

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
Licenciatura: Medicina

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

Título del trabajo: Un abordaje integral en el manejo de personas
que viven con enfermedades crónicas. Una perspectiva más
humana.

MPSS: Luis Alberto Gonzalez Pahua
Matrícula: 2182035563

Promoción: Febrero 2024 - Enero 2025
Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar
Fecha: 05/02/2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
Licenciatura: Medicina

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

Título del trabajo: Un abordaje integral en el manejo de personas
que viven con enfermedades crónicas. Una perspectiva más humana.

MPSS: Luis Alberto Gonzalez Pahua

Matrícula: 2182035563

Promoción: Febrero 2024 - Enero 2025

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Fecha: 05/02/2025

1. Presentación

El presente documento es la forma en la que puedo plasmar y culminar mi vivencia y aprendizaje a lo largo del año de servicio social. Fui desarrollando diferentes perspectivas, como el abordaje integral de una persona que acude a consulta de primer nivel, fui conociendo diferentes estrategias para poder otorgar una consulta de mayor calidad humana; es por eso que a lo largo de este documento se describe de forma ordenada mi trabajo y evolución en el proyecto del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona. En este documento se abordarán los temas vistos a manera de módulos, en donde primero se hablará acerca del modelo del autocuidado en las personas que viven con enfermedades crónicas, Después continuaremos hablando sobre los métodos y recursos que tenemos para el buen acompañamiento de personas que viven con enfermedades crónicas, esto apoyado directamente por una revisión sistemática en donde se integran los factores de riesgo existentes en personas con diabetes tipo II que pueden desencadenar una sintomatología depresiva. Posteriormente, en el siguiente módulo, se habla acerca de la integración social que se logró en el CST-III Ampliación Hidalgo, así como la evolución en la implementación del modelo de atención. En el último módulo se habla acerca de la perspectiva clínica que se tuvo a lo largo del año de servicio social, poniendo algunos casos clínicos como ejemplo de abordaje. Y por último están las conclusiones, en donde describiré mi vivencia total en el proyecto.

La forma en la que llegué a la plaza del MAICP fue con un desconocimiento parcial acerca de cómo se llevaba a cabo el mismo. El centro de salud en el que hice mi servicio social (CST-III Ampliación Hidalgo) no fue como lo esperaba, en la clínica no se estaba llevando a cabo el MAICP a pesar de tener inscritos a más de 50 pacientes en el mismo. Fue complicado ya que las personas que acudían a consulta estaban acostumbradas a una consulta de 10 min en donde claramente no se tenía la oportunidad de tener una atención integral de a persona y de sus padecimientos; junto con mi compañero MPSS hicimos un esfuerzo por conseguir un modulo para poder llevar a cabo el seguimiento de las personas asignadas a nuestro cargo, tuvimos buena respuesta por parte de la población y creo que tuvimos el apoyo estrictamente necesario por parte de las autoridades del Centro de Salud, sin embargo creo que aun hay cosas que se pueden mejorar para el bien de las personas.

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

El modelo de atención expandido está diseñado para tener un mejor alcance hacia la persona que vive con enfermedades crónicas. Los subsistemas y sus componentes nos permiten desarrollar las aptitudes necesarias para poder integrar de forma adecuada la salud de la persona. El desarrollo de la autogestión por parte de las personas nos permite poder hacerlas partícipes en su salud, no solo esperando que el profesional de la salud tome la decisión. Esto va de la mano con la toma de decisiones conjuntas, para poder fortalecer la relación persona - persona. El centro de salud es un ambiente seguro para la comunidad, por lo que la

implementación del MAICP es una herramienta formidable para la integración de las personas, facilitando de esta manera, la creación de los consejos asesores buscando la consolidación de un proyecto.

Por otra parte, tuve la oportunidad de generar un reporte trimestral de las actividades integradas a lo largo del año de servicio social, se incluyeron las participaciones en ferias de salud, las jornadas de vacunación, la participación en sesiones de capacitación, los cercos epidemiológicos, etc. A continuación, se anexa el resumen cuantitativo de las actividades realizadas. (Anexo 2)

3. 2)El diplomado

A lo largo del año tuve la oportunidad de acudir al diplomado de enfermedades crónicas como parte del proyecto MAICP, el cual estaba siendo llevado por el Dr. Víctor Ríos y la Dra Alejandra Gasca. La dinámica del diplomado a lo largo del curso fue un reto para mi, ya que no estaba acostumbrado a implementar un modelo integral en las personas; algunos de los textos y artículos revisados durante las sesiones del diplomado se me hicieron un poco difíciles de leer, sobre todo porque tenían un enfoque más social y humano sobre la atención clínica. Sin embargo creo que las sesiones fueron llevadas de una manera bastante didáctica y amena en donde se podían expresar las ideas y sobre todo lo entendido en el texto por cada uno de los participantes.

Durante el primer módulo se establecieron las pautas que se seguirán a lo largo del proyecto, se explicó y se detalló cada punto que conforma el MAICP, abordando temas como el autocuidado y la toma conjunta de decisiones con las personas. Creo que estos puntos fueron los que más me marcaron, ya que en el ensayo que realicé para la acreditación del módulo, hablé específicamente sobre el autocuidado y sobre hacer partícipes a las personas en su autocuidado, su padecimiento y su tratamiento. En el módulo dos, se revisaron una serie de artículos en donde se establecen los diferentes métodos y recursos que existen para el acompañamiento de las personas que viven con enfermedades crónicas. La temática que yo escogí es sobre los factores de riesgo que tienen las personas con diabetes tipo II de presentar sintomatología depresiva o depresión propiamente dicha. Será expuesta más adelante. En el tercer módulo se habló acerca de la organización y participación social para aumentar el control de enfermedades crónicas, básicamente se realizó un balance sobre la respuesta social y clínica que tuvo el MAICP. Esto gracias al registro en la plataforma RedCap en donde las consultas otorgadas a las personas se iban registrando mes con mes; así fue posible realizar una evaluación final sobre el avance que tuvieron las personas a lo largo del año. Por último, en el módulo cuatro se realizaron algunas ponencias de casos clínicos, en donde se podía ejemplificar la puesta en práctica del modelo integral centrado en la persona, ya que podríamos indagar sobre todos los aspectos de su vida y no solo sobre su salud física.

En general, el diplomado fue una experiencia muy gratificante, ya que al ser implementado con el sistema modular, fue más sencillo de realizar y de expresar

las ideas y los pensamientos que surgían a lo largo del curso. El tener que realizar exposiciones de algunos artículos relevantes y compartirlos con nuestros compañeros fue una forma de integrarnos y hacernos partícipes de la implementación del modelo integral. Pero sin duda alguna mi parte favorita del diplomado fue la realización de los encuentros de pacientes con enfermedades crónicas, ya que se logró formar un consejo asesor y se formó un grupo de trabajo bastante bonito en la clínica Ampliación Hidalgo. Se anexan fotos de las reuniones y actividades realizadas durante todo el año.

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

Título: El autocuidado ¿Cuál es la importancia de las personas en el tratamiento de sus padecimientos crónicos?

Tabla de contenido

1. Portada
2. Índice
3. Introducción
4. Objetivos
5. Justificación
6. Desarrollo
 - a. ¿Cómo es el modelo de atención integral centrado en personas con enfermedades crónicas aplicado en la práctica clínica?
 - b. ¿Cómo puedo desarrollar el interés de la persona en la toma de decisiones médicas?
 - c. El autocuidado de las personas con enfermedades crónicas
 - i. ¿Cómo definir el autocuidado?
 - ii. Integración del autocuidado en la vida de las personas
7. Conclusiones
8. Referencias bibliográficas
9. Anexos

INTRODUCCIÓN

El siguiente ensayo está inspirado en la descripción del modelo de atención centrado en la persona con padecimientos crónicos (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Obesidad), ya que es un modelo que puede ser llevado a práctica en cada consulta médica, no solo en personas con estos padecimientos crónicos; se explica de manera detallada como la relación médico - paciente puede ser transformada a persona - persona, con el fin de establecer un vínculo de confianza, un amplio canal de comunicación, respeto mutuo y reconocimiento de la participación y responsabilidades que cada uno de los participantes (Médico - Paciente) pueden tener en la consulta médica a largo plazo, y así poder trabajar en conjunto por el buen control de los padecimientos y mejorar la calidad de vida de la persona. El fundamento principal de este ensayo es conocer el grado de interés y conciencia que tienen las personas para su autocuidado, ya que a lo largo de la práctica clínica surge la duda ¿Las personas acuden a la consulta médica esperando que el médico resuelva su padecimiento? ¿Son conscientes del alcance que tiene su participación, su autocuidado y su integración en el control de su padecimiento? Es de resaltar que una parte de la población que atiende a la consulta médica, solo espera, y en ocasiones “exigen”, que el médico les recete un medicamento que resolverá todo su cuadro; es el caso del CST-III Ampliación Hidalgo, en donde el proyecto MAICP no solo estaba siendo llevado a cabo de manera inadecuada, si no que las personas desconocían que estaban inscritas al programa, y por ende no estaban acostumbrados al formato de consulta en el que se basa el proyecto, sobre todo la participación activa que pueden tener para llevar de una manera más adecuada sus padecimientos. En los siguientes apartados del ensayo se abordarán temas de relevancia como la toma de decisiones compartidas en una consulta médica, para que la persona se haga participe activa, se preocupe por su padecimiento, esté al tanto del camino que se está tomando en cuanto a su enfermedad y las metas a corto y largo plazo que tienen para su salud; se explicará el modelo colaborativo desde un punto de vista clínico impartido en la consulta diaria, en donde se explica como la parte médica debe dejar de lado el papel paternalista en donde solo indica el abordaje terapéutico sin tomar en cuenta la participación que puede tener la persona para mejorar el manejo y la calidad de vida; y por último se explicará la visión del autocuidado que tienen las personas, tomando como ejemplo la consulta médica y el “Taller de autocuidado” en el CST - III Ampliación Hidalgo, en donde se mencionaron distintas fortalezas, debilidades y se desarrollaron diferentes propuestas

para el autocuidado. En la parte final del trabajo se describen las conclusiones a las que se pudieron llegar con el desarrollo del MAICP y el autocuidado en la práctica clínica.

OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo principal de este ensayo es conocer la importancia que tiene el autocuidado en las personas y cómo pueden desarrollarlo.

Objetivos específicos:

- Determinar los conocimientos de las personas sobre la importancia de su atención médica
- Establecer la importancia de un trabajo en conjunto para el cuidado de los padecimientos crónicos.
- Explicar la importancia que tienen las personas en su autocuidado para alcanzar controles óptimos en sus padecimientos

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo está centrado en el desconocimiento que tienen las personas sobre la importancia que tiene su participación en el cuidado de sus padecimientos crónicos. Se desarrollan temas de relevancia, así como el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, describiendo sus fundamentos y como puede ser llevado a cabo en la consulta médica. Como autor de este trabajo, tuve una oportunidad inmejorable para probar el modelo, ya que en el centro de salud en donde realizo mi servicio social, no estaba siendo llevado a cabo de una manera adecuada, por lo tanto, las personas desconocían el modelo y pude explicarles desde las bases en que consiste el proyecto. Se comenta con especial énfasis las dificultades que encuentran las personas para hacerse partícipes en la forma de llevar sus padecimientos, y sobre todo en la toma de decisiones en conjunto para lograr desarrollar su autocuidado. Se hace referencia a situaciones reales de las personas que son atendidas en el centro de salud, ejemplificando con el “Taller de autocuidado” en donde se expresaron distintas fortalezas, debilidades y se lograron algunas propuestas bastante interesantes para desarrollar el autocuidado.

DESARROLLO

Para dar inicio al abordaje de los temas antes mencionados, comenzaremos por explicar el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, y como es que cobra relevancia su aplicación en el primer nivel de atención médica.

- **¿Qué es el modelo de atención integral centrado en personas con enfermedades crónicas (MAICP)?**

Los padecimientos crónicos están en una creciente prevalencia a nivel mundial, y especialmente en México, ya que en 2021 el porcentaje de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus fue de 25.6 % (22.5 % para los hombres y 28.1 % para las mujeres).¹ En cuanto a hipertensión arterial en 2021 el 43.3% de las personas mayores de 53 años fueron diagnosticados.¹ Es por esto que cobra relevancia el MAICP, ya que como menciona Tai E. Shyong et. al *“Estos padecimientos pueden persistir por muchos años y requerir un manejo continuo que puede afectar a la persona”*.⁴ Es importante entender que en la consulta médica no estamos tratando enfermedades, estamos tratando personas y se obtendrán mejores resultados al individualizar el abordaje terapéutico en cada persona. El modelo centrado en la persona incluye varios componentes, tanto de la enfermedad, como de la forma en la que las personas viven con la enfermedad; el modelo sugiere abordar a la persona en su totalidad y entender el contexto en el que viven; y así poder mejorar la relación médico-paciente.⁴ Como se mencionó previamente, el conocer al “paciente” que estás tratando es fundamental; se trata de generar una relación de confianza mutua, un amplio canal de comunicación, y sobre todo generar una relación persona - persona, en donde no se establezcan niveles de jerarquía, sin embargo, ese punto se tocará más adelante. Lo ideal es que la atención centrada en la persona tenga un alcance en los diferentes ámbitos de la vida, como los aspectos sociales de la enfermedad, la promoción de la salud y la toma conjunta de decisiones.⁴ Ahora, es importante mencionar que para el buen desarrollo del modelo de atención es importante que ambas partes tengan una participación activa, las personas deben estar interesadas en informarse y estar activos en su tratamiento; así como también por parte del equipo de salud debemos estar preparados y ser proactivos en el abordaje terapéutico de las personas.⁵ Existen 6 elementos principales en el modelo de atención, en los que se basa la estructura de una consulta médica centrada en la persona: 1) El sistema de salud, 2) La comunidad, 3) Apoyo al autocuidado, 4) Diseño del sistema de atención, 5) Apoyo en la toma de decisiones, y 6) Sistema de información clínica.³ (Figura 1)

El primer elemento cobra relevancia al ser el organismo que direcciona y rige todas las acciones a nivel clínico y a nivel administrativo, por lo que se encargaran mejorar la atención médica y mantener el control en las instituciones de salud. Hablando del segundo elemento, se enfoca en la importancia que tiene la comunidad en sí para mejorar la salud de las personas, desde programas de prevención de la salud, grupos de ayuda mutua, y en este caso: el taller de autocuidado, ya que al reunirse personas con los mismos padecimientos, se crean interacciones y vínculos en donde se pueden identificar problemáticas en común en la misma comunidad y poder encontrar una solución en conjunto; a manera de ejemplo encontramos la situación de la señora Juana M, quien al finalizar la sesión del taller, pregunto si ya había llegado el medicamento que necesitaba y que había estado teniendo que comprar, desafortunadamente en la clínica continuamos con desabasto, por lo que al comunicarle esta situación, otra persona que acudió al taller (María C) le comento que a ella le sobraba medicamento, que si era el mismo con mucho gusto podría regalárselo; después de ajustar el tratamiento a las necesidades de la señora Juana M, se pusieron de acuerdo para encontrarse fuera del centro de salud para la entrega del medicamento. Esto ejemplifica como con una actividad que aparentemente es simple, logró cambiar el panorama de varias personas, y resalta la importancia que tiene ser parte de una comunidad que esté integrada. El tercer elemento nos habla acerca del soporte al autocuidado, aquí es donde la persona toma el papel principal en el cuidado de su padecimiento, ya que tiene que integrarse e identificar los problemas que puede tener en cuanto a todo el manejo terapéutico; establece metas, prioridades y participa en el desarrollo de un plan de acción y estrategias para resolver los problemas que se hayan identificado.³ Hablando acerca del cuarto elemento, el diseño del sistema de atención cobra relevancia en el MAICP porque es el que se encarga de establecer el papel de cada uno de los integrantes en el sistema de salud, con la finalidad de que las personas reciban la información necesaria para tener conocimiento adecuado acerca de su manejo terapéutico y facilitar su autocuidado. En cuanto al quinto elemento, apoyo en la toma de decisiones, nos confiere la responsabilidad al personal de salud de mantenernos lo más actualizados posible para ofrecer una atención adecuada y la información más fidedigna y nueva posible a las personas.⁵ El último elemento del modelo de atención, los sistemas de información clínica, toma importancia al ser la base de datos de toda la población, y nos permite conocer y evaluar las virtudes y deficiencias en la atención clínica. Como menciona Tai E Shyong et al. *“En última instancia el MCP sienta las*

bases para el cambio a fin de brindar atención efectiva y oportuna centrada en la persona para pacientes con enfermedades crónicas.”³

Como se comentó previamente, para llevar a cabo el modelo de atención centrado en la persona, es imperativo abordar a la persona como un todo, incluyendo la dolencia del paciente, la salud y la enfermedad; para esto se entiende al paciente con todo el contexto que lo rodea, en donde se abarca el sentir de la persona respecto a su enfermedad, las expectativas que tiene sobre su abordaje terapéutico y las aspiraciones que tienen para cumplir sus propósitos a corto, mediano y largo plazo.⁶ Y como mencionan Cuba Fuentes Et al. *“Al hablar del contexto del paciente podemos hablar de dos tipos: próximo y remoto”*.⁶ El contexto próximo hace referencia al entorno primario que tiene la persona, su núcleo familiar y como este puede influir en la dolencia, salud y enfermedad de la persona. En cuanto al contexto remoto, se entiende como los determinantes externos que pueden influir en el entorno de la persona, como la comunidad en la que vive, la economía misma de la persona, el sistema de salud, básicamente son determinantes no modificables por la persona, en donde también es importante tenerlos en cuenta al momento de la consulta médica, ya que a pesar de ser determinantes que pueden influir en todas las personas, no a todas las influyen o afectan de la misma manera. Tomando en cuenta el contexto próximo, ayuda al profesional de la salud entender cómo puede modificar el entorno familiar a la dolencia de la persona; siendo más específicos, como puede alterar la dinámica dentro del núcleo familiar un padecimiento crónico, ya que pueden llegar a condicionar ciertas actividades con tal de sobrellevar la enfermedad.⁶

Ahora que ya fue explicado a grandes rasgos el modelo de atención, se buscará ahondar más en los puntos que cobran relevancia para la atención clínica de la persona, como la toma de decisiones compartidas por parte del paciente y el profesional de la salud.

- **¿Cómo puedo desarrollar el interés de la persona en la toma de decisiones médicas?**

Para este punto, ya hablamos acerca de los diferentes componentes que integran el MAICP, y para que este sea llevado a cabo de forma adecuada en la consulta médica, es indispensable para el personal de salud que hagan partícipes a las personas de las decisiones que se tomarán sobre la forma en la que será llevada su enfermedad. La forma en la que Bomhof – Roordink H. et al. lo mencionan en su artículo me parece la manera mas

simple de explicar la importancia de la toma de decisiones conjuntas: “*El modelo de tomas de decisiones conjuntas se basa en el pensamiento de que los profesionales de la salud son los expertos en la evidencia medica clínica, y los pacientes son los expertos en lo que mas les preocupa de si mismos.*”⁷ En el artículo de revisión antes mencionado, se encontraron 40 artículos que proponen diferentes componentes que tiene el modelo de decisiones compartidas; algunos de estos se repiten, sin embargo, los que cobran más relevancia son: *Describir las opciones de tratamiento* que tiene el paciente, explicando los riesgos y beneficios que puede tener con cada una, siempre respaldando la información con evidencia medica actualizada; *tomar la decisión*, registrando todo el proceso de elección, siempre revisando detenidamente las variantes que esta pueda tener, y sobre todo dejando en claro que la persona es la que tiene la decisión final; *las preferencias del paciente*, abarcando las metas de tratamiento que tiene para poder individualizarlo y ajustarlo de tal manera que sea más fácil para la persona continuarlo; *información a medida de cada persona*, escogiendo el formato que más se adecue a la persona para recibir información y pueda ser transmitida de manera clara, verificando que la persona entienda la información, sobre todo usando un lenguaje simple y con vocabulario no medico; como ultimo componente relevante coincidieron en que la *deliberación* toma importancia por la forma en la que se deben exponer los puntos de vista, las metas y objetivos que tiene la persona en cuanto al manejo de su padecimiento, siempre buscando la negociación para que no sea una imposición por parte del profesional de la salud.⁷ En el apartado de anexos se esquematiza los diferentes componentes presentes en la toma de decisiones conjunta. (Figura 2) Una vez explicados los puntos importantes que conlleva la toma de decisiones conjuntas, tenemos que definir la manera en la que le explicaremos a la persona la importancia de su participación en la consulta clínica. Basándonos en los componentes previamente mencionados, podemos concluir que la forma mas adecuada de generar interés en la persona es explicando la inferencia que puede tener en el manejo de su padecimiento; dicho de otro modo, exponiéndole punto por punto la manera en la que su intervención puede mejorar su dolencia, su salud y su enfermedad, básicamente como puede influir para mejorar su calidad de vida.

- **El autocuidado de las personas con enfermedades crónicas**

- **¿Cómo definir el autocuidado?**

El concepto de autocuidado en el contexto clínico puede ser ambiguo para las personas que no están familiarizadas con la idea central del MAICP, que es la participación integral de los integrantes en una consulta médica (Profesional de la salud y el paciente). Como menciona Huber M. et al *“Investigadores y académicos han profundizado más en la idea conceptual de salud, y proponemos incorporar el concepto de autogestión en la definición: salud es “la capacidad adaptarse y autogestionarse frente a los cambios sociales, desafíos físicos y emocionales”*⁸ La manera en la que entendemos el concepto de salud debe cambiar, ya que hablar del autocuidado de la persona significa otorgarle cierto empoderamiento sobre su dolencia, salud y enfermedad; es indispensable que la persona tenga una actitud proactiva sobre su proceso terapéutico, y es tarea del profesional de la salud encaminar este interés. Aunado a esto, la persona debe entender la responsabilidad que tiene sobre su propio padecimiento y su tratamiento, nuestro trabajo será explicarle de manera amplia y clara la importancia que tiene que se haga responsable de si mismo, ya que solo la persona puede tener acciones de autocuidado día con día.⁹ Es importante entender que las personas pueden tener un manejo deficiente de su enfermedad si no tienen un buen manejo de sus emociones y sentimientos, es por eso que el modelo de atención es integral, ya que tenemos que ver a la persona como un todo y no solo su enfermedad clínica; la salud mental de los pacientes es vital para que puedan llevar un proceso terapéutico adecuado y puedan alcanzar las metas de autocuidado establecidas en común acuerdo por ambas partes. Así cobra sentido cuando menciono que la atención debe ser individualizada para cada persona, por eso se deben evaluar las necesidades y prioridades que tiene la persona desde la primera consulta médica. Al entrar al consultorio y convivir con la persona se tiene que lograr un ambiente de confianza entre ambas partes, un canal de comunicación reciproco entre la persona y el profesional de la salud, es una de las partes que implica desarrollar adecuadamente el autocuidado.⁹ Existen diferentes atributos que se necesitan para desarrollar un buen manejo del autocuidado, Van de Velde D et al lo ejemplifica en tabla que se agrega a la sección de anexos. (Figura 3)

Integración del autocuidado en la vida de las personas

Para hablar acerca del autocuidado en la vida de las personas, necesitamos desarrollar una estrategia para integrarlo a su vida y que pueda ser de forma vitalicia. Una forma de iniciar es estableciendo cuales son las dificultades y debilidades que tiene la persona para su autocuidado, y posteriormente enfocar la atención en desarrollar estrategias y habilidades

de la persona para resolver las dificultades y fortalecer las debilidades identificadas.⁹ A manera de ejemplo, en mi práctica clínica me he dado cuenta que muchas personas tienden a generar un grado de desesperación por las modificaciones en su vida cotidiana, y por lo mismo suelen tener un monitoreo deficiente de sí mismos, desde algo que pareciera tan simple como un mal apego al tratamiento farmacológico, llevar una bitácora de presiones arteriales, o incluso ignorar la presencia de datos de alarma que indiquen un descontrol. Es por esto por lo que es de vital importancia desarrollar estrategias adecuadas en el manejo y autocuidado para cada persona, fortaleciendo sus puntos fuertes y trabajando con sus debilidades.

En muchas ocasiones olvidamos las implicaciones emocionales o psicológicas que puede tener el diagnóstico de algún padecimiento crónico, es por eso por lo que se debe tener en cuenta al momento de desarrollar un plan de acción, de manera conjunta, para que la persona pueda trabajar sus emociones y no haya espacio para abandonar el autocuidado. Para integrar a la persona en su autocuidado es indispensable abordar todos los puntos antes mencionados: explicarle de manera clara las implicaciones que su padecimiento puede tener, tal vez en algunas personas se tendrá que hacer énfasis en algún punto en específico, y eso es lo que lo hace un modelo de atención tan individualizado al contexto de cada persona. De esta manera se puede crear una oportunidad para abordar eficientemente el tratamiento del padecimiento⁹

CONCLUSIONES

Las personas están acostumbradas a una consulta médica en donde el personal de salud es el que lleva la batuta y toma las decisiones sobre el abordaje terapéutico, otorgándole toda la responsabilidad sobre el tratamiento y seguimiento de la enfermedad; esto ha traído como consecuencia que exista un descontrol en cuanto a los padecimientos, debido a que, en su mayoría, se tratan enfermedades y no personas. Aquí es donde cobra relevancia el modelo de atención, y más específicamente la integración del autocuidado en las personas. Una consulta integral en donde se aborda y atiende todo el contexto de la persona y no solo su enfermedad, tiene la capacidad de encontrar estrategias y propuestas para darle un seguimiento más estrecho especializado a cada paciente. Si a esto le sumamos la toma de decisiones conjuntas, y el hecho de otorgarle responsabilidad y cierto empoderamiento a las personas sobre su salud buscando generar un canal de comunicación (persona – persona)

puede ocasionar que el porcentaje de éxito en el buen manejo de los padecimientos se incrementara exponencialmente. En conclusión, hay que trabajar mucho con las personas, y sobre todo en la forma de impartir una consulta médica, tenemos que explicarles de manera clara su enfermedad, dar opciones de tratamiento y sobre todo tenemos que confiar en los pacientes y saber escucharlos, otorgarles la palabra sobre su propia dolencia, salud y enfermedad, así ellos podrán entender la influencia e importancia que tienen sus decisiones en su padecimiento y sobre todo, en su calidad de vida. Trabajando en conjunto podemos llegar muy lejos. Como parte del personal de salud se me ha complicado el hecho de individualizar cada consulta y cada abordaje terapéutico por la carga de trabajo que hay en el centro de salud, sin embargo, las tasas de éxito y el alcanzar metas terapéuticas en las personas es algo que alimenta mi interés y las ganas de implementar el modelo de atención.

- **¿Qué fue lo mejor del modulo y del periodo correspondiente de su estancia en el centro de salud a través del proyecto?**

Creo que el primer modulo del proyecto sirve como introducción al modelo de atención; es una manera de abordar a las personas a la que no estamos acostumbrados, y muy difícilmente los médicos adscritos en los centros de salud llevan este modelo de atención. Definitivamente la mejor parte fue conocer los componentes que puede tener una consulta medica en el MAICP para mejorar el manejo de las personas que cursan con un padecimiento crónico.

- **¿Qué fue lo que no me gusto del modulo y del periodo correspondiente de la estancia en el centro de salud?**

En algunas ocasiones, el modulo suele abordar temas de una manera que pareciera repetitiva, sin embargo, poniendo atención a cada uno de los componentes del modelo de atención, cada parte es de suma importancia para que sea llevado a cabo de una manera correcta. En cuanto al periodo en mi centro de salud, definitivamente no me gusto que las personas a cargo del centro no estuvieran familiarizadas con el proyecto, me ha costado trabajo que se respete el tiempo de consulta para cada persona, ya que muchos llegan esperando una atención rápida, e incluso en alguna ocasión llegaron a reclamar del porque les hacia tantas preguntas sobre su estilo de vida, y mencionaron que antes solo le daban una receta y ya. Entiendo que no es culpa de las personas, ya que obviamente no se les había explicado las ventajas que tiene una consulta con este

modelo de atención, y en gran parte tiene que ver con las personas a cargo del centro de salud.

- **¿Cuáles son las propuestas, concretas y directas, que podrían mejorar el módulo, sus objetivos, contenidos, método de trabajo o cualquier otro aspecto de este?**

Creo que las sesiones en el módulo serán más llevaderas si se consiguiera que hubiera menos sesiones virtuales, ya que, al tener reuniones presenciales, se consigue una mayor atención y participación por parte de todos.

- . **¿Cuáles son las propuestas, igualmente concretas y directas, que podrían mejorar la atención de personas con enfermedades crónicas, de acuerdo con el proyecto, en el centro de salud?**

La situación en mi centro de salud es complicada, tenemos poco apoyo por parte de la dirección para que el proyecto sea llevado a cabo; para mejorar esto, podría haber más intervención por parte de los asesores del proyecto en la universidad, para que este sea tomado en cuenta de una manera más seria en el centro de salud.

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

Título: ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de depresión en personas que viven con Diabetes tipo II en el primer nivel de atención?

Planteamiento del problema origen de la revisión sistemática

a) Descripción de la condición o situación observada en la atención clínica proporcionada en el centro de salud a personas con enfermedad crónica.

Durante el tiempo en el cual se realizó el servicio social en medicina, bajo el modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP), en donde principalmente se brinda atención a personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas, se ha podido identificar (en medida que se llevan a cabo las consultas de seguimiento mensual y se pone en práctica la relación persona-persona) que existe una relación frecuente entre dos padecimientos: diabetes tipo II y depresión; es decir que, personas que viven con diabetes tipo II, durante el curso de la enfermedad suelen desarrollar sintomatología depresiva, misma que limita el desarrollo personal, social y el control glucémico. Dentro del actuar médico podría resultar determinante identificar de forma oportuna los factores de riesgo que pueden incrementar la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en personas que viven con diabetes tipo II, a menudo estos pueden ser pasados por alto, por centrarse solamente en el control glucémico y no valorar el estado emocional o por no contar con el tiempo necesario para otorgar una consulta integral en donde se evalúen estos riesgos.

b) Pregunta de investigación, que da origen a la revisión sistemática.

- Dada la situación anteriormente descrita, se han establecido los siguientes componentes del acrónimo PICO:

P: Personas que viven con diabetes tipo II en el primer nivel de atención

I: Factores de riesgo relacionados

C:

O: Desarrollo de depresión durante el curso de la enfermedad

- Que da origen a la pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de depresión en personas que viven con Diabetes tipo II en el primer nivel de atención?

Justificación

¿Cuál es la relevancia de la propuesta de revisión sistemática?

- Para las personas que están siendo atendidas

En muchas ocasiones el impacto que conlleva vivir con una enfermedad crónica genera diversos cambios negativos en el estado de ánimo de las personas (desde el momento en el que se otorga el diagnóstico, durante el tiempo corto o largo de evolución e incluso hasta que se desarrolla alguna complicación aguda o crónica), mismos que si se mantienen de forma constante pueden originar múltiples trastornos, entre ellos, el estado depresivo. Es por esta situación que resulta relevante la revisión sistemática, ya que las personas con diabetes tipo II que están siendo atendidas merecen conocer si existen factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de depresión, con la intención de que al momento de presentar alguno se identifique de forma oportuna y junto con el médico sea abordado, con el fin de no interferir o retrasar el autocuidado.

- Para el servicio de salud (Centro de salud y o jurisdicción sanitaria)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022(1), en México hay aproximadamente 14.6 millones de personas que viven con diabetes y basándonos en el hecho de que la atención de esta enfermedad representa la mayor inversión de dinero en los servicios de salud en nuestro país (para solventar sueldo del personal médico y enfermería, fármacos y estudios de diagnóstico y seguimiento) resulta relevante esta revisión porque si se agranda el número de enfermedades que padece una persona, el costo de su atención y tratamiento es relativamente proporcional (dejando en claro que en esta revisión no se indaga sobre gastos de atención de diabetes y depresión), generando dificultades para mantener a esta parte de la población en adecuado control, situación que actualmente vivimos de cerca en C.S.T. III Pedregal de las Águilas y C.S.T. III Ampliación Miguel Hidalgo, en donde a diario se evidencia escasez de insumos y medicamentos, que a su vez limita el adecuado ejercicio médico. Esta situación no es la de mayor gravedad, lo preocupante es la formación de un problema mayor de salud pública, que afecta a nivel jurisdiccional, estatal y nacional, el cual únicamente evidencia que los sistemas de salud no están preparados para cubrir las necesidades y demandas de la población, afectando negativamente sobre la calidad de vida de las personas; ya sea por las implicaciones sociales y personales que conllevan vivir con diabetes y depresión o las complicaciones resultantes de estas.

- Para el equipo de pasantes que realizará la revisión sistemática

La realización de esta revisión sistemática cobra relevancia para los médicos pasantes de servicio social, que ciertamente están llevando a cabo el MAICP, al determinar los factores de riesgo que deben ser identificados a tiempo para su correcto abordaje. Es importante encontrar el tiempo y las estrategias necesarias para poder establecer un buen vínculo persona-persona dentro del consultorio, siendo fundamental conseguir que la persona que está siendo atendida se sienta en un ambiente seguro y de confianza; esto facilitará la identificación de dichos factores, que predisponen al desarrollo de sintomatología depresiva, y así se podrán llevar a cabo las medidas necesarias para tener un adecuado manejo integral de la persona, abarcando la salud física, emocional y social.

Valor teórico de la revisión sistemática:

La relevancia de realizar la revisión sistemática es el aporte teórico basado en evidencias que puede resultar, al describir de manera sólida y concreta los factores de riesgo que pueden condicionar el desarrollo de trastorno depresivo en personas que están viviendo con diabetes tipo II, ya que en muchas ocasiones el manejo de las mismas se centra solo en el control de las cifras glucémicas, olvidando que existen más componentes como el estado mental. Es altamente potencial que el médico conozca estos factores de riesgo, ya que él mismo podrá identificar con anticipación el trastorno depresivo, aun así cuando la persona no decide transmitirlo, dando oportunidad a que se puedan realizar acciones pertinentes como; abordarlo de forma conjunta con psiquiatría o iniciar tratamiento farmacológico, de esta forma no se da oportunidad al progreso de la depresión y que resulte afectando el desarrollo personal, social y emocional de la persona, y esto se vea reflejado en un descontrol glucémico importante.

Implicaciones para la práctica clínica:

Durante la práctica clínica en el primer nivel de atención, el estrato social suele tener muchas condiciones que se asocian al desarrollo de un padecimiento metabólico, debido a la desinformación general que existe sobre las enfermedades crónico degenerativas, las personas suelen llevar un proceso de duelo propiamente dicho, por lo que de no abordar y manejar las inquietudes y pensamientos de las personas, pueden llegar a desarrollar un síndrome depresivo, por eso es preciso identificar los factores de riesgo que pueden presentar las personas que cursan con algún padecimiento crónico, en este caso diabetes tipo II, ya que dichos factores de riesgo pueden ser pasados por alto o desestimados por los profesionales de la salud, esto conlleva al desarrollo del cuadro depresivo, y por ende a un descontrol metabólico por parte de la persona al no tener un estado de salud mental. En la mayoría de las consultas de primer contacto, debido a la alta demanda poblacional, no se pueden llevar a cabo consultas médicas de 30-40 minutos; así que al identificar cuales son los factores de riesgo predisponentes, a manera de escrutinio, le facilitara a los profesionales de la salud la prevención y abordaje adecuado de dichos factores de riesgo para evitar el desarrollo de un cuadro depresivo por parte de la persona.

Aporte metodológico:

La revisión sistemática se basa en el modelo Cochrane, el cual propone una estructura metodológica que permite extraer, sintetizar, analizar y discutir información, siendo nuestra tarea crear conclusiones sólidas, con la mejor evidencia disponible que ayude a tomar decisiones adecuadas al momento de tratar a una persona con diabetes tipo II, partiendo desde la anticipada detección de los factores de riesgo para desarrollar depresión.

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de depresión en personas que viven con Diabetes tipo II en el primer nivel de atención?

[Antecedentes](#)

La diabetes es la principal causa de complicaciones graves de salud y una de las 10 principales causas de muerte en todo el mundo, siendo responsable de aproximadamente 4 millones de muertes en el 2017. Según un informe de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) en ese mismo año existían 425 millones de personas con diabetes y se espera que esta cifra aumente en un 48% para el 2045 (1). En México, la prevalencia de diabetes en 2018 fue de 16.8%, lo que la hace la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en el país, ya que se relacionan estrechamente con complicaciones como enfermedad cardiovascular (ECV), cerebrovascular, enfermedad renal, ceguera y amputaciones de extremidades inferiores (2).

Existen diversos factores que condicionan el desarrollo de diabetes tipo 2, entre ellos el estilo de vida, condiciones médicas, factores de riesgo hereditarios, psicosociales y demográficos como ácido sérico de alto nivel, calidad/cantidad del sueño, tabaquismo, depresión, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, hipertensión, envejecimiento, origen étnico, antecedentes familiares de diabetes, inactividad física y obesidad. En esta revisión existe interés en conocer la asociación entre diabetes tipo II y depresión y los factores de riesgo relacionados al desarrollo de la misma en personas ya diagnosticadas con diabetes tipo II. La causa de esta condición es incierta, puede deberse a una etiología compartida, de acuerdo a Leila Ismail et al, la fisiopatología es a través de la elevación de las actividades del sistema nervioso simpático y las actividades del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. Las actividades elevadas del sistema nervioso simpático conducen a un aumento de las catecolaminas e inflamación, y eventualmente causan resistencia a la insulina. Por otro lado, las actividades elevadas del eje suprarrenal conducen a un aumento del cortisol y, finalmente, del nivel de azúcar en la sangre (3). A nivel mundial, el 28% de los pacientes con diabetes tipo II tienen depresión de diferentes grados, y el 14,5 % tiene trastorno depresivo mayor (4). En los países en desarrollo, los estudios epidemiológicos muestran que la depresión en pacientes con diabetes tipo II oscila entre el 34 y el 54%. Nouwen et al. informan que los pacientes con diabetes tipo II tienen un riesgo aumentado un 24% de desarrollar depresión en comparación con los individuos sanos (5). evidenciando la alta asociación entre diabetes tipo II y depresión, y considerando que en los centros de salud C.S.T III. Pedregal de las Águilas y C.S.T. III. Ampliación Hidalgo existe afluencia de personas con diabetes que desarrollan sintomatología depresiva, es imperante estudiar en esta revisión los factores de riesgo que condicionan, ya que si el médico puede identificarlos de forma oportuna se podrían realizar acciones efectivas que resulten beneficiosas para las personas.

Objetivos

Objetivo general

- 1) Identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de depresión en personas que viven con enfermedades crónicas

Objetivos específicos

- 1) Realizar una búsqueda de información en dos bases de datos de artículos científicos y seleccionar aquellos que contengan los criterios de inclusión

- 2) identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de depresión en personas que viven con diabetes tipo II
- 3) Utilizar estos recursos para aplicarlos de forma efectiva en la práctica clínica en la unidad C.S.T. III Pedregal de las Águilas - C.S.T. III Ampliación Hidalgo y realizar intervenciones adecuadas

Justificación

El manejo de pacientes que padecen diabetes tipo II en el primer nivel de atención es crucial para la salud pública, al tener una prevalencia de más de 400 millones alrededor del mundo se vuelve un problema de interés mayor (6) Durante la atención clínica en primer nivel, se dispone de un tiempo limitado para otorgar consulta, dificultando así el abordaje integral de cada paciente que asiste para su cita de control. Es por esto, que en la mayoría de las veces no se toma en cuenta el estado emocional de la persona, ignorando por completo la influencia que tiene en el adecuado control de su padecimiento. Se sabe que cerca de 1 de cada 3 pacientes con diabetes tipo 2, cursan con algún grado de depresión (7), por lo que es de vital importancia encontrar las estrategias más eficientes que se puedan aplicar en el corto periodo de tiempo que se dispone en el primer nivel de atención para otorgar la consulta de control y así realizar intervenciones adecuadas para identificar de forma fácil los factores de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva en las personas que viven con diabetes tipo 2.

Métodos:

Criterios de selección de estudios para esta revisión:

- Estudios que aborden la relación entre diabetes tipo II y depresión
- Estudios que describen los factores de riesgo para desarrollar depresión en personas con diabetes tipo II
- Estudios recientes con antigüedad menor a 5 años
- Estudios de tipo revisiones sistemáticas con o sin metanálisis y ensayos clínicos aleatorizados.
- Estudios disponibles de forma gratuita
- Estudios en el idioma español e inglés

Criterios de exclusión de estudios para esta revisión:

- Estudios que relacionan diabetes tipo II y otras comorbilidades
- Estudios que describen los factores de riesgo para desarrollar depresión en personas que no vivan con diabetes tipo II
- Estudios que usen población con el diagnóstico de depresión establecido y que describen los factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo II
- Estudios que dentro de sus intervenciones utilicen fármacos antidepresivos
- Estudios que contengan población con prediabetes, diabetes gestacional u otros tipos de diabetes.

- Estudios de casos y controles, reporte de casos y/o reseñas o resúmenes, libros y revisiones narrativas.
- Artículos que no estén disponibles en su totalidad de forma gratuita

Métodos

Se realizó una revisión sistemática a partir de la implementación secuencial de dos fases: (a) revisión de la literatura y (b) clasificación y análisis de la misma.

a) Revisión de la literatura

Esta fase permitió comprender la problemática con respecto a que las personas que viven con diabetes tipo II pueden llegar a desarrollar depresión, y muchas veces dentro de la consulta médica no es posible identificar los factores de riesgo como signos de alerta temprana para depresión, y es en muchas ocasiones difícil para el médico poder realizar intervenciones adecuadas. El Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP), que adecua la Universidad Autónoma Metropolitana tiene la facilidad, mediante la relación persona-persona y el hecho de brindar confianza y seguridad (parte de su autocuidado) a las personas que viven con diabetes tipo II, de que los médicos puedan abordar la situación emocional y poder realizar una evaluación más compleja y no pasar por alto los factores de riesgo de padecer depresión.

Para realizar esta fase de la revisión se utilizaron 2 bases de datos, términos MESH, filtros de búsqueda como: “5 years”, “free full text”, “meta-analysis”, “randomized controlled trial”, “systematic review”, “english” y “spanish”; y operadores booleanos descritos en el apartado de “métodos de búsqueda electrónica”. En primer lugar se identificaron 11,060 artículos, al eliminar duplicados, aplicar los filtros de búsqueda y operador booleano (AND) se limitaron a 165, al revisar las características de los mismos, eliminar los relacionados a otras comorbilidades y aplicar operador booleano (NOT), se disminuye el número a 26 trabajos que estudiaban los factores de riesgo que condicionan el desarrollo de depresión en personas que viven con diabetes tipo II.

b) Clasificación y análisis de la literatura

Durante esta fase se separaron y clasificaron los trabajos previamente localizados en las bases de datos en: ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas y metanálisis; de los cuales fueron preseleccionados 26 con información útil, a pesar de ello, 21 trabajos no cumplieron con los criterios de inclusión y fueron descartados, quedándonos con 5 para realizar esta revisión.

Para el análisis de los mismos, se realizó un formato compartido en donde cada investigador colocó en forma ordenada los siguientes ítems:

- 1) Título original
- 2) Autor (es)
- 3) Identificador DOI
- 4) Año y tipo de estudio

- 5) Diseño del estudio
- 6) Manejo de la información
- 7) Resultados
- 8) Limitaciones

Tipos de estudios

En total se incluyeron 5 artículos, de los cuales 3 fueron revisiones sistemáticas con metaanálisis, 1 artículo revisión sistemática sin metaanálisis y 1 ensayo clínico aleatorizado, donde se incluyeron 404 participantes que fueron atendidos en 4 clínicas urbanas de diabetes en la India. Ensayos clínicos no aleatorizados, estudios de cohorte, casos y controles, reportes de casos y resúmenes fueron excluidos.

Tipos de participantes

En el artículo publicado por Xiabo Liu et al, se incluyeron personas de nacionalidad china que contaban con el diagnóstico de diabetes tipo 2, y en el ECA de Mohammed K Ali et al, se consideró a los participantes que al ingresar al estudio tuvieran al menos 35 años, con el diagnóstico de diabetes tipo 2, síntomas depresivos moderados a graves (al menos 10 puntos en la escala PHQ-9) y al menos un parámetro cardiometabólico mal controlado (ya sea HbA1c, presión arterial sistólica o LDL). En la revisión realizada por Akhmad Azimiardi et al fueron incluidos personas que padecen diabetes tipo II y que cuentan con un bajo apoyo social que generaban algún factor de riesgo para padecer un trastorno depresivo en países desarrollados y subdesarrollados. Norizzati Amsah y cols. Integraron una revisión sistemática en donde se incluyeron a pacientes que padecían diabetes tipo II y tuvieran algún grado de depresión relacionado con los factores de riesgo en el ámbito biológico: la edad, el sexo femenino, una larga evolución de diabetes tipo II,, un alto IMC, un descontrol glucémico, presencia de comorbilidades, un deterioro leve de la función cognitiva y una disfunción sexual; psicológico: Miedo a las complicaciones, ansiedad, baja satisfacción con el tratamiento e inactividad física; y sociales: El consumo del alcohol, bajo apoyo social, bajo nivel educativo, tabaquismo, soltería y el bajo estatus económico. Por último, en la revisión sistemática y metanálisis realizada por Aaisha Farooqia et al. Se incluyeron pacientes que eran identificados como diabéticos o no diabéticos para tener un grupo de control, y así informar la prevalencia de la depresión en ambos grupos. Los grupos de estudios excluyeron a las parejas, familiares de primer grado o pacientes exclusivamente con otras enfermedades crónicas como hipertensión u osteoporosis. En pacientes con diabetes tipo 2 que tuvieran más de 18 años.

Tipos de intervenciones

En el ECA de Mohammed K Ali et al, una vez que se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, el evaluador (ciego) aleatorizado a los pacientes en grupos para recibir atención colaborativa vs atención habitual por 24 meses, esta acción fue mediante el sistema

“Interactive Web Response System”. La intervención del primer grupo utilizó métodos basados en la evidencia, centrados en la persona, para superar las barreras y facilitar las mejoras a nivel del paciente (por ejemplo, autocuidado), a nivel clínico y a nivel del sistema. En el grupo de atención colaborativa los médicos que ofrecían la atención fueron capacitados para apoyar la autogestión: adherencia a los planes de dieta, ejercicio, medicamentos, dejar de fumar y visitas de seguimiento. Los médicos de la atención colaborativa establecieron contacto regular (cada 2-4 semanas) por teléfono o en persona con los pacientes; durante estos contactos clínicos, se aplicaba el PHQ-9 para monitorear los síntomas depresivos. En el grupo de atención habitual, el personal del estudio informó a los médicos de los pacientes sobre sus síntomas depresivos. Los investigadores del estudio también proporcionaron a los médicos de ese grupo capacitación básica en evaluación y manejo del riesgo de suicidio. El manejo cardiometabólico en el grupo de atención habitual continuó a discreción de los médicos sin el uso del sistema de registro electrónico de salud o indicaciones. Cabe resaltar que además del médico especialista en diabetes que prestaba la atención en ambos grupos, estaba incorporado un especialista en psiquiatría.

Métodos de búsqueda para la identificación de estudios

Búsqueda electrónica

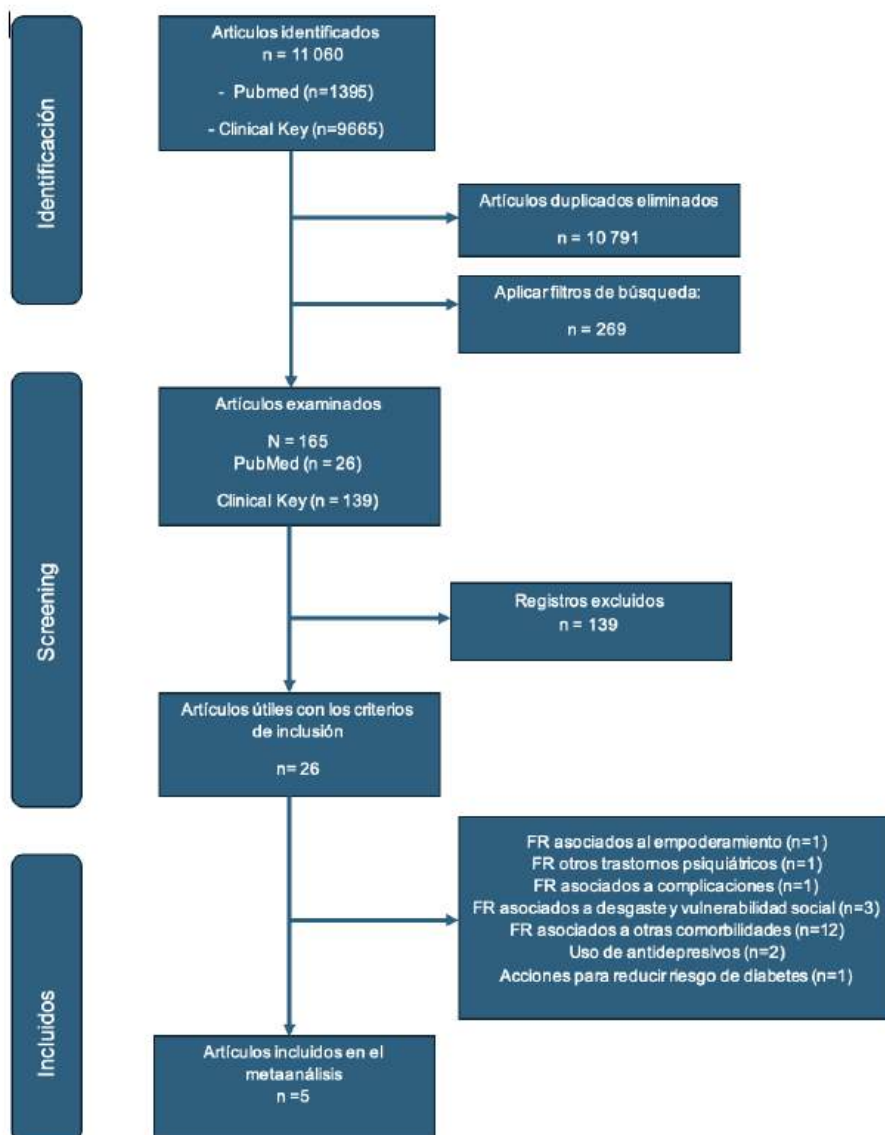
Para esta revisión se realizaron búsquedas en el registro de datos de PubMed y Clinical key en su versión gratuita, utilizando sus registros desde su creación hasta el 16 de diciembre del 2024).

La búsqueda se apoyó en los títulos de términos médicos MESH (Medical Subjects Headings), con la utilización de los vocablos “diabetes type 2” , “depression” y “depression risk factors” y “comorbidities”. Así como el operador booleano “AND” que permitió relacionar la diabetes tipo II y los factores de riesgo de la depresión y “NOT” para excluir la depresión de otras comorbilidades.

Ejecución

Busqueda de artículos científicos

1. [diabetes type 2 AND depression] n = 11,060 resultados
2. [diabetes type 2 AND depression risk factors] n = 165 resultados
3. [diabetes type 2 AND depression risk factors NOT other comorbidities] n = 26 resultados
4. Selección de estudios útiles para esta revisión sistemática n = 5



Selección de estudios

Los autores de la revisión de forma independiente evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos. Cualquier desacuerdo se resolvió mediante discusión y se verificó por duplicado la exactitud de los datos.

Extracción y análisis de los datos*

Dentro de la búsqueda en las dos bases de datos se filtraron los artículos, se retiraron duplicados y por medio de los criterios de inclusión y exclusión y para fines de elaboración de esta investigación se consideraron 6 artículos, de los cuales su información se concentró en una tabla de acuerdo a los ítems de la clasificación y análisis de la literatura.

Resultados:

En el trabajo realizado por Xiaobo Liu et al, como resultado primario se obtuvo que la prevalencia de la depresión en pacientes con diabetes tipo II en China fue del 25.9% . El riesgo fue mayor en mujeres, individuos mayores 60 años, con poca escolaridad, con más de 10 años de evolución de la diabetes, con presencia de complicaciones, usuarios de insulina e individuos que viven solos. Se observó que los individuos con alcoholismo tuvieron menor riesgo de depresión. En el ensayo clínico aleatorizado realizado por Mohammed K. Ali et al, en donde dividieron a la población en 2 grupos: el primero con atención colaborativa y el segundo atención habitual, encontraron como medida de resultado primario que los pacientes en el grupo de atención colaborativa tuvieron mayores reducciones al menos del 50% en las puntuaciones de SCL-20 (71,5 % frente a 45,8%) a los 12 meses. A los 24 meses, persistieron diferencias estadísticamente significativas en las mejoras de la puntuación de SCL-20 (77,7 % en el grupo de atención colaborativa frente al 63,6 % en el grupo de atención habitual. Asimismo el grupo de atención colaborativa tuvo PHQ-9 inferior a 10 a los 12 meses. como medida de resultados secundaria, los factores de riesgo identificados fueron: edad media de 52.7 años, hombres, personas en matrimonio, evolución de diabetes de 8 años, usuarios de insulina, presentar algún evento vascular cerebral preexistente y tener una complicación microvascular previa. En el trabajo realizado por Akhmad Azimiardi se encontró que existe una fuerte asociación entre el bajo apoyo social y el desarrollo de depresión en personas que viven con diabetes tipo II, en donde sugieren que los programas de tratamiento de la diabetes deben incluir detección temprana de depresión. La naturaleza de la asociación entre el apoyo social y la depresión sigue siendo desconocida, sin embargo, lo atribuyen a la escasez de oportunidades y al pobre desarrollo de programas para la detección temprana y oportuna de la sintomatología depresiva. Justo como menciona Aaisha Farooqia y cols en su trabajo, las personas que padecen diabetes tipo II y alguna otra comorbilidad como hipertensión arterial sistémica o alguna enfermedad coronaria, suelen tener una predisposición a desarrollar depresión; también suele incrementarse la incidencia de dicha patología en personas que son tratadas en centros especializados, así como para personas que cuentan con un bajo apoyo social o que viven en países en vías de desarrollo. Esto cobra relevancia al momento de revisar los resultados del trabajo realizado por Norizzati Amsah et al, ya que al desarrollar los factores de riesgo desde un punto de vista biopsicosocial y nutricional, nos encontramos que el factor de un bajo apoyo social puede influenciar el desarrollo de síntomas depresivos, esto aunado a los factores biológicos como la edad, el sexo femenino, una larga evolución de la T2DM, un alto IMC, un descontrol glucémico, presencia de comorbilidades, un deterioro leve de la función cognitiva y una disfunción sexual, tienden a desarrollar con mayor facilidad el síndrome depresivo.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados encontrados, podemos concluir que existe evidencia de que personas con el diagnóstico de diabetes tipo II tienden a desarrollar depresión durante el curso de la enfermedad, ya que existen factores que pueden incrementar el riesgo de que suceda esto. Los factores principales que se identificaron en la mayoría de los estudios revisados fueron: El desarrollo de complicaciones (principalmente microvasculares), contar con comorbilidades (hipertensión arterial sistémica, enfermedad coronaria y evento vascular cerebral) y los años de evolución con la enfermedad (de al menos 8 años o más de 10 años). Otros factores descritos con menor frecuencia fueron: uso de insulina, bajo apoyo

social, bajo nivel socioeconómico, incertidumbre acerca del tratamiento a seguir y vivir solo. Se identificó el factor de riesgo edad, el cual fue muy variable: mayores de 50, edad media de 52 y mayores de 60 años. Respecto al sexo, se identificó que en cuatro de los estudios establecían que el sexo femenino era predisponente a desarrollar algún grado de depresión; solo en el ensayo clínico aleatorizado se estableció como factor de riesgo el sexo masculino. En cuanto al estado civil, solo en un estudio se identificó como factor de riesgo el hecho de estar casado. Algo inesperado pero interesante es que se identifica que el alcoholismo es un factor de protección en personas con diabetes tipo II para el desarrollo de depresión. Por último se determinó que es necesario realizar estudios sobre los factores de riesgo que tienen las personas que cursan con diabetes tipo II de desarrollar depresión en la población mexicana, ya que es un padecimiento con alta incidencia y prevalencia en nuestro país; y solo hay evidencia en población de países desarrollados y subdesarrollados, por lo que no es posible establecer concretamente los factores de riesgo propiamente dichos del paciente mexicano.

Implicaciones para la práctica*

La realización de esta revisión sistemática cobra relevancia para los médicos pasantes de servicio social y los médicos que laboran en las unidades médicas de la jurisdicción sanitaria Tlalpan, que ciertamente están llevando a cabo el MAICP, al identificar los factores de riesgo que surgieron en esta revisión. Estos resultados podrían servir de buena manera para realizar una escala aplicable en forma de tamizaje a las personas que viven con diabetes tipo II y que son parte del modelo, para predecir la probabilidad o el riesgo de desarrollar depresión en algún momento de su vida y realizar acciones oportunas (entre ellas considerar manejo interdisciplinario con psicología o psiquiatría o iniciar tratamiento farmacológico.) Sin embargo, creemos que faltan más estudios en nuestro país para poder orientar esta escala a población mexicana, además de estratificar el porcentaje de riesgo y a partir de ahí estratificar el grado y con esto estandarizar un plan de acción en el primer nivel de atención.

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

Construcción de entornos saludables:

A lo largo del año, se fueron estableciendo e implementando diferentes estrategias y actividades en nuestro centro de salud, con la finalidad de poder conciliar un grupo de trabajo que eventualmente se convirtiera en “el consejo asesor”, que de alguna manera representa a un grupo de personas que comparten una dolencia en común: un padecimiento crónico degenerativo. La finalidad de este consejo asesor es poder compartir vivencias, puntos de vista, ideas en común, pero sobre todo debilidades en diferentes aspectos de su vida, enfocándonos específicamente en el autocuidado. Todo esto con la finalidad de poder desarrollar estrategias para incrementar las fortalezas y disminuir las debilidades. Más adelante se desarrolla y detalla el proceso de creación del consejo asesor del que fui parte.

Encuentros de personas con enfermedades crónicas.

A lo largo del año de servicio social tuve la oportunidad de participar en 2 encuentros de personas con enfermedades crónicas. Lamentablemente en el centro de salud en donde me encontraba no se pudo realizar el 6to encuentro (Ser, hacernos comunidad) debido a que el proyecto MAICP no se estaba llevando a cabo, la gran mayoría de las personas ni siquiera sabían de su existencia. Los MPSS encargados de implementar el proyecto, ni siquiera estábamos rotando en el consultorio, estaba asignado a un Dr. de base que no se interesaba por el proyecto, es por eso que durante los meses previos a la fecha del encuentro, mi compañero y yo nos dedicamos a invitar a las personas que asistían a consulta para que asistieran al encuentro de personas, sin embargo el día del encuentro no hubo una buena respuesta por parte de las personas, ya que no hubo suficiente difusión ni distribución de información. Así que el 6to encuentro de personas con enfermedades crónicas (Ser, hacernos comunidad) no pudo llevarse a cabo en el CST-III Ampliación Hidalgo.

Por otra parte, se nos dio la oportunidad de poder impartir la consulta médica, así como de implementar el modelo de atención durante la consulta diaria. Afortunadamente tuvimos una respuesta más agradable, ya que pudimos concretar un total de 23 asistentes al encuentro que tuvo lugar el día 19/11/2025. Durante nuestro encuentro de personas se habló acerca de diferentes temas de importancia, sin embargo, el punto primario de interés fue el Taller de Autocuidado, que abarcó 3 temas en específico, la nutrición saludable, la salud emocional y la actividad física. Durante el tiempo de preparación del encuentro fue a lo largo de las 10 sesiones previas que se tuvo con el consejo asesor. Pudimos entablar algunas estrategias para mejorar nuestro autocuidado. El día del encuentro fui coordinador de uno de los dos grupos de discusión que se formaron. Particularmente estaba nervioso ya que en el grupo de personas que me tocó coordinar, se encontraban 2 personas que son particularmente histriónicas, por lo que siempre es un reto poder manejar el uso de la palabra, así como el tema de discusión dentro del conversatorio. Sin embargo, se implementó la idea de: La persona que tenga la pelota es quien puede hablar para compartir su idea. A lo largo del encuentro se pudieron expresar las ideas libremente y se consiguió formar un conjunto de propuestas para alcanzar un autocuidado óptimo. Al finalizar la sesión, se propuso crear un grupo de activación física, y alguna forma de transformar el taller de autocuidado a un proyecto en donde podamos obtener un producto final.

Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan	Coordinador(a): ALBERTO GONZÁLEZ PAHUA	Página:1__de __
Relator(a): FERNANDO IGLESIAS MALDONADO	Grupo: 2	Fecha: 15/11/24

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
ADRIANA RIVAS	F	45	AMPLIACIÓN HIDALGO
CANDIDA PEREZ	F	75	AMPLIACIÓN HIDALGO
DAVID MORAN	M	72	AMPLIACIÓN HIDALGO
FAUSTINA VELAZQUEZ	F	53	AMPLIACIÓN HIDALGO
FELICITAS RAMIREZ	F	67	AMPLIACIÓN HIDALGO
FRANCISCA SANTIAGO	F	58	AMPLIACIÓN HIDALGO
ARTURO GONZALEZ	M	67	AMPLIACIÓN HIDALGO
MARIA DEL CARMEN MURILLO	F	69	AMPLIACIÓN HIDALGO
MONICA SOLIS	F	50	AMPLIACIÓN HIDALGO
MARIA ELENA ÁLVAREZ	F	75	AMPLIACIÓN HIDALGO
LUIS ANAYA	M	74	AMPLIACIÓN HIDALGO

2. Datos del Taller

Objetivo del taller:

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

Hora de inicio:

Hora de finalización:

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
	4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias
	5. Cierre: ¿Qué aprendimos en esta sesión?
	Puntos importantes a presentar en la plenaria
	Agradecimiento y cierre de la sesión grupal. Volver a la plenaria.

3. Agenda del taller:

4. Descripción detallada del taller:

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Dinámica de presentación: OPCIONAL

Diálogo en 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?

NOTA:

Si se considera pertinente y se valora que el grupo contará con el tiempo suficiente, puede realizarse esta dinámica de presentación. Las preguntas pueden modificarse por otras orientadas a que las personas se conozcan un poco más

Relatora o relatos; por favor:

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

Describa, 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.

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

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

A. Resultados de la atención que nos presentaron hoy

1. ¿Cuáles son los principales logros que hemos alcanzado respecto a la atención y el control de nuestras enfermedades?

Cantidad de personas que estamos participando en el Modelo de atención (proyecto).

Seguimiento en la atención (número de consultas que hemos tenido en lo que va de este año).

El control de nuestras enfermedades crónicas

Sobrepeso y obesidad

Diabetes Mellitus Tipo 2

Hipertensión Arterial

Dislipidemias

2. ¿Qué podemos hacer para tener mejores resultados durante 2025 respecto a la atención y el control de nuestras enfermedades crónicas?

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

3. ¿Qué aprendimos de trabajar en grupo?

4. ¿Cuáles son los logros más importantes que hemos tenido como grupo?

Hacernos y trabajar en grupo

Proponernos y alcanzar objetivos, como hacer los talleres de autocuidado y o los proyectos realizados.

5. ¿Cuál sería una buena meta para alcanzar por el grupo para los siguientes 6 meses?

Primera pregunta: ¿qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

Cándida:

Me parecieron interesantes, e impactantes en mi caso, no hace mucho que sentía depresión por tener que tomar una gran cantidad de medicamentos, llega a cansar el hecho de tener que tomar tantas pastillas para controlar las enfermedades.

¿Qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

Luis:

Yo creo que hay que darle a la honestidad el peso que merece, porque como personas que viven con enfermedades crónicas, sabemos lo que nos hace bien y nos hace mal, por ejemplo en mi caso solo me tomo una pastilla para la hipertensión, pero sí puedo imaginar que el tener un cóctel de pastillas para tomar cada día conlleva una carga emocional importante, me hace pensar que ya voy a morir, creo que es importante ser honestos con nosotros mismos, y el hecho de que ahora nos han mostrados estos resultados nos ayuda a querer llevar un mejor control de nuestras enfermedades.

¿Qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

Maria del Carmen:

Cuando nos mostraron esos datos me pareció interesante saber que pareciera que no, pero si se ha logrado un control. yo pienso que existen personas que toman muchas pastillas, sin embargo, a mi me da consuelo solo el tener que tomar 5 pastillas. en algun momento yo llegue a pensar en la eutanasia, porque no encontraba alivio a todos mis males, pero, he encontrado en este grupo consuelo y un espacio seguro para mi, hoy yo me pongo mis límites al momento de escoger mis alimentos, mi familia también se da cuenta que llego contenta despues de mis sesiones, me gusta ser puntual a ellas, ahora debo trabajar mas en la actividad fisica.

¿Qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

David:

Yo pienso que está bien en el sentido de que nos van orientando respecto a las enfermedades, debemos atacar a las enfermedades, a través de la información y el llevar a cabo estas pláticas me parecen de maravilla y de gran utilidad.

¿qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

Faustina:

A mí me parece muy bien, es la primera vez que vengo y veo que también ayuda en la parte emocional, yo veo como en mi alimentación me afecta, por ejemplo le he bajado a las tortillas, desayuno huevos, leche con café, pero este último año me ha costado mucho el llevar un buen control por el duelo que llevo sobre la pérdida de un hijo, sin embargo, sigo adelante.

Coordinador:

Es muy cierto todo lo que nos han podido compartir, es interesante ver como cuando se nos presentan este tipo de datos despierta en nosotros un tipo de conciencia, sobretodo en el hecho de pensar que no todo está perdido, hemos visto como también hemos logrado un mejor control respecto a nuestras enfermedades y claro nos dimos cuenta de que nuestras emociones tienen relación directa con nuestras conductas alimentarias.

¿Qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

Arturo:

Yo hace tiempo me preguntaba por qué no hacían este tipo de eventos que nos ayudan de manera global, que bueno que se está llevando a cabo. como adulto muchas veces me quedo en la sensación de soledad y es difícil salir de ella yo no estoy casado el sentirse acompañado es verdaderamente importante, en el caso de quienes tienen hijos creo que es importante involucrarnos y que formen parte de esto, que acompañen y sepan lo que hay en estos grupos, que conviven con los padres y no dejarlos abandonados. me quedo con lo que ustedes me comparten, creo que debemos ser agradecidos esperemos que estos talleres continúan funcionando para la sociedad recuerdo que el dr. alberto en una platica yo le decía que me parecía bien que los médicos se preocupan por nosotros y él me dijo que más bien, "que bueno que ustedes se preocupan por su salud".

Coordinador: todo lo que han comentado son temas que han salido a flote durante las sesiones. un buen acompañamiento es fundamental para que una persona alcance un estado de autocuidado.

¿Qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

Francisca:

Buenos días a todos, muchas gracias por estar aquí todos juntos, pues en mi experiencia he tenido la oportunidad de acudir a pláticas similares en el seguro, y veo que es muy diferente, allí fueron 8 sesiones llegue a darme cuenta de que cuando los doctores nos daban las pláticas, estaban sacando sus tamales, sus refrescos y atoles y eso a mí me hacía pensar que no había congruencia. en este

Grupo he encontrado algo diferente aquí veo que es más completo, más personal y fraternal, te levanta mucho

Cuando me diagnosticaron diabetes, llegue a sentir la muerte, pensaba que iba a morir rápido. pero después me fui haciendo la idea de que nosotros debemos poner de nuestra parte, no todo es el medicamento, no tiene caso ir a cada rato a consulta y no cambiar nuestra alimentación, el apoyo de la familia es importante porque si no te puedes caer emocionalmente, así es como veo que recaigo.

Yo tengo 4 hijos y veo que nadie tiene tiempo para acompañarme, sin embargo, no espero que alguien me acompañe, veo que es mi responsabilidad se que ellos deben hacer sus actividades, con sus respectivas familias. en mi caso creo que es importante también hacerse responsable y a la vez me da gusto que se interesen y me preguntan el cómo estoy eso me hace sentir acompañada y feliz. hago mis actividades me gusta hacer ejercicio y escuchar música, me siento llena de amor y apapachada por mi familia, me gusta este grupo porque nos otorgan muchas cosas, recetarios, ejercicios y lo voy experimentando en mi núcleo y nos ponemos a hacer ejercicio o nos ponemos a bailar.

Coordinador:

Es bien importante el hecho de formar un equipo, es por eso que el proyecto se llama atención integral centrada en la persona, esa es la finalidad que nos sintamos acompañados.

¿Qué opino de los resultados de la atención que nos presentaron el día de hoy?

Cándida;

Yo quiero comentar que soy bendecida, mi esposo es mi acompañante todos los días y tengo mis hijos. hoy día me puedo valer por mi misma pero no totalmente, como dice el señor Arturo se deben involucrar los hijos para que más adelante podamos tener el apoyo de la familia, nuestros hijos están con nosotros porque lo que uno siembra lo cosecha, así no podemos exigir lo que no damos, por eso me siento bendecida y esta sesión es la primera vez a la que venimos, creo que los doctores nos entienden porque ellos nos tratan y ellos sabes lo que cada uno tiene y sentimos.

Coordinador:

Así es, muchas gracias por compartir su experiencia respecto a cómo ha impactado en cada uno de ustedes esta información, eso me lleva a realizar la siguiente pregunta:

¿Cómo piensan que podemos mejorar estos resultados y las sesiones de autocuidado?

María Elena:

yo creo que seguir trabajando en el componente emocional porque hoy veo que mi problema siempre ha sido emocional, mis enfermedades mis problemas en casa y todo lo que me acontece tiene una carga emocional muy fuerte creo que es importante darle fuerza, yo por ejemplo pase por varias operaciones y estoy feliz de ver que en este lugar nos escuchan y nos ven, me siento muy bien.

Yo llegué a pensar que ya no quería ir al medico y decía: "yo me voy con lo que tengo" y llegar a aquí me hace ver que todo es emocional, hace 4 días falleció mi hermana que era como mi madre, y entiendo que dios no nos los arrebatara, somos de él y él nos va a recibir cuando sea su voluntad. y qué bonito es que 75 años después estoy feliz de ver todo lo que he aprendido aquí los felicito por esta labor.

¿Cómo piensan que podemos mejorar estos resultados y las sesiones de autocuidado?

Luis:

Es muy bonita la labor que se está realizando, porque nos dan confianza, pero lo que sí me he dado cuenta es que casi no hay difusión de este grupo de autocuidado creo que debería haber más para que llegue a muchas más personas.

¿Cómo piensan que podemos mejorar estos resultados y las sesiones de autocuidado?

Carmen:

También les agradezco esta labor porque en el centro de salud ya no había nada de esto a mí me ha fortalecido mucho yo ya me siento en familia, ya será cosa mía si me hago de oídos sordos al no seguir las recomendaciones, también creo que se debe dar más difusión.

¿Cómo piensan que podemos mejorar estos resultados y las sesiones de autocuidado?

Monica: A mí me agrada la idea de que, entre nosotros, ponernos de acuerdo y algunos miembros del consejo asesor podamos dar también pláticas al resto de los compañeros sobre algún tema de interés, sería una forma de involucrarnos más.

¿Cómo piensan que podemos mejorar estos resultados y las sesiones de autocuidado?

Adriana:

En relación a lo que están haciendo yo veo que si funciona yo estuve en un programa hace 11 años y programas así funcionan mucho y el asistir es lo más importante, cuando mis padres me dijeron de este programa les dije fuéramos porque también ayuda a la salud mental y en realidad siempre vamos a seguir aprendiendo y educarse es la forma correcta para sobrellevar estas enfermedades.

Agradezco mucho su dedicación doctores, sobre todo porque son varones jaja no es feminismo ni nada, pienso que a los varones les cuesta el llevar este tipo de temas, sobre la salud emocional y eso. aquí por lo que veo nos enseñan a aceptar la enfermedad, la verdad no te hace menos decir que te sientes mal eso nos ayuda a entender y saber cuáles son las necesidades. Al principio cuesta asistir y no somos conscientes de amarnos a nosotros mismos y nadie va a saber más que nosotros como nos sentimos

Mis doctores son varones y bien jovencitos, es bonito que podamos darles esa confianza. veo que se interesan por nosotros y eso se los quiero agradecer porque nos ayuda a no enfocarnos en lo malo, estamos enfermos más que de diabetes, emocionalmente.

¿cómo piensan que podemos mejorar estos resultados y las sesiones de autocuidado?

felicitas:

gracias a dios que nos ha permitido estar aquí, recibí una llamada invitándome yo veo esto muy bonito nos levanta el autoestima yo desconozco cuánto tiempo llevan y para mi esto es hermoso y como oigo a veces desesperamos por tomar muchas medicinas, pero como yo le dije a los doctores, por que al tomar muchos medicamentos me ponía emocionalmente mal ahora solo tomo lo de la presión y la azucar y me siento bien con eso, mi falla es el ejercicio casi no salgo porque no me gusta caminar, no me gusta asolearme tengo antecedente de cáncer de piel sigo en seguimiento. por ejemplo, por las noches hago uso de oxígeno vamos a hacer lo posible para comprar un oxigen portatil de tal manera que pueda asistir. me agrada la idea de que podamos hacer actividad física también dentro del taller.

¿qué hemos aprendido sobre cómo mejorar?

- continuar sobre la educación emocional y el acompañamiento.
- dar mas difusión
- invitar a una persona más. esto ayuda mucho a las relaciones humanas despertando el interés de las personas para que vean que en realidad

funcionan.

- continuar actividades que nos ayuden a mantenernos activos.
- enfocarnos en lo positivo

Fortalecimiento de la acción comunitaria:

Primera sesión.

En esta primera sesión se contó con la participación de un total de 7 asistentes, quienes expusieron sus fortalezas y debilidades enfocadas específicamente a su autocuidado con los siguientes resultados:

	Fortalezas	Debilidades	Propuestas
AUTOCUIDADO	Deseo de conocer más sobre su enfermedad para evitar complicaciones Espiritualidad: en la religión encontraron fortaleza para afrontar su enfermedad Capacidad de resiliencia “Mi fortaleza soy yo misma” Voluntad para buscar la ayuda necesaria (en este caso asiste a Psiquiatría) Disciplina Interés en realizar cambios en su dieta para estar mejor Funcionalidad intacta (referente a la movilidad corporal) para realizar ejercicio	Falta de independencia No seguir las pautas de alimentación por sentirse “sola” a la hora de comer Falta de conocimiento acerca de la alimentación (no saber qué alimentos corresponden a los diferentes grupos de alimentos y en qué porciones comerlas) Dependencia e incapacidad para abandonar “costumbres” (por ejemplo fumar desde hace muchos años o tomar abundante cantidad de refresco) No tomar importancia de sus cifras de glucosa porque no nota una repercusión inmediata Depresión desencadenada por distintos factores que le rodean “Desidia” Falta de la habilidad para administrarse la insulina	Fortalecer la parte “mental” a través de actividades que mejoren la agilidad mental Buscar la independencia en su cuidado a través del aprendizaje de su enfermedad Disminuir las preocupaciones y la soledad mediante actividades recreativas y de participación conjunta Realizar recetas de comida saludables

A la mitad de la sesión se realizó actividad física impartida por la doctora Gabriela, a quien le agradecemos profundamente su ayuda y colaboración. Todos los asistentes estuvieron

de acuerdo en realizar los ejercicios designados por la doctora, incluso se mostraron muy interesados en seguir realizando actividad física en casa.

Después de la exposición de fortalezas y debilidades en el autocuidado los asistentes acordaron reflexionar sobre ellas hasta la siguiente sesión para generar más propuestas de acción.

Se acordaron las reuniones subsecuentes cada dos semanas (14 días) con la siguiente sesión el lunes 15 de junio de 2024 a las 11 de la mañana.

2da sesión.

Nombre	Padecimiento	Contacto
Emma García	HAS	56 1831 2305
Elodia Marcial Antonio	DM	55 5446 0590
Francisca Santiago Hernandez	DM y HAS	55 4372 1283 (teléfono de su hija)
Monica Solís Murillo (Hija)	Acompañante	
Luz Maria Gonzalez Chaparro	DM y HAS	55 3499 3829
Manuela Juana Castro Romero	DM	55 3810 2298
Maria del Carmen Murillo	HAS y DM	55 5630 1515

Participantes que acudieron al taller pasado pero no asistieron al segundo:

- Molinero Gil José Juan
- Alvarez Hernandez Ma. Elena
- Juan Luis Anaya
- Maria Estrada
- Vicente

1. Bienvenida y encuadre

Se da inicio a la sesión del día, aunque en su mayoría los participantes fueron nuevos, por lo que decidimos hacer una breve explicación del objetivo principal del taller de autocuidado. Los participantes se presentaron mencionando sus nombres, sus edades y cuales son sus padecimientos crónicos, sus inquietudes y sus hobbies. Se comentó que en la sesión anterior se habían sugerido algunas propuestas como la activación física, plan de alimentación saludable y ejercicios para la agilidad mental, siendo estas las principales propuestas del grupo. Sin embargo al tener participantes nuevos se decidió realizar un

conversatorio para conocer las fortalezas y debilidades de los nuevos participantes, y así poder concretar nuevas y actualizadas propuestas para el grupo.

Emma García

La razón principal que me ha afectado el control de mi Diabetes son los problemas emocionales, los problemas familiares, ya que en mi casa no se adaptan a la dieta que tengo que llevar, más bien yo me tengo que adaptar a la dieta que ellos llevan, me cuesta mucho trabajo porque me siento mal de comer cosas que me hacen daño, pero tampoco sé muy bien que si puedo o no puedo comer; he intentado dejar la tortilla, sin embargo sigo consumiendo 6 u 8 tortillas por comida porque siento que no me quedo satisfecha, como muchas verduras pero me vuelve a dar hambre muy rápido, y ahí es donde vienen la ansiedad por comer, por saber que estoy comiendo bien y aún así me cuesta trabajo controlar mi enfermedad.

Luz María Gonzalez

A mi también me genera dudas el saber que puedo y que no puedo comer, muchas veces estoy en la convivencia con mi familia, con mis conocidos y veo que ellos comen tacos, pizza, hamburguesas y yo no se realmente si puedo comer aunque sea un poco o de plano ya nada; es ahí en donde me genera un sentimiento de soledad, me cohibo por no sentirme integrada a la hora de la comida. Se me ha ocurrido la idea de partir la tortilla en 4 para hacerme mini taquitos y así engañarme a mi misma de que estoy comiendo más de lo verdadero, son algunas cosas que hago para tratar de comer mejor. En algunas ocasiones me genera ansiedad tener hambre o antojo y me mantengo ocupada tejiendo o escuchando música, eso también me ayuda a no sentirme tan sola.

Francisca Santiago Hernandez

En mi casa la situación es parecida, ya que mi familia también come muchas cosas que yo sé que no puedo comer, como taquitos, pizza, pozole, quesadillas, toman mucho refresco y jugos; todo esto me genera un sentimiento de soledad porque al yo no poder comer lo mismo que ellos, tengo que estar apartada para que no se me antoje. Esto sin mencionar que toman mucho alcohol y sobretodo fuman demasiado, yo no tolero el olor a cigarro, es algo que me irrita mucho, por eso prefiero apartarme y eso me genera un sentimiento de soledad aun mayor. He asistido con diferentes nutriólogos y la verdad trató de seguir con una dieta balanceada, trato de comer fruta cuando me da hambre o antojo entre comidas, sin embargo cuando había asistido a consultas anteriores solo me decían que no comiera cosas dulces, que dejara las frutas dulces, pero no me explican más allá, no me dan alternativas y es donde yo pierdo el seguimiento. Algo que me ayuda a salir adelante es el hecho de que yo acepto mi enfermedad y se que tengo que salir adelante por mi misma, que solo yo me puedo cuidar verdaderamente, aunque eso también me pone de malas al solo estar centrada

en mi enfermedad y saber que tengo muchas restricciones, si me gustaría tener una orientación y una guía sobre cómo llevar mi alimentación.

Elodia Marcial Antonio

A mi me parece bastante importante el conocer sobre nuestros padecimientos, muchas veces solo nos dicen que padecemos del azúcar o de la presión, pero no nos explican que significa, solo nos dan pastillas y nos prohíben comidas y bebidas, no nos queda más que hacer lo que podamos para cuidarnos. Me gustaría saber más acerca de las cosas que sí puedo comer, me siento muy limitada para las comidas, trato de comer sano pero me gustaría conocer más acerca de recetas saludables. En cuanto al ejercicio mental me parece interesante, a mi me gusta realizar sopa de letras en mis tiempos libres, también me mantengo ocupada tejiendo.

Manuela Juana Castro Romero

La idea que han estado mencionando de las recetas saludables me parece muy interesante, muchas veces yo me tengo que adaptar a la comida que compran en casa, y ahí no se preocupan por lo que yo puedo o no puedo comer. En su mayoría comen pizza y tacos, aunque se me antoja mucho, me detengo y prefiero comer alguna ensalada o cosas más saludables, pero ya se me acabaron las ideas para comer. Tampoco quiero estar dependiendo de los demás en mi enfermedad, yo soy la que debe cuidarse y saber que medicamentos estoy tomando y que cosas puedo hacer para cuidarme y mejorar mi estado de salud. Yo he escuchado que existe una sopa de letras y crucigramas especiales para diabéticos, en donde las palabras en cuestión tienen que ver con la enfermedad, podemos buscar cosas similares para tener la mente activa y ocupada.

Mónica Solís Murillo (Hija)

A mi la verdad un tema que me preocupa mucho es ver hecho de la violencia que existe en la propia familia, la poca empatía que existe con las personas que padecen DM o HAS, como su propia familia no los procura y en determinados casos hasta los abandona a su suerte. Los grupos como este la verdad me parecen de mucha ayuda, ya que así las personas que tienen estos padecimientos se dan cuenta que no están solos y pueden platicar acerca de su sentir y su pensar, dar a conocer sus dudas e inquietudes.

¿Cuáles son las propuestas que tienen para mejorar todas las debilidades que tienen y mejorar las fortalezas?

En este apartado de la sesión decidimos manejarlo como lluvia de ideas para hacerlo más interactivo y que propusieran cosas en común y poder llegar a un consenso. De todas las ideas que se mencionaron, en las que todas llegaron a un acuerdo fueron:

- Proponer cada una receta saludable que conozcan
 - Se llego al acuerdo que en cada sesión, a manera de tarea, se traerá una receta saludable
 - Cada sesión será enfocada a un tiempo de comida específico. (Desayuno, almuerzo, comida, cena y postre)
- Plan de ejercicios en casa
 - Cada sesión se otorgará por parte del equipo de pasantes una hoja impresa con diferentes rutinas de ejercicios que puedan realizar en casa
- Juegos de agilidad mental
 - Se menciono la idea en la sesion previa, sin embargo 2 de las 3 personas que lo propusieron no asistieron a esta sesion, sin embargo todas mostraron interés en conocer diferentes tipos de actividades mentales
 - La siguiente sesion traerán los juegos de activación mental que más les gusten. (Sopa de letras, Crucigramas, etc)
- Orientación en plan de alimentación
 - Diario de comida.

Cierre de sesión.

Posterior a la lluvia de ideas de propuestas para la siguiente sesión, se realizó una activación física a cargo de la Dra. Gabriela, quien amablemente nos auxilio para impartir la rutina de ejercicios. Todas las pacientes se mostraron muy entusiasmadas al conocer ejercicios que pueden realizar sin necesidad de salir de casa y sin equipo especializado.

Se programó la siguiente sesión para el día lunes 29 de julio a las 11 am.

3ra Sesión.

Asistentes:

Nombre	Padecimiento	Contacto
Emma García	HAS	56 1831 2305
Ramiro Cortes	HAS y DM	
Francisca Santiago Hernandez	DM y HAS	55 4372 1283 (teléfono de su hija)
Claudia J	DM	
Luz Maria Gonzalez Chaparro	DM y HAS	55 3499 3829
Manuela Juana Castro Romero	DM	55 3810 2298
Maria del Carmen Murillo	HAS y DM	55 5630 1515
Marcela	DM y HAS	

Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:

- Molinero Gil José Juan
- Alvarez Hernandez Ma. Elena
- Juan Luis Anaya
- Maria Estrada
- Vicente

1.- Bienvenida y encuadre

Se da inicio a la sesión del día con una cálida bienvenida, en esta ocasión tenemos 2 participantes nuevos, por lo que se hace una presentación rápida del señor Ramiro quien tiene 60 años y padece DM y HAS, así como de la señora Claudia J. quien padece DM. Para integrarlos un poco a la dinámica grupal que ya estaba establecida previamente, se realiza la siguiente pregunta: ¿Qué es el autocuidado? a lo que el señor Ramiro responde: “El autocuidado es la atención y la preocupación que se tiene por uno mismo, el que tanto nos interesamos por nuestro bienestar y salud”. La Sra Claudia quiso agregar: “El autocuidado también es buscar soluciones a nuestros problemas sin necesidad de que alguien más venga a ayudarnos, muchas veces estamos solos y tenemos que valernos por nosotros mismos.”

Posteriormente se inicia con el encuadre de la sesión en donde se explica el contenido y orden que tendrá el taller.

Comenzamos con la pregunta: Para ustedes, ¿Que es la alimentación saludable?

Emma: Para mi, una alimentación saludable es la que no lleva refresco porque es muy dulce, es mucha azúcar en la bebida.

Marcela: La comida saludable siempre son las frutas y las verduras, más las verduras, aunque a mi no me gustan mucho, trato de comerlas lo más posible.

Maria del Carmen: Siempre trato de tener una comida saludable y balanceada, para mi es tratar de no comer en exceso, comer en cantidades pequeñas; sobre todo comida sin sal por mi problema de hipertensión. Por ejemplo, como de todas las frutas que hay, pero solo la mitad, me la como por partes, sobre todo las más dulces como el mango o la sandía; dicen que es mejor comerla así, porque si la hacemos en agua no absorbemos los nutrientes necesarios, aunque aun me falta mucha disciplina, mi debilidad siempre ha sido el pan, es lo que considero que no es saludable y no puedo quitarlo de mi dieta.

Claudia: Para mi, una alimentación saludable es llevar un control de comidas en horarios, siempre comer a la misma hora, llevar un control de las porciones que comemos y sobre todo el cómo las preparamos, yo antes cocinaba con mucho aceite, hay que buscar alternativas para llevar una preparación más saludable.

Francisca: A mi me parece que también llevar una variedad de alimentos es importante, no siempre comer lo mismo, porque eso puede causar aburrimiento e incluso malestar en el estómago, por lo menos a mí, cuando como toda la semana pollo con ensalada pensando en que es algo ligero y saludable, para el fin de semana ya me está doliendo el estómago, por eso creo que también es importante tener diferentes opciones para comer.

- **Después de compartir las diferentes opiniones sobre qué es la alimentación saludable, procedemos a la actividad sugerida por los coordinadores del proyecto:** En una hoja de papel, organizar los alimentos que tengan en su refrigerador / alacena, habrá 3 columnas en donde la primera será para escribir los alimentos que consideren saludables, la segunda para los que consideren que no son saludables y la tercera para los alimentos que no están seguros si son o no saludables.

Se optó porque las hojas de papel fueran de manera anónima, y comenzamos con la lectura y retroalimentación de la distribución de los alimentos escritos. Al final de la relatoría se anexan fotos de algunas listas escritas por los pacientes.

La dinámica que se decidió fue leer algún producto de una lista al azar y escuchar las opiniones de los participantes sobre en qué columna lo colocarían.

LECHE

Claudia: Yo pienso que la leche es un alimento saludable, en mi caso la diluyo con un poco de agua, se supone que la de los niños tiene menos azúcar, entonces pienso que también depende mucho del tipo de leche que consumamos, por ejemplo antes consumía leche deslactosada y procuraba fuera en pocas cantidades, pero trato de que siempre esté presente en mi dieta porque no consumo calcio en pastillas ni nada, por eso justifico mi ingesta de calcio en la leche.

Maria del Carmen: Yo tomo leche de manera esporádica, es saludable aunque he escuchado con mis comadres que en exceso es dañina por todas las grasas que tiene, entonces puedo tomarla muy de vez en cuando, sobre todo por mi enfermedad.

Ramiro: La leche tiene mucho tiempo que la deje, me causaba molestias en mi estómago, pienso que es porque la consumí mucho cuando era más joven, pero como todo, en exceso es malo.

Luz Maria: También tiene mucho tiempo que no tomo leche, a veces le pongo un poco de leche evaporada a mi café, pero no es algo que haga con frecuencia, igual pienso que es un alimento con mucha azúcar o grasa, por eso prefiero no consumirla.

Maricela: Por mis nietos la verdad es que si suelo consumirla de vez en cuando, un vasito nada más, se me antoja cuando ellos me la piden, un vaso de leche caliente es algo que disfruto con un bolillo, pero también considero que no es un alimento tan saludable.

LONGANIZA

Claudia: No es nada saludable, es pura grasa y no trae nutrientes que aporten algo al cuerpo, también por todos los “bichitos” que tiene, puede causar infecciones graves. Además la grasa que trae puede tapar las arterias

Ramiro: Yo también pienso que la longaniza no es saludable, es pura grasa, tan solo basta con ver como deja el sartén después de cocinarla.

Luz Maria: A mi me genera mucha duda la longaniza que llaman de soya, ¿Es buena?

Alejandro V.: Es una alternativa de alimentación, toda la comida que es llamada “vegana” o “vegetariana”, que están hechos fundamentalmente de soya o tofu, es buena, sin embargo no sustituyen los requerimientos proteicos que necesita el cuerpo. En este caso, la longaniza de soya puede servir para sustituir a la longaniza convencional y ser una opción más saludable.

AVENA

Juana Castro: La avena, a mi parecer es buena, aunque muchas personas dicen que es mala porque trae mucha azúcar, pero creo que depende de la preparación que le den, como decía hace rato la compañera. Puedes preparar un licuado de avena con alguna fruta, pero si le pones mucha leche o le agregas azúcar, ahí es donde se vuelve un alimento no saludable.

Marisela: A mi me gusta mucho la avena, suelo molerla en la licuadora y prepararla con un poco de fruta, como plátano, o fresas. Pienso que sí puede ser un alimento con mucha azúcar, por eso trato de hacerlo muy de vez en cuando. Generalmente la hiervo con agua y así me la tomo, la que le llaman “el agua de avena”.

Claudia: Yo pienso que la avena es buena para el estómago, es muy buena preparada, yo la tome durante mucho tiempo y me ayudo bastante para mis malestares de la panza.

PESCADO

Maria del Carmen: Para mi el pescado es bueno, muy bueno, pero hay uno en específico que me hace daño: La tilapia, por eso deje de comer tanto pescado, me gusta mucho pero ya no lo como tanto. Mi hija vio en internet que comer mucho pescado puede hacer daño.

Emma: Yo pienso que el pescado es un alimento saludable, he escuchado que tiene mucho omega 3 y según yo eso es bueno para el cuerpo. Yo no lo consumo tanto porque no me gusta, pero creo que es un alimento saludable.

Luz Maria: El pescado en sí es un alimento saludable, el problema está en la preparación que le demos, muchas veces la forma en que se cocina es capeado o frito, y ahí es donde se vuelve un alimento no saludable.

En la siguiente tabla anexamos los alimentos en los que todo el grupo llegó al consenso de acomodarlos de la misma manera.

SALUDABLES	NO SALUDABLES	NO SE
------------	---------------	-------

Verduras	Refrescos	Especias
Frutas	Mantequilla	Miel
Carne de res	Embutidos	Cilantro
Pollo	Pastas	Epazote
Huevo	Cereales (Comerciales)	Aceite de oliva
Leche	Aceite	Café
Atún	Papas fritas	Condimentos
Sardina	Endulzantes (Mermelada,	Frutas dulces
Jamón de pavo	lechera)	Pan molido
Semillas	Pan de dulce	Agua mineral
Lácteos (Con medida)	Crema	
Arroz	Harinas	
Frijoles	Galletas	

Al momento de realizar la división de alimentos de la tabla anterior, surgió una duda sobre la miel y los endulzantes artificiales:

Maricela: ¿Qué tan bueno es comer miel? Yo he escuchado que es pura azúcar, que ocasiona la diabetes si se come así sola. Pero según yo es buena siempre y cuando sea virgen y no tenga nada de conservadores.

Maria del Carmen: La miel es buena, pero siempre y cuando sea con moderación, que sea poquita en algún coctel de frutas queda muy bien.

Luz Maria: Yo pienso que la miel es muy dulce, tiene mucha azúcar. Por eso prefiero endulzar mis cosas con un poco de Stevia, aunque también tenía duda respecto a todos estos endulzantes, no se que tan buenos sean y si vale la pena consumirlos en vez de la miel natural.

Alejandro V. Definitivamente la miel es un alimento muy dulce, en muchas ocasiones solemos usarlo como acompañante en alguna ensalada o en algún té, y como bien han comentado previamente, es válido comerla de vez en cuando siempre y cuando sea de una forma moderada y sin exceso. Ahora, los endulzantes artificiales también funcionan para disminuir el consumo de carbohidratos, en este caso el más recomendado es el “Stevia”, pueden intentar ponerle un sobre a sus café o a su té, y verán que es más que suficiente.

Luz Maria: Yo utilizo una técnica que me funciona bastante bien cuando tengo antojo de algo dulce, y esta consiste en chupar los sobres de stevia por dentro, así al menos tengo la sensación de estar consumiendo algo dulce sin que me haga daño.

Posterior a esta actividad en donde se realizó la retroalimentación y se respondieron algunas dudas, procedemos a presentar el plato del bien comer, en donde se hace la siguiente pregunta: **¿Quién prepara así su plato cuando va a realizar alguna comida?**

Juana Castro: Solo en la mañana puedo preparar mi plato así, ahí es cuando más se me facilita.

Maria del Carmen: Yo trato de ponerle muchas verduras, pero la verdad es que también como muchos leguminosas, las lentejas es algo que me gusta bastante y no estoy segura

del grupo al que pertenecen. También tomo mucha agua simple, pero también suelo prepararme agua de limón con chia

Ramiro: Yo tengo un hermano que tiene 5 años que le diagnosticaron DM, es un hueso, ha bajado mucho de peso, está muy débil y no entiendo por qué, yo que llevo más tiempo siendo diabético me siento fuerte y sano. Lo que le digo es que depende mucho de lo que coma, él se abstiene mucho, casi no come nada y pienso que es por eso que sigue bajando de peso.

Luz María: A mí cuando me detectaron DM, me dijeron que solo podía tomar agua simple, a veces lo combino con agua de tamarindo y de jamaica, ¿Es lo mismo tomar agua de tamarindo y tomar agua de jamaica?

Alejandro V.: Es totalmente válido tener variaciones en la dieta y en la ingesta de líquidos, en este caso, el tomar agua de tamarindo y de jamaica es posible siempre y cuando no se le agregue más azúcar o endulzante.

Emma: A veces sí logro tomar mis 2 litros de agua al día, cuando salimos o realizo alguna actividad fuera de casa es cuando se me complica, pero si trato de tomar mucha agua simple sobre todo.

Posterior a esto, pasamos a la actividad de intercambiar recetas, en donde cada integrante compartió una receta de alguna ensalada, y se hicieron sugerencias entre los participantes sobre qué ingredientes pueden ponerle a su ensalada para variar un poco la preparación y no siempre comer lo mismo.

Cierre de actividad de recetas confirmando que la siguiente sesión se traen recetas sobre algún guisado que consideren saludable y gusten compartir con el grupo.

Comenzamos con el cierre de la sesión estableciendo las tareas y objetivos para la siguiente:

- Se corrobora interés por ejercicios de actividad mental, la siguiente sesión traigan una sugerencia y propuesta
- Receta de algún guisado saludable
- Se entregan ejercicios impresos para actividad física y se propone que cada sesión se darán unos nuevos.

Al ser la última sesión del Dr. Alejandro Valladares, se hace una pequeña despedida en donde todos le dedican algunas palabras y agradecimientos.

Próxima sesión 12 DE AGOSTO A LAS 11 am

4ta Sesión.

Nombre	Padecimiento	Contacto
Francisca Santiago Hernandez	DM y HAS	55 4372 1283 (teléfono de su hija)
Claudia J	DM	55 5218 5839

Manuela Juana Castro Romero	DM	55 3810 2298
-----------------------------	----	--------------

Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:

- Molinero Gil José Juan
- Alvarez Hernandez Ma. Elena
- Juan Luis Anaya
- Maria Estrada
- Vicente
- Sara Garcia Rojas
- Ramiro Cortes Ocaña
- Luz María Gonzalez Chaparro
- María del Carmen Murillo
- Emma Garcia
- Marcela M

Bienvenida y encuadre

Se da inicio a la sesión del día 12/08/2024 con una bienvenida a las participantes, desafortunadamente en esta ocasión solo asistieron 3 personas, sin embargo se mostraron interesadas y proactivas en la sesión. Se explica que la sesión consta de 4 preguntas clave en donde podrán expresar su pensar y sentir respecto a los temas de interés como lo son la alimentación saludable y la actividad física.

Comenzamos el conversatorio con la siguiente pregunta: **¿Cómo afecta mi entorno familiar a mi alimentación saludable?**

Claudia: En mi caso, yo vivo solo con mis hijos y mi esposo, sin embargo comparto terreno con toda mi familia, por lo que estaba a cargo de la alimentación de aproximadamente 20 personas, por lo que se me dificulta encontrar una dieta que fuera saludable y al mismo tiempo del agrado de todos; por lo tanto eso me generaba un grado de ansiedad y frustración. Posteriormente deje de cocinarle a todos y ahora solo cocino para mi esposo e hijos, lo cual facilita más mi alimentación de manera saludable.

Retroalimentación: En este caso en particular, entiendo que la manera en que su familia intervenía, y dificultaba su autocuidado, era porque tenía que cocinar para muchas personas, dejando de lado su propia alimentación saludable, y esto mismo ¿Le generaba un estado de ansiedad y estrés constante?

Claudia: Exactamente, es por eso que decidí que solo cocinaria para mis hijos y mi esposo, ocasionalmente le ayudo a mis hermanos en hacerle de comer a mis sobrinos, pero ya solo 2 o 3 veces a la semana. Todo esto ha permitido que pueda retomar mi alimentación de una manera más saludable.

Francisca: En mi caso, solo tengo que cocinar para mi esposo y para mí, por lo que trato de mantener una dieta saludable, ya que él también es diabético e hipertenso, por lo que la dieta nos ayuda a los dos. Sin embargo a pesar de cocinar de forma saludable y comer muchas verduras, no veo resultados reflejados en el peso, no puedo bajar de peso y no entiendo porque, eso me genera frustración y ansiedad porque no se que estoy haciendo mal o qué más puedo hacer para bajar de peso.

Retroalimentación: Entiendo, Sra. Francisca, que el hecho de estar haciendo todo correctamente en cuanto a su alimentación, no ve progreso en el peso que quiere tener, es decir que no entiende que es lo que le falta hacer para alcanzar sus metas y esto genera un sentimiento de frustración y ansiedad. ¿Estoy en lo correcto?

Francisca: Así es, no entiendo qué más puedo hacer para bajar de peso, trato de comer todo lo que me recomiendan y he dejado de lado todas las cosas que sé que me hacen daño.

Retroalimentación: Tenemos que recordar que el peso no es el único indicador de salud, o del control mismo de nuestros padecimientos, si usted gusta, podemos hacer un estudio y seguimiento más enfocado en la disminución de peso, pero tenemos que entender que existen otros parámetros para saber si una persona está en control y cuidado de sus enfermedades; En su caso, actualmente estamos alcanzando metas terapéuticas tanto de su glucosa, como de su presión, entonces nos gustaria que tambien tomara en cuenta eso y no se frustre solo por el peso. Podemos hablar más de ese tema en la siguiente consulta.

Juana: Yo al igual que mis compañeras, trato de cocinar para mi familia de manera saludable, utilizo muchas verduras y casi no utilizo aceite. La verdad es que hace unos meses si se complicaba el hecho de la alimentación en casa porque todos comían muchas cosas chatarra, y cosas que nos hacen daño, pero a raíz de que a hermano y a mi cuñada también les diagnosticaron diabetes, todos comenzamos a cuidarnos más. Entonces ahorita todos comemos mucho mejor y creo que estamos alcanzando una dieta balanceada.

Retroalimentación: Me parece excelente que en este momento todos se están cuidando, creo que antes, la convivencia familiar en su caso, era una debilidad ya que todos tenían una alimentación deficiente, y ahora se convirtió en una fortaleza porque todos se están cuidando al mismo tiempo.

¿Cómo en la comunidad en la que vivo interviene en mi alimentación?

Claudia: En mi caso particular al vivir en una zona transitada, encuentro con facilidad múltiples puestos de comida, sobre todo los fines de semana, donde puedo conseguir tortas,

tacos, barbacoa, sin embargo trato de cocinar más en casa y solo de vez en cuando me permito comprar comida en la calle.

Francisca: En mi caso, mi casa está más alejada del centro y por allá no hay este tipo de negocios, solo cuento con una tienda que está cerca, pero afortunadamente no vende de todo.

Juana: La verdad es que en mi caso, tampoco influye mucho, a pesar de que venden cosas chatarra cerca de mi casa, aprendí a controlarme y ya no me cuesta trabajo no comer o comprar en esos lugares.

¿Qué tipo de alimentos son los más comunes en su dieta ?

Claudia: Dentro de los alimentos que más consumo están las verduras, tortillas

Francisca: Las tortillas hechas a mano son de mis favoritas, pero también suelo consumir huevo, quelites y verduras

Juana: Trato de consumir mucha verdura y fruta más que nada.

¿Cómo puedo integrar la actividad física en mi vida diaria?

Claudia: Yo era de las personas que una vez despidiendo a mi familia por las mañanas asistía al parque a dar caminatas e inclusive a trotar, sin embargo, al ser una actividad que representa impacto para mis articulaciones la he dejado y opté por realizar sesiones de natación todos los viernes, a veces me pasa que pospongo mi actividad física de la mañana y digo que lo haré por la tarde quiero hacer de todo porque me siento motivada pero a veces no lo hago porque termino cansada de mis actividades y eso me hace sentir enfado e incluso me llego a reprender con palabras por no haber hecho el ejercicio que me había prometido hacer.

Francisca: Yo al igual que mi compañera soy de las que sale a caminar, prefiero que me dé el aire porque tengo una bicicleta en casa o a veces hago mis ejercicios en mi sala cuando pongo música, pero no me gusta estar haciendo ejercicio en lugares cerrados yo prefiero ir a caminar

Juana: Yo la verdad siento que mis rodillas no me dan, hace ya un tiempo que siento como mi rótula se me encaja en el muslo cuando camino y me imposibilita realizar actividad física, yo también iba a clases de natación pero como padezco de apnea del sueño, mi problema es que no puedo aguantar mucho la respiración al momento de sumergirme y esa sensación no me gusta por lo que opté por dejarlo, además no siento mucha motivación actualmente, no hace mucho que perdí a mis familiares.

Posterior a esto, pasamos a la actividad de intercambiar recetas, en donde cada integrante compartió una receta de alguna ensalada, y se hicieron sugerencias entre los participantes sobre qué ingredientes pueden ponerle a su ensalada para variar un poco la preparación y no siempre comer lo mismo.

Se comentó con las participantes la intención de continuar manejando los temas de: Alimentación saludable, actividad física y evitar el deterioro cognitivo, y comentan que también les interesa el tema de salud mental, de los sentimientos y las emociones. Les gustaría poder discutir cómo el estado de ánimo puede influir en su autocuidado.

Comenzamos con el cierre de la sesión estableciendo las tareas y objetivos para la siguiente:

- Se corrobora interés por explorar más a detalle como sus estados de ánimo repercute directamente en la cantidad y calidad de alimentos que consumen, por lo que se muestran interesadas en seguir explorando sus emociones y propone intercalar los ejercicios de activador mental y ejercicios de autoconocimiento y exploración emocional
- Continuamos con el interés de las recetas saludables, continuamos con el seguimiento y propuestas de recetas.
- La activacion fisica y rutinas continuaran en el programa de actividades del taller de autocuidado

La siguiente reunión queda programada para el dia **26/08/2024 a las 11 am**

5ta Sesion.

Nombre	Padecimiento	Contacto
Vicente Gomez	DM y HAS	55 3713 8283
Claudia Jimenez	DM	55 5218 5839
Alvarez Hernandez Ma. Elena	DM y HAS	
Juan Luis Anaya	DM y HAS	55 4061 0172
Sara Garcia Rojas	DM	55 2891 0143
Luz María Gonzalez Chaparro	DM y HAS	55 3499 3820
Maria Del Carmen Murillo	DM y HAS	
Emma Garcia	DM	56 1831 2305

Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:

- Francisca Santiago Hernandez
- Molinero Gil José Juan
- Manuela Juana Castro Romero
- Maria Estrada
- Ramiro Cortes Ocaña
- Marcela M

Bienvenida y encuadre.

Se da inicio a la sesión del día con un breve recordatorio de lo visto en las sesiones pasadas, ya que asistieron participantes nuevos como la señora Sara Garcia, y acudieron de nuevo participantes que tenían 2 sesiones sin asistir como el señor Vicente. Recordamos la finalidad del taller, el cual es generar propuestas para mejorar el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas, y se establece el orden del día: Se hablará de cómo las emociones pueden intervenir en nuestro autocuidado y nuestra alimentación saludable.

Recordatorio de la sesión pasada

- Alimentación saludable
- Actividad física
- Emociones

Inicia el conversatorio con la primera pregunta clave:

¿Cómo puede afectar el estado de ánimo al autocuidado?

Juan Luis Anaya: Afortunadamente tengo en casa a mi doctor, estoy acostumbrado a comer fritangas y mi doctor (Sobrino) me comenta cómo puede afectarme eso. Desde abril de este año estoy con mi sonda y tengo infecciones urinarias recurrentes, como mi sobrino me ha comentado, he tratado de bajarle a las grasas en mi alimentación, y trato de cuidarme más en cuanto a lo que como, gracias a eso mis estudios han salido mejor, ya bajo mi glicosilada y mi ácido úrico; sin embargo aun persisten algunos dolores en mis rodillas y del cuerpo, y es ahí donde empiezo a autocríticarme y estresarme porque se que a pesar de que a veces me cuido, hay otras ocasiones en donde como cosas que no, y me estresa saber que me “porto mal”. Me genera estrés ver que no mejoró del todo.

Coordinador: Entonces, por lo que entiendo su autocrítica es lo que le genera este sentimiento de estrés y se vuelve un círculo vicioso en donde se siente estresado por no avanzar por no cuidarse, y no se cuida y continúa el ciclo. ¿Entendí bien?

Juan Luis Anaya: Si, es mi autoexigencia la que me hace darle importancia a mi salud, con lo que me pasó en los ojos que me tuvieron que operar y lo de mi sonda, ya sé que tengo que mejorar mi calidad de vida para no complicarla más, por eso me estreso cuando me porto mal.

Emma Garcia: La verdad es que yo pienso que si afectan mucho las emociones, me afectó mucho lo de mi mamá, perdí fe en los doctores porque no sentía su apoyo ni su ayuda en la parte emocional. No me daban ninguna esperanza de mejoría y solo me regañaban, no me motivaban para mejorar en el control de mis padecimientos. Me sentía muy triste por no tener claro qué es lo que iba a pasar conmigo, no tenía idea de que camino seguir en mi tratamiento, afortunadamente cuando iniciamos este programa me he sentido más acompañada. Con una atención más personalizada siento que puedo mejorar mi salud y eso ya mejoró mi ánimo, me hace sentir mejor y más tranquila porque puedo cuidarme sabiendo que tengo un acompañamiento y que alguien me está supervisando en mi tratamiento y que se interesa por mi salud. Incluso me ha ayudado a mejorar mi autoestima.

Coordinador: Claro, me da mucho gusto que se esté sintiendo mejor con este proyecto; Creo que lo más importante es que ahora usted también puede cuidarse y preocuparse por su salud.

Ma Elena Alvarez: Yo la verdad no dormía, solo veo la tele y pues obvio me afectaba el no dormir, incluso ve que le comente que estaba yendo con el psiquiatra para poder desahogarme, pues me mando pastillas para poder dormir y mejore solo un poco. Algo que también creo que afecta mi estado de ánimo es que me preocupo mucho por las cosas que veo en las noticias y las cosas que pasan a mi alrededor, desde lo que pasó con mi hijo que estuvo a punto de fallecer en una redada... Él es militar y a diario nos cuenta las cosas que ve y los lugares a donde tiene que ir, y eso me genera una preocupación tremenda, a veces no puedo ni comer ni dormir solo de estar pensando en dónde estará y si estará bien. Mis otros hijos ya mejor no me dejan salir porque me preocupo y me estreso mucho por las personas que veo en situación de calle, me genera un malestar que no puedo controlar. A veces incluso me siento como en una jaula de que no me dejan salir ni ir a donde yo quisiera, pero también entiendo que es porque nos están cuidando.

Coordinador: Entiendo que la forma en que sus emociones afectan su autocuidado es que de alguna forma se descuida y se “abandona” por la “empatía” y preocupación que siente por los demás a raíz de que su hijo tuvo su incidente.

Ma Elena Alvarez: Pues si, me descuido al estar pensando en los demás.

Vicente Gomez: Yo creo que la parte que más dificulta mi autocuidado es el enojo de no poder comer menos, de que se me siguen antojando muchas cosas que yo sé que no puedo y no debo comer. Se me complica demasiado porque la comida chatarra y grasosa es lo primero que ves en la calle, me genera un sentimiento de frustración, el saber que te hace daño pero aun así no lo puedo evitar porque también, por mi trabajo, es lo más fácil y accesible que tengo para comer.

Coordinador: Entonces cómo podemos darnos cuenta aquí ya existe un sentimiento repetido: La autocritica, el saber que debemos comer de mejor manera, pero los antojos y

la accesibilidad hace que comamos cosas que nos hacen daño y eso nos genera malestar y estrés al saber que no nos estamos cuidando.

Ma Elena: En mi caso, también influye mucho el entorno en el que vivo, me duele ver lo que todos comen y yo no poder hacer lo mismo, claro que se me antoja, pero como sé que no puedo, mejor me retiro y me voy a mi cuarto, paso mucho tiempo sola por esta razón. Además también me lleno muy rápido, cuando como de más, empiezan mis dolores y es horrible

Coordinador: En su caso, sra Elena, creo que el sentimiento que predomina es la impotencia y desesperación de no poder convivir de la misma manera que todos en casa, lo cual termina ocasionando que se aisle y se sienta peor.

Ma Elena: Si, la verdad es que tampoco entiendo de donde sacan estómago, en donde les cabe tanta comida a la gente, yo tampoco puedo comer tanto.

Maria del Carmen: El sentimiento que yo tengo principalmente es la ansiedad, como mucho y no me lleno, en ocasiones prefiero estar sola porque así me puedo atender y dar prioridad a mí. Vivo con mi hijo, y él también padece de diabetes, pero en su caso él ya está muy deteriorado, su enfermedad ya está muy avanzada, me preocupa porque no sé qué hacer con un enfermo, además de que la convivencia con él es muy complicada. En ocasiones me trata muy mal y es grosero conmigo, está esperando a que lo atienda, por eso sé que estoy mejor sola, me cuesta trabajo aceptarlo, pero me cuido mejor yo sola.

Vicente Gomez: Eso es inevitable y es mejor estar solo, pero debemos aprender a vivir con esto, nosotros somos los que debemos cuidarnos primero.

Maria del Carmen: Cuando voy a hacerme mis estudios al Ramo de la Fuente me siento mejor, ya van dos veces que me encuentro a una señora y ya somos amiguitas, nos regresamos caminando juntas y platicando, eso me hace sentir mejor.

Coordinador: Gracias por compartir esta parte de su vida aquí con nosotros, creo que lo más importante es que se está dando cuenta que para poder ayudar y preocuparse por los demás, debe preocuparse por sí misma, debe cuidarse usted misma para poder sentirse mejor. Me da mucho gusto que ya se haya dado cuenta de eso, es el primer paso.

Juan Luis Anaya: A mí me gustaría compartir acerca de los sentimientos, creo que el sentimiento es muy débil por que si toda su familia que vive con él está en casa se siente tranquilo, pero si alguien falta me siento triste. Veo las noticias y me estreso, me preocupo por toda la situación que pasó con mi hijo, sobre todo los que toman mucho, ellos salen en carro y así regresan borrachos, por eso me estreso y me preocupo, no puedo dormir hasta que ellos llegan a casa; todas esas preocupaciones siento que me suben el azúcar, es lo que me puede descontrolar. Ahorita ya soy un poco más consciente y trato de no estresarme tanto porque sé que es peor para mi salud, todo este sentimiento me lo heredó mi papa.

Coordinador: Creo que lo más destacable es que se da cuenta que lo primero es preocuparse por si mismo, que tiene que dejar de lado un poco la preocupación por los demás para poder cuidarse así mismo.

Vicente Gomez: Yo creo que algo que también afecta en mi autocuidado es el estrés que me causa el no descansar de forma correcta, a veces siento que me levanto solo como robot, por eso pienso que hay que dejar la tele en la sala porque también influye eso en que no podamos dormir. Me he dado cuenta que cuando descanso bien y duermo bien, me siento mejor durante el día, hasta parece que me preocupo y me estreso menos.

Coordinador: Muchas gracias por compartir, creo que es importante que identifiquemos las cosas que nos hacen sentirnos mal o que simplemente complican o dificultan nuestro autocuidado. Ahora, Sra Luz María, le repito la pregunta para que entre en contexto (Se incorporó después) ¿Cómo piensa que sus emociones y sentimientos interfieren en su autocuidado?

Luz María: La preocupación por mi familia, definitivamente causa una dificultad en mi autocuidado. Por ejemplo en mi casa, mi suegro tiene 91 años y es diabético e hipertenso, el ya no puede quedarse solo, mi suegra falleció el año pasado, entonces tengo que turnarme con mis cuñadas para cuidarlo, me toca verlo una vez a la semana. Toda esa situación me genera preocupación y ansiedad en pensar que tal vez eso puede pasarme en un futuro, el de ser dependiente de los demás. Definitivamente repercute en mi estado de salud, ya que pasamos por una situación complicada estos meses y estoy segura que en los análisis que me hice, salí mal, salí descontrolada. Los órganos se van dañando. Cuando hay reuniones familiares se me antoja comer lo que los demás están comiendo, integrarme con todos los demás, y pues la verdad uno come de más, y ahí también entra ese sentimiento de culpa. Aunque generalmente intento cuidarme, cuando me porto mal me hace sentir peor. Incluso a veces evito comer con todos para que no se me antoje lo que los demás están comiendo.

Coordinador: Es verdad que en las diferentes opiniones que han compartido se repite el sentimiento de culpa, de preocupación, en donde se están dando cuenta que procuran cuidar su alimentación, sin embargo el contexto familiar y de su entorno, puede llegar a complicar toda esta situación.

Vicente Gomez: A mi también me genera estrés el tener que aislarme para que no se me antoje lo que los demás están comiendo, uno estaba acostumbrado a cierto estilo de vida, a cierto tipo de alimentación y tener que cortarlo y cambiar todo, es complicado. Uno se deprime por no poder hacer las mismas cosas, me frustró. También hay que pensar que aunque tengamos esta enfermedad podemos tener una vida, no hay que darnos por vencidos, también me gusta pensar así, esperanzado en que hay cosas que se pueden hacer, como este taller, este grupo me está ayudando bastante, me hace sentir mejor el venir a hacer algo por mi enfermedad. Hay que ser valientes para afrontar la enfermedad,

se tiene que tener mucha fuerza de voluntad para cuidarse y enfrentar todas las emociones que conlleva.

Claudia Jimenez: Las emociones repercuten definitivamente en nuestra alimentación y en nuestro cuidado. Yo soy la que se tiene que cuidar, la que se debe de controlar. Antes trabajaba en una empresa en donde vivía con mucha presión, la verdad me descuido bastante de mi salud solo para cumplir en forma con mi trabajo, hasta que me di cuenta de todo lo que le estaba dando a la empresa, y ahí es cuando me diagnosticaron Diabetes. En casa estamos con una convivencia complicada, después de que falleció mi mamá, digamos que yo me quede a cargo, pero yo no soy la mamá de todos, yo no tengo porque estar estresando por todos los demás, afortunadamente me di cuenta que debo cuidarme primero a mí, que mi salud está primero. En cuestión de alimentación todos tenemos derecho a salir, solo que debemos tener autocontrol, no me hace daño una probadita, solo que sin acabarse todo el puesto. Cuando estoy en reuniones solo pruebo poco, aunque nunca va a faltar en que me insista en comer más, pero ahí es donde me preocupo por mí y me cuido yo misma. Apenas hace unos meses comencé a preparar mi comida a parte para poder seguir conviviendo pero también cuidándome, creo que si se puede, solo que hay que procurarse uno mismo.

Coordinador: Lo que menciona la Sra Claudia, entiendo, es la consciencia que debemos tener sobre nuestra enfermedad, y tomar cartas en el asunto, el primer paso es entender las emociones que nos hace sentir, y posteriormente saber como manejarlas y que hacer con ellas, para así poder cuidarnos de una mejor manera. También es cierto que en todas las intervenciones podemos observar que el entorno es lo que puede influir más en nuestras emociones y en nuestro propio cuidado.

Dra. Gaby: Buenos días, para poner un poco en contexto el orden que llevarán las siguientes sesiones, quisiera preguntarles ¿Quieren asociar las emociones con la alimentación o con el autocuidado?

Vicente Gomez: Por lo que estoy viendo es que la gente quiere desahogarse, hay muchos problemas emocionales y me doy cuenta que todos compartimos emociones y preocupaciones, lo cual puede afectar a nuestra enfermedad. Me gustaría enfocarme en la alimentación, en como controlarme también.

Juan Luis Anaya: Creo que lo principal es la aceptación. El aceptar las emociones que tenemos y no ponernos renuentes y así como dicen, tener fuerza de voluntad. La alimentación es algo que es principal para el cuidado de uno mismo.

Luz Maria: A mí sí me gustaría seguir hablando de las emociones y de la alimentación, muchas veces me terminé descuidando en la comida por lo mal que me he llegado a sentir.

Siguiente pregunta: ¿Cuál es el sentimiento que predomina en mi vida?

Luz María: Definitivamente la culpabilidad por que empiezo con una probadita en la comida, pero luego me gana y como más, y ya después me arrepiento porque no debí comer así. El pensamiento que me invade es el de: No debí habérmelo comido..

Coordinador: Entonces entiendo que la culpa viene desde el hecho de saber que no se cuidó, de saber que es lo que tenía que hacer y aun así no lo hizo.

Emma Garcia: El sentimiento que más tengo presente es la tristeza, me siento triste por padecer diabetes y eso me lleva a comer cosas que no debo en algunas ocasiones.

Juan Luis Anaya: A mi lo que me afecta mucho es que mis hijos no me obedecen, me hace sentirme triste y en ocasiones siento que no me quieren, pienso que siempre he sido una persona despreciada, aunque a veces es lo contrario y siento que mis hijos me cuidan de más porque no me dejan hacer muchas cosas, me tienen encerrado para que no me pase nada. Eso me genera confusión, me siento incomprendido a veces, pero cuando lo pienso en la almohada me doy cuenta de que si me quieren. Cuando me siento bien, definitivamente me cuido más, entre más feliz me siento, mejor es mi salud.

Coordinador: Es muy bueno que ya haya logrado identificar que su familia lo cuida y se preocupa por usted, así como haber identificado que cuando se siente feliz, es cuando más se cuida en su salud.

Claudia Jimenez: Creo que nosotros como personas mayores es importante el sentirnos útiles, también es importante expresar nuestros sentimientos, eso nos hace sentir mejor, escuchados, no aislados, porque claro, eso puede afectar nuestro estado de salud.

Ma. Elena: Creo que es el mismo sentimiento de que me preocupo mucho por la gente, esa preocupación por mis hijos, siempre me mantiene alerta y en ocasiones dejo hasta de comer por estar preocupada por ellos, es por todas las cosas que veo en la tele, además mi hijo tuvo un intento de suicidio y pues claro que me afecta.

Sara Garcia: Creo que al igual que la señora Luz María, la culpabilidad y el estrés que tengo. Respecto a la comida es difícil porque estoy separada y me afectó mucho. Es difícil sobrellevar toda la situación porque la mujer con la que mi ex esposo hizo su vida vive en el mismo terreno, y es verlos a diario y pues me complica la vida, está siendo muy difícil para mí cuidarme y mantenerme a raya con la comida y el medicamento. Aunque me gustan mucho las verduras y cosas digamos saludables, en ocasiones no tengo hambre, y mis nietos son los que me insisten en que coma. Generalmente no duermo bien, me mandaron medicamento para dormir pero hay veces en las que me despierto a las 3 am y ya no puedo conciliar el sueño.

Maria del Carmen: Yo siento mucha preocupación por mi hijo, desde que cayó en las drogas, ha sido muy complicada la convivencia, él incluso ha llegado a culparme por su diabetes, por su adicción, me ha llegado a hacer sentir muy mal, pero en todos los grupos y lugares a los que lo he llevado para que lo ayuden me han dicho que no es mi culpa, él dice

que porque él está peor que yo en su diabetes si lleva menos tiempo enfermo que yo, es algo difícil de asimilar, pero ya me di cuenta que yo no tengo la culpa, y aunque me duela tengo que ver por mi misma, es por eso que estoy mejor yo sola.

Coordinador: Muchas gracias por compartir su vivencia Sra. Mari, lo más importante aquí es que tuvo el coraje de enfrentar toda la situación, y aún más que se dio cuenta que usted está primero y comenzó a cuidarse a sí misma.

Dra. Gaby: Somos un grupo donde hay confianza y hay que recordar que lo que se platique aquí no se va a mencionar afuera, le agradezco mucho por tener la confianza con todos nosotros. Este grupo se puede transformar en compartir y dialogar para ver qué estrategias se pueden lograr para mejorar nuestro autocuidado, para sentirnos un poquito mejor. Ya que han participado todas las personas que querían compartir algo, ¿Les parece si nos movemos un poquito?

Comienza la activación física a cargo de la Dra. Gaby.



Cierre de sesión

La Dra Gaby hace entrega de los recetarios saludables a cada participante del taller, se les explica el como fue diseñado y por quién fue diseñado. Se hace una invitación para que en la siguiente sesión traigamos propuestas para mejorar nuestro autocuidado.

Tareas para la siguiente sesión:

- Propuesta de receta saludable
- Alguna propuesta para mejorar nuestro autocuidado
- Propuestas para determinar cómo podemos fortalecer nuestras debilidades en el autocuidado

Próxima sesión: Lunes 9 de septiembre a las 11 am.

Hablaremos de 3 puntos: alimentación, emociones y actividad física.

Se vio que la alimentación saludable tiene que ver con la salud emocional, así que estamos explorando las fortalezas y debilidades para tener una alimentación saludable y eso lo vinculamos con las preguntas de la siguiente sesión con la salud emocional.

También se hará un diagnóstico en cuanto a la actividad física sobre en que los ayuda, cuáles son los obstáculos o debilidades que les impide hacer actividad física. Y posteriormente se tratará de ver en un entorno que la actividad física y la alimentación saludable pueda ayudar a la salud emocional, y ver las debilidades y los factores que influyen en su salud emocional y que no podemos modificar y crear un grupo de diálogo para determinar qué podemos hacer y mejorar para el autocuidado.

Estamos viendo cuál será el proyecto final, existe la propuesta del diario de salud

6ta Sesión.

Nombre	Padecimiento	Contacto
Claudia Jimenez	DM	55 5218 5839
Alvarez Hernandez Ma. Elena	DM y HAS	55 4061 0172
Juan Luis Anaya	DM y HAS	55 4061 0172
Maria Del Carmen Murillo	DM y HAS	
Blanca Estela Castro	DM y HAS	55 7635 3939
Luz Maria	DM y HAS	

Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:

- Francisca Santiago Hernandez
- Molinero Gil José Juan
- Manuela Juana Castro Romero
- Maria Estrada
- Ramiro Cortes Ocaña
- Marcela M
- Vicente Gomez
- Sara Garcia Rojas
- Emma Garcia
- Luz María Gonzalez Chaparro
- Emma Garcia
- Sara García Rojas

- Vicente Gomez
-

Bienvenida y encuadre.

Se da inicio a la sesión del día con un breve recordatorio de lo visto en las sesiones pasadas. Recordamos la finalidad del taller, el cual es generar propuestas para mejorar el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas, y se hace mención del 7mo encuentro de pacientes en donde se busca contar con una participación mayor por parte de las personas del centro de salud. Se establece el orden del día: Se hablará de cómo las emociones pueden intervenir en nuestro autocuidado y nuestra alimentación saludable.

Recordatorio de la sesión pasada

- Alimentación saludable
- Actividad Física
- Las emociones y mi alimentación

Inicia el conversatorio invitándoles a mencionar nuestras fortalezas y áreas de oportunidad con la primera pregunta clave:

¿Cómo afecta mi estado emocional y sentimientos en mi alimentación saludable?

Maria Del Carmen Murillo: A mi lo que me hace mal en mi alimentación es el pan, hay días en las que si puedo dejar el pan y hay días en los que me gana, yo creo que es porque tengo problemas de relación con mi hijo, sin embargo, se que no tengo que resolverle su vida voy a dejarlo que haga su vida, el ni por enterado esta que yo asisto a estas platicas, actualmente ya le comenzó con neuropatia en la otra pierna y siempre anda de malas por lo mismo de su enfermedad incluso he notado como cuando alega conmigo me brinca mi ojo izquierdo, yo haré lo posible para que ya no me afecte su manera de ser. A veces siento que mi enfermedad me gana, el pan es lo que mas me afecta, cuando estoy sola cuido más mi alimentación. cuando peleo con mi hijo me genera ansiedad, desde que consume drogas mis emociones están por el suelo, me ha llegado a decir que le hubiese heredado otra cosa y no la diabetes, siempre me echa la culpa. Ahora veo que he desaprovechado el tiempo para cuidarme, para ser feliz, considero que esta es una debilidad.

Coordinador: Ok, entonces por lo que escucho cuando usted se expone a estímulos como el estrés, enojo o tristeza derivados de una discusión familiar es cuando suele descuidarse en su alimentación además menciona que se siente que se cuida mejor cuando no esta su hijo al rededor y puede alimentarse sola. Creo que es inevitable que no nos afecte la situación de nuestros familiares, al verlo enfermo, consumiendo drogas ver que no hay autocuidado por su parte, nos duele y genera muchas emociones que pueden ser incómodas

de vivir. Podemos identificar emociones como ansiedad y culpa principalmente. Se han dado cuenta que tipo de alimentos consumen mientras se encuentran bajo los efectos de estas emociones?

Luis Anaya:

Ma. Elena: Yo me he dado cuenta que consumimos lo que nos gusta y lo que nos hace daño, en mi caso me encanta la tortilla y ando ansiosa hasta que no me hago una quesadilla ya ando tranquila pero despues ya viene la culpa y me me digo: " Ay no lo hubiera hecho". Y estoy pensando en que se me va a subir el azucar y entro en un estado de ansiedad precedido de la culpa. Por ejemplo me paso que estaba con la ansia de querer comer chicharrón pero resultó que me salieron granitos.

Coordinador: Muy bien, entonces esto nos hace pensar en que las emociones influyen durante todo el proceso de alimentacion, es decir, estan antes, durante y después de que ingiramos nuestros alimentos, ademas influyen en el tipo de alimentos que elegimos. De aqui la importancia de indentificar estas emociones. ¿Alguien más quisiera compartir ?

Blanca Estela: Yo vuelvo al tema del pan, entonces lo que yo he tratado de hacer mas saludable, haciendo yo misma mis panes de avena o de amaranto, eso me ayuda a no comprar pan con azucar refinadas, yo prefiero utilizar el piloncillo que no esta tan refinado y con eso me ayuda a mantener en calma mi ansiedad de andar comiendo, siento que es una forma de ir cambiando el habito del pan por una opcion mas saludable. Trato de alimentarme correctamente, ya que convivo con familia que vive con diabtes y obesidad, por ejmeplo en el caso de mi papá el sufrio de diabetes, y me cuenta como de niño sufrio hambre, el no quiso que nosotros pasaramos por eso y el nos traia a cada uno de nosotros cajas de frutas para cada uno, pienso que fue un mal habito que nos indujo, pero proveniente de su carencia durante su niñez, esto me hizo reflexionar sobre que era tanto su cariño que que este acto nos hizo daño y lo obeso pues ya no se nos quitó. Yo creo que debemos mantener una mente positiva me ayuda a cuidarme por lo que sería una fortaleza.

Claudia Jimenez: Yo por ejemplo, la semana pasada estuve viviendo con algo de ansiedad y tenía deseo de comer a cada rato, y me pregunté: ¿por qué es? por qué me siento ansiosa, me dieron ansias de estar comiendo dulces y chocolates. procuro tener dulces en casa pero también procuro ser fuerte y no comerlos, lo que si me ganó fue que comi 4 peras de la verde en un solo ratito.

Coordinador: Vaya, creo que usted ha dado un paso más adelante, al preguntarse por qué se siente de esa forma y por qué es importante ponerle atencion, es bueno buscar la razón de esa emociion tan fuerte que la invadió. Es importante buscar los hechos y acciones que nos hacen sentir emociones positivas y las negativas. Otra cosa importantes es la manera en la que podemos llegar a sustituir alimentos, la señora Blanca nos comparte como esta

buscando opciones mas saludables para poder ingerir pan, siempre con la premisa que todo en exceso es malo. Ahora bien, es importante también mencionar como desde nuestros primeros años de vida se iba formando una relación con los alimentos, mucho tiene que ver por ejemplo, si fuimos alimentados con seno materno o con fórmula, si de niños nos gustaba sentarnos a la mesa o si mas bien eramos de los niños que renegaban y hacíamos berriche para comer, todas esas emociones por las diferentes etapas de la vida se van reflejando al final en el adulto.

Considero interesante hacer la reflexión sobre que tipo de conductas hemos adoptado desde niños con respecto a nuestra alimentación, que relación tengo con cierto tipo de alimentos y si esta esta ligada a recuerdos de ni infancia.

Es una buena idea hacer la recapitulación sobre que siento durante todo el proceso que conlleva la alimentación una vez identificado, partir de ahí y entonces continuar con la siguiente pregunta.

-¿Por qué es importante para mí la alimentación saludable?

Maria del Carmen: Es importante para mantener una buena salud y para mantener un estado de bienestar, yo por ejemplo tengo 69 años y me digo, "hasta cuando voy a entender". ni porque vi a mi mamá cómo vivió y sufrió con su enfermedad, con su diálisis. Yo tengo la posibilidad de cuidarme y decidir por mí misma porque estoy sola pero en el caso de mi mamá los mismo hijos la tenía sometida a comer lo que le dieran le daban filetes congelados y cuando se lo servían estaba bien tieso y eso se lo tenía que comer, llegó el momento en el que mi mamá le aventaba el plato, porque decía que parecía suelo de zapato, yo hoy estoy en posibilidad de hacerme mi pechigueta, fresca y del día. Y luego que cree, en estos días me dio por comerme las uñas y yo no hacía eso, todas me las estuve mordiendo y al otro día me sentía culpable, yo sé que era ansiedad porque estoy asistiendo al psiquiatra, ahí veo la importancia de una alimentación es sentirse bien, yo me voy a beneficiar si como saludable.

Coordinador: Excelente, vemos como está hablando de su autocuidado, está logrando el autocuidado al darse cuenta que debe ponerse como prioridad. que debe comer de manera saludable y que sabe que debe asistir con el especialista para tratar su salud emocional.

Ma. Elena: Fíjese que yo comprobé que el alimento lo es todo, porque yo tuve anemia, desnutrición síndrome de duplicación, ya casi me iba a morir y pensé que ya podía comer lo que sea, pero me di cuenta que todo lo necesitamos pero en cantidades óptimas, por ejemplo, pensamos que necesitamos las vitaminas, pero mentira, el alimento es suficiente para obtener los nutrientes con la comida yo me repuse, el alimento es todo pero no en exceso, comer de todo es bueno pero en porciones adecuadas.

Claudia Jimenez: Yo estoy de acuerdo con que el alimento lo es todo pero también creo que los horarios y los tiempos de comida son importantes, muchas veces le damos la importancia a otras cosas materiales más que a lo alimentario, por ejemplo en mi caso

cuando entre a la prepa yo me levantaba mas tarde y desayunaba y luego cuando llegaba a cenar queria comer como si fuera la comida del dia. Y por cuestiones laborales, o escolares perdemos los tiempos de comida. Yo me di cuenta de esto cuando trabajaba con un jefe que se procuraba por sus trabajadores para que tuvieran colaciones. agua, fruta picada. Ahí fue cuando yo aprendi que tenia que comer entre comidas. Tambien pienso que depende del tipo de emoción con el que se acerca uno a comer si lo hacemos ansiosos o presionados, no te va a nutrir para nada tu comida.

Juan Luis Anaya: Yo voy a recapitular, para mí, mi estado de animo me da mucho coraje porque las verduras no me gustan, porque siento que son dulces, la fruta tampoco. A veces me cargo con pensamientos negativos de mi familia, porque cuando vamos a un restaurante me limitan al comer y eso me genera coraje, sin embargo me olvido de la parte positiva, es decir, que lo hacen por mi bien. Luego piensan que no me quiero y por eso no me cuido, siento que me atacan y me eso afecta. Yo la verdad ya tengo pereza para realizar mi diario medico.

De chico, me platicaba mi mamá que éramos muy pobres vivíamos en un rancho nuestra comida estaba basada en tacos de salsa y un jarrito de pulque y era eso lo que comiamos nosotros y ahora todo eso me gusta a mi. Otra importante que influye en mi estado de ánimo es que en mis oraciones pido fortaleza a mi señor a que me ayude a dejar todos mis malos hábitos, fumo por ejemplo 4 cigarros al día, pero por cualquier cosita bajo por mi cigarrito, es mi escape ante mis emociones, ahora vi el recetario y vi que solo venían recetas con pollo, pero a mi no me gusta, lo que me gusta mucho son las cremas y voy a checar si me pueden preparar unas. Yo me sabía diabetico pero no sabía de las consecuencias que conlleva la enfermedad, cuando empecé a perder la vista, pensé que era relacionado a lo mismo, y hace unos días sentí que me iba a dar un infarto y me espante mucho. mi estado de ánimo esta cambiante, cuando me prohíben algo me enoja y me empiezo a sentir mal, ahí la importancia de tener un apoyo familiar importante, y no solo que te ataquen. Hoy voy poco a poquito escuchando más a mi cuerpo.

Coordinador:

Me da gusto saber que está trabajando en su autocuidado, como bien dice: " me cae el veinte". Lo importante es que venga de uno mismo, darse cuenta que necesita cambiar cosas y lo principal es que alcance el autocuidado, generando una conciencia. Gracias por compartir como sus emociones tambien estan ligadas a la relacion que tenemos con la familia, pareciera que a veces nuestra familia no nos entiende pero, si bien, lo que buscan es nuestro bien. También es importante identificar las acciones que tomamos para evadir las emociones que a veces no queremos sentir, en el caso del señor Juan es a través del cigarro. Escuchar a nuestro cuerpo y darle lo que realmente necesita es fundamental para poder mejorar nuestra alimentacion.

¿Por qué queremos una alimentación saludable?

Luz Maria: Para estar bien para cuidar nuestro cuerpo y precisamente por la enfermedad con la que vivimos, pienso que lo importantes es la aceptación de nuestra condición, creo que pasa que como tal no la aceptamos y por eso queremos seguir comiendo como todos los demas y eso me cuesta trabajo el limitarnos a diferentes porciones, y pues ser concientesde que es por nuestra propia salud y para evitar enfermedades que pudieran desencadenarse en un futuro.

Coordinador: Es muy importante que lo que comenta la aceptación es un paso fundamental, el objetivo de este espacio es mejorar la calidad de vida y llegar a sentir que no vivimos con la enfermedad.

Claudia: Siento que se puede educar al estómago, a veces pienso que muchos no comen por hambre, sino por gula, son porciones desproporcionadas. una buena alimentación no solo se manifiesta al interior sino también se ve en la piel, en la coloración e hidratación.

Blanca Estela: A mi me ayuda mantener mucho mis horarios de comida, he implementado mis colaciones. Creo que respetar los horarios son muy beneficiosos así como vigilar las porciones, ahora que como mis 5 tiempos me siento mejor porque mejoro mi alimentación y mejora mi calidad de vida.

Malaria del Carmen: yo pienso que la diabetes no es para satanizalr, como dicen la "diabólica", yo siento que debemos tener un control, porque yo he visto como baja la glucosa mediante este control, pero la comida es esencial porque de ahi pueden venir todas elas enfermedades Entonces si yo mejoro mi alimentación, puedo dejar de aplicarme insulina ?

Coordinador: Es posible ir disminuyendo paulatinamente la insulina, debemos recordar que la base del tratamiento es la alimentación. Y si bien no podemos deshacernos de las emociones, las tenemos porque nos ayudan a relacionarnos mejor, pero si sería bueno conocerlas y regularlas. Un buen tip es el escribir nuestras emociones, este ejercicio nos ayuda a dejar de tener las emociones dando vueltas en la cabeza y que se queden por escritas, al leerlas nos ayuda a conocernos mejor y es una herramienta para saber como abordarlas la proxima vez que nos sintamos igual.

Cierre de sesión

Para comenzar con el cierre de sesión se hace una recapitulación de los temas abordados durante el día: Se hace énfasis en que indudablemente las emociones pueden influir de manera negativa en nuestra alimentación, pero también pueden hacerlo de manera positiva. El expresar nuestra emocionalidad es una parte fundamental del autocuidado, ya que al estar guardando todos los sentimientos podemos llegar a generar un estado de constante estrés. Los coordinadores agradecemos la confianza que han tenido todos para que todos podamos compartir nuestro sentir y pensar en cuanto a nuestro autocuidado. Se acuerda la fecha de la siguiente sesión y se establecen temas de discusión para la siguiente sesión.

Tareas para la siguiente sesión:

- Propuesta de receta saludable
- Registrar las emociones que vayamos sintiendo durante el día, a manera de diario
- ¿Es la actividad física importante en mi vida?
- Reconocer las situaciones en donde la actividad física interviene en mi autocuidado

Próxima sesión: Lunes 23 de septiembre a las 11 am.

7ma Sesión.

Nombre	Padecimiento	Contacto
Claudia Jimenez	DM	55 5218 5839
Sara García Rojas	DM y HAS	
Blanca Estela Castro	DM y HAS	55 7635 3939
Luz María Gonzalez Chaparro	DM y HAS	
Maria Elena	DM	
Manuela Juana Castro Romero	DM	

Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:

- Francisca Santiago Hernandez
- Molinero Gil José Juan
- Maria Estrada
- Ramiro Cortes Ocaña
- Marcela M
- Vicente Gomez
- Emma Garcia
- Emma Garcia
- Sara García Rojas
- Vicente Gomez

Bienvenida y encuadre.

Se da inicio a la sesión del día con un breve recordatorio de lo visto en las sesiones pasadas. Recordamos la finalidad del taller, el cual es generar propuestas para mejorar el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas, y se hace mención del 7mo encuentro de pacientes en donde se busca contar con una participación mayor por parte de las personas

del centro de salud. Se establece el orden del día: Se hablará de cómo la actividad física puede intervenir en nuestro autocuidado y nuestra alimentación saludable.

Recordatorio de la sesión pasada

- Alimentación saludable
- Actividad Física
- Las emociones y mi alimentación

Inicia la sesión lanzando la pregunta:

-¿Por qué es importante la actividad física ?

Luz maria:

Yo pienso que como tenemos azúcar en la sangre, nos ayuda a disminuir la cantidad de sangre junto con el agua, por ejemplo con limón, nos ayuda a rebajar la cantidad de azúcar en el cuerpo y el ejercicio ayuda a quemar calorías.

Blanca Estela:

Yo veo que en la televisión promocionan el ejercicio y agua y lo recomendable es tomar agua simple, también nos sirve para ejercitar el cuerpo no dejar de caminar, yop veo gente de mi edad que utiliza bastón y les cuesta las subida y pues yo creo que eso es lo que sirve, tomar agua simple y no dejar de movernos para fortalecer las piernas.

Coordinador:

Ya veo por lo que comenta que el realizar ejercicio ayuda a mantener una autonomía además de quemar las calorías, favorece también la movilidad. reduciendo así el sedentarismo

Sara:

Yo por ejemplo me subo a la caminadora pero no soy constante, de un tiempo para acá he estado padeciendo de la cintura para abajo, entonces creo que la caminadora me ayuda se que el ejercicio es primordial para nosotros los que padecemos de diabetes. Mi principal impedimento para salir a realizar ejercicio es que estoy teniendo diarrea y es a tal grado que así como salgo del baño entro de nuevo.

Claudia:

Sí es importante, en estas dos semanas por ejemplo a mi me cancelaron mis clases de natación pero me di cuenta que afecta a mi estado de ánimo y el nivel de azúcar aumentó, ciertas partes de mi cuerpo las sentía pesadas y pues me lastime el dedo del pie la verdad

me deje consentir y siento que pues eso me inutiliza un poco. También siento que cuando estoy en actividad me da claridad y cuando no siento que me falla la memoria.

Maria Elena:

Tienen razón el ejercicio ayuda a favorecer el apetito, a mi me da mucha pereza, la verdad hago solo una que pro ejercicio y pues ultimamente solo me han estado dando masaje, a veces se me generan unas bolas en las rodillas y con el masaje me han ayudado, pienso que si hago ejercicio puedo lesionarme más, pero la verdad he estado solo en la cama y me dormito a cada rato y según vemos la tele y me quedo dormida.

Manuela:

A mi una parte que me afecta es por ejemplo el clima porque con los cambios de temperatura me limita, ya tengo el antecedente de dos neumonías y pues siento que me tengo que cuidar más, lo que sí hago es subir y bajar las escaleras, a veces tengo que suspender la actividad física porque la humedad me hace daño

Coordinador:

Así es. y entonces ¿Ustedes cuáles dirían que son sus debilidades?

Claudia:

Pretexto para realizar ejercicio, no ponerlo como prioridad

Luz Maria:

El pretexto para mi es el clima,

Blanca estela :

Yo si hago mi ejercicio 20 min a la hora que pueda, eso me ayuda a sentirme bien.

Sara:

A mi no me dan ganas de salir. y pues si son pretextos los que no me dejan.

Maria Elena:

Yo me estoy consintiendo mucho, nos dejamos dar masajito y pienso que asi no me lastimo. pero es cierto que uno tenga la decisión de levantarse

Coordinador:

Muy bien y ahora me gustaría hablar también sobre el componente emocional por ejemplo, ¿En qué me puede ayudar la actividad física en mi estado emocional?

Manuela.

Cuando se vive un duelo, hay angustia, tristeza a uno le da el bajón y eso no ayuda porque no hay motivación, uno se encierra. la actividad física puede ayudar al estado emocional. Algo que aprendí es que si nos estancamos se acumula el ácido láctico y al realizar ejercicio se liberan endorfinas y eso nos ayuda a sentirnos mejor.

Claudia:

Ayuda a subir el ánimo, y a mantenerte animado.

Luz maria:

El ejercicio ayuda a sentirse en un estado de liviandad, estas activa y te sientes productiva

Sara:

En mi caso trato de hacer mi vida normal, desde mi separación vivo con ello y es difícil y pues creo que eso me limita un poco a llevar mi vida normal

Coordinador:

La propia experiencia es lo más valioso que podemos compartir, esta es la finalidad de este espacio haciendo la recopilación de algunas de las fortalezas y debilidades que han salido a flote como resultado de este conversatorio:

Debilidades	Fortalezas	Propuestas para Realizarlas
Pereza	Salud mental	Realizar ejercicio en casa
Inconstancia	Claridad de pensamientos	Hacerlo sentados
Estado de salud	Bienestar	Actividades en grupo
Disponibilidad de horarios	Hacerlo acompañado	
Lesiones	Mejora la digestión	
Intensidad de ejercicio	Mejora el estado de ánimo	
El clima	Fortalece los músculos y previene caídas	
Poca condición física		
Estado emocional		
Apatía para realizar quehaceres		
Sensación de soledad		

¿La actividad física genera bienestar?

Todos: Sí, definitivamente no cabe duda que ayuda a sentirnos mejor.

Cierre de sesión

Para comenzar con el cierre de sesión se hace una recapitulación de los temas abordados durante el día: se exponen la tabla de debilidades y fortalezas para generar una conciencia colectiva de lo que nos puede limitar o beneficiar el hacer ejercicio o bien actividad física. Se acuerda la fecha de la siguiente sesión y se establecen temas de discusión para la siguiente sesión.

Tareas para la siguiente sesión:

- Propuestas para desarrollar en el encuentro de pacientes
- Registrar las emociones que vayamos sintiendo durante el día, a manera de diario

Próxima sesión: Lunes 7 de octubre a las 11 am.

8va Sesión.

Nombre	Padecimiento	Contacto
Claudia Jimenez	DM	55 5218 5839
Alvarez Hernandez Ma. Elena	DM y HAS	55 4061 0172
Juan Luis Anaya	DM y HAS	55 4061 0172
Maria Del Carmen Murillo	DM y HAS	
Vicente Gomez	DM	55 3713 8283

Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:

- Francisca Santiago Hernandez
- Molinero Gil José Juan
- Manuela Juana Castro Romero
- Maria Estrada
- Ramiro Cortes Ocaña
- Marcela M
- Emma Garcia
- Luz María Gonzalez Chaparro
- Emma Garcia
- Sara García Rojas

07- Octubre - 2024

Relatoría de 8va sesión del taller

Bienvenida y encuadre

Se da inicio a la sesión del día de hoy con la bienvenida y recapitulando lo visto en sesiones previas, haciendo especial énfasis en reconocer las fortalezas y las debilidades que se han llegado a mencionar en el taller. Comenzamos con la pregunta:

¿Cuáles son las fortalezas que encontramos en nosotros mismos para el autocuidado?

Juan Luis: En cuanto a las fortalezas que puedo identificar es que siempre me ha ayudado pensar en el ¿Porque me pasa esto? Y al principio me aflijo pensando en que ya tengo muchos años y que padezco de muchas cosas, sin embargo me doy cuenta de las personas que tienen todavía más cosas, que por ejemplo no tienen ya sus miembros, darme cuenta de eso me ha dado la fuerza para seguir adelante, el pensar que a pesar de todo puedo caminar o que tengo un poco de salud, eso se me hace una fortaleza porque aun puedo seguir. En cuanto a lo otro es que en la convivencia, pues he aprendido a convivir con mi enfermedad, he sido una persona que sabe seguir los reglamentos para mi bien, en cuanto a la glucosa siento que me ha ido bien, aunque ayer no me fue tan bien, recordé que no comí tan sano y pues evidentemente se alteró mi glucosa, me di cuenta que abuse y que no me cuide, pero pues he aprendido que si me excedo en las cosas que van a subir la glucosa, pues es evidente que no me cuido a veces. Creo que el llegar a esa disciplina de saber como cuidarme es lo que me ha ayudado y asistiendo a este grupo se me ha hecho más fácil continuar cuidándome, se puede percibir esta parte del autocuidado.

Coordinador: A veces uno se hace la pregunta ¿Por qué a mi? Es importante identificar el porqué de las cosas, encontrar el meollo del asunto, como nuestros comportamientos modifican nuestra salud.

¿Alguien más que quiera compartir alguna fortaleza o debilidad?

María del Carmen: Mi debilidad sigue siendo el pan, y la comida en general, en cuanto a mis fortalezas son mi grupo y ustedes, creo que la atención que nos ponen me ha ayudado bastante para poder cuidarme, también que me reflejo en mi hijo, no quiero terminar así como él. Y ahora si me puse de meta que después del día de muertos ya no habrá mas pan. Mi fortaleza mas grande son ustedes, el grupo asesor me escucha y me entiende, me siento escuchada y respaldada.

María Elena: Para mi lo bueno fue que aquí pudimos expresarnos, nos escuchan y aquí ya puedo dejar de sentirme culpable en cuanto a la alimentación, en mi casa me culpaban por cosas y cuando empecé a venir aquí me di cuenta que lo importante es que uno se quiera, que se preocupe por uno mismo, me doy cuenta que esa es la disciplina y pues pensar en uno. Yo antes me la pasaba culpándome de todo, de cosas de mis hijos y pues realmente

no eran mi responsabilidad pero al final de cuentas duelen. Y ahora que estamos así en donde se siente que uno ya no sirve para nada, que siente que depende de los demás para poder sentirse útil y capaz de hacer mis cosas diarias, ya no poder ser la de antes, el ya no poder estar activa. Me hacen sentir dependiente de los demás. Me cuesta trabajo no poner un límite al cuidado y protección que me da mi familia. También he aprendido que todo en exceso es malo, al final de cuentas el organismo necesita de todo, pero en cantidades pequeñas, sin exagerar, también por eso ya he tratado de no aislarme tanto en las reuniones familiares, así puedo convivir un poco más.

Vicente: Me he dado cuenta que mi mayor debilidad es comer, hay veces que te sientes muy cansado y pues ya no puedes hacer ejercicio, a veces es más grande el deseo de querer seguir descansando antes de hacer ejercicio. Si lo hago pero después de trabajar lo que más ganas tienes es de descansar. Por culpa del trabajo es cuando más me descuido, es necesario buscar un orden y una disciplina, tratar uno de cambiar sus hábitos, de cambiar el contenido del refrigerador. Pero aún así sigues mal, uno se frustra porque no sabes como vas a vivir y seguir adelante, creo que he tenido varias piedras angulares para mi autocuidado como lo es cambiar el contenido de mi refrigerador, tratar de cambiar las cosas chatarra por cosas saludables, frutas y verduras por ejemplo.

Claudia: Yo ya entendí, ya le llore y me levanté, el punto principal es entender y aceptar la enfermedad, a partir de ahí comienza el autocuidado y creo que también entra como una fortaleza en mi caso, el aceptar la enfermedad y saber que tengo que hacer cambios en mi vida para poder estar mejor. Me doy cuenta que no es necesario echarle la culpa a nadie, porque uno sabe que debe comer desde pequeño, pero uno pierde el piso al querer probar comida chatarra desde hamburguesa, pizza, alitas etc. Ahí es donde te preguntas ¿porque me heredó esto mi mama? Pero realmente no te cuidas, sabes a conciencia que no te cuidaste y que haces cosas para perjudicar tu salud, fue un proceso largo de aceptación y una conversación conmigo misma, o sea si me heredaron la DM, pero se desencadenó por culpa de no cuidarme. Al estar aquí me doy cuenta de todas las situaciones en donde no me estoy cuidando. Uno debe hacerse responsable de lo que está pasando con su salud.

Coordinador: Aquí nos podemos dar cuenta de que el entorno puede actuar como una debilidad y una fortaleza; El que mi familia y amigos sepan de mi proceso de autocuidado, puede sensibilizarlos y cambiar sus hábitos, incluso logrando un beneficio también para ellos. Sin embargo, al mismo tiempo puede actuar como una debilidad porque puede ocasionar que se nos antoje la comida que no nos hace bien, que incluso lleguemos a aislarnos precisamente para no caer en la tentación de comer cosas que no nos hacen bien. Otra fortaleza que se alcanza a identificar es que logramos darnos cuenta de que son las cosas que necesitamos para nuestro autocuidado, sabemos como debemos modificar nuestros hábitos para tener una plenitud en nuestra vida.

Coordinador: Una vez encontrando cuáles son nuestras fortalezas y debilidades, ahora vamos a generar una propuesta para integrar estos 3 grandes círculos o sistemas que tenemos trabajando: **Las emociones, la alimentación y nuestra actividad física.** Ahora me gustaría que comencemos a pensar y proponer estrategias en estas tres esferas para mejorar nuestro autocuidado. Como unir estas tres partes.

¿Qué propuestas puedo generar para integrar estas tres esferas?

Vicente: Algo que por ejemplo me doy cuenta que me funciona es comprar la mayoría de la comida en el mercado, porque así podemos encontrar lo necesario para la canasta básica sin necesidad de tantos alimentos procesados como galletas, papas o cosas así que no nos hacen bien. Al súper voy una vez al mes, solo para conseguir cosas de limpieza, dulces, harinas, refrescos, jugos, cosas que a final de cuentas no me hacen bien, son cosas que uno tiene que ir eliminando. ELIMINAR COSAS QUE NOS HACEN MAL.

María Elena: Nos damos cuenta que si no lo hay, no lo consumimos. Se nos antoja pero si no hay, es mejor porque no lo tenemos a la mano.

Claudia: Creo que eso es malo, porque a pesar de que no lo tengas, sigues teniendo la ansiedad por comerlo. Creo que es mejor tenerlo a la mano y saber controlarse. Uno sabiendo y la tentación en casa, va desarrollando esa fuerza de voluntad, porque me pasa eso con el pastel y con el pan de dulce, con el refresco y obviamente se me antoja pero voy dando probaditas.

Coordinador: Entiendo que la PROPUESTA ES PONERNOS LÍMITES, de saber gradualmente como irnos quitando la tentación, ESTABLECERNOS METAS para poder medir el cambio y el desarrollo que uno está teniendo.

María Elena: Yo creo que con la familia no se puede, mientras estén las cosas si se las acaban y pues uno se acostumbra también a comprarlas y tenerlas ahí a la mano.

Luis Anaya: A mi lo que me satisface es ver y convivir con la familia, a pesar de que tenga la tentación en una fiesta de comida o de bebida, creo que totalmente vale la pena saber controlarse y saber que hacer para cuidarse a uno mismo. Uno sabe, lamentablemente entendemos hasta que nos da una enfermedad, pero siempre uno se la pasa bien con la familia. La propuesta que yo veo mejor es HACER CONOCEDORES A NUESTRO CÍRCULO SOCIAL DEL PROCESO QUE UNO ESTÁ LLEVANDO.

Vicente: Buscar la manera de uno ser feliz, a mi si me gusta salir con mis amigos y familia a las fiestas, pero hay veces en las que ya no le veía sentido si no tomaba una chela, era pensar ¿para qué vine? Si no tomaba mejor me iba, no estaba a gusto, uno tiene que

aprender a ser feliz de alguna u otra manera, buscar estar bien estando bien. Si me duele porque a mi familia le gusta mucho convivir, siento mal despreciarlos pero a final de cuentas es lo que toca, al principio la salud la pones por debajo de todo. A veces cuando la familia te pone límites hasta te hace enojar, porque a final de cuentas es MI salud, yo decidía. Hay gente que se puede hasta suicidar por no darle problemas a nadie.

Coordinador: Me parece muy valioso lo que estás compartiendo con nosotros, y siguiendo en esa línea, me gustaría preguntarle directamente: ¿Qué fue lo que te hizo darte cuenta que necesitabas tener este cambio en tu vida?

Vicente: Fue sobre todo darme cuenta que mi movilidad y mi rendimiento ya no eran los mismos, me cansaba, tenía un desgano total de hacer las cosas, es cuando dices yo no soy así, me gusta estar bien conmigo mismo, una persona que pueda hacer sus cosas sin necesidad de darle preocupación a nadie, el darme cuenta de que necesito hacer para DARLE SENTIDO A MI VIDA.

Coordinador: Muchas gracias por compartirlo, me gustaría invitarte a ti y a todos los demás, que si gustan compartir alguna vivencia o algo que les haya ayudado a fomentar su autocuidado, puedan hacerlo el día del encuentro de pacientes, tal vez puedan motivar a alguien más para que también hagan esos cambios en sus vidas.

María del Carmen: Yo sustituí la longaniza, y las cosas malas por verduras verdes, SUSTITUIR cosas que no nos hacen tanto bien, por cosas que no son tan malas.

Coordinador: La parte de darle sentido a la vida puede ir de la mano con el tema espiritual, es difícil vagar en un mar de posibilidades, el amor propio, el cuidarme a mí mismo, Esta parte de amor propio puede darse para generar propuestas.

¿Si yo pongo en práctica estas propuestas, cómo me van a ayudar adoptando estas propuestas mi vida puede cambiar o mejorar?

Claudia: Cada vez que tu hablas, cada vez que expresas lo que sientes, repetirlo en voz alta para que tus oídos lo escuchen y se afiancen más

María Elena: Poder TRANSMITIR el proceso, dar un mensaje de todo el proceso, no estar vacío del corazón, que estamos enfermos, que estamos mal.

Vicente: Es el pensamiento de todos, el como poder encontrarle sentido a todo lo que hacemos, es mejor ocuparse de nosotros mismos.

Coordinador: Todas son propuestas buenísimas, si gustan podemos ir cerrando la sesión dejando de tarea el pensar más propuestas y pensando en que queremos compartir para el

día del encuentro de pacientes. Muchas gracias a todos por compartir y asistir a la sesión; El siguiente taller se programa para el día 21 de octubre a las 11 am.

9na Sesión.

Nombre	Padecimiento	Contacto
Claudia Jimenez	DM	55 5218 5839
Alvarez Hernandez Ma. Elena	DM y HAS	55 4061 0172
Juan Luis Anaya	DM y HAS	55 4061 0172
Blanca Estela Castro	DM, ERC, HAS	
Luz María González chaparro	DM	55 3713 8283
Maria Guadalupe Cortes Balderas	DM	
Elizabeth Cerón		ENFERMERA MÓDULO 2

Participantes que han acudido a sesiones anteriores y no se presentaron:

- Francisca Santiago Hernandez
- Molinero Gil José Juan
- Manuela Juana Castro Romero
- Maria Estrada
- Ramiro Cortes Ocaña
- Marcela M
- Emma Garcia
- Sara García Rojas
- Mónica Solis Murillo

Relatoría de la 9na sesión del taller

Bienvenida y encuadre

Se da inicio a la sesión del día de hoy con la bienvenida, se otorga un espacio para saludar y narrar cómo nos fue durante las Fiestas Navideñas, para facilitar la confianza y simpatía. Posteriormente se hace un recordatorio sobre las reglas que deben seguirse con la finalidad de llevar a cabo una sesión favorable y respetuosa. Se informa sobre los temas a tratar, a saber:

1. Bienvenida y encuadre; Pretarea, Tarea, Proyecto.
2. Balance del Consejo Asesor
3. Lluvia de ideas respecto al rumbo del taller.

4. Cierre de la sesión con la recopilación de las ideas previamente obtenidas

BALANCE DEL CONSEJO ASESOR:

COORDINADOR:

Como ya saben llevamos 6 meses con el taller de autocuidado creo que hemos avanzado bastante, dentro de la sesión de hoy estamos haciendo un balance sobre el nivel de logro que el consejo asesor ha conseguido, lo podemos calificar como muy alto, alto, medio, bajo o no logrado.

CLAUDIA:

Yo lo que he visto es que aquí hemos encontrado una forma de desahogo y bueno ya estoy haciendo más conciencia de lo que hago o lo que no, siento que hemos alcanzado un nivel máximo.

LUZ MARIA:

Exactamente y aprender de nosotros mismos los pequeños o grandes errores que hemos cometido para lograr aprender de ellos. creo que nos hemos llevado bien como dice Claudia hemos alcanzado muy alto.

COORDINADOR:

¿Creen que han tenido la libertad de poder expresar sus ideas o pensamientos?

CLAUDIA:

Creo que aquí se siente la confianza para desahogarse y para decir que estoy en confianza y se que de aquí no sale y saber que tienes a alguien que te está escuchando si bien quizá no con preparación psicológica, sin embargo ustedes todos poseen conocimientos y nos podemos guiar. Al principio yo no quería hablar porque me daba pena, creo que hemos logrado un nivel alto.

MARIA GUADALUPE:

Bueno lamento haberme perdido las sesiones pasadas pero creo que es un excelente taller. donde nos dan la oportunidad de expresar lo que sentimos, eso nos ayuda mucho al escuchar a los demás, qué buena idea que exista este taller y espero que continuemos.

CLAUDIA:

Lo mejor de todos es que no nos juzgamos nadie te señala o te expone, eso que uno puede decir quizá hay otro compañero

Maria Elena: Yo aquí he aprendido mucho, inclusive aprender lo que significan las cifras de la presión. Yo siento que de aquí he aprendido mucho aunque en casa a veces no se tiene estos lugares seguros.

JUAN LUIS:

A mi me ha ayudado mucho a salir de mi esfera, he trabajado en mi soberbia, hoy puedo reconocer que las personas a mi alrededor que me quieren me aconseja cosas que piensan que soy para mi bien, es decir, tener paciencia y aceptar lo que venga, no ser tan soberbio y respetar la forma de pensar, esto me ha ayudado al escuchar a mis compañero lo más importante es vivir aceptar y controlar las enfermedades, aquí me doy cuenta de que la vida es un regalo de Dios y tenemos que aprovecharla hasta el último momento de vida, o sea algo que me haga disfrutar que estoy viviendo y no hacer las cosas con desagrado y evitar que esos estado de ánimo que a veces me preocupan me hagan decaer. Por eso me ha servido este taller porque aquí los que venimos somos los que necesitamos medicina para el cuerpo, mente y alma.

LUZ MARIA:

Como han comentado todo lo que hemos estado viendo nos ayuda, al final de cuenta todos vamos a un solo punto que es alcanzar el autocuidado uniendo el ejercicio la alimentación y cuidando nuestras emociones.

COORDINADOR:

Así es, todo esto que toca la señora María Elena creo que tiene que ver con la salud emocional, tema que estuvimos tratando durante las sesiones pasadas y el cual ha sido de vital importancia para nosotros. Pues bien justamente eso es lo que necesitamos saber ¿Cuáles serían nuestras aspiraciones y perspectivas respecto al taller para este año 2025? Recuerden que como consejo asesor está en ustedes la capacidad de dirigir este taller hacia algún proyecto, objetivo o propuesta y trabajar en base a eso.

LUZ MARÍA:

A mi me gusto la propuesta que salió en el encuentro pasado, el taller de zumba, baile o actividad física que se solía impartir, cómo podemos hacer

ELIZABETH CERÓN:

Así es fue una propuesta del encuentro, antes estaban los grupos de ayuda mutua, al llevar la pandemia se suspendieron, cuando su servidora y la encargada de la clínica solemos tener esa actividad, se daba el taller de baile, para personas que viven con enfermedades crónicas degenerativas. Ahora bien sería hablar con la directora de la unidad y pedir que nos pueda dar luz verde.

JUAN LUIS:

Yo creo que podamos ver los temas o propuestas que vayan saliendo estaría bien que los podamos compartir en whatsapp.

COORDINADOR:

Claro que sí, esa es una muy buena idea.

CIAUDIA:

Yo creo que si es buena idea darle buena difusión con unos carteles, y entre nosotros en nuestros estados de whatsapp podemos subirlos a nuestros estados y pues invitarlos a venir hacerles saber que el Centro de Salud se está preocupando por la población y que estos talleres están abiertos al público sin costo. Además yo creo que debe ser algún tipo de actividad física que esté adecuada para que si alguien tiene alguna limitación pues no se sienta excluido.

COORDINADOR:

Qué les parece la idea del cartel para darle difusión al grupo.

BLANCA:

esta muy bien por ejemplo yo también entiendo lo de las limitaciones para hacer ese tipo de ejercicios, por ejemplo en la alberca puedo hacer mucho mejor mi ejercicio. Por ejemplo el tai-chi podría ser una opción.

MARIA GUADALUPE:

Yo la verdad venía por la tarde pero nunca nadie me informó sobre esto, me gustaría que hubiera al menos un cartel donde diga la hora, el lugar y la actividad. para que más gente lo vea y venga.

LUZ MARIA:

¿Entonces si se hace actividad física ya no se haría lo del taller como este conversatorio?

COORDINADOR:

Pues tendríamos que ver, cuales son las necesidades del grupo y lo que el grupo busque y desee hacer. Creo que la idea es que estos lugares no se pierdan sino que se vayan complementando. podría tomar una parte del tiempo destinado a la actividad física y otra para la charla.

JUAN LUIS:

Yo creo que primero debería aceptarse esa petición, y pues como dicen tener en cuenta las limitaciones que cada uno pueda tener, a mi por ejemplo me gustaba bailar y claro lo más importante es asistir por ejemplo a mi ya se me hacia tarde por venir y me da gusto ver a

mis compañeros, bendito Dios, que todos estamos aquí y que estamos bien, y tratarnos de hacer un solo cuerpo y una familia.

COORDINADOR:

lo que podemos hacer para la siguiente reunión podemos mandarles el resumen de lo que hemos concluido hoy y por supuesto vayan pensando cómo les gustaría que fueran los carteles, las frases que les gustaría que llevara y podemos traer las computadoras y podemos ir diseñando los detalles. Pues bien, para ir cerrando la sesión de hoy y sería dentro de dos semanas, sería el lunes 27 de enero a las 11:00am.

3.4 Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud CST-III Ampliación Hidalgo a cargo de Luis Alberto Gonzalez Pahuá

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social.

(De acuerdo con los registros preexistentes y de nuevo ingreso en Redcap)

Tabla No. 1

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

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria:Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	14	54
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	0	0
Recuperados a partir de agosto de 2023	12	46
Total	26	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025 Nota:

La mayoría de los pacientes no estaban llevando un seguimiento por parte del MAICP, por lo que se intentó reingresar a la mayoría de las personas, sin embargo, algunos ya no acudieron a consulta de control y seguimiento.

Tabla No. 2
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2024 - enero 2025
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	17	65.38
No activas	9	34.6
Total	26	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Nota:

En su mayoría, las personas de la población correspondiente a Ampliación Hidalgo se preocupan por su salud, acuden de forma regular a su consulta.

Tabla No. 3
Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo febrero 2024 - enero 2025
Centro de Salud T. III:
Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	8	30.7
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	9	34.6
Total	13	50

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

2. Información demográfica.

Tabla No. 4
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo a
sexo Centro de Salud T. III:
Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	No	%
Femenino	12	70
Masculino	5	29.4
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	17	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 5
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo a edad
Centro de Salud T. III:
Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	10	58.82
70 – 79 años	6	35.29
80 y más años	1	5.88
Total	17	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 6
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo a edad y sexo
Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	0	0	0	0	0	0
40 – 49 años	0	0	0	0	0	0
50 – 59 años	0	0	0	0	0	0
60 – 69 años	6	35.29	4	23.52	10	58.82
70 – 79 años	5	29.41	1	5.88	6	35.29
80 y más años	1	5.88	0	0	1	5.88
Total	12	100	5	100	17	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

3. Diagnóstico y seguimiento.

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2024 - enero 2025 de acuerdo a edad Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	8	47
7	4	23.5
8	4	23.5
9	1	5.88
10	0	0
11	0	0
12 y más	0	0
Total	17	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Nota: Afortunadamente la mayoría de las personas acudieron en repetidas ocasiones a consulta, sin embargo en algunos casos no era al módulo donde se impartía el MAICP, por lo que se encuentran activos, pero bajo revisión de otro profesional de la salud.

Tabla No. 8
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
 - enero 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
 Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	12	70.58
Hipertensión arterial	13	76.47
Diabetes Mellitus tipo 2	16	94.11
Dislipidemia	5	29.41
Obesidad e hipertensión	5	29.41
Obesidad y diabetes	5	29.41
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	12	70.58
Obesidad, hipertensión y diabetes	5	29.41
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	5	29.41
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0
Total	78	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Nota: Como se puede apreciar en la tabla, la población en el CST-III Ampliación Hidalgo, tiene una alta prevalencia en diabetes tipo 2, así como en Hipertensión Arterial Sistémica, seguido de sobrepeso y obesidad.

Tabla No. 9
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	7	41.17	5	29.42	12	70.58
Hipertensión arterial	9	52.94	4	23.52	13	76.47
Diabetes Mellitus tipo 2	11	64.7	5	29.42	16	94.11
Dislipidemia	3	17.64	2	11.76	5	29.42
Obesidad e hipertensión	7	41.17	4	23.52	11	64.7
Obesidad y diabetes	6	35.29	5	29.42	11	64.7
Obesidad y dislipidemia	2	11.76	2	11.76	4	23.52
Diabetes e hipertensión	8	47.05	4	23.52	12	70.58
Obesidad, hipertensión y diabetes	4	23.52	1	5.88	5	29.42
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	17.64	2	11.76	5	29.42

Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Total		100		100		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 10
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	7	41.17
70 – 79 años	3	17.64
80 y más años	1	5.88
Total	11	64.70

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 11
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	8	47.05
70 – 79 años	4	23.52
80 y más años	1	5.88
Total	13	76.4

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 12
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	9	52.94
70 – 79 años	6	35.29
80 y más años	1	5.88
Total	16	94.11

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Nota: Como se ha mencionado anteriormente, la incidencia de personas con diabetes mellitus tipo 2 es la más elevada de todos los padecimientos crónico degenerativos.

Tabla No. 13
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	17.64
70 – 79 años	2	11.76
80 y más años	0	0
Total	5	0

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 14
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial
Centro de Salud T. III:
Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	17.64
70 – 79 años	1	5.88
80 y más años	1	5.88
Total	5	29.41

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 15
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus
tipo 2

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	17.64
70 – 79 años	1	5.88
80 y más años	1	5.88
Total	5	29.41

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 16
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	7	41.17
70 – 79 años	4	23.52
80 y más años	1	5.88
Total	12	70.58

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 17
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial
y diabetes mellitus tipo 2
Centro de Salud T. III:
Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	17.64
70 – 79 años	1	5.88
80 y más años	1	5.88
Total	5	29.41

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 18
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024
- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus
tipo 2 y dislipidemia
Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	17.64
70 – 79 años	2	11.76
80 y más años	0	0
Total	5	29.41

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 19
 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
 Periodo febrero 2024 - enero 2025
 Centro de Salud T. III: Ampliación
 Hidalgo
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	14	82.35	10	58.82	10	58.82
Fuera de control	2	11.76	0	0	4	23.52
Total	16	94.11	10	58.82	14	82.35

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Nota: Algunos pacientes no tienen estudios de laboratorios recientes, por lo que no se considera su glicemia venosa, y por ende, se consideran en descontrol.

Tabla No. 20
 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
 Periodo febrero 2024 - enero 2025
 Centro de Salud T. III: Ampliación
 Hidalgo
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	10	58.82
Fuera de control	6	35.29
Total	16	94.11

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 21
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control
 Periodo febrero 2024 - enero 2025
 Centro de Salud T. III: Ampliación
 Hidalgo
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	13	76.47
Fuera de control	0	0
Total	13	76.47

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Nota: Creo que es importante recalcar que la totalidad de las personas que padecen hipertensión arterial sistémica se encuentran en un adecuado control de sus cifras tensionales. Sigue siendo merito propio de las personas por el buen apego farmacológico y el mantenimiento de sus bitácoras de presiones arteriales.

Tabla No. 22
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico
 Periodo febrero 2024 - enero 2025 Centro
 de Salud T. III: Ampliación Hidalgo
 Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	4	23.52
Fuera de control	1	5.88
Total	5	29.41

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 23
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control
de acuerdo con triglicéridos séricos
Periodo febrero 2024 - enero 2025
Centro de Salud T. III: Ampliación
Hidalgo
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	3	17.64
Fuera de control	2	11.76
Total	5	29.41

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

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

Para el módulo 4 del MAICP teníamos que integrar la teoría del modelo de atención en la práctica clínica del primer nivel de atención, para esto se empleó una dinámica de exposición de casos clínicos por parte de los pasantes de los diferentes centros de salud participantes del modelo de atención. La manera en que se expusieron los diferentes casos clínicos fue de gran ayuda para explicar el enfoque que tiene que tener el modelo de atención, abarcando no solo la parte medica de las patologías presentadas por las personas, si no también todo el contexto social y emocional en el que se desarrollan; esto con la finalidad de verlo desde un punto de vista más integral, ya que en todos los casos se profundizo en el contexto social, emocional y de salud de la persona, ayudando a tener un enfoque más humano e integral como parte médica. Aunado a esto, después de la exposición de los casos clínicos, se tenía un espacio para debatir y discutir acerca del abordaje e integración de la persona, logrando concretar algunas sesiones académicas para ampliar el conocimiento del tema de interés con algunos médicos expertos en dichos temas. A continuación, se presenta un breve resumen de cada caso y el tema que se derivó de ellos.

Persona participante del MAICP	Red de apoyo	Personalidad	Expectativas sobre vida	Enfermedad	Padecimiento	Sesión que resultó de este caso	MPSS que presentó
Georgina H, 62 años, nacida en la CDMX.	Su cuñado y 5 policías con los que hizo amistad en el expendio de pan han ayudado antes con la seguridad y economía.	Es una persona muy alegre y positiva, que pocas veces es confrontativa y es muy positiva al porvenir.	No le gusta tener expectativas ante el futuro," nunca sabemos lo que va a pasar", sin embargo, siempre se muestra	Diabetes tipo 2 de 23 años de evolución. Hipertensión Arterial Sistémica de	Disfruta mucho de cocinar, pero dejo de hacerlo con alegría porque le duele pasar tiempo de pie, le preocupa no poder caminar un día por lo que	Evaluación y revisión clínica del pie diabético en personas que cursan con algún descontrol glucémico.	Silvia Sánchez Chiu

	Sin embargo, dentro de casa no cuenta con una red de apoyo cercana.		entusiasta y positiva ante las situaciones que puedan llegar a ocurrir.	23 años de evolución PO Artoplastía total de rodilla derecha	aspira a mantenerse en control de sus enfermedades para poder asistir a tus terapias de rehabilitación.		
Aidee R, 63 años, originaria de la CDMX.	Cuenta con una buena red de apoyo familiar, ya que esta compuesta por su esposo e hijos y una amiga de nombre Martha.	Es una persona interesada sobre sus padecimientos, se muestra comprometida, optimista, reflexiva y con alta autoestima, lo cual ayuda bastante a su autocuidado.	Continuar a lado de su esposo, seguir siendo unida con sus hijos, control de diabetes sin complicaciones.	Diabetes tipo 2 de 33 años de evolución, hipotiroidismo de 12 años de evolución.	Junto con su amiga Martha, tienen una relación muy estrecha y al compartir algunos padecimientos y dolencias, se ayudan mutuamente a cuidarse y seguir adelante.	Posterior a esta exposición de caso clínico se sugirió la idea sobre una clase de uso y aplicación de insulinas	Daniela Linares Zavala
Joaquin R, 37 años, nacido en la CDMX, taxista.	Su pareja y compañeros de oficio son su red de apoyo, aunque a veces no comparte la misma idea que sus compañeros de trabajo, le ayuda tener a personas a su alrededor compartiendo algún padecimiento crónico.	Su personalidad es la de una persona seria e introvertida, muestra poco interés hacia su tratamiento y hacia sus enfermedades, en algunas ocasiones ha cambiado el tratamiento o indicado, a su sugerido, a su entera conveniencia	Mantener su estado de salud en un nivel que le permita seguir desarrollando su oficio. Ya que es una de las principales preocupaciones que tiene, el que no alcance el dinero para poder llevar una vida digna	Diabetes tipo 2 de 12 años de evolución.	Vive su enfermedad aparentemente de una forma despreocupada, no expresa muchas expectativas en cuanto a su salud, mal apego al tratamiento farmacológico, pero refiere que va a mejorar esa situación. Su preocupación principal son sus ingresos económicos.	A raíz de esta sesión clínica tuvimos una clase del uso de hipoglucemiantes orales, se discutió un artículo de revisión y la guía de la ADA.	Andrés Sánchez Villa
Mariana L, 36 años, originaria de la CDMX.	Red de apoyo comunitario e institucional.	Es una persona alegre, tímida, curiosa, impulsiva y ansiosa.	Poder consumir alimentos anteriores a su diagnóstico, disminuir la cantidad de episodios de ansiedad y bisqueda de autonomía.	Retraso psicomotor después de neurocirugía al nacimiento, epilepsia a los 6 años , trastorno depresivo e hipertensión arterial de 5 años y 6 meses de evolución.	Vive su enfermedad con ansiedad y miedo por la toma de varios medicamentos durante de su día, además de la posibilidad de experimentar sintomatología. De igual manera no logra convencer a sus padres que	Medicina alternativa	Anthony Jose Luis Pintado Montiel

					puede ser autónoma con sus enfermedades a consecuencia de episodios de ansiedad.		
--	--	--	--	--	--	--	--

4. Conclusiones.

A lo largo del año de servicio social, logre desarrollar ciertos criterios y habilidades sobre la consulta en el primer nivel de atención, creo que el realizarlo en Centro de Salud de la SEDESA me ayudo bastante para sensibilizarme respecto a las personas que más necesitan la atención médica, ya que es una población generalmente vulnerable. Verdaderamente el modelo de atención integral centrado en la persona me ayudo a expandir mi visión y mis horizontes, básicamente me ayudo a salir de la burbuja en la que vivía; estamos tan mal acostumbrados a que una consulta médica en el primer nivel de atención sea solo tratar al padecimiento y no a la persona que la adolece. Un punto de vista integral me ayudo a poder conocer el contexto en el que las personas viven su enfermedad y sobre todo a encontrar las grandes bondades y ventajas que existen al tener un abordaje integral, como hacer partícipes a las personas sobre su propio tratamiento farmacológico, la toma de decisiones conjuntas, el objetivo de alcanzar un autocuidado, etc. Son partes fundamentales en la salud de las personas que muchas veces suelen pasarse por alto, y al implementarla de una manera intencionada y adecuada, puede tener muy buenos resultados en cuanto a mejorar la calidad de vida de las personas.

Definitivamente para llevar a cabo el MAICP de una manera adecuada y satisfactoria, se deben tener muchos elementos en conjunto, sin embargo, la gran demanda de atención medica en algunas ocasiones obstaculiza y dificulta la implementación del modelo de una manera adecuada. Una de las principales dolencias de la SEDESA es la falta de insumos adecuados en cada centro de salud, ya que en muchas ocasiones las personas tienen dificultades para alcanzar el control de sus padecimientos por el gran desabasto de medicamentos que hay en todos los centros de salud, y muchas personas lamentablemente no cuentan con los recursos económicos para poder sustentar sus tratamientos farmacológicos, y es por eso que se mantiene una prevalencia importante en el descontrol de los padecimientos crónicos,.

Como se ha mencionado anteriormente en este documento, en el centro de salud en el que realice mi servicio social, muchas personas no estaban enteradas del proyecto, sin embargo, al tener la oportunidad de revisarlos y tener más de 3 consultas, nos podemos dar cuenta de la mejoría, tanto física, mental y emocionalmente de las personas, ya que nos logran transmitir una confianza plena al trabajo en equipo que estamos realizando, una confianza plena en la toma de decisiones conjunta y un apoyo total a hacerse partícipes de su salud propia, logrando así entablar una relación persona-persona. Sin duda alguna, la implementación del MAICP a lo largo de mi

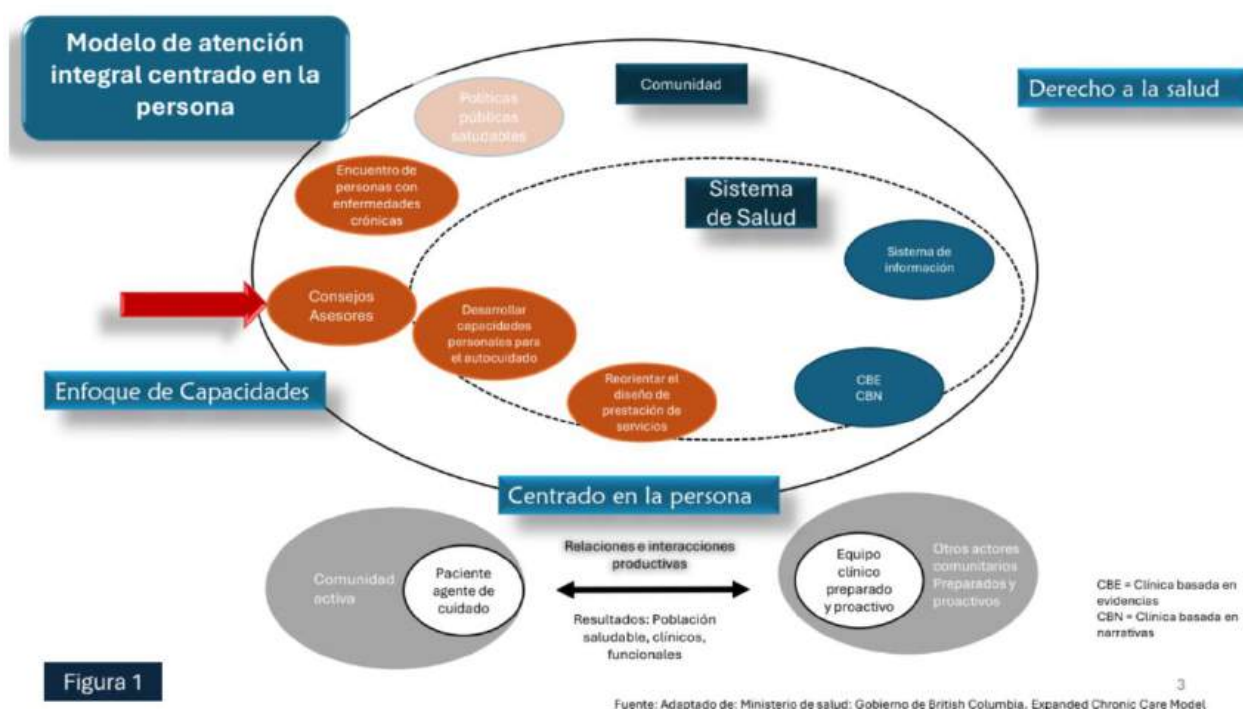
carrera como medico, será fundamental para alcanzar una buena relación con las personas a las que trate y procure, me voy muy satisfecho con el proyecto, pero sobre todo me voy muy contento y satisfecho del trabajo que se realizo y mas aun por las personas que me dejaron compartir una parte de su salud con ellas. Cambio mi perspectiva totalmente sobre la atención del primer nivel, por lo cual estaré eternamente agradecido, tanto, que estoy considerando seriamente en dedicarme de lleno a una especialidad en geriatría para tener mas herramientas a la mano para implementar el MAICP.

5. Referencias bibliográficas

Anexos

ANEXOS

Anexo 1. El modelo de Atención Integral Centrado en la Persona



Anexo 2.

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA.

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PASANTE	LUIS ALBERTO GONZALEZ PAHUA
NOMBRE DE LA CARRERA	MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
PROMOCIÓN	ENERO 2024 – FEBRERO 2025
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARA	CENTRO DE SALUD T-III AMPLIACIÓN MIGUEL HIDALGO TLALPAN
PERIODO QUE REPORTA:	NOVIEMBRE 2024 – ENERO 2025
FECHA DE ENTREGA:	ENERO 2025

2.- ACTIVIDADES

Anotar en cada trimestre el número de actividades realizadas durante el periodo.

2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
DURANTE TODO EL AÑO					
ACTIVIDADES EXTRAMUROS					
Elaborar contenidos audiovisuales y virtuales, de información, comunicación y de difusión para promover la salud de la población. (trípticos, periódicos murales y carteles).	9	4	3	3	19
Promover, participar y realizar sesiones educativas con la población (talleres y foros)	4	7	13	6	30

Participar en los Grupos de ayuda mutua de la población usuaria de los servicios: embarazadas, estimulación temprana, personas adultas mayores, personas que viven con hipertensión y diabetes, para mejorar la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades.	0	4	13	6	23
Apoyar en la referencia de casos de violencia familiar o de pareja.	0	0	0	0	0
Participar en la integración de los Comités Locales de Salud.	1	1	1	1	4
Promover actividades físicas y de prevención de accidentes con énfasis en caídas.	7	6	10	5	28
Realizar actividades de información, prevención de infecciones de transmisión sexual.	25	15	13	10	63
Promover actividades físicas y de prevención de accidentes con énfasis en caídas.	7	6	10	13	36

2.2 EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
TRES MESES					
ACTIVIDADES INTRAMUROS					
Procesar la información referente a las enfermedades de notificación obligatoria. (SUIVE)	3	0	0	0	3
Identificar las principales causas de morbilidad de la población que acude a la Unidad de Salud.	10	20	20	27	77

Analizar los factores de riesgo (relativo y atribuible) de la población con padecimientos de interés epidemiológico (transmitidas por vectores e infectocontagiosas).	5	3	3	2	13
Identificar los factores de riesgo para la prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.	6	3	2	5	16
Apoyar en la atención de población agredida por mordedura de mamíferos.	2	0	0	0	2
Apoyar en la identificación y atención de los ESAVIS (evento atribuible a vacunación o inmunización).	2	0	0	0	2
ACTIVIDADES EXTRAMUROS					
Participar en las Jornadas Nacionales y locales de Salud Pública.	3	2	5	5	15
Participar en las campañas de vacunación, e identificar los productos biológicos manejados en el programa de vacunación.	3	4	2	2	11
Conocer y manejar el contenido de la cartilla nacional de salud por grupo etario.	10	15	15	10	50
Apoyar en la realización de estudio de casos y apoyo a cercos epidemiológicos.	1	0	0	0	1
Realizar la detección de signos y síntomas de hipertensión arterial, diabetes, menopausia y cáncer de la mujer, cáncer de próstata, adicciones e infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.	100	135	120	145	500

5.2 ATENCIÓN MÉDICA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2DO. TRIMESTRE	3ER. TRIMESTRE	4TO. TRIMESTRE	ANUAL
SEIS MESES					
ACTIVIDADES INTRAMUROS					
Consulta médica con apego en la normatividad, (Guías de Práctica Clínica de cada programa y del expediente clínico).	35	110	120	150	415
Elaborar y/o actualizar historia clínica y notas médicas.	20	25	18	15	78
Elaborar plan de tratamiento, receta médica e indicaciones.	45	110	120	150	425
Programar cita para seguimiento y evolución de los pacientes atendidos.	35	105	110	145	395
Solicitar e interpretar estudios de laboratorio y gabinete, con la tutoría del personal de base.	30	55	75	80	240
Buscar signos de violencia en la exploración física de la población.	30	60	55	74	219
Atender las enfermedades de los Programas prioritarios relacionados por grupo de edad, con apego a la normatividad y a las Guías de Práctica Clínica.	50	110	120	150	430
TRES MESES					
PROGRAMAS PRIORITARIOS					
Consultorio de Enfermedades Crónicas: Atención y seguimiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas.	10	110	120	145	385
Consultorio de Salud materna: Atención y seguimiento de la mujer desde la preconcepción, control prenatal y puerperio.	5	10	5	0	20

Consultorio de Atención a la mujer: Brindar atención a la mujer en sus distintas etapas de la vida, incluyendo la detección oportuna del cáncer de la mujer (mama, CACU y de ovario)	20	10	10	15	55
Planificación familiar: Brindar orientación y atención a la población sobre la diversidad de métodos anticonceptivos, priorizando a la población adolescente, así como sensibilizar a la misma sobre el ILE (interrupción legal del embarazo).	15	15	5	0	35
Consultorio de Control del Niño Sano (EDI) Evaluación del Desarrollo Infantil Brindar atención y seguimiento a los menores en conjunto del cuidador para identificar factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz y nutricional. Identificación oportuna de signos y síntomas de cáncer infantil.	10	15	5	5	35

2.4 CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA

ACTIVIDAD	1er. TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
Curso de inducción en la Jurisdicción Sanitaria.	5	3	0	1	9
Curso de inducción en la Unidad de Salud.	0	0	0	0	0
Sesiones académicas en la Jurisdicción Sanitaria.	0	2	0	2	4
Sesiones de capacitación en la Unidad de Salud.	12	12	12	3	39
Sesiones clínicas en la Unidad	0	0	0	0	0

de Salud.					
Cursos en Línea.	4	4	4	6	18

Figura 1:
Figure 1. The Chronic Care Model (Developed by The MacColl Institute)

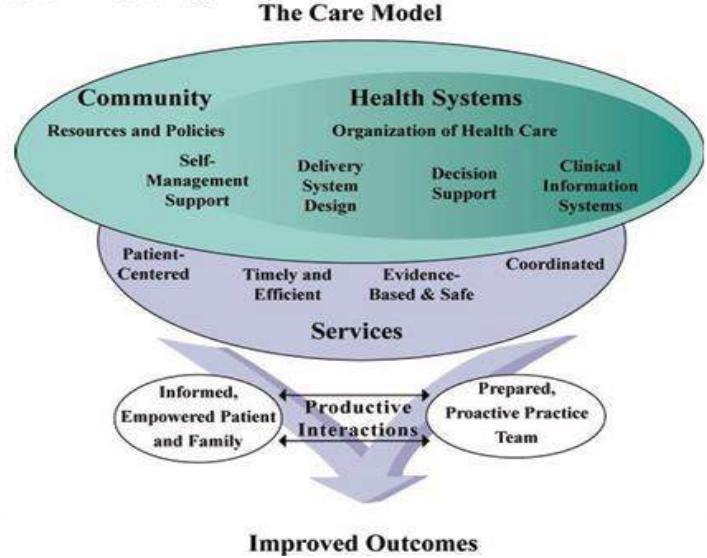


Figura 2:



Abbreviation: HCP, health-care professional.
 Figure 2. Components of shared decision making models, and actors identified within components.

Figura 3:

Table 2 Overview of attributes	
Person-oriented attributes	
Attribute 1	The person must actively take part in the care process.
Attribute 2	The person must take responsibility for the care process.
Attribute 3	The person must have a positive way of coping with adversity.
Person-environment-oriented attributes	
Attribute 4	The person must be correctly informed about the condition, disease and treatment.
Attribute 5	Self-management is individually defined and entails expressing needs, values and priorities.
Attribute 6	Self-management entails openness to ensure a reciprocal partnership with healthcare providers.
Attribute 7	Self-management entails openness to social support.
Summarising attributes	
Attribute 8	Self-management is a lifetime task.
Attribute 9	Self-management assumes personal skills: ▶ 9.1 Problem-solving; ▶ 9.2 Decision-making; ▶ 9.3 Using resources; ▶ 9.4 Forming a patient-healthcare provider partnership; ▶ 9.5 Goal setting and evaluating the attainment of the goals.
Attribute 10	Self-management encompasses medical, role and emotional domains: ▶ 10.1 Medical management; ▶ 10.2 Role-management; ▶ 10.3 Emotional management.

Cuadro 1.

Autor(es)	Nombre del artículo	DOI	Año/tipo de estudio	Diseño del estudio	Manejo de la información	Limitaciones	Resultados
Xiaobo Liu, Yuxi Li, Li Guan, Xia He, Huiling Zhang, Jun Zhang, Juan Li, Dongling Zhong and Rongjiang Jin.	A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence and Risk Factors of Depression in Type 2 Diabetes Patients in China	10.3389/fmed.2022.759499	2022/revisión sistemática y metaanálisis	Investigación bibliográfica para conocer la prevalencia de depresión de pacientes chinos con diabetes tipo 2 y factores de riesgo de depresión en pacientes con diabetes tipo 2	Dos revisores examinaron estudios, extrajeron datos y evaluaron el riesgo de sesgo de forma independiente. Se utilizaron los programas R (versión 3.6.1) y Stata (versión 12.0) para la síntesis de datos	Solo incluyeron personas con diabetes tipo 2 de nacionalidad china	La prevalencia de la depresión en pacientes con T2DM en China fue del 25.9 % . El riesgo fue mayor en mujeres, individuos >60 años, con poca escolaridad, con más >10 años de evolución de diabetes, con complicaciones (no especifica si agudas o crónicas), usuarios de insulina e individuos que viven solos. Los individuos con alcoholismo tuvieron menor riesgo de depresión.
Mohammed K. Ali, Lydia Chwastiak, Subramani Poongothai; <u>et al.</u>	Effect of a Collaborative Care Model on Depressive Symptoms and Glycated Hemoglobin, Blood Pressure, and Serum Cholesterol Among Patients With Depression and Diabetes in India. The INDEPENDENT Randomized Clinical Trial	10.1001/jama.2020.11747	2020/ ensayo clínico aleatorizado	ECA paralelo, abierto y pragmático realizado en 4 clínicas, que incluyó 404 pacientes de la India, divididos en 2 grupos: el primero recibió atención colaborativa (n=196) y el segundo atención habitual (n=208). Se incluyeron a los participantes con puntuación PHQ-9 de al menos 10 puntos. El periodo total de seguimiento para ambos grupos fue de 24 meses mediante escalas SCL-20 y PHQ-9, validadas y sensibles para gravedad de síntomas depresivos.	Los análisis se realizaron utilizando R, versión 3.6.1.25 Se informaron estimaciones con IC del 95 % utilizando pruebas estadísticas de 2 caras y un umbral de significación de $P < 0.05$.	Los hallazgos fueron relevantes para adultos con diabetes y síntomas depresivos de moderados a graves; el estudio excluyó a aquellos con síntomas depresivos graves, tendencias suicidas o trastornos por uso de sustancias. El estudio se llevó a cabo en clínicas urbanas de diabetes; se necesitan más adaptaciones, dissemination y pruebas para evaluar si estos efectos pueden replicarse y escalarse en la atención	Los pacientes en el grupo de atención colaborativa tuvieron mayores reducciones al menos del 50% en las puntuaciones de SCL-20 (71,5 % frente a 45,8%) a los 12 meses. A los 24 meses, persistieron diferencias estadísticamente significativas en las mejoras de la puntuación de SCL-20 (77,7 % en el grupo de atención colaborativa frente al 63,6 % en el grupo de atención habitual. Asimismo el grupo de atención colaborativa tuvo PHQ-9 inferior a 10 a los 12 meses. Los factores de riesgo identificados fueron: edad media de 52,7 años, hombres, casados, evolución de diabetes de 8 años, usuarios de insulina, ECV preexistente y tener una complicación microvascular previa.

						primaria, en el ámbito rural u otros entornos de países de bajos ingresos .	
Akhmad Azimiardi, Bhisma Murti, Ratih Puspita Febrinasari, Didik Gunawan Tamtomo	Low Social Support and Risk for Depression in People With Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-analysis.	10.3961/jp mh.21.490	2022/ Revisión sistemática y metaanálisis	Una revisión bibliográfica que determina la asociación del bajo apoyo social en personas con diabetes mellitus tipo 2 y su riesgo de padecer depresión. El metaanálisis se basó en estudios observacionales y se llevo a cabo bajo las directrices PRISMA (Elementos de Informes Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metanálisis)	Los datos fueron extraídos y tabulados con sus OR como la medida de efecto sobre la depresión. Se evaluaron utilizando aOR e IC del 95% utilizando Review Manager (Versión 5.3) y Stata (versión 16.0)	El estudio solo incluyó personas que viven en países desarrollados, como EU, y subdesarrollados, como Etiopía, Tailandia y Arabia Saudí, dejando fuera a los países en vías de desarrollo. No se evalúa el apoyo social otorgado por México.	El análisis mostró una asociación entre el apoyo social y la depresión, en donde el bajo apoyo social aumentó significativamente el riesgo de depresión en las personas con T2DM. Sugieren que los programas de tratamiento de la diabetes deben incluir detección temprana de depresión. La naturaleza de la asociación entre el apoyo social y la depresión sigue siendo desconocida.
Norizzati Amsah, Zaleha Md Isa, Norfazilah Ahmad	Biopsychosocial and Nutritional Factors of Depression among Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review	10.3390/ijerph19084888	2022/ Revisión sistemática	Una revisión bibliográfica que identifica la evidencia disponible sobre los factores biopsicosociales y nutricionales asociados con la depresión entre los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2	Los datos fueron extraídos de forma independiente de los estudios seleccionados de cuatro bases de datos: Scopus, Web of Science, PubMed y EBSCOHost, compilándolos en una tabla de matrices, revisando y comparando las consistencias y las inconsistencias. Se limitó la búsqueda sistemática en	La revisión sistemática excluyó los ensayos clínicos aleatorizados y los estudios de cohorte encontrados con los criterios de búsqueda. Solo incluyó los que los autores, a escrutinio propio e individual, decidieron incluir.	La revisión encontró varias mediciones utilizadas para la depresión y sus factores relacionados entre los pacientes con T2DM. Se resumieron en factores biológicos, psicológicos, sociales y nutricionales. Biológicos: la edad, el sexo femenino, una larga evolución de la T2DM, un alto IMC, un descontrol glucémico, presencia de comorbilidades, un deterioro leve de la función cognitiva y una disfunción sexual. Psicológicos: Miedo a las complicaciones, ansiedad, baja satisfacción con el tratamiento e inactividad física. Sociales: El consumo de alcohol, bajo apoyo

					el flujo de PRISMA en las etapas de identificación, selección y elegibilidad.		social, bajo nivel educativo, tabaquismo, soltería y el bajo estatus económico Nutricional: Albumina baja
Aaisha Farooqia, Clare Gilliesb - Harini Sathanapallyc, Sophia Abner, Sam Seidu, Melanie J. Daviesc, Guillermo H. Polonskye, Kamlesh Khuntib.	A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes	10.1016/j.pcd.2021.11.001	2021/ Revisión sistemática, metanálisis	Se realizó una revisión bibliográfica en donde se excluyeron los estudios que no contaban con un grupo de control adecuado, tipo específico de diabetes, o prevalencia de depresión influenciada por tipos de diabetes. Los estudios que se incluyeron independientemente de si se utilizó el autoinforme (Entrevista o cuestionario) o la verificación del médico para evaluar el diagnóstico de diabetes.	Revisión sistemática y metanálisis. Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE y PSYCHINFO. Se utilizaron escalas de autoinforme para evaluar la depresión (CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression, el PHQ-9: Patient Health Questionnaire -9). La heterogeneidad entre estudios se evaluó mediante la estadística I-cuadrado y se exploró mediante análisis de subgrupos y modelos de meta-regresión.	El estudio al revisar artículos del tipo observacional, los factores de confusión a nivel de estudio, no corregidos, podrían haber afectado a los resultados y conclusiones que se extrajeron del metanálisis. Se incluyen estudios transversales, lo que dificulta determinar la causalidad o temporalidad de la asociación entre diabetes y depresión. Se encontró evidencia de una relación bidireccional entre diabetes y depresión, con una relación más fuerte entre depresión e incidencia de diabetes, en comparación con diabetes e incidencia de depresión.	Se estableció que el desarrollo de depresión era más frecuente en pacientes que padecían diabetes tipo II y alguna otra comorbilidad, como hipertensión arterial sistémica y enfermedad coronaria. La incidencia de depresión es mayor en personas que son tratadas en centros de atención especializada o en las personas que viven en países de ingresos bajos y medios.

Anexo 3. Taller de autocuidado y 7mo encuentro de personas.



Anexo 4. Cartel del 7mo encuentro de personas.



Bibliografía:

1. INEGI. Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva 2021. Ciudad de México: Org.mx. [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
2. Tai E. S., Yew T. W. Person centred diabetes care and meal planning for the older person. Singapore Family Physician. 2020. 46 (7). 11 – 15
3. Zaharias G. Narrative-based medicine and the general practice consultation. Canadian Family Physician. 2018. 64. 286 – 290
4. J. Barr V., Robinson S., Marin-Link B., Underhill L., Dotts A., Ravensdale D., Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly. 2003. 7. 73 - 82

5. Cuba-Fuentes MS., Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016. 33 (4). 780 - 784
6. Bomhof-Roordink H., Gartner F., Stiggelbout A., Pieterse A. Key components of shared decision-making models: a systematic review. *BJM Open*. 2019. 9. 1 - 10
7. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad A, Kromhout B, Leonard B, Loureiro M, van der Meer J, Schnabel P, Smith R, Weet C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011. 5. 343 - 361.
8. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. 2018. 1 -15
9. L. Ismail, H. Materwala and J. Al Kaabi. Association of risk factors with type 2 diabetes: A systematic review. *Computational and Structural Biotechnology Journal* 19 (2021) 1759–1785. [consultado el 15 de diciembre del 2024]. disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8050730/pdf/main.pdf>
10. Basto-Abreu A y col. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *salud pública de méxico / vol. 65, suplemento 1 de 2023*. [consultado el 16 de diciembre del 2024]. disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14832>
11. Plotsky P.M., Owens M.J., Nemeroff C.B. Psiconeuroendocrinología de la depresión: eje hipotalámico-hipofisiario-adarrenal. *Psychiatr Clin North Am*. 1998;21(2):293–307. [Consultado el 16 de diciembre del 2024]. disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X0570006X?via%3Dihub>
12. Liu et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence and Risk Factors of Depression in Type 2 Diabetes Patients in China. *Frontiers in Medicine*. Review of Depression in Chinese T2DM. May 2022 | Volume 9 | Article 759499. [consultado el 20 de diciembre del 2024]. disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9127805/pdf/fmed-09-759499.pdf>
13. 11.Nouwén A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. La diabetes mellitus tipo 2 como factor de riesgo para el inicio de la depresión: una revisión sistemática y un metanálisis. *Diabetología*. (2010) 53:2480-6. [Consultado el 20 de diciembre del 2024]. disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-010-1874-x>
14. Santwana P., Amit Kumar N., Anindita B. Te II diabetes mellitus: a review on recent drug based therapeutics. (2020) 131:1107-8 (Consultado el 22 de diciembre del 2024). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075333222030901X?via%3Dihub>

15. J.L. Rodríguez Calvina,, A. Zapatero Gaviriab y M.D. Martín Ríos. Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2. Rev Clin Esp. 2015;215(3):156-164. [consultado el 23 de diciembre del 2024]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S001425651400410X.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Pueden incluirse aquí, si se desea, lo siguiente:

- El informe numérico entregado a la SEDESA.
- Materiales educativos que, en su caso, haya preparado para las y los pacientes o público en general.
- Fotografías que considere que ilustran su desempeño a lo largo de su servicio social.