



Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco  
División de ciencias Biológicas de la salud  
Licenciatura Medicina



## PROYECTO URBANO DE SALUD

**Título del proyecto:** Implementación de un modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP) para el cuidado y el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas.

### Título:

Implementación de un modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP) para el cuidado y el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México.  
Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas.

**Elaboró:** Ortega Rodríguez Sandra

**Matricula:**2172035471

**Medico pasante del servicio social**

**Promoción: 01 de Febrero 2023 a 31 de Enero 2024**

**Asesor externo**

Dra. Alejandra Gasca García  
No. Ec. 23404

**Asesor interno**

Dr. Víctor Ríos Cortázar  
No. Ec. 09250

**Fecha y lugar de realización:**

Ciudad de México, Coyoacán, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 31 de enero de 2024

## Índice

1.	Presentación.....	<b>3</b>
2.	El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP) .....	<b>6</b>
3.	Diplomado.....	<b>11</b>
3.1.	Módulo 1: Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.....	<b>13</b>
3.2.	Módulo 2: Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados .....	<b>22</b>
3.3.	Módulo 3: Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....	<b>44</b>
	■ Acción comunitaria.....	<b>60</b>
3.4.	Módulo 4: Práctica clínica centrado en la persona con enfermedad crónica Tutoría de casos.....	<b>98</b>
4.	Conclusiones .....	<b>103</b>
5.	Referencias bibliográficas .....	<b>105</b>

## **Presentación**

En el presente trabajo se exponen las actividades realizadas en el Proyecto Urbano de salud durante el periodo del 01 de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024, correspondiente al año de servicio social.

El contenido de este trabajo se desarrolla de acuerdo al diplomado impartido en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco y que lleva por nombre “Modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP) para el cuidado y el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas”, impartido por el Doctor Ríos Cortázar Víctor y la Doctora Gasca García Alejandra

Es importante mencionar que este trabajo intenta recopilar todos los aspectos importantes que se deben tomar en cuenta en la consulta diaria para poder brindar una atención de calidad en donde la atención centrada en la persona sea el punto de partida y que esta nos permita llevar a los pacientes a un empoderamiento y autocuidado, el objetivo del Proyecto Urbano de salud es cambiar la perspectiva de la atención de los prestadores de servicios de la salud.

En el primer apartado se desarrolla “El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP)” donde se abordan los tres subsistemas que componen este modelo y sus componentes, para después explicar el enfoque que se toma dentro del proyecto Urbano de Salud y en específico como se aplica en el Consultorio Piloto Culhuacán.

En el siguiente capítulo titulado “Módulo 1: Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades” se agregó un ensayo que tiene como idea central abordar el tema de la atención centrada en la persona y como esta puede llevar a encontrar la autoeficacia y el empoderamiento de los pacientes que viven con enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles.

En el capítulo titulado “Módulo 2: Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados”, se añadió una revisión sistemática. ya que en este módulo dentro del diplomado, se tiene como objetivo sustentar la práctica clínica con la evidencia científica disponible y a partir de ellos tomar decisiones terapéuticas en conjunto con el paciente, por lo cual se identificó un problema dentro de la consulta y se hizo una revisión sistemática del tema sarcopenia y descontrol metabólico, con el fin de que en futuros abordajes terapéuticos se tomen en cuenta este diagnóstico para mejorar la calidad de vida de los pacientes, en específico de adultos mayores que viven con diabetes tipo 2

En el siguiente capítulo nombrado “Módulo 3: Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas” se colocó un resumen epidemiológico de lo observado durante el periodo mencionado del servicio social, en los pacientes que asisten a consulta en el Consultorio Piloto Culhuacan.

En el último apartado se coloca el capítulo titulado “Módulo 4: Práctica clínica centrado en la persona con enfermedad crónica Tutoría de casos” donde se aborda el objetivo y la forma en que se llevaron a cabo la presentación de casos clínicos durante el diplomado, para posteriormente pasar al apartado de las conclusiones del presente trabajo.

Para finalizar es importante agregar que durante mi estancia en el Proyecto Urbano de Salud en específico en el Consultorio Piloto Culhuacán se realizó una transición que me permitió llevar a cabo el cambio de perspectiva de la atención médica tradicional a una en la que la atención centrada en la persona brinda mejores resultados y permite un mejor acompañamiento con el paciente.

La atención centrada en la persona es una herramienta que nos brinda mejor alcance, ya que busca que los pacientes creen espacios y entornos de salud que les permitan llevar a su comunidad y a ellos mismos al empoderamiento y a la autogestión; como personal que brinda la atención de salud, puedes notar que en

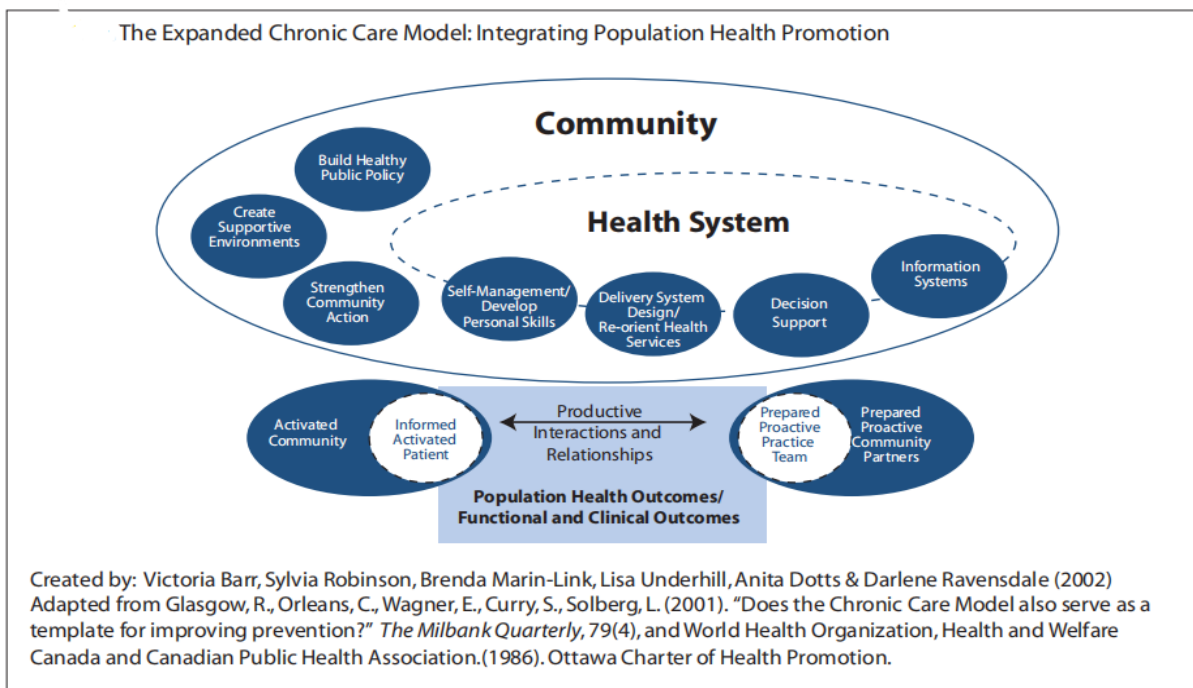
este consultorio, el trabajo de varios años se ve reflejado en la manera que los pacientes llevan a cabo sus tratamientos y control de sus enfermedades y como ellos viven sin restricciones ya que aprenden a vivir como si no tuvieran la enfermedad.

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

En la actualidad existe un aumento exponencial de enfermedades crónicas que afectan directamente la calidad de vida de todos los pacientes y de las personas que los rodean, el MAICP es un modelo que tiene como objetivo integrar la promoción de la salud de la población reconociendo las determinantes sociales e incorporando la participación comunitaria con el fin de crear un modelo que ayude a los equipos de atención médica con este gran problema.

El Modelo Expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas consta de tres subsistemas que están representados en la figura 1, en parte superior se observa dos subsistemas, uno dentro del otro, en el primer círculo (de dentro hacia afuera) podemos observar el subsistema de salud con sus respectivos componentes, rodeándolo tenemos a el subsistema comunidad y en la parte inferior representado por dos círculos conectados por un rectángulo se puede observar la relación del equipo de salud y el paciente (1).

Figura 1.



A continuación, se explica cada componente del diagrama de la figura 1

## **Sistema de salud**

En la figura 1 se observa el sistema de salud rodeado por una línea punteada, esta línea representa la frontera entre la comunidad y el sistema de salud, la razón de la línea punteada es porque a través de ella fluyen ideas, recursos y personas y sobre ella se observan 4 círculos con los siguientes contenidos:

- **Apoyo a la autogestión:** este círculo tiene como finalidad explicar que la intervención en los pacientes y los diferentes grupos de comunidades que se integran con ellos, ayuda a desarrollar habilidades para afrontar su vida y las enfermedades, se menciona que el desarrollar la autogestión en los pacientes aumenta el control sobre su salud y de su entorno (1)
- **Diseño de un sistema de prestación:** este círculo explica que los servicios de salud se deben de reorganizar para que no se centren solo en la atención clínica, sino más bien, sirvan para crear profesionales que sean defensores de la salud, en vez de ser solo prestadores de servicios médicos, motiva a que se integre la promoción de la salud en las comunidades, todo esto con el fin de lograr un ambiente saludable y defensor de las políticas públicas de salud (1).
- **Apoyo a las decisiones:** este componente debe tomarse en cuenta ya que intenta integrar al sistema de salud y a la comunidad para lograr afrontar la enfermedad y tomar decisiones que apoyen la salud y el bienestar, siempre tomando todas las herramientas que se tengan al alcance en su entorno (1).
- **Sistema de información:** este componente del sistema de salud nos ayuda a integrar la información que tenemos, no solo de los resultados clínicos, si no también aspectos importantes de la comunidad y de los recursos que se disponen para así poder integrarlos en su plan de salud, de igual manera nos

apoya en defender, evaluar y respaldar los diferentes programas y formas de trabajo (1).

Todos estos componentes del círculo de salud no ayudan a llevar de una forma más gestionada la promoción de la salud y la atención integral de los pacientes centrado en la persona y su comunidad tomando en cuenta las herramientas de las que se disponen y así como de sus limitantes (2).

## **Comunidad**

En el círculo de comunidad se puede observar los siguientes componentes:

- **Construir políticas públicas saludables:** este componente intenta crear leyes y políticas que sean fáciles de implementar con el objetivo de crear un entorno saludable y disponible para todas las personas que incluya los servicios disponibles, el bienestar y la equidad (1)
- **Crear entornos con apoyo:** este apartado intenta explicar que la creación lugares que cuenten con una mejor infraestructura genera una vida y empleo más seguros y agradables y a su vez mejorar la calidad de vida y de salud (1)
- **Fortalecer la acción comunitaria:** este círculo nos intenta explicar que la comunidad debe ser participe en este modelo, ya que esta establece sus prioridades y metas a alcanzar para mejorar la salud de la misma comunidad, el trabajo en grupos puede ser gestionado y movilizado por los profesionales de la salud, de manera que puede lograr crear entornos saludables y diversas formas de promoción de la salud (1)(2)

## **Relación del equipo de salud y el paciente:**

Con lo descrito en los párrafos anteriores podemos desarrollar el siguiente subsistema que compone el MAICP, este subsistema se llama relación de equipo de salud y el paciente, este está integrado por dos círculos y un rectángulo que los



conecta, en el círculo de la izquierda podemos ver en su interior que la información activa del paciente está rodeada por la actividad de la comunidad y en el círculo de la derecha observamos en el interior al equipo clínico preparado y proactivo rodeado por otros equipos comunitarios preparados y activos, el rectángulo que los conecta representa la relación médico paciente y como todo ellos se conjunta para dar un interacción productiva (1), ya que el paciente al estar informado tanto él como su comunidad puede ser partícipe en la toma conjunta de decisiones y el médico al contar con una red de preparación y apoyo también puede brindar una atención de calidad que involucre lo expuesto en los párrafos anteriores y de esta forma crear un modelo de salud que permita el empoderamiento y autogestión del paciente y de su comunidad. Cabe mencionar que este componente es primordial ya que si no existe una buena interacción la atención de la salud y el empoderamiento no se lleva a cabo (2).

### **Aplicación de MAICP al Proyecto Urbano de salud**

Como se mencionó previamente el sistema de salud es un componente importante en este modelo, el proyecto Urbano de Salud se ha dado a la tarea de fortalecer este componente al trabajar con colaboraciones de organizaciones sociales no gubernamentales como organizaciones vecinales y cooperativas distribuidas en las diferentes zonas urbanas del sur de la ciudad de México (San Pedro Mártir, Col. Volcanes, Unidad Piloto Culhuacán y Parque Huayamilpas) que se dedican a la atención de primer nivel y se han establecido formas de colaboración con instituciones de atención a la salud y de gobiernos locales, como lo es la Secretaria de Salud de la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Salud Pública, todo ellos con el fin de brindar un sistema de salud que permita implementar el MAICP.

En el consultorio Piloto Culhuacán el componente de comunidad juega un rol muy importante, ya que los pacientes son partícipes en las decisiones que se toman con respecto a su salud, a las políticas e implementaciones de programas que se establecen en este espacio.

El consejo de salud es un claro ejemplo, ya que este es conformado por pacientes que de manera voluntaria decidieron ser partícipes, estos pacientes destinan el espacio y el tiempo para poder participar en programas que permitan aumentar su empoderamiento y autocuidado, tal es el caso del programa de ejercicio recién implementado, este programa tuvo como objetivo gestionar el aprendizaje de cómo realizar ejercicio de una forma segura de acuerdo a las capacidades de cada paciente y los recursos del mismo y de su comunidad, de esta forma el consejo asesor pudo crear una comunidad virtual que les brindó la oportunidad de ser partícipes en su tratamiento, siendo así un claro ejemplo de empoderamiento y autocuidado.

La relación médico paciente dentro del Consultorio Piloto Culhuacán se va desarrollando dentro de cada consulta, el diplomado ayuda a desarrollar capacidades de comunicación y entendimiento que permiten que este canal de comunicación cada vez sea más efectiva, al ser un proyecto que cuenta con años de seguimiento, los pacientes de alguna manera se han acostumbrado al cambio anual de médico, por ello los mismos pacientes ayudan y contribuyen a que este canal de comunicación sea bueno con cada médico que es partícipe en su comunidad.

### 3. Diplomado

El presente documento está basado en el diplomado **Atención integral de la salud centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades.** (Aprobado por el Consejo Divisional de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en su sesión 4/22), el cual es impartido por el Doctor Ríos Cortázar Víctor y la Doctora Gasca García Alejandra.

El diplomado tiene como objetivo adaptar la práctica clínica basado en Modelo Expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas, para poder brindar una atención centrada en la persona a todos aquellos pacientes que están incorporados al Proyecto Urbano de Salud y centros de salud que cuenten con el programa de Crónicos. Este diplomado cuenta con 4 módulos que se explican a continuación:

En el primer módulo se desarrolla el fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedades crónicas, la finalidad de este módulo es desarrollar la atención clínica centrada en la persona y que los pacientes desarrollen capacidades individuales y colectivas para mejorar el control de las enfermedades crónicas y su calidad de vida, el enfoque principal es desarrollar el entendimiento del empoderamiento y el autocuidado del paciente, en este módulo se llevó a cabo la realización de un ensayo el cual es colocado en el apartado correspondiente al módulo en el presente documento que lleva por título “Empoderamiento de pacientes basado en la atención centrada en la persona”

En el módulo 2 titulado “Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedades crónicas y monitoreo de resultados”; en este módulo el objetivo fue sustentar la práctica clínica con evidencia con la evidencia científica disponible y con base en ello tomar decisiones diagnósticas terapéuticas, siempre tomando en cuenta las preferencias y valoraciones de los pacientes con enfermedades crónicas, para así llegar a la toma de decisiones conjuntas respecto

a la terapéutica empleada y su seguimiento. Para poder llegar a este punto se revisaron lecturas relacionadas con los temas: medicina basada en evidencia y revisiones sistemáticas. Al finalizar el módulo se realizó una revisión sistemática con enfoque en la consulta médica diaria la cual se colocó en el apartado correspondiente de este documento.

El módulo 3 nombrado “Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas”, tiene como objetivo plantear y acompañar la participación social y fomentar la construcción de entornos saludables en las comunidades de las personas que viven con enfermedades crónicas para que de esta forma como se explica en el MAICP se pueda mejorar su control de los pacientes y de sus comunidades. Para el desarrollo de este módulo se revisaron lecturas enfocadas en los temas de promoción de la salud en la comunidad. En este módulo se incluye el resumen epidemiológico de la comunidad y los resultados de control que lo pacientes reflejan por la implementación del MAICO

En el módulo 4 titulado “Práctica clínica centrada en la persona con enfermedades crónicas. Tutoría de casos” se llevaron a cabo la revisión de casos clínicos en donde se fomentó la participación de los alumnos y de los asesores clínicos, con el objetivo de desempeñar su práctica clínica fundada en los principios y recursos de la atención centrada en la persona, desde un enfoque de desarrollo de capacidades para el autocuidado de la enfermedad crónica; sustentada en la mejor evidencia científica disponible, tanto para realizar el diagnóstico como de la toma de decisiones terapéuticas. Posterior a cada caso clínico se hizo una revisión temas que el caso clínico permitió desarrollar

Figura 2: Esquema general de diplomado

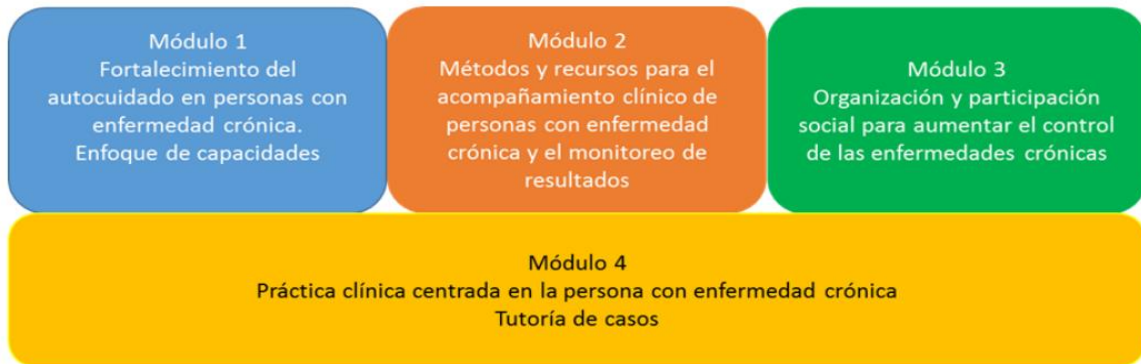


Imagen extraída de documento del diplomado. Autores: Cortázar Ríos Víctor, Gasca García Alejandra.

Es importante añadir que durante el periodo de servicio social se realizaron talleres con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica tales como la revisión correcta de pies, realización de planes de alimentación, implementación de rutinas de ejercicio de acuerdo a las capacidades del paciente.

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

#### **Contenido**

- Introducción
- Objetivos
  - Objetivo general
  - Objetivos específicos
- Justificación
- Desarrollo
  - Atención centrada en la persona
  - Autocuidado y autoeficacia
  - Empoderamiento
- Conclusiones
- Referencias

## **Empoderamiento de pacientes basado en la atención centrada en la persona**

### **Introducción:**

En el presente trabajo se aborda la atención centrada en la persona y como esta nos puede llevar a encontrar la autoeficacia y el empoderamiento de los pacientes que se atienden día con día.

Como se menciona en el objetivo general de este trabajo, la finalidad de conocer la atención centrada en la persona es establecer un entorno de confianza que le permita a los pacientes exponer y exteriorizar sus preocupaciones y problemas y al mismo tiempo identificar por medio de la conversación los fortalezas y herramientas que cada paciente puede utilizar para vencer lo que él considera sus limitantes, es importante tomar en cuenta el factor emocional, ya que esto influye directamente en la salud del paciente, también se pueden tomar como factores todas aquellas cuestiones sociales y económicas que el paciente tiene presente en su vida, de esta forma al conocer cada contexto de cada individuo los médicos pueden ser capaces de formar un plan que les permita adaptarse a cada paciente y de esta forma fomentar el autocuidado de tal forma que el paciente pueda vivir sin limitantes relacionadas con su enfermedad

El proyecto urbano de salud se centra en la persona con la finalidad de obtener mejores resultados en el control metabólico de cada persona, claramente, se aborda diversos puntos, pero en el presente trabajo se abordará en específico la atención centrada en la persona para llegar a la autoeficacia y autocuidado.

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

- El objetivo de este ensayo es abordar el tema de la atención centrada en la persona y como esto nos ayuda a establecer una relación con el paciente que nos permita llevarlo al empoderamiento y de esta forma el paciente pueda llegar al autocontrol de sus enfermedades

## **Objetivos específicos**

- Explicar cómo establecer una relación de confianza y respeto con el paciente de manera que se sienta cómodo no solo con la relación con el médico si no con sus enfermedades
- Aprender a conocer el contexto de cada paciente de manera que podamos utilizarlo para poder brindar una mejor red de apoyo, esto incluye la participación de la comunidad, es decir, conocer qué personas pueden apoyarnos para llevar al paciente a un empoderamiento que permita la autoeficacia
- Escuchar a los pacientes y permitirles expresar su sentir en relación con su enfermedad y como esta interfiere con sus relaciones personales, además de conocer sus limitaciones sociales, económicas y emocionales
- Establecer un plan de acción que nos permita llevar al paciente a un empoderamiento
- Conocer la importancia de tener metas corto y largo plazo, de esta manera, junto con el paciente trazar una ruta para cumplir objetivos que le permitan llegar a la autoeficacia
- Evaluar acciones y metas cumplidas con el fin de conocer los objetivos cumplidos y darle valor a cada uno ya que esto permite al paciente llegar al empoderamiento

## **Justificación**

La atención centrada en la persona es un tema de suma importancia ya que en la actualidad vivimos en una sociedad enfocada en la atención solamente de la enfermedad, el médico, no es consciente de todo el contexto que rodea a una persona y por este motivo es incapaz de ver más allá de una simple patología.

Si un médico no se permite analizar el entorno que rodea a un paciente jamás podrá llevar a un paciente a empoderarse y conseguir la autoeficacia, como por ejemplo, en muchas ocasiones, la situación económica o social de un paciente no le permite

tener acceso a medicamentos, si un médico no hace un interrogatorio amplio y no se establece una relación médico-paciente apropiada, nunca va a encontrar la raíz del por qué el paciente no toma sus medicamentos, y no va a poder ayudarlo de una forma apropiada, esto no permite que el paciente llegue a un control y al mismo tiempo se distancia del médico porque este no es capaz de reconocer sus limitantes y como consecuencia la relación de confianza nunca se establece, provocando que el paciente nunca llegue a la autoeficacia

Cada persona tiene diferentes dificultades que enfrentar, si un paciente tiene algún problema que le impide llegar a un autocontrol de sus enfermedades, el médico debe ser capaz de tomar herramientas que existen en el medio social, emocional y económico del paciente para poder ayudarlo a conocer sus fortalezas y poder llegar a un empoderamiento que le permita tener un autocuidado eficaz y al mismo tiempo le permita vivir su vida de una forma cómoda en donde la enfermedad no lo limite.

El desarrollo de la atención centrada en la persona es un proceso donde el médico debe de conocer y recolectar información del paciente como los antecedentes del paciente, no solo los patológicos, si no también se debe interrogar el contexto en que vive cada paciente para conocer a que se enfrenta; la conversación nos permite reconocer los problemas de cada individuo y al mismo tiempo conocer cuáles son los objetivos de cada paciente, en esta charla el paciente y el médico pueden reconocer algún plan que les permita construir metas cortas y a largo plazo con el fin de llevar a acciones que reflejen resultados satisfactorios. Esto al mismo tiempo permite que la persona encuentre la autoeficacia y la satisfacción. Si un paciente está satisfecho con sus resultados, continuará manteniéndolos y buscando mejorar su calidad de vida. (1)

Si lo mencionado anteriormente se aplica a la consulta diaria, podemos empezar a conocer a cada paciente y promover que las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la hipertensión, las dislipidemias y la obesidad se puedan controlar.



## **Desarrollo**

La atención primaria de salud es la base del sistema, que nos permite detectar y tratar a los pacientes. Las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles en la actualidad se consideran un problema de salud debido a su creciente incidencia; el médico de primer nivel debe ser capaz de reconocerlas y al mismo tiempo crear un entorno de confianza y respeto con el paciente para de esta forma recabar información pertinente que le permita conocer las fortalezas y debilidades de cada paciente. De acuerdo con la doctora Barbara Starfield (2) existen 4 pilares que nos permiten obtener resultados positivos en los servicios de salud; el primero de ellos es contar con la infraestructura y personal capacitado para así poder llegar el segundo punto que es establecer una relación con las comunidades y familias que requieran de los servicios de salud; el tercero es la integralidad, es decir cubrir las demandas de cada persona y por último se menciona la coordinación de los diferentes niveles de atención de salud con el fin de brindar una atención adecuada (3).

### **Atención centrada en la persona**

En la actualidad el sistema de salud se centra principalmente en la enfermedad y cómo tratarla, sin embargo, el objetivo de la atención centrada en la persona es retirar este concepto y transformarlo en una atención integral que nos permita conocer al paciente más allá de una enfermedad. El proceso de llegar a un diagnóstico certero y al mismo tiempo que nos permita establecer un plan de acción, debe ser construido por medio de un interrogatorio adecuado que abarque factores como hábitos y costumbre de cada individuo, que aborde la economía del paciente, los factores sociales y redes de apoyo con los que pudiese contar cada paciente, el acceso a servicios de salud, entre otros, ya que todo esto en conjunto nos permite realizar un plan individualizado y de esta forma cada paciente cuente con sus propias herramientas para alcanzar el autocuidado. La atención integral del paciente nos permite en un futuro alcanzar el empoderamiento y así lograr un adecuado manejo de cada paciente, que en el sistema de salud se ve reflejado en una

disminución de la mortalidad y morbilidad, y al paciente le permite mejorar su calidad de vida.

De acuerdo al modelo canadiense de atención centrada en la persona (4), existen 6 componentes elementales, los cuales son:

1. Recabar información acerca de la enfermedad y padecimiento, es importante escuchar al paciente y analizar lo que nos expresa, ya sea verbal o no
2. Conocer y comprender a la familia, ya que esta suele ser el apoyo para los pacientes, además ellos pueden ser una herramienta a futuro que ayuda al paciente a encontrar una estabilidad y red de apoyo
3. Debemos conocer los recursos con los que cuenta cada paciente, para de esta forma estar informados tanto paciente como médico de las herramientas con las que se cuenta y saber si pueden ser utilizadas para la terapéutica y al mismo tiempo conocer las limitantes y buscar soluciones.
4. Debemos abordar de igual manera la prevención y la promoción de la salud, ya que este es un pilar para prevenir futuras complicaciones
5. Es importante cuidar siempre la relación médico paciente, establecer en cada consulta un ambiente de confianza y respeto, ya que de esta forma el paciente puede expresar sus preocupaciones y problemas sin miedo a ser juzgado o rechazado.
6. Por último, es importante de acuerdo al modelo canadiense ser realistas, es decir, cada paciente tiene derecho a conocer su situación, de forma clara y precisa, nunca se deben omitir detalles, ya que, con ayuda del médico, y con el previo análisis de cada paciente, se deben tomar decisiones conjuntas, que al paciente le permita llegar al autocuidado y a la autoeficacia (4)

## **Autocuidado y autoeficacia**

El autocuidado se define de acuerdo con la Universidad Nacional de Colombia como “práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar. Incluye la modificación de los estilos de vida perjudiciales para la salud y la adopción de estilos de vida saludables” (5) y la autoeficacia se define según la REA como “conocimiento que los individuos tienen acerca de sus capacidades y confianza para alcanzar una meta o enfrentar una situación” (6).

En conjunto las definiciones antes mencionadas apoyan el tema central del presente ensayo, ya que una persona que logra el autocuidado y la autoeficacia es capaz de ser consciente de sus padecimientos, esto y el apoyo del médico resolviendo dudas y proporcionando información adecuada, le brinda al paciente las bases para poder tomar decisiones que le permitan mantener un estado de salud adecuado.

En el proyecto urbano de salud estos puntos agregados a la atención centrada en la persona nos permiten brindar una atención médica y al mismo tiempo conectar con el paciente, recordando que la relación médico paciente es de vital importancia ya que por medio de una conexión con cada persona logramos conocerlos, entenderlos y al mismo tiempo nos permite identificar metas que son importantes para alcanzar un control óptimo de sus enfermedades crónico degenerativas no transmisibles, todo esto nos lleva al siguiente tema a abordar, el empoderamiento de los pacientes.

## **Empoderamiento**

El término de empoderamiento de acuerdo con la autora Margarita Blanco (7) se refiere a una capacidad que adquiere el paciente y que le permite tomar decisiones para modificar su estilo de vida y conductas con el fin de continuar con un buen estado de salud.

Este proceso de empoderamiento asociado a el autocuidado y autoeficacia nos permite formar un plan más estructurado y al paciente le permite fomentar diversas prácticas con la finalidad de preservar su salud, la atención centrada en la persona permite al personal de salud acompañar al paciente en la búsqueda de estos tres pilares que nos llevarán al éxito en el tratamiento de cada persona.

## **Conclusiones**

La atención centrada en la persona es la base de una atención integral, ya que aborda puntos importantes y no se centra solo en curar la enfermedad, hay que recordar que este tipo de atención se centra en abordar a una persona como un todo y no como una enfermedad, es conocer su sentir con respecto a su padecimiento, conocer lo que sus familiares piensan y cómo lo apoyan, de igual manera busca identificar aquellas debilidades como lo es el escaso acceso a servicios de salud, a medicamentos o la misma comprensión del médico.

Existen diversos escenarios como, por ejemplo, en muchas ocasiones los pacientes tienen miedo a ser juzgados por sus hábitos y costumbres, esto los lleva a omitir cosas en el interrogatorio médico o bien a mentir, si un médico establece la confianza y respeto en la consulta, el paciente podrá lograr atravesar esa barrera de la vergüenza y buscará el apoyo y la información apropiada para lograr hacer frente a sus problemas. En esto se centra la atención centrada en la persona, ya que una vez expresado todo el entorno y contexto que rodea al paciente, el médico puede ser capaz de trazar el camino para poder llevar al paciente al empoderamiento y de esta forma el paciente puede encontrar un equilibrio entre sus metas y su estilo de vida.

## **Referencias**

1. Shyong TE., Wei YT. Person- centred care in diabetes: what is it based on and does it work?. The singapore family physician [Internet] 2020 [Consultado 27 Julio 2023]; vol 46(6) Disponible en: <https://doi.org/10.33591/sfp.46.7.u2>

2. Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical care and health disparities. Annu Rev Public Health. [Internet] 2012 [Consultado 27 Julio 2023]; vol 33: 89-106. Disponible en: doi: [10.1146/annurev\\_publhealth-031811-124528](https://doi.org/10.1146/annurev_publhealth-031811-124528)
3. Rosas PA., Narciso ZV., Cuba FM., Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Med Per [Internet] 2013 [Consultado 27 Julio 2023] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96626446007>
4. Stewart M., Brown JB., Weston WW., McWhinneyIR., Mc William CL., Freeman TR., Patient- centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Exécations [Internet] 2004 [Consultado 27 Julio 2023]; vol 7(2) 181-182 Disponible en: [https://doi: 10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x)
5. [Academia nacional de Colombia. Autocuidado](#) [Internet] [Consultado 27 Julio 2023]; Disponible en: <http://www.idiomamedico.net/index.php?title=autocuidado#:~:text=Pr%C3%A1ctica%20de%20actividades%20que%20una,la%20salud%20y%20el%20bienestar.>
6. [RAE. autoeficacia](#) [Internet] [Consultado 27 Julio 2023]; Disponible en: <https://dle.rae.es/autosuficiencia>
7. [Blanco CM.](#), Riva PC., Sanchez DI., Cerritos A., Navarro MR., Lopez HD. Empoderamiento: aproximación e implicaciones en la práctica clínica, la educación médica y los sistemas de salud y seguridad social. El servier [Internet] 2015 [Consultado 27 Julio 2023]; vol 16(3) 202-203 Disponible en: DOI: [10.1016/j.edumed.2015.09.003](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.003)

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

### **Contenido:**

- Introducción
- Objetivos de la revisión sistemática
- Protocolo de revisión
  - Justificación
  - Pregunta de investigación
  - Descriptores, palabras clave y términos relacionados con el tema
  - Tipos de investigaciones a recuperar
  - Criterios de inclusión
  - Criterios de exclusión
  - Estrategias de búsqueda
- Ejecución
  - Selección de reportes de investigación
- Síntesis de datos
- Recomendaciones
- Conclusiones
- Referencias bibliográficas
- Anexos
  - Escala FRAIL
  - Escala SARC-F
  - Tablas del análisis estadístico de datos del CST III Dr. Gastón Melo - Consultorio Piloto Culhuacán

**Los pacientes que viven con diabetes tipo II, con hemoglobina glucosilada menor de 7% en comparación con pacientes que padecen diabetes tipo II con hemoglobina glicosilada mayor de 7% ¿Tiene menor riesgo de sarcopenia?**

### **Introducción:**

En el presente trabajo se realizará una revisión sistemática y bibliográfica con el objetivo de encontrar una relación entre el riesgo de sarcopenia y el descontrol glucémico en pacientes mayores de edad que viven con diabetes tipo 2, ya que durante la consulta del CST III Dr. Gastón Melo y en el consultorio Piloto Culhuacán se observó que los pacientes que han presentado hemoglobinas glicosiladas superiores a 7 han tenido resultados positivos para las escalas FRAIL y SACR-F, lo cual genera una constante alarma en la consulta, ya que si se mejora el control glucémico se reduciría la mortalidad y morbilidad de estos pacientes. Si estos factores de riesgo, como el descontrol glucémico, son detectados y tratados a tiempo se podría mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los cuidadores primarios y a su vez proporciona mayor independencia en el adulto mayor.

### **Objetivos de la revisión sistemática**

- **Objetivo general:**
  - El objetivo de esta revisión sistemática consiste en seleccionar en la literatura científica documentos que muestren evidencia de que el riesgo de sarcopenia está directamente relacionada con el descontrol glucémico (esté comprendido como una hemoglobina glicosilada superior a 7%) en adultos mayores de edad que viven con diabetes tipo 2
  
- **Objetivos específicos**
  - Establecer que los pacientes mayores de edad que acuden a consulta con diagnóstico de diabetes tipo 2 en el módulo de salud Piloto Culhuacán y el CST III Dr. Gastón Melo con descontrol glucémico

presentan un riesgo de sarcopenia mayor que aquellos que llevan un adecuado control glucémico

- Medir por medio de la escala FRAIL el grado de fragilidad que presenta cada paciente.
- Medir por medio de la escala SARC-F la probabilidad de sarcopenia que tiene cada paciente.
- Buscar asociación entre la presencia de sarcopenia y/o fragilidad y el descontrol glucémico, para posteriormente compararlo con los pacientes que presentan un adecuado control glucémico
- Buscar revisiones sistemáticas y bibliográficas que apoyan lo planteado en este trabajo en plataformas como PubMed o Google Académic en los idiomas español e inglés con las palabras clave: diabetes/riesgo de sarcopenia/fragilidad
- Realizar una selección de revisiones sistemáticas y bibliográficas obtenidas en las bases de datos, leerlas y realizar resúmenes de estos documentos, con el fin de rescatar la información oportuna para el desarrollo del tema planteado en este trabajo que es la relación de la sarcopenia con el descontrol glucémico en pacientes que viven con diabetes tipo 2
- Realizar una descripción de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica y compararlo con lo obtenido y observado en la consulta.
- Rescatar recomendaciones que se mencionan en la literatura y que se pueden aplicar a la consulta médica en los respectivos consultorios



## Protocolo de revisión

- **Justificación:**

En el presente trabajo se abordará el tema de riesgo de sarcopenia y fragilidad en pacientes que presentan un descontrol glucémico, ya que en la consulta de crónicos del CST III Dr. Gastón Melo y en el consultorio Piloto Culhuacán se ha observado que la población atendida de adultos mayores de 65 años que presentan un adecuado control glucémico, este entendido como una hemoglobina glicosilada menor de 7%, han presentado menor riesgo sarcopenia y fragilidad que aquellos que tienen un descontrol glucémico, todo esto ha sido valorado por medio de las escalas FRAI y SARC-F, que han sido utilizadas para poder brindar una atención integral a esta población; estas mediciones nos han permitido observar que pacientes que viven con diabetes y tienen una hemoglobina glicosilada superior a 7 obtienen una positividad a estas escalas de riesgo en comparación con las personas que viven con diabetes y sus hemoglobinas glicosiladas son menores de 7%.

Es importante resaltar que la sarcopenia es un padecimiento músculo esquelético, que representa un deterioro en la función y en la cantidad de masa muscular (1), este padecimiento a su vez representa un factor que aumenta la mortalidad en los adultos mayores, así como se ha asociado con diversas morbilidades y complicaciones que impactan en la calidad de vida de los pacientes, cabe resaltar que no existe ningún tratamiento farmacológico que nos ayude a tratarlo, por tal motivo es importante buscar estrategias que ayuden a prevenirlo o bien retrasarlo, siendo importante prestar atención en aquellas situaciones que se pueden ver en la consulta y que con una adecuada intervención se puede disminuir el riesgo, como el caso del descontrol glucémico; aunque no es el único factor, ya que existen otros enfoques como el nutricional o bien la rehabilitación física; el control glucémico nos podría dar una herramienta extra para brindar una atención integral en la consulta.

En este trabajo se realizará una revisión sistemática y bibliográfica en la plataforma de PubMed y en Google Academic, intentando recopilar la información más reciente

y actualizada, con enfoque en el control glucémico y riesgo de sarcopenia en pacientes mayores de 65 años, con el objetivo de documentar que el control glucémico ayudará a reducir el riesgo de sarcopenia y podrá brindar una mejor calidad de vida en pacientes mayores de 65 años que viven con el diagnóstico diabetes.

- **Pregunta de investigación:**

Los pacientes que padecen diabetes tipo II mayores de 65 años, con hemoglobina glucosilada menor de 7% en comparación con pacientes que padecen diabetes tipo II mayores de edad con hemoglobina glicosilada mayor de 7% ¿Tiene menor riesgo de sarcopenia y fragilidad?

P: Adultos mayores que viven con diabetes tipo 2

I: Riesgo de sarcopenia y fragilidad

C: Comparación de riesgo de sarcopenia y fragilidad de pacientes que presentan un descontrol glucémico con aquellos que tienen un adecuado control glucémico

O: identificar el factor de riesgo para mejorar la calidad de vida de los pacientes

- **Descriptor, palabras clave y términos relacionados con el tema**

- Diabetes tipo 2 / type 2 diabetes
- Diabetes Mellitus
- Riesgo de sarcopenia y fragilidad / Risk Sarcopenia OR Fragility
- Resistencia a la insulina
- Descontrol glucémico / poor glycemic control

- **Tipos de investigaciones a recuperar**

- Revisiones sistemáticas
- Revisiones bibliográficas

- **Criterios de inclusión**
  - Revisiones sistemáticas publicadas en PubMed
  - Documentos publicados en idiomas de inglés y español
  - Documentos relacionados con el tema de sarcopenia y fragilidad en el adulto mayor y pacientes que viven con diabetes tipo 2
  - Documentos publicados en el periodo de tiempo 2019-2023
- **Criterios de exclusión**
  - Que estén escritos en idiomas diferentes al español o inglés
  - Que los estudios no estén realizados en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y sarcopenia o riesgo de fragilidad
  - Que no cumplan con el periodo de tiempo establecido
- **Estrategias de búsqueda**
  - P/ (Adultos mayores OR diabetes tipo 2) (Elderly OR type 2 diabetes) (diabetes mellitus)
  - I/ (Riesgo de sarcopenia OR fragilidad) (Risk Sarcopenia OR Frailty)
  - C/ (riesgo de sarcopenia y fragilidad OR descontrol glucémico) (Risk of sarcopenia and frailty OR poor glycemic control)
  - O/ (calidad de vida) (Quality of life)

## **Ejecución**

- **Selección de reportes de investigación**

Se realizó la búsqueda de Revisiones Sistemáticas en PubMed, utilizando los términos MeSh "type 2 diabetes"; "sarcopenia", "diabetes mellitus", relacionados con el operador booleano OR; considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 235 resultados, de los cuales, se utilizaron 8 documentos para la elaboración del presente trabajo, ya que solo estos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

Sitio Web	Algoritmo De Búsqueda	# Resultados Obtenidos	# Resultados Utilizados
Pubmed	(title:(type 2 diabetes) OR abstract:(type 2 diabetes)) AND (title:(Risk of sarcopenia) OR abstract:(Risk of sarcopenia)) Custom year range: 2019-2023. Publication type: Systematic Reviews.	7	2
Google academic	(title:(type 2 diabetes/diabetes tipo 2) OR abstract:(type 2 diabetes/diabetes tipo 2)) AND (title:(Risk of sarcopenia/riesgo de sarcopenia) OR abstract:(Risk of sarcopenia/riesgo de sarcopenia)) Custom year range: 2019-2023. Publication type: Systematic Reviews.	213	4
PubMed	(title:(diabetes mellitus) OR abstract: (diabetes mellitus)) AND (title:(sarcopenia) OR abstract: (sarcopenia)) Custom year range: 2019-2023. Publication type: Systematic Reviews.	15	2

## Síntesis de datos

- Tabla de resumen de artículos

Datos del artículo	Resultados relevantes
Título: Type 2 Diabetes Mellitus is Associated with Increased Risk of Sarcopenia: A	De acuerdo a lo expuesto en el artículo se pueden rescatar los siguientes datos: En el estudio se buscó en bases de datos como PubMed, CENTRAL y Scopus documentos relacionados con DM y riesgo de sarcopenia y se

<p>Systematic Review and Meta-analysis  Autores Anagnostis P., Gkekas N., Achilla C., Pananastasiou G., Taouxiidou P., Eustathios K., Potoupnis M., Tsiridis E.  Año: 2020  Páginas: 107(5):453-463  DOI:<a href="https://doi.org/10.1007/s00223-020-00742-y">10.1007/s00223-020-00742-y</a>  Sitio web: pubmed  Editor: Springer</p>	<p>encontraron quince estudios que cumplieron sus criterios de elegibilidad los cuales fueron: low muscle mass, muscle strength and/or muscle performance y estos arrojaron un total 1.832 pacientes con DM tipo 2 (DM2) y 1.159 casos de sarcopenia. A partir de esto se demostro en el analisis estadistico que los pacientes con DM2 tienen mayor riesgo de sarcopenia en comparacion con los pacientes con una glucosa normal, (OR 1,55, IC 95% 1,25-1,91, p &lt;0,001; I2 34,6%); al comprar los grupos por edad y sexo se siguieron mostrando los mismos resultados. Cabe mencionar que se menciona en el estudio que los pacientes que viven con diabetes tipo 2 tienen menor rendimiento muscular y fuerza, sin embargo no se observó diferencias en la cantidad de fuerza muscular en ambos grupos, por lo que concluyen que los pacientes con DM2 tienen un mayor riesgo de sarcopenia en comparación con los sujetos glucemias dentro de parámetros normales (2)</p>
<p>Título: The prevalence and risk factors of sarcopenia in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis  Autores: Ai Y., Xu R., Lui L.  Año: 2021  Páginas: 13(1):93  DOI:<a href="https://doi.org/10.1186/s13098-021-00707-7">10.1186/s13098-021-00707-7</a>.  Sitio web: pubmed  Editor: Diabetol Metab Syndr.</p>	<p>El tema primordial de este artículo fue la identificación de factores de riesgo relacionados con sarcopenia en pacientes que viven con diabetes tipo 2, por lo que realizaron búsquedas en sitios como PubMed, Embase y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y se obtuvieron veintiocho estudios que incluyeron a 16.800 pacientes en donde los principales hallazgos fueron los siguientes:  La prevalencia de sarcopenia en pacientes que viven con diabetes tipo 2 fue del 18 % (IC del 95 %: 0,15-0,22; I2 = 97,4 %) y dentro de los factores de riesgo para sarcopenia se puede rescatar que la edad avanzada (OR 4,73; IC 95% 4,30-5,19; I2 = 85,6%), el sexo masculino, la hiperglucemia crónica (HbA1c más alta) (OR 1,16; IC 95% 1,05-2,47; I2 = 99,2%) y la osteoporosis (OR 1,16; IC 95% 1,05-2,47; I2 = 99,2%) juegan un papel importante en el desarrollo de sarcopenia, mientras que el IMC bajo (OR 1,16; IC 95% 1,05-2,47; I2 = 99,2%) y administraciones de metformina (OR 1,16; IC 95% 1,05-2,47; I2 = 99,2%) fueron factores predictores de sarcopenia. IC 95% 1,05-2,47; I2 = 99,2%). Por lo que concluyen que la sarcopenia está fuertemente ligada a la diabetes tipo 2 (3)</p>

<p>Título: Diabetes y sarcopenia  Autores: Doulatram G., García O., Olivera F.  Año: 2023  Páginas: Vol. XVII Núm 1 pp. 75-88  DOI: 10.7400/NCM.2023.17.1.5119  Sitio web: Google academic  Revista: Nutrición Clínica en Medicina</p>	<p>El artículo aborda el tema de sarcopenia en pacientes que viven con diabetes tipo 2, sin embargo, según lo expuesto en el texto la sarcopenia está altamente infradiagnosticada ya que se encuentra con mayor frecuencia en pacientes que no viven con diabetes tipo 2, se menciona que el envejecimiento y una mala composición corporal son factores de riesgo con más peso para desarrollar sarcopenia, con referente a la duración de la diabetes y el control se observó una marcada prevalencia y se concluye que hay un estrecha relación; y para el caso de las complicaciones crónicas, se menciona que específicamente la neuropatía diabética tiene una incidencia de sarcopenia. Se agrega que algunos fármacos podrían relacionarse con la disminución de masa muscular pero el ejercicio puede contrarrestar estos efectos secundarios del fármaco (4)</p>
<p>Título: Sarcopenia asociada a Síndrome de inestabilidad y caídas: Revisión actualizada para la práctica clínica  Autores: Rodriguez F., Montanero P., Intriago B., Ponce A.  Año 2023  Páginas Vol. 5. No. 2, Pages 265-278.  DOI:<a href="http://journalmhe.org">http://journalmhe.org</a>  Sitio web: Google Acedemic  Editor: Journal Of Microbiology &amp; Health Education</p>	<p>El objetivo de este estudio fue documentar cómo se relaciona la sarcopenia con el desarrollo de síndrome de inestabilidad y caídas, realizaron un estudio descriptivo, documental y retrospectivo en donde se analizaron bases de datos como PubMed, Google Academy, Medline, Scielo y textos físicos y digitales, de lo cual se obtuvo como resultado que la sarcopenia es una patología que se deriva de un daño progresivo en el musculo esqueletico que se asocia a los adultos mayores con mayor frecuencia y que tiene como resultado caidas, fracturas, discapacidad fisica y mayor mortalidad, dentro de los factores de riesgo mencionados en el articulo se destaca la edad, sexo, fumar, osteoporosis y diabetes; estos factores se asociaron, con dificultad en la marcha, disminucion de agarre, alteracion en equilibrio y fragilidad.  Es importante rescatar que en el artículo se menciona que la diabetes acelera la pérdida de masa muscular y fuerza principalmente a consecuencia de la resistencia a la insulina, otros mecanismos fisiopatológicos implicados en este proceso de sarcopenia mencionados son los niveles de citocinas inflamatorias y cambios en la función endocrina del organismo (5)</p>
<p>Título: Hemoglobina glicosilada y el grado de sarcopenia: una revisión sistemática</p>	<p>En este documento se realizó una revisión sistemática con el objetivo de establecer una relación entre la hemoglobina glucosilada (HbA1C) y el grado de sarcopenia que presentaban los pacientes que viven</p>

<p>Autores: Sacón A., Cevallos T. Año: 2023 Páginas: Vol. 6 Núm. 3.3 DOI:<a href="https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i3.3.2694">https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i3.3.2694</a> Sitio web: google academic Revista: Medicina Preventiva</p>	<p>con diabetes tipo 2, para lo cual revisaron 12 estudios, los cuales obtuvieron los siguientes resultados: existe una marcada prevalencia de sarcopenia en paciente con diabetes tipo 2, en específico, en aquellos pacientes que presentan un descontrol glucémico; las pacientes que presentaron una HbA1C mayor de 8.5 se asociaron con un mayor riesgo de sarcopenia. Dentro de los manejos médicos que se sugieren en la bibliografía revisada para abordar este problema, se menciona que los ejercicios de resistencia y una adecuada alimentación son de gran ayuda en el manejo de esta patología.</p> <p>Es importante agregar que en este estudio se concluye que el diagnóstico temprano y el abordaje apropiado de la sarcopenia en pacientes que viven con diabetes tipo 2 es indispensable para mejorar la calidad de vida (6)</p>
<p>Título: Resistencia a la insulina y sarcopenia. Revisión sistemática Autores: Navarro A., Ayuso M. Año 2020 DOI:<a href="https://uvadoc.uva.es/handle/10324/51865">https://uvadoc.uva.es/handle/10324/51865</a> Sitio web: google academic Editor: Universidad de Valladolid. Facultad de Ciencias de la Salud (Soria)</p>	<p>En este artículo el tema que se aborda es la relación que existe entre la resistencia a la insulina y la sarcopenia; se intenta demostrar una relación entre la misma con la composición corporal y si la administración de insulina por vía exógena sirve como una medida terapéutica, por lo que se utilizaron bases de datos como Medline, Scielo, PubMed, Medicgraphic, y como palabras clave se utilizó: “Sarcopenia”, “Resistencia de la insulina”, “Obesidad Sarcopénica” y “Diabetes Mellitus”. La búsqueda dio como resultado los siguientes datos:</p> <p>Se obtuvieron 884 estudios de los cuales solo se pudieron utilizar 7, ya que solo estos cumplieron con las características del protocolo, tras el análisis se pudo afirmar que las personas que presentaban un alto grado de resistencia a la insulina tenían mayor riesgo o grado de sarcopenia y se comprobó que al inducir un alto grado de insulinemia a través de la administración de insulina por vía exógena se disminuye la pérdida de masa muscular (7)</p>
<p>Título: The Association Between Diabetes Mellitus and Risk of Sarcopenia: Accumulated Evidences From Observational Studies</p>	<p>El documento expone un metanálisis de estudios observacionales con el fin de evaluar la asociación de la sarcopenia y la HbA1C, la prediabetes, la diabetes y las complicaciones de la misma, para ellos se utilizaron bases de datos como PubMed, Embase, Cochrane y Web of Science, la evaluación de la calidad se realizó según la escala de Newcastle-Ottawa para</p>

<p>Autores: Qiao YS., Chai YH., Gong HJ., Zhuldyz Z., Stehouwer CDA., Zhou JB., Simó R.  Año:2021  DOI:  <a href="https://doi.org/10.3389/fendo.2021.782391">10.3389/fendo.2021.782391</a>  Sitio web: Pubmed  Editor: Front Endocrinol (Lausanne)</p>	<p>estudios observacionales, y se obtuvo como resultado la inclusión de 17 estudios, de estos en tres de ellos se encontró una relación entre los niveles altos de HbA1C y el desarrollo de una disminución de masa muscular, en un estudio se demostró que la prediabetes y la resistencia a la insulina se asocia con una pérdida de masa muscular, siete estudios demostraron que los individuos que viven con diabetes tipo 2 tienen más riesgo de desarrollar sarcopenia que aquellos que no viven con esta enfermedad (OR combinado: 2,09; IC del 95 %: 1,62-2,70), en los estudios restantes se menciona que las complicaciones que provoca la diabetes aumentan son un factor de riesgo para desarrollar sarcopenia (OR combinado: 2,09,95% IC: 1,62-2,70). por lo que se concluye que los niveles elevados de hemoglobina glucosilada, la diabetes y sus complicaciones juegan un rol importante en el desarrollo de sarcopenia (8)</p>
<p>Título:Prevalence of Sarcopenia and Its Association With Diabetes: A Meta-Analysis of Community-Dwelling Asian Population  Autores: Chung SM., Moon JS., Chang MC.  Año: 2021  DOI:<a href="https://doi.org/10.3389/fmed.2021.681232">10.3389/fmed.2021.681232</a>  Sitio web: PubMed  Editor: Front Med (Lausanne)</p>	<p>En este estudio se buscó una asociación entre la diabetes y la sarcopenia, los métodos empleados fueron la utilización de bases de datos para la búsqueda de estudios relacionados con sarcopenia en pacientes con y sin diabetes; extracción de datos y la evaluación de la calidad se realizaron según la escala Newcastle-Ottawa, como resultados se obtuvo la siguiente información:  La población que se estudio se componía de un total de 7022 pacientes de origen asiático, mayores de 60 años, de los cuales 53.4% fueron del sexo femenino y 1537 contaban con el diagnóstico de diabetes, los estudios encontrados, en seis de ellos, se utilizaron como método diagnóstico de sarcopenia los criterios de Asian Working Group for Sarcopenia y arrojaron como resultado una prevalencia de sarcopenia de 15,9% en pacientes con diabetes y de 10,8% en pacientes que no viven con diabetes. Los diabéticos mostraron un riesgo significativamente mayor de sarcopenia que los no diabéticos (OR agrupada = 1,518; IC 95% = 1,110 a 2,076; valor Z = 2,611; p = 0,009), por lo que analizada la información previa se concluye en el artículo que la prevalencia de sarcopenia es estadísticamente mayor en pacientes que cuentan con el diagnóstico de diabetes (9)</p>



## **Resultados de evaluaciones de riesgo de sarcopenia y fragilidad en pacientes de CST III Dr. Gastón Melo y del Consultorio Piloto Culhuacán.**

Se realizó la aplicación de escalas para la valoración de sarcopenia y fragilidad SARC-F y FRAIL en la consulta diaria en el CST III Dr. Gastón Melo y en el Consultorio Piloto Culhuacán con la finalidad de establecer una relación entre estos diagnósticos y los niveles de HbA1C en todos los pacientes que previamente contaban con el diagnóstico de diabetes tipo 2 y se obtuvieron los siguientes resultados:

La muestra se representó por un total de 90 pacientes de los cuales 54% fueron hombres y 46% mujeres, todos contaban con diagnóstico de diabetes tipo 2 y con respecto a la edad la mínima fue de 45 años y el máximo de 92 años, con una media de 71 como se muestra en la tabla 1.

Al aplicar la escala de valoración FRAIL se obtuvieron los siguientes datos: un 40% de los pacientes no presentó riesgo de fragilidad, 40% presentó probable pre-fragilidad y un total de 20% dio positivo para probable fragilidad, cómo se muestra en la tabla 2 en el apartado de anexos.

Con respecto a la escala SARC-F un 20% de la muestra no presentó riesgo de sarcopenia, mientras que un 46.7% de la muestra presentó una baja probabilidad de sarcopenia y un 33.3% con alta probabilidad de sarcopenia.

Se realizó una prueba estadística para determinar la distribución de los datos y se obtuvo una distribución normal al realizarse de Rho de Spearman. Al cruzar las variables HbA1C con los resultados de la escala FRAIL se obtuvo una correlación de Pearson de 0.495 con una P de  $<.001$  lo cual significancia débil y con al cruzar las variables HbA1C con los resultados de la escala SARC-F que mide la probabilidad de sarcopenia se obtuvo una correlación de Pearson de 0.396 con una p de  $<.001$  lo cual nuevamente nos da un resultado significativamente débil, todo esto se expone en la tabla número 4 y 5 que se encuentra en el apartado de anexos

De acuerdo con los datos obtenidos en la consulta y para tener un mejor análisis estadístico se sugiere realizar un número de muestra más grande.

## **Recomendaciones**

De acuerdo con los datos expuestos en el apartado de síntesis se puede realizar las siguientes recomendaciones para aplicar en la consulta médica

- Realizar en los pacientes escalas de valoración de riesgo de sarcopenia y fragilidad con la finalidad de diagnosticarla a tiempo y darle un adecuado abordaje
- Como se expone en el apartado de resúmenes de artículos anterior es importante valorar el uso de medicamentos como la metformina ya que esta fue un predictor importante de sarcopenia (2) y empezar a abordar a los pacientes con insulino terapia ya que se demostró en el artículo “Resistencia a la insulina y sarcopenia. Revisión sistemática” que la hiperinsulinemia disminuye la pérdida de masa muscular, por tal motivo podría ser una buena estrategia para disminuir el riesgo de sarcopenia y fragilidad, que a su vez mejoraría la morbilidad y mortalidad en los pacientes, además de mejorar su calidad de vida
- Hacer intervenciones que incluyan una terapia física, ejercicios de resistencia y plan nutricional adecuado para la edad y sexo, con el objetivo de reducir a pérdida muscular y evitar el riesgo de sarcopenia
- Mejorar el control glucémico y los niveles de hemoglobina glucosilada para proporcionar un menor riesgo de sarcopenia y fragilidad.

## **Conclusiones**

Es importante rescatar en este apartado lo siguiente: en un estudio de seguimiento de 6 años de la masa muscular esquelética de las extremidades medida con rayos X de energía dual en 2675 pacientes de 70-79 años se demostró que la masa muscular esquelética fue mayor aquellos pacientes que no tenían el diagnóstico de diabetes tipo 2 (10). Así mismo, en un estudio realizado en la India, de tipo corte

transversal, se demostró que la prevalencia de sarcopenia en pacientes con diabetes tipo 2 fue superior que los controles con una odds ratio (OR) de 3.48 (11) y en un informe de países Bajos se encontró una disminución significativa de la masa muscular esquelética y la fuerza muscular en pacientes que de igual manera contaban con diagnóstico de diabetes tipo 2 (12). Además, en un análisis de la National Health and Nutrition Examination Surveys III en Estados Unidos se indicó que la sarcopenia interviene en el metabolismo de la glucosa independientemente de la obesidad, cabe mencionar que la pérdida de masa muscular esquelética es un predictor de la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (13).

Es importante añadir que la sarcopenia según Sugimoto et al (14) tiene una prevalencia aumentada en pacientes que presentan una HbA1C elevada, estas relaciones lineales eran especialmente marcadas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no obesos con un IMC <22.3 kg/m<sup>2</sup> (la prevalencia de sarcopenia fue: 7.0% en el grupo de HbA1c <6.5%; 18.5% en el grupo de HbA1c 6.5-7.0%; 20.3% en el grupo de HbA1c 7.0-8.0%; y 26.7% en el grupo de HbA1c 8.0% o superior), los niveles más elevados de HbA1c se asociaron más fuertemente con un menor índice muscular esquelético (OR=5.42) que con una menor fuerza de prensión (OR=1.89) o velocidad de marcha (OR=1.13) y no se halló ninguna asociación entre los niveles de glucemia y la prevalencia de sarcopenia en los ancianos con niveles normales de glucemia.

Al analizar todos los datos expuestos en el presente trabajo, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

La diabetes y la sarcopenia están relacionadas ya que la diabetes acelera la pérdida de masa muscular y la fuerza en los pacientes (4), esto debido principalmente, a que la resistencia a la insulina, manifestada con un aumento en la HbA1C o como prediabetes, disminuye la cantidad de masa muscular (7), lo que condiciona a que los pacientes presenten un menor rendimiento muscular y de fuerza (1), que se puede ver manifestado en dificultad en la marcha, dificultad en el agarre, alteración en el equilibrio y con una alta incidencia de síndrome de fragilidad (4).

Dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de sarcopenia se menciona a la edad, el sexo masculino, la glucemia elevada de forma crónica y la osteoporosis (3), es importante resaltar que la neuropatía diabética es una complicación que acelera la presencia de sarcopenia (3); además fármacos como la metformina demostraron ser altos predictores de riesgo de sarcopenia (2), mientras que la hiperinsulinemia ha demostrado disminuir la pérdida de masa muscular (6), por lo que esto debe considerarse en la toma de decisiones conjuntas en la consulta.

Al ser la sarcopenia un factor importante en el desarrollo de comorbilidades y mortalidad en adultos mayores, en específico en aquellos que viven con diabetes tipo 2, es importante que en la consulta médica se realicen escalas de valoración con la finalidad de disminuir el riesgo de sarcopenia y detectarlo a tiempo para brindar un mejor manejo de esta patología en caso de presentarse, además se deben implementar estrategias como un adecuado plan nutricional, ejercicio de resistencia o terapia física, con el objetivo de reducir la pérdida muscular y mejorar la calidad de vida de los pacientes

### **Referencias bibliográficas:**

1. Rojas B., Buckcanan V., Benavides J. Sarcopenia; abordaje integral del adulto mayor. Revista Médica de Sinergia. [Internet] 2019 [Consultado 06 noviembre 2023] Vol 4 Num 5 pp 24-34 disponible en: doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.194>
2. Anagnostis P., Gkekas N., Achilla C., Pananastasiou G., Taoukidou P., Eustathios K., Potoupnis M., Tsiridis E., Goullis D. Type 2 Diabetes Mellitus is Associated with Increased Risk of Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-analysis. Springer [Internet] 2020 [Consultado 06 diciembre 2023] Vol107 Núm 5 pp 453-463 disponible en: DOI:[10.1007/s00223-020-00742-y](https://doi.org/10.1007/s00223-020-00742-y)
3. Ai Y., Xu R., Lui L. The prevalence and risk factors of sarcopenia in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Diabetol Metab Syndr. [Internet] 2021 [Consultado 10 Diciembre 2023] Vol 3 Núm

12(1) pp 93 disponible en: doi: 10.1186/s13098-021-00707-7

4. Doulatram G., García O., Olivera F., Diabetes y sarcopenia. *Nutrición Clínica en Medicina* [Internet] 2023 [Consultado 12 diciembre 2023] vol XVII Núm 1 pp 75-88 disponible en: doi:10.7400/NCM.2023.17.1.5119
5. Rodríguez F., Montanero P., Intriago B., Ponce A. Sarcopenia asociada a Síndrome de inestabilidad y caídas: Revisión actualizada para la práctica clínica. *Journal Of Microbiology & Health Education*. [Internet] 2023 [Consultado 10 diciembre 2023] Vol. 5. Num 2, pp 265-278 disponible en: <http://journalmhe.org>
6. Sacón A., Cevallos T. Hemoglobina glicosilada y el grado de sarcopenia: una revisión sistemática. *Medicina Preventiva* [Internet] 2023. [Consultado 10 diciembre 2023] Vol. 6. Num 3.3, disponible en: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i3.3.2694>
7. Navarro A., Ayuso M. Resistencia a la insulina y sarcopenia. Revisión sistemática. Universidad de Valladolid. Facultad de Ciencias de la Salud (Soria). [Internet] 2020 [Consultado 10 diciembre 2023] disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/51865>
8. Qiao YS., Chai YH., Gong HJ., Zhuldyz Z., Stehouwer CDA., Zhou JB., Simó R. The Association Between Diabetes Mellitus and Risk of Sarcopenia: Accumulated Evidence From Observational Studies. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet] 2021 Vol 23 Núm 12 pp 782391 [Consultado 10 diciembre 2023] disponible en DOI: [10.3389/fendo.2021.782391](https://doi.org/10.3389/fendo.2021.782391)
9. Chung SM., Moon JS., Chang MC. Prevalence of Sarcopenia and Its Association With Diabetes: A Meta-Analysis of Community-Dwelling Asian Population. *Front Med (Lausanne)* [Internet] 2021 Vol 20 Num 8 pp 681232 [Consultado 10 diciembre 2023] disponible en DOI: [10.3389/fmed.2021.681232](https://doi.org/10.3389/fmed.2021.681232)
10. Park SW, Goodpaster BH, Lee JS, Kuller LH, Boudreau R, de Rekeneire N, Harris TB, Kritchevsky S, Tylavsky FA, Nevitt M, et al: Excessive loss of

skeletal muscle mass in older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 32: 1993-1997, 2009.

11. Anbalagan VP, Venkataraman V, Pradeepa R, Deepa M, Anjana RM and Mohan V: The prevalence of presarcopenia in Asian Indian individuals with and without type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther* 15: 768-775, 2013.
12. Leenders M, Verdijk LB, van der Hoeven L, Adam JJ, van Kranenbur J, Nilwik R and van Loon LJ: Patients with type 2 diabetes show a greater decline in muscle mass, muscle strength, and functional capacity with aging. *J Am Med Dir Assoc* 14: 585-592, 2013.
13. Srikanthan P, Hevener AL and Karlamangla AS: Sarcopenia exacerbates obesity-associated insulin resistance and dysglycemia: Findings from the National health and nutrition examination survey III. *PLoS One* 5: e10805, 2010
14. Sugimoto K, Tabara Y, Ikegami H, Takata Y, Kamide K, Ikezoe T, Kiyoshige E, Makutani Y, Onuma H, Gondo Y, et al: Hyperglycemia in non-obese patients with type 2 diabetes is associated with low muscle mass: The multicenter study for clarifying evidence for sarcopenia in patients with diabetes mellitus. *J Diabetes Investig* 10: 1471-1479, 2019.

## Anexos

- Escalas de riesgo de sarcopenia y fragilidad FRAIL y SARC-F



### FRAIL

**Objetivo:**

Identificar probable fragilidad en la persona mayor.

**Descripción:**

La herramienta de tamizaje "FRAIL" es un cuestionario sencillo que consta de 5 preguntas dicotómicas, que abordan 5 puntos trascendentes para el diagnóstico de la fragilidad: fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, comorbilidad y pérdida de peso en el último año.

**Requerimientos:**

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

**Tiempo de aplicación:** 5 minutos.

**Instrucciones:**

1. Diga a la persona mayor el objetivo del cuestionario, y mencione que hará 5 preguntas de las cuales le tendrá que decir sí o no según sea su caso.
2. Pregunte de acuerdo a la guía del instrumento y anote la respuesta en el espacio asignado

**Calificación:**

- De acuerdo al puntaje asignado se realiza la sumatoria de las preguntas teniendo un rango total de 0-5 puntos máximo como resultado.

**Sugerencias o pautas de interpretación:**

Para interpretar utilice los siguientes criterios:

- **Probable fragilidad:** 3 a 5 puntos.
- **Probable pre-fragilidad:** 1 a 2 puntos.
- **Sin fragilidad o robustez:** 0 puntos.

**Referencias:**

- Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... Walston, J. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Rosas-Carrasco, O., Cruz-Arenas, E., Parra-Rodríguez, L., García-González, A. I., Contreras-González, L. H., & Szlejf, C. (2016). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1094–1098. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>

## FRAIL

	Puntuación
<p><b>[Fatigue (fatiga)]</b> En las últimas 4 semanas; ¿Qué tanto tiempo se sintió</p>	<p>1 = Todo el tiempo 2 = La mayor parte del tiempo 3 = Algo de tiempo 4 = Muy poco tiempo 5 = Nada de tiempo Respuestas 1 o 2 son puntuadas como 1 y el resto como 0.</p>
<p><b>[Resistance (resistencia)]</b> Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?</p>	<p>1 = Si 0 = No</p>
<p><b>[Aerobic (actividad aeróbica)]</b> Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?</p>	<p>1 = Si 0 = No</p>
<p><b>[Illnesses (enfermedades)]</b> Para las 11 enfermedades, los participantes se les pregunta: ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?</p>	<p>1 = Si 0 = No. El total de enfermedades (0-11) son recodificadas como 0-4 = 0 y 5-11 = 1. Las enfermedades incluyen: hipertensión arterial sistémica, diabetes, cáncer (otro que no sea un cáncer menor en piel), enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, angina, asma, artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide), enfermedad vascular cerebral (embolia) y enfermedad renal crónica.</p>
<p><b>[Lost of weight (pérdida de peso)]</b> ¿Cuánto pesa con su ropa sin zapatos? [peso actual]" Hace un año ¿Cuánto pesaba con ropa y sin zapatos? [Peso hace un año]</p>	<p>El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: <b>[(Peso hace un año – Peso actual) / Peso hace un año] * 100.</b> Si la pérdida de peso es <math>\geq 5\%</math> se suma un punto (+1), si es <math>\leq 4\%</math> se puntúa como 0.</p>

Puntuación total: \_\_\_\_\_

### Interpretación

El rango de la puntuación total va de 0 a 5 puntos, 1 punto por cada componente.

- Probable fragilidad: 3 a 5 puntos.
- Probable pre-fragilidad: 1 a 2 puntos.
- Sin fragilidad o robustez: 0 puntos.

- Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... Walston, J. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Rosas-Carrasco, O., Cruz-Arenas, E., Parra-Rodríguez, L., García-González, A. I., Contreras-González, L. H., & Szlejf, C. (2016). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1094–1098. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.





## SARC-F

**Objetivo:**

Identificar la presencia de probable sarcopenia en la persona mayor.

**Instrucciones:**

Aplique el cuestionario, marcando la puntuación para cada pregunta. Sume los puntos; anote el puntaje total y marque la interpretación que corresponda.

**Datos de la persona mayor**

 Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Preguntas		Puntaje
<b>Strength</b> (Fuerza)	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kg?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
<b>Assistance in walking</b> (Asistencia para caminar)	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares o incapaz = 2
<b>Rise from chair</b> (Levantarse de una silla)	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz sin ayuda = 2
<b>Climb stairs</b> (Subir escaleras)	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
<b>Falls</b> (Caídas)	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1-3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_

**Interpretación**
**Alta probabilidad de sarcopenia = 4 o más probabilidades.**
**1, 2 ó 3 puntos = Baja probabilidad de sarcopenia.**
**Referencias:**

- Tomado de: Parra-Rodríguez L, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the spanish-language version of the SARC-F to assess sarcopenia in mexican community-dwelling older adults. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(12):1142. PMID: 27815111.


 Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.


- **Tablas del análisis estadístico de datos del CST III Dr. Gastón Melo - Consultorio Piloto Culhuacán**

**Estadísticos descriptivos (Tabla 1)**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad	90	45	92	71,82	8,599
Sexo	90	1	2	1,54	,501
HbA1C	90	5,0	14,0	7,337	1,8947
FRAIL	90	1	3	1,80	,753
SARC-F	90	1	3	2,13	,722
N válido (por lista)	90				

**FRAIL (Tabla 2)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	SIN FRAGILIDAD	36	13,9	40,0
	PB PREFRAGILIDAD	36	13,9	40,0
	PB FRAGILIDAD	18	6,9	20,0
	Total	90	34,7	100,0
Total		259	100,0	

**SARC-F (Tabla 3)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	SIN RIESGO	18	6,9	20,0
	BAJA PB SARCOPENIA	42	16,2	46,7
	ALTA PB SARCOPENIA	30	11,6	33,3
	Total	90	34,7	100,0
Total		259	100,0	

**Correlaciones (Tabla 4)**

		HbA1C	FRAIL	SARC-F
HbA1C	Correlación de Pearson	1	,495**	,396**
	Sig. (bilateral)		<.001	<.001
	N	90	90	90
FRAIL	Correlación de Pearson	,495**	1	,732**
	Sig. (bilateral)	<.001		<.001
	N	90	90	90
SARC-F	Correlación de Pearson	,396**	,732**	1
	Sig. (bilateral)	<.001	<.001	
	N	90	90	90

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Correlaciones (Tabla 5)**

			HbA1C	FRAIL	SARC-F
Rho de Spearman	HbA1C	Coeficiente de correlación	1,000	,503**	,424**
		Sig. (bilateral)	.	<.001	<.001
		N	90	90	90
	FRAIL	Coeficiente de correlación	,503**	1,000	,741**
		Sig. (bilateral)	<.001	.	<.001
		N	90	90	90
	SARC-F	Coeficiente de correlación	,424**	,741**	1,000
		Sig. (bilateral)	<.001	<.001	.
		N	90	90	90

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

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

#### 3.3.2 Balance de desempeño clínico de atención de personas con enfermedades crónicas en el consultorio Piloto Culhuacán a cargo de Sandra Ortega Rodríguez

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

Tabla No. 1

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

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	63	92.64
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	1	01.47
Recuperados a partir de agosto de 2023	4	05.88
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Nota: En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 se incorporó a una persona y se recuperó a 4 personas.

Nuevo ingreso: personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención en el periodo de febrero de 2023 a enero de 2024.

Recuperados: pacientes que tenían un ingreso previo a febrero de 2023 y que por algún motivo dejaron de acudir a consulta, pero que en el periodo de febrero de 2023 a enero de 2024 retomaron su seguimiento en el consultorio.

Tabla No. 2

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

Condición de participación	No	%
Activas	59	86.76
No activas	9	13.23
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 un 86.76% se encuentran activos

Activos: Personas atendidas en el Consultorio Piloto Culhuacán que acudieron a sus citas mensuales durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024

No activas: Personas que previo a febrero de 2023 fueron atendidas en el Consultorio Piloto Culhuacán y por algún motivo no continuaron con el seguimiento en este módulo de salud.

Tabla No.3

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

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0
Cambio de institución que le atiende	3	33.33
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	4	44.44
Falleció	2	22.22
Otro motivo	0	0
Se ignora	0	0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Nota: En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 se reportaron dos fallecimientos correspondiente al 22.22%, así como de detectó que el 66.66% de los pacientes suspendieron su control en el consultorio por cambios de domicilio o cambio en la institución de salud, por lo tanto se puede rescatar que estos dos factores son causa de pérdida de seguimiento en los pacientes.

## 2 Información demográfica:

Tabla No. 4  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a sexo  
Consultorio Piloto Culhuacán

Sexo	No	%
Femenino	46	67.64
Masculino	22	32.35
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 la distribución de sexo se inclina en el sexo femenino, de acuerdo a lo expuesto por los pacientes se infiere que las personas del sexo femenino se preocupan más por su salud y por tal motivo acuden más a instituciones que les presten el servicio de atención médica.

Tabla No. 5  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad  
Consultorio Piloto Culhuacán

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	01.47
50 – 59 años	12	17.64
60 – 69 años	10	14.71
70 – 79 años	24	35.29
80 y más años	21	30.88
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 un 80.88% son adultos mayores, entendiendo este concepto como personas que tienen 60 años o más de acuerdo a la OMS (3)

Tabla No. 6  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero  
2023 – enero 2024 de acuerdo a edad y sexo  
Consultorio Piloto Culhuacán

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		1	2.17	0	0	1	01.47
50 – 59 años		7	15.21	5	22.72	12	17.64
60 – 69 años		9	19.57	1	4.54	10	14.71
70 – 79 años		18	39.13	6	27.27	24	35.29
80 y más años		11	23.91	10	45.45	21	30.88
<b>Total</b>		46	100	22	100	68	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 los adultos mayores del sexo femenino corresponde a un 82,61% y del sexo masculino corresponde a 77.26%, por lo tanto, la atención se centra en adultos mayores.

Es importante mencionar que la población joven debería de ser más abordada en la consulta ya que este grupo es en el que se puede realizar más promoción a la salud con el fin de evitar enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones.

### 3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2023 - enero 2024 de acuerdo a edad

Consultorio Piloto Culhuacán

No de consultas	No de pacientes	%
1	2	2.94
2	4	5.88
3	2	2.94
4	3	4.41
5	3	4.41
6	6	8.82
7	5	7.35
8	4	5.88
9	4	5.88
10	11	16.18
11	19	27.94
12 y más	5	7.35
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 un 51.47% asistió con regularidad a sus consultas médicas mensuales ya que cuentan con más de 10 consultas en este periodo de tiempo.

Tabla No.8

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

Consultorio Piloto Culhuacán

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	4	5.88
Diabetes Mellitus tipo 2	1	1.47
Dislipidemia	0	0
Dislipidemia e hipertensión	7	10.29
Obesidad e hipertensión	3	4.41
Obesidad y diabetes	0	0
Obesidad y dislipidemia	2	2.94



Diabetes e hipertensión	2	2.94
Diabetes y dislipidemia	1	1.47
Obesidad, hipertensión y diabetes	6	8.82
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	6	8.82
Hipertensión, dislipidemia y obesidad	9	13.24
Diabetes, dislipidemia y obesidad	4	5.88
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	23	33.82
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar la distribución diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipidemia o sobrepeso y obesidad que presentan los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024, se puede apreciar que solo un 7.35% presenta solo un diagnóstico, un 22.05% cuentan con dos diagnósticos, un 36.76% tienen 3 diagnósticos y un 33.82% de los pacientes tienen diagnosticadas las 4 enfermedades, por lo cual se deduce que al realizar el diagnóstico de alguna de las patologías mencionadas previamente, es importante descartar la presencia de las otras tres ya que suelen estar acompañadas. También se sugiere realizar esta medida para poder prevenir el desarrollo de las mismas en caso de no estar presentes o bien prevenir las complicaciones que se pudieran presentar y la evolución de la misma enfermedad.

Tabla No.9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo  
Consultorio Piloto Culhuacán

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	2	4.35	2	9.09	4	5.88
Diabetes Mellitus tipo 2	0	0	1	4.55	1	1.47

Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Dislipidemia e hipertensión	5	10.87	2	9.09	7	10.29
Obesidad e hipertensión	1	2.17	2	9.09	3	4.41
Obesidad y diabetes	0	0	0	0	0	0
Obesidad y dislipidemia	2	4.35	0	0	2	2.94
Diabetes e hipertensión	2	4.34	0	0	2	2.94
Diabetes y dislipidemia	1	2.17	0	0	1	1.47
Obesidad, hipertensión y diabetes	5	10.87	1	4.55	6	8.82
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	5	10.87	1	4.55	6	8.82
Hipertensión, dislipidemia y obesidad	6	13.04	3	13.64	9	13.24
Diabetes, dislipidemia y obesidad	2	4.35	2	9.09	4	5.88
Obesidad, hipertensión, diabetes dislipidemia	15	32.61	8	36.36	23	33.82
<b>Total</b>	46	100	22	100		100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar la distribución diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipidemia o sobrepeso y obesidad que presentan los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 y su división de acuerdo a sexos.

Tabla No. 10  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad

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	0	0
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	0	0

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 ninguno cuenta solo con el diagnóstico de dislipidemias

Tabla No.11  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Edad	Personas con diagnóstico hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	3	75
80 y más años	1	25
<b>Total</b>	4	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 sólo el grupo de edad superior a 70 años cuenta solo con el diagnóstico de hipertension arterial

Tabla No.12  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Consultorio Piloto Culhuacán

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	0	0
70 – 79 años	0	0
80 y más años	1	100
<b>Total</b>	1	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 sólo el grupo de edad superior a 80 años cuenta con el diagnóstico exclusivo de diabetes mellitus tipo 2

Tabla No.13  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia  
Consultorio Piloto Culhuacán

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

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 ninguno cuenta con solo el diagnóstico de dislipidemia

Tabla No.14  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial  
Consultorio Piloto Culhuacán

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad 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	0	0
70 – 79 años	0	0
80 y más años	3	100
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 solo 3 personas del grupo de edad de 80 años o más cuentan con el diagnóstico de obesidad e hipertensión.

Tabla No. 15  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2  
Consultorio Piloto Culhuacán

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	0	0
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 ninguna cuenta con el diagnóstico de obesidad y diabetes tipo 2

Tabla No.16  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia  
Consultorio Piloto Culhuacán

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

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 solo 2 personas del grupo de edad mayor a 60 años cuentan con el diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Tabla No.17  
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial  
Consultorio Piloto Culhuacán

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes 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	0	0
70 – 79 años	1	50
80 y más años	1	50
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 solo 2 personas del grupo de edad mayor a 60 años cuentan con el diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2  
 Consultorio Piloto Culhuacán

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	16.66
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	16.66
70 – 79 años	2	33.33
80 y más años	2	33.33
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 6 personas cuentan con tres de los diagnósticos, Obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, de igual manera en esta tabla observamos al paciente más joven de la población.

Tabla No.19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 - enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia  
 Consultorio Piloto Culhuacán

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	2	33.33
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	3	50
80 y más años	1	16.66
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 6 personas cuentan con tres de los diagnósticos, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia.

Tabla No.20  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 - enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, obesidad y dislipidemia  
 Consultorio Piloto Culhuacán

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, obesidad y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	3	33.33
60 – 69 años	3	33.33
70 – 79 años	2	22.22
80 y más años	1	11.11
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 9 personas cuentan con tres de los diagnósticos hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, también se observa que el rango de edad en esta tabla disminuye, ya que la población que presenta estas patologías inicia alrededor de los 50 años

Tabla No.21  
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 - enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes, obesidad y dislipidemia  
 Consultorio Piloto Culhuacán

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes, obesidad y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	3	75
60 – 69 años	1	25
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>



Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024, 4 personas cuentan con tres de los diagnósticos diabetes, obesidad y dislipidemia, también se observa que el rango de edad en esta tabla disminuye, ya que la población que presenta estas patologías inicia alrededor de los 50 años.

Tabla No.22

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

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	4	17.39
60 – 69 años	2	08.69
70 – 79 años	9	39.13
80 y más años	8	34.78
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024 9 personas cuentan con los cuatro diagnósticos hipertensión arterial, obesidad, diabetes Mellitus 2 y dislipidemia, también se observa que el rango de edad en esta tabla disminuye, ya que la población que presenta estas patologías inicia alrededor de los 50 años

#### 4 Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No.23

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glucemia capilar o venosa  
Periodo febrero 2023 – enero 2024  
Consultorio Piloto Culhuacán

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	53	86.88	53	86.88	53	86.88
Fuera de control	8	13.11	8	13.11	8	13.11
<b>Total</b>	61	100	61	100	61	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024, 86.88% presentan un control glucémico tanto capilar como venoso.

Tabla No.24

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

Parámetro de	No	%
Control	41	74.54
Fuera de control	14	25.45
<b>Total</b>	55	100

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024, 74.54% presentan un control glucémico medido por HbA1C

Tabla No.25  
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y  
 cifras de control  
 Periodo febrero 2023 – enero 2024  
 Consultorio Piloto Culhuacán

Parámetro de	No	%
Control	61	89.70
Fuera de control	7	10.29
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024, 89.7% presentan un control hipertensivo

Tabla No.26  
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y  
 cifras de control de acuerdo con colesterol sérico  
 Periodo febrero 2023 – enero 2024  
 Consultorio Piloto Culhuacán

Parámetro de	No	%
Control	36	67.92
Fuera de control	17	32.07
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024, 67.92% presentan un control en las mediciones de colesterol

Tabla No.27  
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos  
 Periodo febrero 2023 – enero 2024  
 Consultorio Piloto Culhuacán

Parámetro de	No	%
Control	33	62.26
Fuera de control	20	37.73
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Excel del Proyecto Urbano de Salud. Periodo febrero 2023 – enero 2024

En la tabla se puede observar que de los pacientes que están incorporados en el Proyecto Urbano de Salud que acudieron al Consultorio Piloto Culhuacán durante el periodo de febrero 2023 a enero 2024, 62.26% presentan un control en las mediciones de triglicéridos

### **Acción comunitaria**

#### **Concepto y modelos de promoción de salud**

La promoción de la salud es un tema importante de mencionar, ya que juega un papel importante tanto en la formación de nuevas políticas de salud, como en la orientación de actividades relacionadas con la misma y también participa al momento de combatir las enfermedades que se presentan en la comunidad (4)

La promoción de la salud tiene como objetivo tratar la salud y no se enfoca solo en la enfermedad, según Eslava “Dentro de la misma promoción de la salud existe un fuerte debate entre aquellas posturas que enfatizan la acción dirigida a la transformación de los estilos de vida y aquellas posiciones que privilegian las acciones dirigidas a la transformación social y la lucha política” (5). Es aquí donde el MAICP toma la siguiente postura, el Proyecto Urbano de Salud con el apoyo de la comunidad se crearon espacios donde los pacientes son partícipes en regular las directrices de su tratamiento y seguimiento, de esta forma, al hacerlos parte de la promoción de la salud tanto el paciente como la comunidad se involucran en el

cambio en el sistema de salud y permiten que esta genere las modificaciones pertinentes en su atención de salud.

Esto nos lleva a pensar que tal vez la promoción de la salud debe realizarse no solo con el paciente, si más bien se debe de tomar una postura dirigida a crear espacios saludables en donde la comunidad pueda potenciar su control.

De acuerdo con la carta de Ottawa el concepto de promoción de la salud “surgió como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud que aún hoy exigen solución en todas las partes del globo” (6), esto se puede entender de la siguiente manera, en la actualidad la población lleva un ritmo de vida que crea problemas de salud que el sistema no alcanza a resolver, estos van superando con el tiempo el sistema de salud, por lo tanto la promoción de la salud intenta lograr una planificación a favor de lograr una población y un ambiente sanos y a su vez dar una solución a esta problemática (6).

La carta de Ottawa, surge a partir de una conferencia Ottawa en noviembre de 1986, en donde se observa que problemas de salud provienen principalmente de países industrializados. Derivado de esto define a la promoción de la salud de la siguiente manera “proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren” (6), los personajes involucrados en este rubro deben tener presente que deben de desarrollar estrategias que generen el cambio o bien buscar la forma de adaptarse al medio, siempre con el fin de llevar a cabo la identificación de sus aspiraciones y al mismo tiempo de satisfacer sus necesidades.

Las condiciones y prerrequisitos para la salud, según la carta de Ottawa son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (6).

La carta de Ottawa propone que al abogar por la salud se deben tomar acciones de promoción con el objetivo de crear condiciones personales, económicas, políticas y sociales favorables para la salud. Los recursos y oportunidades deben ser distribuidos de manera equitativa para capacitar a todo el mundo con el fin de

alcanzar el máximo potencial de salud. Todas las personas involucradas en el sistema de salud deben de adaptarse a las necesidades e intereses de la región o del país. (6)

La carta de Ottawa propone las siguientes acciones de promoción de la salud: elaborar una política pública saludable, crear entornos de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales, reorientar los servicios sanitarios y avanzar hacia el futuro (6); estos puntos son importante mencionarlos, ya que como podemos apreciar, son puntos clave en la estructura del MAICP, en el Consultorio Piloto Culhuacán, estas acciones se han implementado desde el momento en que la comunidad forma parte de su atención, el consejo asesor del módulo de salud ha participado en el desarrollo de habilidades personales como colectivas, esto a su vez ha generado un cambio la comunidad, ya que al reorientar el sistema de salud de este proyecto se permitió observar a las instituciones involucradas en su salud, así como las herramientas disponibles que esta comunidad disponía, de tal forma que todo esto en conjunto nos llevó a potenciar en control de estos pacientes y promover la salud

### **Encuentros de salud**

El encuentro de personas con enfermedades crónicas dentro del proyecto urbano de salud se realizó dos veces al año, uno en el mes de enero y en el mes de septiembre. Participaron las personas de los diferentes consultorios y se realizaron mesas de diálogo sobre un tema a tratar. derivado del segundo encuentro se realizó un encuentro con sólo personas que integraban el consejo asesor. Es importante mencionar que también se participó en el encuentro realizado en los centros de salud de la CDMX, en donde se apoyó en función de relatores

- **Encuentro de salud del Proyecto Urbano de Salud mes de enero**

**Tema:** 9° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas. Una estrategia de desarrollo de capacidades colectivas. Experiencias de autocuidado en la pandemia de covid

**Justificación:** El objetivo de este taller fue conocer las experiencias que vivieron los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidas pertenecientes al proyecto urbano de salud durante el confinamiento por la pandemia de Covid 19, los efectos que éste ocasionó en su salud y el impacto que tuvo en el autocuidado y control de sus enfermedades. También se buscó conocer las propuestas de los pacientes para reactivar el trabajo y cómo aumentar el cuidado colectivo de salud desde el enfoque de la comunidad

**Organización y preparación:** Se realizó una reunión en donde se convocó a los pasantes de nuevo ingreso para ayudar a la logística del evento, se informó el tema principal, el objetivo y el desarrollo del encuentro, se explicó la función de un relator y se asignó el horario y lugar en que se tenía que presentar el equipo para llevar a cabo la reunión con los pacientes

Se inició dando la bienvenida y permitiendo dar un discurso a las autoridades correspondientes, para posteriormente realizar un informe de resultados de los datos obtenidos de las mediciones que los pacientes presentaron durante su seguimiento en los meses previos, posteriormente se inició con el taller, es importante añadir que previamente al ingreso del evento se les entregó un gafete un número de mesa para garantizar la distribución de los pacientes y optimizar la organización, al inicio de taller se abordaron las reglas del grupo, se hicieron las presentaciones correspondientes y se dio inició la discusión, al finalizar esta, se llevó a cabo una plenaria en donde se resumió en cada grupo los puntos abordados, posteriormente se finalizó el evento

**Desarrollo y resultados:** durante el taller se pudieron resaltar los siguientes temas: el covid impactó directamente en el cuidado de sus enfermedades ya que en

algunos casos los pacientes al estar en casa mejoraron su alimentación y de igual manera disponían de más tiempo para realizar ejercicio, la toma de sus medicamentos mejoró ya que contaban con el apoyo de sus familiares y el estar en casa les proporcionó fijar horarios para esta actividad, las sugerencias que los pacientes plantean para volver a mejorar su control son regresar a la alimentación que llevaban durante la anemia, apegarse a su tratamiento y buscar tiempo para poder realizar su ejercicio diario, es importante resaltar en este apartado la preocupación transmitida por los pacientes con respecto a su salud, ya que el covid les mostró que son un grupo vulnerable que puede contraer fácilmente enfermedades infecto contagiosas

**Relatoría:** Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

<b>Mesa No: 3</b>	<b>Coordinador(a):</b> OMAR	Página: ___ de ___
	<b>Relator(a)</b> SANDRA	
	<b>Taller: 1</b>	<b>Fecha: 26/enero/2023</b>

**1. Personas participantes:**

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Consultorio</b>
EUGENIA	F	71	MIGUEL DE QUEVEDO
FABIOLA	F	72	PILOTO COYOACÁN
CARLOS	M	81	PILOTO COYOACÁN
ARMANDO	M	81	PILOTO COYOACÁN
DANIEL	M	86	CLINICA 46 DE IMSS
VICTOR	M	59	PILOTO COYOACÁN
HILDA	F	78	HUAYAMILPAS
ALBERTO	M	79	HUAYAMILPAS

**2. Datos del taller**

Objetivo del taller: Experiencias de autocuidado en las pandemia de covid	
Hora de inicio:11:47 HRS	Hora de finalización: 12:27 HRS



### 3. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
11:47 HRS	Bienvenida
11:48 HRS	Presentación
11:48 HRS	Encuadre
11:49 HRS	Taller: experiencias en el autocuidado durante el confinamiento
12:27 hrs	Cierre

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

*Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda de la sesión*  
*Utilice tantas hojas como sea necesario*  
*Anote textualmente cada una de las preguntas del taller (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")*

Omar: El objetivo de este taller es conocer las experiencias que ustedes que viven con enfermedades crónicas no transmisibles atendidas en el proyecto urbano de salud durante el confinamiento por la pandemia de Covid 19, los efectos que éste tuvo en su salud y el impacto que tuvo en el autocuidado y control de sus enfermedades

Omar: Primera pregunta: ¿Cómo nosotros como personas con enfermedad crónica cuidamos de nuestras enfermedades durante el confinamiento? ¿Qué hicimos nosotros para cuidarnos durante este tiempo?

Víctor: Lo que hacíamos nosotros era tomarnos los medicamentos regularmente, tratar de no salir, hacíamos un poco de ejercicio y a partir de ahí alguien se turnaba para salir a comprar los víveres, pero principalmente era no salir.

Carlos: Yo tengo seguro social y a mí si me dio Covid, me atacó muy fuerte la pandemia, a raíz de eso hay muchas cosas que me pasaron, y yo la verdad, a mí me iban a mandar a intubar pero una de mis hijas me llevó a su casa, ya en su casa, mi nieto tenía un amigo doctor, le habló por teléfono y le empezó a dar indicaciones, medicamentos y todos los cuidados que debía tener, yo no recuerdo bien pero todo eso lo siguió mi hija, por lo que ella me dice yo me acababa un tanque diario de oxígeno y así transcurrió un tiempo, y a raíz de eso, pues ahora sigo padeciendo complicaciones, pero hago ejercicio y no me dejó caer, pero sigue variando la presión y estamos con el problema de que soy o no soy diabético, toda la vida me he cuidado, gracias a Dios, con mi medicamento y remedios caseros pero hasta ahorita no sé si soy diabético o no, pero cada vez que voy yo digo me siento bien, el cansancio ahora es mi enemigo, pero yo me digo Carlos vámonos para arriba hay que hacer ejercicio, ahorita estoy haciendo lo que siempre me ha gustado, soy cantante, y dejar eso no es algo que quiero, entonces no me rindo.

Omar: ¿Alguien más quiere contar su experiencia?

Aidé: nosotros lo vivimos como la mayoría con mucho temor, extremar cuidados, tratamos de llevar horarios de los medicamentos, cuidando la alimentación, hacíamos ejercicio que se veía en la televisión, aproximadamente 1 hora o hora y media, y afortunadamente no me pegó directamente, veíamos que todos se enfermaron, no fue fuerte, a nosotros nos ayudó ver diario las noticias, nos

informarnos y decíamos no nos vamos a enfermar, eso nos ayudó y nuestra buena higiene.

Daniel: yo estuve internado por cuatro días por un dolor que me dio muy fuerte, creímos que era la vesícula, me dio fiebre y me sentía muy mal; pedí que me hiciera la prueba covid, salió negativa, pero internado me siguieron haciendo pruebas y todo, estuve en tratamiento por un largo tiempo, estuve comiendo bien y a los cuatro días del tratamiento el doctor me dijo que estaba bien, y algunos familiares sí salieron positivos, no los que viven conmigo en mi domicilio, pero; los trataron en su domicilio, antes de salir se me ocurrió una anécdota, me cambié muy rápido, ya iba de salida pero las enfermeras me detuvieron, yo les dije: ¿me van a detener de vuelta?, pero no, me dijeron que me felicitaban y los doctores y las enfermeras me aplaudieron porque muchos no sobreviven a esta enfermedad; de cierto modo me pareció algo bonito

María: pues miren yo padezco una enfermedad que me cuesta entenderla, yo tengo problemas en los lagrimales, entonces, yo estudié historia, mi pasión era leer, de pronto con la pandemia pues no sales, pues no lees, no te tejes no nada, entonces yo creo que yo me la pasé un poco confundida, este, acudía a la clínica de Dalinde, tenía que ir hasta lindavista para que me trataran la vista, me operaron 2 veces, pero pues en realidad no se sabe, no se sabe, no, no sabe nada de la enfermedad, ni nada que se da entre las mujeres; ahorita me encontré un doctor que es especialista, después de 3 años encontré ahorita un especialista que me propone que me atienda en la clínica ISSSTE, él me da garantía de que se compone mi problema, pero tengo que juntar el dinero y hacerme el estudio, pero pues yo ya tengo una esperanza de poder ver bien, pues por decirles algo, yo no puedo bajar la vista, y gracias a Dios no me dio la pandemia me la pasé bien traté de llevar la dieta.

Omar: Pues efectivamente, fueron tiempos muy complicados para todos, el confinamiento fue muy estricto para todos en cierto momento, lo importante es que pudimos desarrollar estrategias que nos ayudaron a continuar el control de las enfermedades independientemente de cómo las hayan llevado.

Vamos a pasar a la siguiente pregunta queremos saber ¿cómo nos cuidamos para prevenir que nos enfermemos de covid?, hoy ustedes ya dijeron algunas medidas que usaron; quisiéramos saber un poquito más sobre eso, no sé ¿quién quiere empezar?

Aida: ¡yo!, yo estaba en los hospitales, acudí a ellos sin decirle a mis hermanos, me cuidaba para no contagiarme, entonces lo primero era que teníamos que ponernos el cubre bocas, lo segundo, es que como todos teníamos una esperanza de vida para cuando llegaran las vacunas, y lo más importante era que nos teníamos que vacunar porque pues no había otra, eso es lo que yo hice.

Hilda: yo hasta este momento... hoy no he tenido ningún contagio para esta época; me operaron de mi hombro y entonces ya no me dieron la rehabilitación, pero en la casa me dieron las instrucciones para los ejercicios y igual la prevención en casa, lavarse las manos, el cubre bocas y pues alimentos sanos más que nada y hasta este momento afortunadamente no he tenido ni una gripa, siempre he tenido una buena alimentación, que es básica y la asepsia en el hogar y la armonía

que se tiene en familia es muy importante nos sube las defensas, y pues no he tenido ninguna molestia.

Alberto: lo que yo le platicaba a mi compañera... era cuidarnos, comer sano, y ¿cómo comer sano?, pues en casa es donde se come sano, porque andar comiendo fritanguitas y churritos y comida chatarra pues eso nos lleva a enfermarnos de cualquier cosa, entonces, tomar en cuenta todo eso, y eso... nunca nos dio, y nunca tuvimos problemas con el coronavirus, ¡afortunadamente!, porque procuramos comer sano y en la casa, a nuestras horas, y no salir cuando nos decían que procuraremos no salir sino era muy necesario, ahí nos quedamos en la casa, y es aburrido, y nos poníamos a hacer ejercicio, yo por ejemplo en la mañana hacia 30 minutos de ejercicio, todas las mañanas, así casi un año, y arreglar el jardín de la casa, y andar caminando y caminando y por eso nosotros no tuvimos problemas, y ahí en la misma casa como somos 3 familias, 2 de mis hermanos ¡ellos sí tuvieron problemas con el coronavirus!, pero los demás ya no nos contagiamos, ¿cómo hay que cuidarse pues?; primero con el aseo, lavarse las manos casi a cada rato, usar nuestro cubre bocas, y le vuelvo a repetir, comer sano, porque yo creo que es de lo mejor para no contagiarse. Y por eso nosotros no tuvimos ningún problema porque comíamos bien, ni mi esposa ni mis hijos.

Carlos: yo a raíz de lo que a mí me pasó, yo ahora digo: “pues ya que me cuido pues sí ya me dio”, aparte ya es mi etapa final, ya tengo 81 años, yo lo que me falta, ¿yo no sé cuánto me queda de vida?, por eso, ayer le preguntaba que si era necesario ponerme la cuarta vacuna y ya usted me dijo “que sí”, y ese va a ser mi siguiente paso, pues de lo demás, pues ya me cuido, pues lo más que puedo, pues ya me dijeron que yo ya no tengo que bajar escalones, pero yo subo los 56 escalones como unas 6 o 7 veces al día, y ahora, como mi mujer tampoco puede bajar escalones, pues tengo que ir a comprar el mandado pues para hacer de comer y esa es mi rutina, hoy ¡ya que más me cuido! ¡ya es bastante!

Daniel: bueno, añadido a todas las prevenciones que ya se dijeron; como era una incertidumbre de que nada funcionaba, de que no había nada, lo que nosotros hacíamos era: disciplinarnos en el medicamentos, pues ya ve que esa era una forma de que el bicho entra en nosotros si no nos cuidamos, pues era regularizarnos en el medicamento, hacer ejercicio, subir y bajar escaleras, la alimentación, suficiente agua y fruta que tuviera vitaminas y tener las emociones tranquilas para que no nos sucediera nada, con todo eso del miedo, de la incertidumbre; era lo que hacíamos

Omar: Bueno vamos a pasar a la siguiente pregunta de este taller; como ya vimos fueron tiempos complicados, gente falleció, desafortunadamente familia, amigos... pasaron muchas cosas durante esta época tan complicada; nos interesaría saber ¿Cómo fue la convivencia con sus familias en todo este tiempo de encierro, en este confinamiento de covid? ¿Cómo fue la convivencia que llevaron con sus familias?

Alberto: antes que nada, estuvimos tranquilos, sin discusiones, sin preocupaciones, en general estuvimos bien, sin nada de preocupaciones, más bien era cuidarse lo más que se pueda y tomar nuestro encierro; nosotros nos tomaban nuestros medicamentos, nos pusimos nuestras vacunas y eso yo creo

que nos ayudó más todavía; porque yo como todavía trabajo nos piden certificado médico cada año, y nos revisan cómo andamos de la presión arterial y de otras cosas y pues ahí seguimos trabajando y llevamos el certificado médico porque luego a nuestra edad es muy difícil encontrar trabajo, pues ya con 79 años encima pues, ya pesan mucho, y ya padecemos de varias cosas, lo tenemos más o menos controlado; pues procuramos evitar problemas porque es muy importante, cuando tienes, porque cuando tienes un problema te metes en él y eso te afecta en todo, el cerebro, tus reacciones ya no son las mismas, porque estás preocupado, entonces, hay que estar tranquilo, lo malo no lo vas a poder evitar, ya está, y buscar más o menos, tranquilizarse; si tenemos alguna enfermedad, ¡aceptarla!, no rehuir, si nos dice el doctor: “eso lo vas a tomar así así”, ¡hay que hacerlo!, sólo es disciplinarse con los medicamentos y pues es estar lo más tranquilo posible, y pues al trabajo hoy es la mejor terapia, para cualquier enfermedad, mantenerse ocupado nos ayuda, y pues ahí estamos, trabajando todo el día a esta edad, aunque mucha gente no lo cree, pero ahí estamos, y les vuelvo a repetir es muy bueno mantenerse ocupado, nos evita estar pensando en cosas negativas, y mejor trabajamos, eso es muy bueno, yo pienso que es la mejor terapia, nada de otras cosas, trabajar, mantenerse ocupado, para mí es muy importante andar haciendo ejercicio, andar con tu mente en lo que estás haciendo y no pensar en otras cosas

Aida: pues miren yo la verdad creo que tengo problemas, todo el mundo me decía: “no salgas”, pero pues yo tenía que ir a los hospitales o a las clínicas y no tengo problemas con ir.

Carlos: pues yo cuando enfermé la convivencia pues nada más era mi nieta, y mi nieto, mi hija y mi yerno; la verdad estuvo muy bien, y de las demás familias yo estuve aislado por el miedo que había en ese tiempo, pues creían que, si iba, yo los iba a contagiar, pero en general la convivencia fue buena

Hilda: yo puedo agregar que por ejemplo “yo soy viuda, soy sola” y entonces, además de las vacunas que tuve, hacia mi despensa una sola vez a la semana, en cuanto a verduras frescas y carne, y lo demás que es de latas, tener avena, leche en casa, pues me llevaban un poco más de cada cosa, para no extenderme tanto a los centros comerciales, y el aseo que se debe de tener en un hogar, porque al final de cuentas, con la edad que tenemos, nuestras defensas disminuyen, y para no subir y bajar escalones, pues bueno, me abastecía para una quincena, por decir, y de esa manera por decir, hasta este momento ¡ni un resfriado!

María: yo vivo con mi hermano y un sobrino, a mi sobrino lo diagnosticaron positivo... y de pronto, se sienta en la sala y me dice “me siento muy mal”, entonces le digo, “vete al seguro a ver qué te dicen” y pues ahí lo detuvieron y ya no lo entregaron, nos dijeron que no podía salir; pero los familiares... Ese día voy a misa a un convivio, y entonces no quisieron que yo estuviera ahí porque les fuera a pegar el covid, había cierto rechazo y miedo, a mí eso sí me afectó, es que también yo digo la ignorancia, no estábamos bien informados y por eso existía el rechazo.

Aida: Yo creo que nuestras enfermedades afectaron y no afectaron con nuestra familia, existían formas de comunicarnos, por ejemplo, nos llamábamos por video, mi hija nos proyectaba, y mi hermana y yo hablábamos, y pues con toda la familia nos apoyamos, a nuestro hijo que tuvo covid, pues lo apoyamos llevando la comida, todo nos apoyamos en ese sentido, pero en general no nos afectó en cuanto a relaciones personales familiares, pero tampoco cambió mucho, nos llevábamos con nuestro respeto, con nuestro acercamiento-alejamiento, nada más era ¿cómo estás?, ¿estás bien?, ¡pues cuídate! y ¡échale ganas!

Hilda: yo por ejemplo; tuve más acercamiento con la familia porque me hablaban por teléfono y me decían “te vamos a ir a ver” y yo les decía “no, no, no vengan” “hoy no salgan”, porque, ¡no hay necesidad! “yo estoy bien”, y pues uno tiene por decir “la hipertensión”, y pues entonces, nosotros teníamos que tomar la responsabilidad de querernos nosotros mismos; y tomar el medicamento con el horario que nos indica médicamente, y este... y abundantes líquidos porque hay algo mucho muy importante, que además de que hay un acercamiento con la familia... con las llamadas telefónicas, uno debe de quererse mucho demasiado para que nuestras defensas estén en un nivel estable, y cuidar nuestra lista de medicamentos, entonces, eso es muy básico

Alberto: y en algunos casos lo que decía usted, “la familia en algunos casos o nos unimos o nos separamos” un poquito, pero más bien, yo creo que lo que predominó fue la unión, ¡humanos unimos!, nos preocupamos por el familiar, ¿cómo estás? ¡Hola! ¡qué milagro que nos hablas!, es como le digo, en algunos casos, en su mayoría, como que nos unimos un poquito más en algunas cosas, no estábamos de acuerdo con algunos familiares por su forma de pensar, pero en las enfermedades sí, como que nos unimos, y eso es muy bueno, porque hay convivencia y un acercamiento familiar, aunque sea telefónico, pero se siente el afecto, el apoyo, y pues se siente bien, porque te das cuenta que no estás solo, porque sentirse solos es muy malo, yo creo que esa es la peor enfermedad, ¡la soledad!, pero cuando llega un amigo, como que despiertas, como que ¡pum! ¿qué estás haciendo? “vente vamos a jugar” “vamos a bailar”, y pues hay alguien que se preocupa por ti, entonces yo creo, que con esta desdichada pandemia, o nos unimos o nos desunimos, pero más bien nos unimos, te preocupas por ¿cómo estará fulano? ¿cómo estará perengano?; y eso pues... yo creo que es muy bueno, se preocupa uno por los demás, y pues no hay que preocuparse, no nada más por uno sino, por todos para estar bien uno, y pues, en la pandemia predominó el acercamiento

Carlos: a mí me pasó lo contrario, pues cuando yo estaba con mi hija eran todas las atenciones, y ya cuando regreso a mi casa, a la casa de ustedes, pues al principio era pues “que no baje mi abuelito” “cuiden a mi abuelito”, pero ya después ya no eran las mismas atenciones, ahora les digo que prefiero que me dé otra vez covid, porque ya ahora les digo “regálame un bolillito” y me dicen “ay abuelo, ya está cerrada la panadería”, entonces, pues agarro, me visto y voy por el bolillo y le digo “no que ya no había bolillo”, y otra cosa pues es con el quehacer, pues yo les digo cuando veo los trastes “lávalos” y pues no hacen caso entonces

como a mí me gusta hacerlo pues yo los lavo, y es mejor para evitar problemas y les digo “¿cuánto me tardé? como 5 minutos”

### 1. Datos del taller

Objetivo del taller: ¿Qué propuestas tendríamos para reactivar nuestro trabajo y cómo aumentar el cuidado colectivo de nuestra salud desde el enfoque de la comunidad?

Hora de inicio: 12:27 HRS

Hora de finalización: 12:59 HRS

### 2. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
12:27 HRS	Bienvenida:
12:59 HRS	Presentación:
	Encuadre
	Taller: datos de control metabólico (2019, 2021 y 2022)
	Cierre:

### Descripción detallada de la sesión: (2 de 3)

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

*Utilice tantas hojas como sea necesario*

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

Omar: Bueno, pues todas sus aportaciones son muy buenas para este taller, con esto terminaríamos el primer taller y comenzamos el segundo, el segundo tiene más que ver con los resultados que se acaban de presentar sobre control de las enfermedades, vimos todos los resultados de control metabólico, hoy vimos cómo se comportó la hipertensión, cómo se comportó la glucosa, en el caso de la diabetes, y cómo se comportaron el colesterol y los triglicéridos.

Bueno, el objetivo de este taller es precisamente revisar y discutir todos estos resultados de la evaluación del control de las enfermedades crónicas en nuestro proyecto; que es el proyecto urbano de salud, y de aquí vamos a generar propuestas para reactivar el trabajo conjunto, y aumentar el cuidado de la salud de todos ustedes que participan en este proyecto, entonces la pregunta sería: ¿qué propuesta tendríamos para reactivar nuestro trabajo y aumentar hoy el cuidado colectivo de nuestra salud viéndolo esto desde un enfoque comunitario?, es decir, qué propuestas a nivel de la comunidad podríamos tener para reactivar nuestro trabajo y que el control de las enfermedades vuelva a encaminarse hacia arriba, qué es lo que queremos.

Aide: no sé si se vayan a retomar otra vez las consultas de nutrición y también las reuniones en donde nosotros participamos aportando ideas y cosas, y la otra sería poner una estrategia para que nosotros de alguna manera podamos apoyar para que nuestros hijos coman sanamente sin que ellos sientan que uno está sobre ellos, una forma sería hablándoles de la buena alimentación y quitándoles ideas

como por ejemplo: cuando uno se sienta comer no falta que alguno de ellos digan “yo voy por la coca” pues sería buscar estrategias para quitar este pensamiento empezar a quitar de la alimentación bebidas azucaradas, alcohólicas, otras, yo pienso que lo más importante es educar a los nietos y a los hijos para que eviten estas conductas.

Alberto: lo que dice la señora es por lo general me parece interesante, sus conceptos son muy acertados, yo estoy de acuerdo con ella.

Víctor: yo pienso, que sería consolidar lo que ya se había propuesto, darle más forma, llevar un buen plan de trabajo, que a nosotros nos quede más claro para evitar que nos enfermemos ... ¿que no sé qué hacer? y ¿cómo hacerlo?

Alberto: nosotros sabemos perfectamente qué cosas nos hacen daño y qué cosas hacemos, por ejemplo; la señora nos hablaba del refresco de la coca cola, nosotros sabemos que nos hace daño, pero pues, ¡es muy sabrosa!, nos levanta el ánimo, sería buscar propuestas para dejarlo, empezar a tomar aunque sea agua potable, porque otro problema, es que el agua embotellada, ¡sale muy cara!, y repito, estoy de acuerdo con las propuestas de la señora, y pues si tú conoces a alguien que es adicto a varias cosas o a muchas cosas decirle “oye no hagas esto”, muchas veces ellos te dicen “fíjate que sí me siento mal” y tú les dices “pues te sientes mal por esto y esto, pero lo sigues haciendo pues”, y pues sí es bueno proponer y que no se siga haciendo, y nos vamos a sentir un poquito mejor, y cuando escuchamos así en comunidad es más fácil, porque uno propone una cosa, otro propone otra cosa, y uno les recomienda esto, y a todos nos sirve, y nos vamos integrando con estas pláticas. Hoy conocemos a mucha gente, vemos diferentes, caracteres y luego vienen propuestas, por ejemplo: vemos personas con 35-40 años ¡casi perfectos! y tú les preguntas ¿oye, pero ¿cómo le haces?, preguntarle por su alimentación... y pues esa es una forma de tomar propuestas que te sirven, por ejemplo ¡amiga! (dirigiéndose a Hilda), yo tomo desde hace mucho tiempo cloruro de magnesio, pero yo tengo 35 años tomándome una copita diaria, dice la farmacia París que te ayuda con los huesos, purifica tu sangre, a nosotros nos ayuda con nuestras próstatas, ¡a mí no me duele nada! y ya voy a cumplir 80 años y ¡no me duele la cintura! ¡no me duelen los tobillos! ¡no me duele nada!, y yo tengo más de 35 años tomando una copita de este cloruro de magnesio, ¡diario!, se lo recomiendo a todos, este producto te ayuda a purificar tu organismo, yo le platicaba a mi amiga que maneje maneje 35 años y yo veía a la gente que se bajaba de su carro a estirarse porque por qué les dolía y a mí nunca me pasó porque siempre me tomé mi cloruro de magnesio

Omar: Bueno, vamos a retomar la pregunta inicial, vamos a concentrarnos en los resultados y vamos a analizar cómo los niveles de triglicéridos y colesterol bajaron durante este período de confinamiento, ¿ustedes qué medidas creen que serían buenas a nivel de comunidad o a nivel de sus módulos de atención que serían buenas para que logremos llegar a esos objetivos que teníamos mucho antes de la pandemia?

Daniel: principalmente cuidar la alimentación, hacer ejercicio y claro al cuidar la alimentación, pues evitamos el consumo de refresco, de comida chatarra y aumentamos el consumo de agua, frutas, verduras, carnes

Aída: para mí sería muy importante que se implementara un espacio para realizar ejercicio, pero específico para la gente del proyecto, para personas con enfermedades crónicas, porque por ejemplo muchos de nosotros padecemos de problemas específicos y pues sería dar algo más específico

Carlos: yo nada más sugiero que lo más importante sería ir al médico, a acudir a nuestras consultas, y tomar nuestros medicamentos en su tiempo establecido

Víctor: y también buscar ideas para los que vienen atrás de nosotros puedan prevenir esta situación y que no rebote nuevamente esta enfermedad, como la diabetes y la hipertensión, y pues sí tener una educación para los alimentos

Carlos: también sería evitar los excesos, ya que muchas veces vamos caminando, vemos una gordita, se nos antoja y pues nos la comemos, porque pues es un antojo, pero es importante tener una fuerza de voluntad para poder dejarlo, sería tener una buena educación alimenticia.

Omar: Todo es muy valioso; pues ya estamos llegando al cierre nada más vamos a hacer rápidamente un repaso de lo que se ha estado diciendo, en cuanto a cuidado de sus enfermedades durante el confinamiento, pues llegamos a medidas bastante buenas que me parecieron excelentes, se establecieron horarios para la toma de medicamentos, el apego al medicamento fue mucho más estricto, trataron de llevar una mejor alimentación y actividad física para beneficiar a sus enfermedades, en cuanto a la parte de cómo nos cuidamos para prevenir contagios, fueron el uso de cubre bocas, desinfección de espacios y de manos y salir lo menos posible. En esa época que fue estricta y un poco dura; la convivencia con la familia fue bastante buena, no hubo ningún problema en ese aspecto, y en cuanto al segundo taller, aquí surgieron las ideas más importantes; me parecen muy buenas estrategias y se van a tomar en cuenta, fueron programas de ejercicios, pláticas con nutricionistas y sobre todo la realización del consejo asesor, es algo que se tiene ya planteado, y esa es la primera medida que van a comenzar a ver, sin nada más nos despedimos

- **Encuentro de CST III Pedregal de las águilas en la CDMX mes de junio**

**Tema:** Quinto encuentro de personas con enfermedades crónicas. Tema: encontrarnos para cuidarnos

**Justificación:** Uno de los principales objetivos de la atención centrada en la persona es promover que los pacientes desarrollen capacidades para que logren la autogestión, es decir alcancen el autocuidado, al promover el desarrollo de estas capacidades contribuimos a promover la autonomía tanto del paciente como de la comunidad a la que pertenece. El propósito del taller del 5º Encuentro de personas con enfermedades crónicas en la secretaría de salud de la CDMX es fortalecer estas capacidades, tanto individuales como colectivas, para aumentar el cuidado de sus



enfermedades crónicas. Para este encuentro se plantearon 5 directrices: Cuidar a otras personas, recibir cuidados de otras personas, cuidado de sí misma, el autocuidado y cuidado del entorno

**Organización y preparación:** En las sesiones del diplomado se informó que los encuentros de salud se iban a realizar en el mes de Junio, por tal motivo se explicó la funciones que tiene cada participante en este evento, se nos entregó un documento con la organización del evento y se informó a cada pasante la función que iba a desempeñar, así como el lugar y el día que se iba a realizar, días previos al evento se realizó un ensayo en donde se resolvieron dudas acerca de lo que hace un relator y/o coordinador. Cada centro de salud coordinó la entrega de la invitación y la confirmación de la asistencia de los pacientes al encuentro, de igual manera dispuso el espacio y los medios para llevar a cabo el encuentro de pacientes.

Al inicio del evento se les entregó a cada paciente un gafete y se les indico donde sentarse, posterior a ello se les dio la bienvenida y se presentaron los resultados de control de los pacientes de acuerdo a las mediciones obtenida meses previos, también se mostró el recetario creado por los mismos pacientes pertenecientes al grupo de crónicos. Posterior a esto se les dio un pequeño espacio para realizar un snack que el mismo centro de salud proporcionó. Al continuar con el evento se formaron grupos de 10 personas, cada grupo contaba con un pasante que coordina al grupo y uno que tenía la función de relator, se colocaron en forma de círculo y procedieron a dar inicio al taller, cada persona se presentó dando a conocer su nombre, en centro de salud al que pertenece, las enfermedades que tenía diagnósticas y el motivo por el que acudía al encuentro, los coordinadores explicaron las reglas del grupo y procedieron a iniciar con la discusión de grupo, al final se llevó a cabo una plenaria en donde cada grupo expuso los principales puntos abordados en la discusión y se dio por terminado el evento.

**Desarrollo y resultados:** Dentro de los principales temas desarrollados en esta discusión en grupo, se resalta el tema de alimentación y familia, ya que muchos identifican que el apego a la dieta y los horarios no es igual para cada miembro de

la familia y esto repercute en su control, ya que impacta tanto en lo emocional como en lo metabólico, el grupo llega a la conclusión que como pacientes con enfermedades crónica no transmisibles, deben de aprender a realizar sus comidas en el tiempo que les corresponde, estén o no estén sus familiares. También se menciona que el apoyo de los médicos les ayuda a fortalecer sus planes de alimentación, ya que los médicos encargados de cada paciente, tienen la capacidad de responder sus dudas tanto propias como de sus familiares

**Relatoría: Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de capacidades**

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b> CST III Pedregal de las águilas	<b>Coordinador(a):</b> Carla	Página: ___ de ___
	<b>Relator:</b> Sandra	
	Grupo: Grupo 3	Fecha: 30/06/23

**1. Personas participantes:**

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Centro de Salud</b>
JESUS	M	73	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
RUTH	F	35	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
EDELMIRA	F	69	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
CELIA	F	77	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
MA ELENA	F	70	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
MERCED	F	57	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
ANGELICA	F	49	ACOMPAÑANTE
ENRIQUE	M	74	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
MA MAGDALENA	F	70	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
GUDBERTA	F	69	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
MA ROSA	F	67	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS
BEATRIZ PATRICIA	F	62	CST III PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS

**Datos del Taller**

Objetivo del taller:	
Hora de inicio: 9:20	Hora de finalización:12:30

## 2. Agenda del taller:

Horario	Actividad
9:20	Bienvenida:
10:30	Presentación:
11:00	Encuadre:
11:10	Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones
11:40	Paso 2. Satisfacer necesidades
12:00	Paso 3. Fortalecer el autocuidado
12:30	Cierre:

## 3. Descripción detallada del taller: (1 de 3)

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

***Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")***

**Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones**

***Somos personas que vivimos con enfermedades crónicas, ¿cuáles son nuestras principales aspiraciones respecto a esta situación, vivir con enfermedades crónicas?***

***Nuestras aspiraciones respecto a:***

**Lo personal** \_\_

**Nuestra familia** \_\_

**Nuestra comunidad** \_\_

**Los servicios de salud** \_\_

Carla: hola buenos días, el día de hoy yo voy a coordinar este taller y mi compañera Sandra va a hacer la relatoría de este encuentro, bueno, vamos a hacer una dinámica para conocernos y romper el hielo, me gustaría empezar preguntando ¿por qué están aquí?, ¿qué les motivo a estar aquí el día de hoy?, vamos a levantar nuestra mano y contestar

Paty: Buenos días, primero que nada, a mi gustaría comentar que soy paciente del ISSSTE, pero en este centro de salud yo he acudido a grupos de ayuda mutua que son los miércoles, en realidad yo no era paciente de este centro de salud, pero me comentaron del doctor Edwin, que era un buen doctor y por eso decidí empezar a atenderme en el consultorio de crónicos, me gusta mucho como da la atención este doctor, mi hermano se atiende de igual manera y los dos estamos muy contentos con el doctor Edwin, nos explica muy bien y se toma su tiempo, y pues yo quería asistir, es la primera vez que asisto

Angélica: Bueno, mire yo vengo de acompañante de mi mamá ella es diabética e hipertensa, yo la vengo apoyando, siempre la acompañó a sus consultas y puedo decirle que el doctor Edwin es un excelente médico, se preocupa mucho por sus pacientes, es muy atento y me gusta mucho como da sus consultas

Edel: pues, yo estoy aquí porque me gusta mucho cuidarme y estar ocupada, me preocupo mucho por mi persona y por tal motivo yo me cuido, me gusta estar informada, controlada y pues en general me gusta estar bien.

Rosy: yo era una persona que me consideraba muy sana, pero un día en la consulta tenía de azúcar 150 y me explicaron que mi glucosa está elevada, me dieron una pastilla y en ese momento me preguntaron si estaba mal, pero yo me sentía muy bien, después, las siguientes consultas me enviaron al consultorio de crónicos, en un inicio yo me sentía esclavizada, por acudir a consultas, por tomar las pastillas, yo recordaba que cuando cuidaba a mi mamá era muy pesado estar dándole el medicamento, llevándola al médico, recuerdo como se complicaba por no tener un buen control, entonces yo tomé la decisión de estar en el programa y cumplir, porque quiero estar bien, quiero prevenir todas esas complicaciones y que mis hijos no sufran

Elena: yo acudo a este consultorio desde hace un año, me siento muy cómoda en este programa porque en el IMSS el tiempo para que te atiendan es muy largo, además, en este lugar nos dan pláticas muy interesantes y me gustan mucho, me informan y me ayudan a prevenir posibles enfermedades, en general a mí me gusta mucho asistir a estas pláticas, me gusta incluirme; a este tipo de encuentros es la primera vez que asisto y la verdad me gustó mucho, voy a seguir viniendo

Carla: Bueno, como saben este encuentro se realiza dos veces al año, usualmente es a finales de octubre y en esta fechas mayo-junio, de acuerdo, entonces bienvenidos, muchas gracias por compartir su experiencia, como saben el modelo que nosotros aplicamos con ustedes, nuestros pacientes, es modelo de atención centrado en la persona, es decir, no tener esa idea de que el medico siempre tiene la razón o de que el medico es un papá que nos guía, es hacerlos a ustedes auto eficientes y conozcan su enfermedad e identifiquen cuando tengan alguna complicación y que ustedes sepan tomar decisiones, que digan estoy ok, estoy mal, entonces voy a tratar de comer bien, voy a tratar de realizar ejercicio, me voy a controlar, o igual cuando yo veo que mis resultados de laboratorio están decir ok, voy a continuar así, bueno, el motivo de esto es que ustedes mismos se motiven y que su familia los apoye, y que de igual manera, ustedes inciten a su familia a ser saludables, entonces todo esto es parte del modelo que nosotros ofrecemos, bueno, entonces el tema de este encuentro es: encontrarnos para cuidarnos, y entender que el cuidado es un derecho y una acción colectiva, que no depende del doctor o del psicólogo, sino que también depende de nosotros mismos, ya que el autocuidado es el más importante. Bueno vamos a iniciar con el taller, pero como en cualquier actividad hay reglas, para tener una convivencia sana y no tener complicaciones; la primera de ellas es que no podemos interrumpir a la otra persona, todos somos diferentes, ni siquiera nuestros dedos son iguales y todos y cada uno de nosotros tenemos ideas y pensamientos diferentes y no por ello significa que estemos bien o estemos mal, simplemente que opinamos distinto ¿de acuerdo?, si no coincidimos con la otra persona es entendible pero no hay que decir ¡estás bien! o ¡estas mal!, solo hay que dar nuestros puntos de vista, no podemos interrumpir o hablar al mismo tiempo, por eso tenemos nuestras manitas, para que quien quiera participar la levante, iremos otorgando la palabra conforme vayan levantando su manita. Es importante recordar que todo lo que se diga aquí, aquí se va a quedar, si tienen alguna queja, algún comentario o algo muy personal, créanme que están en las mejores manos, nosotros estamos aquí

para ayudarlos, pueden hablar con total libertad. Bueno el taller consta de tres pasos, espero que los podamos completar todos, si nos detenemos mucho en alguno, voy a intentar acelerar un poquito más, pero eso no significa que sus comentarios no sean importantes, pero tenemos alrededor de una hora y hay que avanzar lo más posible, si alguien quiere agua, necesita ir al baño o retirarse lo puede realizar con libertad. Bueno el paso uno, la primera fase de este taller es identificar aspiraciones y realizaciones, es decir ¿Qué es lo que queremos lograr? , ¿Cuál es nuestra meta?, no precisamente en este momento, me refiero a que quiero lograr en unos meses, en un año, o ¿Cómo nos queremos sentir? Es decir, como Ruth se quiere sentir en un año, cómo nos visualizamos, entonces, hay aspiraciones personales, en la familia, en la comunidad en nuestra familia, en nuestros vecinos y a nivel de la secretaría de salud, en nuestro centro de salud, de acuerdo, entonces digan que tema de los mencionados les gustaría realizar

Edel: personal

Paty: personal y familia

Grupo: personal

Carla: bueno empecemos con lo personal, entonces, señora Paty cuénteme ¿Cuáles son las aspiraciones personales, como se visualiza en un año, en una semana?

Paty: bueno, mis aspiraciones son que yo espero tener un mejor control, porque sí llego a tener altas y bajas, llegó a hacer hipoglucemias, me afecta más tener hipo que híper, con la hiperglucemia no me siento mal, de hecho no siento nada, pero obviamente que me afecta, sé perfectamente que las descompensaciones me afectan, entonces yo hago lo posible de tratar de cuidarme en mi alimentación, por ejemplo hoy voy a comer sopa pero ya no como tortilla; también pienso que la cuestión emocional es algo muy importante, ya que esto afecta mis niveles de glucosa; yo ahorita tengo pendiente una cita con el internista para que me revise y haga el ajuste, porque estos días he tenido hipoglucemias muy frecuentemente, ya que utilizó dos tipos de insulina y medicamento oral, bueno cuento todo esto porque yo quiero a corto, mediano y largo plazo un mejor control, para estar lo mejor posible.

Carla: muchas gracias, señora Paty, nosotros vamos a trabajar juntos para lograr este objetivo

Male: bueno, pues mire doctora, yo soy una persona muy preocupada con mis hijos, siento que me preocupa mucho por ellos y por mi familia en general, todo esto se ve reflejado en mis niveles de glucosa pues hay ocasiones en los que mis niveles de glucosa están por encima de doscientos, pero bueno eso era en el pasado, ahora llevo un mejor control, pero yo lo relaciona a los alimentos, ya como más verduras por ejemplo como más nopales, espinaca, calabaza y así, pero no le voy a negar, a veces se me antoja mucho el arroz, los frijoles, sin embargo, trato de contenerme y apegarme a la dieta

Gudeberta: ok, mire yo soy una persona que tiene como diagnóstico hipertensión arterial desde hace muchos años, pero en lo personal el doctor a mi me ha motivado mucho a buscar un buen control, me dice palabras de ánimo que a mi me animan y me ayudan, siento que el que una persona te tenga paciencia y te

escuche, te ayuda a ver qué es lo que está mal, de igual manera el doctor te aconseja y te da soluciones y ya queda en nosotros ponerlas en práctica, aparte de que no solo te da la consulta y ya, te ayuda con otras situaciones por ejemplo yo he necesitado papeles, como incapacidades, y el doctor me apoya con los papeles que necesito y no me hace ir a otro lugar o regresar en otro momento, me atiende, me dedica mi tiempo y eso a mí me motiva a ser una mejor paciente, ser constante en mis consultas.

Rosy: yo les quiero platicar, yo el día de ayer escuche en un programa de radio que decían “nosotros no nos fuimos a dormir y despertamos con el peso que tenemos ahorita”, y pensé, que razón tienen, pues el peso que tenemos fue una acumulación pues de mucho tiempo, con esto no quiero decir que algo está mal, no, quiero decir que yo llegue a este peso por mi hábitos alimenticios, obvio, no aspiro a tener mi peso de joven, pero si aspiro a estar bien, estar controlada y sentirme bien, de igual manera, yo espero cuidar a mi madre, ella está muy mal porque nunca en su vida se cuidó o se preocupó por su salud, y pues pienso que yo no quiero estar como ella, por tal motivo, yo busco el autocuidado, para no llegar a esa situación

Enrique: yo espero aspirar a una buena calidad de vida, necesitamos ser responsables, acudir a nuestro centro de salud para que nos den nuestros medicamentos, pero es importante que nosotros hagamos lo que nos corresponde y responsabilizarnos por nuestra salud, ya que el equipo de salud nos cuida, pero que hacemos nosotros para estar bien, por eso yo digo que lo más importante es poner de nuestra parte y empezar a comprometernos con nuestros tratamientos

Angélica: yo quiero comentar, que a mí en lo personal me gusta mucho escuchar sus palabras, ya que cada persona es diferente y cada uno piensa diferente, me gusta que en este tipo de encuentros nos podamos brindar el apoyo, que podamos compartir nuestras experiencias, que podamos cuidarnos entre nosotros, nuestra comunidad, a mí me gustaría continuar apoyando a mi mama, pero eso no me hace exenta de padecer alguna enfermedad, por eso el estar aquí, acompañándola, me hace ver que tengo que cuidarme, todos debemos encontrar una motivación, la mía es estar bien para seguir apoyando a mi mamá y seguir cuidándola

Manuel: bueno, yo les quiero contar que yo vengo con el doctor del 2, en realidad yo casi no me enfermo, pero recientemente sufrí una caída de una escalera, entonces ahorita traigo mucho dolor, pero de ahí en fuera yo estoy bien, yo no estoy enfermo, mañana en mi consulta eso le voy a decir al doctor

Merced: miren, yo siempre me dedique a trabajar, en algún punto de mi vida yo me olvide de mí, nunca me preocupe por mí o mi salud, siempre intente solucionar los problemas de los demás, de mi familia, siempre les ayudaba, pero ahora ya no es así, yo actualmente me dedico a informarme de mi salud, de mi enfermedad y de las complicaciones que pudiera tener; y bueno pues yo en un futuro yo espero estar mejor, tener un buen control y dedicar tomo mi tiempo a mí y a mi salud, a estar bien

Elena: yo le quiero contar que yo sufro de depresión, cuando pasa algo en mi familia me he dado cuenta, que es cuando más me descontrolo, mi presión sube

mucho, sin embargo, me han enseñado a ser optimista, a no dejarme vencer, yo sé que realizando ejercicio y cuidando mi dieta todo mejora, les seré sincera, me es muy difícil apegarse a la dieta e intento no tomar refresco, intento hacer el ejercicio, pero a veces me es imposible, esas veces es cuando mi presión más sube, pero yo sé que todo es relacionado con mis hábitos, ya que los doctores están haciendo lo mejor para que yo tenga un buen control.

Hilda: yo quiero decir que en este centro de salud yo encontré una buena atención, los médicos, a pesar de ser muy jóvenes, son muy comprometidos, nos escuchan, nos apoyan, entonces, todo eso me motiva a mí a ser más estricta con mi tratamiento, aprendí a comer, a hacer ejercicio, todo gracias a ellos; además, el tener una buena actitud es un factor clave en el tratamiento, ya que eso me hace estar más comprometida conmigo misma, y pues ahora yo ya no tengo por qué preocuparme por mis hijos, ya que ellos ya están grandes, ahora solo me tengo que preocupar por mí, antes me preocupaba mucho que les gustara la comida, no comía a mis horas por esperarlos, pero ahora entiendo que sus horarios ya son diferentes, que cada uno va a comer diferente, y eso a mí ya no me afecta yo como a mis horas y lo que tengo que comer, ya si ellos quieren comerán cuando quieran y comerán lo que encuentran

Edel: miren, les voy a contar que yo tengo 12 años que empecé a dedicarme a mí, todo mi tiempo es para mí, toda la vida es para mí, antes yo les ayudaba a todos, dedicaba mi tiempo a todos, estaba para todos, pero llegó un momento en mi vida en que yo me quede sola, mi esposo falleció, mi hija se casó y la otra se fue a trabajar lejos, entonces me quede sola, nadie me ayudaba, nadie estaba conmigo, entonces dije “me tengo que cuidar”, y eso es lo que hago, ahora soy yo primero, primero yo, luego yo, al último yo, no me dejo, asisto a mis consultas, tomo mi medicamento, hago mi dieta, y todo esto me ha permitido dar la oportunidad a aconsejar a mis conocidos de igual manera los puedo apoyar, pero siempre recordando que primero estoy yo, primero debo ver por mí.

Elena: perdonen la interrupción, me tengo que retirar

Edel: bueno pues, yo tenía muchos unos niveles de glucosa muy altos, todo lo asociaba a mis problemas, ahora sé que si era eso, porque, actualmente yo me siento muy bien, estoy muy bien, mi dieta es muy buena, yo sé que si sigo así me voy a seguir si entiendo muy bien, igual me gustaría agregar que yo con la ayuda de los doctores aprendí a conocer los síntomas típicos de hipoglucemia, cuando a mí se me baja la glucosa a mí me da mucho calor, sudo mucho, con el glucómetro me di cuenta que esto pasaba cuando mi glucosa bajaba, llegaba a tener hasta 40, pero los doctores me enseñaron que un plátano, un dulce, un jugo me podía recuperar y eso hago, tener a la mano algo que me ayude cuando me pasan estos eventos, ahora con mis 39 años de diabetes, les puedo decir que solo me ha pasado en 5 ocasiones, por que miren, yo hablé con mi diabetes, le dije “si vamos a estar juntas, vamos a tener que ser amigas, vamos a llevarnos bien”, y es que miren, yo tengo un familiar que tiene diabetes, a él lo dializan, con el yo vi lo que era estar mal, por eso yo le dije a mi diabetes “te acepto, pero vamos a llevarnos bien”

Ruth: señora Edel, yo quiero felicitarla, eso que dice nos hace falta a muchos, el que usted aprenda a vivir con su enfermedad y la haga su amiga es una actitud muy optimista, ya que nos cuenta mucho aprender a aceptarla, porque yo así me siento, pero tiene razón hay que tener fe y confianza en los médicos, ellos solo quieren ayudarnos

Edel: ¡claro!, muchas gracias, yo cuando asisto al médico y me preguntan ¿Cómo se siente? Yo siempre respondo que bien, y lo digo porque es verdad, así me siento, y eso es desde que soy amiga de mi diabetes

Gudberta: tienen tanta razón, existen mil y una enfermedades que podemos tener, pero creo que lo que ustedes dicen es cierto, debemos aprender a aceptarlas y a hacernos responsables

Ruth: bueno, a mí me gustaría comentar que mi problema era la obesidad, y comía mucho, excesivamente, recuerdo una vez que hasta mi hermana me quito las tortillas, porque yo era de comer muchas y no me podía controlar, pero mi familia tomó la decisión de llevarme al nutriólogo y me dijo que 3 tortillas eran más que suficientes en cada comida, me dio una lista de alimentos que yo tenía permitido comer, en ese momento me pesaron y yo pesaba 72 kilogramos, pero para mí era muy difícil dejar de comer, el comer con medidas era un reto muy complicado, pero miren, algo curioso que me pasó es que cuando me pesaron yo tenía mi zapatos puestos y estos tenían una suela muy gruesa, yo pienso que eso aumentaba mi peso, en otra ocasión que fui a pesarme le pedí a la enfermera que me pesara sin zapatos, la sorpresa fue que cuando me peso, mi peso fue de 69, yo pensaba que las suelas eran la diferencia, pero después en mis otras consultas mi peso empezó a bajar, de 72 a 63.5, me sorprendí mucho, porque antes a mí me costaba mucho caminar, me faltaba el aire, me dolían mis rodillas, pero con las disminución de peso todo esto mejoró, porque incluso mi ropa ya no me quedaba y eso a mí me afectaba mucho, pero ahora ya vuelvo a usar toda esa ropa y eso a mí motiva a continuar así, y bueno grupo, yo les quiero decir que ahora yo me siento muy bien para continuar y seguir adelante

Carla: muchas gracias, les agradezco todas sus aportaciones, todas son muy valiosas, me da gusto que se ya se empiezan a abrir, me gusta que ya todos están súper participativos, de acuerdo, bueno una de las partes del cuidado y la autosuficiencia es el poder cumplir nuestras aspiraciones, pero para poder cumplirlas es necesario satisfacer las necesidades que corresponden a cada una de nuestras aspiraciones, es decir, para poder peso una de las necesidades que tengo que hacer es comer más saludable, y es muy difícil, porque nuestra alimentación mexicana pues es como tortitas, taquitos tamales, todo lo rico, y pues eso es todo lo que engorda

Gudberta: sí doctora, un ejemplo es el pan, en mi casa se acostumbra diario desayunar el pan, y la verdad si muy difícil de dejarlo, a mí me gusta mucho, pero ya dejé de comer tanto pan, ahora ya solo como  $\frac{1}{2}$  en la mañana y  $\frac{1}{2}$  por la noche  
Rosy: yo lo que he estado haciendo es esto, cuando tengo un antojo procuro comer porciones pequeñas, normalmente si se me antoja un pan primero me tomo 1 vaso de agua, luego me distraigo, hago lo que tengo que hacer, me doy una vuelta, ya cuando regreso se me quito el antojo, pero si le doy una mordidita, de



esta forma yo he reducido la ansiedad por comer, ahora si que no se me escapa, pero ya no como igual que antes

### **Descripción detallada del taller: (2 de 3)**

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

***Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")***

Paso 2. Satisfacer necesidades.

En este segundo paso se trata de que en el grupo identifiquen qué tienen en común respecto a las necesidades que aparecen en la columna de la izquierda; así como identificar cuáles son las capacidades a su alcance para satisfacerlas.

¿Cuál es uno de los problemas que compartimos respecto a lograr una alimentación saludable? (elegir un problema)

¿Cuáles son las decisiones más importantes que necesitamos tomar para resolver ese problema que compartimos?

¿Qué recursos, personales, familiares, institucionales (del centro de salud o de otras instituciones) podemos aprovechar para resolver el problema que hemos elegido?

¿Cómo podemos mejorar la relación que establecemos con el personal de salud que nos atiende, para mejorar nuestra alimentación? Elegir una acción que haríamos todas, todos.

¿Cuál es la meta que podemos acordar para mejorar nuestra alimentación de aquí al siguiente encuentro?

Dado el tiempo disponible, el grupo puede elegir una de las nueve necesidades que aparecen en la primera columna de la izquierda de la tabla.

Carla: bueno ahora vamos a pasar al siguiente punto, ahora que ya están con más interacción, igual para no atrasarnos tanto. Vamos a pasar al punto dos, como ya se los mencionaba para llegar al autocuidado y autoeficacia, hay que satisfacer necesidades, como hemos estado platicando. Dentro de las enfermedades crónicas, digamos, que hay 9 puntos que nos ayudan a nosotros a poder llegar esta parte del autoconocimiento, vamos a elegir una de ellas y la vamos a trabajar, miren son: vida afectiva, relaciones amorosas y la familia, bueno ahora les preguntó, ¿cuál de ellas creen ustedes que sea la que genera más conflicto?, ¿cuál sería la que les gustaría abordar?

Grupo: nos gustaría centrarnos en la familia

Carla: está bien, creo que todos están de acuerdo en abordar la familia, a alguien gusta decir algún problema con la familia que no nos permite llegar a la autoeficacia, a esta satisfacción de necesidades, por ejemplo, vamos a poner un ejemplo, "yo quiero perder peso, yo hago mi dieta, pero mi familia come tacos todos los días", entonces en este ejemplo, yo no noto el problema, ya que no cuento con el apoyo de mi familia, como este ejemplo hay muchos, entonces, en su perspectiva de pacientes que viven con enfermedades crónicas ¿Cuál sería el

problemas más importante que han identificado respecto a la relación con su familia?

Hilda: yo no creo tener un problema, mire la verdad yo en mi casa yo cocino, si hay ellos que ellos quieran específicamente se los puedo hacer, por ejemplo, mi hijo está casado, pero su mujer trabaja, entonces pues yo les tengo que guisar, pero yo como lo que a mí me corresponde y ya ellos deciden qué comer, ellos comen lo que quieren y cuando quieren

Angélica: bueno yo considero que, en su ejemplo, lo que podemos hacer es educar a la familia, por mire, a veces ellos comen en la calle, y uno hace la comida en la casa y cuando llegan no quieren comer, entonces yo pienso que eso ya es responsabilidad de ellos, en la casa se les proporciona lo que hay ya si no quieren porque no les gusta ya es problema de ellos

Gudberta: bueno, pero también entra en juego la autoestima, porque muchos se sienten mal porque los hijos no comen lo que uno hace, entonces aquí yo digo, porque me debo de sentir yo mal si ellos no quieren, por que rechazan mi comida, aquí es cuando nosotros debemos aprender a no dejarnos afectar, al contrario, si nosotros comemos y estamos siguiendo nuestros planes de alimentación deberíamos de estar contentos porque lo estamos logrando

Rosy: bueno, yo parte del éxito que tengo es que cada uno de los integrantes de mi familia respeta los horarios del otro, yo simplemente como lo que debo en mis horarios, si no concuerda con los de mis hijos, pues ya cada uno se hace responsable de su alimentación, ahora como dice el doctor me debo de cuidar yo y mis horarios. Al inicio si me deprimía mucho, pero ahora no, mi estima ha crecido demasiado, y ya no me afecta, les quiero contar, cuando yo era pequeña, yo sufría mucho de bullying, me hacían burla por ser morenita y tener el cabello güero, peor mi mama me dijo “ dios te hizo así”, lo que yo hice fue decirle eso a mis compañeros, si dios me hizo así ellos no tenían por qué molestarme, yo empecé a aceptarme y eso me ayudó mucho, por eso que ahora que digan que no les gusta mi comida no me afecta, así como cuando me dicen que no les gustan mis cosas, porque yo me aceptó como soy y aceptándome a mí ya nada me afecta

Edel: eso sí les quiero decir, coman lo que coman, coman sin culpa, pero no olviden siempre coman con medida; y si al otro no le gusta, pues ni modo, que les digo amigos, yo ya viví, cuídense porque yo ahorita ya viví y ya se lo que es estar enfermo

Carla: ¿A alguien más le gustaría compartir algún problema que haya identificado en la familia para lograr sus objetivos?

Male: bueno, yo tengo la fortuna de tener a mis hijo solterones, ya están grandes, pero continúan viviendo conmigo, para mí eso es una bendición, ellos me apoyan mucho, me dicen “váyase a sus consultas”, “como lo que tiene que comer”, “tómese sus medicamentos”, pero también a veces me comprar el refresco a la hora de la comida, pero pues solo a veces, no siempre lo hacen, pero bueno, ellos en general siempre me han apoyado, aunque todos comemos cosas diferentes, por ejemplo ellos si se van a las quesadillas, pero eso a mí no me afecta, incluso a veces me compran cosas que yo sí puedo comer, incluso cuando alguien me lleva algo que no puedo comer yo lo reparto entre todos mis hijos

Carla: bueno, entonces podemos resumir que entonces, uno de los principales problemas que tenemos con la familia, uno es que, es muy difícil llevar la dieta con la familia, es más fácil que la familia te convenza a pecar, es lo que dicen mis pacientes, por ejemplo, me dicen “oye es que es muy difícil comer saludable, porque luego uno quiere comer pepinos y en la casa están comiendo palomitas, están comiendo papas”, entonces es el problema que muchos de ustedes identifican, que en la comida no hay apoyo, o la manera en que se distribuyen los horarios de cada familiar no es el mismo que los míos, pero también noto, que muchos han tomado la idea de decir “bueno haz lo que quieres, yo quiero estar bien, entonces yo voy a comer a mis horas y lo que yo necesite”, de acuerdo, entonces me da gusto escuchar que tienen esa autonomía de decir “por mí, por mi salud, para estar bien”, de igual manera que no es una obligación que disfrutan hacerlos, disfrutan cuidarse y estar bien, entonces, a pesar de no tener el apoyo de la familia al cien por ciento, a ninguno los limitan o los obligan a hacer cosas que no quieren hacer, entonces eso es muy importante

Carla: Bueno el siguiente punto es ¿consideran ustedes si hay algún recurso, aquí el centro de salud, en su comunidad, que podría ayudar a mejorar la relación con su familia, a que ellos se incluyeran a comer, a que se incluyan en su plan de alimentación?

Rosy: pues en este centro de salud a veces nos llegan a mandar algún nutriólogo, sin embargo, el servicio no siempre tiene a alguien que nos pueda apoyar

Paty: exacto, no son personas permanentes, son pasantes, y a veces hay a veces no hay

Male: pues aquí había una psicóloga, pero la verdad no ayudaba mucho, pero pues ahorita con el doctor Edwin es más que suficiente, él nos ayuda mucho, lo único malo es que ya se va a ir

Hilda: pues yo considero que en general, el modelo nos ayuda mucho, como ahorita, compartir nuestras historias, sentirnos que no estamos solos, y pues la actitud de los médicos siempre es vital para que nosotros estemos bien

Gudberta: exacto, el modelo ayuda, los médicos ayudan, nos apoyan y ayudan

Male: si, el estar con gente joven nos ayuda mucho, nos motiva a seguir con el tratamiento y la dieta, son muy buenos y siempre nos están apoyando, mis hijos me cuidan mucho, cuando me acompañan el médico también les explica y ellos también aprenden, como cuando me caí ellos me acompañaron y aprendieron mucho de mi enfermedad

Gudberta: si por que, por ejemplo, mis hijos ya me acostumbraron a traerme de la manita, y cuando vengo al médico sola, me cuesta mucho trabajo, pero yo me digo, no, tenemos que ser autoeficientes

Angélica: bueno, yo creo que el centro de salud nos puede proporcionar médicos capacitados para responder nuestras dudas, de igual manera nos puede enseñar a prevenir accidentes, como en el caso de la señora que sufrió la caída

Gudberta: si cuando me caí yo besé el suelo, pero era por no traer zapatos adecuados

Carla: bien, pues vamos cerrando el segundo paso, para poder continuar con el tercer punto, vamos a hacer un encuadre de esto, de lo que hemos identificado, ya lo mencionamos, el cual es: que el tiempo con nuestra familia no siempre nos apoyan, no siempre se adaptan a lo que nosotros necesitamos, y que, si hubiera tal vez algún recurso aquí en el centro de salud, tal vez podría apoyar, pero que es muy difícil cambiar a la gente, entonces. Bueno, por último, en este punto alguien tiene alguna meta que quiera establecer para el próximo encuentro, con relación a la familia, por ejemplo, tal vez pueda ser que para el próximo encuentro establecer que nuestra familia ya pueda comer conmigo, o que para el próximo encuentro espero que mi familia ya coma más verduras, o creen que es muy pronto, o creen que en 6 meses ya pueda existir alguna mejora con la familia

Rosy: yo creo que si son metas que podríamos establecer, como dicen por ahí “el ejemplo arrastra” entonces considero que son metas que para el próximo encuentro podemos lograr, vamos a lograr resultados

Carla: se tuvo que retirar, continua Paulina

Paulina: bueno recapitulando, el problema que pudimos identificar en este grupo, me parece que era la unidad familiar, detecte problemas como el comer a veces solo, por diferentes horarios, por diferentes tipos de alimentos, que a veces no son saludables para nosotros, me gustaría saber también, ¿qué es lo que sentimos al comer nosotros solos?, a veces está bien, a veces no está tan bien, pero ¿es porque depende de nuestro ánimo?

Merced: bueno, pues yo la verdad es que no me siento mal por comer sola, ya que a todo nos vamos acostumbrando

Edel: yo me siento muy a gusto, porque coma lo que coma, yo estoy muy feliz

Rosy: pues las primeras veces si es difícil, pues no es algo que uno espera que pase, pero yo sola me motivó, ya con el tiempo se hace algo normal, te acostumbras

Paulina: Hablamos de acostumbrarnos, es decir ¿que al inicio no es como es ahora?

Merced: yo no me siento mal, porque es algo que debemos disfrutar

Paty: pues si, por que no nos vamos a quedar esperándolos, lo ideal sería comer juntos, pero comer solos no es algo malo, además, por la enfermedad tenemos que hacerlo, porque eso es lo más sano

Gudberta: lo que importa es el estado de ánimo, se vale que alguna vez me levante tarde y desayuné tarde, solo si, siempre hay que cuidar los medicamentos

Paulina: ok recordemos que todo es válido

Paulina: bueno por último me gustaría saber a qué esperaríamos acerca de esto que estamos platicando hoy, acerca de nuestra familia y de nuestro tipo de alimentación, siento que la dinámica familiar va cambiando, antes comíamos todos porque nuestros hijos son pequeños, teníamos un poco de control en nuestros horarios, y ahora que todos tienen hijos mayores, con familia, con trabajo, entiendo que todo eso va cambiando, nos tenemos que acostumbrar a esta nueva dinámica, pero en el tema familiar a que esperaríamos en esta última integración

Hilda: bueno mire, a mí me gustaría aspirar a que todos mis hijos coman bien, porque, por ejemplo, mi hija es vegetariana y mi hijo es más que nada carnívoro, él tiene obesidad y se la pasa comiendo cosas que no debería, a pesar de que mi hija y yo somos muy sanas, él no aprende, me gustaría que él aprendiera a comer bien, que conociera todo lo que le afecta por comer de esa manera, me gustaría mucho que se acercara y mejorará sus hábitos alimenticios

Gudberta: hasta parece que uno les enseña a comer mal, pero como yo les digo, yo no me hago responsable de las enfermedades que puedan tener en un futuro

Male: igual, mi hijo como muy mal, pero él tiene la idea que comiendo huevo su alimentación ya es buena, entonces en todas las comidas come huevo, y hasta cuando no tengo, me salgo corriendo a comprar porque siempre pide sus huevos

Rosy: que cree, que eso a mí igual me pasa, pero con la leche, yo siempre pido mi leche porque crecí con la idea que la leche era muy nutritiva, y pues en la mañana y en la noche no falta mi leche

Male: bueno pues yo aspiro a que mis hijos cambien sus hábitos de alimentación, y que se puedan integrar a mi dieta y así todos poder llevar una vida más saludable

Paulina: bueno algo que me gustaría agregar es que yo aquí observo mucho el respeto mutuo, yo respeto lo que comes, tu respetas lo que yo como y eso es muy bueno

Male: sí porque mis hijos nunca me han juzgado por no comer lo que ellos comen

Gudberta: igual también me gustaría agregar que también la forma de preparar los alimentos tiene mucho que ver, porque antes yo comía mucho las gorditas de chicharrón, y como me gustaba la grasa, pero ahora ya mejor les hago sus gorditas de espinacas, de queso o de alguna verdurita, y verán ustedes cómo les gusta, eso sería una aspiración, aprender a cambiar la forma en que preparamos los alimentos

Paty: yo por ejemplo, antes comía todo lo que me daban, pero ahora con la enfermedad uno piensa diferente, y siento que esto debería de ser así siempre, porque ahora comemos mejor, por ejemplo mi esposo come mucha grasa, mucha sal, y demasiada azúcar, se hace un café y lo deja como miel, hasta le digo que no le eche tanta azúcar, pero en cierta manera entiendo que él fue educado de esa manera y que la alimentación que ahora lleva no es algo que aprendiera el día de ayer, que es algo que se inculcó desde pequeño, que quitarlo es muy difícil pero no imposible, sin embargo es un patrón muy difícil de romper, yo lo veo como un problema hacia él, pero como ustedes dicen cambiar a una persona está muy difícil

Paulina: ok, yo entiendo que las aspiraciones personales chocan con las de sus familiares, se ha mencionado que hasta que ellos tienen una enfermedad entonces es cuando llega la comprensión, y que en cierta manera esto hace que choque con nuestras metas personales, pero mi sugerencia es que podemos acercarnos con nuestra familia y decirles cómo nos sentimos al respecto, tal vez de esta manera se pueda lograr concientizar en especial a los hijos, es importante recordar que la comunicación es muy importante, bueno me gustaría que esto nos lleváramos a casa, para que nos pueda ayudar con nuestra familia, y bueno pues el tiempo se ha terminado, muchas gracias por participar en este encuentro

### Descripción detallada del taller: (3 de 3)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller  
Utilice tantas hojas como sea necesario  
Anote textualmente cada una de las preguntas (No anote, por ejemplo, “Pregunta 1”)

#### Paso 3. Fortalecer el autocuidado

Experiencias de dominio	Experiencias exitosas Metas cortas que sí se pueden lograr
Modelado social	Conocer y observar a otras personas que logran buenos resultados
Persuasión social	Apoyo social, de la red familiar, vecinal y/o de la comunidad
Estado físico y emocional compatible con la (auto) confianza	Buen cuidado Buen control

- **Encuentro de salud del Proyecto Urbano de Salud mes de septiembre**

**Tema:** Encuadre del 10° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas

**Justificación:** El décimo encuentro de pacientes tuvo como tema principal la formación de consejos asesores. El consejo asesor es una instancia de organización y participación de las personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles participantes en el proyecto cuya finalidad es favorecer el desarrollo de sus capacidades individuales y colectivas, que nos ayuda a generar propuestas para poder mejorar la atención que se les brinda y así poder llevar al paciente al empoderamiento y autocuidado.

**Organización y preparación:** se realizaron sesiones en donde se informó el tema principal y el objetivo del encuentro, es este caso era fortalecer la acción comunitaria al reactivar los consejos asesores de cada consultorio del Proyecto Urbano de Salud, se asignaron funciones a cada pasante y participantes del encuentro, se gestionó la realización y entrega de invitaciones para informar a cada paciente del encuentro con la fecha, hora y lugar y posteriormente las llamas a cada paciente para confirmar su asistencia al evento. Una vez obtenido el número de personas

participantes, las coordinadoras del Proyecto Urbano de salud gestionaron los recursos para poder garantizar un transporte seguro a los pacientes para acudir al evento y de igual manera para brindarles un snack.

Previo al ingreso al evento se les entregó a cada paciente un gafete en donde se colocaba su nombre y un número con la mesa que se les asignó, una vez todos en sus respectivos lugares se dio inicio dando la bienvenida y permitiendo que las autoridades de las instituciones involucradas en el proyecto dieran un discurso; después de esto se realizó una presentación que contenía los datos de los resultados obtenidos de las mediciones de control de los pacientes, una vez terminado este punto se les permitió a los pacientes tomar un snack, para posteriormente continuar con el taller donde se hizo discusión primeramente de los resultados obtenidos en sus controles y su comparación con los vistos en el mes de enero y se tocó el tema de la reactivación del consejo asesor. Al terminar la discusión se realizó una plenaria en donde los encargados de cada consultorio expusieron la postura de cada consultorio con respecto a la activación del consejo asesor y las sugerencias que tenían para mejorar su cuidado de salud.

**Desarrollo y resultados:** Durante el desarrollo del taller se pudo apreciar que los pacientes presentaban cierta preocupación por los resultados reportados, cada paciente sugirió ideas para mejorar su control, entre esas ideas se menciona la implementación de programas de ejercicio que les permitan poder realizarlos en casa y que sean adaptados a sus condiciones físicas, entre algunas otras. con respecto al tema principal, la reactivación de consejo asesor, se pudo observar que los pacientes de este consultorio tienen una actitud muy optimista y participativa, ya que alrededor de 11 personas se postularon para formar parte de este grupo, todos motivados con generar un apoyo que promoviera la salud en su comunidad y en el grupo de pacientes pertenecientes al Proyecto Urbano de Salud

**Encuadre del encuentro:** Encuadre del 10° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas

Coordinadora: Sandra

Relatora: Avelina

<b>¿Qué necesitamos para que la atención médica sea mejor? Qué se dijo...</b>	<b>¿Qué necesitamos para desarrollar el autocuidado? Qué se dijo...</b>
2 consultas por mes	talleres de alimentación
pláticas de las patologías que se atienden en el proyecto	más comunicación
grupos de apoyo mutuo	programas de ejercicio
2 médico para cubrir más consulta	pláticas de tanatología
que como pacientes no deleguen el cuidado de nuestra persona	

<b>¿Qué dudas tenemos respecto al Consejo Asesor? Qué se dijo...</b>	<b>¿Consideramos que sí conviene reactivar el Consejo Asesor del Proyecto? Qué se dijo...</b>	<b>¿Qué dificultades observamos para reorganizar los consejos? Qué se dijo...</b>
¿Cada cuanto se tenían que reunir?	Consideraron apropiado activarlo	Tiempo
¿Quién coordina el grupo?		Distancia
¿Los trabajos realizados se compartían con otros consultorios?		Como difundir la información
		Compromiso
		Espacio donde se pueden reunir



- **Encuentro de pacientes del Proyecto Urbano de Salud: Consejo asesor**

**Tema:** “Nuestro cuerpo en movimiento”. Plan de trabajo

**Justificación:** Derivado de las propuestas y sugerencias de los pacientes en el décimo encuentro de salud, se realizó la propuesta de una reunión en donde se pudieran juntar a los consejos de los distintos consultorios que integran el Proyecto Urbano de Salud, con el objetivo de diseñar y acordar, en conjunto con las personas participantes del Consejo Asesor del Proyecto Urbano de Salud, un plan de trabajo de actividad física para personas con enfermedades crónicas.

**Organización y preparación:** Para este encuentro las asesoras del Proyecto Urbano de salud convocaron a los pasantes para abordar el tema que se iba a desarrollar en la reunión del Consejo Asesor, informar de las fechas y la logística del evento. Se solicitó que cada pasante llamará a los pacientes que estaban interesados en formar parte del consejo asesor e invitarlos a la reunión para formar parte del grupo, una vez confirmada la asistencia se llevó a cabo la logística para gestionar el transporte a la UAM y disponer del material necesario para la reunión.

El día del evento se inició dando la bienvenida y agradeciendo la participación de los pacientes, se presentó un resumen de lo que es y en qué consiste el consejo asesor, después se realizó la revisión de propuesta de plan de trabajo con una infografía en donde se explicaba a grandes rasgos la propuesta de ejercicio, para posteriormente asignar tareas a los participantes y escuchar propuestas de cómo se lograría establecer el plan de trabajo de ejercicio. Al terminar se dio por finalizada la reunión y se agradece nuevamente la participación de cada paciente.

**Desarrollo y resultados:** Los pacientes del Consultorio Piloto Culhuacán mostraron una actitud participativa y positiva con la propuesta de poner en movimiento su cuerpo, cada participante explicó sus dudas de cómo podían ellos colaborar en este plan de trabajo y muchos de ellos se postularon para realizar las tareas que surgieron. La coordinadora de este encuentro, hábilmente les explicó sus dudas y orientó en cómo cada paciente tiene una capacidad de ejercicio diferente,

al comprender este punto, los pacientes mostraron una postura abierta a recibir sugerencias para realizar sus actividades físicas y se comprometieron a implementar este plan en su comunidad.

### Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

<b>Consultorio:</b> <b>PILOTO CULHUACAN</b>	<b>Coordinador(a):</b> <b>PAULINA</b>	<b>Página:</b> ___ de ___
<b>Relator(a):</b> <b>SANDRA</b>	<b>Equipo:</b> <b>PILOTO</b>	<b>Fecha:</b> <b>05/OCT/23</b>

#### 1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Consultorio
Dionisia Janet	F	72	Piloto Culhuacán
Elvia	F	80	Piloto Culhuacán
Carlos	M	80	Piloto Culhuacán
Florencia	F	58	Piloto Culhuacán
Víctor	M	58	Piloto Culhuacán
Fernando Cirilo	M	85	Piloto Culhuacán
Zaira	F	29	Acompañante
Aidé Fabiola	F	72	Piloto Culhuacán
Loreto	F	68	Piloto Culhuacán
Rafael	M	70	Piloto Culhuacán
María Ventura	F	91	Piloto Culhuacán
Beatriz Hilda	F	80	Piloto Culhuacán
Rogelio	M	51	Piloto Culhuacán

#### 2. Datos del Taller

##### Objetivo del taller:

Diseñar y acordar, en conjunto con las personas participantes del Consejo Asesor del Proyecto Urbano de Salud, un plan de trabajo de actividad física para personas con enfermedades crónicas.

**Hora de inicio: 10:00 am**

**Hora de finalización: 12:30 pm**

#### 3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
10:00 am – 10:30 am	Bienvenida Encuadre
10:30 am – 11:30 am	Paso 1. Revisión de la propuesta del Plan de trabajo.
11:30 am – 12:15 pm	Paso 2. Organización del Consejo Asesor por consultorio Plenaria
12:15 pm – 12:30 pm	

#### 4. Descripción detallada del taller: (1 de 2)

**Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller**

**Utilice tantas hojas como sea necesario**

**Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")**

**Paso 1. Revisión de la propuesta del Plan de trabajo**

*Hagamos una revisión en conjunto:*

- Revisar la propuesta del plan de trabajo a partir de la infografía
- Diagnóstico
- Proyecto
- Evaluación

**1. ¿Qué dudas tenemos?**

Paulina: ¡Okay! Vamos a comenzar. Vamos a repasar de nuevo el plan de trabajo, porque es momento de evaluarlo como consejo, el trabajo como ya lo mencionó el doctor Víctor, es que ustedes nos orienten en cómo se podría aplicar dentro del consultorio, ¿que si se puede hacer, que no?, en qué tiempos, etcétera, etcétera, entonces, como dijo el doctor Víctor, "el primer paso es colocar los carteles", esto es para conocer qué tanto, como ustedes, como nosotros, como los pacientes, sabemos de qué es lo que es el movimiento; ¿Porque? porque es importante para nosotros conocer su perspectiva, esto también nos podrá ayudar a saber qué impacto tiene el ejercicio, por ejemplo, para mí. Como mencionamos hace rato, para no perder nuestra independencia, ¿por qué?, porque a lo mejor Gaby también por ejemplo nos mencionó, que estos ejercicios pueden ayudarnos a retomar o mejorar nuestra movilidad

Janet (interrumpe) ¡Sí porque muchas veces ya nos estamos paralizando!

Paulina continúa: ¡sí, exacto!; Porque por ejemplo si utilizamos bastón, podemos lograr dejar el bastón, o si tenemos alguna lesión en la rodilla o en la cadera esto también nos puede ayudar. Bueno todo esto está ligado con lo segundo que sería el diagnóstico, las pasantes van a realizar una capacitación, de nuestra médica, para hacer esta evaluación, ¡okay!, esta evaluación consiste en los diferentes ejercicios que vamos a realizar, para ver qué capacidad de ejercicio físico tenemos. Esto es para ver si tenemos poca capacidad o una alta capacidad para realizar ejercicio, porque por ejemplo, si yo hago los ejercicios de una persona que tiene poca capacidad para realizar esos ejercicios no van a tener un impacto en mí, porque por ejemplo yo me voy a aburrir o no me van a servir, o como por ejemplo si alguien que tiene poca capacidad, hace los ejercicios de una persona con alta capacidad se puede lastimar, o se puede cansar de más, se va sentir mal, se me puede bajar hasta la presión...

...todos interrumpen: ¡si la presión!

Paulina continúa: algo importante es que estos ejercicios están pensados en personas que viven con diabetes y con hipertensión

Janet interrumpe: ¡ósea nosotros!

Paulina continúa: ¡exactamente!, son ejercicios especializados y específicos, para personas que viven con diabetes y con hipertensión y lo que eso implica; como por ejemplo, el recordar que antes de hacer ejercicio me tengo que checar mi glucosa y mi presión para ver qué estoy bien y puedo realizar el ejercicio físico; estas son algunas de las medidas que se le van a explicar a las pasantes en esa

capacitación que van a tener, porque después esta capacitación que van a tener ellas, la vamos a recibir nosotros, Bueno miren nosotros vamos cumplir como agentes de salud; ¿Qué es un agente de salud?, por ejemplo, la señora Janet se va a capacitar con todos estos requerimientos que vamos a tener para que después ella pueda informar, asesorar, apoyar al resto de los pacientes, y así con cada uno de ustedes,

Paulina pregunta a todos con un Sí para ver si están siguiendo su conversación, todos afirman con un si

Paulina continúa: Entonces mañana viernes las pasantes van a recibir la capacitación, y esto está pensado que se haga en octubre, es decir en este mes, mañana que las pasantes reciban la capacitación se les va a explicar cómo hacer esta valoración y con esto ellas los van a clasificar con una puntuación en una categoría del tipo de ejercicio que van a hacer, después de esta capacitación, nosotros tenemos que valorar qué fecha está bien para todos que nos reunimos para que nos hagan la valoración, para que cada uno de nosotros tengamos la valoración de nuestra capacidad física

Paulina pregunta nuevamente con un sí si van siguiendo la conversación al ver que todos asienten continúa

Paulina: muy bien, ya que cada uno está con su grupo de capacidad, vamos a tener por ejemplo, que la mayoría está en capacidad media, baja o alta, después de eso vamos a pasar a la capacitación, esto también va a pasar a finales de octubre, aproximadamente, de acuerdo a nuestros tiempos, aquí en este punto junto con Gaby y las pasantes vamos a pensar entre todos qué material estaría bien generar como consejo, para que después pase al resto de la comunidad, pueden ser videos, pueden ser carteles, pueden ser planes de ejercicio o lo que ustedes gusten proponer, Ustedes van a proponer ahorita lo que les gustaría generar, pero lo más importante es que todo este material lo van a generar ustedes, en los videos no vamos a aparecer ni yo, ni las pasantes, van a ser ustedes, porque es importante que el resto de los pacientes vean que un igual puede hacer este tipo de ejercicios, eso es algo muy importante, porque si yo me pongo a hacer el ejercicio la gente va a pensar que no puede.

Rafael interrumpe: Pues sí no van a pensar que yo no puedo hacerlo

Paulina continúa ¡Exacto! si lo hacen ustedes ellos van a pensar que si puede

Rogelio interrumpe ¿tengo una pregunta? eso lo vamos a hacer solo nosotros, los que estamos aquí en la reunión

Paulina: Sí ahorita seremos solo nosotros para después esa información difundirla con toda la comunidad

Rafael: doctora una pregunta, por ejemplo, yo solo camino, entonces, ¿cómo quedaría mi ejercicio en este momento, lo que usted dice es primero me van a evaluar y ya después me coloca mi ejercicio?

Paulina: sí exacto, pero no se preocupen, no importa si yo digo no tengo una buena capacidad, porque hasta el paciente que caiga en la movilidad nula, por ejemplo, que diga yo no me puedo agachar, va a tener su grupo de ejercicios, vamos a empezar lento y vamos a ir avanzando progresivamente, hasta alcanzar una buena capacidad

Janet: Sí por ejemplo yo en natación parezco sirena, pero me canso mucho para caminar para marchar e incluso para subir los brazos

Paulina ¡Exacto! Algo importante es que cada uno de nosotros conocemos nuestras capacidades físicas. Bueno, después de que ahorita digamos qué tipo de materiales vamos a utilizar vamos a seguir con el seguimiento, después la doctora Sandra va a ser la misma evaluación de capacidades, pero para el resto de los pacientes, porque es importante que todos sepamos qué capacidades tenemos para realizar ejercicio, para de esta forma yo saber qué grupo de ejercicios puedo hacer, Ahora el seguimiento se va a hacer de la siguiente manera; ustedes van a ser los encargados de también hacer el seguimiento con el resto de los pacientes, es decir, por ejemplo con mi amiga Lourdes, como yo conozco a mi amiga Lourdes le voy a mandar un mensaje para que me mande una foto de cuando esté haciendo los ejercicios, para yo mandarlo al grupo de la UAM,

Janet interrumpe de nuevo: sí, sí los está haciendo en su casa, en la calle, en el parque o en una zona de ejercicio

Paulina continúa, ¡exacto!, el punto o el objetivo también es que no sea muy rígido, que no tenga un horario establecido o una hora, sino más bien generar el material por si uno quiere hacerlo en sus casas o dos queremos reunirnos en grupos pequeños como por ejemplo de dos, tres, cuatro personas, en donde nos reunamos tal día y hagamos los ejercicios, o por ejemplo, para las personas que tengan horarios de trabajo difícil o actividades

Rogelio interrumpe: al final es para que todos lo hagan

Paulina continúa: exactamente, y nosotros como agentes de salud nuestro principal objetivo es que los demás pacientes lo hagan. Bueno, como les menciono todos estos ejercicios van a estar dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, Bueno, todo este seguimiento se va a hacer durante noviembre diciembre y enero, aunque sabemos que son un poco complicadas las fechas, por las fiestas

Todos interrumpen mencionando diferentes fechas de la época del año

Paulina continúa: pero a diferencia de la alimentación, nos pueden ser más útiles estas estrategias de ejercicio para un mejor control, Pues el ejercicio nos va a ayudar a nivelar, por ejemplo, por decir algo, comí un poquito de más, pero pues voy a hacer este ejercicio, por ejemplo, media hora y me voy a mantener activa y esto me va ayudar a no tener mis niveles altos

Janer interrumpe diciendo: sí, por ejemplo, usted que ya de pesar como unos 45 kg

Paulina se ríe y le dice: usted cómo sabe a poco se adivina

Todos riendo el comentario de Janet y bromean del peso de Paulina

Rafael continúa: Mire doctora, lo que pasa es que muchas veces como le digo a la doctora, a la doctora Sandra, le digo que, por ejemplo, podemos comer un día un taco de barbacoa, pero los demás días continuar con nuestras verduras y nuestras dietas; eso, por ejemplo, es lo que Loreto y yo hemos hecho durante un mes y eso nos ha ayudado a mantener nuestros niveles de glucosa, está en 125 o 120

Paulina: asiente y le da la razón y dice ¡exacto! Bueno, esto del ejercicio va a tener un impacto directo en sus niveles de glucosa y de presión que tenían, porque van a mejorarlo, todo esto va a tener un impacto directo en nuestra salud, que como ya vimos esa curva de control estaba aplanada y lo que debemos hacer es aumentarla

Rafael: ¡la tenemos que subir!

Paulina ¡exacto!, Entonces como les decía, después del seguimiento va a venir la evaluación, esta evaluación se va a llevar a cabo en el encuentro, es este momento en el que vamos a compartir la experiencia de todos durante estas rutinas de ejercicio con el resto de los pacientes, la idea que les decimos nosotros, de pedirles foto, de pedirles videos, es de que podamos generar carteles para que el día del encuentro nosotros lo coloquemos en mamparas y las podamos colocar por todo el encuentro y de esta manera podamos motivar a los demás y entre nosotros

Rafael: Sí, es que cuando vean los carteles la señora o el señor, damos como consejos al adulto mayor, como doña Irma que, en paz descanse, nos daba ideas para cocinar

Paulina: Okay perfecto ahora vamos a empezar a trabajar en grupo, de todo lo que les he comentado ¿qué les parece el plan de trabajo?, o ¿Tienen alguna duda? -pregunta Paulina

Todos responden en conjunto que no tienen ninguna duda

Paulina: ok, durante todo este proceso

Janet: yo tengo una duda ya que nos valoren, las clases de ejercicio donde se van a hacer ¿ahí en piloto?

Paulina: una vez que nos valoren vamos a llegar a un acuerdo como consejo, es decir todos lo vamos a decidir, porque es una clase de acuerdos que al final de la reunión vamos a abordar y vamos a escribir en nuestras hojas

Fabiola: entonces, ¿depende de la categoría en la que entremos es como se van a formar los grupos?

Paulina: sí, exacto, se van a formar de acuerdo a la capacidad que tengan por ejemplo la señora Fabiola y la señora Loreto, Supongamos que están en el grupo 1, y vamos a suponer que ellas tienen una categoría baja, ahora por ejemplo si el señor Rogelio el señor Fernando están en el grupo 2 van a tener una categoría media y lo mismo pasa con la categoría alta. Entonces esas personas de ese grupo se van a reunir para formar el material

Rogelio: entonces cada grupo va a generar algún material para difundir a la comunidad

Janet: sí podemos utilizar el grupo de WhatsApp para compartir todo ese material

Rafael: doctora por decir mi esposa y la señora Hilda realizan ejercicio de estiramiento y de acondicionamiento físico, ¿este ejercicio podría ser importante y se podría incluir dentro del plan de ejercicio?

Paulina: Okay, hay que tomar en cuenta que todos estos ejercicios que se van a generar están pensados para personas con enfermedades crónico degenerativas no transmisibles y que se van a utilizar herramientas que tengamos disponibles en casa, por ejemplo, botellas de agua...

Janet interrumpe: Sí por ejemplo yo que utilizo botellas de arena en natación  
Paulina ¡exacto! vamos a buscar estrategias pensando en las personas con enfermedades crónico degenerativas como presión y diabetes

## 2. ¿Qué nos parece? ¿Podemos realizarlo?

Paulina: Entonces si no tienen ninguna duda, alguno de ustedes tiene alguna pregunta o tiene alguna propuesta de cómo se podría mejorar algún paso de proyecto propuesto

Janet: pues como ustedes dicen podemos grabarnos y estos vídeos compartílos en WhatsApp

Todos asienten y dicen que si están de acuerdo con los vídeos

## 3. ¿Qué modificaciones consideramos pertinentes?

Paulina: Entonces 1 propuesta es utilizar cosas que tenemos en casa y grabar videos de ejercicio para cada categoría de ejercicio y compartirlo en WhatsApp, ¿Alguna otra propuesta?

Zahira: también podríamos realizar un cartel para poder compartir el link del video

Rafael: yo tengo una duda con eso, doctora, ¿cómo van a difundir la información con aquellos que no tienen WhatsApp ni saben usar el teléfono?

Zahira: bueno yo entiendo que nosotros vamos a difundir la información

Paulina: exacto, ustedes van a difundir la información, podemos colocar carteles hechos a mano por ustedes mismos o a computadora, pero eso es un acuerdo al que llegaremos todos, ustedes deben decidir cómo hacerlos

Todos se distraen por qué el señor Carlos comenta que no tiene pluma

Paulina: llama la atención de todos y les pregunta ¿Entonces, ustedes proponen hacer carteles y videos por grupos y compartílos por Whatsapp y el link del video pasarlo por WhatsApp?

Todos asienten y están de acuerdo con la propuesta

Paulina: ok entonces entiendo que ya tienen un grupo de WhatsApp, en ese grupo se compartiría todo este material

Todos asienten

Carlos: nosotros no estamos en el grupo

Rogelio: si, la doctora nos agregó a todos a ese grupo, bueno al grupo del consejo

Paulina: ok, entonces para los carteles, esos haríamos venido como se van haciendo, ustedes cómo consejo pueden hacer reuniones cada determinado tiempo para acordar cómo hacer estos carteles, en esta reunión junto con los pasantes, ustedes van a decidir lo que se va a hacer

Janet: otra opción visitar la casa de alguien y hacer un convivio y pasar el rato todos juntos

Rafael, sí eso estaría bien, hacer convivios, eso antes se hacía cuando estábamos en la casa del adulto mayor, hay que retomarlo

Florencia: bueno voy a interrumpir un poco lo de sus reuniones, pero me gustaría comentar que hay que hacer un material para que las personas se lo puedan llevar a casa, ya que muchas veces vemos el cartel, pero cuando llegamos a nuestra casa se nos olvida o por ejemplo los que no saben abrir los vídeos y así, ellos pueden ver por ejemplo un folleto donde vienen los ejercicios

Paulina: bueno, ustedes ya llegarán a la conclusión de que material se puede hacer en las reuniones, por ejemplo, pueden ser carteles, trípticos o folletos, pero recuerden que este material ustedes se lo tienen que explicar a los demás pacientes

Todos asienten y están de acuerdo con la propuesta

### **Descripción detallada del taller: (2 de 2)**

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

***Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")***

#### **Paso 2. Organización del Consejo Asesor por consultorio**

##### **1. ¿Cuáles son las acciones prioritarias para el desarrollo del plan de trabajo en nuestro consultorio?**

Paulina: ok entonces como primera tarea tenemos que primero se tiene que colocar el cartel de movernos en el consultorio y este se tiene que quitar cada semana y notificar a la doctora para que se cambie, alguien que pueda hacer esta tarea

Janet: yo podría ponerlo, pero hasta el viernes

Todos se voltean a ver dudosos

Loreto: pues mi esposo y yo podemos ponerlo y quitarlo y decirle al doctor

Todos empiezan a distraerse por lo del cartel y empiezan a hacer bromas

Paulina: bueno entonces recordemos que en este cartel vamos a escribir lo que nosotros consideramos que es moverse, ahora el segundo paso o segunda tarea es la evaluación de los pacientes, ¿qué fecha proponen ustedes para que se haga?

Rogelio: pues puede ser el día martes

Todos empiezan a decir que si es un buen día para hacer las mediciones

Paulina: ok entiendo, ese día son las citas para tomar los laboratorios les parece que esos días se hagan la evaluación a las personas del consejo asesor

Todos comentan al mismo tiempo que si es una buena fecha

Rafael: yo propongo que nosotros, todos, hago las rutinas y tomemos fotos y videos y las mandemos al grupo

Zahira: si, pero lo que la doctora dice es que primero nos tienen que evaluar y ver qué ejercicios toca hacer por categoría ya que van a ser ejercicios dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas

Paulina: ok, podemos hacerlo y seguir proponiendo materiales y ejercicios, pero eso lo podemos ir viendo, ok alguien tiene alguna otra tarea que se pueda proponer

Rogelio: yo sugiero que se empiece a invitar a los demás pacientes,

Paulina: ¿Cómo es una difusión?

Rogelio: si, invitar a los demás, incluso a los que van pasando

Fabiola: la doctora comentó que esto es solo para las personas del proyecto

Paulina, ok, miren en este momento lo prioritario es difundir con nuestros pacientes, entonces, una tarea sería difundir, pero con nuestros mismos pacientes, invitarlos



Rogelio: es que lo que yo digo, es que alguien vaya y difunda, no se tal día, lleve toda la información y que no sigamos siendo siempre los mismos entonces yo aquí los invito a todos a participar

Paulina: ok entonces como usted dice regular un poco más la participación sería coordinarse para que todos participen y hagan las cosas, ir al consultorio y difundir y organizar

Fabiola: ok, entonces yo me comprometo a enviar los videos cuando estos estén listos

Janet: y a mí me toca pegar los carteles

Paulina: ok, creo que los carteles de movernos los va a pegar la señora Loreto y el señor Rafael

Janet: si, pero yo digo los que hagamos de los ejercicios

Paulina: a, entiendo si, está bien. Entonces la señora Florencia propuso los folletos, ¿Quién se compromete a difundir los folletos?

Carlos: yo me comprometo a difundirlos, ahí en mi casa es fácil repartirlos, y aprovechando propongo que en mi casa en el garaje se coloque una lona con todos los servicios que ofrece el módulo

Paulina: ok don Carlos, pero solo hay que recordar que estoy que estamos haciendo ahorita es interno, (Paulina muestra a todas las hojas de la propuesta entregadas ese día) por favor les voy a pedir que guarden esta hojita, para que en su casa puedan terminar de contestar, también sería importante hacer un grupo de WhatsApp para mantenernos en contacto y través de este o de la doctora Sandra se pueda repartir la información

El doctor Víctor se hace a y comenta que ya hay que terminar la discusión en grupo por qué el tiempo se ha terminado

Paulina: ok, entonces para terminar solo falta asignar un encargado de convivencia, para organizar las reuniones

Todo el grupo comenta que el señor Rogelio debería hacerlo

Rogelio: Está bien, yo considero que hay que hacer reuniones cada mes, ¿les parece que los días que se propongan lo podemos organizar en WhatsApp?

Todos empiezan a comentar y bromear acerca de quién debe poner la comida y las bebidas, o que podrían llevar y se cierra la discusión en grupo

### **3.4 Módulo 4: Práctica clínica centrado en la persona con enfermedad crónica**

#### **Tutoría de casos**

#### **Presentación de casos clínicos centrado en la persona:**

El módulo 4 impartido en el diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. lleva por nombre **“Práctica clínica centrado en la persona con enfermedad crónica Tutoría de casos”**. En este módulo se realizó la presentación de casos clínicos que permitió llevar a cabo el desarrollo de tutorías por parte de los médicos asesores del diplomado, además la presentación de los casos nos llevó a desarrollar el tema atención centrada en la persona de una forma más profunda y ordenada, al ejemplificar con un caso, se permitió poner en práctica los conocimientos adquiridos durante este diplomado.

En la presentación de cada caso clínico se pudo observar el avance que los médicos pasantes teníamos con el entendimiento de la atención centrada en la persona, pues después de cada sesión, la retroalimentación permitía desarrollar las capacidades para poder realizar un plan más estructurado con enfoque en la atención integral tanto del caso del paciente presentado en la sesión, como de los propios pacientes vistos en la consulta.

Durante el desarrollo de cada presentación se pudo observar a los componentes de modelo de atención centrado en la persona

1. enfermedad, padecimiento y el estado de salud de la persona
2. reconocimiento de la persona y su entorno
3. relación médico paciente
4. intensificar la relación médico paciente

El primer componente, permite conocer a los pacientes desde un punto de vista diferente, en el modelo de atención centrado en la persona se intenta conocer a los pacientes más allá de las patologías que cada persona presenta, ya que al indagar acerca de la evolución de su enfermedad y cómo ha impactado en el ámbito

emocional, en las expectativas de vida, así como al preguntar las experiencias que el paciente vivió con la enfermedad, nos permite conocer a la persona y generar un canal de comunicación que, de cierta manera nos ayuda a potenciar la relación médico paciente. En el caso de la presentación de casos clínicos, como espectador te permite identificar el panorama del paciente y la perspectiva del médico tratante. Algo que es importante añadir en este apartado es que el conocimiento de la personalidad de cada individuo, su actitud con respecto a su enfermedad, sus preocupaciones, temores, expectativas y aspiraciones, nos permiten generar un plan de acción basado en la atención centrada en la persona.

El segundo componente “la persona y su entorno”, nos permite conocer las redes de apoyo del paciente, tanto familiares, como vecinales, sociales e institucionales, ya que al identificar a aquellas personas o instituciones que pueden ayudar a aumentar el control del paciente hacemos uso de MAICP, es decir tenemos los tres subsistemas involucrados para lograr que el paciente llegue al empoderamiento y autocuidado, aunque en muchas ocasiones estas redes de apoyo no son como esperamos, el equipo de trabajo debe buscar estrategias para

Ahora bien, el tercer y cuarto componente, estos componentes son de suma importancia ya que si no se establece una relación médico paciente efectiva no se puede llevar a cabo la implementación del MAICP, por tal motivo es importante trabajar en este rubro. La relación médico paciente nos permite conocer el contexto de cada paciente, sus problemas, sus objetivos, sus roles en la sociedad; en la atención centrada en la persona esta relación nos ayuda a establecer acuerdos en el plan de tratamiento basados en las expectativas y vivencias del paciente, acuerdos que son llamados la toma conjunta de decisiones, que al final culmina en la elaboración de un proyecto conjunto para potenciar su salud, llegar al autocuidado y el empoderamiento. Cabe añadir que esta relación siempre debe mantenerse y se debe de intensificar con el propósito de continuar con el seguimiento y el control.

Derivado de cada caso clínico, surgieron dudas y preguntas tanto de temas clínicos como del propio diplomado, los médicos encargados de cada sesión buscaron

estrategias que permitieron el desarrollo de conocimientos de tema como hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.

Cabe mencionar que el módulo permite que cada pasante comprendiera en su totalidad las enfermedades que competen al módulo y como la atención centrada en la persona permite que un paciente con dichas enfermedades logre un control gracias al desarrollo de capacidades de autocuidado.

### Caso clínico presentado en el módulo:



Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco  
División de ciencias biológicas de la salud



Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México.  
Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas

## Caso Clínico

Alumna: Sandra Ortega Rodríguez

- **Ficha de identificación:**

Nombre de la persona: Edmundo C. P: Sexo: Masculino Edad: 74 Lugar de origen: CDMX Lugar de residencia: Estado de México Escaridad: Primaria	Edmundo es una persona muy vivaz y atenta, le gusta platicar, acude con su esposa al consultorio, ambos son pacientes del proyecto Siente preocupación por su enfermedad, tiene miedo de utilizar insulina, actualmente es muy apegado a su tratamiento, pero siente temor porque a
--	--

Ocupación: Jubilado Fecha de nacimiento: 09/05/1948	pesar de seguir las indicaciones, actualmente sigue en descontrol glucémico
--	---

Enfermedades	Si/No	Tiempo de evolución	Tratamiento actual
DM	Sí	17 a	Metformina 850 mg cada 8 horas, Glibenclamida 5 mg cada 8 horas, Pioglitazona 15 mg cada 8 horas
HAS	Sí	17 a	Losartán 50 mg cada 24 horas
Dislipidemia mixta	Sí	17 a	Bezafibrato 200 mg cada 24 horas

1. Explorar enfermedad y padecimiento



**ENFERMEDAD:** HAS, DT2 Y DISLIPIDEMIA  
**PADECIMIENTO:** refiere miedo, preocupación, pero menciona sentir apoyo de su esposa y eso lo motiva a seguir  
**SALUD:** cumplir con sus rutinas de ejercicio como se establece en nuestra primera consulta, poder dejar el pan y los carbohidratos, de esta forma retrasar el inicio del uso de insulina

- Entender a la persona como una totalidad

**RED DE APOYO:** su esposa, familia, comunidad  
**DEBILIDADES:** vivir lejos del consultorio, educación, acceso limitado a los

- Relación médico paciente, plan de acción



El paciente refiere que el ayudarlo a buscar recetas y proporcionarle información acerca de la alimentación y el ejercicio le han ayudado a poder mejorar sus cifras de glucosa en ayuno

Se estableció como meta iniciar con las caminatas, actualmente el paciente hace 1 hora de caminata diaria

El paciente ha dejado de comer pan tres veces al día, actualmente solo come  $\frac{1}{2}$  bolillo por la mañana

Se acordó buscar un pasatiempo, así disminuir ansiedad realizar sus 5 comidas

#### 4. Conclusiones

- El diplomado permite visualizar de una forma más amplia todos aquellos componentes que forman parte de la atención médica centrada en la persona, en el caso del Consultorio Piloto Culhuacán, el Proyecto Urbano de Salud cuenta con una trayectoria de varios años de trabajo que ha permitido que la implementación del modelo de atención centrada genere resultados satisfactorios para el desarrollo de capacidades en el paciente, el autocuidado es un dominio de esta población, ya que se ha observado que los pacientes han aprendido a vivir como si no tuvieran la enfermedad y han potenciado su control. El consultorio ha servido como un espacio para que esta comunidad genere un entorno de salud que promociona la salud y permite generar un lugar donde los pacientes se sienten seguros.
- Durante la realización de este servicio se pudo apreciar que los pacientes generan un cambio en su perspectiva de cuidado de sus enfermedades, al implementar la atención centrada en la persona, al tener un enfoque más integral del cuidado de la salud, los pacientes se sienten con libertad de expresar la trayectoria que han vivido con sus patologías, como esta ha impactado en su vida, qué cambios ha generado tanto en su vida actual como en sus planes a futuro y la como el desarrollo de capacidades ha permitido mejorar su calidad de vida.
- Dentro de las ventajas que se pudieron observar en el Proyecto Urbano de Salud se puede mencionar que al ser un espacio creado por un comité vecinal, permite que las consultas sean libres en horarios, además de que la organización vecinal a generado cambios que permiten que los recursos y donaciones se destinen a las personas que lo requieren, una desventaja es que al no pertenecer a una institución de salud no cuenta con recursos de algunos servicios como psicología, nutrición o especialidades médicas, que en algunos casos son necesarios para el seguimiento y control de los pacientes.

- El diplomado permitió que como médicos desarrollaremos habilidades y estrategias para potenciar el control y seguimiento de los pacientes, por ejemplo, la relación médico paciente tradicionalmente es conocida como el intercambio de información dentro de la consulta con respecto a una patología, cuando se aplica el modelo de atención centrado en la persona podemos ir más allá de solo la enfermedad, el conocer la personalidad del paciente, su postura, sus aspiraciones y sus miedos nos permite desarrollar un plan para potenciar su control, es importante siempre indagar en las redes de apoyo y los recursos que dispone el paciente porque sin ello, el plan no serviría, ya que no estaría adecuado a la persona, por lo tanto no llevaría al empoderamiento, en resumen si un médico aplica en su consulta ambulatoria la atención centrada en la persona lograra establecer el vínculo médico-paciente que nos permitirá llegar al paciente al autocuidado.



## 5. Referencias bibliográficas

1. Barr VJ, 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. *Hosp Q.*[Internet] 2003 [Consultado 15 enero 2023];7(1):73-82. Disponible en: Doi:10.12927/hcq.2003.16763. PMID: 14674182.
2. Shyong T, Wei T. PERSON-CENTRED CARE IN DIABETES: WHAT IS IT BASED ON AND DOES IT WORK?. *The singapore family y physician*, [Internet] 2020 [Consultado 15 enero 2023]; vol. 4 6(7) Disponible en: <https://doi.org/10.33591/sfp.46.7.u2>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
4. Eslava JC. Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia *Rev. Salud pública*, 2002; 4(1):1-12.
5. Ottawa, C. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Salud pública Educ Salud*. 2001; 1(1): 19-22.