



Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para El Cuidado y el Control de Enfermedades Crónicas en el Primer Nivel. Enfoque de Capacidades (MAICP)

Implementación del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona en el Consultorio Médico de San Pedro Mártir durante el periodo febrero 2024 - Enero 2025.

Proyecto Urbano en Salud

MPSS Adriana Patricia Martínez Galindo

2172029795

Promoción Febrero 2024- Enero 2025

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

12 de Febrero 2025

Índice

1.	Presentación.....	3
2.	El modelo expandido de cuidados crónicos (Adecuación de la UAM Xochimilco para el MAICP).....	4
3.	Diplomado.....	5
3.1	Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.....	6
3.1.1	“Desafíos a enfrentar en la autogestión y autocuidado de las enfermedades crónicas”	
3.2	Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....	11
3.2.1	<i>“¿Cómo se relacionan los cambios en el estilo de vida con el tratamiento farmacológico para la reducción de peso en personas adultas con obesidad?”</i>	
3.3	Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las Enfermedades Crónicas.....	23
3.3.1	Relatoría 7° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas, Jurisdicción Sanitaria Xochimilco.	
3.3.2	Relatoría 12° Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica del Proyecto Urbano en Salud, con Sede en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.	
3.3.3	Relatoría 7° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas, Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras.	
3.3.4	Consejo Asesor del PUS, Consultorio San Pedro Mártir	
3.4	Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Consultorio de San Pedro Mártir a cargo de MPSS Adriana Patricia Martínez Galindo.....	49
3.5	Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.....	61
4.	Conclusiones.....	62
5.	Referencias bibliográficas.....	64
6.	Anexos.....	65

1. Presentación

Este documento forma parte del reporte final del servicio social. En este se desarrollan las habilidades obtenidas a lo largo del período de Febrero 2024-Enero 2025, durante el diplomado del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona. Un enfoque de capacidades. Y la implementación del mismo en el consultorio de San Pedro Mártir del Proyecto Urbano en Salud.

En la primera parte se presenta brevemente una descripción de los componentes del Modelo de Atención Centrado en la Persona, seguido de un esquema general de lo que fue el diplomado y mi experiencia a lo largo del mismo.

En este mismo reporte, se anexa el ensayo “Desafíos a enfrentar en la autogestión y autocuidado de las enfermedades crónicas” mismo que realicé para poder acreditar el Módulo I: Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades. Quise resaltar la importancia del autocuidado en la gestión de enfermedades crónicas, y también mencionar algunos desafíos existentes. Además del papel que podemos desempeñar como pasantes de servicio social que están aprendiendo a desarrollar este nuevo modelo de atención en nuestra consulta.

Para la acreditación del módulo II: Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados, se solicitó un trabajo que desarrollará lo aprendido a lo largo de este módulo, decidí junto con mi compañera de diplomado, realizar una revisión sistemática con el tema “¿Cómo se relacionan los cambios en el estilo de vida con el tratamiento farmacológico para la reducción de peso en personas adultas con obesidad?” Donde tuvimos como objetivo evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico y no farmacológico para la reducción de peso en adultos con obesidad.

Para el módulo III. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas, se anexan al documento las relatorías de los encuentros de personas con enfermedades crónicas en las que participe como relatora y coordinadora, en los encuentros del PUS así como en los encuentros organizados por la Secretaría de Salud. En estas actividades se desarrolló una parte importante del modelo, la construcción de entornos saludables, donde las personas compartieron su experiencia respecto a sus padecimientos y conocieron algunas otras con las que comparten emociones, aspiraciones y metas para una mejor gestión de su enfermedad.

Se continúa con un balance general del desempeño de la atención de personas con enfermedades crónicas en el consultorio de San Pedro Mártir en el periodo de Febrero 2024-Enero 2025. Esto con la información recabada a lo largo de los 12 meses y capturada en la base de datos de pacientes crónicos durante el período ya mencionado. Todo este contenido y distribución representado en 21 tablas.

Para el último módulo del diplomado, Módulo IV. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos. Se hace una breve redacción de lo visto en estas sesiones.

Para terminar, se redactaron las conclusiones de este documento, con unas preguntas guía para un desarrollo más amplio de la experiencia y lo aprendido a lo largo de este año de servicio social y como fue la implementación de un nuevo modelo de atención

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

El Modelo Ampliado de Atención Crónica tiene como objetivo mejorar la prevención y el manejo de enfermedades crónicas al abordar factores sociales y comunitarios que influyen en la salud. Este enfoque no solo reduce el impacto en quienes ya padecen una enfermedad, sino que también fomenta comunidades más saludables al abordar los determinantes sociales de la salud y garantizar una atención de alta calidad. Engloba a tres grandes subsistemas: relación médico-paciente, los servicios de salud y la comunidad.

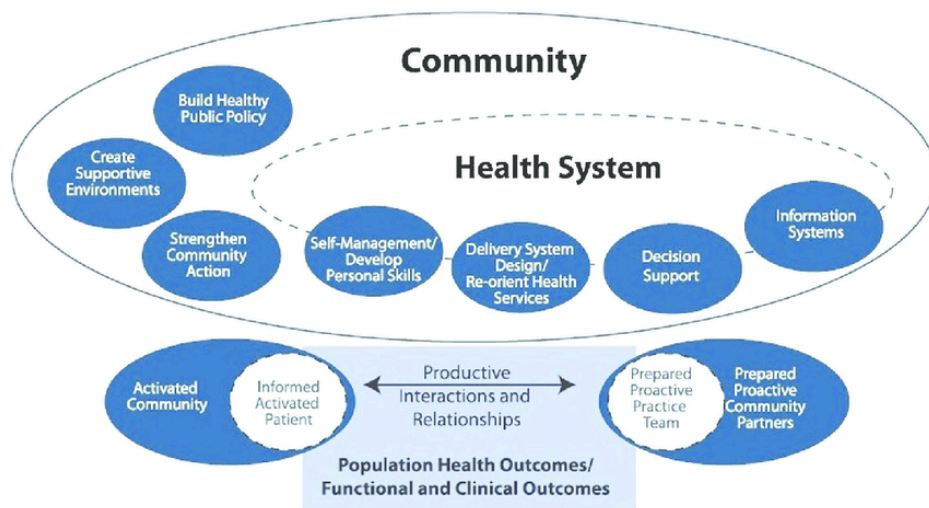


Figura 1. Modelo de Atención Crónica Ampliado.

1. Relación médico- paciente.

Este modelo transforma la relación entre el profesional de la salud y el paciente, pasando a una más colaborativa, donde el profesional actúa como guía, ayudando a la persona a identificar los problemas y buscar soluciones de manera autónoma. Esto va más allá de los tratamientos farmacológicos, incluyendo la formación de hábitos saludables y la ruptura de círculos viciosos. Este enfoque, conocido como

"toma de decisiones compartidas", fomenta un trabajo conjunto entre el paciente y el profesional para alcanzar los mejores resultados en salud. Aquí se busca proporcionar información y fortalecer las habilidades para la vida, lo que permite a las personas ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno. Para lograr cambios sostenibles, es fundamental ampliar estos enfoques para abordar los determinantes sociales de la salud.

2. Los servicios de salud

El uso de sistemas de información es fundamental tanto en la práctica clínica como en la promoción de la salud poblacional, ya que permite integrar datos sobre salud y factores sociales, económicos y culturales para planificar programas preventivos. Además, la reorientación de los servicios de salud impulsa a los profesionales a adoptar un enfoque integral que conecte la salud con los factores ambientales, sociales y políticos. En este contexto, el apoyo a la toma de decisiones, tanto por parte de los profesionales como de la red de apoyo cercana, es esencial para enfrentar el impacto de la enfermedad y promover decisiones que favorezcan la salud y el bienestar, integrando la atención médica con estrategias comunitarias que aborden tanto el tratamiento como la prevención y el mantenimiento de una buena salud.

3. La comunidad

Esta área de acción se centra en trabajar con grupos comunitarios para establecer prioridades y alcanzar objetivos que mejoren la salud de la comunidad, siendo clave el empoderamiento de las comunidades. La promoción de la salud busca fomentar la participación pública efectiva, ayudando a las personas a encontrar formas propias de gestionar la salud en su entorno. Los profesionales de la salud y otros expertos juegan un papel crucial en la movilización de la comunidad, utilizando su conocimiento sobre los determinantes de la salud y su liderazgo para identificar y eliminar barreras que impiden una vida saludable. Un ejemplo de esto son los encuentros de personas que viven con enfermedades crónicas, que se realizan cada 6 meses por parte del PUS.

A lo largo del año, durante mi estancia en el consultorio de San Pedro Mártir, trabajé en desarrollar este nuevo enfoque de atención para las personas que padecen alguna enfermedad. Durante las consultas, me esforcé por establecer una relación de confianza y empatía con los pacientes, compartiendo con ellos las opciones que consideraba más adecuadas para sus tratamientos. Además, establecer metas a corto y largo plazo, teniendo en cuenta sus preferencias. Considero que este modelo me permitió dar gran importancia a mantener y desarrollar una escucha activa de las necesidades que los pacientes expresaban, resolver dudas en la medida de lo posible y, al mismo tiempo, involucrar a la red de apoyo más cercana.

3. El diplomado

Durante el año del servicio social, los días viernes de cada semana, tuvimos sesiones presenciales en la UAM- Xochimilco. Donde se exponían artículos relacionados con el Modelo de Atención Centrado en la Persona, para que de esta manera desarrolláramos habilidades y conocimientos necesarios para ofrecer una consulta de calidad y donde se aplicará este nuevo modelo. Aunado a esto también había presentaciones de casos clínicos, en los que más que centrarnos en una enfermedad o padecimiento, nos enfocamos en conocer a una persona y como fue la experiencia del médico pasante para lograr, que entre ambos se establecieran metas y acuerdos para un mejor control de la enfermedad.

El diplomado se desarrolló en 4 módulos diferentes, tres de estos forma secuencial y el último de estos, de manera simultánea.

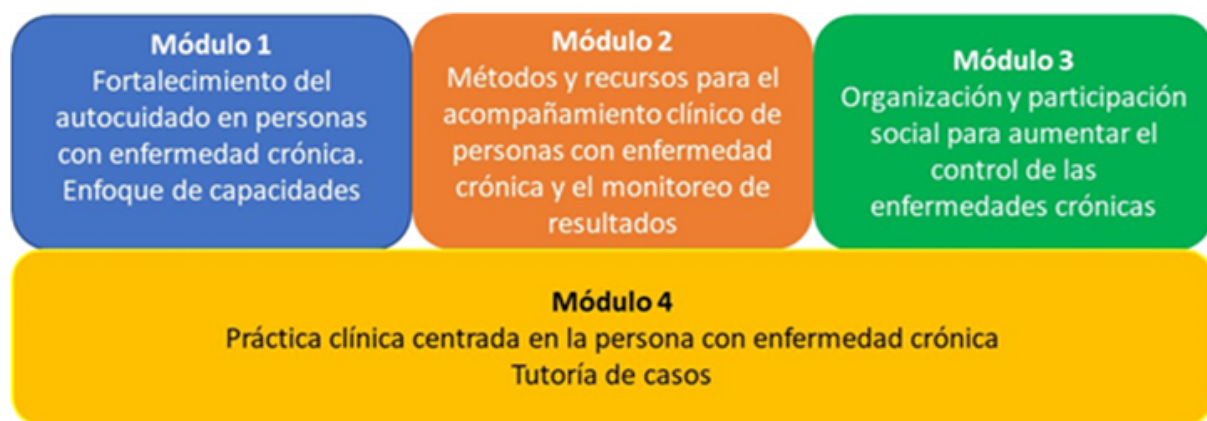


Figura 2. Módulos del Diplomado para la capacitación de los pasantes de medicina.

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

“Desafíos a enfrentar en la autogestión y autocuidado de las enfermedades crónicas”

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) causan aproximadamente el 71% de todas las muertes a nivel mundial. Anualmente, alrededor de 41 millones de personas mueren debido a estas enfermedades, de las cuales 15 millones tienen entre 30 y 69 años(1).

En México, la situación es bastante comparable. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2022, el 70% de todas las muertes en el país fueron causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus, que son las principales causas de mortalidad (2).

Para enfrentar esta situación, que constituye un importante problema de salud pública en México, es necesario adaptar nuevos métodos de atención en el sector

salud. En el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Control de Enfermedades Crónicas , las personas deben convertirse en protagonistas de su propio proceso, recibiendo el acompañamiento de los médicos. Estos últimos deberán colaborar para que los pacientes desarrollen sus capacidades de autocuidado.

En este trabajo se abordarán los conceptos aprendidos durante el módulo I del diplomado haciendo un pequeño recorrido sobre las bases teóricas del modelo, y en especial tratando de resaltar las capacidades de autocuidado que ya poseen las personas y detectar las dificultades que podrían enfrentar para poder aplicarlas.

- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Reflexionar sobre los conceptos aprendidos en el primer módulo del diplomado sobre el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Control de Enfermedades Crónicas, y desarrollar estos conceptos a partir del ensayo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sintetizar el contenido del módulo I en términos claros y concisos, destacando los puntos clave y las ideas principales sobre el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Control de Enfermedades Crónicas.
- Resaltar la importancia de las capacidades de autocuidado
- Identificar las dificultades que enfrentan las personas que viven con enfermedades crónicas.

JUSTIFICACIÓN

En México, las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las dislipidemias son factores de riesgo de mortalidad. Por lo que se han implementado estrategias de prevención a nivel nacional para evitar que las cifras de mortalidad sean aumentadas por estas patologías. Sin embargo, es posible que estas estrategias no se apliquen de la mejor manera, pues en México las cifras de mortalidad por estas causas han ido en aumento. Por lo cual es importante implementar nuevas estrategias, en las que logremos destacar las capacidades de autocuidado que las personas ya poseen, pero que probablemente aún no han desarrollado totalmente, para que de esta manera, ellos mismos sean capaces de autogestionar su proceso salud-enfermedad.

DESARROLLO

El MAICP, un nuevo enfoque.

El MAICP se centra en brindar una atención que respete las necesidades, deseos y valores del paciente, abordando no solo la enfermedad sino también atendiendo el bienestar general de la persona (3). Este modelo busca abordar varios aspectos que el método de atención convencional no considera.

Una atención centrada en la persona debe integrar aspectos físicos, emocionales y sociales para ofrecer un cuidado verdaderamente integral, entre los cuales se pueden mencionar: la toma de decisiones compartida, la cual es crucial permitiendo que las decisiones de tratamiento reflejen las preferencias individuales del paciente. Otro punto a destacar que apoya este modelo es crear y mantener una comunicación efectiva y empática, no sólo mejora la comprensión de la persona sobre su salud, sino que también fortalece la relación entre el paciente y el profesional de salud. El empoderamiento del paciente y la promoción de la autoeficacia también son esenciales para mejorar los resultados de salud y la satisfacción del paciente en el contexto de la atención centrada en la persona (4). Como médicos nuestro deber es acompañar a las personas en este proceso y tratar que todos los fundamentos teóricos que incluye este modelo puedan ser llevados a cabo por los protagonistas, que son las personas que viven con una enfermedad crónica.

El autocuidado en el MAICP

El modelo de atención centrado en la persona resalta la importancia de las habilidades de autocuidado como un componente esencial del manejo de la salud. Estas habilidades abarcan la capacidad de los individuos para gestionar su salud de manera eficiente, tomando decisiones bien fundamentadas y participando activamente en su cuidado cotidiano (5). De acuerdo al MAICP el autocuidado se basa en estas capacidades que las personas deben de desarrollar:

- Autogestión de la enfermedad: Los pacientes deben manejar proactivamente sus condiciones de salud, abarcando el seguimiento de los síntomas, la adherencia al tratamiento y la modificación de comportamientos según sea necesario.
- Toma de decisiones informadas: Se fomenta la educación y el acceso a información adecuada para que las personas puedan involucrarse activamente en las decisiones sobre su salud, entendiendo los beneficios y riesgos asociados con las diversas opciones de tratamiento.
- Promoción de estilos de vida saludables: Se promueve que las personas adopten y mantengan comportamientos saludables, tales como una dieta equilibrada, ejercicio regular y manejo del estrés, con el objetivo de prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida.
- Autocuidado en enfermedades crónicas: Se enfoca en la gestión eficaz de enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión, incluyendo la vigilancia de signos vitales, la autoevaluación de síntomas y el cumplimiento de los regímenes de tratamiento a largo plazo.
- Habilidades de comunicación y colaboración: En este rubro los individuos deben aprender a comunicarse eficazmente con proveedores de salud, familiares,

cuidadores, o red de apoyo promoviendo una relación colaborativa en la toma de decisiones y en la gestión de la salud.

- Capacidad para manejar crisis de salud: Preparar a los individuos para reconocer signos de empeoramiento de su condición de salud y tomar medidas adecuadas, como buscar atención médica o seguir un plan de acción preestablecido (6). De acuerdo a estos puntos es importante entonces que la persona se sepa suficientemente capaz para manejar parte importante del proceso que conlleva vivir con una enfermedad crónica. El médico solamente acompaña y provee de información que pueda serle útil al paciente para que el pueda gestionar de mejor manera las habilidades que ya posee o las gestione de mejor forma. Promover estas habilidades también ayuda a transformar la relación entre pacientes y proveedores de atención médica, fomentando una atención más colaborativa y efectiva. Sin embargo, también hay ciertos desafíos que hacen que no se cumplan por completo estas habilidades de autocuidado, pues como lo menciona el modelo es importante tomar en cuenta todo el contexto en el que se desenvuelve la vida de la persona.

Desafíos del autocuidado.

A pesar de su importancia, el autocuidado enfrenta diversos desafíos que pueden limitar su efectividad y obstaculizar la capacidad de los pacientes para manejar sus condiciones de manera óptima. Uno de los desafíos más significativos del autocuidado es la falta de conocimiento y educación. La ausencia de una educación adecuada en salud impide que los individuos tomen decisiones informadas sobre su autocuidado. Debemos destacar que la educación en autogestión es crucial para que los pacientes comprendan y apliquen estrategias efectivas para manejar sus enfermedades crónicas(7). La brecha en la educación de salud, sin embargo, sigue siendo un problema persistente. Esto resalta la necesidad de diseñar e implementar programas educativos que sean accesibles y adaptados a las diversas necesidades de los pacientes, asegurando que tengan la información necesaria para gestionar su salud de manera efectiva. El acceso limitado a recursos es otro desafío crucial para el autocuidado. Los pacientes a menudo enfrentan barreras para acceder a medicamentos, equipos médicos y servicios de salud necesarios para un autocuidado efectivo. Es importante mencionar que las disparidades económicas y geográficas exacerban estos problemas, limitando la capacidad de los individuos para seguir los regímenes de autocuidado recomendados(8). Para superar este desafío, es fundamental promover políticas que garanticen un acceso equitativo a recursos de salud y apoyen a las comunidades desfavorecidas para superar barreras económicas y geográficas. La motivación y adherencia al autocuidado también representan un problema significativo. La falta de motivación personal, junto con dificultades para mantener un régimen de autocuidado a largo plazo, puede ser un obstáculo importante. Es fundamental identificar qué factores psicológicos, como la falta de apoyo social y problemas de salud mental, influyen negativamente en la adherencia al autocuidado(9). Integrar estrategias de motivación y apoyo emocional en los programas de autocuidado, y proporcionar un soporte continuo y personalizado a los pacientes, puede ser esencial para mejorar la adherencia y el

éxito del autocuidado. Las condiciones crónicas complejas presentan otro desafío considerable para el autocuidado. Las personas que viven con múltiples enfermedades crónicas deben gestionar diversos aspectos de su salud simultáneamente, lo cual puede ser abrumador. Debemos enfatizar la necesidad de una coordinación efectiva entre distintos proveedores de atención para facilitar una gestión adecuada de las condiciones crónicas(10). Implementar estrategias integradas que coordinen el cuidado entre especialistas puede aliviar la carga sobre los pacientes y mejorar los resultados de salud. La sobrecarga de información también es un problema relevante. La abundancia de información sobre salud puede ser abrumadora y confusa, lo que puede llevar a una mala interpretación de las recomendaciones o a decisiones subóptimas. Simplificar y personalizar la información para que sea fácilmente comprensible puede ayudar a los pacientes a tomar decisiones más informadas y efectivas sobre su autocuidado(11).

Finalmente, los factores socioculturales influyen significativamente en las prácticas de autocuidado. Las creencias culturales y las normas sociales pueden presentar barreras importantes para la implementación efectiva del autocuidado. Las barreras culturales o estigmas pueden afectar negativamente la adopción de comportamientos saludables(11). Diseñar intervenciones de autocuidado que respeten y consideren los contextos socioculturales de los pacientes es crucial para maximizar la efectividad del autocuidado. Como podemos darnos cuenta a pesar de que tenemos grandes retos que enfrentar, también dentro de este nuevo modelo de atención, se nos alienta a buscar opciones en conjunto médico-persona para poder desarrollar las habilidades de autocuidado y la autogestión. Este nuevo modelo nos hace cuestionarnos los antiguos métodos en los que se basa la atención médica actualmente.

CONCLUSIÓN

A lo largo del módulo I estuvimos explorando nuevos conceptos que vienen del modelo de atención centrado en la persona, en el que no solo tomamos cuenta una enfermedad, sino que vemos a una persona y también a todo el entorno que lo rodea. Una atención centrada en la persona debe integrar los aspectos físicos, emocionales y sociales para ofrecer un cuidado verdaderamente integral. La toma de decisiones compartida, una comunicación efectiva y empática, y el empoderamiento del paciente son fundamentales para mejorar los resultados de salud y la satisfacción del paciente. Como médicos, es nuestro deber asegurar que estos principios se traduzcan en prácticas concretas, acompañando a los pacientes en cada etapa de su proceso de salud. Por lo que considero el autocuidado como una estrategia valiosa para la gestión de enfermedades crónicas, pero enfrenta varias debilidades importantes. La falta de educación adecuada, el acceso limitado a recursos, los problemas de motivación y adherencia, la complejidad de las condiciones crónicas, la sobrecarga de información y los factores socioculturales son desafíos que pueden limitar esta eficacia. Como pasantes de servicio social somos los que estamos en contacto con personas en los consultorios y los

acompañamos en todo este proceso, es importante que abordemos las dificultades que las personas nos expresan en la consulta, mediante estrategias educativas, apoyo emocional, coordinación del cuidado, simplificación de la información y sensibilización cultural para mejorar los resultados de salud y la efectividad del autocuidado en la gestión de enfermedades crónicas no transmisibles.

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

“¿Cómo se relacionan los cambios en el estilo de vida con el tratamiento farmacológico para la reducción de peso en personas adultas con obesidad?”

RESUMEN:

La obesidad es un problema de salud global creciente y está asociada con una serie de enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. Por lo tanto, es esencial investigar los factores que contribuyen a la obesidad y desarrollar estrategias para prevenirla y tratarla.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico y no farmacológico para la reducción de peso en personas adultas con obesidad. Para esto, se analizan los estudios más recientes, específicamente aquellos publicados entre 2020 y 2025. En la revisión de la literatura se encontró que existen efectos favorables en cuanto a la disminución de peso al realizar una intervención multidisciplinaria, sin embargo mencionan que uno de los principales problemas en los tratamientos para obesidad es el abandono de estos, debido a las expectativas de una mayor pérdida de peso al iniciar en dichos programas, y que la mayoría de personas presentan poco apego a la actividad física.

PALABRAS CLAVE:

Obesidad, Estilos de vida, factores de riesgo, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico

Pregunta de Investigación:

¿Cómo se relacionan los cambios en el estilo de vida con el tratamiento farmacológico para la reducción de peso en personas adultas con obesidad?

PREGUNTA PICO

P: Personas adultas con obesidad

I: Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico

C: Tratamiento farmacológico

O: Reducción del peso

INTRODUCCIÓN

La obesidad, según la OMS, es la acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo que puede ser perjudicial para la salud, y está relacionada con una inflamación sistémica crónica leve. Es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, influenciada por factores como el sedentarismo y el consumo excesivo de grasas. La obesidad está asociada con comorbilidades como el síndrome metabólico, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, apnea del sueño, problemas osteoarticulares y reproductivos, entre otros. (1)

La clasificación de la obesidad según el Índice de Masa Corporal (IMC) es la siguiente:

- Sobrepeso: IMC entre 25 y 28 kg/m²

- Obesidad leve: IMC entre 28 y 30 kg/m²
- Obesidad moderada: IMC entre 30 y 35 kg/m²
- Obesidad mórbida: IMC > 35 kg/m²

En el año 2014 la OMS reportó que la prevalencia mundial de obesidad era del 39% (38% en hombres y 40% en mujeres), lo que se traduce en que 600 millones de adultos . De acuerdo a la ENSANUT 2012, 32.4% de los mexicanos mayores de 20 años padece obesidad, presentándose en el 26.9% de los hombres y en el 37.5% de las mujeres. De acuerdo con esta encuesta, la población que más padece obesidad se encuentra entre los 40 a 49 años (40.5%); los grados más altos de obesidad se encuentran en las personas de 50 a 59 años (14.3%, y es más frecuente cuando existe un nivel socioeconómico alto (28.5%), en las localidades urbanas (28.5%) y en el norte del país (29.4%).

La obesidad es una enfermedad crónica asociada al incremento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemia, cardiopatía isquémica, eventos cerebrovasculares, cáncer, depresión, osteoartritis y apnea del sueño entre otros. Se estima que las personas con obesidad mueren 8 a 10 años antes que las de peso normal y que cada 15 kg por arriba del peso ideal aumentan el riesgo de muerte temprana en 30%. (2)

El tratamiento farmacológico de la obesidad debe ser utilizado como apoyo del control dietético y del ejercicio pero no debe utilizarse como única línea de tratamiento.

La posibilidad de su prescripción puede considerarse en personas con obesidad con un IMC de 30 kg/m² o más, en los que hayan fallado la dieta, el ejercicio y los cambios conductuales, o en aquellos con un IMC >27, con al menos un factor de morbilidad asociado como la diabetes, hipertensión, dislipidemia, a pesar de otros tratamientos. (3)

Los tratamientos para la obesidad incluyen opciones farmacológicas y no farmacológicas. Los tratamientos farmacológicos más comunes son los agonistas del GLP-1 (como semaglutida y liraglutida), los inhibidores de la lipasa (como orlistat), y las combinaciones naltrexona-bupropión.

Los tratamientos no farmacológicos son la primera línea y se basan en modificación de la dieta, ejercicio físico e intervenciones conductuales.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico y no farmacológico para la reducción de peso en personas adultas con obesidad. Para esto, se analizan los estudios más recientes,

específicamente aquellos publicados entre 2020 y 2025.

Objetivos Específicos

1. Definir los cambios en el estilo de vida que repercuten en el peso
2. Describir tratamiento farmacológico para la reducción de peso
3. Describir tratamiento no farmacológico en la reducción de peso
4. Identificar cuál de las dos intervenciones es más sostenible a largo plazo.

Criterios de Inclusión

- Estudios publicados entre enero de 2020 y enero de 2025.
- Ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales que evalúen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la reducción de peso
- Investigaciones que reporten cambios en la disminución de peso
- Artículos disponibles en español o inglés.
- Toda persona mayor de 18 años con diagnóstico de obesidad

Criterios de Exclusión

- Estudios que incluyan participantes menores de 18 años.

- Investigaciones que no especifiquen claramente la intervención.
- Estudios con muestras mixtas que no proporcionen datos específicos para adultos.
- Artículos de revisión, editoriales o cartas al editor sin datos originales.

METODOLOGÍA:

Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda

La búsqueda de información se realizará en bases de datos científicas como:

- PubMed
- Cochrane Library
- ScienceDirect
- Google Académico

Se utilizarán palabras clave para optimizar la recuperación de estudios relevantes.

Selección y Evaluación de los Estudios

1. Eliminación de duplicados en los resultados de búsqueda.
2. Revisión de títulos y resúmenes para preseleccionar estudios relevantes.

Análisis y Síntesis de la Información

- Organización de datos en una tabla comparativa con variables clave.
- Identificación de tendencias, brechas y conclusiones generales.

Limitaciones del Estudio

- Posible sesgo de publicación.
- Variabilidad en la metodología de los estudios analizados.
- Falta de homogeneidad en la medición de resultados.

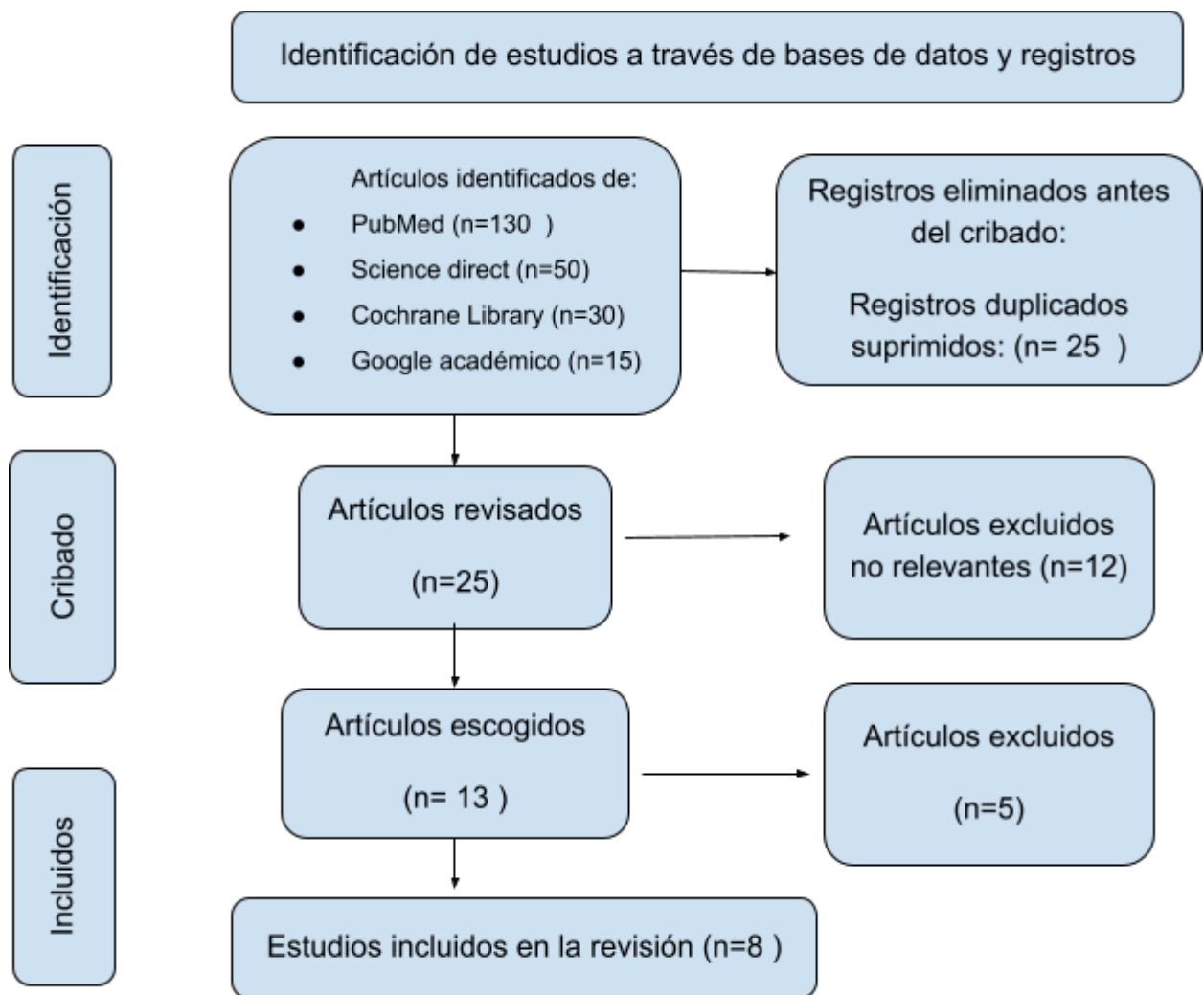


Figura 1. Diagrama PRISMA

RESULTADOS:

Se recuperó un total de 1600 artículos publicados en PubMed, Science direct, Cochrane Library y Google académico, de los cuales 225 respondieron a los filtros aplicados que cumplen con los criterios para la revisión. Se identificaron 13 artículos para revisión de texto completo. Por último se incluyeron 8 publicaciones en la revisión final.

De acuerdo al estudio PREDIMED se evaluó el efecto de la dieta

mediterránea en personas con sobrepeso u obesidad y síndrome metabólico, donde se mostró que en 13 centros españoles donde se realizó el estudio, mostraron una pérdida de 2.5 kg de peso corporal, así como una reducción de triglicéridos y una mejora en HbA1c tras el primer año de seguimiento.

En un estudio DIRECT se evaluó la efectividad de una dieta hipocalórica (Very Low-Calorie Diet) durante 3 meses en pacientes con DM2, con el objetivo de lograr remisión de la

enfermedad, y se obtuvo como resultado una reducción promedio de 5.4 kg de peso, un 11% de los participantes perdieron 15 kg y un 35% logró la remisión de la enfermedad.

En un ensayo clínico Look AHEAD se aplicó un programa intensivo de cambios conductuales durante 8 años, en pacientes con sobrepeso u obesidad, DM2. En el cual resultó que en un periodo de 8 años se mostró una pérdida de peso del 4.7%, también se observó que el 50% de los participantes logró una pérdida de peso mayor al 5%. (4)

Los pacientes que reciben tratamiento con tirzepatida (10 o 15 mg), lograron una reducción del 18.4% tras 72 semanas mientras que el grupo placebo experimentó un aumento del 2.5% de peso, en pacientes que usaron el tratamiento durante 36 semanas perdieron 21% de peso, de acuerdo al estudio SURMOUNT 3. Por lo tanto es notable que el uso del tratamiento farmacológico está directamente relacionado con la reducción de peso comparado con el placebo que muestran un aumento de peso. (5)

En cuanto al tratamiento con los análogos del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1), fueron desarrollados para el control metabólico en pacientes con DM2, sin embargo en el estudio SCALE se demostró que en una dosis de 3 mg durante 5 semanas existe una reducción de peso del 6%, 54.3% de

los pacientes logró más del 5% de pérdida de peso.

En el caso de la semaglutida en los ensayos STEP 1, 2, 4 de personas con sobrepeso y obesidad, logró una pérdida de peso del 15 al 18% durante 8 semanas.

De acuerdo a este estudio se obtuvo que el mejor tratamiento costo-efectividad para la pérdida de peso en adultos, es el tratamiento nutricional seguido del tratamiento farmacológico. (6)

De acuerdo al análisis costo-efectividad respecto al tratamiento nutricional y farmacológico se demostró que el tratamiento nutricional con un coeficiente de 0.1906 es el mejor tratamiento para la pérdida de peso en adultos con obesidad, seguido del tratamiento farmacológico con 0.2531. Al comparar la efectividad del tratamiento farmacológico y el nutricional, se observó una efectividad del 41% del farmacológico, sin embargo, el costo es tres veces mayor que el nutricional. (7)

La incorporación de una dieta equilibrada y la formación de esta misma, demuestran una reducción de peso evaluada a través del índice de masa corporal (IMC). Los programas de intervención combinada son los más efectivos al ser multidisciplinarios.

En un estudio se analizó el programa de alimentación saludable y actividad física-adultos (PSAF) donde evaluaron el impacto de este sobre los parámetros nutricionales y

metabólicos, este programa consiste en 4 meses de intervención que incluía 6 consultas individuales, una por medicina general, una por psicología, y cuatro por nutrición, incluidas sesiones de actividad física. De acuerdo a los resultados se obtuvo que la condición nutricional mejoró con una disminución de peso corporal -1.4 kg, IMC -0.6 g/m², y circunferencia de cintura de -3cm. También disminuyeron marcadores metabólicos como el colesterol total y LDL (-7 a -11 mg/dl) (8)

Un estudio analizó la combinación de bupropión (360 mg) y naltrexona (32 mg), se obtuvo una pérdida de peso entre 5-6.4% comparado con el placebo donde se obtuvo 1.8% de pérdida de peso. Sin embargo al combinar el tratamiento farmacológico con un tratamiento intensivo de cambios en el estilo de vida se logró una pérdida de 9.2% del peso. El tratamiento con bupropion-naltrexona disminuye la glucemia, el índice HOMA y mantiene un perfil lipídico estable. (9)

En otro estudio se observó que al recibir una educación alimentaria individual repercute en la pérdida de peso de 8.7 kg comparado con un grupo que solo recibió tratamiento con liraglutida quien tuvo una pérdida de peso de 3.5 kg. El IMC inicial del grupo con educación fue de 39.01 g/m² y se redujo a 3.9 g/m² y el grupo sin educación alimentaria el IMC inicial fue de 38.75 kg y pasó a 34.97 kg/m².

En el ensayo SCALE Obesity and Prediabetes se evaluó la eficacia del

uso de la liraglutida junto con cambios en el estilo de vida en pacientes con sobrepeso u obesidad, tras 56 semanas de tratamiento se observó una pérdida de peso del 8.0% frente a 2.6% del placebo. (10)

DISCUSIÓN:

El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico y no farmacológico para la reducción de peso en personas adultas con obesidad. Nuestros hallazgos muestran que existen una gran cantidad de revisiones sistemáticas, así como de ensayos clínicos que demuestran los efectos del tratamiento farmacológico y no farmacológico en la reducción de peso en personas adultas con obesidad.

Dentro de los estudios seleccionados se observó que una dieta mediterránea, específicamente hipocalórica tiene un efecto positivo sobre la reducción de peso.

Por otro lado el tratamiento farmacológico tiene más efectividad en la disminución de peso, sin embargo es más alto el costo comparado con el tratamiento nutricional y de actividad física, dicho factor es importante para mantener un adecuado apego a largo plazo.

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos, como la tirzepatida y los análogos del GLP-1 (semaglutida y liraglutida), han demostrado ser altamente efectivos en la reducción del peso corporal. En estudios como

SURMOUNT y SCALE, los participantes que recibieron estos fármacos lograron pérdidas de peso de hasta un 18%, cifras significativamente superiores a las obtenidas con intervenciones exclusivamente dietéticas o conductuales. Sin embargo, el costo de estos tratamientos es considerablemente más alto, lo que limita su accesibilidad.

En algunos estudios se demostró que existen efectos favorables en cuanto a la disminución de peso al realizar una intervención multidisciplinaria, sin embargo mencionan que uno de los principales problemas en los tratamientos para obesidad es el abandono de estos, debido a las expectativas de una mayor pérdida de peso al iniciar en dichos programas, y que la mayoría de personas presentan poco apego a la actividad física.

El análisis costo-efectividad sugiere que la intervención nutricional es la opción más rentable, con un coeficiente menor en comparación con el tratamiento farmacológico. No obstante, la combinación de ambas estrategias parece ser la más efectiva, ya que maximiza la pérdida de peso y mejora otros parámetros metabólicos. Además, el uso de enfoques multidisciplinarios, como en el programa PSAF, refuerza la idea de que las intervenciones combinadas generan mejores resultados.

Finalmente, el estudio sobre educación alimentaria resalta que la enseñanza sobre hábitos saludables puede potenciar la pérdida de peso

incluso más que algunos tratamientos farmacológicos, lo que refuerza la importancia de la formación en nutrición como parte esencial de cualquier estrategia para el manejo de la obesidad.

Por eso es importante evaluar acciones de costo-efectividad que permitan la pertenencia de estos programas como parte de políticas públicas.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento de la obesidad requiere un enfoque integral que combine cambios en el estilo de vida con estrategias farmacológicas cuando sea necesario. La evidencia muestra que las intervenciones nutricionales y conductuales son costo-efectivas y generan beneficios sostenibles a largo plazo, aunque su éxito depende de la adherencia del paciente.

Podemos concluir que de acuerdo a los estudios observados existe una relación directa en la pérdida de peso al realizar modificaciones en el estilo de vida, como lo es una dieta hipocalórica, la realización de actividad física, y el apoyo psicológico son la principal línea de tratamiento para la obesidad. Tomando en cuenta los criterios para iniciar el tratamiento farmacológico, existen diversos tratamientos como lo son los GLP-1, la combinación de bupropión con naltrexona, y el uso de tirzepatida, entre otros, si bien tienen un efecto directo en la reducción de peso, no siempre es un tratamiento sostenible a

largo plazo, debido al costo de los medicamentos y a la accesibilidad de los mismos.

Los tratamientos farmacológicos, especialmente los agonistas del GLP-1 y la tirzepatida, ofrecen resultados prometedores en la reducción de peso, pero su costo elevado puede representar una barrera para su implementación generalizada.

Es importante mencionar que al combinar tratamiento farmacológico y no farmacológico se observan mejores resultados y más sostenibles a largo plazo. Existe evidencia de que son similares los resultados en la pérdida de peso al apegarse a un plan de alimentación, así como de actividad física y apoyo psicológico, comparado con el uso exclusivo de tratamiento farmacológico.

En general, los programas de intervención multidisciplinaria, que combinan dieta, educación alimentaria, actividad física y en algunos casos fármacos, parecen ser la mejor estrategia para el manejo de la obesidad. Esta aproximación no solo maximiza la pérdida de peso, sino que también mejora los parámetros metabólicos y la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Kaufer-Horwitz M. La obesidad: Aspectos Fisiopatológicos Y Clínicos. INTERdisciplina [Internet]. 2021 Dec 16;10(26):147.
- 2.- Ferreira-Hermosillo A, Salame-Khoury L, Cuenca-Abruch D. PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto Tratamiento farmacológico de la obesidad. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2018;56.
- 3.- Manual práctico para la detección y el tratamiento integral del síndrome metabólico [Internet]. Google Books. 2024 [citado 1 Feb 2025].
- 4.- Rosales A, Mendoza L, Inka Miñambres. Estrategias para la prevención y el tratamiento no farmacológico de la obesidad. Modelos de atención. Atención primaria. 2024 Nov 1;56(11):102978–8.
- 5.- Pérez JS, Miguel GA. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Situación actual y nuevos tratamientos. Atención Primaria [Internet]. 2024 Sep 10 [citado 24 Octubre];57(1):103074–4.
- 6.- Meneses-Sierra E, Ochoa-Martínez C, Burciaga-Jiménez E, et al. Abordaje multidisciplinario del sobrepeso y la obesidad en adultos. Med Int Mex. 2023;39(2):329-366.

7.- View of Cost-effectiveness in outpatient treatments for weight loss in Mexican adults with grade I and II obesity. [Internet]. Ujat.mx. 2025 [citado 7 Feb 2025]. Disponible en: <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4061/3448>

8.- Faundez CP, Marcelo Castillo Retamal, Jaime Vásquez Gómez, Pablo Luna Villouta. Estrategias nutricionales y tratamiento de obesidad y/o pérdida de peso en Chile: una revisión sistemática. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación [Internet]. 2024;(58):315–28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9646068>

9.- Rubio MA, Nuevas aproximaciones farmacológicas al tratamiento de la obesidad. Nutr Clin Med 2022; XVI (3): 179-194

10.- Dearos Sanchís M, Voltas Arribas B, Carrasco-Querol N, Sauras Colón E, Sánchez Juan C. [Impact on weight loss and body composition of a food education intervention associated with Liraglutide treatment to address obesity]. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2024 Feb 8; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38450509/>

ANEXOS:

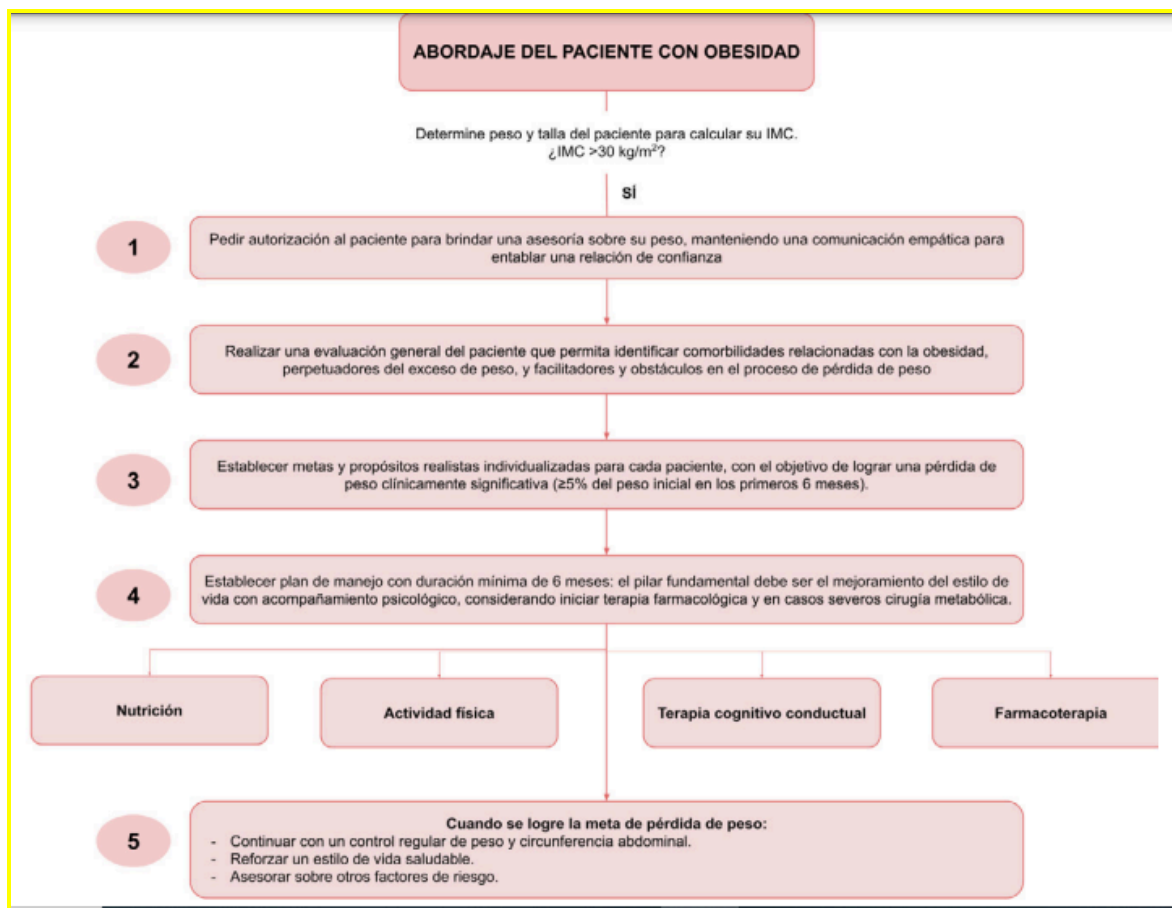


Tabla 5. Farmacoterapia dirigida para pérdida de peso.

Fármaco	Mecanismo de acción	Pérdida de peso estimada	Efectos secundarios	¿Cuándo evitar?	Disponible en Colombia
Orlistat	Inhibición selectiva e irreversible de las lipasas pancreáticas necesarias para la hidrólisis de ácidos grasos y monoacilglicérol de la dieta	-3,0 kg (-2,0 a -3,9)	Flatos con secreción, heces aceitosas, diarrea, urgencia fecal. Otros raros: insuficiencia hepática, nefropatía	Insuficiencia hepática o renal	Sí
Fentermina / Topiramato	Agente liberador de norepinefrina, disminuye el apetito a través de regulación a la baja del nervio vago / Modulador del receptor GABA	Dosis inicial: -5,10 % (-4 a -6,2%) Dosis de mantenimiento: 10,92 % (-10,2 a -11,7 %)	Fatiga, parestesias, cefalea, mareos, estreñimiento, disgeusia, insomnio, palpitaciones y xerostomía	Hipertensión no controlada, enfermedad cardiovascular, glaucoma	NO
Naltrexona / Bupropión	Antagonista opioide / Inhibidor no selectivo de la recaptación de dopamina y norepinefrina	-3,33 % (-2,82 a -3,83 %)	Náuseas, vómitos, cefalea, mareos, insomnio y estreñimiento	Convulsiones, consumidores de opioides u otras sustancias dirigidas al GABA	NO
Liraglutide	Análogo del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1) de acción prolongada. Inhibe el vaciado gástrico y la secreción de glucagón	-5,9 kg (-4,53 a -7,27 kg)	Alteraciones gastrointestinales, cefalea, fatiga y aumento de la lipasa. Otros raros: Pancreatitis e ideación suicida.	Antecedente de cáncer de tiroides o neoplasia endocrina múltiple tipo 2	Sí
Semaglutide	Análogo del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1) de acción prolongada. Inhibe el vaciado gástrico y la secreción de glucagón	-14,9 % (-13,4 a -11,5 %)	Alteraciones gastrointestinales	Antecedente de cáncer de tiroides o neoplasia endocrina múltiple tipo 2	Sí (SOLO para pacientes con diabetes mellitus)

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

Como parte del módulo 3, se organizaron los encuentros de personas con enfermedades crónicas en los que participé como relatora y coordinadora, tanto en los encuentros del PUS como en los organizados por la Secretaría de Salud. En estas actividades se fortaleció una parte clave del modelo: la construcción de entornos saludables. Durante estos encuentros, las personas compartieron sus experiencias sobre sus padecimientos y establecieron vínculos con otras que enfrentan situaciones similares, permitiéndoles reconocer emociones, aspiraciones y metas en común para mejorar la gestión de su enfermedad y de esta manera ellos mismos fortalezcan la comunidad. Se anexan al trabajo, dichas relatorías.

También se relata un poco sobre el Consejo Asesor que se formó en el consultorio de San Pedro Martir y los temas que a las personas les gustaría tratar.

3.3.1 7° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas, Jurisdicción Sanitaria Xochimilco.

Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco	Coordinador(a): Sara Bolaños	Página: ___ de ___
Relator(a): Adriana	Grupo: 7	Fecha: 25/07/2024

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Rocio Moran	F	70	Xochimilco
Mari Carmen Vega	F	52	Tulyehualco

Adriana Galvan	F	47	San Mateo
Natividad	F	71	Xochimilco
Yolanda Sandoval	F	62	Xochimilco
Maria del Carmen Rodriguez	F	75	Xochimilco
Sandra Santiago	F	45	Tulyehualco
Eustolia Juana Aquino	F	70	Xochimilco

1. Datos del Taller

Objetivo del taller:	
Conocernos, conectarnos, entre nosotros y compartir que es vivir con una enfermedad crónica.	
Hora de inicio: 11:28	Hora de finalización:

1. Descripción detallada del taller:

<p><i>Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller</i></p> <p><i>Utilice tantas hojas como sea necesario</i></p> <p>Dinámica de presentación: OPCIONAL</p> <p>Diálogo en parejas:</p> <p>¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?</p> <p style="text-align: right;">Aproximadamente 10 minutos</p> <p>Las parejas formadas platican acerca de:</p>
--

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

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

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

NOTA:

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

Relatora o relatores; por favor:

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

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

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

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

Sara inicia presentándose ante los participantes y explica la dinámica de trabajo que se estará llevando a cabo en este grupo de discusión, así como las reglas. Da la bienvenida y agradeció la asistencia.

Adriana: Me gustaría hablar antes de empezar sobre la portada de este trabajo, yo participe en el consejo asesor en la realización de este material. Muchas veces los compañeros no tenemos apoyo de la familia y en estos grupos encontramos con familias no sanguíneas que elegimos.

Quiero explicar un poco sobre la portada y lo que queremos representar, aquí ven un árbol con follaje verde y mariposas monarca que están alrededor, y un puente con tres personas de edades diferentes, el puente representa la vida y el camino al bienestar, la mariposa representa metamorfosis y transición.

Sara: Los consejos asesores se empezaron a llevar a cabo en el proyecto urbano y en los consultorios que venimos empezó a escalar y a escalar, entonces tal vez más adelante esto pueda llegar a lo mejor a nivel, ciudad, estado o nivel nacional. Muchas gracias, señora Adriana por su participación. Entonces qué les parece si empezamos a revisar el material, que como ya nos compartió la señora Adri, es resultado de estas reuniones como grupo de este trabajo, de su dedicación, de su tiempo.

Sara hace una revisión del material impreso.

Sara: Qué les parece si vemos un poco de la parte de la presentación, por si a alguien le cuesta un poco leer o para tener una idea general y eso lo aprovechemos al máximo.

Sara lee en voz alta la presentación del cuadernillo.

Sara: ¿Cómo se sienten al leer esta presentación?

Yolanda: Agradable, como que lo invitan a uno a ser parte, me siento bien, me siento integrada.

Mari Carmen: Que no estas sola

Natividad: Que nos escuchan

Sara: Saben o tienen una idea que es el consejo asesor, el consejo asesor de una comunidad de personas que se reúnen para lograr muchas cosas, y se fijan metas o como en este caso este manual. En otras delegaciones se realizaron otro tipo de proyectos y eso es parte de lo que hace el consejo asesor y es algo diferente a lo que realizan los grupos de ayuda mutua, pero no están peleados y

van muchas veces de la mano, vamos a pasar entonces a la revisión de los contenidos.

Sara lee el primer capítulo del cuadernillo y hace énfasis en el concepto de diabetes.

Sara: Ustedes que opinan de la definición, es clara? Es entendible? ¿Qué se puede agregar? Cuando ustedes leen esa pequeña definición de diabetes creen que es clara para todos? Lo podría leer alguien joven, más grande.

Natividad: Desde niño, joven y conforme van pasando los años.

Mari Carmen: Está bien, un término medio, no muy complejo.

Yolanda: Habla de la enfermedad y del tratamiento, de los cuidados que uno debe de tener.

Sara: Sí vimos, no solo habla de la enfermedad, sino también de las causas y que nos puede pasar a la larga si no hay un buen control, que opinan de estas causas? ¿Creen que hay alguna otra que se pueda agregar?

Adriana: No se si también pueda incluirse, o no se si se comentó eso en los trabajos en las sesiones que tuvimos, algo bien importante sin temor de equivocarme que la mayor parte de la población tenemos problemas de las emociones, que en muchos casos la ansiedad o la depresión que puede derivar en no cuidarnos, no se si sea un factor, pero puede ser que las emociones nos aceleren alguna enfermedad.

Sara: La parte emocional es bien importante, como dice la señora Adriana, aló mejor por tener ansiedad o depresión cambia nuestra alimentación, nuestro sueño, nuestra rutina de vida y como nos comentaban también cómo nos cuidamos, andamos preocupados por nuestros familiares, por todo, entonces claro que es un factor importante que tiene efectos en estas enfermedades

Sandra: Muchas veces también interviene la soledad, uno no se da la oportunidad de de socializar y s por la ansiedad, muchas veces nos da por comer o llorar, y aquí otro punto clave sería que estos grupos de ayuda mutua tengan esta parte de tener grupos de autoayuda o redes de apoyo.

Natividad: yo vivo sola y de repente uno se pone a pensar pues tonterias, y me siento triste, porque todos mis hijos ya se fueron y viven lejos, y a veces es lo que lleva a deteriorarnos.

Yolanda: también tiene que ver con corajes o no tiene nada que ver?

Sara: pues es de lo que platicamos, que a veces esto tiene que ver con las emociones hace que estemos más acelerados o alomejor esto nos lleva a sentirnos mal e ir a consulta y ahí donde se detecta, es como lo que dice aquí, es silenciosa y no sabemos que ya tenemos estas enfermedades y no las relacionamos con alguna enfermedad.

Natividad : A mi así me paso, empecé con tos que no se me quitaba, fui al doctor y ya me detectaron la hipertensión, y me mandaron medicamento, y a veces uno no se da cuenta porque uno piensa que es por otras cosas

Sara: Quizá es importante que agreguemos la parte social, la parte emocional

Adriana: Quizá como mencionaste, quizá el mal dormir también afecta a estas enfermedades o no se, si dentro de estas prácticas no saludables también está el no dormir bien o el no tener un buen descanso.

Sara: Claro, también el no descansar bien, no tener un horario de alimentos tiene un impacto en nuestro organismo, entonces no es lo mismo dormir 8 hrs y estar atentos a lo que estamos haciendo, que haber dormido, 4 o 2 horas y estar con dolor de cabeza, cansados, sin energía, eso es algo que nuestro cuerpo se sienta debemos seguir sacando la chamba o por ejemplo con la cuestión de la alimentación ayunamos tanto tiempo y debemos sacar la chamba, llegar al trabajo, con los niños, entonces es importante cualquiera de nuestros hábitos, generan un cambio importante.

Rocio: En mi caso yo lo decrete, estará mal o bien, pero mi abuela murió de complicaciones, a mi mama Le dio diabetes per ya de adulta mayr de 70 y algo años, a mis hermanos mayores, a mi Herman mayor primero y de hecho murió de complicaciones, mi hermano mayor tambien, y la que es mayor que yo tiene 77 años y es diebtica, entonces cuando a mi me Dan al diagnóstico, ahora si ya me hundi en el pantano, es un impacto emocional tremendo porque yo no hubiera querido que sucediera porque yo ya no conforme con tener glaucoma y osteoartritis, me resultaba esto, entonces me Dan metformina y bajo mucho de peso, voy a ver al internista y me dice quítate la y ve cuidando tu alimentacion, entonces todo lo que me gustaba aunque quiera ya no lo voy a poder comer porque decía yo, la retinopatía diabética me va a dejar ciega. Poco a poco tuve que aprender los primeros 3 años a comer, así como decía el doctor y estar me checando cada cierto tiempo y ya tiene como 12 años que voy al centro de salud, y me checaban la glucosa y salía bien. Va uno aprendiendo a sobrellevar.

Sara continúa leyendo el capítulo.

Sara: La diabetes es una enfermedad que se está viendo en personas cada vez más joven.

Sara: Es muy importante para la hora del diagnóstico como para alcanzar el bienestar, si no tenemos un adecuado acompañamiento de este equipo es difícil llegar a la meta, pero podemos ir trabajando para lograrlo.

Yolanda: Es lo que coincidimos en el grupo, que a la mayoría nos fue mal cuando nos dieron el diagnóstico, como muy seco, nadie nos explicó cómo a otras personas, muy impactante.

Eustolia: A mi me mandaron a hacer estudios y me atendí en el hospital general y me mandaban a hacer laboratorios cada 15 días porque salía alta mi glucosa y me la checaban seguido, me recetaron unas cápsulas para la diabetes y me dijeron que me cuidara, si no me iba a dar un coma dietico y ya de ahí no iba a salir, que solo iba a vivir 5 años mas y si me cuidaba máximo 10. Yo sé que llego a tener mis glucosas a veces altas, pero sé que como cosas que no debería.

Mari Carmen: A mi me detectaron la diabetes durante el embarazo de mi hijo, y tenía 34 años antes no sufría de eso, pero en una de las consultas que iba a que checan mi embarazo salió mi glucosa alta y me mandaron a hacer laboratorios y salió que tenía diabetes gestacional. Me mandaron la metformina y no me baja el azúcar, y me empezaron la insulina y solo así me logre controlar, e incluso después trataron de cambiarme a otros medicamentos y ninguno me funcionaba como la insulina y después de 3 años de estar intentando con otros medicamentos solo me quedo con la insulina y es la que me ha funcionado.

Sara pasa a la siguiente sección del cuadernillo y pregunta a los participantes, que nos motiva a cuidarnos? ¿Cuáles son las acciones que empleamos para cuidarnos?

Sandra: El no tener complicaciones a largo plazo

Adriana: Una cosa es esto no, la parte médica y obviamente ellos saben que medicamentos nos van a ayudar para tales enfermedades y en que nos van a beneficiar. o que nos busquen algo que se adecue a nuestro cuerpo, a lo mejor algún medicamento no nos funciona, pero existen otros. pero también está parte del tratamiento es algo más integral que va desarrollado con alimentación. Nosotros en el grupo lo que hacemos es que en el grupo de monarca hemos hecho actividades de realizar recetas de comida saludable o nos hemos dado a la tarea de buscar alimentos saludables y los compartimos en el grupo, por ejemplo, colaciones, ceviche de verduras que no sean carne, un arroz, como el que hacemos de coliflor y hemos compartido en el grupo y alimentos no tan comunes. Esto nos ha ayudado a darnos ideas. También en el grupo hacemos ejercicios y nos los llevamos a nuestra casa de manera particular, entonces todo ha sido muy integral y a mi me ha beneficiado emocionalmente, en mi salud, en mi cuerpo, en

mi autoestima. Son muchas cosas que han sido parte del tratamiento que se ve reflejado en mi forma de vivir.

Rocío: Ya es una enfermedad a la larga, entonces hacernos a la idea de cuidar nuestra alimentación

Mari Carmen: Que ya se va a vivir siempre con la enfermedad

Rocio: La calidad de vida es importante

Rocío: Es valido comer lo que se nos antoja cuando tenemos la oportunidad de comerlo, pero no excedernos.

Yolanda: Yo sufro de migraña severa y tengo muchos alimentos prohibidos, de pensar en el dolor que me puede dar, lo evito. He ido aprendiendo, por ejemplo la coca, sé que si la tomo, al rato voy a tener dolor. Me cuesta trabajo, pero voy aprendiendo.

Mari Carmen: Yo creo que también es importante aprender a distinguir cuando se come por hambre o cuando es por ansiedad. A mi me costó aprenderlo, pero sí.

Sara: Bueno, este es un material en el que se seguirá trabajando, pero ahora me gustaría que habláramos un poco de los resultados y las gráficas que vimos hace rato.

A. Resultados de la atención que nos presentaron hoy

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

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

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

El control de nuestras enfermedades crónicas

Sobrepeso y obesidad

Diabetes Mellitus Tipo 2

Hipertensión Arterial

Dislipidemias

Sara hace una recapitulación breve acerca de los resultados presentados al inicio del encuentro.

Sara: ¿Cuáles creen que han sido los principales logros que hemos obtenido, de manera individual o como comunidad?

Natividad: disciplina y unión entre médicos y nosotros, por qué luego uno dice, es que el médico me dijo esto y el otro, pero sí uno no hace las cosas o pone de su parte, no funcionan las cosas, nosotros debemos de cuidar lo que el médico nos dice, no lo hace por malo, es por el bien de uno.

Mari Carmen: Para mi es importante tener la consciencia de a dónde queremos llegar y cómo queremos llegar, porque ahora la información actualmente es suficiente y todo tiene un precio y se debe pagar un precio. Para que al final del día sepamos cómo llegar bien, e irme sana y darle gracias a la vida por estar aquí y consciente de que me debo ir sana.

Sandra: Yo lo que he visto en el grupo de ayuda mutua es que fomentan la parte del ejercicio y disciplina en la alimentación, sus hábitos han cambiado, y van por buen camino. Siempre habrán detonantes y el cuerpo es sabio, siempre nos da señales cuando algo nos hace mal. Retomando lo que dijeron de la portada, yo cuando vi el puente pensè que se refería al camino que uno tiene que pasar para que el niño que está a chiquito o el que viene atrás de alguien llegue con bienestar y salud, y pueda crecer con una calidad de vida mucho mejor, a veces el primero que tiene que cambiar es uno y después la familia se irá integrando. También es algo importante, lidiar con la familia que no se quiere apegar a esto.

María del Carmen: También para nosotros ha sido muy importante lo emocional y tener herramientas para ver con cual no nos identificamos. La parte emocional es la raíz de los males. Es algo que muchos médicos no nos dicen o no nos dan, pero hay otros que están muy comprometidos con esto y estas alternativas para sacaros adelante y que sí dan resultados, como en estos casos en mi grupo esto ha ayudado a mejorar nuestro control.

Mari Carmen: Además con estas herramientas que nos dan, pues es un mundo de cosas que nos abrieron ya, porque no lo teníamos, ya con todas las herramientas que nos dieron eso hace que nos hagamos responsables de nosotros mismos, ya no podemos decir ya no me tomo la pastilla porque no me la dan, o no como esto porque no me lo dan, nuestra vida ya es nuestra responsabilidad y si como no hacemos cargo de la vida de los hijos, el marido. Los primeros que tenemos que estar bien somos nosotros y si nosotras no estamos bien, nuestra familia nunca va a estar bien. Y yo creo que eso es lo que precisamente queremos. También yo tengo derecho de distraerme, a hacer cosas que me gusten, irme a caminar o nadar, si es lo que a mi me gusta, porque muchas veces priorizamos otras cosas y nosotras para cuando?

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

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

3. ¿Qué aprendimos de trabajar en grupo?

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

Hacernos y trabajar en grupo

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

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

Sara: Muchas gracias por sus participaciones, recapitulando lo que han dicho respecto a los logros está la disciplina, la alimentación con ejercicio y con la parte emocional, esos son los principales logros que hemos tenido y las razones por lo que vemos resultados tan buenos. Ya para ir terminando, de aquí a 6 meses e incluso para 2025. ¿Qué logros les gustaría tener?

Eustolia: Un libro de diabetes, que contenga experiencias

Rocío: algo que contenga complicaciones, de la neuropatía.

Yolanda: Sobrepeso y obesidad, saber que comer y enfocarnos en la alimentación.

Sandra: Yo propongo que se sigan realizando este tipo de eventos, donde los ponentes sean ustedes como pacientes. Hacerlo más grande y se lleve más allá en lugares más grandes y con más capacidad de personas, que se lleve a más delegaciones.

Adriana: Me gustaría que se trabajara algo relacionado con la obesidad, ya que yo he sufrido de esto, trabajar la parte emocional y la obesidad. Yo cuando empecé con mi tratamiento para bajar de peso con la idea de solo por hoy, solo por hoy no como esto o aquello que sé que no me hace bien. Son muchas cosas y es un proceso, la parte emocional es importante.

Sara agradece a todas por la participación y las opiniones respecto al material de trabajo.

3.3.2 12° Encuentro de Personas con Enfermedad Crónica del Proyecto Urbano en Salud, con Sede en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Consultorio: SPM/Panamedica	Coordinador(a):Adriana	Página: ___ de _
Relator(a): Adriana	Grupo:	Fecha:27/11/2024

Personas participantes

Nombre	Sexo	Edad	Consultorio
Andrea Castañeda Andrade	F	62	SPM
Ana Maria Rodriguez	F	70	SPM
Maria Martha	F	73	Panamedica
Rosa Maria Garcia Camacho	F	75	SPM
Maria del Carmen Gloria	F	72	Panamedica
Rosa Maria Mendoza	F	67	Panamedica
Esperanza Prado Manzanares	F	80	SPM
Maria Angelica Alquira	F	56	SPM
Araceli Flores	F	63	SPM

1. Guía para la discusión grupal

Formular las preguntas que correspondan a cada momento del taller.

De haber dudas, por favor responde las preguntas de manera tan precisa y breve como te sea posible.

Si no hay preguntas o se respondieron a las que se hayan expresado, comienza con la primera pregunta y coordina el diálogo.

Reflexión sobre el trabajo para fomentar el ejercicio físico en el cuidado de nuestra salud

Somos personas que vivimos con enfermedades crónicas; formamos parte de un proyecto que busca brindar atención centrada en la persona para que nosotras y nosotros seamos capaces de cuidarnos y vivir como si no tuviéramos la enfermedad.

Preguntas guía

A. Evaluar los resultados obtenidos en el control de las enfermedades crónicas.

¿Qué pensamos de los resultados que obtuvimos? (logros y enfatizar en los problemas)

¿Qué dificultades tenemos para mantener en control nuestros triglicéridos y peso?

¿Qué podemos hacer para obtener mejores resultados en el próximo encuentro?

B. Reflexión acerca del bienestar individual y colectivo.

¿Cuáles han sido los logros que hemos podido percibir en estos 6 meses para nuestro bienestar?

¿Cuál sería una buena meta a alcanzar para mejorar nuestro bienestar?

Descripción detallada del taller:

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

Se da la bienvenida a las personas que se encuentran en el grupo y se agradece por su asistencia al encuentro, empiezo presentándome y explicando que en esta ocasión seré la coordinadora del grupo. Después de decir mi nombre y a que consultorio pertenezco, les pido a cada una que se presente con su nombre, edad, consultorio y si desean agregar algo extra. Después de terminar con las presentaciones explicó el objetivo del grupo de discusión, además de mencionar las reglas antes de empezar.

Las personas se perciben tranquilas y dispuestas a dialogar.

Coordinador: Muchas gracias a todas por sus presentaciones, les repito nuevamente que vamos a discutir los resultados que se presentaron, todas las ideas que se aporten, son bienvenidas.

Empezaré preguntandoles a ustedes, qué les parecieron los resultados que se presentaron, que se pudiera cambiar o mejorar

Andrea: Antes estábamos mejor y ahora, por qué uno no lleva la alimentación bien, ¿por qué pasará eso?

Coordinador: alguien quisiera elaborar un poco el por que se les complica la alimentación?

Rosa M.M. yo pienso que es la educación, porque desde chicos nos dieron cosas no saludables, obviamente nuestros papas antes no sabían, antes se tenía la idea de que estas gordita y eras saludable, entonces tenías que comer para estar gordita porque si no no estabas bien alimentada, y yo creo que nuestros papás antes si nos daban bien de comer, por ejemplo mi mamá nos daba espinacas al vapor, quelites, carne magra o caldito de pollo y después se fue transformando la alimentación, inclusive en los puestos de la UAM hay cosas no saludables, puros carbohidratos, cuernitos, chapatas, hamburguesas, tacos dorados, chilaquiles, que no es malo, pero también pizza y eso ya no, y aquí se vende eso, cuando uno es joven no se dan cuenta que a la larga esa alimentación te va a deteriorar y te acostumbras y se vuelve una forma de vida, inclusive cuando voy al hospital de nutrición pasas por los puestos y exactamente lo mismo, y esta enfrente de instituciones de salud y ves al personal del hospital, y pues si tienen que comer, no? Pero van a comer cosas que a la larga harán daño. Ahora nos dicen que el colesterol y los triglicéridos, porque estamos acostumbrados al menos en mi casa en tomar el café con pan y luego, los huevos fritos y ahí van grasas y carbohidratos , ya a la hora de la comida, el arroz, la sopa, no hemos podido cambiar la buena alimentación, porque verduras solamente piensas en lechuga y jitomate y hay una gran variedad de verduras, ya nos dieron el recetario y yo rara vez lo abro, pero si lo vemos hay infinidad de recetas que se pueden hacer sin grasa y con mucha verdura.

Andrea: Bueno no sé si se puedan proponer algo para la siguiente reunión que tengamos aquí, es que se den unos 5 minutos de moverse de caminar tantito, o sea

nos podemos mover al ir al baño, pero que nos guiará a alguien, unos ejercicios como que rompe el quedarnos sentados.

Ana María Yo pienso que en lo que decía la señora de la comida que los huevos fritos sí nos podemos comer unos huevos pero por ejemplo yo en mi caso si me voy a comer un huevo o dos le pongo un poquito de aceite al sartén, lo menos que see pueda, le bajo a la lumbre, los tapo y casi se cuecen al vapor, no es necesario comer tanta grasa , por ejemplo sí voy a comer enchiladas prefiero no freír las tortillas y si las acabo de traer de la tortillería así las doblo y hago mis enchiladas. Yo trato de disminuir las grasas, gracias a Dios nunca he tenido ni colesterol, ni triglicéridos a pesar de que estuve en gordita y trato de cuidarme lo m'ás que se pueda, por ejemplo a mí me encanta el café y sí tomo café pero con leche sin azúcar, si subí de peso, pero por qué porque cuando llegó mi hija a vivir a la casa el pancito diario, el pancito en la mañana, en la tarde, en la noche. De hecho yo llegué con la glucosa alta como usted que me sentía muy mal me dolía mucho la cabeza y no sabía por qué, por qué porque me estaba excediendo de comer pan, de comer tortilla, de comer hasta el plátano, porque comía arroz y le ponía su plátano. Y ahora que hago, en las mañanas me tomo un licuado de avena con una manzana con agua, me lo tomo y con eso me tomo mis pastillas, yo tomo Metformina una vez al día, pero si uno trata de bajarle a las grasas y a lo que sabe que le hace daño. Si como y veo que me hace daño, adiós, pero tratando de controlarse uno, puede. Baje niveles de azúcar y me siento muy bien y de vez en cuando, no digo que no, me como mi pancito, porque me gusta el pan.

Andrea: yo lo que les puedo decir que cuando a mí me diagnosticaron hipertension, yo hacía ejercicio, siempre me alimentaba bien porque mi mamá era de Michoacán y era una buena alimentación la que nos enseñó, pero a mí me dijeron que la hipertensión era hereditaria y por eso soy yo hipertensa, pero tuve la fortuna que un persona que hacía rehabilitación me enseñaba a lo de la columna me dio unas clases sobre la hipertensión y me hacía preguntas a la siguiente sesión y me decía, Adrea tu sabes lo que es la hipertensión, para que te sirve el medicamento y no creo que lo dejes nunca y es cierto, hasta ahorita solo tomó una pastilla para la hipertensión, sé lo que me protege a mi cuerpo y se que no la voy a dejar, me lo tomo con todo lo que me dicen los médicos y si no me cae se los digo porque conozco a mi cuerpo, pero es bien importante seguir los tratamientos porque aparte de que nos controlan, bajan del azúcar o nos mantienen los la presión en su nivel y protegen otros órganos.

Coordinador: Que consideran que nos llevó a tener los logros en cuanto a la diabetes o la hipertensión?

Andrea: Yo creo que el ejercicio, tomar la alimentación de primer medicamento y caminar.

Maria Martha: Por ejemplo yo he leído artículos de los alemanes, llevan años caminando, yo casi no llevo la dieta pero de todo lo que como, me como. Uno tiene que irle bajando a todo, les hicieron una comparación entre la comida prehispánica y la

comida de los europeos, nosotros somos productores y siendo productores sin tenemos y sí tenemos variedad

Ana Maria: Yo creo que nos hemos ido a lo fácil porque que en esta época trabajamos al parejo que el hombre, entonces que llegamos a hacer la casa, una sopa instantánea por rapidez, unos bisteces nada más, mis hijos no le comen sopa porque que yo trabajé toda mi vida, hacía de comer lo que se me ocurría y lo que mas les daba era sopa y pollo. A mi nieta que tengo en la casa, le encanta la sopa maruchan, que es chatarra, pero a ella le encanta esa sopa y todo lo que sea chatarra le encanta, le fascina, yo les doy de comer bien y eso no.

Maria del Carmen: A los jóvenes les meten la publicidad de la comida, o sea yo estoy viendo un programa en la tele y meten comida chatarra, estoy viendo algo en el teléfono y de repente meten comida chatarra, por donde quiera hay publicidad de la comida...

Ana María: Hay niños que dese chiquitos no les gusta la verdura, y mi nieta en casa, e lo mismo, así que si hago verduras en la casa, solamente para mí, nadie come verdura en mi casa y no porque no se las dé, no les gustan.

Andrea: Yo con mis hijos cuando les daba de comer lo hacía con una cuchara que les gustará, y ahora me lo agradecen. A veces si hay que disciplinarlos para que coman bien. Yo creo que sería bueno hacernos de compañeras, así como aquí nosotras y compartir guisados saludables, y así alimentarnos mejor es una sugerencia.

Araceli: es como lo que comentaba la señora de lo que se vende, pero también como padres también nosotros deberíamos ver, si no quieren comer la verdura, ahí está y es lo único que hay, si nosotros dejamos que ellos nos manden y nos digan qué es lo que van a comer no, porque nosotros también vamos haciendo ese hábito. Yo también trabajaba y a veces también hay que darnos nuestro tiempo para estar en familia, ni modo, venimos cansadas, pero también yo les digo a mis hijas, que no porque ya trabajaron y vienen cansadas no les van a dar calidad de atención a los hijos o igual mala calidad de comida. Yo a mis a mis nietos les digo, van a comer la verdura si quieren y si no, no coman, pero yo no les voy a comprar una maruchan y darles así las cosas, el tiempo tiene que ir avanzando y tiene que ir cambiando porque antes no nos hacía daño las verduras ni la carne que comíamos antes y ya hay muchas cosas que les echan a la comida para que crezcan y si nosotros también ponemos de nuestra parte desde el principio, que nuestros nietos, hijos o los que vayan quedando tengan esa manera de comer sano. Pero también nosotros también a veces decimos que venimos cansados sabes qué comen eso pero si nosotros también venimos cansados y no queremos hacer las cosas. Yo a veces les preparo su comida, sopa ni modo pero con verduras, arroz, les voy cambiando igual sus sopes sus huaraches, sus taquitos, sus pambazos y yo ahí le tengo que incluir la lechuga, o el pozole, les digo, aquí se lo

van a comer todos con sus rábanos, con la lechuga y este y la cebolla, ahora tampoco quieren comer ni la cebolla yo a mí sí que me encanta la cebolla.

Andrea: Toda nuestra comida es muy buena.

Rosa María Mendoza: Sobre los resultados yo creo que en la pandemia así nos el retraso, aunque a veces sí teníamos citas virtuales no era lo mismo que directamente el consultorio y también es el trato, en los resultados antes estábamos abajo y ahora vamos mejorando, pero es el trato, nunca te regañan, nunca te dicen no lo puede hacer, nunca te están diciendo a ver si pasa eso se va a morir, no te amenazan, pero es el trato humano que tenemos con los, doctores y aquí con el doctor y en la doctora Alejandra, son un trato yo creo que cálido y al no regañar, al no exigir, al no presionarlo hace que tomes conciencia de lo que tenemos que hacer, porque al fin y al cabo la que va a sufrir en el futuro eres tú, la que va a padecer eres tú, si te cortan un brazo, una pierna. Por ejemplo en nutrición, los doctores dijeron vamos a ver por qué a los pacientes tanto les cuesta seguir la dieta, vamos ponernos nosotros a dieta, a ellos les costó, por qué es educación, como decía la señora, si no te ven comiendo verdura no lo hacen. Y así son los niños si ven que los papás no comen verdura, ellos tampoco comen. Le dices a alguien que haga algo, si uno no lo hace. Y además como dice mi hermana los medios son muy poderosos, empezó a traernos la coca, siempre estamos viendo "toma coca, toma coca" que salía de tengo sed "me da una coca" inconscientemente ya vas junto a todos los medios de comunicación que están condicionando, yo creo que aquí los resultamos que vamos viendo, por eso me gustan estos encuentros porque te van diciendo que uno vas y te ayudan. Muchas veces nos condicionamos por lo que vemos en los medios de comunicación, entonces también debemos tenerlo en cuenta y no hacerle mucho caso. Por ejemplo mi sobrina de 10 años, le dice a mi hermana, ese tiene 2 sellos, ese tiene 3 sellos y no es bueno, porque también en la escuela les están enseñando, entonces yo creo que los resultados son por el trato humano que tenemos.

Coordinador: ¿Que creen que podamos hacer o qué estrategias podemos implementar para mejorar los resultados?

Andrea: Seguir sus indicaciones, sabemos lo que tenemos que hacer, como alimentarnos, que medicamentos tomar, que no comer. El no dejar el ejercicio y ver la manera de hacer ejercicio, ya sea viendo la televisión, ahí podemos hacer algunos movimientos. Es importante no dejar el ejercicio, la buena alimentación, en verdad que tenemos la fortuna de tener tantas verduras y no hace falta fñ proteínas de origen animal, podemos sustituirla con las de menor costo. Ser bien conscientes de que queremos los últimos años de nuestra vida.

Esperanza: A veces yo me descontrolo en mi azúcar, pero es que tengo muchas preocupaciones de mis hijos y me quedo pensando o en mis nietos, me preocupo por todos.

María del Carmen: Yo no sé si es verdad o no, pero dicen vive sin presión, yo soy hipertensa, y él vive sin presión pues igual, sí estoy presionada me sube la presión, porque no como en exceso nada y no puedo bajarla ni haciéndolo ejercicio, no entiendo porque, igual y las emociones juegan en pro o en contra. Si usted no le da apetito porque está presionada o angustiada por algún problema el azúcar va a subir. Yo creo que los problemas también tienen que ver en que el azúcar se suba o se bajé.

Coordinador: Recapitulando lo que acaban de mencionar, ¿consideran que la parte emocional interviene en el control de estas enfermedades?

Araceli: cada quien dependiendo de cómo lo tome no porque muchas veces antes mi trabajo me impresionaba y todos los sábados yo estaba en la 32 porque ya te me subió 180/120 entonces si vivimos con toda esa presión y luego en casa que nos preocupamos que porque los hijos, yo digo que también todo eso va siendo que se va acumulando que la presión suba porque tampoco el medicamento no lo va a hacer todo, porque también es dependiendo de nosotros, porque si no nos queremos nosotros ¿quién? Los hijos tienen que ir haciendo su vida, ahora este sí o sea no les va a importar tanto a los tipos contentos que tenemos que ir dejando, ya ahora uno tiene que hacer su vida usted ahorita lo que debe es lo poco que nos den de vida disfrutarlo a lo máximo, distraerte ya no estar pensando. Yo deje de trabajar y ahorita mi presión ya la manejo bien, mientras no dejemos eso y también es muy importante medicamento o la comida, sin podemos comer, si se le antoja su pan, si comerlo pero no en exceso, va todo de la mano en tomar agua. Distraerse con lo que le guste, pintar, oír música y pensar en todo lo bonito que le paso, eso sirve mucho, ahora mi presión tengo 18 años y ya no he ido a parar al hospital. También debemos dejar volar a los hijos.

Andrea: Una sugerencia, sería bueno que nos manden tips de bienestar mental, si es muy importante lo emocional para que nuestra salud no esté con altas y bajas, ya sabemos que conforme vamos hacia abajo, nuestro cuerpo es más endeble, a veces me cae el 20 con lo que dicen ustedes, esto lo tomo o no lo tomo, pero sí que nos den tips de ejercicio y la terapia ocupacional es bien importante para estar bien.

Rosa María: Una vez en un encuentro alguien dijo que teníamos la sangre dulce, pero el carácter amargo y yo creo que es también por la enfermedad, nos va afectando todo y por eso hay que ir viendo las cosas positivas y sí estamos muy gruñonas, hay que ver porque, qué es lo que nos molesta, creo que nos molesta estar enfermas. Es lo que yo digo, que no me cuida porque me choca estar enferma. Por eso, voy a comer como si no estuviera enferma y también los resultados fueron pésimos y creo también que debemos tener salud mental. Sí adoramos a nuestros hijos, pero también tiene que ver con uno, si uno no se preocupa por sus hijos es mala madre y eso no es cierto. Eso también es condicionante y puede ser malo para nuestra salud mental.

¿Qué meta perseguimos?

Rosa Maria G: Yo ahora que pase a consulta a la clínica 32, porque estaba mal de la comuna, me hizo muchas preguntas y me dijo que si me valía por más personas y le dije que no, que yo me valía sola a mis 75 años, yo sola me pongo horario en lo que voy a hacer, uno tiene que estar activo para lo que va a hacer y tener salud. También cuidarse uno, la actividad física le sirve mucho a uno, a mi me dieron de alta, solo fui como 3 veces y me dijo la doctora del seguro que ya estaba bien, porque yo diario hago actividad física y eso me ha ayudado mucho. Y también la alimentación y el medicamento y los doctores que están al pendiente.

Andrea: Yo en los últimos meses, tenía el colesterol que la última medición la tuve mucho mejor y me dio mucho gusto. Tengo muchos padecimientos y procuro seguir todas las indicaciones y no dejar la actividad física, siempre he sido activa, pero estos últimos 6 meses lo he tomado con más seriedad.

Ana Maria: Cuidar nuestra alimentación más a nuestras posibilidades y llevar una vida más tranquila.

¿Cuál sería una buena meta a alcanzar para nuestro bienestar?

Maria Martha: Vivir con felicidad

Andrea: Yo les hago una sugerencia, si tienen alguna clase de taichi cerca, siganlas, eso es maravilloso.

Maria Martha: Retomar las clases de ejercicio que se tenían anteriormente, sería bueno retomar eso.

Angelica: Cuando se realicen estos eventos tener un momento de activación física para no estar estáticos, y cuidar la alimentación, si sabemos que nos hace daño, por qué lo vamos a comer.

Se hace una recapitulación breve de los puntos importantes y se cierra el grupo de discusión, nuevamente se agradece por su participación y cerramos con un aplauso

3.3.3 7° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas, Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Jurisdicción Sanitaria: MAGDALENA CONTRERAS	Coordinador(a): OSCAR	Página: ___ de ___
--	--------------------------	--------------------

Relator(a): ADRIANA	Grupo: 3	Fecha:15.11.24
---------------------	----------	----------------

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
ALMA ROSA	F	75	MC
JOSE	M	68	Mc
YOLANDA	F	67	Mc
MARGARITA	F	62	Mc
MARIA FRANCISCA	F	67	Mc
JUANA DURAN	F	45	Mc
RODOLFO RUIZ	M	78	Mc
PASCUALA	F	81	Mc
ABRAHAM ROBLES	M	76	Mc

2. Datos del Taller

Objetivo del taller: Conocernos, conectarnos, entre nosotros y compartir que es vivir con una enfermedad crónica.	
Hora de inicio: 11.17	Hora de finalización:

Dinámica de presentación: OPCIONAL

Diálogo en parejas:

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

Aproximadamente 10 minutos

Las parejas formadas platican acerca de:

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

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

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

NOTA:

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

Relatora o relatos; por favor:

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

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

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

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

OSCAR EMPEZÓ PRESENTÁNDOSE

A. Resultados de la atención que nos presentaron hoy

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

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

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

El control de nuestras enfermedades crónicas

Sobrepeso y obesidad

Diabetes Mellitus Tipo 2

Hipertensión Arterial

Dislipidemias

Oscar empieza a retomar la información presentada, referente a las estadísticas observadas durante la presentación

Se oscila entre 100 personas que participan por parte de la Magdalena Contreras

Alma Rosa: yo siento que tiene que ver la gente que está enferma y no asiste a las citas, hablar con la gente y familia, hacerles la invitación de que vayan a consulta y motivarlos con su experiencia, empezando con la familia, cree que la gente es muy decidiosa y que de esta forma pudiera mejorar las cifras, motivar a la gente desde casa.

Francisca: no hay mucha información, cree que hay gente fuera del entorno que no conoce sobre las consultas o enfermedades, la gente no sabe a dónde dirigirse o atenderse, pone el ejemplo de varias instituciones de salud y como la información no es clara, y que la información debería ser más clara y darse difusión fuera de los centros de salud.

JUANA: cree que los médicos llegan a dar información incorrecta, cuenta la experiencia que vivió con otra persona en el centro de salud, sobre una experiencia de la aplicación y preservación de la insulina, ella tuvo que comentarlo a esa persona que fuera al centro de salud para que le dieran una atención más personalizada sobre la aplicación de la insulina, cuenta otra experiencia donde desahuciaron a otra persona, sobre el uso de la insulina, cree que el médico que dio esa indicación fue muy inconsciente y que dio una información muy errónea. Cuenta otra experiencia, donde le indicaron una dosis equivocada de insulina y acudió por una segunda opinión con otro médico, donde le dijeron que estaba muy alta esa dosis, le gusta consultar varias opiniones. Y recalca que no todos pueden acudir a una consulta de calidad.

Oscar retoma lo que mencionó la señora Juana y dice que es algo muy importante, no existe ese tipo de información, en otros lados, él cree que hace falta la promoción que se está haciendo en el grupo y que se sepa que existe este recurso en el centro de salud. Revisando la información presentada, en el caso de las cifras de control de las enfermedades crónicas, cada quien vive la enfermedad de manera diferente, pregunta a los participantes que piensan acerca de todo esto.

Jose: yo pienso que no hay promoción, hasta lo que le paso le empezó a interesar toda esta cuestión, no tiene que ver la edad y la experiencia, los médicos jóvenes empiezan y el viejo también sabe, él es nievero y cree que a todos sus clientes los debe tratar bien, cree que le falta promoción al centro de salud

Después de la pausa se retoma un poco la información acerca de lo que se está haciendo, oscar menciona que un punto importante es ver las caras de la moneda, no solo las deficiencias, si no también los logros, con las cifras nacionales y que hay un indicador arriba del nacional y eso es de celebrar, pregunta a los participantes que sienten de ver estos logros

Juana: un no puede todo puede tener al cien por ciento, ya que tenemos otras cosas, por ejemplo ella tiene que ir al hospital y siente que se descompensa con la comida, antes se inyectaba a las 11 de la mañana y estaba trabajando, entonces ahora cambió el horario

que se coloca la insulina, así como su medicamento procura que sea en cuanto se levanta porque es un horario mejor para ella, ya que así puede tener un control en el horario, y si pudiera descontrolarse, de acuerdo a sus ocupaciones tiene que organizarse y pensar maneras en las que deba llevarse su insulina

Pedro pregunta que tipo de promoción se está llevando para aumentar los pacientes

Oscar comenta que él trata de que se acerquen los pacientes a través de la invitación personal en consulta o el centro de salud, quizá el cree que no está siendo suficiente

Alma Rosa: Propone que se vaya a domicilio de casa a casa y se les proporcione la información que necesitan para poder acudir al centro de salud, o realizar un comité con los mismos pacientes de las colonias o vecinos para invitarlos a venir, especialmente que los médicos vayan y les hagan la invitación, ya que ellos conocen de los padecimientos.

Jose cree que es muy bueno lo que se está haciendo para prevenir, el invita a su familia a venir, y les cuenta los síntomas que él tenía, el pregunta que tipo de invitación se puede hacer, ya que muchas veces se desconoce.

Alma rosa: todos le temen a la muerte, pero pregunta que se está haciendo para estar bien, ella cuenta que su mamá falleció hace 2 años y que ya se mentalizo acerca de la muerte y que ya no le tiene miedo, pero ya se está atendiendo con el nutriólogo, que estamos haciendo para tener mas años de vida y poder ver a sus nietos y a sus bisnietos, la gente no se quiere morir, pero no se atiende.

Rodolfo pregunta qué otras instituciones están incluidas en este modelo de atención, Oscar le explica que solo secretaría de salud.

Oscar explica que esto por el momento solo es con los servicios de secretaría de salud, ya que es una iniciativa relativamente nueva, retoma como pueden hacer que la gente se acerque, existe mucha información, pero no es la correcta y se desconoce lo que se está haciendo en el centro de salud, cada quien en su papel, el como medico y ellos como pacientes, retoma la idea de alma rosa, la invitación casa a casa, le parece muy buen idea para que la información llegue a las personas y ellos decidan si se quieren acercar al centro de salud.

Rodolfo: cree que es importante que los médicos también hagan la invitación de manera personal, él se enteró por parte de trabajo social, el no puede asistir siempre, ya que tiene consultas en otros lugares, los doctores nunca les había hecho la invitación y que es importante integrarse ellos como pacientes.

Abraham quiere compartir e informar a sus vecinos preguntar personalmente quien padece diabetes para invitarlo a tratarse en el centro de salud, y ya que ellos empiecen su tratamiento, que ellos pertenezcan al grupo, él tiene tiempo y que le ha gustado mucho y se siente muy agusto, los invita a que sigan el tratamiento y vengán a participar en los encuentros, para que vean que se hace y que se trabaja, y vea cómo aprecian a los

médicos que los atiende, y aprecia a todos, extiende las felicitaciones a los pacientes y a los médicos por esta labor

Pascuala dice que nosotros mismos tenemos que hacer más responsables, y que a los hijos se les debe enseñar como hacer preparaciones más saludables, es importante hacerle la invitación a nuestros familiares, compartir la experiencia de un familiar.

Alma Rosa: hace la propuesta de poner carteles en las calles principales sobre las enfermedades crónicas donde se les invite a acudir al centro, ya que aunque sea cuando pasan es un recordatorio para que la gente se siga cuidando.

Oscar cree que es importante llegar a a a gente que o se acerca a los centros y es importante que las personas sepan que existe la atención

Alma Rosa cree que es importante recalcar también que esto es gratuito.

Oscar retoma la idea de ir pasando de voz en voz, pero también en un material impreso, como médicos que ellos difundan lo que se está haciendo y la gente pueda acercarse.

Juana: es pasar de voz en voz la existencia de otros servicios, ya que coments que la de servicio social la mandó al cerro de la estrella, fue hasta iztapalapa para que le dieran un atención, que otra doctora le hizo mención que había un lugar más cerca, pero que la doctora la mandó muy lejos, hace la invitación a que no haya mala información

Oscar recapitula la la idea de si se va a transmitir alguna información, se haga de manera correcta y que se haga difusión de los servicios que hay en los centros de salud

Juana: la gente no sabe a veces que servicios hay y donde los hay, muchas veces la gente tiene que andar buscando

Oscar hace la invitación a revisar el material en el que se trabajó hace rato, hay dos personas que forman parte del consejo asesor, general algún tipo de producto, l tema que le interesa a las personas, el uso de la insulina, los miedos y de personas que no la han utilizado, alguien que debe utilizarla y no quiere, una manera de acompañamiento, como por parte de médicos, si no de los mismos pacientes y su experiencia, es importante escuchar qué les pareció el trabajo, que logros se tuvieron, que les parecio el video es bueno o que se puede mejorar, qué otras ideas pueden surgir para que salgan este mismo de productos para llevarlo a más personas, para que sirva de atractivo y despierte algo en ellos, o en su cuidado de la salud, que sepan que es de las personas para las personas.

Margarita considera que hace falta que les hagan incapie donde aplicar y como aplicarla, tuvo una situacion con su vecina que no sabia como hacerlo, por lo que tuvo que explicarle ella, esa informacion es la que piensa que es lo que falta, le parecio bueno, y que ella creia que se hablaba de insulina y que ya se iba a morir, los miedos, el quedarse ciego, tiene vecinos que tienen diabetes y no quiren usarla, ella quiere evitarle a las personas que usen la insulina, les hace la invitacion a sus conocidos para que vengan a consulta, ellos dicen

que no para no perder el tiempo, ella dice que tenia la misma idea y por eso se decuido, le parecio excelente, cuando a ella le dijeron de la insulina no le explicaron y cuando la diagnosticaron solo le metieron miedo, le gusta preguntar el porque, les explica a las personas a quieren llegar, en base a su experiencia, no quiere que le pase a las demas personas lo que le paso, a sus vecinos que la quieren escuchar, ella dice que mucha gente le dice que o le va pasar, ella dice que muchas veces no se quiso hacer cargo,ni responsable, dice que no es responsabilidad de los demas, pone el ejemplo de las personas en pareja y que no es responsabilidad de las demas personas, si no de uno mismo

Francisca opina que es importante escuchar a las personas que no tienen la oportunidad de trabajar, también cree que era importante enfatizar en la aplicación

Juana dice que tiene una gráfica acerca de la correcta aplicación de insulina, la quiere compartir con demás gente que no sabe cómo aplicarla, también es importante que se sepa acerca de las agujas

Oscar complementando lo que dice margarita, buscar una manera muy visual y que sea fácil de entender y que se sepa de lo que se está hablando

Maria francisca le gustaría que les hablaran un poco sobre las cifras que se debería manejar, o que cifras son peligrosas

Oscar a las personas que llegan pudiera servirles, para que la gente también tenga la información

Juana la dieta le gustaria, a ella le pareció al principio exagerada, y ella se la difundió a sus personas para que se orienten

Alma rosa le gustaría que habla sobre la hipoglucemia, es importante que sepan que tiene que desayunar, ya que le ha tocado que se empieza a sentir mal, incluso a temblar y cree que es la muerte, es importante desayunar

Alma Rosa dice que no detecta cuando le suba la glucosa, pero si cuando le baja, es una alerta para ella

Yolanda pregunta, cual es la más peligrosa, si baja o alta, dice que es importante saber que hacer, porque ella no sabe

Oscar recapitulando lo comentarios, dice que es importante tener este tipo de información a la mano

Rodolfo le pasa muy seguido, y lo que él hace es tener un jugo de manzana, siente peor cuando le baja la azúcar, quiere saber qué permiso se puede pedir para difundir los videos

por las redes sociales, llegar incluso a los niños, él considera que están bien y que son informativos.

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

Oscar empieza a cerrar la primera parte, llegar a más personas cada quien en su casa o los médicos también que se de la información, en qué consiste, para que las personas empiecen a acercarse y llevar su control, agregar aplicación adecuada o correcta de las insulinas, cifras de glucosa que hacer si sube, o si baja, que se siente.

Alma rosa se lleva retomar nuevamente la atención que nos damos a nosotros mismos y que se están concientizando de la enfermedad que tenemos, mucha gente o la mayoría al escuchar probablemente ya no se le tenga miedo a la insulina, ella creía que se iba a morir si se la pone, ella cuenta la experiencia que tuvo después de iniciar la insulina, ella dice que ya está muy bien y que cree que le sirvió a la gente para quitarse el miedo, es importante que la gente no se quede con lo malo, cree que la insulina es buena y les sirve para mantenerse.

Agradece a los pacientes por su atención.

3.3.4 Consejo Asesor del PUS, Consultorio San Pedro Martir

Fue un poco complicado consolidar el consejo asesor del consultorio, debido a que la cantidad de pacientes es muy baja, además de esto, las pacientes suelen tener dificultades para acudir por las ocupaciones que tienen a lo largo de la semana, en muchas ocasiones se programaron reuniones y no lograban asistir a pesar de recibir una confirmación previa por parte de ellas.

Finalmente pudimos tener una reunión en la que asistieron 3 personas, 1 persona que ya formaba parte del proyecto y dos más, familiares de ella e interesadas en ser parte del proyecto.

En esa reunión las personas nos expresaron la preocupación que tenían respecto a más enfermedades osteoarticulares, debido a que en su familia es un tema recurrente.

Dentro de estas enfermedades ellas mencionaron que les gustaría que se explicara que es una enfermedad osteoarticular y cuales son estas, además les gustaría conocer qué otros tratamientos no farmacológicos pueden emplear en casa para mejorar esta condición que suelen padecer algunos integrantes de su familia. En el Anexo no. 7 se muestra una infografía con lo más relevante de los puntos que les gustaría abarcar.

Desafortunadamente no se pudo organizar una sesión en el mes de enero, ya que, las personas involucradas atravesaron una situación familiar que les impidió acudir.

3.4 Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Consultorio de San Pedro Mártir a cargo de Adriana Patricia Martínez Galindo

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

(De acuerdo con los registros preexistentes y de nuevo ingreso en Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.)

Tabla No. 1
Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2024 - enero 2025
Consultorio SPM, Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a Febrero 2024	6	42,9
Nuevo ingreso a partir de Febrero 2024	5	35,7
Recuperados a partir de Febrero 2024	3	21,4
Total	14	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 2
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2024 - enero 2025
Consultorio SPM, Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	14	100,0
No activas	0	0,0
Total	14	

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

1. Información demográfica.

Tabla No. 3

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo a sexo
Consultorio SPM, Tlalpan

Sexo	No	%
Femenino	13	92,8
Masculino	1	7,2
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	14	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo a edad
Consultorio SPM, Tlalpan

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	7,1
50 – 59 años	2	14,3
60 – 69 años	6	42,9
70 – 79 años	4	28,6
80 y más años	1	7,1
Total	14	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 5
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero
 2024 - enero 2025 de acuerdo a edad y sexo.
 Consultorio SPM, Tlalpan

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	7,7	0	0	1	7,1
50 – 59 años	1	7,7	1	100	2	14,3
60 – 69 años	6	46,1	0	0	6	42,9
70 – 79 años	4	30,8	0	0	4	28,6
80 y más años	1	7,7	0	0	1	7,1
Total	13	100	1	100	14	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

2. Diagnóstico y seguimiento.

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2024 - enero 2025 de acuerdo a edad

Consultorio SPM, Tlalpan

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	0	0
3	1	7,1
4	2	14,3
5	1	7,1
6	2	14,3
7	2	14,3
8	3	21,4
9	0	0
10	2	14,3
11	1	7,1
12 y más	0	0
Total	14	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 7
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero
2024- enero 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
Consultorio SPM, Tlalpan

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	4	28,6
Diabetes Mellitus tipo 2	1	7,1
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0
Obesidad y diabetes	1	7,1
Obesidad y dislipidemia	1	7,1
Diabetes e hipertensión	1	7,1
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	7,1
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	14,3
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	21,4
Total	14	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 8
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero
2024- enero 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Consultorio SPM, Tlalpan

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	4	30,8	0	0	4	28,6
Diabetes Mellitus tipo 2	0	0	1	100	1	7,1
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0	0	0	0	0
Obesidad y diabetes	1	7,7	0	0	1	7,1
Obesidad y dislipidemia	1	7,7	0	0	1	7,1
Diabetes e hipertensión	1	7,7	0	0	1	7,1
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	7,7	0	0	1	7,1
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	15,4	0	0	2	14,3
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	23	0	0	3	21,4
Total	13	100	1	100	14	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión arterial
 Consultorio SPM, Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	4	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	4	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
 Consultorio SPM, Tlalpan

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

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 11
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2
 Consultorio SPM, Tlalpan

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

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 12
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia
 Consultorio SPM, Tlalpan

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

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial
 Consultorio SPM, Tlalpan

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

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2
 Consultorio SPM, Tlalpan

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

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia
 Consultorio SPM, Tlalpan

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

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2024- enero 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia
 Consultorio SPM, Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	33
70 – 79 años	2	67
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Registro Drive Excel “Crónicos 2024”. Periodo febrero 2024 - enero 2025.

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 17
 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
 Periodo febrero 2024 - enero 2025
 Consultorio SPM, Tlalpan

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	2	22,22	7	33	9	100
Fuera de control	7	77,78	2	67	9	100
Total	9	100	9	100	9	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 18
 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
 Periodo febrero 2024 - enero 2025
 Consultorio SPM, Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	6	66
Fuera de control	3	33
Total	9	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

Tabla No. 19
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control
 Periodo febrero 2024 - enero 2025
 Consultorio SPM, Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	9	75
Fuera de control	3	25
Total	12	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 20
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico
 Periodo febrero 2024 - enero 2025
 Consultorio SPM, Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	3	50
Fuera de control	3	50
Total	6	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2024 - enero 2025

Tabla No. 21
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos
Periodo febrero 2024 - enero 2025
Consultorio SPM, Tlalpan

Parámetro de	No	%
Control	1	16,7
Fuera de control	5	83,3
Total	6	100

Fuente: Registro Drive Excel "Crónicos 2024". Periodo febrero 2024 - enero 2025.

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

Este módulo se desarrolló simultáneamente en el que se fueron desarrollando los primeros 3 módulos del Diplomado. En estos casos tratamos de conocer a la personas más allá de su padecimiento o enfermedad, basado en los cuatro componentes de modelo de atención centrado en la persona:

1. La enfermedad, el padecimiento y la salud de la persona
2. La persona y su entorno
3. La relación médico paciente
4. Intensificar la relación médico paciente

De esta manera nosotros como pasantes de servicio podríamos comprender mejor a la persona como una totalidad para identificar las fortalezas y debilidades para que de esta manera trabajar en conjunto con la persona para tener mejores resultados y crear habilidades de autogestión se su enfermedad.

Además de estos casos clínicos, tuvimos algunos talleres impartidos por la Dra. Amparo Martínez Ramirez, revisión de artículos recientes sobre actualizaciones de tratamientos en enfermedades crónicas. A continuación realizó una tabla acerca de los temas abordados en estas sesiones y casos clínicos.

Sesiones del Módulo 4
Presentación de caso clínico, a cargo de Harim Monserrat Uballe y Zeltzin Yared Mena.
Tema: Aspectos psicoemocionales en personas con enfermedades crónicas
Presentación de caso clínico a cargo de Andrés Saenz
Manejo de insulinas, presentado por la Dra. Amparo Martínez Gutiérrez Remission of type 2 diabetes: always more questions, but enough answers for action. Presentación por: Fernanda Aguila y Yazmin Romero
Taller: Atención de pie diabético a cargo de la Dra. Amparo Martinez Ramirez

Presentación de caso clínico, a cargo de Silvia Chu
Sesión clínica: Dolor clínico. Abordaje desde la medicina integrativa en el primer nivel
Standards of care in diabetes 2024. ADA. Cap. 9. Pharmacological approaches to glycemic treatment. Sólo la parte de Diabetes Mellitus Tipo 2. Presentado por Daniel Alvarez y Fatima Reyes
Presentación de caso clínico Daniela Linares

4. Conclusiones.

Al principio de mi servicio social no sabía acerca de el MAICP, sin embargo durante la presentación de las plazas de servicio social, buscaba poner en práctica mis habilidades obtenidas a lo largo de carrera y un consultorio me pareció una buena opción.

A partir de empezar a conocer lo que es el Modelo entendí cosas que anteriormente no eran tan evidentes para mí, durante toda la carrera se me enseñó este sistema paternalista, donde los pacientes solo escuchaban lo que él médico tenía que decir, sin tomar en cuenta su historia y lo que lo hacer ser la persona que es, cuales fueron los determinantes que los llevaron a su padecimiento y empecé a cuestionarme para empezar a construir un nuevo conocimiento y una nueva forma de brindar atención médica, pero desde otra perspectiva, donde la persona que acude por atención es la protagonista de su padecimiento y que ellos son más que una enfermedad que atender o curar.

Al iniciar recibí 6 personas activos e incluidas en el proyecto y a final de mi estancia, cerré con 14 personas activas. Con los cuales siempre se trató de establecer una relación de confianza, donde se sintieran con la libertad de expresar sus necesidades y sentimientos. En muchas ocasiones, salían a colación los problemas con sus familiares cercanos, o las cosas que no les permitían tener un buen apego, siempre se trató de animarlos a continuar un adecuado plan de alimentación e implementar el ejercicio físico, además de no abandonar su tratamiento farmacológico.

Considero que aprendí mucho de las personas que atendí mes con mes en la consulta, entendí que es importante atender y tomar en cuenta sus necesidades como persona, antes que las mías como médico. Otra habilidad que considero haber adquirido es hacer uso de lo que se tiene disponible en el momento, ya que en muchas ocasiones las personas no se podían dar el lujo de tener el medicamento más caro y más efectivo, por lo que optamos por opciones farmacéuticas más accesibles a su bolsillo o las que tuviéramos disponibles en la farmacia del consultorio.

Todas las personas que viven con una enfermedad crónica, desean estar bien y tener una calidad de vida que le permita realizar las actividades que lo nutren como persona, no es su deseo vivir con este tipo de enfermedades, y es algo que como médicos no nos damos el tiempo de reflexionar, mucho menos

aprender de ellos. Definitivamente hay cosas que no nos enseñan en la carrera, sin embargo, yo tuve la oportunidad de aprenderlo a lo largo de este año tan importante.

Considero que el Proyecto Urbano tiene mucho que ofrecer a la comunidad, a las personas y a nosotros como pasantes. Sin embargo, considero que durante mi año de servicio social no se le asignó un seguimiento más estrecho a los consultorios y a las necesidades de estos mismos, debido a que se enfocó un poco más la atención a los médicos pasantes de Secretaría de Salud y a las actividades que se realizaban con ellos.

Para finalizar, mi experiencia en el PUS fue muy fructífera y aprendí de cada una de las personas involucradas en este proyecto, asesores, compañeros de diplomado y sobre todo de las personas que acudían mes a mes a la consulta. Me voy agradecida con San Pedro Mártir y el consultorio que me facilitó poder desempeñar mi servicio social en esta comunidad.

5. Referencias bibliográficas

Módulo 1: Ensayo “Desafíos a enfrentar en la autogestión y autocuidado de las enfermedades crónicas”

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: Fact sheet. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de mortalidad. México: INEGI; 2022. Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/>
3. McCormack, B., McCance, T. Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2021.
4. Poudel, S., Li, T., Thapa, M. Patient empowerment and its effect on health outcomes: A review of recent literature. *J Patient Saf Risk Manag.* 2021;26(2):67-75. <https://doi.org/10.1177/25160435211018174>
5. Greenwood DA, Piatt GA, Young HN, et al. The Role of Self-Management in Chronic Disease Management. *J Gen Intern Med.* 2020;35(6):1589-1597. doi:10.1007/s11606-019-05253-3.
6. Littenberg, B., MacLean, C.D., McCarthy, J., et al. Patient-Provider Communication and Self-Management of Chronic Disease. *J Gen Intern Med.* 2023;38(3):456-463. doi:10.1007/s11606-022-07852-x.
7. Riegel, B., Jaarsma, T., Stromberg, A. Management of Chronic Cardiovascular Diseases: A Review. *J Am Coll Cardiol.* 2012;60(7):626-634. doi:10.1016/j.jacc.2012.02.088.
8. Peters, A., Snodgrass, G., Dawes, M., et al. Barriers to Effective Self-Care in Low-Income Populations: A Review. *J Community Health.* 2023;48(2):213-222. doi:10.1007/s10900-022-01112-w.
9. McDonald, K.M., Milstein, A., Hempel, S., et al. Patient Activation and Adherence: A Systematic Review. *JAMA.* 2012;308(24):2566-2576. doi:10.1001/jama.2012.74327.
10. Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., et al. Multimorbidity and Quality of Life: A Closer Look. *Health Qual Life Outcomes.* 2022;20(1):74. doi:10.1186/s12955-022-01926-4.
11. Burchard E, Castañeda H. Understanding the Impact of Cultural Beliefs on Health Behaviors. *Health Educ Behav.* 2021;48(2):123-131. doi:10.1177/1090198120976584

6. Anexos



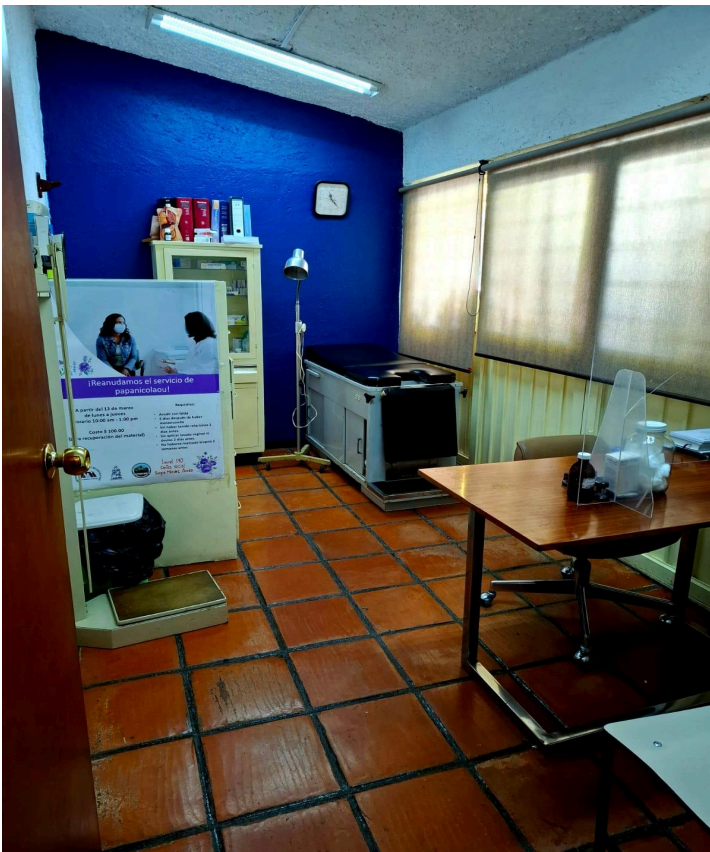
Anexo 1. Pacientes del consultorio de San Pedro Mártir que acudieron al 12° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.



Anexo 2. Equipo de trabajo del PUS en el 12° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.



Anexo 3. Fachada del Centro Social "Sergio Mendez Arceo", donde se impartía la consulta de medicina general



Anexo 4. Consultorio de Medicina General



Anexo 5 y 6. Pruebas físicas realizadas a los pacientes durante la última jornada de laboratorios de control.

CONSEJO ASESOR DEL
CONSULTORIO SAN PEDRO
MÁRTIR

Enfermedades Osteoarticulares

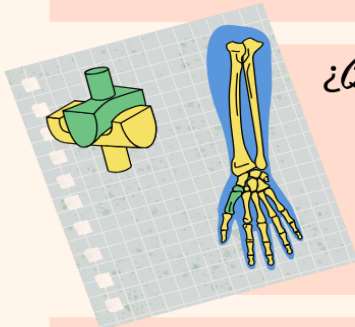


¿Qué es un consejo asesor?

Es un grupo de personas que reflexionan y dialogan sobre la mejora de la gestión y funcionamiento del consultorio

¿Quiénes conforman el consejo asesor de SPM?

El consejo asesor del consultorio de SPM lo conforman 4 mujeres que se han reunido en diferentes ocasiones y han expresado los temas que son de su interés.



¿Qué tema trabajaremos y por qué?

Al consejo asesor le gustaría trabajar diversos temas, sin embargo el que más les llama la atención son las enfermedades osteoarticulares, ya que este tipo de padecimiento suele predominar en su entorno familiar.

Enfermedades osteoarticulares

- ¿Qué es una enfermedad osteoarticular?
- ¿Cuáles son las enfermedades osteoarticulares más frecuentes?
- ¿Cuál es la diferencia entre este tipo de enfermedades?
- ¿Cuáles son los factores que las desencadenan?
- Tratamiento no farmacológico



¿Cómo lo haremos?

A través del consejo asesor y con la previa selección de tópicos a estudiar, se organizarán conversatorios donde el diálogo y la conversación sean el centro de esta actividad, donde los asistentes puedan compartir y construir información juntos.

Consejo asesor: Araceli Flores Olmedo, Silvia Flores Olmedo, Alejandra Meneses Olmedo, Clotilde Santa Cruz Robles

Anexo 7. Infografía de enfermedades osteoarticulares



Anexo 8. Presentación de la infografía "Enfermedades Osteoarticulares", durante el 12° Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas



Anexo 9. Pasantes de Servicio Social de los consultorios que conforman el PUS.