientes funcionalmente independientes con insuficiencia cardíaca o diabetes, pero que los familiares a menudo expresan este apoyo de maneras percibidas negativamente por los pacientes y se considera que interfieren en el autocuidado.
(9) Takena a H, Ban N	The most important question in family approach: the potential of the resolve item of the family APGAR in family medicine	2016 / Corte transversal	(APGAR)	El APGAR Familiar midió parcialmente la cohesión familiar. Además, los problemas familiares no siempre ocurrieron en presencia de disfunción familiar (cohesión y adaptabilidad excesiva o empobrecida).

(10) Kandel S, Assanangkornchai S, Wichaidit W.	Association between family behaviors and self-care activities among type-II diabetes mellitus patients at a teaching hospital in Kathmandu, Nepal.	2022 / Corte transversal		Evaluamos el grado en que los dominios de apoyo familiar se asociaban con el autocuidado de la diabetes y encontramos que los comportamientos familiares se asociaban con las actividades de autocuidado de la diabetes y que había una asociación positiva entre las conductas de apoyo
(11) Azmoude E, Tafazoli M, Parnan A.	Assessment of Family Functioning and Its Relationship to Quality of Life in Diabetic and Non-Diabetic Women	2016 / Corte transversal	(FAD)	Las mujeres con diabetes tenían peor calidad de vida y funcionamiento familiar más desfavorable que las mujeres sin diabetes. Además, hubo una relación importante entre la función familiar y la calidad de vida, la dimensión de control conductual de la función familiar en pacientes diabéticos y las dimensiones de respuesta emocional, comunicación y funcionamiento general en mujeres sanas pueden predecir la calidad de vida.
(12) Wang Q, Liu H, Ren Z, Xiong W, He M, Li N	The Associations of Family Functioning, General Well-Being, and Exercise with Mental Health among End-Stage Renal Disease Patients	2020 / Corte transversal	(APGAR)	Funcionamiento familiar, el bienestar general y el ejercicio físico se asociaron con la aparición de malestar psicológico. En tercer lugar, la disfuncionalidad familiar puede aumentar el riesgo de sufrimiento psicológico y podría afectar el malestar psicológico en parte a través del bienestar general. Son instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar válidos y confiables que pueden usarse con AwNPCD. Por tanto, los instrumentos son útiles para los profesionales de la salud ya que proporcionan el conocimiento necesario, permitiéndoles tomar medidas para mejorar aspectos familiares que dificultan el adecuado manejo de la enfermedad
(13) Galán-González E, Martínez-Pérez G, Gascón-Catalán A.	Family Functioning Assessment Instruments in Adults with a Non-Psychiatric Chronic Disease: A Systematic Review	2021 / Meta análisis	El FAD, Family APGAR, FAFHES, FACES KG IV-16, ASF, FRI, ICE-EFFQ y Brief FAM-III	

*Family Assessment Device (FAD), Family Adaptation Partnership Growth Affection Resolve (APGAR), the Family Functioning Health and Social Support (FAFHES), the Family Relationship Index (FRI), the Iceland Expressive Family Functioning (ICE-EFFQ), the Brief Family Assessment Measure-III (Brief FAM-III), the Assessment of Strategies in Families-Effectiveness (ASF), and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV).

Recomendaciones

Se recomienda para futuras investigaciones la implantación de un grupo selecto de paciente con enfermedades crónico degenerativas no transmitibles asociadas a control metabólico ya que en nuestras poblaciones en primer nivel de atención son las mas prevalentes, y en la búsqueda de un grupo de enfermedades crónico degenerativas arroja resultados que incluyen diagnósticos psiquiátricos e incluso algunos con estadios mucho mas graves como diferentes tipos de cáncer, situaciones en las cuales la dinámica familiar se ve directamente influenciada por los mismos diagnósticos.

Conclusiones

Como conclusión de esta revisión sistemática se encontró que existe un gran campo de estudio relacionado a la dinámica familiar y su asociación con una mejor atención centrada en la persona, ya que el entorno familiar es donde se desarrollan las capacidades con las cuales enfrentamos los retos que nos enfrenta la vida, como es el caso de una enfermedad, sin embargo como se comenta es una dinámica la cual es modificable y varia en relación a las partes involucradas así como las situaciones que enfrenten por lo que la implantación de una herramienta clínica que se pueda usar en consultorio en primer nivel de atención para estadificar y posteriormente estar revaluando

esta dinámica familiar, ya que como se vio en los estudios recolectados en esta revisión una situación en donde se presenta un disfuncionalidad familiar se a podido asociar a una peor evolución de la enfermedad así como una mayor aparición de complicaciones tanto emocionales como asociadas a la evolución natural de la enfermedad, así mismo los trabajos arrojan que el APGAR familiar es una herramienta adecuada para su implementación en la atención centrada en la persona en un primer nivel de atención en personas con enfermedades crónico degenerativas no transmitibles.

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

En la búsqueda de aumentar el autocuidado en la persona con enfermedades crónicas, el Modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP) se realizó el encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas y Constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas. La cual corresponde a la implementación de las habilidades aprendidas durante el curso, las cuales están dirigidas en la medicina narrativa por medio de la recolección de experiencias de las personas con enfermedades que forman parte del módulo, en búsqueda del desarrollo de entornos saludables, en los cuales los pacientes puedan encontrar un apoyo con personas que viven la misma situación de afrontar una enfermedad crónica, que sientan el apoyo de personas que cuentan su experiencia que en algún momento les sirvió para vivir su enfermedad de una mejor manera, a través del desarrollo de habilidades de su vida diaria como cuidados de su alimentación, elección de alimentos que son saludables, ejercicios de activación física, así como conocimientos y emociones que les ayudaron a mejorar situaciones negativas que no favorecían para su autocuidado, como lo pueden ser algunas situaciones familiares, problemas personales, o desinformación que existe en sus medios. La construcción de entornos saludables busca ofrecerles a las personas con enfermedades crónicas un lugar en el cual puedan hablar con total confianza de las situaciones que le afecten para su autocuidado, así mismo encuentren a base de experiencias de otras personas las herramientas necesarias que les traigan beneficios a su salud. Estos entornos saludables están diseñados para el beneficio de la comunidad ya que lo aprendido en estos encuentros de pacientes esta enfocado en la aplicación en los diferentes niveles comunitarios de las personas con enfermedades crónicas, como lo son su familia, amigos, vecindario, área laboral, y en conjunto con otras personas que tengan o no enfermedades crónicas, con la intención de prevenir según sea el caso el diagnostico, y/o complicaciones asociadas a la misma enfermedad y sean prevenibles con la implementación de habilidades que mejoren su autocuidado.

La búsqueda de personas interesadas en este tipo de encuentros orientados en la mejoría del autocuidado permite la formación de un consejo asesor, los cuales son personas comprometidas con esta causa, que tengan la disposición y participación de reunirse constantemente para el desarrollo, evaluación y seguimiento de actividades donde se lleve a cabo el fortalecimiento del autocuidado, siendo así un parte activa para su salud, pero aún más importante para beneficio de la comunidad. La elección de este grupo asesor es el resultado de los encuentros repetidos donde las personas interesadas en él van desarrollando las habilidades necesarias para la gestión de otras personas con enfermedades crónicas, junto con el apoyo y orientación del personal de salud dentro del modelo de atención centrada en la persona. De este tipo de encuentro y de formación de grupos asesores no solo los pacientes desarrollan sus habilidades para mejorar su autocuidado sino el que el personal de salud tiene la oportunidad de conocer la forma en la que las personas comparten sus experiencias ya no solo con un medico sino con una persona como ellos que ha diferencias del medico vive sus misma situación y que se siente sino igual en una situación muy similar, de este modo se presenta una comunicación más allá de la que podría darse únicamente que la relación médico-paciente sino en este caso y aun mas importante paciente-paciente.

Lo cual es un beneficio para el medico ya que le da una perspectiva más completa de la situación que enfrentan las personas con enfermedades crónicas, así como el cuales son sus principales debilidades y fortalezas para lograr ese autocuidado

El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.

Haciendo uso de las herramientas que el modelo de atención integral central en la persona para el cuidado y el control de enfermedades crónicas (MAICP) la implementación de un encuentro de personas con enfermedades crónicas tiene como objetivo construir y fortalecer las constitución de la comunidad saludable de quienes viven con enfermedades crónicas, implementado en estas el desarrollo de habilidades personales y comunitarias para el autocuidado, una reorientación del diseño de prestación de servicios de salud y el acercamiento a un sistema de información donde puedan resolver las dudas respecto a su enfermedad y al cuidado de la misma. Lo cual se va logrando por medio de que las personas se conozcan y reconozcan entre sí, teniendo un lugar en el cual puedan compartir sus dudas y experiencias, puedan ser escuchados, valoren y tomen decisiones conjuntas sin que sientan que pierden su identidad en el proceso. Todo esto por medio de la construcción de un ambiente de respeto, de confianza donde las personas (incluidos pacientes y médicos) puedan platicar e intercambiar experiencias relevantes a su salud, de esa forma se pueda generar una

reflexión conjunta, que les den herramientas para afrontar o modificar su entorno para que sea mas favorable en beneficio de su salud.

Para el proceso de preparación se llevó a cabo en coordinación con los coordinadores del modelo, por medio de los cuales se proporciono fechas estimadas para la realización del encuentro, así como el hecho de que nos proporcionaron la información e intención con la que esta dirigida con su respectivas sesiones de capacitación tanto en índole académica como practica para la elaboración de los preparativos, una vez establecidas las bases se realizó la invitación a las personas del modelo por 3 medios; invitación directa al momento de la consulta, invitación por vía telefónica, la elaboración de un cartel con la información del encuentro, durante aproximadamente 2 semanas, a través de los cuales se logró la confirmación de 15 pacientes interesados, por lo cual se notificó a coordinadores del modelo quienes nos proporcionaron los medios necesarios para la elaboración del evento así como de 15 recetas resultado del trabajo de encuentros previos de otros centro de salud y como proyecto dentro del modelo. La coordinación dentro del centro de salud se llevo a cabo por medio del asesor clínico y con el director de la unidad para la utilización de la duela de la unidad durante un periodo de 2 horas para la ejecución del encuentro. Como coordinación para el evento los médicos pasantes preparamos un aperitivo como muestra de una opción de alimentación saludable, y mejorar el ambiente de convivencia en el encuentro.

El encuentro se llevo satisfactoriamente en donde se esperaban 15 personas de las cuales acudieron las 15 confirmadas, así mismo acudieron los 2 médicos pasantes del centro de salud, nuestro asesor clínico, coordinador de apoyo del modelo MAICP y el coordinador de enfermedades crónicas de la jurisdicción sanitaria. Se dio inicio al encuentro con la presentación de los coordinadores y personal involucrado en la logística del evento, posteriormente con la presentación de cada una de las personas que acudieron al evento para que se conocieran entre ellos, una vez terminado la presentación se orientó sobre la finalidad de la reunión, así como una pequeña presentación de los resultado y objetivos del modelo MAICP. Una vez terminada la pequeña presentación se solicita a las personas que se posicionen en organización circular para mejorar el contacto visual así como la comunicación, se procede a la actividad principal del encuentro Taller: Ser, hacemos comunidad, donde los pacientes organizadamente compartieron sus experiencias más relevantes para ellos que han influenciado su salud, por lo que organizadamente uno a uno fuer hablando de sus experiencias y uno de los médicos pasantes se encargaba de a realización de la relatoría de los comentarios, mientras el otro médico pasante fungía de coordinador para realizar retroalimentaciones e ir dirigiendo la reunión de forma organizada y respetuosa, ya que dentro de la actividad se llegó a presentar algunas situaciones donde algunos pacientes

podían llegar a interrumpir a otros, o realizaban comentarios o conjeturas que por el momento no eran solicitadas para la actividad.

Dentro de la reunión se repitió en múltiples ocasiones la importancia del momento de diagnóstico de una enfermedad crónica, así como el hecho de una buena atención médica, y mucho más importante una gran empatía por parte del personal de salud para lograr transmitir una noticia tan importante para los paciente que afrontan un recién diagnóstico, ya que como le refieren ellos, es una situación que marca un antes y un después en la vida y el hecho de contar con una adecuada orientación, así como apoyo por parte del personal de salud es fundamental para lograr un adecuado control y más importante un bienestar total de la persona a través de un autocuidado. Posterior a la participación puntal de cada participante se realizó una pequeña reflexión entre todos los presentes de las experiencias compartidas donde hubo momentos altamente emotivos donde incluso algunas personas llegaron a llorar en reacción a lo impactante que fue revivir algunas situaciones complicadas que afrontaron y al ambiente tan ameno y lleno de confianza que se generó. Se dio una conclusión de lo realizado pidiendo si había algunas propuestas para una posterior reunión en beneficio a su salud, donde comentaron la importancia de abordar la alimentación para el desarrollo de un autocuidado, la importancia de la activación física y como se puede implementar rutinariamente para un beneficio a su salud.

(Relatoria)

Hacia la constitución de los Consejos Asesores

Para la búsqueda de un grupo asesor se recurrió a comunicarse vía telefónica de las personas que asistieron al encuentro, invitándolos a la continuación de las propuestas hechas en el encuentro anterior con la implementación de un taller en el centro de salud dirigido a al autocuidado por medio de cual se busca explorar las principales fortalezas y debilidades para el autocuidado, que a través de su análisis se puedan generar propuestas que permitan retomar esas fortalezas de una forma en la que se lleven a cabo por más personas y se valore su importancia en el autocuidado, del mismo modo la identificación de las debilidades que existen y no permiten lograr este objetivo. Para ello se les invito a un nuevo encuentro en cual hubo 8 personas que confirmaron para la siguiente reunión de los cuales solo asistieron 4 personas, de las cuales presentaban un gran interés por formar parte del taller, el día de la reunión se usó un cuadro relacionado los diferentes niveles de la persona en su autocuidado; a nivel personal, familiar, comunidad, dentro de los servicio de salud, de lo cual las personas que asistieron acabaron comentado que una de las principales debilidades que los identificaron es el hecho de que tenemos malos hábitos alimentación y malas concepciones de lo que es

saludable para nosotros en cuestiones de alimentación. Por los mismo se acordó para la próxima reunión 15 días posteriores que valoraran su alimentación para activamente la búsqueda de debilidades y fortalezas asociadas a su alimentación en los diferentes niveles, tanto personal, familiar, social, comunitario, y dentro de los servicio de salud.

Relatoría del 6to encuentro

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA	Coordinador(a): CARLOS DE LA CRUZ YAÑEZ	Página: 1 de 1
Relator(a): JOSE FERNANDO CRUZ LOPEZ	Grupo: 1	Fecha: 14/03/24

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
JULIA ZENDEJAS VILLAMAR	F	51	CST-III San Pablo Oztotepec
CANDIDO LOPEZ GRANDA	M	66	CST-III San Pablo Oztotepec
INES VILLAMAR OLVERA	F	72	CST-III San Pablo Oztotepec
JUANA LOZADA	F	60	CST-III San Pablo Oztotepec
JUANA RUIZ ROSEY	F	69	CST-III San Pablo Oztotepec
DOLORES LOZADA	F	52	CST-III San Pablo Oztotepec
PLACIDO ROSAS ROSEY	M	81	CST-III San Pablo Oztotepec
	F	54	CST-III San Pablo Oztotepec

MARIA SOLEDAD ESQUIVEL CRUZ			
JORGE MOLINA GARCIA	M	58	CST-III San Pablo Oztotepec
ALBINA RUIZ ROSAS	F	80	CST-III San Pablo Oztotepec
GUILLERMO MEDINA	M	83	CST-III San Pablo Oztotepec
ACELA HERNANDEZ SANCHEZ	F	56	CST-III San Pablo Oztotepec
EDUARDO LANDEROS ENRIQUEZ	M	62	CST-III San Pablo Oztotepec
ALICIA ORTIZ BENAVIDES	F	62	CST-III San Pablo Oztotepec
JAVIER GARCIA ROSAS	M	57	CST-III San Pablo Oztotepec

Datos del Taller

Objetivo del taller: DAR A CONOCER LAS DIFICULTADES Y LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS, ASI COMO DAR APOYO EMOCIONAL Y ROMPER ESA BARRERA DE “MEDICO-PACIENTE”	
Hora de inicio: 10:15	Hora de finalización: 12:10

2. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	Presentación de coordinador(a) y relator(a) 2. Presentación de cada persona integrante del grupo 3. Encuadre Explicar qué va a trabajar el grupo Cómo va a trabajar el grupo Las reglas del grupo Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente) Dudas respecto a la dinámica del grupo

	<p>4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias Ser, hacernos comunidad</p> <p>5. ¿Qué aprendimos en esta sesión?</p> <p>6. Puntos importantes a presentar en la plenaria</p> <p>7. Agradecimiento y cierre de la sesión grupal. Volver a la plenaria.</p>
--	---

3. Descripción detallada del taller:

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

Primer momento. Diálogo en parejas:

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

Aproximadamente 10 minutos

Las parejas formadas platican acerca de:

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

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

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

Por favor:

Describe el ambiente (tenso, relajado, alegre, etc.) que se crea en el grupo y en las parejas que estén platicando.

Describe, si es posible, algunos de los intercambios que logre escuchar. Pero no olvidar que lo importante es el diálogo en las parejas que se formen.

AL COMENZAR LA PLATICA DE PAREJAS SE PUDO VER LA CONFUSION QUE PRESENTABAN CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE NOS ACONPAÑARON EL DIA DE HOY, FUE CON EL PASAR DE LOS MINUTOS EN EL QUE EL AMBIENTE PASO DE SER INCOMODO Y CON INSERTIDUMBRE A UNA CONVIVENCIA SANA Y DIVERTIDA, VER REIR, SONREIR A CADA UNO DE NUESTROS ACOMPAÑANTES CAMBIO EL PANORAMA QUE SE PRESENTABA.

HABLANDO PARTICULARMENTE VER A LA SEÑORA INES ROMPERSE EN LLANTO POR RECORDAR A SU ESPOSO, COMENTANDO QUE POR EL SIGUE ACUDIENDO A CONSULTA Y TOMANDO SU MEDICAMENTO EN TIEMPO Y FORMA PARA HONRAR DE CIERTA MANERA SU MEMORIA.

ALGO QUE COMENTO EL SEÑOR EDUARDO QUE NOS GUSTO MUCHO FUE QUE NO SOLO LE SIRVIO LA DINAMICA PARA CONOCER A OTRA PERSONA CON LA MISMA ENFERMEDAD CON LA QUE HA ESTADO VIVIENDO DURANTE ESTOS 15 AÑOS, COMENTA QUE AHORA NO SE SIENTE SOLO, AL SABER QUE HAY MAS PERSONAS CON DICHAS ENFERMEDADES Y PROBLEMAS PARECIDOS A LOS SUYOS RELACIONADO A DICHAS ENFERMEDADES

EN UN MOMENTO EL MEDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL FERNANDO CRUZ VOLVIO A PRESENTARSE A TODAS LAS PERSONAS QUE NO LO CONOCIAN Y AGRADECIENDO SU PARTICIPACION EL DIA DE HOY, HACIENDO UN COMENTARIO QUE LES GUSTO A TODOS: *“ESPERO QUE AHORA NO NOS VEAN AL DOCTOR CARLOS Y A MI COMO LOS QUE SOLO LES DAMOS EL MEDICAMENTO, SI NO COMO ESAS PERSONAS QUE PUEDEN CONFIAR Y VERNOS COMO SUS AMIGOS”*

ESE COMENTARIO QUE FUE HIZO TUVO UNA ACEPTACION POR TODOS LOS INVITADOS MOSTRANDO UNA SONRISA, DONDE EL SEÑOR EDUARDO AGRADECIO Y CONFIRMO QUE NO SOLO LOS IBAN A VER COMO SUS DOCTORES, SI NO COMO ESAS PERSONAS A LAS CUALES PUEDEN CONFIAR.

ALGO QUE SE LOGRO NOTAR FUE LA MAYOR PARTICIPACION DE PARTE DE LOS HOMBRES, MIENTRAS LAS MUJERES ERAN MAS RECERVADAS PARA HABALR Y DAR SU OPINION, QUIZA ESTO ESTE RELACIONADO A LA ZONA DONDE SE REALIZA DICHA CONVIVENCIA, YA QUE ES UNA ZONA DONDE AUN SE PRACTICAN COSTUMBRES DE HACE AÑOS COMO LO ES QUE LA MUJER SEA LA AMA DE CASA MIENYTRAS EL HOMBRE SEA EL QUE APORTE INGRESOS A LA CASA POR LO TANTO SON LOS QUE HABLAN POR EL NOMBRE DE LOS DOS.

Descripción detallada del taller:

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

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

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

¿Qué compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?

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

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

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

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

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

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

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

1.

JULIA ZENDEJAS VILLAMAR: COMO INFORMARNOS DE COMO PODEMOS IR CONTROLANDO LA PRESION, LOS NIVELES DE GLUCOSA, DE COLESTEROL YA QUE NO TODOS CONOCEN LA FORMA DE CONTROLAR ESTOS VALORES.

PENSAMIENTOS DE MORIR POR LA ENFERMEDAD, MOTIVACION POR LOS DOCTORES QUE HAN ESTADO ATENDIENDO A LAS PERSONAS, RECORDANDO A LA FAMILIA Y DICIENDO QUE AVECES NOS PUEDEN ABANDONAR, ESTA CONTENTA POR NO ABANDONARLA Y SIENTE EL APOYO, POR ESCUCHARLA, SE CORTO LA VOZ Y EMPEZO A SOLTAR DOS LAGRIMAS, AL PARECER SE SIENTE NOSTALGICA POR VIVIR ANTERIOREMENTE SIN ESTAS ENFERMEDADES

EDUARDO LANDEROS ENRIQUEZ: MALA INFORMACION DE LA DIABETES QUE POR CORAJE O ALGUNA DE ESAS COSAS, FIRME, SEGURO DE LO QUE DICE, “YA SABEMOS VIVIR CON LA ENFERMEDAD” HACE UN EJEMPLO DE QUE HAY DOCTORES QUE SOLO DICEN “DIABETICOS”, QUE SOLO LE DAN LAS RECETAS HACE INCAPAZ DEL RECETARIO DE QUE ESTA MUY INTERESANTE, COMPLETO DE INFORMACION, DOCTORES, NOS PREGUNTA SOBRE LA PALABRA “CRONICAMENTE DEGENERATIVAS” QUE ES EL SIGNIFICADO DE ESE TERMINO, EL PENSABA QUE SE TENDRIA QUE DIALIZAR O QUE SERIA SUS ULTIMOS AÑOS DE VIDA QUIERE SABER CUALES SON LAS ENFERMEDADES QUE ESTAN DENTRO DE ESE TERMINO, HACE UN COMENTARIO MUY INTERSANTE “QUIEN DOMINA LA MENTE HUMANA DOMINA TODO” NO DEJAR QUE LA MENTE NOS DE UN MAL GUSTO, SOBRELLEVAR ESTAS ENFERMEDADES, MUESTRA MUCHO INTERES EN ESTE PROGRAMA, EL CONOCER EL NOMBRE DEL PROYECTO, LE DA CURIOSIDAD EL SABER A QUE VA DIRECCIONADO ESTE MODELO DE SALUD

ACELA HERNANDEZ SANCHEZ: APRENDER A VIVIR Y A COMER, QUE LO QUE NOS CUESTA TRABAJO ES LA CANTIDAD Y LA FORMA DE COMER, HACE MENCION A LA PAREJA QUE LE TOCO CONOCER, DONDE MENCIONA QUE EL SEÑOR TIENE PROBLEMAS DE PROSTATA, HACE MENCION A SU FAMILIA, A SUS NIETOS, A SUS TIOS, PADRES, ABUELOS, HACE MENCION DE QUE LAS COMIDAS RAPIDAS SON LO QUE NOS HACEN

CONVIVENCIA DE RISA YA QUE HACEN MENCION DE LAS SOPAS MARUCHAN AL SER UN ALIMENTO FACIL DE HACER MUCHOS LAS CONSUMIMOS

GUILLERMO MEDINA: “ESTAR ENCERRADO EN CASA SOLO PENSAMOS EN ENFERMEDADES, NOS DAMOS ESE VALOR COMO PERSONAS, EL VALER SOLO COMO UNA ENFERMEDAD”, EL NO ESTABA ACOSTUMBRADO A TOMAR AGUA SIMPLE.

JORGE MOLINA GARCIA “TRATA UNO DE OLVIDARSE DE SUS PROBLEMAS”, BAJO 14 KILOS EM 3 MESES, EL VEIA UN VULTO EN EL ESPEJO Y NO SE IDENTIFICABA COMO PERSONA, VIO A UN DOCTOR QUE LE COMENTABA QUE NO TENIA NADA, QUE NO COMIERA CUALQUIER COSA, QUE EL SEGUIRA SIENDO EL, SIN IMPORTAR QUE ENFERMEDADES TENGA, ESE DOCTOR LE DECIA QUE DOMINE SU MENTE, QUE EL ESTAR ENCERRADO ES LO QUE NOS HACE PENSAR QUE ESTAMOS ENFERMOS.

MARIA SOLEDAD ESQUIVEL CRUZ: CUENTA SU EXPERIENCIA DE UNA HEMORRAGIA CEREBRAL QUE TUBO, TOMABA SUS MEDICAMENTOS PERO LAS DEJABABA CON GRAN FACILIDAD, YA QUE ELLA REFERIA QUE NO LE DOLIA NADA, CUANDO LOS DOCTORES LE DECIAN QUE TOMARAN SUS MEDICAMENTOS, FUE AL DOCTOR PORQUE EMPEZO A SENTIRSE MAREADA Y YA EN EL CONSULTORIO TENIA PRESION ELEVADA Y LE DIERON MEDICAMENTO Y ESTUVO EN OBSERVACION, FUE AHÍ CUANDO LA DOCTORA LE PREGUNTO SI TOMABABA ALGO Y ELLA DIJO QUE SOLO CUANDO SE SENTIA MAL, LA DOCTORA SE ENOJO Y LE DIJO QUE NUNCA DEJARA DE TOMAR SU MEDICAMENTO QUE ES POR SU BIEN Y AHORA LE AGRADECE A LA DOCTORA ERIKA Y AL DOCTOR CARLOS POR SER LOS QUE ESTUVIERON CON ELLA EL DIA QUE SE SINTIO MAL.

PLACIDO ROSAS ROSEY: TUVO UNA DEPRESION CUANDO LE DIAGNOSTICARON HACE 15 AÑOS, EN ESE MOMENTO SE MENTALIZO Y SE DIJO ASI MISMO: “ESTA ENFERMEDAD LA VOY A HACER MIA” QUE ES PARTE DE SU CUERPO, QUE AGRADECE EL TENER DOS BRAZOS. DOS PIERNAS, TODOS SUS DEDOS, ESTA PERFECTO, ESTA MUY BIEN, EL SU ENFERMEDAD NO LO DETENDRA Y LA ENFERMEDAD NO SERA LO QUE LO DEFINE COMO PERSONA, YA NO TOMARLA COMO UNA ENFERMEDAD SI NO COMO ALGO QUE ES COTIDIANO, ES AHÍ DONDE SU VOZ SE EMPEZABA A ESCUCHAR ENTRECORTADA, EL SENTIMIENTO LE GANABA Y TRATO DE NO LLORAR

DOLORES LOZADA APRENDER A VIVIR CON ESO, A QUERESE UNO MISMO, QUE LOS HIJOS NO LOS VAN A ESTAR SIEMPRE CUIDANDO YA QUE ELLOS HARAN SU VIDA, QUE UNO TIENE QUE VER POR SI MISMO, A QUERERSE Y A QUERER A VIVIR

JUANA RUIZ ROSEY: VALORAR LO QUE NOSOTROS COMO DOCTORES QUEREMOS POR LAS PERSONAS, NOS AGARDECEN POR QUERER CUIDARLA, NOS MENCIONA QUE ANTERIORMENTE UNA DOCTORA LE DECIA COSAS QUE NO LE GUSTARON, AGRADECER A CADA UNO DE LOS DOCTORES QUE LA HAN ATENDIDO: JOEL, ABRIL, ERIKA, CARLOS Y FERNANDO ELLA NO ACEPTABA LA ENFERMEDAD, CREIA QUE CON

ELLA YA SE IBA A MORIR, PERO SE DIO CUENTA DE QUE NO ES CIERTO, QUE CON UNA BUENA ALIMENTACION Y MEDICAMENTO SE PUEDE VIVIR UNA VIDA ESTABLE.

JUANA LOZADA: SE ENFEMA DE COVID Y VUELVE A DESCONTROLARSE, TENIENDO PRESION ELEVADA, GLUCOSA ALTA, ELLA YA NO QUERIA TOMAR MEDICAMENTO, ES AHÍ DONDE LOS MEDICOS LE HACEN ENTRAR EN RAZON PARA QUE EMPIECE DE NUEVO A TOMAR SU MEDICAMENTO MENCIONA QUE UNO SE SIENTE MEJOR VINIENDO A LAS CONSULTAS Y NO DEJARLAS, AGRADECE POR LOS LABORATORIOS QUE CADA 3 MESES LE MANDAN A REALIZARSE, TERMINA SU COMENTARIO DICIENDO LA SIGUIENTE FRASE: “TENDREMOS UNA VIDA DIGA”

INES VILLAMAR OLVERA: AL EMPEZAR A HABLAR SE LE CORTA LA VOZ Y EMPEZA A LLORAR Y NO PUEDE CONTINUAR HABLANDO.

CANDIDO LOPEZ GRANDA: MENCIONA EL COVID Y EL SE SENTIA EN LAS ULTIMAS, SU ESPOSA LE AYUDO A SALIR ADELANTE.

NOS HABLA DE SU TROMBOSIS QUE TUVO, NOS COMENTA QUE AL ESTORNUDAR LE DOLIA LA CABEZA, MENCIONA SU MEDICAMENTO “CAPTOPRIL” COMENTA QUE DEJO DE TOMAR EL MEDICAMENTO AL VER QUE YA NO TENIA PRESION ALTA, MENCIONA QUE LA MUERTE DE SU PADRE HIZO QUE SE LE SUBIERA LA PRESION Y ES AHÍ DONDE ES DIAGNOSTICADO DE DIABETES HACIENDO UN COMENTARIO “APRENDER A VIVIR CON LA ENFERMEDAD” EL PASO POR LAS ETAPAS DEL DUELO, CON LA NEGACION DE QUE EL FUERA DIAGNOSTICADO CON DIABETES, MENCIONA LA PALABRA PREOCUPACION POR PARTE DE NOSOTROS, QUE NOS PREOCUPA LA SALUD DE CADA UNO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON ESTAS ENFERMEDADES, VUELVE A HACER MENCION DEL RECETARIO AL VER QUE ES UNA GRAN HERRAMIENTA PARA PODER CONOCER UNA BUENA FORMA DE VIVIR, DE ALIMENTARSE, MENCIONA LA CONFIANZA QUE SIENTE EN ESTE MOMENTO Y PODER EXPRESARSE ESTANDO AQUÍ.

JULIA ZENDEJAS VILLAMAR: A RAIZ DE LOS TRIGLICERIDOS QUE ESTABAN ALTOS SE DECAYO Y PREOCUPO, PERO CON UNA BUENA ALIMENTACION QUE LE RECOMENDARON LOS DOCTORES HA LOGRADO BAJAR ESOS NIVELES DE TRIGLICERIDOS Y AGRADECE MUCHO EL RECETARIO PARA PODERSE VER LAS CANTIDADES DE CARBOHIDRATOS QUE TIENE CADA UNO DE LAS COMIDAS, FORMAS SANAS Y RICAS DE COMER, PARA MANTENER UNA VIDA SALUDABLE AGRADECE EL ESFUERZO POR CONSEGUIR MEDICAMENTO INCLUSO CUANDO EN LA FARMACIA NO HAY, DA LAS GRACIAS POR LA PREOCUPACION QUE HAY POR PARTE DE NOSOTROS PARA ELLOS.

CARLOS TERMINA ESTA PRIMERA PREGUNTA RESPONDIENDO LA PREGUNTA DEL SEÑOR EDUARDO, PARA PODER TENER TODOS UN CONCEPCO GENERAL DE LAS ENFERMEDADES DA LA INFORMACION DE QUE ES “CRONICO DEGENERATIVO”

LA DOCTORA NIKTE HACE UN INCAPIE SOBRE EL NOMBRE DEL PROYECTO “ENFERMEDADES CRONICOS DEGENERATIVOS NO TRANSMISIBLE” HACIENDO INCAPIE DE QUE NO SE CONTAGIA LA ENFERMEDAD, SIN EMBARGO, LO QUE SI SE HACE CONTAGIOSO SON LOS HABITOS, EL ENSEÑARLE DE MALA FORMA LA FORMA DE COMER, LA FORMA DE CONVIVIR, LA FORMA DE ALIMENTACION, MENCIONA LOS TIPOS DE OBESIDAD, PREDIABETES, DIABETES, HIEPERTENSION ARTERIAL, TERMINANDO CON LA DEFINICION DE SINDROME METABOLICO QUE ES: MAS DE TRES ENFERMEDADES DE LAS YA MENCIONADAS

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

2. NECESIDADES COMUNES

EDUARDO LANDEROS ENRIQUEZ. AL DARSE SU TIEMPO A UNO MISMO, HACER CONCIENCIA DE QUE TIENE QUE HACER LAS REGLAS QUE SE LE COMENTAN, TENER PARAMETROS PARA TOMARSE LOS MEDICAMENTOS, LA NECESIDAD DE TOMAR TIEMPO PARA ORGANIZARSE.

PLACIDO ROSAS ROSEY: TOMAR TIEMPO PARA CADA COSA, NECESIDAD DE TENER TIEMPO PARA UNO MISMO PARA TOMARSE EL MEDICAMENTO, “PRIMERO VOY A SER YO, LUEGO LO DEMAS”

ACELA HERNANDEZ SANCHEZ: VALORARNOS COMO PERSONAS, LAS AMAS DE CASA TIENEN PPRIORIDAD PARA TODOS MENOS PARA ELLAS MISMAS, ELLAS NO SE DAN EL TIIEMPO QUE NO ES PARA UNO MISMO, “SI UNA NO ESTA BIEN, NUESTRA FAMILIA NO ESTARA BIEN” DARSE EL TEIMPO QUE ES PARA NOSOTROS DARSE EL TIEMPO QUE LES CORRESPONDE COMO PERSONA.

JUANA RUIZ ROSEY: TIEMPO PARA TODO, FAMILIA ES IMPORTANTE, TAMBIEN NOSOTROS, MENCIONA EL COMENTARIO QUE HACE SU HIJO: “SI TU ESTAS BIEN YO ESTOY BIEN, SI TU TE PREOCUPAS YO ME PREOCUPO”

JUANA LOZADA: HACER MUCHO EJERCICIO PARA AYUDARSE A UNO MISMO Y TOMARSE SUS PASTILLAS YA QUE SI NO LO HACEN SE PUEDEN SENTIR MAL, BAJAR LA PRESION O EL AZUCAR, SUBIR LA PRESION O SUBIR LA GLUCOSA

SE HACE ESA CONFIANZA Y SE HACEN LOS COMENTARIOS CADA UNO EMPIEZA A GENERAR UN DIALOGO, SE CREA UNA MESA REDONDA, LA SEÑORA JULIA MENCIONA QUE EL EJERCICIO NO SOLO ES CAMINAR, ES HACER ACTIVIDADES FISICAS COMO TROTAR CORRER, CALISTEPNIA, ES AHÍ DONDE EL SEÑOR EDUARDO LE COMPLEMENTA QUE NO ES LO MISMO EL CAMINAR QUE TODOS LO HACEN EN SU DIA A DIA A HACER UN POCO MAS DE ESFUERZO COMO ABDOMINALES.

MENCIONAR QUE TIPOS DE EJERCICIO SE VAN A HACER, YA QUE SI CAMINA Y DESPUES LE DUELEN LOS PIES PUES NO VOLVER A HACER EJERCICIO DE PIERNAS, SI NO QUE HACER OTRO TIPO DE EJERCICIO DE LA PARTE SUPERIOR PARA COMPLEMENTA

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

3. ASPIRACIONES

PLACIDO ROSAS ROSEY: SENTIRSE BIEN DIA A DIA, LLEVARSE BIEN CON LAS PERSONAS, VER QUE ES O QUE QUIERO PARA ESTE DIA, Y ASI MISMO MAÑANA VERE QUE QUIERO PARA ESE DIA, SER MEJOR PARA CADA DIA

JULIA ZENDEJAS VILLAMAR: ESTAR BIEN CON UNO MISMO, Y CON LA FAMILIA YA QUE LA FAMILIA ES FUNDAMENTAL PARA TENER UNA BUENA VIDA

JUANA LOZADA: ESTAR BIEN PARA PODER ESTAR CON SU ESPOSO YA QUE SOLO ESTAN ELLOS DOS Y PODER VIVIR CON EL Y ESTAR FELICES

JUANA ROSEY: VIVE SOLA YA Y TIENE MIEDO DE QUE AL ESTAR SOLA Y SI LE LLEGARA A APSAR ALGO NADIE SE DARIA CUENTA, POR ESO TRATA DE ESTAR BIEN DE SALUD TOMANDOSE SU MEDICAMENTO ASPIRA A PODER VIVIR UNA VIDA TRANQUILA SIN TEMOR A QUE LE LLEGUE A OCURRIR ALGO

CANDIDO LOPEZ GRANDA: MENTALIZARSE UNO MISMO PARA SABER QUE LA ENFERMEDAD NO LOS VA A DERRIBAR, TENER EL TIEMPO PARA DEDICARSE PARA

MEJORAR EN LA VIDA, NO SOLO CAMIINAR SI NO HACER EJERCICO QUE HACER EN CASA

JAVIER: ORGANIZARSE, CONTROLARSE, DIRIGIR TODO LO QUE VAN A HACER DIA CON DIA QUE ES LO QUE VOY A CONTROLAR, CONTROLAR COMO PERSONA, CONTROL, ORNANIZACION DE HORARIOS, DIRECCION A DONDE ME VOY A DIRIGIR, CON QUIEN HACIA DONDE, INTEGRAR, TODOS LOSMPUNTOS QUE YA SOLUCIONE DE ESTE PROBLEMA

LA SEÑORA DOLORES ROMPIO EN LLANTO, AL SENTIIRSE SEGURA Y SENTIR LA EMPATIA QUE TODOS LOS COMPAÑEROS LE ESTAMOS BRINDANDO Y NO SE SIENTE SOLA, SE QUEDA CALLADA AL NO PODER SEGUIR

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

JAVIER GARCIA ROSAS: REALIZAR LA INTEGRACION QUE SE HACE EN SITIOS COMO EMPRESAS, EL CONTROL QUE HA HABIDO POR LAS CITAS CADA MES QUE NOS HACEMOS, BASAR NUESTRA VIDA EN UN PROCESO ADMINISTRATIVO, DONDE SE REALIZA UNA INDENTIFICACION, UNA COORDINACION, ENFATIZACION.

COMENTA QUE DEJO LA CARRERA PARA PODER ESTAR TRABAJANDO DE CHOFER, TRAILERO ES AHÍ DONDE COMENTA QUE EMPEZO A CONSUMIR COCA-COLA LLEGANDO A TOMAR 6 BOTELLAS DIARIAS PARA PODER AGUANTAR EN EL TRABAJO, NOS COMENTA QUE YA HASTA COMER 3 GAJOS DE NARANJA LE SUBE LA GLUCOSA.

PROPONER A LAS PERSONAS QUE ES LO QUE PUEDEN HACER EN GRUPO, PORQUE INDIVIDUALMENTE YA SE SABE, PERO QUE SE PUEDE HACER COMO UNA PERSONA EN GRUPO

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

HACEN COMENTARIOS SOBRE ESTE PRIMER ENCUENTRO REALIZADO EN SAN PABLO OZTOTEPEC

JAVIER GARCIA ROSAS: PIENSA QUE SE PUEDE INTEGRAR MAS, MAS PERSONAS YA QUE REQUIEREN INFORMACION, LAS PERSONAS RECIEN DIAGNOSTICADAS, O CON 6 MESES, 3 MESES, 1 MES DE DIAGNOSTICO A DIFERENCIA DE UN PACIENTE QUE YA LLEVA 23 AÑOS CON LA ENFERMEDAD QUE YA TIENEN “UN CONOCIMIENTO” REFERENTE A ESO, YA TIENEN “CAYO” NOS MENCIONA QUE LLEVA 26 AÑOS CON DIABETES, YA SABE QUE SE TIENE QUE CONTROLAR UN POCO MAS, COMENTA QUE

UNA BUENA ALIMENTACION AYUDARIA A TENER UNA VIDA LARGA, LLEGANDO A LOS 80, 90 AÑOS, MENCIONA QUE AL MENOS EL NO CREE LLEGAR A ESA EDAD POR LA ALIMENTACION QUE TENIA, DESAYUNABA UNA CERVEZA PARA PURGAR SU ESTOMAGO, MANEJABA 24 A 48 HORAS DE PURO VIAJE SIN DESCANSO, YA QUE SU TRABAJO LO REQUERIA

EDUARDO LANDEROS ENRIQUEZ: AGRADECE ESTE PRIMER ENCUENTRO, ESPERA QUE NO SEA EL ULTIMO EVENTO QUE SE REALIZARA EN SAN PABLO OZTOTEPEC “SI SE HUBIERA HECHO EN MILPA ALTA YO NO HUBIERA IDO” OTRO TIPO DE PACIENTES VENDRAN CON OTRA MENTLIDAD, EL SUGIERE QUE SE REALICE EL EVENTO CADA 6 MESES Y EL ESTARA DISPUESTO A ACUDIR “EN PRIMERA FILA”

EMPIEZAN A REIR Y HA BROMEAR POR ESTAR JUNTOS, SE SIENTE EL AMBIENTE AMISTOSO Y DE CONFIANZA QUE SE LOGRO GENERAR EN ESTE MOMENTO.

MENCIONAN QUE HUBIERA MAS PERSONAS CON OTRAS ENFERMEDADES PARA EXPRESAR SUS EXPERIENCIAS Y DAR PREVENCIONES PARA EVITAR TENER DIABETES E HIPERTENSION DARLES UN CONSEJO “YO QUE HUBIERA HECHO” “YO HUBIERA EVITADO”

MENCIONA LA DOCTORA ERIKA QUE EL MODULO 6 DONDE REALIZAMOS LAS CITAS ES SU MODULO, ES SU HORA, NO ES UNA CONSULTA, ES UN TIEMPO DE CONVIVENCIA DONDE TENEMOS LA OPORTUNIDAD DE HABLAR, DE DESAHOGARNOS Y AYUDARNOS A MEJORAR NUESTRA SALUD

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

CANDIDO LOPEZ GRANDA: CONSEGUIR EL TIEMPO QUE REQUIERE CADA UNO DE NOSOTROS PARA PODER ESTAR BIEN UNO MISMO, LOGRAR CREAR UN ITINERARIO DONDE SE PUEDA ESTABLECER UN TIEMPO FIJO POR MUY POCO QUE SEA PARA LA REALIZACION DE EJERCICIO O DE POR LO MENOS ALGUN OTRO TIPO DE ACTIVIDAD

EDUARDO LANDEROS ENRIQUEZ. LOGRAR REUNIR A MAS PERSONAS PARA EL SIGUIENTE ENCUENTRO, YA SEA PERSONAS COON ALGUNA OTRA ENFERMEDAD FUERA DEL CONCEPTO DE CRONICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES, ASI COOMO A PERSONAS SIN NINGUNA ENFERMEDAD PARA PODER ORIENTARLAS EN EL MANEJO DE ESTAS ENFERMEDADES

JAVIER GARCIA ROSAS: REALIZAR EN EL SIGUIENTE ENCUENTRO UN PEQUELLO BUFET DE PARTE DE CADA UNOO DE LOS INVITADOS DONDE PRESENTEN UN PATILLO QUE LOGRARON OBTENER DEL RECETARIO QUE SE LES FUE OBSEQUIADO

Cierre del Taller:

¿Qué aprendimos hoy?

APRENDIZAJE

EN EL DIA DE HOY HEMOS PODIDO APRENDER LAS NECESIDADES QUE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS COMO LO ES DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL, EL SENTIR DE LAS PERSONAS, CONOCER SU METAS Y LO QUE LES GUSTARIA LOGRAR VIVIENDO CON ESAS ENFERMEDADES, COMO REACCIONABAN AL SABER QUE APARTIR DE ESE MOMENTO TENDRIAN QUE ESTARSE MEDICANDO PARA PODER TENER NIVELES EN LOS VALORES NORMALES

UNA DE LAS MAS GRANDES NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON ESE TIPO DE ENFERMEDADES SON LA FALTA DE TIEMPO QUE REQUIEREN PARA DEDICARSE A SI MISMOS, EL PODER LOGRAR HACER EJERCICIO PARA NO SOLO SENTIRSE BIEN FISICAMENTE, SI NO TAMBIEN ESPIRITUALMENTE, LOGRAR ESE EQUILIBRIO ENTRE EL CUERPO Y LA MENTE

APRENDIMOS MAS SOBRE LOS PENSAMIENTOS QUE TIENE CADA PERSONA ACERCA DEL PORQUE SE QUIEREN MANTENER SALUDABLES COMO LO ES EL MIEDO A ESTAR SOLOS EN EL MOMENTO EN EL QUE SE VAYAN A DESCONTROLAR NO ESTE NADIE PARA AYUDARLOS

RECIBIR COMENTARIOS Y SUGERENCIAS DE LOS DEMAS PACIENTES QUE NOS ACOMPAÑARON EL DIA DE HOY, TALES SUGERENCIAS FUERON DADAS POR EL SEÑOR JAVIER Y EL SEÑOR EDUARDO

1. REALIZAR REUNIONES ASÍ CADA 6 MESES DENTRO DE LA POSIBILIDAD
2. INCLUIR PERSONAS NO SOLO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y FAMILIARES DE PACIENTES
3. REALIZAR UNA ACTIVIDAD DONDE PACIENTES PRESENTEN UNA RECETA QUE MÁS LES HAYA GUSTADO DEL RECETARIO Y PRESENTARLA A LOS DEMÁS
4. COMENTAR PUNTO A FAVOR Y ENCONTRÁ DEL RECETARIO
5. INCLUIR ACTIVIDADES DE CAPACITACION DE ÍNDOLE ACTIVIDAD FÍSICA







Relatoría de la 1era Reunión del Taller de Autocuidado como parte del consejo asesor en el Centro de Salud T-III “*San Pablo Oztotepec*”, ubicado en San Pablo Oztotepec, Milpa Alta.

Jurisdicción Sanitaria: MILPA ALTA

Fecha: 26/06/24

MÉDICOS PASANTES:

- **JOSÉ FERNANDO CRUZ LÓPEZ**
- **CARLOS DE LA CRUZ YAÑEZ**

Personas participantes:

NOMBRE	SEXO	EDAD	CENTRO DE SALUD
EDUARDO LANDEROS ENRIQUEZ	MASCULINO	62 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec
JAVIER GARCIA ROSAS	MASCULINO	57 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec
MARIA SOLEDAD ESQUIVEL CRUZ	FEMENINO	54 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec
EFREN CABRERA ANDRADE	MASCULINO	72 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec
JUANA VAZQUEZ CABALLERO	FEMENINO	66 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec
ISABEL LEON RAMIREZ	FEMENINO	64 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec
INES VILLAMAR OLVERA	FEMENINO	72 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec
CLAUDIO MEDINA MOLINA	MASCULINO	57 AÑOS	CST-III San Pablo Oztotepec

Datos del Taller

OBJETIVO DEL TALLER: Reunir un grupo de pacientes que forma parte del proyecto del módulo de enfermedades crónicas que se imparte en el centro de salud para conocer las fortalezas y debilidades que tiene cada uno en el ámbito social, emocional, económico, familiar etc.

Hora de inicio: 12:00

Hora de finalización: 13:30

Agenda del taller:

HORARIO	ACTIVIDAD
1. 12:00	1. Presentación de los médicos pasantes
2. 12:05	2. Presentación de cada una de las personas integrantes del grupo
3. 12:15	3. Encuadre: Explicar qué va a trabajar el grupo Cómo va a trabajar el grupo Las reglas del grupo Duración de la sesión grupal (1 hora y 30 minutos aproximadamente) Dudas respecto a la dinámica del grupo
4. 12:25	4. Diálogo, conocer las fortalezas y debilidades de cada uno
5. 13:10	5. Puntos importantes
6. 13:20	6. Agradecimiento, invitación a la siguiente reunión y cierre de la sesión general

Relatoría:

La reunión se llevó a cabo el día 26 de Junio del 2024 a partir de las 12:00 pm en la duela de la unidad del centro de salud, misma que será sede de las próximas reuniones, se contó con la asistencia de 8 pacientes, asimismo de dos médicos pasantes que conforman el equipo médico del proyecto en la unidad, dicha reunión terminó alrededor de las 13:30 pm sin ningún inconveniente, se dio paso a la explicación de las reuniones y el objetivo de este taller, una vez realizada la introducción se procedió a hacer la lluvia de ideas, dudas y comentarios, para terminar con recomendaciones que se podrían seguir en la siguiente reunión.

Exposición de las dificultades y fortalezas en los ámbitos del autocuidado, en el entorno familiar, comunidad y en los centros de salud, así como, propuestas para mejorar en estos ámbitos

Muchos de los participantes se limitaron a escuchar o al participar solo compartían las mismas ideologías de los demás participantes

	FORTALEZAS	DEBILIDADES	PROPUESTAS
AUTOCUIDADO	Javier: Conocer los alimentos que sí pueden consumirse Efren: Saber que los embutidos son alimentos que no deben consumirse Juana: Quitarse las ganas de consumir un alimento nada nutritivo comiendo algo más saludable	Isabel: No controlar una buena alimentación Soledad: La debilidad de comer cosas en puestos callejeros Inés: no hacer caso a las recomendaciones de alimentación del personal de salud	Eduardo: Realizar talleres sobre información de alimentos que aporten una cantidad buena de nutrientes y que los alimentos deben reducir Claudio: Clases de actividad física para mantener una condición física saludable
	Inés: comunicación y empatía por parte de su familia ya que no comen cosas que pueden antojarse pero son malas para su salud Efren: variedad en los platillos que	Javier: el uso de bebidas azucaradas que usan en su familia a la hora de los alimentos hacen que él desee probar dichas bebidas a pesar de saber que le hacen mal	Javier: usar el recetario que se entregó en el encuentro de Marzo para que toda la familia pueda comer comida saludable sin tener que "aburrirse" de comer siempre lo

<p>CUIDADO EN EL ENTORNO FAMILIAR</p>	<p>hacen en su casa usando ingredientes que son sanos para ellos</p>	<p>Claudio: el ser el solvento economico de la familia y limitarse en los alimentos por falta de ingreso monetario para incrementar los alimentos</p>	<p>mismo</p>
<p>CUIDADO EN EL ENTORNO DE LA COMUNIDAD</p>	<p>Isabel: la facilidad de encontrar frutas y verduras en puestos cercanos a su domicilio le ayuda a la hora de preparar comida</p> <p>Juana: juntarse con vecinos para compartir platillos y recetas para ampliar su recetario</p>	<p>Claudio: la abundancia de puestos callejeros en su comunidad provocan que consuma dichos alimentos</p> <p>Efren; el trabajo y la falta de tiempo hacen que al llegar a su comunidad compre lo primero que encuentre</p>	<p>Efren: la creación de puestos que vendan comida casera para no afectar tanto su salud</p> <p>Soledad: Crear un grupo en redes sociales para pasarse recetas de comida saludables</p>
<p>CUIDADO EN LOS CENTROS DE SALUD</p>	<p>Efren: El interés por parte de los médicos pasantes en querer hacerles saber el como es que funcionan los medicamentos y como la enfermedad afecta el cuerpo</p> <p>Claudio: El apoyo del centro de salud por regalarles los medicamentos que en una farmacia externa son costosos y de difícil acceso</p> <p>Soledad: Los talleres de ayuda mutua le ayudan a estar en constante</p>	<p>Todos: La ausencia de muchos medicamentos por desabasto en la unidad, el cambio de tratamiento que se realiza por contar con los medicamentos que hay en la unidad</p>	<p>Claudio: Crear más talleres como este para que más personas conozcan la enfermedad con la que viven</p> <p>Efren: Invitar a personas externas al programa para que se informen sobre sus enfermedades y alimentación</p>

	movimiento		
--	------------	--	--

La primera reunión de este taller termina con un agradecimiento por parte de los médicos pasantes por haber acudido al taller, terminando con un agradecimiento de los pacientes refiriéndose a que notan un interés por parte del personal médico hacia su salud y una preocupación para tener una vida más saludable

Acuerdos:

1. El grupo se reunió cada quince días para realizar las reuniones con los temas dentro del autocuidado, enfocándose en la alimentación, actividad física y medicamentos que ayuden a mejorar su salud
2. Los días que se realizarán las reuniones serán los segundos y cuartos Miércoles de cada mes en un horario de 12:00 pm, con disposición a cambio de horario en caso de que se incorporen más personas y no interfiera el taller con las actividades de cada uno de los invitados
3. Consultar con el coordinador si se puede invitar al grupo de “ayuda mutua” para que se incorporen y conozcan también todas las ventajas que pueden tener mediante la información de los pacientes
4. La siguiente reunión será el día 10 de Julio a las 12:00 en la duela de la Unidad del Centro de Salud.

Relatoria

Participantes:

1. Lidia Cruz
2. Juana Pérez
3. Margarita Galicia
4. Silveria Alvarado
5. Margarita Barcenás
6. Brenda Solares

7. Javier Rosas
8. Maria de Jesus
9. Elsa López Salazar

RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO REALIZADO EL DÍA 18 DE JULIO 2024

I. Bienvenida y encuadre

Se da inicio al taller de autocuidado invitando a los pacientes a pasar a sentarse en mesa redonda para mejorar el diálogo y la interacción visual entre todos, se da un saludo a todos los participantes, posteriormente nos presentamos frente a todos los pacientes ya que había presentes integrantes nuevos del grupo de ayuda mutua de nuestra asesora clínica que se integraron por primera ocasión al taller, así mismo comentamos muy brevemente de nuevo los principales objetivos del modelo de atención centrada en la persona (ya que dos días antes se habló con el grupo de ayuda mutua explicando ampliamente estos objetivos así como la diferencias puntuales del grupo de ayuda mutua con el taller de autocuidado que se esa llevando a cabo) específicamente se les comento la importancia de la implementación de habilidades, conocimientos y capacidades de estas personas para generar una autonomía en su salud. Se hace un pequeño espacio para preguntar si alguien tiene alguna duda respecto al modelo o al taller

Juana Pérez- comenta “no tener dudas que ella entiende que es para ayudarlos en lo que les hace mal que ella está de acuerdo con lo que en el taller se intenta”

Posterior a esta introducción al modelo y al taller y ya que la mayoría se conoce bastante bien les solicitamos a cada uno de los integrantes que se presenten mencionando su nombre y realicen una breve descripción de sí mismos comentándonos algo que sea importante para ellos relacionado a su salud, pidiéndoles que respeten las reglas de la reunión para lograr una adecuada comunicación, respetando el tiempo de la persona que esta hablando, no juzgar los comentarios de las otras personas ni haciendo comentarios u opiniones intentando aconsejar ya que la intención es escuchar sus experiencias. Se les comenta la importancia de la recolección de sus opiniones en una relatoría para la obtención de la información por lo que se les solicita grabar el audio de la reunión, a lo cual todos acceden, una señora comento “si esta bien para que ustedes también tengan la información”, por lo que se da inicio a la dinámica rompehielos pidiendo a los

participantes que comiencen. Algunas de las respuestas se describen brevemente a continuación.

- Margarita Galicia: “Bueno ya conozco a la mayoría yo soy Margarita Galicia padezco diabetes, pero yo he podido controlar mi enfermedad con ejercicio y alimentación y creo que voy bien, me siento bien”

-Juana Pérez: “Yo soy Juana Pérez tengo presión alta, me cuido, no tomo refresco, no como cosas que me hagan daño ni grasa”

- Margarita Barcenás: “soy Margarita Barcenás tengo artritis reumatoide por lo que tengo mucha molestia y me duele todo por lo que si me gustaría una consulta así como ahorita que estamos todos para que también necesito yo ver lo que me hace bien y que no y que sería mucho mejor”

- Lidia Cruz “Soy Lidia diabética igual tomo medicamentos me gusta que nos podamos reunir para sentirnos mejor

-Silveria Alvarado: “Yo soy la señora silveria Alvarado a mi me tratan por la hipertensión que se me sube mucho la presión, pero ahorita ya me controlo porque me empezó a dar medicamento y ya se niveló, y de ahí me tratan de las varices. Yo en lo personal si me tratan muy me, me gusta como atienden, yo como poca sal porque yo creo que es lo que se necesita para cuidar la presión”

- Constanza Casoro: Yo so Constanza casoro y no tengo nada peor vengo para cuidarme

-Elsa López Salazar: Tengo la diabetes y estoy tomando metformina y padezco de la circulación y me están controlando aquí de las dos cosas y me gustaría saber mas afondo como me puedo controlar ya que si dejo de tomar los medicamentos comienzo con piquetes en mis pies. Yo espero que no me suba más el azúcar.

-Juan Rodríguez “soy Juan Rodríguez tuve un derrame cerebral ya va hacer 3 años y tengo secuelas ahorita por que no puedo caminar normal me apoyo con un bastón, no puedo trabajar, tengo taquicardia e hipertensión también, y los ejercicios que estoy realizando aquí me están ayudando también la alimentación la nutrióloga que nos dicen que comer y que no comer, esas platicas ayudan también

- Maria de Jesus A mi me detectaron Hipertiroidismo, tengo osteoporosis y sufro de la presión pero ahorita el doctor me mando a hacer estudios entonces hasta que no salga para saber como estoy o como sigo es como me han medicado, ahorita estoy en control con una buena dieta, comiendo verduras, carnes rojas, proteína y agua que es lo que hay que tomar mucha agua

Brenda solares: “Yo soy diabética, pero yo como de todo, pero poquito, pero me ponen la insulina

Ana: Mi nombre es Ana tengo problema de artritis reumatoide desde hace 5 años estoy en tratamiento, es una enfermedad crónico-degenerativa entonces si hay que tomar ciertas medidas para evitar complicaciones también, también hay que llevar una dieta para evitar que se inflamen las articulaciones por eso el ejercicio nos ayuda mucho a este tipo de problemas

Maria de Carmen: Yo soy Maria del Carmen y no tengo nada

Esperanza Medina: Yo soy Esperanza medina y tengo sobrepeso, pero aparte tengo también problemas de circulación sin embargo no me han atendido por que el hospital donde estaba no tenia esa especialidad entonces a si me interesa mucho que me ayuden que me traten y me digan cómo mejorar la circulación

Lucia: “soy diabética tomo insulina y metformina tengo cuidado con mi alimentación antes comía mucho y ahora como de a poco y me siento bien, mis niveles de azúcar no se han elevado como antes.

Javier Rosas: “Padezco de diabetes Hipertensión y aparte de perdida de visión, no veo en la noche por desprendimiento de retina y cataratas que tuve y me cuido mucho tomándome mis medicamentos y con todos los cuidados de alimentación que me han dado los doctores a lo largo de mi tratamiento, me ha servido mucho.

- Después de escuchar las diferentes ideas que se tienen en esta pequeña introducción rompehielos sobre cosas que consideran importantes para su salud, se repite en múltiples ocasiones la importancia del hecho de tener o no una enfermedad en específico, la alimentación, la alimentación física,

¿Cuáles son las fortalezas o debilidades que tengo para lograr el cuidado de mis enfermedades crónicas? A nivel personal.

Posteriormente se explica el que esta reunión se movilizó de la fecha anterior por falta de participantes la reunión pasada por cuestiones climáticas, además de la inclusión de personas nuevas provenientes del grupo de ayuda mutua se menciona que a través de éste no se pretende que sea el medico quien de platicas específicas sino la comunicación de las experiencias que nos permitan identificar las principales fortalezas y debilidades que influyen en el autocuidado en personas con enfermedades crónico degenerativas, se pregunta nuevamente si alguien tiene duda de la dinámica y el objetivo de la siguiente platica y sin haber dudas se abre

la plática pidiendo quien quiere compartir que es el autocuidado para el y si conoce alguna debilidad o fortaleza que haya identificado en su autocuidado

- Silveria Alvarado: Yo creo que una debilidad para mi es comer mucha sal y grasa, bueno yo de mi parte así le hacía para cuidarme, no comía tanta sal y ahorita estoy a nivel, estoy bien y también me ayudo en mi peso baje 10 kilos, que por eso también tiene que ver su alimentación

- Maria de Jesus; Bueno para mi es una fortaleza en mi problema de artritis es llevar al pie de la letra las indicaciones medicas, el tratamiento no dejarlo, no suspenderlo ya que esto es de por vida , como quien dice crónico degenerativas pues entonces hay que vivir con la enfermedad, enfrentar la enfermedad pero también cuidarnos, los medicamentos, el control del peso en todo lo que son articulaciones. Para mi es una fortaleza es eso, llevar a cabo el tratamiento, saber que alimentos nos pueden dañar y el ejercicio que es vital para movernos.

-Juana Pérez: A mí me ha hecho muy bien el ejercicio, ya que tengo trabajo en la casa, pero a la vez cuando no hago nada estoy comiendo mucho, viendo lo que tengo alrededor y se me antoja mucho, comer cosas que no son saludables y yo se que me tengo que controlar, por lo que me pongo a hacer algo a caminar o hacer ejercicio para no pensar en eso

Lucia: Yo soy consciente de que por mi sobrepeso no puedo comer grasas y cosas así, creo que es una fortaleza que sé lo que no tengo que comer aunque también a veces por ansiedad lo cual es una debilidad ya que me da por comer mucho y tengo muchos antojos, yo se que es una enfermedad que me mantiene con hambre por la ansiedad que siento.

- María de Carmen: Yo siento que me fortaleza son porciones pequeñas de verduras, no puedo comer leche entera por malestar estómago, trato de comer pollo y pescado, lo que tengamos que hacer, por que tenemos debilidades como todos por los dulces, pero ahora con mi enfermedad necesito ver por mi salud con una dieta ver lo que puedo comer y lo que no debo

- Brenda solares: Yo siento que a veces influyen muchos factores en casa que no nos permiten una dieta y que a veces sabemos que si comemos mucho pues tendemos a subir de peso pero por ejemplo yo en mi casa he presentado mucho estrés por lo cual me hace empezar a comer y subir de peso , yo se los comparto porque yo que estoy en casa son cosas que enfrentamos de estrés ansiedad, yo me he dado cuenta de eso, que es una debilidad que vivimos que me hace sentir mal dolor de cabeza, que suba de peso, me duele el ojo por el mismo estrés, yo se que no es algo bueno para mi salud que no me va a beneficiar, por eso vengo por que se que aquí me ayudan, me baja el estrés, me vengo a hacer ejercicio, a aprender de esta enfermedad

María del Carmen, vuelve a tomar la palabra para mencionar que una de sus fortalezas es saber limitarse con los alimentos, refiere comer solo 3 tortillas al igual que su esposo

Terminamos de hablar sobre el apartado personal para poder continuar con los siguientes apartados.

Se dan ejemplos sobre cada uno de los apartados como lo es el apartado familiar, la comunidad y en el centro de salud

¿Cuáles son las fortalezas o debilidades que tengo para lograr el cuidado de mis enfermedades crónicas? A nivel familiar

Maria del Jesus comenta que una de sus debilidades es que su hijo consume mucha Coca-Cola y no es tanto que a ella llegue a sentir esa necesidad de consumirlo, sino **que se preocupa por su hijo** al saber que la Coca-Cola es mala y él no quiere dejarla, le preocupa que su afecte en gran medida a su salud. Comenta que su vida sedentaria que presenta su hijo **la llega a afectar ya que su hijo critica** que ella si tenga actividad física, diciendo comentarios como “¿Por qué haces ejercicio si tu estas delgada?, cuando ella le responde que **lo hace para sentirse bien consigo misma, que es una actividad que la hace sentir alegre y bien con su persona.** Ella quiere compartir su conocimiento del autocuidado con su familia para que todos puedan tener una vida saludable

Margarita Barcenás refiere que tiene que buscar alternativas alimenticias para ella ya que su familia le pide que coman carne casi diario,, que tomen refresco a la hora de la comida, comenta que llega incluso a **sentirse triste e incomprendida** por su familia al **no respetar sus decisiones de querer comer mas sanamente**

¿Cuáles son las fortalezas o debilidades que tengo para lograr el cuidado de mis enfermedades crónicas? A nivel centro de salud

Elsa López Salazar: comenta que una de las fortalezas que cuenta el centro de salud son las actividades recreativas que implementan, menciona que cada cumpleaños de los compañeros del servicio de ayuda mutua se realiza un convivio donde la trabajadora social les hace incapie en traer platillos sanos, de acuerdo a las necesidades de cada una de las personas, traer comida para personas con hipertensión arterial, problemas de colesterol y triglicéridos, problemas de diabetes.

Silveria Alvarado: menciona que otra de las fortalezas es la realización de actividad física que permite estar en constante movimiento ayudando a la circulación de la sangre en las piernas

Maria de Jesus: “la trabajadora social nos ha consentido de una bonita forma, ya que está atenta de nuestras necesidades y nos llama “sus niños”, lo cual nos hace sentir apreciados.

Brenda Solares: apoya con mucha alegría lo comentado por Maria de Jesus, donde explica que muchos doctores del centro de salud se preocupan por los ellos y los tratan de maneras especiales dependiendo de las necesidades que requiera cada uno: “Nos consienten y nos apapachan mucho”

Es en este momento donde el ambiente que se sentía en el taller empezó a sentirse hostil dado que Brenda Solares y Silveria Alvarado empezaron a dialogar poco a poco aumentando el tono de voz ya que Brenda exigía que el centro de salud les brindara los laboratorios que necesitan para saber como están los niveles de triglicéridos, colesterol, HbA1c entre otras cosas. Mientras que Silveria decía que tendrían que ser comprensivos por el desabasto en la unidad, ya que ella comprende que el centro de salud no es culpable de que no haya materiales

Es ahí cuando el medico pasante Fernando empezó a poner orden en la reunión ya que el tema se estaba desviando hacia otros temas que no eran relevantes en ese momento, dando a conocer por segunda vez las reglas de la convivencia, donde informaba que no estaba permitido interrumpir el dialogo de una persona y mucho menos juzgar la opinión de cada uno

A pesar de haberles informado al inicio del taller que la duración de esta reunión seria de minimo una hora y máximo una hora con veinte minutos, empezaron a retirarse uno por uno aun con 50 minutos de sesión, fue ahí donde se decidió ponerle final a la reunión para que no se perdiera esa información para los integrantes que se fueron yendo.

Se decidió dejar la última pregunta que es “¿Cuáles son las fortalezas o debilidades que tengo para lograr el cuidado de mis enfermedades crónicas? A nivel comunidad” para la próxima sesión, fue un cierre bastante brusco debido a que se estaban retirando los integrantes

Conclusión:

Se agradeció la participación de cada uno de los integrantes y se les pidió que hicieran un papel donde pongan cada uno de los integrantes una propuesta de cómo mejorar el autocuidado.

Plan a seguir:

Debido a que no conocemos a los pacientes de grupo de ayuda mutua y a pesar de que se les informó como es el proyecto de “Modelo de atención integral centrado en

la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de capacidades” y al no cooperar con el horario establecido, se realizará un grupo de personas más reducido con personas que aseguran apoyarnos con su participación en el módulo. Se realizará un grupo de WhatsApp para estarles informando sobre los horarios y actividades que se realizarán, la próxima reunión será 01/08/24

Carta descriptiva

El día 01/08/24 se realizará el segundo taller de autocuidado, debido a los acontecimientos ocurridos en el centro de salud San pablo Oztotepec, al no tener una respuesta positiva por parte de los involucrados al no acudir a las reuniones programadas, se decidió que el 18 de Julio acudieran los pacientes del proyecto de Ayuda mutua, sin embargo, el día del taller los invitados se retiraban antes de tiempo a pesar de que se les comunicó con antelación que el taller tendría una duración mínima de 1 hora. Es por eso que se decidió que el 1ro de Agosto de del 2024 se realizará el taller de de autocuidado con un grupo selecto de pacientes que están dentro del proyecto MAICP, ya que dichos pacientes conocen de mejor manera la forma de trabajo de este proyecto, además de que ya contamos con un antecedente de varias consultas por lo cual ya los pacientes sabemos que enfermedades crónico-degenerativas tienen.

Se ha recolectado los números de teléfono de pacientes que notan un genuino interés por el taller, y que en base a la experiencia se identifican como personas que podrían acudir sin problemas a los nuevos talleres que se realizaran las siguientes semanas

Se creará un grupo de WhatsApp donde se confirmará lugar, fecha y hora del próximo taller.

TIEMPO	CONTENIDO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	COORDINACION	PARTICIPANTES	EVALUACION
10:00 A 10:15 AM	Bienvenida	Enfatizar el objetivo del modulo y refrescar las ideas de	Dinamica: presentarnos uno por uno...	Dar la bienvenida a los pasantes, mencionar brevemente el objetivo del modulo ya que con	Se colocan en un salón donde podemos observarnos todos la mismo tiempo	

		cada paciente		anterioridad se mencionó y dar las reglas		
10:15 A 10:30	Encuadre	Conocer los objetivos del taller, las posibles propuestas	Presentación del modelo	Dar a conocer los objetivos y las reglas de la mesa redonda	Una vez dada las explicaciones se comenzara con las preguntas iniciales y centrales para empezar el dialogo	
10:30 A 11:00	Autocuidado	Identificar las fortalezas y debilidades de cada uno e los integrantes	Mesa redonda Ayuda con un moderador	Permitir mediante la toma de turnos el hablar sobre sus necesidades, fortalezas y desventajas		Acuerdo de seguir con la participación de los talleres
11:00 A 11:10	Conclusión y evaluación	Agradecer la participación e invitarlos a continuar con el taller	Preguntar por dudas y sobre lo aprendido			Preguntar al grupo como nos sentimos y que aprendimos

Pendientes para promociones futuras: la elección de personas que se puedan agregar al taller con mayor disponibilidad de horario y disposición, ya que la mayoría de pacientes por cuestiones tanto personales asociadas a su vida diaria y laborales se les dificulta la constancia de asistir a las fechas establecidas para los talleres de autocuidado.

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

La modalidad de casos clínicos se llevo a cabo por medio de sesiones en línea para la contar con la presencia de las dos promociones, llevándose a cabo un abordaje de un caso clínico que sea relevante para retomar algunos puntos abordados a lo largo de las sesiones academias, en los cuales se aborda al paciente integralmente como persona, explicando su a grandes rasgos quien es y aspectos que lo conforman como persona, sus aspiraciones e intereses por su salud, también se abordan experiencias relacionadas que hayan repercutido para su salud o para su atención, se aborda el área clínica y la todo lo relacionado a la valoración de su evolución con enfermedades crónicas, con hincapié en sus tratamientos farmacológicos. Posterior al abordaje completo e integral del paciente como persona con enfermedades crónicas tomando en cuenta, su situación personal, familiar social, comunitario y dentro de los servicios de salud. Se procede a una serie de preguntas que corresponden en el mismo orden en el cual se abordo a la persona, por si algún participante requiere información extra a la expuesta para el entendimiento del padecimiento de la persona, una vez resueltas las dudas el coordinador realiza preguntas puntuales que considera relevantes tanto para el entendimiento de la persona como para el abordaje integral.

Una vez resueltas todas las dudas, el coordinador de la sesión hace una recolección de los temas más relevantes que se abordaron en la exposición del caso clínico, y abre la pregunta de: ¿Qué temas nos gustaría profundizar más de los abordados anteriormente? para la coordinación posterior con alguien especialista en el tema y que de esa forma podamos tener un mayor entendimiento del tema que nos traiga un beneficio en la forma que atendemos a nuestros pacientes de forma integral según el modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco para mejorar la atención con un enfoque integral. Dentro de los temas posteriormente abarcados a raíz de este tipo de encuentros esta: Insulinoterapia, uso y elección de terapias hipoglucemiantes, uso y elección de antihipertensivos, manejo de pie diabético.

4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Pablo Oztotepec a cargo de Carlos De la Cruz Yáñez.

Tabla No 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Momento ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	32	82.05%
Nuevo ingreso apartir agosto de 2023	4	10.2%
Recuperados a partir de agosto de 2023	3	7.6%
Total	39	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: Se presentaron 4 nuevos ingresos que cumplieron los criterios de inclusión del modelo, se retomaron 3 pacientes que ya formaban parte del programa sin embargo la mayor parte de cantidad de paciente en más de un 80% ingresaron anterior a 2023 y se han mantenido vigentes.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2023 – julio 2024
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Condición de paciente	No	%
Activas	33	84.6%
No activas	6	15.3%
Total	39	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: Solamente se presentaron 6 pacientes inactivos un 15.3% que dejaron de estar activos a nivel de consultas y que por faltas de estas dejaron de cumplir criterios de actividad para el modelo

Tabla No. 3

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec

Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	3	50%
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	3	50%
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	0	0
Total	6	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: Dentro del centro de salud se presentó una situación donde los pacientes que pertenecían al modelo y además pertenecen al grupo de ayuda mutua fueron reasignados de médico tratante por cuestiones de logística, por lo que 3 pacientes dejaron de formar parte del modelo. 3 pacientes dejaron de asistir a consulta por cambio de domicilio y actualmente se desconoce si continua su atención

2. Información demográfica:

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con sexo

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Sexo	No	%
Femenino	24	61.53%
Masculino	15	38.46%
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	39	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el centro de salud T-III de San Pablo Oztotepec se encontró que la principal población con un 61.53% son mujeres.

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023
 – julio 2024 de acuerdo a edad
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	No	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	4	10.25%
50-59 años	16	41%
60-69 años	10	25.64%
70-79 años	6	15.38%
80 años y mas	3	7.6%
Total	39	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: Se puede observar que en mas del 66% de la población se encuentra entre los 50 y 69 años de edad concentrándose 26 pacientes de 39.

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 –
 julio 2024 de acuerdo con edad y sexo
 Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
 Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Sexo Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-29 años	0	-	0	-	0	-
30-39 años	0	-	0	-	0	-
40-49 años	2	5.1%	2	5.1%	4	10.2%
50-59 años	10	25.64%	6	15.3%	16	41%
60-69 años	8	20.5%	2	5.1%	10	25.64%
70-79 años	2	5.1%	4	10.2%	6	15.38%
80 y mas	2	5.1%	1	2.5%	3	7.69%
Total	24	61.53%	15	38.46%	39	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y genero son mujeres de entre 50 y 59 años con un poco mas del 25%

3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

No Consultas	No Pacientes	%
1	0	-
2	1	2.5%
3	3	7.7%
4	1	2.5%
5	8	20.5%
6	4	10.2%
7	5	12.8%
8	5	12.8%
9	2	5.1%
10	7	17.9%
11	3	7.6%
12 y mas	0	0
Total	39	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia de consultas es de 5 al año con un 20%

Tabla No. 8

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Diagnostico	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	5	12.8%
Diabetes Mellitus tipo 2	8	20.5%
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	3	7.6%

Obesidad y diabetes	9	23%
Obesidad y dislipidemia	1	2.5%
Diabetes e hipertensión	1	2.5%
Obesidad, hipertensión y diabetes	3	7.6%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	4	10.2%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	5	12.8%
Total	39	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia por diagnósticos son las personas con diagnostico único de diabetes mellitus 2 con 8 personas representando un 20%

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Diagnósticos						
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	3	7.6%	2	5.1%	5	12.8%
Diabetes Mellitus tipo 2	3	7.6%	5	12.8%	8	20%
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0	3	7.6%	3	7.6%
Obesidad y diabetes	6	15.38%	3	7.6%	9	23%
Obesidad y dislipidemia	1	2.5%	0	0	1	2.5%
Diabetes e hipertensión	1	2.5%	0	0	1	2.5%
Obesidad, hipertensión y diabetes	2	5.1%	1	2.5%	3	7.6%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	7.6%	1	2.5%	4	10.2%

Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	5	12.8%	0	0	5	12.8%
Total	24	61.53%	15	38.46%	39	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia por género y diagnósticos es de 6 mujeres con obesidad y diabetes en un 15.38%

Tabla No. 10

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	5%
50-59 años	9	45%
60-69 años	7	35%
70-79 años	3	15%
80 años y mas	0	0
Total	20	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de sobrepeso y obesidad es entre los 50-59 años con 9 personas siendo un 45% de 20 con este diagnostico

Tabla No.11

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de Hipertensión arterial	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	4.7%
50-59 años	9	42.8%
60-69 años	6	28.5%
70-79 años	3	14.2%
80 años y mas	2	9.5
Total	21	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de hipertensión arterial es entre los 50-59 años con 9 personas siendo un 42.8% de 21 con este diagnostico

Tabla No. 12

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	4	13.3%
50-59 años	12	40%
60-69 años	9	30%
70-79 años	3	10%
80 años y mas	2	6.6%
Total	30	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de diabetes mellitus es entre los 50-59 años con 12 personas siendo un 40% de 30 con este diagnostico

Tabla No.13

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de Dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	2	6.8%
50-59 años	11	37.9%
60-69 años	8	27.5%
70-79 años	5	17.2%
80 años y mas	3	10.3%
Total	29	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de dislipidemia entre los 50-59 años con 11 personas siendo un 37,9% de 29 con este diagnostico

Tabla No.14

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad e Hipertensión	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	9%
50-59 años	5	45.4%
60-69 años	5	45.4%
70-79 años	0	0
80 años y mas	0	0
Total	11	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de obesidad e hipertensión es entre los 50-69 años con 10 personas siendo un 90% de 11 con este diagnostico

Tabla No.15

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y diabetes mellitus 2	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	11.11%
50-59 años	4	44.44%
60-69 años	4	44.4%
70-79 años	0	0
80 años y mas	0	0
Total	9	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de obesidad y diabetes mellitus es entre los 50-69 años con 8 personas siendo un 88.8% de 9 con este diagnostico

Tabla No.16

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

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	1	100%
80 años y mas	0	0
Total	1	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de obesidad y dislipidemia es entre los 70-79 años con 1 persona siendo un 100% con este diagnostico

Tabla No. 17

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de diabetes e hipertensión es entre los 50-59 años con 1 persona siendo un 100% con este diagnostico

Tabla No.18

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	33.3%
50-59 años	1	33.3%
60-69 años	1	33.3%
70-79 años	0	0
80 años y mas	0	0
Total	3	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia población por edad y presencia de diabetes, hipertensión y obesidad es entre los 40-69 años con 3 personas siendo un 100% con este diagnóstico

Tabla No.19

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Tabla No. 20

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	2	40%
60-69 años	3	60%
70-79 años	0	0
80 años y mas	0	0
Total	5	100%

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

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia Venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	9	30%	5	16.66%	14	46.66%
Fuera de control	12	40%	4	13.33%	16	53.33%
Total	21	70%	9	30%	30	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia de valoración de glucemias es capilar con 70%, de las cuales 12 se encuentran en descontrol siendo un 40% del total de personas con diabetes del grupo

Tabla No. 22

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	12	40%
Fuera de control	18	60%
Total	30	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia de control por hemoglobina glucosilada es un 60% fuera de control por este medio de estudio

Tabla No. 23

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	17	80.9%
Fuera de control	4	19.1%
Total	21	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia de control de hipertensión es de un 80.9% de control de los pacientes con solo 4 personas fuera de control.

Tabla No. 24

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	25	86.20%
Fuera de control	4	13.79%
Total	29	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia de control de colesterol se encuentra en un 86.20% con solo 4 personas fuera de control de 29 con este diagnóstico

Tabla No. 25

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: San Pablo Oztotepec
Jurisdicción Sanitaria: Milpa Alta

Parámetro de	No	%
Control	15	51.72%
Fuera de control	14	48.2%
Total	29	

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota: En el CST-III San Pablo Oztotepec la mayor incidencia de control de hipertrigliceridemia es muy cerrada con un 51,72% de control vs un 48.2% fuera de controla en un total de 29 pacientes

5. Conclusiones

De acuerdo con lo aprendido a lo largo de este año en la finalización del servicio social en el área de la secretaria de salud y en este proyecto en específico, dentro del MAICP, es una situación en la cual se me ha presenta la oportunidad de tener un acercamiento directo con la atención de las personas con enfermedades crónicas, en el cual no solo se abarca el área clínica de la enfermedad sino todas las áreas que conforman a la persona como individuo y como parte de su comunidad, ya que en este periodo cursado pude adquirir conocimientos y habilidades necesarios para ver más allá de una enfermedad o una meta de control, sino de la persona que vive diariamente con esa enfermedad y como hay aspectos que un medico no pude ver solo con la evidencia científica, sino que debe adentrarse al mundo de evidencia narrativa, donde la persona pueda transmitir sus emociones respecto a la enfermedad, ya que en la experiencia clínica se ha demostrado es indispensable para la generación de un equilibrio para su salud, demostrando en la práctica clínica y no solo en la evaluación de metas terapéuticas el mejoramiento y empoderamiento de las personas con enfermedades crónicas.

En mi experiencia, el modelo de atención MAICP tiene un impacto y repercusión relevante para el futuro de la atención médica, ya que abarca aspecto de gran importancia ya que se logra que la persona entienda su enfermedad, y la forma que se relaciona con su calidad de vida, descubriendo el empoderamiento de desarrollar habilidades para su autocuidado en búsqueda de autonomía en relación con su salud, teniendo una participación activa, haciendo uso de los recursos disponibles brindados por su entorno, tanto comunitario como del sector salud. Una de las ventajas de desarrollar este modelo en sector salud es que se cuenta con el apoyo de personal capacitado, así como espacios para el desarrollo de este, sin embargo, una de las desventajas es que este modelo aun no se lleva acabo en algunas unidades de primer nivel de atención a la salud.

Puedo concluir de esa etapa de formación académica de pregrado en conjunto con este diplomado, durante el servicio social que muchos de los motivos y aspiraciones que comparten las personas con enfermedades crónicas, son en gran mayoría enfocados en vivir como si no tuvieran la enfermedad, inicialmente partiendo de una falsa idea de hacer como si no tuvieran la enfermedad, pero posterior a la orientación, entendimiento y aceptación, aspirando a vivir con su enfermedad de una forma que no repercuta en su calidad de vida, teniendo todos los cuidados necesarios para lograr un bienestar total.

Dicho todo lo anterior a la que pude llegar con los conocimientos y habilidades adquiridas que existe un área llena de oportunidades por explorar para brindar una

mejor atención a nuestros pacientes, donde se busca una atención integral centrada en la persona y no en la enfermedad, lo cual implementare en mi practica profesional en un futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Cuba Fuentes MS, Romero Albino ZO de LM. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016;33(4):780. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2565>
 - Landry JT. Is shared decision-making to blame for the provision of ethically inappropriate treatment? Results of a multi-site study exploring physician understanding of the “shared” model of decision making. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2021;27(4):826–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13481>
 - Camargo W, Farias D. Relación entre los médicos y pacientes en un hospital público. *Rev Acciones Méd* [Internet]. 2022;1(3):63–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35622/j.ram.2022.03.006>
 - Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. 2019 Jul;9(7):1–15.
 - Heggdal K, Stepanian N, Oftedal BF, Mendelsohn JB, Larsen MH. Health Care Professionals’ Experiences of Facilitating Patient Activation and Empowerment in Chronic Illness using a Person-Centered and Strengths-Based Self-Management Program. *Chronic Illn* [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/17423953211065006>
 - Janamian T, Greco M, Cosgriff D, Baker L, Dawda P. Activating people to partner in health and self-care: use of the Patient Activation Measure. *Medical Journal of Australia*. 2022 Jun 5;216(S10).
 - Gibert SH, DeGrazia D, Danis M. Ethics of patient activation: exploring its relation to personal responsibility, autonomy and health disparities. *Journal of Medical Ethics*. 2017 Aug 3;43(10):670–5.
1. Galán-González E, Martínez-Pérez G, Gascón-Catalán A. Family functioning assessment instruments in adults with a non-psychiatric chronic disease: A systematic review. *Nurs Rep* [Internet]. 2021;11(2):341–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nursrep11020033>
 2. Torres C, Vallejo-Huanga D, Ramírez Ocaña X. Quantitative evaluation of family functions and changes in a postmodern context. *Heliyon* [Internet]. 2021;7(6):e07435. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07435>

3. Prakoso DA, Mahendradhata Y, Istiono W. Family involvement to stop the conversion of prediabetes to diabetes. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2023;44(6):303–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.23.0019>
4. He C, Yang T, He Y, Guo S, Lin Y, Wu C, et al. Relationship between family functioning and self-transcendence in patients with breast cancer: A network analysis. *Front Public Health* [Internet]. 2022;10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1028860>
5. Wang X, Xia F, Wang G. Mediating effect of anxiety and depression between family function and hope in patients receiving maintenance hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Psychol* [Internet]. 2023;11(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-023-01169-4>
6. Soares VL, Lemos S, Barbieri-Figueiredo M do C, Morais MCS, Sequeira C. Diabetes mellitus family assessment instruments: A systematic review of measurement properties. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(2):1325. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20021325>
7. Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Cañar CA, García-Perdomo HA. Association between family functionality and depression: A systematic review and meta-analysis. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2021;42(2):172–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.19.0166>
8. Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? *Chronic Illness*. 2010 Mar;6(1):22–33.
9. Takenaka H, Ban N. The most important question in family approach: the potential of the resolve item of the family APGAR in family medicine. *Asia Pac Fam Med* [Internet]. 2016;15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12930-016-0028-9>
10. Kandel S, Assanangkornchai S, Wichaidit W. Association between family behaviors and self-care activities among type-II diabetes mellitus patients at a teaching hospital in Kathmandu, Nepal. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2022;11(1):25. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_25_21
11. Azmoude E, Tafazoli M, Parnan A. Assessment of Family Functioning and Its Relationship to Quality of Life in Diabetic and Non-Diabetic Women. *Journal of Caring Sciences*. 2016 Sep 1;5(3):231–9.
12. Wang Q, Liu H, Ren Z, Xiong W, He M, Li N, et al. The associations of family functioning, General Well-being, and exercise with mental health among end-stage

renal disease patients. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2020;17(4):356–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2019.0204>

13. Galán-González E, Martínez-Pérez G, Gascón-Catalán A. Family Functioning Assessment Instruments in Adults with a Non-Psychiatric Chronic Disease: A Systematic Review. *Nursing Reports* [Internet]. 2021 May 8;11(2):341–55. Available from: https://res.mdpi.com/d_attachment/nursrep/nursrep-11-00033/article_deploy/nursrep-11-00033.pdf