

Universidad Autónoma Metropolitana
División de ciencia biológicas y de la salud unidad Xochimilco

Licenciatura: **Medicina**

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)

"Construyendo autonomía en la persona que vive con enfermedades crónicas empleando el MAICP en el CST-III Xochimilco "

Nombre Completo: John Anthony Garcia Hernandez

Matrícula: 2192031568

Promoción de servicio social: Agosto 2024-Julio 2025

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

Fecha de entrega del documento: 30 de Julio de 2025

1. Presentación

Este es un recuento sobre la experiencia que tuve después de cursar este diplomado, así como de los aprendizajes y habilidades que adquirí a lo largo de mi paso por el, mismas que pude poner en práctica con un grupo de 76 personas en el CST-III xochimilco como Médico Pasante del Servicio social.

En el centro de salud el modelo de atención centrado en la persona lleva existiendo un total de 4 años en la unidad médica con un espacio físico para su atención en el módulo de atención número 9 y como asesor clínico designado a la Dra. Laura piedra Mendoza desde este año.

El Diplomado se enfoca en la la aplicación del modelo de atención centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto desde el enfoque del desarrollo de capacidades lo cual nos lleva a tener una relación más profunda y compleja con las personas a las que brindamos atenciones médica, aprendiendo de ellos y conociendolos de un enfoque integral, que permita formar un relación bidireccional en donde la persona tiene un eje central en su atención médica.

Se desglosa a lo largo de este documento como fueron los primeros pasos para implementar el modelo atención, los retos, los aprendizajes , las complicaciones para poder hacer un cambio en la manera de ver la medicina desde un modelo tradicional a uno centrado en la persona, en donde estuvimos todo el tiempo acompañados por nuestro asesor interno y coordinador de todo el proyecto el Dr. Victor Rios Cortazar y la Dra. Alejandra Gasca García junto con un equipo multidisciplinario integrado por médicos pasantes de la UAM-X y asesores de otros centros de salud.

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

El modelo expandido de cuidados crónicos es una estrategia de salud pública que busca revolucionar la manera en la que se tratan las enfermedades crónico degenerativas, realizando un cambio de un modelo tradicional en donde la relación médico-paciente es unidireccional, a una en la cual la relación es bidireccional, en donde la visión como médico que se tiene del paciente pasa a ser al de un persona la cual tiene familia, emociones, sentimientos y limitaciones en su vida desde que vive con su enfermedad. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida, alentar a la persona a que sea un ente activo en su atención médica, crear las habilidades suficientes para el autocuidado así como para la toma de decisiones de manera conjunta con su médico.

La estrategias ideadas en el modelo expandido adecuado por la UAM-Xochimilco es promover el desarrollo de capacidades en las personas durante la consulta y fuera de ellas, que les permita conocer su enfermedad, entenderla y aprender a vivir con ella, el objetivo en las consultas no es que la persona acuda a revisión física, prescripción de medicamentos y de exámenes de laboratorio sino poder escuchar y comprender la manera en la que vive con la enfermedad y de esta forma tener una persona que es capaz de realizar promoción de la salud con experiencia y conocimiento de su enfermedad que le de autonomía y capacidad de autoconocimiento.

Dentro de la estructura y los componentes del modelo expandiendo el elemento vital del modelo es el enfoque centrado en la persona y no en la enfermedad en donde se debe entender que se tratan personas no enfermedades, donde cada persona es un individuo con creencias, valores y experiencias el cual tiene la capacidad de desarrollar una relación de confianza con el médico en donde exista intercambio de información es decir que sea de manera bidireccional la comunicación. El segundo elemento es la atención integral e interdisciplinaria en donde es fundamental reconocer las necesidades que tiene cada persona y las áreas de oportunidad de las cuales se puede beneficiar cada persona buscando crear un equipo de salud que contribuya al desarrollo de habilidades y capacidades que genere un estilo de vida saludable, lo que en conjunto genera el tercer elemento del modelo el cual consistente en la prevención y promoción de la salud donde a partir de la experiencia personal de cada persona en donde cada uno tiene la capacidad de reconocer los factores de riesgo de cada padecimiento, crear estrategias para buscar la prevención en otra persona , crear hábitos de vida saludable y prevenir complicación, secuelas de vivir con una enfermedad crónica.

El centro de salud T-III Xochimilco se lleva a cabo la de atención a personas con enfermedades crónicas aplicando el MAICP mediante sus médicos pasantes pertenecientes al diplomado, donde en un inicio y los primeros 8 meses solo se llevaba a cabo por un solo médico pasante y en marzo de 2025 se incorporó el Médico Pasante Tadeo Alejandro Cordero García y en el cual se encuentra como asesor clínico la Dra. Laura Piedra Mendoza, la dinámica de la consulta está organizada por el médico pasante quien es quien realiza la agenda de pacientes citados cada día, en donde cada consulta se planea de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente teniendo una duración aproximada de al menos 50 minutos, en donde se busca una interrogatorio clínico dirigido en el cual exista diálogo y conversación entre la persona y el médico, llevando a cabo una exploración física completa y detallada, cuidando de manera integral a cada persona considerando aspectos clínicos, físicos, emocionales y espirituales que permitan a la persona mejorar su calidad de vida, se recalca la importancia del automonitoreo, se explican las dudas y en cada consulta se acuerda una meta a lograr en la siguiente cita así como un objetivo durante todo el año de seguimiento sin descuidar los tamizajes recomendados por grupo de edad, referencia a segundo y tercer nivel cuando pertinente, además de realizar prevención primaria de las complicaciones que pueden tener vivir con enfermedades crónico degenerativas.

Las consultas que se tiene con las personas participantes en el MAICP no sólo se tratan del motivo de consulta y de los medicamentos que deben tomar para lograr un control, sino que se busca entender cómo es vivir con la enfermedad y las repercusiones que tiene socialmente vivir con ella, se busca tener el contexto completo del padecimiento y de cómo afecta a la dinámica familiar.

Uno de las piezas claves al momento de aplicar el programa es crear un ambiente seguro y de confianza para las personas, tratando de ser empático y respetuoso el cual permita realizar un trabajo en equipo que permita cumplir los objetivos y metas que nos planteamos de manera conjunta, crear recurrencia en las consultas es importante, por lo cual transmitir el interés de ayudar en poder vivir con su enfermedad es fundamental, ya que ese es el primer paso que permite poder darle seguimiento a una persona y que sea más fácil intercambiar información, en Xochimilco es un reto poder conectar con el paciente ya que el tener que cambiar de médico cada año crea un conflicto importante, en el cual las primeras consultas suelen ser complicadas por la inexperiencia de aplicar el modelo de atención pero una vez que te integras a la dinámica de cada persona, cada consulta se vuelve una experiencia única y enriquecedora para ambas partes, que se convierte en un alta aceptación por parte de toda la comunidad del CST-Xochimilco, en donde en la mayoría de los casos se logra que las personas se sientan comprendidas y partícipes de la construcción de su salud y autonomía.

Esta buena relación médico-paciente se traduce en una recurrencia en las citas de control la cual se materializa en adherencia y apego al manejo farmacológico, pero sobre todo a la creación de hábitos de vida saludable en temas de cambios en la alimentación y aumento en la actividad física respecto a su basal.

El apoyo obtenido por el director de la unidad el Dr. Salvador Valentin Saavedra de brindar un consultorio fijo ha hecho que la agenda de pacientes aumente y que cada vez sea mayor la confianza entre los médicos de la unidad en referir personas que viven con enfermedades crónicas a tener su seguimiento en el modelo de atención.

El trabajo realizado durante estos meses ha permitido cambiar mi perspectiva humana y poder desenvolver todo el conocimiento adquirido a lo largo de mi formación, demostrando que el cambio en el paradigma de la atención de las personas que viven con enfermedades crónicas es posible y que es algo que la comunidad del CST-III Xochimilco agradece y le gustaría preservar.

3. El diplomado

El diplomado en Atención Integral de la Salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades se lleva a cabo en las instalaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X) y va dirigido a médicos Pasantes del Servicio Social de la UAM-X y del instituto politécnico nacional (IPN).

A lo largo del año de servicio todos los días viernes se llevan a cabo las sesiones teóricas del diplomado en las aulas de la Coordinación de Educación continua y a Distancia (CECAD) de la UAM-X y eventualmente los auditorios del Instituto de Salud Pública de la CDMX. Las sesiones regularmente duran de dos a tres horas en donde se desarrolló el temario de cada módulo.

El diplomado se compone de 4 módulos: el primero de ellos recibe el nombre de “Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica” en el cual se tiene el objetivo de conocer el modelo de atención centrado en la persona, sus antecedentes y bases teóricas para poder desarrollar la capacidad de implementar una práctica clínica con un enfoque centrado en la persona que busque el desarrollo de capacidades individuales y colectivas que aumente el control de la enfermedad crónica y mejore la calidad de vida.

El segundo módulo es “Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados “ en el cual se busca tener la capacidad de conocer qué es la medicina basada en evidencias y cómo aplicarla a la práctica clínica, creando la capacidad de valorar la mejor evidencia científica disponible para utilizarlo como base en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

El tercer módulo es “Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas” se llevaba a cabo tanto de manera teórica en las sesiones del diplomado como de manera práctica con la formación de un consejo asesor en donde se implementan todas las habilidades creadas en plantear y acompañar problemas de participación comunitaria y de construcción de entornos saludables como lo es la organización de los encuentros semestrales de las personas que viven con una enfermedad crónica.

El cuarto módulo es “Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica” la dinámica de este módulo normalmente es llevada mediante la presentación de casos clínicos complejos o particulares a los que se han enfrentado los médicos pasantes de otros centros de salud, en donde son retroalimentados por los asesores clínicos y se crean debates e intercambio de ideas acerca de cada caso clínico en particular.

Los cuatro módulos que conforman el diplomado integran temas que permiten la creación de habilidades necesarias para implementar el modelo y favorecer el autocuidado de cada persona que atendemos.

El primer módulo generalmente se lleva a cabo los primeros meses del diplomado y es la base para poder entender e implementar el modelo de atención, el segundo módulo es fundamental para poder brindar la atención médica con la mejor evidencia disponible y se llevaba a cabo generalmente en el segundo semestre de la duración del diplomado. Mientras que el cuarto módulo se lleva desde durante el transcurso del diplomado alternando entre semanas con el módulo 1 y 2 ya que este es la base de atención de médica, ya que aquí se obtiene retroalimentación basada en las últimas guías para el manejo de enfermedades crónicas como lo es la guía de la ADA 2024 para el manejo de diabetes y la ESC 2024 para el manejo de presión arterial elevada e hipertensión. El tercer módulo también se lleva intercalado con sesiones del módulo 1 y 2, ya que este es la parte del modelo que busca fomentar la participación de las personas que participan en el modelo de atención con la creación de materiales y herramientas que sean útiles para poder crear promoción de la salud, así como comunidad, tal es el caso de los encuentros que se realizan, aquí en el apartado teórico se adquieren capacidad para coordinar y desarrollar proyectos y talleres que fomenten alguno de los componentes del MAICP

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

Índice

Introducción

Objetivos

Objetivo general

Objetivos específicos

Justificación

Desarrollo

Conclusión

Bibliografía

Introducción

Para poder iniciar a implementar de manera adecuada el modelo de atención centrado en la persona resulta fundamental cambiar el paradigma de la relación médico paciente la cual tradicionalmente en el modelo paternalista de atención medica se acostumbra a ser asimétrica en la cual el paciente acata las indicaciones y no tiene voz ni voto en la toma de decisiones sobre su salud dejándose guiar por una voz experta y certificada la cual no tiene derecho a cuestionar, teniendo como única opción seguir las recomendaciones que se le den aunque no las entienda ni esté de acuerdo con ellas, es por eso que uno de los principales retos es hacerle saber al paciente que en este modelo innovador de atención la relación se tiene que volver simétrica y en la cual él es visto como una persona integral y no como un expediente, la cual tiene el derecho y la obligación de ser partícipe de la toma de decisiones sobre su salud, a estar informado y aclarar todas las dudas que tenga sobre su padecimiento, en este contexto la toma de decisiones conjuntas es fundamental para poder brindar una atención que sea centrada en la persona, pero ¿en qué momento es adecuado poder tomar decisiones de manera conjunta?, ¿Todas las decisiones se deben tomar de manera conjunta?, ¿Necesita haber algún conocimiento previo por parte de la persona para poder tomar decisiones?, ¿Cómo se toma una decisión informada?, ¿desde el inicio la persona está preparada para el cambio del modelo de atención? ¿presenta resistencia para ser partícipe de la toma de decisiones? , todas estas preguntas trataran de ser respondidas en el siguiente ensayo.

Objetivos

Objetivo general

- Definir cuáles son los pasos a seguir para tomar decisiones conjuntas en la atención de personas que viven con enfermedades crónicas

Objetivos específicos

- Definir qué es la toma de decisiones conjuntas
- Evaluar cuando es el momento óptimo para tomar decisiones de manera conjunta
- Analizar cuáles son los factores que influyen para tomar decisiones de manera conjunta
- Describir cómo es la transición del modelo paternalista de atención médica al modelo de atención centrado en la persona

Justificación

La toma de decisiones de manera conjuntas constituye la base para poder tener una atención centrada en la persona, y resulta fundamental en el control de enfermedades crónicas, porque es el medio en el cual se llega a acuerdos sobre la atención médica y la ruta terapéutica que se seguirá.

Es necesario establecer cuál es el momento oportuno para tomar las decisiones de manera conjunta porque así es más fácil que la persona pueda llevar a cabo los objetivos que se planteen y que tanto el médico como la persona estén en la misma sintonía para lograrlo, pero como todas las decisiones en el contexto de la salud se deben tomar de manera informada y sabiendo cuáles son los beneficios y los prejuicios que tiene realizar determinada medida terapéutica es por ello que la persona debe antes de poder tomar una decisión saber el contexto de su padecimiento, lo cual no siempre es fácil de lograr desde un inicio, debido a que el modelo de atención paternalista está muy arraigado en la comunidad, y algunas personas se niegan a ser partícipes en la toma de decisiones así como de estar informados y conocer el padecimiento con el cual viven.

Si la persona no sabe que tiene la obligación y el derecho de tomar decisiones sobre su salud es imposible que se puedan tomar acuerdo de manera conjunta ya que para que esto suceda se debe quitar el concepto del paternalismo e introducir el concepto de atención centrada en la persona, así como crear un ambiente de confianza en el cual se pueda expresar inconformidades, dificultades y retos en la atención médica, por ello es importante definir en qué momento y qué decisiones se deben de tomar de manera conjunta así como cuál es la mejor manera en que la persona sea capaz de tomar las mejores e informadas decisiones en su atención médica.

Desarrollo

La comunidad del Centro de Salud T-III Xochimilco suele estar acostumbrada a una relación médico paciente basada en un modelo de atención paternalista en la cual el médico actúa como el tutor del paciente, como un buen padre que sabe que es lo mejor para el paciente, sin que sea necesario la participación de este, pero cuidando de situar los intereses del paciente por encima de los propios, en este modelo se presupone la existencia de un criterio objetivo que le permite al médico discernir lo que sea mejor para el paciente, sin que la opinión de este sea la determinante, y está fundamentado en la suposición que la enfermedad coloca al paciente en una situación de necesidad y de incompetencia moral, pues las manifestaciones de la enfermedad perturban el buen juicio del paciente y su capacidad para tomar decisiones.¹ Romper este paradigma de atención médica resulta un tanto complicado y no siempre se logra hacerlo al 100% pues existe una resistencia de las personas debido a que por costumbre y tradición toda su vida han sido atendido de esta manera, y si bien resulta efectivo cuando hablamos de una enfermedades agudas como un faringitis bacteriana la cual después de un ciclo óptimo de antibiótico, tratamiento sintomático y recomendaciones específicas que se deben seguirán en un determinado tiempo en específico resolverá y tendrá una curación, con un bajo riesgo de recurrencia por un largo tiempo, no es así el caso de un enfermedad crónica degenerativa la cual desafortunadamente estará presente a lo largo de toda su vida, haciendo que tenga repercusiones en la forma en que realiza sus actividades diarias, convivencia con sus familiares y sus relación laboral, así como también si no se controla tendrá daños en el organismo los cuales se van acumulando y creando complicaciones dependiendo de cuál es la enfermedad crónica con la que se vive, por ello el modelo paternalista se queda corto en la calidad de atención y empatía que se necesita ya que el médico no vive día a día con la persona, no sabe las repercusiones que tiene en la persona vivir con una enfermedad crónica y desafortunadamente no existe una cura del padecimiento por lo que las recomendaciones se deben seguir por un tiempo indefinido por ello toma relevancia un modelo de atención centrado en la persona en el cual se considera el establecimiento de una relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad en donde se enfatizan los derechos y deberes de los involucrados, basado en corresponsabilidad del cuidado de la salud, centrando el foco en la persona y sus necesidad lo que significa que la atención deberá cumplir con un trato compasivo, respetuoso, empático, competente, eficiente y sensible a las necesidades, valores y preferencias para cada usuario y debe proveer de la

información necesaria para que la persona pueda ser partícipe de las decisiones relativa a su salud , respetando las competencia individuales, habilidades, valores y preferencias personales ².

Está claro que centrar la atención medica en la persona es una de las mejores estrategias para lograr el control de las enfermedades crónico generativas, pero las personas no lo saben ya que están acostumbradas a solo acatar indicaciones y no cuestionar al médico que les da la consulta, por ello al iniciar la atención con una persona nueva en el modelo de atención centrado en la persona resulta complicado pues primero se necesita hacerle conocer que existe una alternativa a la atención medica tradicional, lo cual es bien recibido por la gran mayoría de las personas, aunque no comprendido de manera al 100% de manera correcta, hay también un grupo minoritario que se resiste al cambio pues consideran que ellos no deben ser quienes tomen las decisiones debido a que ellos tomaron las tomaron en el pasado y eso los llevo a vivir con una enfermedad crónica, relegando todas las decisiones de importancia al médico y negándose a recibir educación sobre su padecimiento pues por algo el medico estudio tanto tiempo en una facultad de medicina y quienes son ellos para desacreditarlo, partiendo de este lado se complica la atención pues al no querer tener un papel activo durante la consulta se deben buscar estrategias alternas en las cuales indirectamente ellos participen en la toma de decisiones.

Los cambios de un paradigma no se logran de la noche a la mañana y mucho menos en una consulta por ello, se debe buscar la constancia y consistencia consulta tras consulta para poder realizar cambios en la percepción de cómo debe ser la atención médica en todos los niveles que están involucrados en el centro de salud desde cómo se recibe en el archivo a la persona , el trato en la zona de espera y la atención que le brinda el personal de enfermería al tomarle los signos vitales, considerando como primer paso lograr que la persona se sienta cómoda en la consulta para crear recurrencia en sus visitas y que así acuda cada vez que se le agende una cita, con ellos nos habremos ganado la confianza y respeto de la persona y facilitara que él se sienta seguro de poder realizar cuestionamiento, los cuales se deben responder de manera amable y de forma que los pueda comprender, en cada consulta nueva se puede intentar que el paciente aprenda algo sobre su padecimiento como recalcándole las objetivos para alcanzar para el control de la enfermedad con la que vive, es decir recordarle cuales es el valor de presión arterial que se considera normal y que él sea el que diga si está dentro de rangos o no, recordándole al prescribirle la receta cual es la forma en la que actúa su medicamento y porque es necesario que se lo tome de determinada manera, también al inicio de la consulta se debe cuestionar como se sintió con el medicamento, efectos adversos que notara y si se sentía cómodo con la medición que estaba tomando, interesarse por cuáles son sus hábitos alimenticios y cuál es el motivo por el cual no puede cambiarlos y buscar soluciones para que pueda tener una mejor alimentación sin descuidar el apartado de actividad física, una vez que se realicen estas acciones repetidamente la persona notara que la atención medica es distinta a la convencional y si todo sale bien comenzara a hacer más activo durante la consulta y comenzaremos a estar en sintonía para poder tomar acuerdos o decisiones de manera conjunta porque tendremos un paciente que sabe que puede participar y que tiene un cierto conocimiento básico de su padecimiento que le permite saber cuáles son las mejores decisiones que se pueden tomar. Por otro lado, está la persona que ve con buenos ojos desde un inicio la atención centrada en la persona y que siente satisfacción en poder ser partícipe activo durante la consulta, pero que no ha sido orientado previamente ni informado acerca de cuáles son las características de los padecimientos con los cuales vive, con ellos resulta más sencillo poder llegar acuerdos en común ya que al mismo tiempo que se le informa acerca de los objetivos de control de la enfermedad, se toma la decisión de cómo lograrlos, en que tiempo hacerlo y cuales son los cambios en la vida que se pueden hacer de manera rápida y cuales tomarán más tiempo, da la facilidad de estructurar un plan en el cual convergen los objetivos terapéuticos, la posibilidad de la persona en lograrlos y la disponibilidad de recursos personales y de la institución, en este contexto surge el dilema al momento de realizar el plan terapéutico, acerca de cuáles son las decisiones en las que puede participar la persona para decidir su manejo, si bien nunca se debe imponer un tratamiento o manejo específico, si hay ciertas indicaciones y medidas terapéuticas que se tienen que seguir ya que se busca que la persona tenga acceso a un tratamiento con la mejor evidencia que existe y con esto evitar la progresión de la enfermedad que repercutira en una disminución de la

calidad de vida, en este contexto toma relevancia diferenciar cuando una persona no puede realizar determinada condición terapéutica y cuando no quiere realizar, esto se ejemplifica en una decisión desafortunadamente muy común en el día a día del tratamiento de personas con enfermedades crónicas, un paciente el cual tiene una Hemoglobina glicosilada elevada la cual tiene una indicación absoluta para iniciar con esquema de insulinización y la cual se niega a iniciarlo porque no le gusta tener un medicamento el cual necesita estar siendo inyectado continuamente, aquí es muy importante tener la capacidad de generar un diálogo estratégico que permita crear una conversación en la cual se descubra cuál es el motivo por el cual no quiere inyectarse el medicamento, si es miedo a los efectos que puede tener en su cuerpo, la recurrencia de la inyección, fobia a las agujas, familiares o conocidos que tuvieron resultados adversos utilizando la terapia o cualquier otro factor que cree la negatividad a usarlo, al momento que se lleva este diálogo se debe valorar la capacidad de convencimiento que tendrá la persona y en caso de que sea innegociable, se puede optar por ofrecer una terapia menos efectiva pero la cual sí pueda seguir el paciente y con la cual se sienta conforme, siempre informando de cuáles son los riesgos y las consecuencias de no iniciar el tratamiento que está indicado; muy distinto es el caso de la persona que no puede tener acceso a cierto tipo de medicamentos como la insulinización ya sé porque no cuenta con los recursos para poder mantener adecuadamente la red de frío que implica la insulina, no tener la posibilidad de tener acceso a la insulina al momento en el que necesita aplicarla, ya sea porque las condiciones de su trabajo no le permiten tenerla almacenada al momento de usarla, o no poder tener el acceso económico para adquirirla, en este caso es imposible seguir la medicación y si o si se debe optar por otras medidas médicas que sí pueda seguir el paciente. Nótese que en estas situaciones hay varios vertientes de cómo abordar el problema y entra en juego la pericia para negociar y crear acuerdos de manera conjunta, en el caso de que el paciente no quiera seguir el tratamiento se puede utilizar el discurso de convencimiento y mencionarle cuáles son las ventajas de usarlo, así como incentivarlo a que ese tratamiento que no le agrada solo se puede utilizar de manera esporádica en lo que se llegan a ciertas meta y posteriormente se pueda realizar un esquema de tratamiento el cual sea a base de hipoglucemiantes orales, teniendo así margen de negociación y convencimiento, caso más complicado cuando la persona no puede someterse a una determinada terapia médica porque le es imposible acceder a ella, en donde no hay margen de negociación y lo único que se puede es buscar alternativas a la situación.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) un organismo público independiente que proporciona orientación y asesoramiento a nivel nacional para mejorar la atención sanitaria y social en Inglaterra define a la toma de decisiones compartidas como “Un proceso en el que los médicos y los pacientes trabajan juntos para seleccionar las pruebas, tratamiento y evidencia basado en la preferencia informada del paciente, que involucra el implemento de información basada en resultados e incertidumbre, junto al asesoramiento y apoyo a la toma de decisiones con un sistema para registrar e implementar las recomendaciones del paciente”³, esta definición apoya el hecho de que todo el tiempo el paciente debe estar informado y se le deben de ofrecer toda la evidencia científica presente al momento de la consulta en un formato que sea favorable para que el lo entienda, utilizando analogía acorde al nivel de estudios y capacidad de razonamiento de la persona, asegurándonos de que toda la información sea entendida, ya que con esto existirá la capacidad para poder debatir las ventajas y desventajas de algunas situaciones que se tengan que abordar al momento de la consulta. No se puede tomar decisiones de algo que no se conoce, por lo que tener un paciente que tenga conceptos fundamentales hace la diferencia para que se puedan tomar decisiones de manera conjunta.

Conforme la persona está más informada y es consciente de las alteraciones que existen en su cuerpo al tener un enfermedad crónica, así como la importancia de prevenir las complicaciones y de tratar de conservar la mayor calidad de vida, se crea un concepto muy importante en la atención centrada en la persona el cual es el de “la autonomía” la cual puede estar definida como la capacidad del individuo para reflexionar sobre las opciones disponibles en relación con sus valores, objetivos y preferencias³. En este sentido resulta más que obvio que el objetivo final es que los paciente participen de manera activa en las decisiones de su salud, como también no se puede dejar de lado que los médicos deben

considerar a los pacientes como sujetos informados y desarrollar así un plan terapéutico conjunto, que se base en las necesidades, valores y prioridades del paciente ⁴.

Un aspecto importante al Implementar el modelo de atención centrado en la persona es tener en cuenta las consideraciones éticas relevantes en torno a la autonomía, la beneficencia y la justicia ⁵. En el sentido ético a la persona se le debe respetar su autonomía como sujeto de derecho en la relación clínica, así el consentimiento informado a la hora de iniciar la atención centrada en la persona es muy importante para garantizar el ejercicio de la autonomía del individuo y dignidad de la persona ⁶.

Como se ha mencionado anteriormente la persona y los profesionales de salud deben tener el conocimiento y estar educados en el nuevo paradigma de la atención centrada en la persona, trayendo un reto enorme para el médico que brinda atención a la persona con enfermedad crónica pues ahora debe ser también un facilitador que acompañe a la persona en la toma de decisiones, explicándole de manera clara y sencilla las diferentes alternativas de diagnóstico y tratamiento, junto con los posibles beneficios y riesgos de cada una, ayudándolo a procesar esta información para que finalmente pueda decidir cuál opción es la que mejor se ajusta a sus necesidades, preferencias y circunstancias individuales ⁷.

Conclusión

La atención centrada en la persona es el camino más adecuado para lograr el control de las enfermedades crónicas degenerativas, ya que se enfoca en la responsabilidad compartida del cuidado de la salud, promoviendo la participación activa de las personas en la toma de decisiones relativas a su propia salud, implementando por medio de una comunicación asertiva, respeto a las preferencias y valores individuales, información a la persona sobre su estado de salud y cuidados necesarios.

Al cambiar el paradigma de atención médica y ver al paciente como una persona que tiene una familia, un trabajo y una vida a su alrededor se consigue crear un ambiente de confianza en el cual la persona agradece que se le tome en cuenta, se le escuche y explique, regresando ese esfuerzo en apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico el cual se ve reflejado en la obtención de los resultados planteados de una manera más rápida a la tradicional.

Como en cualquier cambio de paradigma el inicio no es fácil, desde el tener pacientes que no quieren salir de la zona de confort del modelo paternalista y hacer la transición al modelo de atención centrado en la persona, hasta las trabas institucionales, en donde la directiva y departamento de enseñanza no comprenden la importancia de este modelo y lo denigran porque no genera la misma cantidad de productividad que el modelo tradicional, cuando lo importante en este modelo no es cuántos pacientes se ven en un lapso de tiempo determinado, sino la calidad de atención que se da a la persona, la cual se ve reflejada en mejores cifras de atención, mejora en la percepción global de los servicios de salud y reducción a largo plazo de número de consultas que tiene así como de complicaciones.

En la experiencia recabada en con la atención de pacientes del CST-III Xochimilco se puede proponer los pasos a seguir poder tomar decisiones conjuntas son los siguientes:

1. Construir un relación de confianza y comunicación entre la persona- prestador de servicios de salud
2. Reconocer los valores, preferencias y metas de cada persona así como las limitaciones que presente y los puntos a mejorar
3. Dar información básica y entendible para que en todo momento las decisiones sean de manera informada
4. Según lo permita cada persona iniciar con decisiones sencillas como la actividad física que puede realizar, cuanta cantidad de calorías disminuimos en la dieta, etc
5. Aclarar los objetivos de cada decisión y establecer juntos cuál será la manera de evaluar que esa decisión haya resultado efectiva

6. Según lo permita cada persona tomar decisiones más complejas como desescalar esquemas de tratamiento
7. En esta serie de pasos se debe tener siempre presente que en ningún momento se puede imponer ningún tipo de decisión de manera autoritaria, y en medida que sea posible se tiene que deliberar con la persona y llegar a un acuerdo en el cual los dos estén en sintonía.

Si bien existen factores, institucionales, económicos y familiares que limitan cierto aspectos de la toma de decisiones conjunta como lo es la disponibilidad de medicamentos, el precio elevado de ciertos fármacos, una red de apoyo deficiente, ingresos económicos fluctuantes, siempre se debe buscar una solución para lidiar con ellos de la mejor manera en cada caso de manera individualizada.

La mejor experiencia que se puede tener al brindar atención centrada en la persona es poder descubrir que cada persona es un mundo totalmente distinto con una realidad única y fascinante, en donde se pasa de la teoría de seguir determinada guía de tratamiento para alguna enfermedad crónica a ponerlo en práctica con la realidad de una personas que afronta dificultades para controlar el padecimiento con el que vive, y poder ser parte del equipo que ayuda a lograrlo.

Algunos aspectos mejorables que permiten brindar la atención de mejor manera sería tener una base teórica sólida sobre el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, es decir revisar de una manera más prematura los aspectos más importantes en el tratamiento farmacológico, ya que esto ayudaría a crear un plan terapéutico óptimo desde un inicio. La atención de las personas mejoraría al tener el asesoramiento de especialistas de determinadas ramas como cardiologica, cirugía vascular y nefrologia los cuales dieran retroalimentación y asesoraran sobre determinado manejo que les compete a su área de especialización.

Si bien hay cosas que mejorar en la atención de las personas con enfermedades crónicas que dependen en gran parte del sistema nacional de salud, con la formación de este proyecto y con el entusiasmo de cada médico pasante que participa en él se está logrando un cambio en el paradigma de atención médica, por lo que cada paciente nuevo que se suma a este modelo de atención y que mejora su estado de salud es el motor y motivación que nos impulsa para seguir sumando en mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad crónica.

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

Se realizó una evaluación de la Satisfacción de las personas con su médico de primer contacto en el modelo de atención centrado en la persona en unidades de primer nivel de atención de la jurisdicción sanitaria de Xochimilco

Índice

Objetivo:12

Diseño.....12

Lugar de realización12

Marco Teórico12

 Relación Médico-Paciente14

 Atención Centrada en la Persona (ACP)14

 Toma de Decisiones Compartida (SDM)15

 Autogestión de Enfermedades Crónicas.....15

 Integración de Enfoques15

Material y método16

Mediciones.....16

Resultados17

 Perfil sociodemográfico17

 Distribución de Edad por Centro de Salud..... 17

 Escala PDRQ-918

 Comparación General18

 Comparación por Género.....18

 Análisis de la distribución del puntaje total de la PDRQ-918

Discusión.....¡Error! Marcador no definido.

 Implicaciones para el modelo ACP20

 Contextualización en Enfermedades Crónicas20

Conclusión.....20

Bibliografía¡Error! Marcador no definido.

Satisfacción de las personas con su médico de primer contacto en el modelo de atención centrado en la persona en unidades de primer nivel de atención de la jurisdicción sanitaria de Xochimilco

Objetivo:

- Describir la satisfacción de la relación con su médico de primer contacto por mediante la utilización Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9)
- Describir las características sociodemográficas de las personas que participa en la jurisdicción sanitaria de Xochimilco en el Modelo de Atención Centrado en la Persona
- Crear recomendaciones para mejorar la implementación del modelo de atención centrado en la persona en unidades de primer nivel

Diseño

Estudio transversal, multicéntrico.

Lugar de realización

En tres centros Salud de Atención Primaria pertenecientes a la Secretaría de Salud ubicados en la jurisdicción sanitaria de Xochimilco que implementan el modelo de Atención Centrado en la Persona (CST-III-Xochimilco, CST-III Tulyehualco, CST-III San Mateo)

Marco Teórico

La relación médico-paciente constituye uno de los pilares fundamentales de la atención sanitaria, ya que influye de manera directa en la adherencia terapéutica, la satisfacción del paciente y los resultados clínicos a largo plazo (1). Esta relación implica una interacción bidireccional en la que intervienen factores como la empatía, la comunicación, la confianza y la participación activa del paciente en su proceso de salud (2). El interés por evaluar y mejorar la calidad de la relación médico-paciente ha llevado al desarrollo de herramientas como el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), instrumento validado en diferentes contextos clínicos y culturales para medir la percepción del paciente sobre la relación con su médico (1). El PDRQ-9, desarrollado por Van der Feltz-Cornelis et al. (1), consta de nueve ítems enfocados en dimensiones clave como la comprensión, la dedicación y la accesibilidad del médico. Su aplicación ha mostrado una alta confiabilidad ($\alpha > 0,9$) y una estructura unifactorial consistente. Estudios como el de Martín-Fernández et al. (2) y Fernández Castillo et al. (3) han demostrado su utilidad para identificar áreas de mejora en la interacción clínica, así como para correlacionar la calidad de la relación con resultados como la adherencia terapéutica.

En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, la relación médico-paciente cobra especial relevancia. Fernández Castillo et al. (3) validaron el PDRQ-9 en pacientes diabéticos mexicanos, destacando la importancia de contar con una comunicación empática y un acompañamiento constante para favorecer el control glucémico. Estos hallazgos coinciden con la literatura que enfatiza que una interacción efectiva entre profesionales de salud y pacientes permite mejorar la autoeficacia, el apego terapéutico y la calidad de vida (4). La atención centrada en la persona (ACP) es un enfoque complementario a la relación médico-paciente, pues se basa en tratar al paciente como un sujeto activo, considerando sus valores, creencias y preferencias [5]. Este modelo, ampliamente promovido en sistemas de salud como el NHS en Reino Unido, propone cuatro principios fundamentales: dignidad y respeto, atención coordinada, atención personalizada y empoderamiento del paciente (5). Implementar una ACP requiere un cambio cultural y organizativo en los servicios de salud, donde el profesional pasa de ser la figura dominante en la toma de decisiones a un facilitador del autocuidado (5). La toma de decisiones compartidas (TDC) complementa la ACP al fomentar una colaboración activa

entre médicos y pacientes en la elección de tratamientos. Páez y López (6) describen este modelo como un proceso que integra la mejor evidencia científica con las preferencias informadas del paciente, garantizando una autonomía efectiva y una relación más equitativa. Estudios recientes resaltan que la TDC no solo mejora la satisfacción del paciente, sino que también conduce a una mayor adherencia terapéutica y mejores resultados en salud (6). Por su parte, el concepto de autogestión ha adquirido gran relevancia en el contexto de enfermedades crónicas. Van de Velde et al. (7) la definen como la capacidad del paciente para manejar responsablemente su enfermedad, adquirir habilidades y tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Esta perspectiva fomenta la participación activa del paciente, la adquisición de competencias conductuales y la integración de intervenciones educativas orientadas al autocontrol(7). La integración de ACP, TDC y autogestión en la práctica clínica permite construir una relación médico-paciente más sólida y centrada en la persona. Al combinar una comunicación efectiva, una colaboración en la toma de decisiones y el fortalecimiento de la autonomía del paciente, se crean condiciones propicias para la prevención de complicaciones, el manejo de enfermedades crónicas y el mejoramiento de la calidad de vida (5-7). Estos enfoques no sustituyen las herramientas tradicionales de evaluación como el PDRQ-9, sino que las complementan, proporcionando una visión holística de la experiencia del paciente. Diversos estudios han demostrado que una buena relación médico-paciente puede traducirse en resultados tangibles. Por ejemplo, en la investigación de Martín-Fernández et al. ((2)), la aplicación del PDRQ-9 en atención primaria mostró que factores como la edad avanzada y el entorno rural se asociaban con niveles más altos de satisfacción. Por otro lado, la validación realizada por Fernández Castillo et al.(3) en México evidenció que una relación basada en el respeto, la empatía y la claridad en la comunicación influye de forma positiva en la percepción de la calidad del servicio y en la adherencia a tratamientos complejos como el de la diabetes mellitus.

A la luz de estos enfoques, es posible concluir que el futuro de la atención sanitaria debe orientarse hacia un modelo integrado donde el paciente sea el centro del proceso, con profesionales que actúen como aliados estratégicos y guías. Este cambio implica no solo desarrollar habilidades comunicativas y de toma de decisiones, sino también incorporar herramientas tecnológicas y métricas que permitan evaluar la satisfacción y la efectividad de la relación clínica de forma continua (5-7). La literatura contemporánea sobre la atención centrada en la persona (ACP) ha subrayado la necesidad de redefinir los roles tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes, estableciendo una relación más horizontal en la que ambos colaboran activamente para alcanzar metas terapéuticas. Este enfoque no solo se centra en la enfermedad, sino también en la experiencia subjetiva de cada paciente, valorando sus necesidades emocionales, sociales y culturales (5). La ACP surge como respuesta a los modelos tradicionales de atención que frecuentemente trataban al paciente como un receptor pasivo de intervenciones, ignorando en muchas ocasiones su participación activa y sus expectativas de cuidado. La implementación de estrategias de ACP en sistemas de salud ha demostrado beneficios medibles en diversos países. Por ejemplo, estudios en el Reino Unido reportan mejoras en la satisfacción del paciente, una mejor comprensión de los tratamientos y una mayor adherencia a las recomendaciones médicas cuando se adoptan programas de acompañamiento personalizado (5). Asimismo, el fortalecimiento de la relación médico-paciente se ha visto potenciado por la inclusión de herramientas de medición como el PDRQ-9, las cuales permiten identificar fortalezas y áreas de mejora en la interacción clínica.

La toma de decisiones compartidas (TDC) ha evolucionado como un puente conceptual entre la ACP y la medicina basada en la evidencia. Páez y López (6) sostienen que la TDC favorece la autonomía del paciente al integrarlo en un proceso deliberativo donde la información médica se presenta de forma clara y accesible, permitiendo al paciente evaluar riesgos, beneficios y alternativas en función de sus valores personales. Este enfoque implica que los profesionales desarrollen habilidades avanzadas de

comunicación y empatía, fomentando un entorno de confianza y respeto mutuo. En enfermedades crónicas, donde la gestión diaria recae en gran medida sobre el propio paciente, la autogestión se convierte en una competencia esencial. Van de Velde et al. (7) identifican diez atributos principales de la autogestión, incluyendo la capacidad de tomar decisiones informadas, la responsabilidad personal y el uso eficaz de recursos disponibles. Además, destacan que los programas de autogestión no solo mejoran la calidad de vida, sino que también reducen el uso innecesario de servicios de salud al empoderar al paciente para manejar su condición de forma proactiva.

Una de las implicaciones más significativas de integrar ACP, TDC y autogestión es la transición hacia un modelo de atención colaborativo y preventivo, donde se prioriza la educación del paciente y el desarrollo de habilidades para el autocuidado. La evidencia muestra que cuando los pacientes participan activamente en su tratamiento, los resultados clínicos mejoran notablemente, reflejando menores tasas de reingresos hospitalarios y un mayor control de los indicadores de salud (5-7). Además, en la era digital, el uso de tecnologías de la información y herramientas digitales ha potenciado estos enfoques, facilitando la comunicación continua entre médico y paciente y ofreciendo recursos educativos accesibles que apoyan la autogestión. Estas innovaciones complementan las métricas tradicionales y ayudan a generar datos en tiempo real sobre la satisfacción del paciente y el impacto de las intervenciones médicas. En conclusión, la sinergia entre una relación médico-paciente sólida, la atención centrada en la persona, la toma de decisiones compartidas y la autogestión configura un modelo de atención de salud moderno, eficaz y humanizado. Este modelo coloca al paciente en el centro, promueve la corresponsabilidad en el cuidado y asegura que las decisiones médicas reflejen no solo la mejor evidencia científica disponible, sino también las preferencias y valores de cada individuo.

Relación Médico-Paciente

Los estudios sobre la relación médico-paciente tienen una historia de años debido a su efecto en la calidad del tratamiento. Modelos como los propuestos por Szasz y Hollender en el siglo XX describen diferentes tipos de relaciones (paternalista, cooperativa y participativa) que siguen siendo relevantes en la práctica clínica actual. Sin embargo, hasta ahora, ni la medicina centrada en la persona ni la nueva tecnología han cambiado este patrón básico. Hoy en día, los pacientes y los médicos generalmente tienen relaciones menos verticales donde la información fluye del médico hacia el paciente.

Estudios recientes han encontrado que las percepciones de los pacientes sobre el apoyo emocional y la capacidad de un médico para comunicar empatía en la interacción son algunos de los predictores significativos para el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, especialmente en personas con enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes mellitus. En este contexto, el PDRQ-9 es una herramienta objetiva que permite medir los elementos subjetivos de la interacción clínica, ayudando directamente a los médicos a recibir retroalimentación rápida y continua (1, 2, 3).

Atención Centrada en la Persona (ACP)

La ACP no solo busca proporcionar un tratamiento médico adecuado, sino también alinearse con las esperanzas, valores y contexto de vida de los pacientes. Esto requiere el cultivo de las llamadas habilidades "blandas" como la escucha activa, el control emocional y la negociación de objetivos terapéuticos. En países donde los sistemas de salud se han orientado hacia la ACP, se lograron ahorros a largo plazo a través de una mejor gestión de enfermedades crónicas y menos hospitalizaciones evitables (5).

La guía "Atención Centrada en la Persona Hecha Simple" (5) enfatiza que la ACP no debe considerarse una filosofía abstracta sino prácticas tangibles. Estas últimas incluyen planes de atención personal, evaluaciones periódicas de necesidades y promoción de las autonomías del paciente. El personal de

salud debe asumir un rol de facilitador, ayudando a las personas a adquirir habilidades de autocuidado y a comprender mejor su salud.

Toma de Decisiones Compartida (SDM)

Como herramienta, la Toma de Decisiones Compartida (SDM, por sus siglas en inglés) también proporciona una forma para que los pacientes comprendan que el dolor tiene significado y propósito; esta comprensión sólo puede ocurrir dentro de los valores personales de uno. Por ejemplo, en escenas clínicas muy complicadas como elegir un método o seleccionar una terapia combinada para enfermedades crónicas, es necesaria una evaluación sobria de riesgos y beneficios (6). Según Páez y López (6), sin embargo, aunque tanto los médicos como los pacientes siempre son responsables de sus acciones, la distinción entre ellos debe ser clara. De esta nueva forma de consenso general surgirá una alianza terapéutica efectiva. Tal comprensión garantizará menos malentendidos por un lado y una participación cooperativa más fácil por parte de todos los involucrados por otro; en resumen, todo va bien cuando va en dos direcciones (como dicen las personas). En la misma línea, la filosofía de la SDM corresponde con la autonomía relacional, que enfatiza que las elecciones de las personas están moldeadas por su entorno social y cultural. El paciente debe tener información clara, tiempo suficiente para la deliberación, así como apoyo emocional de especialistas en esta perspectiva. Esta perspectiva también se aparta de los modelos tradicionales de tratamiento donde el médico es la única autoridad. Da espacio para que los pacientes participen activamente en la definición de su propio proceso de curación y, en última instancia, eso los convierte en ciudadanos más responsables.

Autogestión de Enfermedades Crónicas

En áreas como la diabetes, la EPOC y la insuficiencia cardíaca, los proyectos que enseñan a los pacientes a gestionar su propio cuidado y dar retroalimentación sobre ello son muy útiles. Van de Velde et al. (7) dicen que la autogestión no solo significa monitorear la propia farmacia de medicamentos, sino adquirir una habilidad que combina autoevaluación, resolución de problemas y vivir con el cambio constante en situaciones. Cuando la investigación se ha concentrado en mejorar la autogestión, se ha demostrado que reduce las hospitalizaciones y mejora la calidad de vida (7). Además, la autogestión está conectada con la mejora de la autoeficacia. Porque un paciente siente que controla su propia salud, hábitos como dejar de fumar pueden establecerse más fácilmente y la adherencia al tratamiento es generalmente mejor; también cuando buscan apoyo de redes sociales. Estas condiciones son centrales para el desafío de la enfermedad crónica en sistemas de salud que están llenos de personas.

Integración de Enfoques

Al integrar la ACP, la SDM y la autogestión, surge un nuevo modelo de atención integral en el que el paciente se coloca en el centro donde los profesionales de la salud actúan solo como guías. El PDRQ-9, bajo este modelo de atención, no es solo una herramienta para evaluar las relaciones en términos de calidad y cantidad, sino que actúa mientras se cuantifican. Podemos usar este concepto de salud integral para hacer intervenciones que sean personalizadas y hagan que los pacientes se sientan satisfechos con el tratamiento.

En conclusión, la aplicación de modelos de salud centrados en la persona requiere cambios en los métodos clínicos, la formación profesional y el liderazgo en servicios. Basado en los hallazgos de esta revisión de investigaciones relacionadas, la investigación sobre el tema desde el punto de vista de alguien que vive en sociedad equipado con ACP, SDM y autogestión, la relación médico-paciente es un determinante importante de la adherencia al tratamiento y el bienestar.

Material y método

Se realizó un estudio transversal, multicéntrico en el cual se incluyeron tres centros de salud de atención primaria ubicados en la jurisdicción sanitaria en donde se solicitó la participación de las personas que están forman parte del modelo de atención centrada a la persona implementado por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) para responder el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) El tamaño de la muestra se calculó para que fuera estadísticamente representativa considerando que en el CST-III Xochimilco participan 76 personas, en el CST-III Tulyehualco participan 70 pacientes y en el CST-II San Mateo Xalpa participan 70 paciente confirmando una población total de 216 obteniendo una muestra mínima de 121.

Se lograron recolectar 174 encuestas respondidas durante una consulta física o durante una llamada telefónica según la disponibilidad de cada persona logrando recolectar 174 encuestas contestadas distribuidas de la siguiente manera. 70 encuestas del CST-III Xomilico, 52 encuestas del CST-III Tulyehualco y 52 del CST-II San Mateo Xalpa.

Mediciones

Se realizó de dos maneras diferentes ajustadas según la disponibilidad de cada persona para responder. La primera fue mediante un medico pasante perteneciente al Modelo de atención centrada en la persona durante la consulta de control realizó la Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9)

La segunda fue mediante una llamada telefónica, un médico pasante perteneciente al Modelo de atención centrada llamaba por teléfono a las personas y aplicaba encuestas a distancia mediante llamada telefónica.

La herramienta empleada fue el PDRQ-9 en su versión compuesta por 9 ítems, basada en la adaptación realizada por Mingot en donde cada ítem se responde mediante asignando un valor numérico de acuerdo a que tanto se sientan identificado con una opción de la siguiente manera: 1 (“nada apropiado”), 2 (“algo apropiado”), 3 (“apropiado”), 4 (“bastante apropiado”) y 5 (“muy apropiado”)

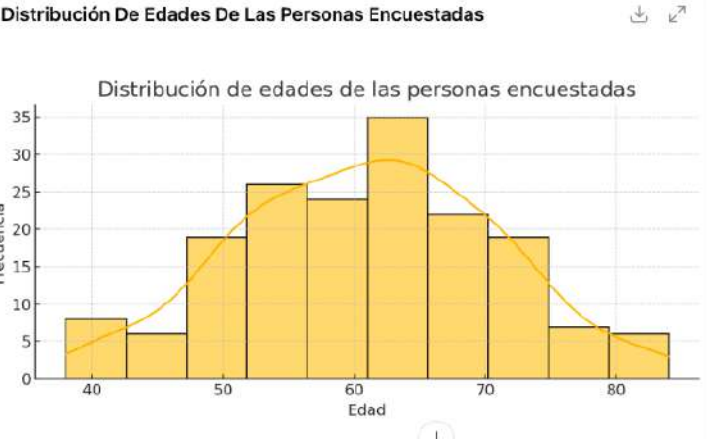
Posteriormente se preguntaba edad y sexo para tener mas características sociodemograficas de la población.

La PDRQ-9 tiene un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 45, se establecieron 3 rango para dividir el resultado en 3 categorías, de la siguiente forma 0-15 para dar una satisfacción baja, de 16-30 para una satisfacción regular y 31-45 para una satisfacción alta.

Resultados

Se encuestaron a ciento setenta y cuatro usuarios de tres centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Xochimilco: CST-III Xochimilco (70 encuestas), CST-III Tulyehualco (52 encuestas) y CST-II San Mateo Xalpa (52 encuestas) con el instrumento "PDRQ-9" adaptado con las siguientes referencias:

- 1. Mi médico me ayuda.
- 2. Mi médico tiene tiempo para mí.
- 3. Creo en mi médico.
- 4. Mi médico me entiende.
- 5. Mi médico se dedica a ayudarme.
- 6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas.
- 7. Puedo hablar con mi médico.
- 8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico.
- 9. Siento a mi médico fácilmente accesible



Perfil sociodemográfico

Distribución de Edad por Centro de Salud

La edad media de la población encuestada fue de 60.9 años (rango de 38 a 84 años), y la mayoría eran mujeres con un 81.4% mientras que el 18.6% eran hombres. La edad media difirió para cada centro de salud. CST-III Xochimilco tiene una edad media de 63.1, CST-II San Mateo Xalpa tiene una edad de 62 y CST-II Tulyehualco tiene una edad media de 57.

Los participantes no difirieron con respecto a la satisfacción general por edad ($r = -0.02$) ni por género (mujeres $M = 4.88$, hombres $M = 4.92$).

Los tres centros atienden principalmente a adultos mayores, con la población más anciana residiendo en Xochimilco (edad promedio 63.1 años), seguido por San Mateo (62 años) y Tulyehualco (promedio 57 años, pero aún atendiendo a adultos mayores).

La mayor edad de los participantes en Xochimilco podría estar relacionada con la percepción de menor accesibilidad a la atención médica o menos devoción empática a la atención médica; esto se debe a que los ancianos tienen preferencia por la disponibilidad, tiempo para escuchar y atención personalizada.

1. 1 Distribución de edad por centro de salud			
Centro de Salud	Edad media	Mediana	Rango
Xochimilco	63.1 años	65	42.0 - 83.0
San Mateo Xalpa	62 años	62	39.0 - 84.0
Tulyehualco	57 años	56	38.0 - 80.0

Escala PDRQ-9

El promedio para todos los ítems del PDRQ-9 fue de 4.88 en una escala de 5 puntos, representando una alta respuesta. Los mejores puntajes fueron "Mi médico y yo estamos de acuerdo en lo que significan mis síntomas" y "Confío en mi médico" (promedio = 4.91), mientras que los puntajes más bajos fueron "Mi médico tiene suficiente tiempo para mí" y "Estoy contento con el tratamiento de mi médico" (promedio = 4.82 y 4.86).Dicho esto, los puntajes en general reflejan mucha satisfacción con promedios que van (horizontalmente) de 4.82 a 4.91 para los ítems.

1.2 Promedio de cada Ítem	
Item	Promedio
2. Mi médico tiene tiempo para mí	4.82
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico	4.86
9. Siento a mi médico fácilmente accesible	4.88
5. Mi médico se dedica a ayudarme	4.88
1. Mi médico me ayuda	4.89
4. Mi médico me entiende	4.9
7. Puedo hablar con mi médico	4.9
3. Creo en mi médico	4.91
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	4.91

Comparación General

San Mateo y Tulyehualco casi lograron puntajes perfectos también, con promedios de 4.97 y 4.92, respectivamente. Los puntajes más bajos caen para Xochimilco (promedio: 4.80) donde queda mucho espacio para mejorar: Encuentro fácil ver a mi médico (4.73), Mi médico tiene suficiente tiempo para mí (7.46), y Puedo hablar con mi médico (4.80).

1.3Tabla de promedios por centro de salud			
	Promedio más alto	Promedio medio	Promedio más bajo
Centro de salud	San Mateo Xalpa (4.96)	Tulyehualco (4.92)	Xochimilco (4.80)

Comparación por Género

En cuanto al género, no solo fue más equilibrado que el promedio de estudios de asesoramiento reportados de 81.4% mujeres 18.6% hombres al encontrar que los hombres tienen CBT muy alto, de 4.81 a 4.97% (mujeres 4.79 a 4.90), también fue la respuesta opuesta a la relación médico-paciente, la mayoría de los promedios fueron ligeramente diferentes con los hombres tendiendo a calificar la relación médico-paciente más alto que las mujeres, lo cual es probable debido al cambio en la expectativa de los hombres de sus médicos dentro de sus relaciones médico-paciente contrastando con el cambio en la expectativa de las mujeres de sus médicos.

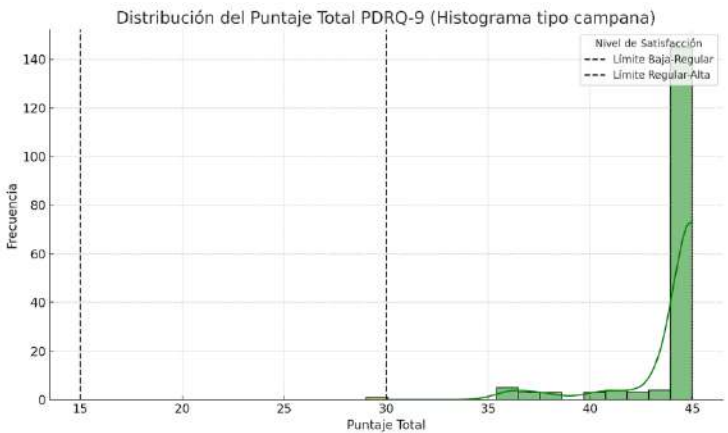


Tabla 1.7. Distribución por nivel de satisfacción:

Análisis de la distribución del puntaje total de la PDRQ-9

Se establecieron 3 rango asignando valores

de la siguiente manera 0-15 para dar una satisfacción baja, de 16-30 para una satisfacción regular y 31-45 para una satisfacción alta. En contrabando que el 99.42% de la población tiene un alta satisfacción, encontrado solo un 0.58% de la muestra con satisfacción regular y 0% con satisfacción baja, el único caso de satisfacción regular se encuentra en el CST-III Xochimilco coincidiendo con ser el centro de salud con el promedio más bajo de los 3 de salud.

Nivel de satisfacción	Número de Personas	Porcentajes
Alta Satisfacción	173	99.42 %
Satisfacción Regular	1	0.58 %
Mala Satisfacción	0	0 %

Tabla 1.5 Conteo por centro y nivel de satisfacción							
CENTRO	Alta satisfacción		Regular satisfacción		Mala satisfacción		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Xochimilco	69	98.57%	1	1.43%	0	0%	70
San Mateo	52	100%	0	0%	0	0%	52
Tulyehualco	52	100%	0	0%	0	0%	52

Discusión

El promedio total del PDRQ-9 fue de 43.5 sobre 45, lo cual si se traduce en los rangos establecidos se encuentra que el 99.42% de la población tiene una alta satisfacción y el 0.58% tiene un satisfaction regular, lo cual genera que la curva de distribución de frecuencia se carga al lado derecho de la gráfica de dispersión, lo cual sugiere que en los 3 centros de salud se está logrando un alto índice de satisfacción con el modelo de atención. Esto estaría en línea con los principios del Modelo de Atención Centrada en la Persona que aboga por una relación empática, respetuosa, centrada en la persona, con presencia humana completa y exhaustiva entre los profesionales médicos de atención primaria y las personas que se tratan en el modelo de atención.

Muchos estudios han reportado que los altos puntajes obtenidos de instrumentos, como el PDRQ-9, están relacionados con una mejor adherencia al tratamiento y esto se ha reflejado en el control de enfermedades crónicas y en la satisfacción general con los servicios de salud (9,10). Por lo tanto, los altos puntajes encontrados en este estudio también pueden estar asociados con mejores resultados clínicos.

Cabe destacar que el 81.4% de la población del estudio era femenina, en concordancia con trabajos previos que indican que las mujeres son más propensas a tener un uso más frecuente de los servicios de salud y a participar activamente en intervenciones comunitarias, y están más dispuestas a responder cuestionarios (11). Esta predominancia femenina también podría atribuirse a dinámicas socioculturales y económicas del entorno donde la mayoría de las mujeres son amas de casa o tienen trabajos informales y, por lo tanto, aparentemente pueden estar más disponibles para asistir a consultas.

Los hombres, por otro lado, están en una distribución menor y esto puede estar vinculado a modelos socioculturales tradicionales. Para muchos, los roles de los hombres son sobre fuerza, independencia y control. En estas circunstancias, ir al centro de salud puede ser visto como una señal de debilidad y a no en control de la familia y la comunidad.(12,13,14) Esto no solo ayuda a explicar su baja participación en estudios como este, sino que proporciona ideas para desarrollar intervenciones de salud que apunten a mejorar la equidad de género.

Este sesgo de género también podría sesgar los puntajes de satisfacción, ya que hay estudios que indican que las mujeres son evaluadoras más favorables en escalas sobre la percepción de apoyo emocional, posiblemente porque están más socializadas para asumir más tareas de cuidado y comunicación (15).

En cuanto a los centros de salud participantes, estos eran unidades en diferentes localidades con sus correspondientes características poblacionales, aún así, los puntajes logrados fueron muy similares. Esta uniformidad nos permite saber que la aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona puede llevarse a todos los centros de salud y que el personal médico que trabaja en él está capacitado satisfactoriamente.

Sin embargo, CST-II San Mateo mostró un promedio ligeramente más alto, con una calificación global de 4.98 y mostrando especial fortaleza en "Mi médico tiene tiempo para mí", "Mi médico me entiende", "Mi médico está dedicado a ayudarme" y "Encuentro fácil ver a mi médico". Tal centro podría usarse como referencia para identificar 'buenas' prácticas locales o 'buenas' estrategias comunitarias y para evaluar la transferencia de estas a otros centros. Tulyehualco obtuvo calificaciones mayormente sólidas, con énfasis en la comunicación: Puedo hablar con mi médico.

En el otro extremo, el puntaje de CST-III Xochimilco fue de 4.80, con los ítems con los puntajes más bajos siendo "Encuentro fácil ver a mi médico" (4.73) y "Mi médico tiene suficiente tiempo para mí" (4.46) áreas para mejorar. Esto podría estar asociado con ser el centro con más participantes en la encuesta y, correspondientemente, con la edad promedio mayor, este último factor posiblemente indicando un mayor requerimiento de atención individual.

Implicaciones para el modelo ACP

Los ítems que obtuvieron las puntuaciones más altas fueron:

"Mi médico está comprometido a ayudarme"

"Estoy satisfecho con la forma en que mi médico me trata"

"Puedo hablar con mi médico"

Estos hallazgos apoyan la noción de que la empatía, la disponibilidad y la buena comunicación son cruciales en la práctica de la medicina. Estos vectores están en consonancia con los principios fundamentales del modelo de atención centrado en la persona(16).

Alternativamente, aquellos que calificaron un poco más bajo en los ítems, por ejemplo la disponibilidad del médico, podrían indicar áreas de oportunidad para mejorar la relación médico paciente.

Contextualización en Enfermedades Crónicas

No debemos perder de vista que un porcentaje significativo de la población involucrada en el análisis tiene enfermedades crónicas como DM tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, por lo tanto, la importancia de una asociación entre el paciente y el médico. Hay evidencia de que una fuerte comprensión y relación empática con el médico aumenta las posibilidades de una mejor autogestión, apoya al apego terapéutico y favorece cursos clínicos favorables a mediano y largo plazo (17).

Conclusión

Se ha identificado un alto nivel de satisfacción entre los participantes en el Modelo de Atención Centrada en la Persona, sin embargo, mostrando homogeneidad entre cada uno de los centros de salud,

aunque cada centro de salud tiene ciertas fortalezas y esto puede explicarse por diferentes formas de implementar el modelo y la conceptualización del modelo de atención por cada Médico Pasante que brinda atención médica así como sus tutores clínicos, observando áreas de oportunidad, especialmente en la percepción de las personas de que su médico no tiene suficiente tiempo para ellos y que no están contentos con el tratamiento que tienen, esto podría deberse a cambios recientes a nivel institucional del paso de Secretaría de Salud a IMSS-BIENESTAR, donde el número diario asignado de pacientes ha aumentado, disminuyendo la duración de las citas, así como la falta de un suministro de medicamentos, lo que obliga al ajuste del tratamiento por los medicamentos existente en el catálogo de cada unidad y no necesariamente en el mejor para cada persona.

La siguiente revisión apoyó las siguientes recomendaciones:

- Evaluación del PDRQ-9 semestralmente como medida de calidad en la atención médica
- Estandarizar la atención del modelo en todos los centros de salud, tratando de aumentar el tiempo de atención preestablecido en cada consulta
- Verificar si el centro de salud está sobrecargado de pacientes
- Fomentar que los médicos pasantes sean los encargados de realizar la agenda de atención médica para poder planificar cada consulta de manera adecuada.
- Realizar mediciones similares en otras jurisdicciones de salud para verificar que existan resultados similares.
- Crear una comparación con pacientes del modelo tradicional de atención para tener un punto de referencia y observar las diferencias de la atención centrada en la persona y la tradicional.

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

Construcción de entornos saludables: Los Encuentros de personas con enfermedades crónicas

El subsistema de comunidad del MAICP comprende dos de las cinco líneas de acción de la promoción de la salud, que son: la construcción de entornos saludables y, la segunda, el fortalecimiento de la acción comunitaria. Además del valor que estas líneas de acción tienen en sí mismas, son valiosas también porque propician la organización y la participación de las personas para aumentar el autocuidado y el control de sus enfermedades crónicas.

Dentro del MAICP la construcción de entornos saludables se realiza a través de los Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas.

¿Por qué esta estrategia para la construcción de entornos saludables? el concepto de entorno es entendido no solo en sentido físico geográfico, referido a un área territorial delimitada; sino que, además, hace referencia a espacios social y culturalmente contruidos en donde las personas establecen relaciones, crean identidades y comparten experiencias, aspiraciones, logros, emociones y sentimientos.

Entornos saludables significa, entonces, que estas relaciones, identidades, experiencias y vivencias están orientadas al logro de sus aspiraciones, la satisfacción de sus necesidades y al desarrollo de las capacidades para transformar su entorno y hacerlo cada vez más saludable, favorable para la vida digna; entendidas estas aspiraciones, logros, satisfacción de necesidades y decisión de transformación en sentido colectivo, además del individual.

Los Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas son la vía a través de la cual el MAICP instrumenta la construcción de entornos saludables y favorece el desarrollo de capacidades como colectivas, además de las individuales.

Los Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas son una estrategia para la constitución de ellas como comunidades capaces de deliberar, tomar decisiones y actuar en favor de su salud y del logro de una vida digna y justa.

7º encuentro de personas que viven con enfermedades crónicas

El séptimo encuentro de personas que viven con enfermedades crónicas se realizó el lunes 25 de noviembre de 2024 y constituyó uno de los mayores retos vividos durante el diplomado ya que solo habían pasado unos cuantos meses en el diplomado, lo cual hacía que desconociera todo lo relacionado con la organización del evento, pero con trabajo en equipo y asesoría del equipo del diplomado se logró organizar de buena manera el evento y tener una buena participación, las actividades de organización comenzarán 3 meses antes, el principal reto fue continuar con la realización del libreto de voces en papel ya que fue un proyecto que se comenzó en la promoción previa del servicio social, por lo cual tuve que entender y encontrar la dinámica correcta para conservar la esencia del proyecto y poder terminarlo, sin tener retroalimentación de la persona que había dirigido el inicio de todo el proyecto, además de estar en el proceso de adquirir habilidades para el manejo de grupos de trabajo.

Se realizó la invitación de las personas mediante la realización de un cartel para promocionar el encuentro así como invitaciones individuales en cada consulta que había en donde se les incitaba a asistir e invitar a conocidos para poder tener mayor impacto, además de gestionar el transporte y la entrega de un Box-Lunch para los asistentes. El lugar y fecha acordada fue el lunes 25 de noviembre en el Teatro Carlos Pellicer, se confirmó la asistencia de 35 asistentes de los cuales terminaron asistiendo 40.

Semanas previas al encuentro durante el diplomado se organizaban las sesiones de planificación y organización de los encuentros por jurisdicciones sanitarias en donde se aprendió la teoría de cómo manejar los grupos focales, y las etapas que vive cada grupo durante la sesión de trabajo,

además de practicar el rol de coordinador y relator que nos permitirá generar documentos como la relatoría del grupo focal. En la última semana se presentó la cédula de entrevista grupal la cual servía como herramienta para tener un formato para poder realizar la relatoría del evento y del grupo correspondiente que tocaba coordinar.

El evento ocurrió como se tenía establecido iniciando con la presentación de avances y resultados del modelo de atención en los años previos, así como la presentación de trabajos realizados en diferentes centros de salud en donde se obsequió ejemplares físicos, posteriormente se realizó una pausa para desayunar y se organizaron 8 grupos focales en donde adquirimos el rol de coordinador de grupo, en la explanada del teatro se acomodaron sillas en forma de círculo para poder iniciar la conversación del grupo que tenía el objetivo de . Una vez finalizado volvimos al auditorio para llegar a una conclusión sobre las ideas y opiniones recolectadas en cada grupo focal en donde destacaban la importancia de reunirse como comunidad y aprender cómo se cuida otra persona, lo cual enriquece su autocuidado.

Relatoría del 7° encuentro de personas que viven con enfermedades crónicas

1. personas participantes

8° encuentro de personas que viven con enfermedades crónicas

El 8° encuentro se llevó a cabo el día 8 de Julio en el Teatro Carlos Pellicer el cual fue mucho más fácil de organizar y coordinar ya que se contaba con la experiencia previa del encuentro pasado, además de tener más habilidad para el manejo de grupos. La organización comenzó inmediatamente después del 7° encuentro con la retroalimentación de este con el consejo asesor, además de las correcciones y ajustes que se tenían que realizar al libreto voces en papel, posterior a terminar el libreto, se inició un nuevo proyecto en el cual ya se contaba con el apoyo del MPSS Tadeo Alejandro Cordero Garcia el cual consistió en realizar una guía visual acompañado de video tutorial de como realizar un rutina de ejercicio, este proyecto fue mucho más dinámico ya que durante 8 semanas los días jueves realizamos reuniones con el consejo asesor para seleccionar cuales son los ejercicios que se iban a incluir en la guía visual, además de recolectar mediante grupo focal que es y cual es el significado de ejercicio para ellos así como los beneficios que ha traído en su vida. En cuanto la invitación esta vez al tener más experiencia en la organización se comenzó la invitación de una manera más temprana, mediante la colocación de un cartel que lo promocionada, se realizaron invitaciones individuales que eran entradas en cada consulta, además de aprovechar ferias de salud para promocionar el evento y captar mayor número de personas. Se confirmaron 35 personas de las cuales asistieron 30, esta vez durante la organización existieron complicaciones en la gestión de transporte en donde previamente se había confirmado para 35 personas, pero se canceló de último minuto y solo se consiguió el transporte para 20 personas, lo cual perjudicó en el número final de personas que pudieron asistir al evento.

La manera de prepararlo durante las sesiones del diplomado fue similar al de 7° encuentro, al contar con la experiencia del encuentro previo fue mucho más sencillo llevar a cabo todas las sesiones de preparación, ya que se tenía un conocimiento previo.

El encuentro inició con la presentación de resultados en cuanto al número de consultas y el control metabólico de las personas, lo cual tuvo una discusión intensa entre los asistentes y las autoridades correspondientes debido a que se buscaba encontrar las causas por las cuales existió una disminución en el número de personas controladas. Posteriormente se presentaron los proyectos realizados en la alcaldía de Xochimilco y se dio un espacio para que las personas pudieran realizar su desayuno posteriormente se crearon 9 grupos de discusión integrados por 10 personas cada uno, en donde asumimos el rol de relator del grupo 2 que coordinó el MPSS Tadeo Alejandro Cordero Garcia, duró aproximadamente una hora con 30 minutos y después se realizó en la Explanada del teatro la presentación de las conclusiones obtenidas en cada grupo en donde se obtuvo de manera colectiva que es muy enriquecedor realizar este tipo de eventos ya que es una espacio que sirve para convivir con personas que tienen el mismo padecimiento, los hace sentirse escuchados y tener un espacio para expresarse, además de que ver los

proyectos en que se trabajan los motivan a seguir adquiriendo habilidades en el autocuidado, ya que se dan cuenta de que tiene la capacidad de crear recursos educativos y herramientas para más personas.

Fortalecimiento de la acción comunitaria: El Consejo Asesor del Centro de Salud

Dentro del MAICP el fortalecimiento de la acción comunitaria se realiza a través de la constitución y acción de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.

La creación de los Consejos Asesores de Pacientes es una estrategia que se está desarrollando en diversos países para involucrar a las personas que padecen determinadas enfermedades en la mejora de los servicios de salud. La estrategia ha demostrado lograr resultados favorables para el fortalecimiento de la atención centrada en la persona.

Los Consejos Asesores son “Grupos de pacientes, familiares y cuidadores que se reúnen regularmente para ayudar a identificar las prioridades de mejora de la práctica y apoyar proyectos de mejora de la práctica en colaboración con los miembros del personal y los líderes de la clínica”.

De acuerdo con organismos internacionales de salud, la constitución de Consejos Asesores de Personas con determinadas enfermedades forma parte de uno de los tres principios clave que los países deben seguir si pretenden ofrecer cobertura sanitaria universal: Los sistemas de salud deben diseñarse incorporando el relacionamiento con las y los pacientes, las familias y las comunidades.

Por ejemplo, de acuerdo con la mejor evidencia disponible, los programas de atención integrada para ancianos frágiles logran el mayor beneficio cuando las personas están directamente involucradas en la planificación de la atención. De este alcance es el potencial que han demostrado los Consejos Asesores.

Esta descripción debe ser suficiente para distinguir la enorme diferencia entre los Consejos Asesores y los Grupos de Ayuda Mutua.

Conforme al diseño metodológico del MAICP, de Investigación Acción Participativa, la constitución y desarrollo de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas sigue un proceso gradual y controlado de crecimiento y fortalecimiento.

Las promociones de servicio social de agosto 2023-julio 2024 y agosto 2024-julio 2025 ha sido las responsables del montaje de esta estrategia del MAICP; con él concluye el proceso de su implementación en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Consejo asesor durante el primer semestre del año

El consejo asesor al momento de iniciar a trabajar durante este año ya se encontraba conformado por 28 personas y trabajando el proyecto del libreto de voces en papel, no fue complicado reunirlos porque es un equipo de trabajo que está conformado desde hace varios años, por lo cual ya hay un orden establecido que incluso tiene a una presidenta quien ayuda a reunir al grupo, al inicio fue complicado incluirse y formar parte del grupo, ya que se desconocía completamente la forma de trabajo colectiva que existía y las personas que lo conforman tienden a ser excluyentes con personas nuevas que se incorporan, con el paso de sesiones se logró entrar al grupo y pertenecer a él, durante las primeras sesiones se utilizaron para dar una perspectiva de en donde estábamos respecto al proyecto, encontrando que el proyecto original

estaba conformado por 9 sesiones en la que se tenía pensado trabajar con 4 cartas de las cuales ya se habían trabajado 4 sesiones, las primeras 5 sesiones se utilizaron para crear el planteamiento del proyecto y las últimas 4 para trabajar con la estrategia de grupo focal 4 cartas las cuales tenían los siguientes temas: primera carta era dirigida al momento del diagnóstico en el cual se tenía que contestar las siguientes preguntas: ¿Cómo me sentí cuando me diagnosticaron mi enfermedad?, la segunda carta tenía que contar la experiencia que ha sido vivir con una enfermedad crónica y debo de responder la siguiente pregunta: ¿Cómo es/fue mi experiencia de vivir con una enfermedad crónica?, la tercera carta era compartir su experiencia de logro o de éxito que respondía las preguntas de: ¿Qué experiencias de éxito quiero compartir? ¿Con quién quiero compartirlo? y la cuarta carta tenía que compartir la prevención de enfermedades crónicas, teniendo que responder la pregunta: ¿Qué prácticas me gustaría compartir para que más personas no tengan enfermedades crónicas?. Al incorporarnos a trabajar con el consejo asesor se utilizó la estrategia de trabajar con grupos focales, en donde se usaron 4 sesiones para discutir las cartas que cada quien escribió con el objetivo de crear una carta grupal, posteriormente se realizó un libreto basado en las cartas que cada persona escribió y se creó una historia que refleja el proceso que lleva una persona al momento de recibir el diagnóstico, el momento de éxito al lograr controlar la enfermedad, y las recomendaciones para no tener una enfermedad crónica. Las reuniones se realizaban 2 veces por mes los días jueves en el auditorio del CST-III Xochimilco con un horario de 09:00- 11:00, el proyecto se presentó casi terminado en el 7º encuentro en donde se obtuvo retroalimentación por las personas que acudieron al evento.

Las personas quedaron satisfechas y orgullosas del trabajo que realizaron y consideran que realizarlo los fortaleció como grupo y les hizo darse cuenta de que con trabajo en equipo se pueden lograr muchas cosas, teniendo un balance positivo y motivando a crear otro proyecto que fuera igual de atractivo e interesante.

Relatoría Número 1 voces en papel

P: Paulina

D: Director del Centro de Salud

J: John

M: Mujer

H: Hombre

* Los pacientes ingresan al auditorio del Centro de Salud y se registran en una lista de asistencia para el control del departamento de trabajo social, después de eso se le pide a los integrantes que tomen asiento *

D: Buenos días, primero que nada queremos darles la bienvenida a esta reunión del grupo de ayuda mutua y presentarles al MPSS John García, el va a estar con ustedes trabajando todo el año

J: Buenos días, me da mucho gusto por fin estar con ustedes en esta sesión de grupo de ayuda mutua

*Entrada al auditorio la Dra. Paulina *

P: Buenos días, daremos inicio el día de hoy a esta reunión, realizando una dinámica para que el Dr. John conozca a todos los integrantes que están aquí, la dinámica consiste en presentarse diciendo su nombre y decir 2 verdades y 1 mentira sobre él, para que el grupo adivine cuál es la mentira

*Se realiza la dinámica *

P: Muy bien después de esta dinámica vamos a continuar con la sesión vamos a establecer el objetivo de esta sesión, que es lo que queremos lograr en esta sesión, para esta sesión tenemos programado trabajar la primera carta, ya algunos lo compartimos la vez pasada y algunos otros la mandaron con la señora Carmen, la carta que ustedes elaboraron. Ahora es importante hacer una carta en conjuntos, que será el trabajo que haremos hoy, vamos a hacer una sola carta que represente a todo el grupo que represente al grupo contacto y teniendo en mente las experiencias que haya tenido cada uno respecto al tema que elegimos que fue el momento del diagnóstico, además vamos a repetir las reglas de convivencia solo para que John las conozca, el respetar el uso de la palabra uso de la palabra si queremos hablar, levantamos la mano, aquí no se juzga, no interpretamos, este, y, pues, ya lo habíamos platicado la vez pasada, vamos a dar, trataremos de no dar consejos o consejos como muy

autorizatorios, y lo más importante aquí se dice aquí se queda, somos un grupo de confianza y de aquí no puede salir lo que aquí se platique para poder expresarse con confianza.

Muy bien ahora pasaremos a la siguiente parte, aquí tengo algunas cartas, pero algo importante que se nos olvidó platicar la sesión pasada es que cuando hacemos una carta ¿qué es lo primero que uno piensa cuando hace una carta?

M: Cómo la va enviar

M: Que llegue al destinatario

P: Exacto, el destinatario, y ¿quien era el destinatario de nuestras cartas? ¿Pensamos quien era el destinatario de nuestras cartas?

M: Yo si pensé, yo pensé que el destinatario era para empezar ustedes, porque ustedes eran mi conducto porque lo van a analizar a una a una situación más, este, más detallada que es la UAM, porque creo que son de la UAM, para hacer un estudio más beneficioso y compartirlo a más comunidades. Bueno, ese es mi punto de vista.

P: Pero usted pensó a quién se lo iba a mandar, o sea, como al escribirla, es importante decir, voy a escribir a cara por por ejemplo, mi hija, mi esposo, mi hermana

M: Yo pensé en mi hermana, inclusive yo en mi tercera carta, si me permite leerla, porque ya estoy mencionando cómo se fue formando nuestro grupo, cómo empezó a nacer, y hoy qué es qué es el logro, porque siempre lo hago así corriendo y ni específico prácticamente todo el proceso que se ha llevado para para estar hoy como estamos.

P: Perfecto,sí, sí, sí es importante.Entonces, la familia, también pueden como colocarlo así como a mi familia, pero también es válido, pues la comunidad

M: Yo puse a mi familia y a la comunidad.

P: Incluso, si, por ejemplo, si nuestro esposo ya falleció o algún familiar, podemos dedicársela a ellos, pero si era algo importante porque creo que no quedó claro a quién se la vamos a dirigir.

M: ¿Me permite ver la mía, para ver si hice bien?

M: Yo no puse a quien se la dedique

P: Si, pero es que creo que nos quedamos con la idea de que iba dirigida a la pasante

H: Me permitiría retirarse de la sesion, tengo una situación por la que tengo que salir, dejo mi cartita

P: Si adelante, nos vemos en la siguiente reunión

hombre sale del auditorio

P: Vamos a tratar de que las siguientes sesiones sean un poco mas rapidas, y en las siguientes sesiones cartas tratar de ponerle destinatario. La primera carta si iba dirigida a nuestra enfermedad, esa esta bien se puede manejar que es para nuestra enfermedad. Pero las que siguen si es importante escoger un destinatario, puede ser mi hija, mi esposo, mi papá, quienes ustedes quieran

M: La segunda carta la hicimos para nosotros mismos, para ver cómo nos sentimos

M: Perdon, pero yo la estuve haciendo en el hospital, y por ejemplo la primera carta se la dedique a mi enfermedad, la segunda carta me quiero me amo y la tercera carta esa no la termine, pero mis cartas tiene destinatario, primero yo,numero dos yo misma, si algo me ha enseñado el grupo primero soy y debo pensar primero en mi para que la gente a mi alrededor este bien conmigo entonces, perdon, cada quien su punto de vista y yo lo respeto, pero como se la vas a dedicar a tu enfermedad, a tu papa, mama, hijos, no. Para que tu estes bien tu tienes que cuidar para que tu familia se sienta bien, porque al final del dia la familia es la que se desgasta con la enfermedad

P: Si yo estoy de acuerdo, si quieren que el destinatario sea uno mismo tambien esta bien. La segunda carta habíamos que mi experiencia con la enfermedad entonces el sentido seria poderle contarle a

alguien mi experiencia viviendo con la enfermedad, por ejemplo a mi mamá, mamá te quiero contar mi experiencia con la enfermedad he vivido así y así, o a mis hijos, hijo te quiero contar esto. Como quedar más enfocado contarle a un ser querido mi enfermedad, o a mi esposo, que a veces vive con nosotros pero no sabe de primera mano como es vivirlo, incluso por ejemplo si tenemos hijos y queremos también hacerlos partícipes de esta actividad, por ejemplo hijo ¿Como ha sido desde tu perspectiva vivir con una mamá que vive con diabetes, hipertensión, etc?

M: Me gusta, porque en mi caso, yo llegue al grupo de ayuda pensando en que podía incorporar a mi, mi hija es una adulta, entonces no se ha integrado. Entonces, este, ahorita me abre una nueva expectativa de escribirle a ella cual es el beneficio cuál es el beneficio, este, que yo he tenido, porque estoy aprendiendo más y más, la verdad estoy contenta y agradecida de pertenecer al grupo

M: Maestra le voy a leer como es que yo me basé en mis cartas, la carta número 1, la forma en la que el médico nos dio el diagnóstico, la forma en que nos sentimos cuando nos dieron el diagnóstico, el impacto que tuve en mí y en mi familia

P: Disculpe, esa carta tiene algún destinatario o también la escribió para usted

M: Para mí. La segunda carta, relatar mi experiencia con el tratamiento alopático y otros tipos de tratamiento, manejo de las emociones, relajaciones, constelaciones, actividad física, el grupo de ayuda mutua, como me siento con mi enfermedad, como es que me siento con mi enfermedad, yo relate así la segunda carta. La tercera carta la hice para la aceptación de la enfermedad, si ya logre equilibrar mi enfermedad, como me siento después de eso, a mí me ayudó mucho para redactarlo

P: Si, esos son los temas, recuerde que pueden replantearse a quien se la van a mandar, a mi hijo, a mi esposo.

Y ahora la actividad sería hacer una carta grupal, donde todos y todas participemos

M: Doctora me permitiera leer mi carta

P: Si claro

M: Adriana entro al grupo de ayuda mutua, igualmente se identificó con compañeras que hablan acerca de como cuidar su salud, también tuvo la oportunidad de conocer a la doctora Cristina Viver, a la trabajadora social Oli y al enfermera Omar. A continuación vino la doctora Maricruz, teniendo en cuenta este equipo del centro de salud, asimismo nuestro director. Conjuntamente este grupo de ayuda mutua me ha guiado en la disciplina de la activación física, porque el maestro Víctor también se integró para ser nuestra guía en el deporte. En primer lugar, para tenerla de forma obligada, enseguida tuvimos la ayuda de la nutricionista, en seguida nos hablo de los alimentos y sus propiedades para cuidar mejor nuestra salud y tener nuestros chequeos, en mi caso cada dos meses considerando nuestras, ya que requerimos de diferentes especialistas, el psicólogo, la nutrióloga, el doctor en medicina general, el dentista, igual otros especialistas para gestionar nuestras emociones. Asimismo, hemos tenido la oportunidad de tener más invitados en diferentes temas o áreas, como la acupuntura auricular, la numerología, la matoterapia, las flores de bar, las constelaciones, la yoga, la danzoterapia. El objetivo principal es la medicina preventiva, no correctiva, y transmitirle a mi familia y a la comunidad cómo podemos tener calidad y calidez de vida para no consumir tantos medicamentos. Agradezco a todo este equipo, a mis compañeras, a la compañera Carmen, la enseñanza y el amor al grupo. Muchas gracias.

El auditorio aplaude

P: Creo que de esta carta el destinatario podría ser el nombre del grupo, creo que sería podría ser un buen destinatario y habla de la conformación y de la identidad de la comunidad, creo que es muy valiosa. Entonces si recordamos la primera carta, hablamos del momento diagnóstico, ya mayoría hicimos esta carta ¿no?

M: Si

P: Entonces a quien el grupo, este grupo NMONTEMI, ¿A quien le quiere dirigir esta carta grupal?

M: A la comunidad

M: A la comunidad en general

P: A la comunidad en general, pero hay una colonia en especifico o asi comunidad en general

M: Pero a los doctores que nos ayudaron en este proceso, por ejemplo la doctora Maricruz, las personas que han estado al pendiente del grupo, por ejemplo a ustedes no los echo de menos porque tu ustedes son nuevos y se están integrando, igual la doctora piedra, pero igualmente quien organizo el grupo, quien estuvo al pendiente y quien estuvo solventando, guiando, e incluso compartiendo sus conocimientos que tiene fue Carmen, para que este, parte de esto debe ser destinado a ella porque ella ha estado en contacto con la Doctora pilar, y al final del dia este grupo de personas nos agarraron de la mano y nos llevaron a donde estábamos hoy en dia. Yo por ejemplo era un caso perdido, la verdad, me aguantaron y se los agradezco

P: Justo, ha sido todo un proceso para poder estar aquí, por ejemplo usted menciona que no fue al inicio no fue fácil, por ejemplo del momento del diagnostico no fue que usted dijera bueno ya voy a aceptara mi enfermedad, voy a tomar mis medicamentos, voy a asistir a grupo, si no que fue un proceso, entonces la intención de esta carta es remontarnos a ese principio, al inicio de cuando nos dieron el diagnostico de diabetes, hipertensión, dislipidemias, obesidad, que paso en ese momento y como nosotros podemos transmitirles a nuestra comunidad ese momento en colectivo, ver las similitudes que compartimos como grupo, por ejemplo la forma en como el medico nos dio el diagnostico, cuales fueron las primeras impresiones, que cambio en mi ámbito familiar, en mi ámbito laboral, todos esos cambios que sufrimos en el diagnostico, para que otra la comunidad al leerlo y este pasando el momento del diagnostico diga no estoy solo pasando estos cambios, hay mas personas que les dieron el diagnostico de mala forma, el medico me asusto y no estoy solo al leer esta carta, esa es la intención, acompañar a quien lea esta carta. Bueno tambien, con la intervención que hicimos la vez pasada, hice el análisis que les platique e hice el objetivo, se acuerdan que les pregunte porque es importante realizar estas cartas y todos hicimos una lluvia de ideas, yo leía esa relatoria que hizo David, he hice el objetivo, y el objetivo fue sensibilízame acompañar, concientizar a las personas sanas de nuestra familia y comunidad, son para prevenir estas enfermedades cronicas, y en su caso si ya lo tienen acompañarlas, decir miren en este momento del diagnostico o en este primer momento en esta impresión de que tenemos una enfermedad cronica no estamos solos. Señora ¿usted queria decir algo?

M: Se supone que vamos a hacer cartas que van a ir en un libro, si estoy de acuerdo que hay sensibilizar, lo plasmamos cada quien en su carta, pero quien lo va a leer es la comunidad a quien nos estamos dirigiendo y ese es el sentido de hacer este libro que lean nuestra experiencia y que se identifiquen a lo mejor conmigo, con ella o ella, ese es el sentido del libro, los agradecimientos pues están bien, pero esos serían individuales, me late decir que tengo que agradecer pero eso seria individual. Y en general pienso que es eso que usted acaba de decir

P: ¿Les parece bien continuar con la carta?, el primer paso seria ver a quien va dirigida, en este caso seria a la comunidad. ¿Como queremos iniciar la carta? ¿Como les gustaria iniciar entre todas?

M: ¿esto seria para la carta grupal?

P: Si, es para la carta grupal. Para la comunidad, ¿como queremos iniciar esta carta? ¿Como queremos transmitirle de forma grupal a la comunidad, sobre el momento del diagnostico? ¿Cuales serían nuestras similitudes? Porque pueden ser 3 momentos del este diagnostico, el momento diagnostico pre, antes de que me dijeran que tenia este diagnostico, que tengo diabetes hipertensión, como fue esta experiencia, el momento en que un medico me dijo que tenia diabetes, hipertensión y el momento de adaptacion, estos primeros meses, como que no caía en cuenta de que estaba

enferma, como que lo evadí un poco, no si, o incluso había una persona que dijo que no sintió nada, tome nada simplemente lo acepte tome mis medicamentos y ahí quedo. Entonces ¿cómo queremos iniciar esta carta? ¿como fue el pre? E ir identificando las similitudes en este proceso, podemos ir contentos nuestra experiencia e ir buscando similitudes

M: Lo que pasa es que, bueno, en mi caso personal, no, por la gracia de dios no tengo ninguna enfermedad. El yo llegar aquí al grupo es porque por mi hija llegué, porque ella tiene sobrepeso, pero más que nada por las características de mi familia Vengo de familia hipertensa, diabética y con cáncer. Entonces, en mi caso, nada más tengo una sola hija, mis hermanos tienen dos, tres, y yo soy de una familia numerosa. Entonces yo digo, si yo no me cuido, no quiero ser una carga para mi hija. Entonces yo digo, bueno, yo no tengo un, este, un seguro ni tengo un, este, ni tengo ISSSTE. Entonces tengo una responsabilidad conmigo misma de cuidarme y no depender de los demás. Ayer me mandaron una un mensaje maravilloso la compañera, donde me dice tienes que ser independiente económica, emocional y físicamente. Entonces, este, mi mamá ahorita tiene ochenta y dos años, todavía usa su triciclo, y y comparto la idea como con la compañera Juana, de que dice que su mamá es tan autónoma, mi mamá todavía va, viene, hace sus cosas, tiene pájaros, tiene plantas, tiene negocio, y, este, y verla es un una satisfacción, la verdad, ver su actividad. Entonces, digo, quisiera llegar como ella, con esa actitud, con esa agilidad, y más más sí mi preocupación es tener buena calidad de vida y buena salud, porque teniendo nada más un una hija, no quiero ser su carga para ella. Entonces, quisiera lograr lo que mi mamá, ser totalmente autónoma en en en varias áreas, principalmente la física y económica, y emocionalmente, porque yo veo que mi mamá, es hipertensa, entonces, tiene problemas de tiroides, se toma sus medicamentos, va, viene, maneja bien el en Internet, a las personas de que dice, le manda un mensaje por meses ya es a los nietos o a quien sea, a la comunidad de la familia, y dice, ¿con quién cuento? Necesito ir por mis medicamentos, ¿con quién cuento? ¿Necesito un bastón, perdí el bastón en el, este, en el taxi? ¿Alguien me puede conseguir un bastón o dónde me puede salir más económico? Entonces digo, quisiera ser como ella, ¿no? Porque hoy la admiro, en algún momento chocaba yo mucho con mi mamá y cada día la admiro, la todavía no puedo decir que la amo como mi padre, mi padre lo amo, y como Juana dice, todavía lo nombro porque lo tengo aquí todavía, fue un hombre maravilloso, con unos sentimientos. Aparentemente mi papá fue macho y violento pero tenía una sensibilidad increíble, entonces nombrarlo es una bendición.

P: Gracias, ¿alguien mas?. En el momento pre diagnostico, contar su experiencia, o leer carta

M: ¿los que hicimos la carta y no le pusimos destinatario la tenemos que volver a hacer?

P: No, ponerlo hacia arriba, o más bien en el momento de hacerla ¿a quien pensó dirigirse? Igual a usted mismo o la hizo sin destinatario

M: Todas las hice sin destinatario, ya las entregue

P: No igual John puede darles su carta

J: Si a los que quieran agregar algo a su carta o ponerles destinatario, nos estaremos viendo en consulta y ahí tendré las cartas, y en ese momento les puede prestar su carta para que le agregan algo o corrijan algo, podemos hacerlo en un espacio de la consulta, que espero poder tener una consulta con todos ustedes en septiembre

P: Igual si no pensaron en un destinatario y les gustaría pueden volver a hacer la carta

M: Igual lo que estaba pensando no sería bueno que ahorita escribiéramos algo pequeño para dárselo a usted? para la carta grupal, por decir ahorita que va dirigido a la comunidad en general, para tener una idea, porque como que no concretamos algo, este mensaje que tratamos de dar la carta es el sentimiento que hemos sentido

M: Podemos iniciar con una idea e ir haciendo una lluvia de ideas para hacer la carta grupo

M: Para mi gusto esta bien

M: Podemos iniciar somos el grupo NMONTEMA, quiero compartirles nuestra experiencia como grupo con todas las integrantes que somos equis con nuestras diferentes situaciones que pueden ayudarte a tener un camino diferente, algo así no?, para que hable a la comunidad, y ahí se puede decir que hay gente que se ha integrado por el número de participantes que somos, para tener un acompañamiento, estamos contigo, esto que sirva para tener sentirte con confianza. Bueno es mi día

M: Podemos agregar porque igual que tú sentí incertidumbre, miedo. Porque podemos poner lo que todos hemos sentido no?, porque cada una ha sentido algo diferente.

M: Queremos compartirte tus sentimientos, tus vivencias, todo eso

M: Compartirte que hay diferentes opciones y alternativas, con las que puede identificarse al igual que yo.

M: Debemos comenzar la carta hablando desde el inicio, vamos a hablar del final

P: ¿Cual podría ser una similitud al momento de nuestros diagnósticos? ¿Cuáles son las que podríamos pensar? ¿Donde fue nuestro diagnóstico, en el centro de salud, en el hospital?

M: Para mí fue bueno, saber que era hipertensa primero tuve que vivir, bueno yo estaba empezando a tener un problema de tener un climateria, después supe que hubo un descontrol en mi periodo a los 44-46 y empecé a ver ese desajuste, empecé a tener mucho miedo, vine aquí, de aquí me mandan al GEA, y rápido me empiezan a hacer estudios del ovario, sobre todo ginecológicos, después van saliendo más cosas, salieron más cosas

P: ¿Me puede repetir su nombre?

M: Marina Isabel

P: Marina encontró características que se pueden repetir, por ejemplo antes del diagnóstico tuve desajuste o tuve síntomas, ¿quienes de aquí tuvo síntomas? que nos hicieron pensar hay algo mal, no se que es pero hay algo mal que tengo, me duele mucho la cabeza, tuve, muchas ganas de ir al baño en el caso de la diabetes

M: En mi caso, cuando, bueno, yo siempre he sido de aquí del centro de salud, aunque no es, este, bueno, no sé si es mi enfermedad, creo que no es una enfermedad crónica, pero cuando yo llego ahora sí que con el psicólogo, yo llegué por herpes Zoster, yo estaba muy espantada porque yo me imaginaba que era una enfermedad de transmisión sexual, porque no tenía conocimiento. Entonces, yo me reservé, la única que le tuve confianza fue a mi hija y me dice, no, mamá, espérate, dice, no te espantes, dice, si tú no andas estampada, ni mucho que no, relájate dice, primero infórmate, aunque sea, bueno, como, le doy su hija que dice, ¿ustedes son, este, YouTube o Google? Mi mamá yo dije, ven Google, ven YouTube, y pero yo tenía unos miedos y fieles. Yo los síntomas que tuve fue de que me ardía mucho la, este, la pierna, y como yo he tenido, este, problemas de ciática, yo dije, sí, mano, ya me volví a doler la la ciática, ciática, pero la tenía por fuera y la tenía por dentro, y yo no sabía que era herpes zoster, y pues yo llegué con mucho miedo mi síntoma, y yo me me puse calor pensando que era la ciática, puse a calentar un calcetín y pues, me quemaba la piel, era un ardor terrible, ya llego aquí a, este, con el doctor, me explicó cuál era la enfermedad, me dijo que mis defensas estaban muy bajas y por eso se me había presentado esa enfermedad, que mi estrés era mayúsculo.

P: Vamos a parar hasta el momento que viene al centro de salud, porque ese es el previo del diagnóstico, y me vuelve a mencionar que hubo miedo y desconocimiento, empezamos a tener síntomas y como no sabemos que tenemos podemos experimentar miedo y desconocimiento. ¿Alguien más que haya vivido de manera similar este momento previo?

M: A mí cuando me diagnosticaron lo de la hipertensión, yo no podía caminar sola, entonces yo tenía que andarme de la pared o de algo

P:¿Por que?

M: Porque como perdía el equilibrio y no me daban los medicos que era la presion, y un dia llega uno de mis primos y ya le dije, y me dijo vente vamos te voy a llevar con un doctor que tomaba mucho, y ya el doctor llegamos y me acosto despacio, porque tambien cuando me acostaba como que me mareaba y me tomaba la presion y segun estaba bien, me estaba platicando y en lo que me relajaba y ya me tomo la presion, y me dijo ya se que tienes, y ya me dio el enalapril, y de ahí ya salí sola caminando. Me llevo el Doctor Tequila, el que si no te alivia bien que te chinga, pero el fue el único que pensó que tenia la presion elevado, porque dice que no cualquiera sabe detectarlo

P:¿ Muy bien por ejemplo a usted no le explicaron para que era el medicamento?

M: No el ya me dio medicamento, me mando el enalapril y ahí mismo salió caminando y ya después de ahí salí caminando normal,

P: OK

M: Yo ya después de ahí ya no me la tomo

P: Alguien mas ha tenido una experiencia, ya hablando del momento médico en el que les dan la noticia, como fue el médico que se los dijo o podrían describir la manera del médico de darles el diagnóstico

La Dra Piedra se despide del grupo y menciona que tomara vacaciones, menciona que si necesitan una consulta pueden solicitarla y da unas palabras motivacionales para el grupo y para los dirigentes del programa

Aplausos del auditorio

M: Yo le digo que me operaron en coyoacán y ahorita dentro de 6 meses regreso para que me vuelvan a hacer lentes para ver de cerca, porque hay cosas que veo de lejos pero de cerca no, hay cosas que veo y hay cosas que las compañeras estan viendo, luego en el ejercicio me decian asi no, asi no, porque desde ahi les empece a decir es que no veo, asi estuve todo el tiempo pero nunca me detuve,porque dije solo dios sabe porque me tiene aqui, yo tengo que seguirle, y me daba pena

P: recuerda justo, lo que sintió al momento del diagnóstico

M: Pues nomas tenia mucha sed y me ganaba de la pipi

P: Pero por ejemplo tuvo síntomas previos?

M: Sí pero nada más yo me seguí como si no me hubiera pasado nada

M: Yo le digo que en el GEA vomite y ahí recobre el conocimiento, porque no veaia nada

P:¿Alguien mas tenia sintomas previos?

M: Yo si, mucho sueño, comia bien y sobretodo el sueño, si andaba muy adormilada, en aquel me daban de cuidar a mi nieto y tenia mucho trabajo, y todo el tiempo andaba acostando para poderme dormir,el iba a terapia de psicología y yo un dia andaba buscando desesperadamente donde acostarme para echarme un sueñito, y cuando salia tenia que tomarle de la mano a mi nieto y sali a tomar el micro, no veía que decia, y yo decia bueno son mis lentes,ya no sirven hasta que una vez me quede muy dormida, sonaba el telefono y lo escuchaba pero no podia despertar y al despertar casi me voy de boca de tan dormida que estaba, me sonaban el telefono el timbre de la casa pero no podia despertar, y ahi me di cuenta que no era un sueño, cuando me dan el diagnostico con 340 de glucosa, el medico me dice “el de arriba la quiere mucho, porque con 340 en ayuno despues del ayuno, porque con 340 en ayuna y despues de un desayuno o comida tenia como 500 o 600 de glucosa y al dormirse usted, ahi podia quedar en un coma diabetico en un coma diabete” y a mi eso ya me habia pasado muchas veces, hasta esa vez que fue muy muy severo, entonces me dice el de arriba aun la quiere, no se si tu te quieras, seguir viviendo aqui con esa vida o mejor y le dije si esperame quiero seguir viviendo y segun yo me aplique en aquel entonces, aunque uno luego agarra confianza y ahi se deja ir, pero asi fue el diagnostico, pero como fue con un medico de confianza que conocia, si me hablo amable, me hizo entender las cosas, me dijo es que dios aun te quiere y todavia quiere que estes aqui

P: ¿Que sentimiento tuvo al saber que era lo que ya le estaba pasando ?

M: Me enoje conmigo mismo porque le digo que ya conocia los sintomas porque vengo de una familia con diabetes y de echo cuide a mi mama sus ultimos dias, de echo le hacia su dialisis, entonces yo vivi el proceso con mi mama, ahora se que hay muchos factores que podian influir, que el ADN juega un papel importante, y mi mama me decia baja de peso ya estas bien gordita te vas enfermar, luego cuando veia que cambiaba de talla me decia, que bueno que tallas hay muchas verdad, osea pero yo le decia si no me siento comoda con equis talla me compro una mas grande, pero yo caia en cuenta que era por mi bien por mi salud, debia hacer esos cambios, como dicen aca medicina preventiva, fue hasta que me diagnosticaron que yo pense no quiero ser una carga, sobre todo porque ella es muy atenta conmigo y con su papa y yo dije yo quiero estar bien, pero me enoje conmigo mismo porque por no haber echo caso de todo lo que sabia que podia pasarme, porque por la edad, porque aunque hacia ejercicio no lo hacia diario, y yo decia con 2 veces a la semana, pero si comemos diario, el ejercicio lo tenemos que hacer diario para consumir esas calorias, no hacia suficiente ejercicio subi de peso, yo decia voy a ser diabetica vengo de familia diabetica, segun yo no habia forma de evitarlo, y ahora estando en el grupo dije si se pueden romper ciclos pues no mis hijos tienen necesariamente que ser diabeticos, si ahorita empiezan a cuidarse es posible que el ADN no los alcance, y ellos lo han visto y han visto mi mejoria y se estan cuidando mas.

P: alguien mas?

M: Yo sentí que mi madre, porque vine al centro de salud y la Dra. Martinez me dijo tu vas a tener diabetis, me dijo vas a tener que irte a internar para que te pongan suero, y fui al hospital y me pusieron suero, me dio un coma diabetico, que me cai, a mi me dio un coma diabetico

P: Le dio el coma diabetico y porque la diagnosticaron

M: Si tenia sintomas pero no lo sabia

M: A mi me daba mucho por comer

M: A mi no habia comida que no me satisficiera, comia lo mismo que hijos y mis hijos son hombres comen mas, pero comia igual que ellos, pero no tenia fin para comer, yo podía estar come come y come, yo me acuerdo mucho de eso y me acuerdo que yo tomaba mucha agua pero yo lo tomé lo tomaba normal, ¿no? Y me acuerdo que en una ocasión yo estaba viviendo en Huehuetoca, todavía no vivía con mi mamá. Entonces, la casa de Huehuetoca es de dos niveles, pero nunca lo tome como síntoma, nunca me imagine tener esto, me acuerdo que yo subi las escaleras pero yo me marie, y dije hay que chistoso, ese fue uno. Yo estaba trabajando en el SENDI de liverpool, y me acuerdo que me mandaron a hacer unos estudios, pero cosa chistosa yo estaba viendo lo de mi base, me mandaron a hacer unos estudios y esos salieron bien, sali bien de glucosa, sali con 90 en ayunas, pero lo que si recuerdo, pero vengo de visita con mi mama y mi mama me dice ya me voy a ir porque tengo que entrar a las 6:00, me meti a bañar y con la bata de baño me quede dormida con la bata de baño, mi mama me va a tapar, me quede super dormida, me quede dormida 7-8 de la noche, mañana me voy temprano, y me dice si, pero al día siguiente me costo mucho trabajo despertar, me quede al final porque no me podia levantar era un cansancio horrible una pesadez horrible además también, me costaba detener cosas, me costaba entender las cosas, era algo que no, porque yo estaba en administracion estaba en inventarios, Excel no lo podia manejar al 100, pero había una fórmula, una fórmula que me costaba mucho, mucho trabajo, que yo llegué al grado de estarla anotando y la puse en mi computadora, y esa fórmula siempre se manejaba precisamente para los subtotales, ¿no? Del inventario Y me costaba me acuerdo de eso mucho, que me costaba mucho mucho trabajo de, este, retener las cosas, este, una vez yo me acuerdo que le dije a mi jefe, pues explícame con peras y manzanas porque no te entiendo y ya me había explicado varias veces, y yo, o sea, no no no no, digo, a lo mejor eran señales y yo como si nada. Y un día mi jefe me contestó, si nos nos llevábamos un poquito, me dice wey pues tomate una vitamina porque cada vez estas mas wey y yo le conteste, aveces es el maestro que no sabe explicar y ahi quedo, eso tambien me acuerdo, volviendo aqui acompaño a mi mama a sacar dinero a santander y vamos por Calzada a Guadalupe y había un uno

de enfermedades, una un, este, una escuela de enfermería y estaban haciendo pruebas de glucosa. Entonces, a mi mamá le dije, pues, que te tomen la glucosa. Y cosa bien chistosa también que te la tomen a ti y cuando me decían eso yo decía y para que si yo estoy bien, entonces me toman la glucosa, y traía 495 y me acuerdo que la chica ve el resultado y lo primero que hace es enseñárselo a la maestra y todos comienzan a verme y yo y luego, y el maestro me dijo, es que debe acercarse a su médico, al parecer tiene diabetes, al parecer y yo dije ok, échale ganas, mi mamá se sacó de onda porque yo no entendí lo que me venía, la dimensión no la entendí. Esos eran mis síntomas pero nunca los entendí y en la tarde el médico me manda a hacer unos estudios, y me dieron metformina con glimepirida, yo pensaba que esas pastillas eran milagrosas, y yo seguía tragando igual, seguía tragando mi coca, seguía comiendo grasas saturadas, no quise entender lo que me estaba pasando. Y bueno mi segunda historia ya todos la conocen todo empezó con un barro en la axila por lo cual me enteré de lo que me estaba sucediendo, la doctora que hace el papanicolao es la primera que me dijo, la enfermera me chequea la glucosa y ve que traía 483 y me dice pero que traes, pero te sientes bien, pero yo despertaba y dormía con un dolor de cabeza y estar come y come

P: Alguien más?, la verdad es que tenemos varias similitudes, por ejemplo en esto de no reconocimiento de los síntomas, que podíamos llegar a tener

M: Yo igual empecé porque dicen que yo platicando a cualquier hora yo me quedaba dormida, pero no asociaba eso a ninguna enfermedad, porque yo siempre manejaba cifras altas de glucosa, y nunca me sentí mal y para mí tomarme la metformina y glibenclámidas no era problema y seguía comiendo pesaba 84 kg y para mí nunca fue un problema la diabetes porque nunca tuve síntomas, ni me dolía la cabeza, siempre fui muy activa y no tuve problema, hasta como 5 años empecé con problemas de visión, las cataratas, se me han subido los triglicéridos, y pues para mí fue una emoción de coraje por no haberme cuidado por tanto tiempo, hasta que llegué al centro de salud fue cuando me empezaron a normalizar

P: antes no hacía sus consultas cada mes?

M: sí hacía mis consultas cada mes, me acuerdo que me empecé a hinchar en semana santa y andaba buscando doctor y no encontré, y la doctora que me estaba atendiendo se había ido de vacaciones y por eso vine a dar al centro de salud afortunadamente, pero si ya me estaban atendiendo particularmente pero pues no yo no hacía caso la verdad, al igual hacía ejercicio y me gustaba ir mucho a clases de zumba y veía como en realidad sí bajas de peso con el ejercicio, y como a mí me gusta bailar pues fascinante, después de que no salía. Nunca tuve problemas pero ahora estoy pagando las consecuencias de tanto desorden

P: Ok tardo tiempo en integrar otras prácticas además de la alimentación

M: Sí, pues entre diecinueve y veinte años, que nunca tuve síntomas de abras y ahora sí me duele a veces la cabeza o tengo pesadez en el cuerpo, pero antes no, nada. Y yo me siento más mal cuando tengo la azúcar alta que baja, porque yo creo que mi cuerpo se mal acostumbro a tenerla alta y lo que tiene que pagar es alto, porque ya ahora es una cosa es otra y pues no, ahora mi calidad de vida no es tan buena como antes, y los años no pasan en vano

P: Claro. Ya hice un compendio de la lluvia de ideas, porque a mí lo que me importa es agarrar las similitudes que comparte el grupo, para en base a eso realizar la carta, terminaremos con usted para pasar a lo siguiente, porque algo importante que después voy a compartir al grupo, porque con la sesión pasada, hice el objetivo y la misión del proyecto, que va a estar incluido en nuestro libro, me parece importante que lo leamos para ver si estamos de acuerdo, por si ya no hay nada que modificarle lo dejaremos así para después integrarlos o si queremos agregar algo podemos hacerlo de una vez, igual nuestra misión puede funcionar para que ustedes se la queden como misión del grupo que están integrando y sea algo que puedan conservar ustedes. El objetivo si está más dividido específicamente a las cartas, pero la misión la hice más abierta para que se la pudieran quedar y pudiera funcionar como la misión de grupo la cual es importante. Había echo una sesión de powerpoint

pero no tenemos proyector en la siguiente sesión podemos proyectarla junto con la carta grupo. Usted Señora iba a decir algo?

M: si lo que pasa es que yo soy de familiares diabetes desde mi abuelo materno murio d elas complicaciones de la diabetes se le gangreno un pie y se lo tuvieron que amputar, entonces mi mama tambien fue diabeteica, pero su diabetes se le declaro de puse de los 60 años, mis hermana mayor falleció por las complicaciones de la diabetes, fallecio esperando pase para el 20 de noviembre, nunca le dieron pase porque nunca le pudieron sacar el liquido acumulado, de echo le llevo a los pulmones y falleció. Mi hermano mayor aun vive y es diabetico pero no se cuida, y mi otra hermana es diabetica pero entre que se cuida y no, y toma como regañón las indicaciones de diabetes. He tomado todo eso como experiencia, me la diagnosticaron antes de que se formara el grupo, pero yo ya venia a otro grupos de ejercicios antes, pero tuve la necesidad de tramitar un certificado discapacidad, toco que me atendiera la Dra. Piedra y pues me toma la glucosa con 123, entonces me receto metformina, y como andaba nadando en el pantano era lógico que me diera, mi impacto emocional no fue tan drástico, solo el miedo de las complicaciones porque yo soy paciente visual, soy paciente glaucoma, entonces para que me diera diabetes imaginate la retinopatía diabetica, pero bueno posteriormente fui con un medico internista, que me recomendo que cuidara mi alimentacion, la cual ya intente cuidar, lo que era muy dulce con nostalgia no lo podia comer, osea ya empezaba a tratar de cuidarme, me quito la metformina y asi me pase de 2019 a 2022 que fue cuando me dio COVID ya me ve y se me declaro definitiva la diabetes, ya salieron valores de 130-140 en ayuno, fue un foco de alarma que me causo estres, porque era estarme monitoreando, hasta que llegue al GAM que me fui regalando y fui bajando la metformina de 850 a tomarme la mitad de la dosis y me he sentido bien, ayer fui a tomarme la glucosa y tuve 97, me he mantenido mis niveles hasta donde s posible pero he tenido anemia y he visto la manera de irme cuidando, tambien tomo atorvastatina para los trigileceridos, pero es irme cuidando todo eso

P: Muchísimas gracias, pues son todos elementos que se repiten, como el miedo e incertidumbre que va a pasar y este proceso de incertidumbre. Les voy a compartir lo que con la relatoría de David pude armar, habíamos puestos porque desea compartir estas cartas en su relato venía con el objetivo de prevenir enfermedades crónicas, en personas "sanas" y compartiendo nuestras experiencias, también les decía que hay elementos importantes como sensibilizar, concientizar primero a nosotros mismos para concientizar a los demás, el elemento que queremos hacerlo con la familia y la comunidad y es importante para nosotros no dar consejos, si no través de nuestras experiencias compartir es lo que hemos logrado, por que es importante, porque es una forma de expresarse es una buena forma de deshago, darnos mas valorar y confianza, de conocernos a nosotros mismo y de reconocernos internamente para que otras personas se reflejan en nuestra experiencia y encuentre el apoyo.

El objetivo sería: Compartir nuestras experiencias sobre vivir con enfermedades crónicas a través de cartas, con el propósito de prevenir tales enfermedades en personas "sanas" de nuestra familia y comunidad cercana, generando sensibilización y conciencia sobre la importancia del autocuidado. Nos proponemos crear una herramienta de apoyo y reflexión que permita a los lectores sentirse identificados y motivados a asumir el control de su salud, ganar confianza y valorarse a sí mismos, fomentando prácticas saludables (aquí cambie salud por enfermedad para que no quede acotado a personas únicamente para personas con enfermedades)y medidas preventivas. Ganar confianza y valorarse a sí mismos fomentando prácticas saludables y de medidas preventivas, ahí podríamos abordar tanto alimentación como actividad física como otros temas.

Después está, este, pues, en cada sesión vamos a hacer como un poco esta reflexión para yo poder hacer la carta grupal y regresarme, ya sea por vía del grupo, enviarles la carta grupal para que la puedan leer. Si están de acuerdo, la dejaríamos así, y si no, pues, cambiar algo de quiero integrar otra cosa o quiero integrar otro elemento. Y en la siguiente sesión, esto es importante, ahora sí vamos a pedir el cañón para mostrarle los resultados, este, para ya ir integrando la primera parte, que será el primer capítulo, este, ya con las cartas individuales y con la carta grupal. En la siguiente sesión vamos a integrar el segundo tema, integrando la carta grupal, las cartas individuales, y en la tercera sesión vamos a presentarles lo que se hace en la en las sesiones previas, ¿no? Y así ir avanzando con el libro, bueno, con el cuadernillo. Y finalmente, a finales de octubre sería ya nuestra última sesión, acá

en noviembre sería el encuentro de personas, que por lo regular se juntan todos los de Xochimilco, creo que son tres centros de salud de Xochimilco. Entonces el libro es valioso porque lo vamos a imprimir y poder compartir con las demás centros de salud de nuestra jurisdicción.

La visión sería: Ser un referente en la prevención de enfermedades crónicas, a través de compartir experiencias personales y el apoyo mutuo, creando una comunidad informada, empoderada y comprometida con su salud y bienestar. Crear un futuro donde las personas valoran y cuidan su salud, se sienten apoyadas y reconocidas y que viven de manera plena y saludable, inspirando a otros a hacer lo mismo.

Esto se los compartiré, lo leen con más calma y si creen necesario integrar algo mas lo podemos hacer en grupo, qué les parece

M: esta bien

P: Acuerdense que la prevención puede ir dirigida en varios niveles, puede ir dirigida a personas que aun están enferma y las personas que ya tienen una enfermedad y queremos prevenir las complicaciones, entonces la prevención siempre está, la prevención siempre está. Les comparto la presentación y la siguiente sesión con yo con John les compartiremos el documento integrando lo que vimos hoy y ordenando las cartas. Si quieren volver a hacer la carta pero dirigida a alguien específico también lo podemos hacer.

Se da por terminada la sesión y se acuerdan fechas

Siguiente sesión 12 de septiembre, 26 de septiembre, 10 de octubre y 24 de octubre

Salen las personas del auditorio

Relatoría Número 2 voces en papel

Jueves 24 de Octubre de 2024

J: John

P: Dra. Piedra

M: Mujer

H: Hombre

Ingresan el consejo asesor al auditorio del Centro de Salud T-III Xochimilco, se dan instrucciones sobre la alimentación en conjunto y se pide que acomodemos las sillas en circulo

P: Para dar inicio a la sesión del día de hoy hay que recordar las reglas que tenemos en el consejo asesor, que son cinco reglas, las cuales son que aquí se respeta el uso de la palabra, no juzgamos, no interpretamos, no damos consejos, y lo que se dice aquí, aquí se queda, ¿vale? Entonces, iniciamos con la agenda que tenemos este día, que es crear la tercer carta grupal que vamos a incluir en el libro de voces en papel, ¿ok?

Bueno, ¿recuerdan de qué trataba la tercer carta? ¿Cuál era lo que teníamos que plasmar en esa tercer carta? En la tercer carta hay que recordar que es la carta en donde tenemos que plasmar nuestra experiencia que hemos tenido de logro o de éxito con la enfermedad crónica con la que decimos, es decir, el momento en el que logramos el control, o que ya tuvimos algunos cambios de hábitos de alimentación, o que tuvimos algo que nos motivara a poder seguir adelante con la enfermedad.

Entonces, alguien quiera compartirnos esa experiencia, ¿cómo fue que logró llegar al éxito, a lograr tener un control ?

M: A mi me gustaría participar, yo como tal no tengo una enfermedad cronica, pero uno de mis familiares si, y al verlas a ellas tan disciplinadas en función de su meditación, de su consciencia, de

su mentalidad, a mí me ha ayudado mucho conocer todos los temas que vemos aquí. Entonces, ahí yo plasmo, cómo desde el ejercicio, la alimentación, el sueño, otro tipo de terapias de saludable. Entonces, yo ruego ahí ruego por la prevención, en particular mía porque yo las veo desde cero tan lindas, tan constantes, sus alternativas que les han ofrecido, digamos, la parte médica, que a mí me anima, yo vengo aquí por prevención para mí y para mis familiares, y ya de alguna manera poder apoyar a mi familiar. A mí me mueve mucho la parte emocional, cómo gestionas emociones, tiene su primer diagnóstico, qué otras cosas les puede ofrecer, digamos, la parte médica, para que ellas el día de hoy estén aquí. Yo creo que es una carta de la gratitud, conocerlas, todas las alternativas que tienen un componente benéfico en su estado de salud. Eso es lo que yo me interesa. Sobre todo en prevención, prevención para mí y mi familia.

J: Nos enfocamos más en la prevención, ¿no? Y también plasmar en la carta grupal, hacer énfasis en prevenir. Muchas gracias.

P: ¿Usted misma podría explicar qué otras actividades le permiten sentirse mejor?

M: Yo, aquí aprendo que mi ejercicio es básico, yo los veo ustedes y desafortunadamente ya no puedo venir los jueves, pero todos los días yo practico ejercicio y yoga, y vamos relacionados con el primero mi descanso, yo he oído aquí que el sueño de parador, el ejercicio, es socializar. También yo aquí comentaba con una persona que me contiene el transporte, el socializar y conocerlas a ustedes, pues eso de alguna manera me ayuda, todas las alternativas que nos han enseñado aquí desde el naturismo, como son la alimentación a base de hierbas, de semillas y todo eso, las pláticas que nos han dado desde la nutrióloga cecy, la doctora Vivar, otros ponentes que han venido aquí, a mí me han ayudado mucho cuando hicimos cognitivoterapia, todas esas alternativas yo las llevo a cabo, porque me ayudan y yo las veo, y las ideas les funcionan, también a mis familiares les puede funcionar, pero yo me quedo así, así soy muy disciplinada en la alimentación, sueño reparador, el ejercicio y la parte social, gestionar emociones. Creo que aquí he llorado con ustedes, cuando yo me sentí así derrumbada, cuando yo dije mi hermano se va a morir de diabetes, pero yo las escucho aquí y esa parte emocional, hablaba ahorita la doctora de darle ese toque de tiempo al paciente con calidad, no con cantidad, sino ser humano, no número, no expediente, yo he aprendido aquí también que nosotros como pacientes somos seres humanos, no somos una expediente más, no somos una fecha más, y creo que es lo que nos ayuda, es muy importante para la doctora porque me escuchó, cuando en mi casa ni me pelan, entonces esos componentes para mí son así como que wow, el agradecer al agua, a la lluvia, todos esos formas naturales, a mí, yo las he aprendido aquí y por eso sigo viniendo.

J: Muchas gracias, ¿Alguien más?

M: Yo creo que ahí sería la palabra empatía, ser empático.

J: ¿Alguien más que nos quiera contar cómo fue el proceso, cómo vivió, cómo se sintió cuando en alguna consulta que tuvieron y que ya les dijeron que habían logrado llegar a la de hemoglobina glucosilada, de presión arterial, que les dijeron que por primera vez ya no había que hacer ajustes al tratamiento, sino que ya habíamos logrado llegar a una meta? ¿Alguien podría compartirlo?

M: Pues yo realmente en mi tercera carta, que es cuando ya tenía el diagnóstico de diabetes y todo eso, me sentí muy a gusto, relato ahí que de hecho cuando yo entré a este grupo, pues aprendí a llevar una mejor alimentación y a tomar mi medicamento a tiempo, que yo puedo ser disciplinada, que de por sí yo con mi medicamento para el glaucoma trato de ser disciplinada, ¿por qué? Porque el bien o el mal me lo hago yo, y entonces pues para mí este grupo ha sido de mucho apoyo, me he sentido muy contenta y pues bueno, sí, nos citan a las consultas si nos atienden a tiempo pues está bien, pero si por X o Z se trata, pues tienen que aprender a ser paciente, yo era de las personas impacientes, digo antes, y ahora he tratado de aprender a ser más tolerante, ¿por qué? Porque pues de todas maneras tienen que atender, ¿no? Entonces, ¿para qué me impaciente si no logró nada? Y pues con las compañeras y ver cómo han controlado sus enfermedades, que las tenemos crónico-degenerativas, pues he aprendido mucho y de hecho pues el medicamento que estoy tomando para el control de la glucosa, pues tomo la mitad de este, pero me he sentido bien, de hecho cuando me tocó consultar contigo pues me reanimó el hecho de que mis niveles de glucosa están controlados.

J: Sí, entonces usted considera que una parte importante de seguir motivada en el tratamiento es que ve que está llegando a los objetivos y que está teniendo un control, M: Así es, ¿por qué? Porque eso también influye en el glaucoma, en mi visión, entonces si yo descuido esa parte que es dejar que mis niveles de glucosa suban, pues los primeros a pagar no son mis ojos, porque pues soy muy vulnerable

por el glaucoma que tengo, entonces y sí me da pues cierto temor el hecho de llegar a tener la retinopatía diabética, ¿así se llama?

J: Sí.

M: Entonces por eso pues si no me cuido yo, no me cuida nadie porque he aprendido.

J: ¿Alguien más que quiera compartirnos su experiencia, hablarles un poquito de lo que platicó en la tercera carta?

M: Yo, en la tercera carta todavía apenas la estoy haciendo, pero yo he logrado vivir mejor, que eso es básicamente lo que todos buscamos. Ya he aceptado que las enfermedades solo están de visitas conmigo, pero yo las he vencido al estar bien, en cuidarme, y eso lo aprendí aquí en el grupo con la ayuda de los doctores y con todos los que estamos aquí porque siempre nos platicamos, me sentí triste, ¡ay, no te preocupes, aquí estoy yo! Y siempre hemos recibido mucho apoyo por parte de todo el centro de salud. Hemos estado aquí y logramos, en mi caso de 400 de azúcar, ahorita tendré, ya desayunando 130. Entonces es un logro, ¿no? Y llegué con 11.5 de hemoglobina glicosilada y tengo 6.6. No sé ahorita cómo haya el salido.

El auditorio aplaude

Quiero decir que sí se puede vivir sin matarme de hambre ni sacrificarme, solo es aprender a comer. Y eso lo aprendimos aquí, porque ya podemos comer del todo, pero con medida y no nos hace daño siempre y cuando esté dentro, de lo que sí podemos comer y rico, porque no nos morimos de hambre, porque tenemos ganas de comer más, pues entramos a la verdura, ¿no? Tenemos ganas de seguir comiendo, porque es lo que tiene el diabético, que siempre tiene hambre. En mi caso yo siempre tengo hambre. Sí, ¿no? Y bajé de peso, porque sí bajé de peso, pero ahorita me he mantenido en un peso, creo que balanceado en más de un año. Y así como bien, como lo que quiero, pues me siento contenta, se cambió mi carácter, porque cuando empecé a venir aquí, era así como que, ay no, ¿y para qué? ¿Y para qué me levanto temprano? De todas maneras no voy a curar, yo soy la negatividad que uno tiene. Y sin embargo ahora, ya me voy, ya, vámonos, córrele, llego corriendo, estoy activa, de buen humor, y me alcanza el tiempo para todo, para venirme, para estar aquí, y después tener mis actividades y feliz, y eso es gracias a que estoy atendida y controlada. Esa es mi experiencia aquí. Hemos pasado a la tercera carta, que ya pasa el proceso de aceptación, y ahorita acepto mi tratamiento bien, y sé que puedo lograr más, y que no es vencerse, sino es aprender a vivir mejor.

P: ¿Como lo vivió la familia?

M: Pues mi familia sufrió, sí sufrió, por mis cambios de carácter, ¿no? Principalmente mi pareja, porque llega un momento que, ay, ¿por qué él está sano si yo no? O sea, ¿por qué yo no? Y sin embargo ahora, nos sentamos a comer felices, y me dice, ¿te tomaste en el medicamento, no se te olvide. Entonces también eso hace sentirse seguro, ¿no? De que alguien está pendiente y por si se te olvida. Pero eso es como cuando tenemos algo que nos gusta mucho, en este caso, por ejemplo, mi casa siempre ando trayendo mis pastillas, porque yo no sé si ahorita va a tardar, y traigo mi botellita de agua, porque yo no sé si me voy a tardar y ya me toca mi medicamento, ah, bueno, pues me compro algo que pueda comer y me tomo mi pastilla. Porque eso es parte de mi vida. Y entonces en la casa mi familia me dice, ¿ya llevas tu pastillero? Sí. ¿Ya llevas esto? Sí. Entonces eso también les ayudó a ellos a aceptarme y yo a aceptarme. Y que el carácter cambió para todos, porque si yo como sano, ellos también. Y no porque ellos obligan, sino porque ellos quieren comer lo que yo hago para mí.

J: ¿Entonces usted cree que también ha influenciado de manera positiva que usted haya cambiado sus hábitos alimenticios en toda la familia?

M: Sí, sí, porque yo empecé a bajar de peso y tengo una hija que le cuesta mucho bajar de peso, y ella siempre está abierta y siempre está y no baja nada. Entonces yo le digo, no, es que no debes comer eso, eso es lo que te está engordando porque no comes a tus horas, cambia tus papitas por unas fruta picadas cambia tu refresco por una botella de agua, y yo te puedo asegurar que en una semana bajaste por lo menos medio kilo, dejando de comer todo eso. Entonces ella llega a la casa y, ¿ah, qué hay de eso? Empieza a pellizcar por acá y por allá, pero yo siempre tengo algo picado en la mesa, alguna verdura, para mí, pero ellos también agarran. Pues ya aprovechan esa información porque ya comemos con menos grasa, ya comemos más sano, comemos más proteína. Entonces sí cambiamos todos, porque ellos por apoyarme a mí no se hace doble comida. Comemos una sola comida, todos. Y eso pues lo aprendí aquí, que todos podemos comer lo mismo. No es necesario hacer comidas especiales ni costosas. No sé si sea bueno o sea malo, pero hay medicina para todo.

J: Sí, claro, también es importante que el consejo asesor no únicamente repercuta en nosotros, sino en toda la comunidad, en nuestra familia. Y ustedes está logrando eso, lo cual es admirable y hay que felicitar que también los cambios no únicamente fueron en usted, sino también en toda la familia y agradecer el apoyo que la familia está brindando en ese aspecto, ¿no?

M: Sí, y el trabajo, porque yo antiguamente trabajaba, trabajaba con niños, entonces los niños pues siempre, el cumpleaños de Pedrito, el cumpleaños de Juanita, el cumpleaños de no sé qué, pues un montón de pasteles y todo eso que no podemos comer, ¿no? Y entonces yo me lo comía, sabiendo que no lo podía hacer, y me lo comía, porque no tenía la educación ni la cultura de decir que eso me estaba conectando, y me lo comía sin remordimiento, hasta que me di cuenta que tenía 400 de azúcar. Y entonces dije, no, ya no, si puedo convivir con los niños, les acepto todo y todo va a mi bolsa, todo va a mi bolsa, ¿por qué? Porque pues no le puedo hacer el despeche al niño, que den un chocolate, que den una paleta, Pero gracias, corazón, al rato me lo como, pero ya no me los compro, los voy almacenando para alguien que los quiere y los pueda disfrutar, ¿no?

J: Sí, claro. También eso es lo que habíamos platicado con alguien en consulta, no recuerdo con quién, que le regalaban mucho pan de dulce, sus hijos, sus vecinos, y comentamos que hay que aceptarlo porque es un bonito gesto de la familia, pero hay que saber decir que no porque te lo hayan regalado, te lo tienes que comer todo tú, lo puedes repartirlo.

P: Recuerden que si ya tienen la posibilidad de comérselo, primero es un vaso de ensalada, ¿sí? Para que les sirva de colchón y estos carbohidratos que tiene este el pan, ¿sí? A ver, ¿alguien más que quiera participar?

J: Alguien que nos quiera contar su experiencia

M: Lo que englobaría sería la pertenencia a un grupo, sería la pertenencia a un grupo que es lo que favorece y porque es el intercambio de ideas, ¿no? Y no sentirse solos.

J: El acompañamiento

M: Entonces, se dice que emocionalmente pertenecer a un grupo, porque no es lo mismo que estás aislado en tu casa, ¿no? A pertenecer a un grupo, llámese el grupo el que sea, no necesariamente de salud, puede ser de yoga, de zumba, de amigos, de parque a lo mejor, ¿no? Ese es el sentido de la pertenencia, ¿no?

M: Pues a mí me ha ayudado mucho estar en el grupo, a los médicos que hemos estado también nos han ayudado y apoyado mucho. A mí me es muy difícil por la alimentación. Entonces, por mi trabajo, luego no como a mis mis horas y eso, pero ahora he procurado por llevarme, y ya compartimos la comida en el trabajo, como dice la compañera, ya no llego a la casa en la noche a cenar como llegaba, pues hasta llenarme. Entonces, he procurado bajarle las tortillas, porque yo casi no como pan, pero tortillas, sí, me como tres, cuatro tortillas. Y ahorita ya la he bajado. Entonces, me siento bien y luego digo, no, yo no me quiero levantar, yo no voy a ir ahora. Pero luego, ya me voy. Porque Conchita me dice, ándale, ándale y vente.

Eso a mí me ha motivado mucho. Carmelita, Conchita, todas las compañeras. Entonces, yo me siento a gusto y yo le digo a mi hermana, vámonos. Y ella dice, no, que mi nieto. No, que no, vámonos. Entonces, pues ella me ayuda a mí y yo le ayudo a ella.

H: Bueno, a mí lo que me dio fue embolia, yo me acuerdo que la persona con la que vivo me dijo, vete a ver al médico. Digo, ¿al doctor? ¿Me ves? El enfermo eres tú? no, yo. Dice, vete a ver al doctor. Si ya ves cómo tiene los ojos. Negros. Siempre me burle. Siempre me burle de ir al médico. Mira, vete tú y tan tan.

No tengo tiempo. Voy a mi trabajo. Ya me voy. No me estés molestando. Sí, es que es mi trabajo. Mi trabajo. Y entonces, llegó el día que me dio la embolia, Y estaba yo, pues, como a unos 50 metros de una caseta que hay, yo sentí que temblaba. Y me empezó a mover todo. Y dije, oye, mi amigo, oye, ¿estás temblando? No. ¿Cómo estás temblando? Digo, pues no sé, pero mira. Y digo, ¿sabes qué? Espérame. Voy a la caseta porque me siento mal. Pues tuve la osadía de llegar a como a unos 20 metros. Y entonces, le hablo a la policía. Oye, yo sentía que hablaba. Pero perdí toda la noción del habla. Y como me llevo con mis amigos hasta la fecha, no sé qué palabras decimos. Entonces, me decía. Y ya cuando me vino que en realidad me estaba poniendo malo. Y corrieron. ¿Y qué es lo que pasó? No sé. Entonces, hablaba por radio a nuestro patrón. Y me dijo, oye, Román se muriendo, pues déjalo que se muera y hasta la fecha la fecha todavía me ve mi patrón y de dice ¿Cómo estás? ¿Estás bien? ¿No te mueres? Yo así me llevo con el señor, Pero hablen a ambulancia. ¿Qué? ¿A dónde? No. ¿Dónde quieran? Y alguien se lo corrió. Hay que llevarlo a Ángeles. Y el señor hasta la fecha. Ven,

ven. ¿Por qué no has venido a trabajar aquí? No tenía el seguro. Hasta la fecha no tenía el seguro, ¿no? Ni dice. Entonces, me aventé. Tres meses internado en Ángeles. ¿No? Ahí bien. Me iban a ver los patrones y mi pareja. Ella siempre como. Y pues gracias a Dios salí bien del hospital. Hasta la fecha yo me siento. No bien, bien, bien. Pero he venido aquí a la terapia con las personas. Y me siento muy bien en realidad. Y pues, ¿qué más puedo decir? Entonces, me da mucho gusto. Ahorita me ausenté un 20 días porque me dijeron ¿Por qué no vienes a trabajar? Pues sí, verdad. Y me ausenté 20 días de aquí a la junta. Y pues dije, no, tiene razón. Y me dijeron, ¿por qué no vienes cada ocho días? Digo, bueno, me dan de lunes a viernes. Entonces voy a cambiar de jueves o del sábado. Digo, no, no es cosa del otro mundo el trabajo que yo hago No es nada como pesado. Yo conozco al 95% de los, como son casas privadas. Yo conozco a todos. Y ahora que me dijeron, me dijeron, vaya, ya vas a venir a trabajar. Ya, ya, ya, ya no aguanto ya. Entonces, a la persona con la que vivo, pues, ha cambiado. Hemos cambiado mucho, ¿no? O sea, yo porque pues, ya más como el perro. Ven, y ahí voy. Pues sí, porque antes era de eso de que las personas, de que ya me voy o tal, tal. Entonces, qué felicidad esta ahorita para mí, para ella, pues, a lo mejor no. Porque pues, era de ya te vas. Había ocasiones que me hablaban a las horas, de cualquier hora de la noche, de la madrugada. Oye, ¿sabes qué? Y les decía, ¿sabes qué? Ya me voy. No, ¿sabes qué? Bueno. Entonces, siempre, siempre, siempre fue mi trabajo, hasta la fecha es mi trabajo. Hasta la fecha es mi trabajo. Porque pues, me regalan algo, ¿no? Pero, este, ahora vivo, que ella también ya vive, también mejor mentalmente, y yo físicamente, yo no me queda decir. Ah, pues no, no, no, ya me compuse. No, no es cierto. No es cierto. Cuando una vez que ya más o menos empecé a tornar de acción, le dije, oye, doctor, ¿cree que me voy a componer? Y me dijo, ¿la verdad o la mentira? No, pues la verdad, doctor. Mira, cuídate mejor en el medicamento. Porque mira, es un cien por ciento que no quedaste bien, ya. Ya te quedó, tu cerebro, te pegó a tu cerebro. Y, ¿qué hago? Tomar, como un, se toman al vicio de cualquier. No, no, no, ya, yo ya vivo, yo vivo como ahorita, soy feliz. Yo, yo. Pero, ¿qué más puedo decir, no? Entonces, yo muy gracias a todas las personas que me han acompañado a la terapia y seguro te lo voy a seguir agradeciendo a todos los doctores de aquí del Centro de Salud y antemano a todos ustedes, gracias, muchas gracias.

J: Muchas gracias por compartirlos

P: Armando, ¿quiere usted compartirnos algo? Ahora que se integrara al consejo asesor

HM: Buenos días, soy Armando. Buenos días. Y, este, escuchando la radio, era muy reacio a aceptar mi enfermedad. A mí me la detectaron en cinco años, tuve una cirugía. Y, este, pues, tardaron una semana en decidirse en intervenirme, porque no, me decían, es que su, su nivel de azúcar sube, baja, sube, esta muy inestable. Entonces, tuve una semana, ya hasta que por fin me dicen, bueno, vamos a intervenirlo. De ahí, este, bajé mucho de peso. Y, uno de los factores principales, pues, era la forma de comer, ¿no? Yo comía todo, este, lo que más me excedía es en el pan. Me encanta el pan, ¿no? Y, las galletas de pastel. En fin, entonces, pero, mi madre tuvo muchos años padeciendo de la enfermedad. Y, yo la veía, y me decía, perdón si me quiebro, ¿eh? Recuerdo a mi madre, este, yo veía a mi madre como, ya, este, tenía ya avanzada la enfermedad. Y, a mí me tocaba, este, algunos dos días de la semana, darle, hacerle su desayuno. Se lo complementaba, ¿no? Sería dirigido a la gente que ayuda a cuidar a un paciente diabético. Mi madre luego se quejaba conmigo, es que mis hermanas me dan las verduras bien feas, sin sabor. Si tú tratas de ponerle algo... A su fruta, este... Trataba de adornarla. Para que se le antojara a comerlo, porque luego no quería comerlo. Verla sufrir de esa manera, este... Eh, pues... La verdad yo no creí que me... Que fuera a pasar a mí, porque a mí me gusta mucho andar en bicicleta, y me voy Ameca, Chalma, caminando. Yo era de los que iba al cerro de Xochitepec. Subía, bajaba, me iba a la pista a dar una vuelta, cada tercera del día iba a... A hacer bicicleta. ¿Cómo se llama? Spinning. Y, pues... como me puedo pasar a mí. Entonces ya fallece mi madre, y... Mis hijos me decían, papá, cuídate. No. Siempre la negación de tenerla ya. Ya tener la enfermedad. Y eso es lo que me... Creo yo. Derivó en que... Pues me dejé. No, no hice nada, a partir de la cirugía me había mandado una metformina y dice, toda tu vida se la vas a tomar y empece a vomitar. Y ya, la total la dejé. Luego dije, no, pues por los naturales, ¿no? Y me voy a empezar a tomar un te. Justamente contra la diabetes, hasta que el día de... La consulta que tuve con la doctora. Yo no tengo servicio médico de ningún lado. Y no me cobraron de mi trabajo, y no me jubilé, no me pensioné, no tengo nada. Entonces, este... Gracias a la doctora. Me dio consulta, aquí está presente, me hizo ver, que realmente... Me dejé muy feo.

Yo jamás pensé tener 400 de azúcar, yo tenía 150, 200. Entonces me... 300 sí. Por ahí dije, no es posible. ¿Cómo así? Y ahí me metió, no sé comenzó una especie como de enojo. Conmigo mismo, porque desde siempre te han dicho, cuídate, cuídate, cuídate. Y la negligencia personal. Es la que... Hace que hoy estés aquí, estés aquí tratando de... pues de salvar lo que te quede, ¿no? De vida, escuchaba ya la señora de glaucoma. Cuando me dijo la doctora, pensé, si es que los ojos se sienten así, orina con espuma dije, ptxx mxdrx. ¿Qué es esto? ¿que tengo yo? Entonces, a partir de eso me... Eso empezó un enojo conmigo. Por eso, no haberme atendido.

Teniendo el ejemplo que enfrente de mí a mi madre y... No hice nada. Entonces, esto lo comparo mucho con... Con la enfermedad que tú te niegas a aceptar. Me niego. Yo me negaba. Aceptar que tengo... Que tengo esta enfermedad tan avanzada. Tengo que hacer algo. Y... Me gusto ahorita escuchando a los que participan. Y escuchaba la señora que puso trabajo y entonces yo dije, es que yo tengo un trabajo, tengo que ir a vender todos los días. ¿Qué hago? Pero me pongo a reflexionar. Y no sé dónde escuché. Y dije. ¿No es posible que le des más importancia... a un día de trabajo que a un día de salud? Y dije, es cierto. A veces no vendo nada. Y estoy todo el día. Me paso ocho, diez horas. Y yo comienzo a trabajar a las siete de la mañana y termino a las siete de la noche y a veces me gano cien pesos, a veces nada y no como a mis horas o como puros tacos o puro pan, Café y hasta que llego en la noche. ¿No es posible que te importe más... ir a perder ocho horas sin ganar nada... a que pierdas uno o dos días de la semana... por ir a terapia, por vender algo? Digo, no. Te va a salir más caro... si no le pones empeño a tu enfermedad. Si no te enfocas. Que realmente... Buscar alguna solución, alguna alternativa para que mi salud mejore, para que mi salud mejore y... Entonces entré a hacer esa reflexión. Y prefiero dejar de trabajar dos días a un día. Y... Pues aquí estoy. El tratar de aceptar que... que tengo una enfermedad... pues ya irreversible, ¿no? Y que está muy bueno. Simplemente lo que a mí me impacta... es tener 500 o 400 de azúcar, me impacta mucho, me siento mal, ¿no? Sentía los mareos y la boca seca, y más agua tomaba. Tratar, supuestamente, con mis medios. Tratar de ponerme bien. Entonces, bueno. Tienes que buscar una alternativa. Decídetelo. O te mueres así. O qué. Pues... Eso fue como me decía venir. Y... Y hacer lo posible por seguir las... las reglas del cuerpo para mi salud. Es todo.

Aplausos en auditorio

M: Bienvenido, estas en el lugar correcto.

M: Bienvenido.

J: ¿Alguien más quiere compartir?

M: Yo quiero hablar. La mayoría de todas ustedes y todos... bueno, todos me conocen. Yo llegué aquí en un lugar en un momento muy negativo. Peleada con la vida. ¿Qué me enseñaron mucho? A aceptarme, Amarme, se me quitó el enojo. Yo llegué aquí con 493 de azúcar, la doctora que me atendió pues ya salí de aquí con insulina. Enojada. La trabajadora social oli fue la que me invitó al grupo. La verdad yo le tengo mucho aprecio a Oli porque ustedes me conocieron... yo mordía.

Yo era, muy agresiva. Era fea. Este... Oli fue la que se atrevió a acercarme. Mi mamá... pues llegó con su mostrota. Quien conoce a mi mamá saben que mi mamá es un amor de Dios. Todo lo contrario a mí. Llegó con su mostrota y pues háganse bolas. Tuve la oportunidad. ¿Sí? Literalmente.

Y empecé, empecé... La doctora Viva... me aceptó... y me entendió y me empezó así como que a apapachar, ¿se puede decir? Sí, a apapachar, a moldear, a decir todo está bien. Hubo un ejercicio que hicieron todos. Pero yo no acepté. No acepté ese ejercicio. Todo el mundo... Este, ¿por qué? Porque yo venía con esa idea de decir que se tienen que enterar de mí. Nadie tiene que saber nada de mí. Nadie tiene que saber de mi vida. Y bla, bla, bla. Ese día me sacaron. Cuando yo entré y veo que todo el mundo feliz de la vida con el ejercicio dije, bueno, pues entonces sí me perdí de algo. Pasó. La doctora Maricruz también fue una de ellas, la que también me apoyó muchísimo. Por parte de la doctora Vivar me mandaron a la clínica de diabetes. Hoy en día en la clínica de diabetes este también me han ayudado muchísimo. A lo mejor yo aquí nada más vengo a consultar al doctor. ¿Por qué? Porque en la clínica de diabetes pues tengo un año para estar ahí que yo creo que ya en enero me dan de alta.

También encontré muy buenos doctores, Yo les agradezco mucho al doctor Canela

La nutróloga me enseñó a comer pero a no comer con culpa. Si voy a una reunión y me ofrecen un pastel, ok, en vez de comerme todo el pastel, nada más le pido a la persona, que me está invitando ese pastel la mitad. Me enseñó a comer pastel mientras que yo era feliz tragando pastel.

Gracias a Dios mi familia me ha apoyado muchísimo no me puedo quejar. Me ha apoyado muchísimo mi familia, pero también, ellos han aprendido a tener conciencia. ¿por qué? porque nadie nos enseña a cuidarnos.

Pues sí, puede haber una persona con diabetes en casa, una persona con hipertensión, yo nada más soy diabética, hasta hoy. Pero, ¿qué sucede? La conciencia que he tenido con mi familia es acércate al centro de salud, tengo una hermana. que se empezó apenas a tratar yo le dije acércate al centro de salud, chécate, revísate, venimos de una familia diabética, gracias a Dios no es diabética.

Eh... mi hermana es la que vive conmigo, mi mamá y mi hermana me han apoyado muchísimo, mi mamá también es diabética, pero su diabetes es controlada, a ella le gusta venir mucho al grupo porque ella ha aprendido, muchísimo en el grupo, quiere a toda la verdad, a ella le duele mucho pero con la tormenta con el frío le duele muy feo el brazo,

Pero algo que me han enseñado en el grupo mi nivel es de azúcar cuando llegué aquí con nueve y algo de hemoglobina glucosilada, hoy en día puedo presumir que tengo cinco entonces, que me ha ayudado el grupo, me ha ayudado muchísimo, que me han ayudado los doctores, en su momento también, me ha ayudado muchísimo, pero algo muy importante que me lo que me lo ha dicho mi doctor, el doctor Canela... ...lo más importante somos nosotros mismos, gracias a mí, quererme, al aceptarme, al amarme, he bajado mi glucosa, pero ante todo gracias a mí ¿por qué? porque a lo mejor yo pude haber tenido los mejores médicos en general, pude haber tenido los mejores especialistas, pero si yo no pongo de mi parte. ¿cuántas personas necesitábamos para cambiar un foco? todo el mundo decíamos uno pero no corrección, son dos la persona que sube y la persona que le está pasando el material para cambiar el foco entonces yo la verdad sí estoy muy muy agradecida con el grupo, me han hecho aceptar las cosas, a veces sí, soy intolerante en mis tiempos, yo pido mucho el respeto en mis tiempos porque así como el tiempo de muchos, mi tiempo lo es, ok eso es lo que yo pido respeto a los tiempos

Mi hermana la que vive conmigo ahora cada tres meses, cuando me mandan a hacer mis estudios allá en el centro de diabetes, me mandan a hacer mis estudios y me dicen. ¿ya nos toca? y bueno entonces tuvo esa conciencia mi hermana de los estudios.

Mi mamá ella tiene el ISSTE y tiene el seguro social, ella se empezó a atender en el seguro social porque del ISSTE la doctora que la estaba atendiendo le dio pastillas para el Parkinson y mi mamá no tiene Parkinson y me la mandaron al hospital, la internaron y todo, yo estaba viviendo en Guadalajara estuvo muy feo. Entonces mi mamá dijo no, yo no voy al ISSTE entonces se empezó a tratar el seguro social porque es pensionada por mi papá y ella es jubilada por el ISSTE entonces se empieza a atenderse en el ISSTE la doctora que tiene el seguro es muy buena pero sorpresa, cuando yo entro aquí al centro de salud y me empiezan a mandar a hacer estudios y que el electrocardiograma y que no sé qué y bueno, mi mamá se da cuenta mi mamá y dice mi doctora es muy buena pero a mí no me manda a hacer todos los estudios que a ti te mandan, esa es la diferencia, entonces mi mamá también aprendió de ahí, entonces ahora que va a su cita le dice oye doctora necesito que me mande a hacer esto, necesito, o sea pero ya va y una vez le dijo la doctora oye ¿dónde aprendió? entonces ya le platicó mi historia y dijo mi hija está en el centro de salud y perdóneme que se lo diga a la doctora pero mi hija está mejor atendida en el centro de salud que yo aquí en el seguro social, literalmente entonces ahora la doctora le dice hola que estudios nos toca pero o sea aquí implica y la doctora así lo dijo ¿sabe que sin querer me han enseñado a que yo tengo que aprender a ver cómo se maneja un paciente de hipertensión y diabetes, mi mamá tampoco hipertensa hasta ahora pero empezó la doctora a estudiar lo que es una diabetes, empezó a ver cómo trabajar con una persona diabética, cada cuarto se le tiene que mandar y perdón pero en el seguro están mejor eh, el nivel de medicamento y todo que aquí, porque aquí así como que sí nos dan el medicamento, pero a veces no son ustedes sino es que no mandan, o sea quien manda el medicamento acá no tienen abasto de medicamento y pues ahorita. con el cambio de sexenio y cosas así es un verdadero relajo pero en verdad yo sí estoy agradecida y sobre todo por el grupo que a mí me me ayudó y vuelvo a lo mismo ellos me conocieron en cero y sí fui muy grosera con todas pero sin embargo no me juzgaron simplemente me apapacharon todas me dijeron, ay pobrecita que hace falta amor le hace y pues sí les quiero dar las gracias a todas que me han apoyado, que me han ayudado, han ayudado muchísimo a mi mamá con su monstruota, muchas gracias.

J: En este apartado cree que nos pueda compartir qué fue lo que sintió cuando tuvo su primer estudio de laboratorio e dijeron que ya tenía la hemoglobina glucosilada en metas ¿cómo fue ese momento?

M: Feliz porque quien me lo dijo primero fue el doctor Canela, soy una de sus pacientes no consentida, porque desgraciadamente a veces ustedes como médico, bueno eso fue su comentario de él en ese momento que me dice es que ¿de qué sirve que nosotros estudiemos, estudiamos y que les estemos dando el medicamento, si ustedes todavía van y se llevan su cocota, llevan su fruta con un montón de chantillí y miely sus puntitas de granola ¿sí me explicó? osea y cuando él me manda a hacer el último estudio y ve que es cinco me acuerdo que agarra voltea y me dice lo hemos logrado, pero lo has logrado tú, entonces, sentí padre, sentí bonito. ¿por qué? porque yo personalmente lo logré, me empecé a amar, me empecé a querer y eso es lo más importante, amarme, quererme porque claramente nos lo dijeron en en el avión en una ocasión, quien haya volado en avión ¿qué nos dice? osea yo siempre primero tu ponte la mascarilla para poder ayudar a la persona, entonces para que las personas estén bien a tu alrededor, debes estar bien tú, además también aquí lo que también me enseñó mucho en el grupo yo vivía, a lo que decían mis hermanas osea si mis hermanas me necesitaban en ese momento, yo siempre decía aquí estoy, aquí estoy ¿qué sucede? hoy no puedo, no, entonces pues a lo mejor a ella les costó mucho trabajo aprender a entender que ya no estaba a disposición de ella. Al momento dijeron, ay pues has cambiado mucho, ay te has vuelto una grosera, pero no me empecé a amar, yo me amo, yo me quiero y ante todo estoy yo entonces entendieron eso mis hermanas yo las amo. Pero regresando al tema me felicitó el médico porque fue un logro mío, mi orgullo, fue el que me ayudó a conseguirlo.

P: Maricarmen, usted quiere dar alguna opinión, ¿como se siente?

M: Yo quiero compartirles que como tal no padezco diabetes, sin embargo me detectaron la resistencia a la insulina, que bueno es así como el previo, después, esto obviamente fue cuando tenía 17, 18 años, la verdad es que en esa etapa uno no hace caso, me acuerdo que ni se lo comente a mi mamá, porque como ya estaba más grandecita, ya estaba más grande, pero además tampoco me dijeron mayor, no me dieron mayor explicación, con los años y las nuevas ocupaciones ya de trabajo y de otras responsabilidades, ya no fue la resistencia, ya fue la intolerancia que es pasitos adelante pero gracias al estrés, a tantas responsabilidades en el trabajo, se va a complicando y la verdad uno no hace caso. Como dijo el compañero, preferimos seguir en el trabajo que irnos a darnos el espacio a una relación. Posteriormente, bueno, pues pasaron muchas circunstancias de vivencias, hasta que ahí, bueno, empecé con mucha sed, con comezón en la piel, mucha necesidad, como que subía y bajaba mi graduación, de mis lentes, vino el embarazo, obviamente como que se reguló todo y era muy feliz, hasta bajaron mis dioptrías, después otra vez empezaron, ese desequilibrio que es cuando yo lo siento, la sed y el cambio en el aumento de la graduación me dice mi cuerpo como que algo está pasando. Alguien aquí, bueno, me invitó también al grupo, obviamente pues sí, empezaba con mis cambios de carácter bien fuertes, ahorita estaba bien feliz y al ratito, pues que ni me hablen porque les contestaba muy mal, poco a poco me fui integrando al grupo, me gustó, muchas prácticas, que hacemos en cuestiones emocionales, muchas herramientas que nos han dado, como ya bien lo comentaba, no solamente el saber que si no te cuidas, pues de esa intolerancia que ahora es, pues estás a un paso, porque igual me dieron la glucosa y pues a veces eran de 150, a veces de 98. Empezaron así picos, entonces les dicen, estás a un pasito, tú decides si te cuidas o no, hay cosas que aún no las he logrado estabilizar, como es a veces el sabor a moneda, ya no tengo la sed pero de repente el sabor a moneda es como que loco, entonces de dónde yo empiezo a analizarme, es algo que también aprendí en el grupo, a ver, escucha tu cuerpo, ya estando en el proceso que ya han comentado todos aquí de empezarnos a conocer, aquella frase de me amo, me apruebo, me acepto y me respeto, creo que ha tenido buen efecto en cada uno de nosotros, en mí en ese sentido, aprendí a decir no, como han comentado, de repente pues era de que recurren todos a mí y yo decía, bueno y cuando yo requiero a dónde están, por qué no están, entonces aprendí a decir no, los ejercicios que hicimos de desapego, la verdad que me ayudaron bastante. Sí hubo muchas personas, desde amistades, familiares que me dijeron que yo ya era muy payasa, había cambiado, pero he empezado a revalorarme, por ahí empieza uno y por supuesto que esto ha tenido impacto en la casa, porque de comer algunas cosas fuera de horario, ahora cuando algo vamos a comer dulce ya más tarde, digo no, lo que quiero comer de dulce es antes de las 3 de la tarde, ya he exagerado a las 5 y en la noche ya no, mañana, lo guardamos para mañana. Entonces esas enseñanzas que hemos recibido, la verdad es que sí me han estado ayudando y bueno esto fue como el triángulo entre la primera y la segunda carta.

Les voy a leer mi tercera carta. Y dice así, ahora sí mi querida intolerancia a la glucosa, con todo mi amor estoy lista para caminar a tu lado, para repartir la dulzura que de anidarla en mí me haría daño. Esto significa que ya acepté tu presencia, que estoy trabajando para ser consciente del impacto de las complicaciones que puede haber en mí si te permito cruzar la línea para convertirme en diabetes. Hoy comprendo que eres el resultado de emociones heredadas o propias que callan, de pensamientos no expresados y de acciones no realizadas, por eso, “soy una persona sana, con la salvedad que eres precisamente la condición que me da la oportunidad de ser.”

Esa es mi tercera carta, porque finalmente no tengo la diabetes pero tengo todo para que esté, entonces bueno pues si ya sé mejor me cuido

J: Muchas gracias, creo que tenemos los elementos necesarios para construir la carta grupal para incluirla en el libro y que nos represente a todos, tomando los elementos de todas las personas que participamos y también de lo que he estado leyendo en las cartas. Les agradezco mucho su participación y también estoy muy contento y orgulloso de que al menos en este Consejo Asesor ya tengamos impacto sobre nuestra familia y sobre otras personas

M: Bueno, yo había escrito algo, pero si tan solo una persona lee estos mensajes plasmados en el libro, será un gran triunfo para este grupo llamado Nemontemi.

J: Muchas gracias por compartirlo, lo incluiremos al final de nuestra carta grupal. Pero bueno damos por finalizado el consejo asesor del día de hoy, les agradezco mucho su participación y les estaremos avisando cuando será la próxima sesión, así como recordarles que el 7° encuentro de pacientes con enfermedades crónicas está próximo y necesito su confirmación para incluirlos en la lista de asistentes.

*se da por terminada la sesión *

Relatoría Número 3 voces en papel

P: Paulina

J: John

M: Mujer

H: Hombre

* Los pacientes ingresan al auditorio del Centro de Salud y se registran en una lista de asistencia para el control del departamento de trabaja social, después de eso se le pide a los integrantes que tomen asiento *

P: Buenos días, ¿Cómo les fue en su ejercicio?

M: Bien

M: Bien

P: Bueno, esta es la presentación que les debí a la sesión pasada, que no pudimos proyectarla. En algunas cuestiones vamos a ir más rápido porque ya habíamos visto la vez pasada. En la relatoría que mandó John la vez pasada, yo la leí y pude destacar o identificar el por qué deseamos compartir estas cartas. En general, el objetivo es prevenir enfermedades crónicas en personas entre comillas sanas, o lo que llamamos sanos, compartiendo nuestras experiencias fundamentalmente con nuestra familia o nuestra comunidad para sensibilizar, no podemos dar consejos, pero sí nuestras experiencias o nuestras vivencias. Y una frase que me gustó mucho fue “concientizarnos primero a nosotros mismos y luego a los demás”, que ese sería el objetivo. También porque es importante, porque en general creemos que es una forma diferente de expresarnos. A lo mejor algunos o muchos de nosotros no somos buenos hablando enfrente de la gente, entonces una carta es una buena forma de desahogo para nosotros, también darnos valor y más confianza y es una forma de conocernos a nosotros mismos y de reconocernos internamente.

John y yo ya estuvimos leyendo las cartas, ya las estuvimos ordenando, ya las estuvimos también clasificando. Del primer tema obtuvimos 18 cartas, entonces, no sé cuántos seamos así en el grupo, pero tuvimos 18 cartas. De la carta número 2 y de la carta número 3 ya tenemos algunas cartas, pero son poquitas. Son menos de una son 6 y de la otra son 4, aproximadamente.

Se realiza presentación con diapositivas

P: Bueno, ese es el objetivo del proyecto, ya lo habíamos dicho, pero ahorita es importante específicamente ver si están de acuerdo con el objetivo y si no es así poderlo cambiar entre todos. Lo colocamos así: compartir nuestras experiencias sobre un vivir con enfermedades crónicas a través de cartas con el propósito de prevenir tales enfermedades en personas sanas de nuestra familia y comunidad cercana, generando sensibilización y conciencia sobre la importancia del autocuidado, nos proponemos crear una herramienta de apoyo y reflexión que permita a los lectores sentirse identificados y motivados a asumir el control de su salud, ganar confianza y valorarse a sí mismos, fomentando prácticas saludables y medidas preventivas.

Todo este objetivo yo lo saqué de algunos fragmentos que venían en la relatoría que estuvimos platicando, por ejemplo: ganar confianza, valorarse a sí mismos, también quería que los lectores se sintieran identificados con nuestras historias. Ya leyendo las cartas yo creo que el objetivo que se cumple, porque muchas de las cartas donde vienen como su experiencia, en este caso de diagnóstico, al final hacen como esta relatoria del diagnóstico de las dificultades, pero muchas de las cartas terminan en algo positivo. Por ejemplo, hay una carta que me llamó la atención, que decía que el médico sólo le había dado el medicamento y ella no sabía ni cómo tomárselo, ni para qué, y entonces pues como que medio perdido, ¿no? Y ya después vino a este centro de salud, en Xochimilco, se encontró con la doctora... ¿Alguna de las tres doctoras que mencionan? Maricruz, Mercado y Piedra, ¿no hay otras? ¿Son ellas?

M: Yo sí quiero mencionarlas, con mucho respeto, pero quien nos ha guiado así y que quiero que sí se comente, es la Doctora Cristina Vivar, porque ella ha sido como nuestro gran pilar, nuestra guía, que todavía nos pregunta cómo vamos. Es una persona demasiado valorada. Y bueno, en segundo lugar estuvo la doctora Maricruz, que también es una persona muy muy preparada, también no sé si será... Comprometida, Excelencia, excelencia, muy bien preparada, y bueno, pues el día de hoy ya tenemos a la doctora Piedra que parece que ya se va a hacer cargo de nuestro grupo, pero sí, la verdad, sí, yo quiero renombra nuestra doctora

P: Esa doctora sí salió mucho en las cartas, sí, sí, sí, sin duda. Y también súper bonito que agradecen a todo eso a los médicos, y recalcando eso, que el acompañamiento médico pues es importante, un buen acompañamiento médico, centrado en la persona, en nuestras necesidades, todo eso pues es fundamental y se ve que hay un cambio, porque también hay como, no comparación, pero sí el contraste de un médico y la atención que dan algunos médicos con a veces la atención que podemos entender específicamente aquí. Entonces, bueno, ese es el objetivo que les digo. No me lo saqué yo de mi ronco pecho, sino que lo tomé de lo que estuvimos platicando aquí, que espero que concuerde con lo que realmente estamos diciendo. Entonces, léanlo y me dicen si están de acuerdo o les gustaría cambiar alguna parte, alguna palabra o algún orden para que ya ese sea el objetivo del proyecto. Porque esto va a venir dentro del cuaderno, les digo que quería agregar algunas cosas antes de enviarlo al grupo. Si quieren, lo pueden enviar al grupo y ya ahí lo tienen más cortito, incluso si después quieren, dicen, bueno ahorita estoy de acuerdo, pero ya estoy sentada aquí y pienso, ah, ¿puedo agregar esto? Lo pueden mandar al grupo y yo lo puedo agregar. En el grupo ahí yo estoy y yo lo agrego, no contesto, pero ahí estoy yo relleno sus mensajitos.

Bueno, entonces la misión y la visión del grupo de NMONTEMI, la misión ser un referente en la prevención de enfermedades crónicas a través de compartir experiencias personales y el apoyo mutuo, crear una comunidad informada, empoderada y comprometida con su salud y bienestar. Y el otro, la misión, hacia dónde queremos llegar, es crear un futuro donde las personas valoran y cuidan su salud, se sienten apoyadas y reconocidas y que viven de manera plena y saludable, inspirando a otros a hacer lo mismo. ¿Qué tal? ¿Qué les parece? M: Muy bien, gracias.

M: Bueno, para mí se me hace lo adecuado, pero creo que eso lo debe decidir la mayoría.

M: Está muy bien.

P: ¿Sí? ¿Les agrada? ¿Quieren ponerle algo más?

J: Recuerden que esta es la manera en la que ustedes se ven como grupo y lo que quieren transmitir ustedes a la comunidad, ¿no? Yo creo que leyendo las relatorías e integrando esto ya, sí se cumple perfectamente el objetivo, ¿no?

P: Sí, justo. Eso es lo que yo quería recalcar? Sí, y recuperar del grupo, o sea, ya es un grupo muy bien formado, ya es un grupo que justamente hace, o sea, como que sí se siente, que apoya ese reconocimiento de nosotros mismos, de nosotros, ¿no? Entonces, pues ahí lo puse. Sí, diga.

M:Nada más en donde creo yo, creo un futuro donde las personas valoran, agradecen y cuidan su salud. Yo agregaría eso,agradecer.

M:Sí, sinceramente, porque sí, gracias a, pues, este lugar, este espacio que nos brindan,empezamos a caminar de diferentes maneras y poco a poquito la persona anda transmitiendo algo diferente a la familia también.

P:Sí, exacto. Yo lo puse como en general, pero podría agregar la familia, la comunidad, lo que ustedes me digan. Entonces, sería crear un futuro donde las personas valoran, agradecen y cuidan su salud. ¿Están de acuerdo todos?

M:Sí.

P:Ok. Esto es importante y lo quería retomar aquí. Para mí es muy importante que cada decisión tomemos acuerdos, porque a mí me ayuda, y John nos ayuda a seguir avanzando. Entonces, yo sé que no somos todo el grupo y que de hecho faltan varias personas, pero por lo mientras podemos ir trabajando sobre estos 3 aspectos. ¿Qué título le queremos poner a nuestro cuadernillo? ¿Qué debe contener y qué historia queremos contar? Yo le decía a John que no quería colocar simplemente las cartas, sino que hacer como una narrativa, una historia, y en esa narrativa ir colocando fragmentos de las cartas, para ir dando una historia que realmente impacte, una historia que le diga, contar la historia y aparte a tener ese peso de las experiencias de ustedes. Si queremos hablar de la importancia de cualquier tema, acompáñalo con esta historia y los fragmentos, eso es por parte de qué historia queremos contar. Pero bueno, para irnos en orden, ¿qué título le queremos poner a nuestro cuadernillo? Porque yo estaba piense y piense en el título y dije, ay, pero yo no tengo que ponerle el título,pues lo deben ponerlo ellos

M:Sugiérenos.

M: Pero entonces, no, yo no entiendo. Ya no sería entonces un libro de cartas, sino si estaría solo metiendo fragmentos, sería ya una historia, ya no sería un libro de cartas.

P: Justo.Esta es la opción, que sean los fragmentos de algunas cartas, o colocar la carta completa, pero ya ve que lo dividimos como temas. Que sea como una, no una historia, sino como un texto, una narrativa, para darle contextualización a esas cartas. Sobre qué es lo que vamos a hablar dentro de las cartas, y por ejemplo, hay temas muy importantes, como por ejemplo, uno de los temas que apareció en las cartas, es la importancia de este acompañamiento médico, del buen acompañamiento.Entonces, colocaría, con la ayuda de ustedes, un texto donde diga la importancia de este acompañamiento, y la carta que concuerde, o las cartas que concuerden con la importancia de este acompañamiento. Y el impacto que tuvo la persona, porque hay personas que mencionan que el médico no fue claro, no le explicó nada, y entonces tenía muchas dudas. Hasta aquí llegó a, por ejemplo, a este centro de salud, y no fue hasta que vio a la doctora vivir

M: Bueno, en mi caso, no, En mi caso, yo empecé desde hace mucho, y la que cambió, no mi vida, porque mi vida, ¿verdad? Pero sí mi... Sobre mi enfermedad, me interesa mucho.

M: ¿Y quién fue la doctora?

P: No voy a poner un nombre en específico, pero sí mencionar que el papel del médico, no el papel del médico, sino la forma de abordar el manejo médico desde una atención central a la persona es importante, porque recordemos que este modelo justo no es el trabajo, es un modelo de atención central a la persona. Quiero pasar eso. Entonces, esa sería como la idea. No perder la secuencia de cartas, porque sí, a lo mejor ya no va a ser un libro de cartas, se pierde un poco eso, sino que darle contexto a las cartas. Entonces, no sé cómo vean.

M: Es como darle un poquito más de forma y de formalidad, ¿no?

P: Y echarle más coco, para no solamente poner las cartas y decirles, ah, bueno, aquí están sus cartas.

M: Como una introducción.

J:Como ir trazando una historia para que el lector se vaya interesando en leer todo el contenido.

M:Las historias de cada una de nosotros.

P: Y reforzando ciertos temas que tocan sus cartas. O sea, no vamos a sacar temas de la manga. Yo leyendo sus cartas voy a decir, ah, mira, aquí está,saca un tema muy importante, y de eso podemos sacar más información que refuerce esa idea que quiere transmitir la carta.

M: ¿Cuántas hojas va tener? ¿Cuántas hojas vamos a leer? Si estamos pensando que cada quien hizo tres cartas, entonces, ¿cuántas hay? ¿600? ¿O hay unas?

P: Pues pueden ser como unas 30,

M: Sí. Sí, porque si de nosotros son 16- 20, la contextualización, si un programa de dos o tres pasa mucho, ya estamos hablando de 23 más 2 de agradecimiento.

P: Y hay cartas que son muy pequeñas, hay cartas como muy chiquitas, muy concretitas, que igual esas son muy concretas, pero que igualmente podemos sacar temas importantes, ¿no?

M: Yo quiero compartir lo siguiente caso. Pero también retomando los libros de las compañeras. No sé qué tan bueno sea el libro, no tan grueso, sino que sea un libro práctico. Hablo conmigo. ¿De qué hay ocasiones en que ve uno lo más práctico un libro? Porque si no puede ser un libro que sea como no importante, como no interesante por tanto contenido.

P: Pero de verdad, ¿les aseguro?

M: Bueno, yo siento que habla como de nuestra emoción, de lo que sentimos. Y así lo estoy percibiendo porque, por ejemplo, en mi caso personalmente, yo dije, voy a salvar a mi hija. Voy a salvar a mi hija. Pero mi hija... no quiere ser salvada.

Entonces ahorita yo dije, pues no era para ella, era para mí. Me estoy salvando yo. Porque prácticamente yo ya por mi edad, digo, el no tener ninguna enfermedad, digo, a la vez agradezco a Dios, y el tener conocimiento tanto de los doctores como de todas las compañeras, y prevenir, para mí es algo muy valioso.

P: Y es que la verdad, leer las cartas es muy ameno. O sea, yo leí las cartas, todas las cartas, y fue ameno, fue interesante, pude conocerlas desde otra perspectiva, y me gustó mucho. Entonces yo creo que ese mismo sentimiento podemos transmitirlo en el libro. Que no sea un libro pesado ni aburrido, pero claramente una persona que está pasando por la enfermedad, diabetes, hipertensión, e incluso no, porque había cartas que no se referían a diabetes o hipertensión específicamente, pero es interesante ver cómo esa persona lidió con esas dificultades. Entonces yo les aseguro que va a ser un libro muy interesante y muy bonito. Entonces, pensando en todo eso, ¿qué título le queremos poner? ¿O qué título propondríamos? ¿Cómo les gustaría que se llamara nuestro libro?

M: Medicina preventiva.

P: ¿Podemos colocar la lluvia de ideas? Y después vemos. Pónganse... Poéticas, creativas.

M: Medicina preventiva para no llegar a una enfermedad.

J: Yo propongo que, por ejemplo, pensemos en el momento que ustedes les dieron el diagnóstico, ¿qué título les iba a hacer leer ese libro? Al leer el título, lo voy a leer para ver qué medidas y para qué le sirven.

P: Porque va a ser un libro de vivencias, de experiencias, como si fuera de una... No quiero decir novela, pero sí es un libro de experiencias. No va a ser un libro médico, no va a ser un libro hecho como formal de medicina. Va a ser un libro de ustedes.

M : O inspiración para la salud

M Despertarse a una nueva vida. Despertar a una nueva vida puede ser, porque después, prácticamente, estamos aprendiendo a vivir con nuestras enfermedades. En formas diferentes.

P: Ya lo anoté. ¿Alguien más?

M: Acuérdense del significado de nemontemi.

P: Yo también le quería preguntar.

M: O nemontemi, ¿qué significa?

M: No, por eso. Nemontemi, acuérdense, porque es con lo que concluye el ciclo, es el momento de reflexión. Nemontemi es eso, bueno, te lo mando así ya bien, pero es tiempo de reflexión con lo que se concluye o se inicia un ciclo. Cerrar ciclos, ¿no? Es cerrar ciclos para comenzar... Iniciar otro.

M: O le podemos poner nemontemi nada más y luego abajo significar de lo que es.

M: También. Le hacemos honor al nombre. Nemontemi somos todos.

M: ¿Podemos poner historias y relatos en nemontemi?

M: También. Ah, pues también.

M: Historias y experiencias de nemontemi.

M: Porque acuérdense que nemontemi es el conjunto de cinco días de reflexión, de preparación para el siguiente ciclo. Desde la cosmovisión a nahuatl. Sí. Entonces, que básicamente es lo que hemos venido haciendo. Pensando, reflexionando y preparándonos para seguir el camino.

P: Ok. Incluso... Tenía... Tenía yo una actividad, pero en los correos... Tengo un montón de plumones y los quería traer y ya nada más conseguí hojas blancas para que justamente hiciéramos la actividad de hacer la portada. Este... Y ver también cómo... cómo crear la portada. Si quieren algún diseño en específico, dibujo...

M: Bueno, una idea. Hacer como... con nuestra mano plasmarla y... y generar como un libro tipo... el árbol de la vida.

P: Ok.

M: Y que fuese la parte de la... lo que sea el símbolo de nuestro grupo, parte del tronco o algo así y cada uno de nosotros, de los que estamos participando, plasma nuestra mano formando el árbol de la vida al fin y al cabo. Bueno, es una idea, ¿eh? A ver, a ver qué opinan.

P: Porque entonces la siguiente sesión no tendría que ser relacionado un poco a eso. Pues podría ser esa, entre historias y experiencia Nemontemi o construyendo historias de montaña. Construir o...

M: Piénsenlo, piensen.

J: Renacer con Nemontemi.

M: Ah, puede ser eso. Renacer nemontemi.

M: Ah, pues sí. Renacer con nemontemi, cerramos nuestros ciclos que vamos arrastrando y florecemos en otros ¿no?

M: De todas formas, acuérdense que esta es una lluvia de ideas

P: ¿Qué otra idea puede ser para la portada?

M: Pues a lo mejor el símbolo de Nemontemi, a lo mejor pudiera buscarlo y ese se podría trazar en la portada.

P: ¿Se acuerdan qué es? ¿Qué? El símbolo de Nemontemi.

J: Si quieren lo podemos buscar

M: Sí, sí, sí. Bueno, de hecho está en el grupo, ¿eh? Como la foto del perfil del grupo.

P: Ah, ¿sí? Ah, es como un... Ah, ¿es ese? Es un colibrí.

M: Es como una planta y un colibrí.

P: Pues de por qué este podría ser nuestro logo que también podemos colocar.

J: No es ninguno de estos, ¿verdad?

M: No, no. Es como un... Es el perfil del grupo.

P: Ok. Ahora, ¿qué debe contener? si están de acuerdo, había pensado en eso, en hacer como la narrativa o el correlato de las cartas. Pero tendríamos que estar de acuerdo en si hay una presentación, introducción y el tema uno y... tema dos, tema tres. Creo que son solo tres temas. Y habíamos quedado en un tema cuarto, en el cuarto tema que hayan mencionado que querían que fuera como... ¿Cómo te dicen? Eh... Sí, pero como de consejos o como recomendaciones.

M: Recomendaciones.

P: Querían que fueran como recomendaciones. Igual, la idea sería, por ejemplo, si queremos hablar de actividad física, colocar, hacer un escrito o un tema de actividad física y después colocar sus experiencias acerca del logro de hacer actividad física y cómo esto va a impactar en su vida. O sea, no como tal haz ejercicio 30 minutos y ya, ¿no? O que esa sea la recomendación. No, sino que yo conocí al grupo de nemontemi y con ellos hago ejercicio en mi centro de salud, me la paso muy bien, me encanta, me distraigo, han estado, o sea, el impacto en mi vida al hacer ejercicio ha sido esta, no dar una recomendación sino la experiencia de esa recomendación. Hablando de ejercicio físico, podemos hablar de alimentación. Ah, yo cambié de alimentación y así ha sido mi experiencia y escribirla, y yo agarro esos fragmentos y las coloco en ese capítulo de recomendación, ¿no? Podría ser eso. Creo que yo había puesto... A ver, a ver la otra, la otra, bueno, a ver la otra. El capítulo 1, el momento del diagnóstico, el capítulo 2, o sea, capítulo 1, 2 y 3 son las cartas. Mi experiencia viviendo con una enfermedad crónica, la carta 3 son experiencias del logro, todo eso, y la carta 4, o el capítulo 4, me quedaba pendiente, era...

M: ¿Cómo sugerencias? Bueno, no sé, a mí mi punto de vista es así, supongamos que se platicando con usted, ¿no? Y que le diga que yo llegué al nemontemía y mi experiencia

P: ¿O podría ser experiencias de autocuidado? Es que no le quiero poner como tal, como recomendaciones, porque...

M: Sí, porque suena diferente. Y porque aparte, pues lo encontramos en otro lado. Sí, estamos como para platicar, como para regalarte mi experiencia. Me dije que yo llegué al grupo aparentemente por cuidar a otra persona, pero la que llegó a cuidarse, pues fui yo. ¿Y cómo empecé? Pues me invitaron a un grupo donde empecé a hacer ejercicio, donde tuve la oportunidad de conocer, aprender a comer adecuadamente, a soltar prácticamente viejos... Malos hábitos. Malos hábitos. Estilos de vida diferentes.

M: Son sugerencias, como sugerencias.

P: Si se me ocurren experiencias en nuestro autocuidado y podemos dividirlo en ejercicio físico ¿En cuál otro?

M: Alimentación.

M: Bueno, es la alimentación y también el estado emocional.

P: Esto salió mucho en las cartas, también el manejo de emociones lo tocaban ustedes.

M: Sí, bastante.

M: Sí, porque en mi caso personal, a veces mi estrés origina, bueno, se me antojan alimentos grasosos o azúcares.

P: Sí, claro. ¿Algún otro tema? Ejercicio físico, alimentación y manejo de emociones. ¿Qué otro? ¿Con ejercicio? Con esos tres.

M: Esos son básicos

M: Acompañamiento grupal, nos hemos ensamblado mucho, muy importante.

P: ¿Lo llamamos acompañamiento grupal o cómo lo llamamos? ¿Ayuda mutua?

M: No.

P: ¿Es que saben por qué no? Porque en general, las personas tienen una idea de grupo de ayuda mutua, más como vengo, recibo plática o me toman mi presión, me toman mis datos y me voy. Y yo, la verdad, conozco muchos grupos de ayuda mutua y este no se parece mucho a un grupo de ayuda mutua. Este es un grupo consolidado de amigos.

M: Es como un grupo de amigos que luchan por mantenerse.

P: Van más allá de un grupo del mismo fin, ¿no? Sí.

M: Pues así como dijo Panchita, acompañamiento grupal. Acompañamiento, porque nos acompañamos, somos un grupo y nos hemos acoplado muy bien, ¿no? Que a veces es muy difícil también.

P: Perfecto. Muy bien.

M: También la situación médica.

P: Muy importante. ¿A qué se refiere con situación médica?

M: Pues sí, porque es importante cómo nos dan la atención, porque están tratado como personas individuales.

P: Eso me parece perfecto.

J: Como recalcar la importancia de este modelo, ¿no? Que estemos brindando la atención, no solamente...

M: Que somos todos, pero somos uno por uno.

M: Sí, he escuchado así situaciones de que dicen a alguien, no, pues ya el doctor y médico, pues mejor tiene que ir a otra parte porque tiene cáncer. Entonces ya el médico se deshumaniza y le dicen, ¿ahora qué hago y para dónde voy?

P: Exacto.

M: Y no es una vez, sino ya el médico ya está muy deshumanizado. O sea, esto nomás ve en tercer nivel.

P: Sí. Sí, sí, sí, te dan las noticias como correos.

M: Dicen los pacientes que están internados. De lunes a viernes hay un domingo y nos pelan.

P: Sí, acompañamiento como... Porque a veces, a menos de que tengas una enfermedad crónica muy... como cáncer, etc., pues tienes el acompañamiento, pero si no, a los médicos los ves una vez. Si no tienes un médico familiar que te esté viendo cada mes, no estableces esa relación. Entonces, muy bien, creo que esta era la última.

J: Este... Sí.

P: ¿Y lo puede regresar al de la carta?

J: Sí.

P: Ok, ya estamos en la carta uno. Les digo, ya leímos todas sus cartas, ya las ordenamos y las acomodamos. Le digo a este John que es importante identificarlas más porque sus cartas fueron... muchas de las cartas fueron anónimas, ¿no? Incluso no sé si les escribió un hombre que era... A veces eso puede complicarnos un poco, pero ya lo resolvimos identificándolas como carta uno, carta dos, carta tres, carta cuatro, cuatro, ¿no? Leí todas las cartas y con lo que platicamos la vez pasada hice esta primera carta grupal, recopilando como todas las experiencias, se las voy a leer.

Estimada comunidad, somos el grupo de nemontemi y queremos compartir con ustedes nuestras experiencias y sentimientos al momento de recibir nuestro diagnóstico de enfermedad crónica. Recordamos el día que nuestras vidas cambiaron para siempre. Sentimos incertidumbre, dudas, preocupaciones, miedo, enojo y coraje al escuchar las palabras que confirmaban nuestras peores sospechas. Algunos de nosotros experimentamos síntomas como cansancio, dolor de cabeza y vertigo, lo que nos hizo sentir desajuste en nuestra vida real. En algunos casos, situaciones difíciles como la pérdida de seres queridos nos sumergieron en emociones fuertes, lo que nos llevó a no priorizar nuestra salud.

Ahí está, en duda todo. Acuérdense que en esta carta tenemos que hablar de todo. A lo mejor algunas personas no pasaron esta situación difícil, pero algunas otras sí. En algunos casos, situaciones... Ah, no.

J: ¿Se repitió?

P: Se repitió. En medio de la oscuridad, encontramos la importancia del acompañamiento médico y de nuestra comunidad. Sobre todo en los primeros meses de diagnóstico. El apoyo en el tratamiento farmacológico, en la alimentación y en lo emocional nos ayudó a acercar nuestra nueva realidad y encontrar la fuerza para seguir adelante. Debemos compartir nuestras historias para que otros se sientan acompañados y comprendidos. No estamos solos en esta lucha. Juntos podemos encontrar la fortaleza para enfrentar nuestras enfermedades y vivir una vida fiel y significativa. Atentamente el grupo nemontemi.

Esta fue la que más o menos...

Aplausos en el auditorio

P: La voy a borrar y el pedazo que se repite, porque yo en el afán de acomodarlo, porque todos seguido no me gustaban. Pero bueno, más o menos...

H: Así le queda, Crónicas y Relatos, Grupo Resultado.

P: ¿Cómo, cómo?

H: Crónicas y Relatos grupo nemontemi.

M: Ahí donde dice, nos sumergimos, o nos sumergimos en emociones fuertes. Que nos sumergieron.

P: Ok.

M: Que nos sumergieron en emociones fuertes.

P: O nos sumergimos en emociones fuertes.

M: Que nos sumergieron en emociones fuertes.

P: O quito esa, o quito esa parte. Esa parte yo tenía duda, porque no entendí.

M: No, está bien.

M: ¿Sí? Yo creo que está bien. ¿Sí? ¿Está bien? Porque dice, de seres queridos nos sumergieron.

M: Nada más ponerle... Que nos sumergieron. Nada más, sí, porque es más que nada como la oración... Que nos sumergieron. En lugar de... Nuestros seres queridos nos sumergieron. Porque tiene otro enfoque. Porque sí parecería que fueron culpables nuestros seres queridos que merecieron.

M: Ajá, sí. Es una palabra así también, ¿no? En el contexto.

M: Sí. Y que nos llevó. Y que nos llevó. Lo que nos llevó a tomar conciencia, a concientizar. O sea, en lugar de lo que nos. A lo que nos. Y. Y que nos sumergieron. En situaciones difíciles como la pérdida de seres queridos. En lugar de lo que nos sumergió. Nos concientizo y nos sumergió a priorizar nuestros seres

M: A cambiarlo a positivo.

M: Como entre todas vamos... Dándole otro punto de vista. Otro enfoque.

P: Ok. ¿Entonces están de acuerdo? Esa puede ser nuestra primera carta. Obviamente voy a recuperar las cartas y hoy tenemos que trabajar la carta número dos. ¿La traemos?

M: No las tenemos pero algunas faltan

P: Solamente tenemos seis... Seis cartas de..

M: Ah, es que algunas compañeras dijeron que en su primera carta ya habían incluido los tres puntos, entonces como... Ya, dijeron, ya con esas.

P: Por eso a veces, a veces es importante... Sí, gracias.

P: Sí, las que traigan cartas las podemos entregar al doctor y ya las que falten... Le decía a la señora también que si no la traen ahorita no importa, pues John va a estar aquí diario. Se la pueden traer y se la pueden entregar.

M: ¿Pero dónde lo pusieron?

J: Ahorita todavía no me asignan consultorio, pero si vienen pongan un mensajito en el grupo... Ahorita les mando mensaje con mi número, me mandan un mensaje como de estoy afuera, dejar la carta y bajo porque todavía no me dicen en qué consultorio me van a dejar.

M: Vamos a solicitar al director que ya le deje su lugar.

J: Sí. Lo que me comentaban es que ya la siguiente semana ya los voy a empezar a poder citar, porque yo ya pedí un espacio para citarlos a partir de esta semana, pero me dijeron que no porque la doctora Piedra aún sigue de vacaciones. Cuando regrese la doctora Piedra ya volvemos a hacer nuestra agenda y también ya en el grupo nos ponemos de acuerdo en quién tiene más prioridad por sus medicamentos. Pero ya casi todo se les va a vencer, ¿no? Ya se les va a terminar el medicamento.

Se habla de cómo se organizaron las revisiones médicas siguientes

P: John es el que nos va a atender a todos, entonces... Él toma el lugar de Maricruz, la doctora Maricruz, entonces es igual.

J: Ahorita les puedo ayudar con los medicamentos para que no se queden esos porque ya ve que se viene el puente y la celebración entonces para que no se queden sin medicamento y ya en el transcurso del mes los voy citando para ya llevar el control y retomar las consultas como las llevaron con la doctora Maricruz.

P: Incluso él tiene sus números, o sea él les haría la cita llamándoles diciéndoles qué día las puede ya ver en su consulta.

M: Sí, como volver a hacer la agenda.

P: Bueno, técnicamente ya avanzamos en la primera parte y a la siguiente sesión vamos a procurar John y yo traerles ya la primera parte del librito. Ya es... Puede ser en virtual, pero también si ustedes lo quieren... En hojas textual para el libro.

M: Sí, físico.

P: Lo puedo... Lo podemos hacer físico para traerlo si le quieren rayar o si quieren este... Puede ser para que no sea solamente virtual y traer la primera parte.

Pero pues tenemos que trabajar la segunda carta hoy. ¿Cómo le hacemos?

M: Lo pueden mandar... En PDF.

P: Entonces hoy tenemos que trabajar la carta 2. La carta 2 se refiere a las experiencias buenas o malas que hemos vivido con los enfermeras crónicas, que queramos nosotros compartir, la que ustedes crean que ha sido más significativa. Quien la traiga la puede leer y quien no la puede hacer ahorita. Entonces, ¿podemos pasar a eso? ¿Quieren que demos 5 minutitos, 10 minutitos para hacer la carta? ¿Sí? ¿Qué hacemos?

M: Si

P: Es mi experiencia, a lo largo de no sé cuantos años tenga viviendo con algunas enfermedades crónicas, mi experiencia como de vida a tener estas enfermedades crónicas. M: Yo lo voy a entregar aquí, ya presenté mis 3, pero lo voy a entregar aquí.

m: Por ejemplo, Rosy entregó de lo que es el glaucoma y lo que es la diabetes.

P: Y ahí me enteré que es maestra.

M: Sí, soy docente.

Entra un miembro del grupo al auditorio

P: Estábamos hablando de la segunda carta, ¿ya la hizo? La segunda carta.

M: Entregué mis 6 cartas

P: Ah, perfecto. También es interesante saber desde su perspectiva cómo ha sido vivir con esa condición durante toda su vida.

M: Lo que pasa es que yo en la primaria la estudié en la escuela de rehabilitación para ciegos y débiles visuales. Entonces, ahí llegaban compañeros que veían bien y compañeros que ya tenían la glauco. Entonces, ya pasan los años y me vuelvo a encontrar a compañeros que veían supuestamente bien y ya no veían. Y me decían, bueno, ¿por qué dejaste de ver si veías bien? No es que la glaucoma. Y en ese entonces yo creo que no había el control que hay ahora, la tecnología, estamos hablando de los 60, 70, sí, entonces, así como que decía yo, yo decía, nunca me va a dar a mí, ¿no? Yo estoy bajo vigilancia médica y cada que haya algún problemita o cambio de déficit o lo que sea, pues mis papás estaban al pendiente. Cosa que con ellos, pues no, porque la mayoría de mis compañeros invidentes, pues ya nacían así. Los llevaban a la primaria y los dejaban hasta en casas hogares. Ahí luego pasaban vacaciones y no los iban a ver o los iban a ver una vez al año. Era un total abandono de esos compañeros invidentes. Entonces así, cuando a mí me diagnostican glaucoma, el terror que me entró. No, es que a mí, ¿por qué? Es que no, es que me voy a quedar como ellos. Pero, bueno, los médicos, detectado a tiempo tiene usted tiempo, entonces, a tiempo se le va a dar medicamento para que usted aprenda a convivir con esto. Y de hecho, la primera vez que me recetaban, me acuerdo que fue a un timolol, me dejó de dolor el ojo porque me dolía este ojo, pero yo lo tenía como secuencia de la operación que me hizo el desprendimiento de la retina de este ojo. Y me dicen, no, es que usted ya tenía glaucoma. O sea que es el mal silencioso que no nos damos cuenta. Bueno, no sabía eso. Lo curioso es que yo lo tengo y a mi mamá le dio después, o sea que fue hereditario, pero en el hospital Conde no se explican por qué yo lo tengo.

Y ya son 32 años que tengo que yo viviendo con glaucoma. Ayer me midieron la presión de los ojos y bajé porque ya le he subido a 14, 16, ya tengo 10 y 12.

P: Ah, qué bueno. Y usted da clases ahí en...

M: Di clases en secundaria normal.

P: Ok.

M: En secundaria normal yo redactaba mis apuntes y entonces procuraba lo más que pudiera memorizar para darles clases. Y cuando no me acordaba de algo, pues tenía mi nota ahí enfrente, la leí al fraile.

P: Claro.

M: La lista pues me pasaba, sí que me valía de los jefes de grupa, de cada grupo porque yo tenía hasta 6, 7 grupos, 8 grupos. Unos en la mañana y los otros me mezclaron en grupos en la tarde. Entonces, cada jefe de grupo me pasaba lista. Y cuando me trabajaban, cuando los ponía a trabajar por equipos, iba yo anotando en mi Fraile cuántos puntos les ponía yo cada uno de ellos, Entonces iba yo anotando y se hacían las sumas. Hacían mis sumas globales. Les tomaba en cuenta todo, participación en equipo, tareas, el examen. Porque el examen no era lo único, el examen nada más era como para el peor trámite casi. Porque fue lo que valora el trabajo mensual.

M: Claro.

M: Que era lo que nos orientaban ahí los talleres que nos daban la actualización.

P: Ok. La verdad es que fue una historia de vida muy impresionante.

M: Impresionante y era una sensibilidad para los que estamos en otras condiciones. Con mucho respeto.

P: Exacto. Y justo como de, sí, de admiración de... De trabajo.

M: Y llegaban alumnos que no sabían escribir su nombre. Y alumnos que no sabían comprensión de lectura. La semana propedéutica, además de explicar las dinámicas que nos pedían, para mí era, bueno, hacía yo eso, pero la siguiente semana era sentarme con ellos, a ver, lee esta, ponme, para, ¿qué entendiste? No, no entendí. Vuelve para leer. ¿Entendí esto? Escríbelo. Escríbelo. Porque no me decían, ¡ah, entendí!, sino que decían, ¡entendí!, pero leyendo. Claro. Tenía yo que estar a las vivas con eso, con lo poco que veo, pues a las vivas, que no me... Y así hacían trampa.

M: Lo que pasa es que, en ese aspecto, es, como te diré, como mucho abandono de los hijos, que de repente hay circunstancias que, en algunos hogares, las mamás o están trabajando, están separadas, están viudas, o no hay acceso.

M: Y en la escuela de San Mateo y en la de Tlaltenco, sobre todo en los turnos despiertos, se veían muchos hijos de padres, también. Se veían violaciones, se veían niños víctimas de violencia física, verbal y psicológica.

P: ¿En qué escuela dio clase?

M: Di en la 224 de aquí de San Mateo, pero trabajé en la 154 de Tlaltenco, llegué cuando la primera generación del turno despierto. Entonces, como que poco a poco los fuimos puliendo. Pero cuando llegué aquí a la secundaria de San Mateo, como hubo... Había el turno despierto, pero lo habían quitado porque hubo muchos problemas de niñas embarazadas y cosas así. Entonces, era de inauguración ese turno, esos eran los alumnos de relleno y entonces, pues esos de relleno eran bien problemáticos. Ahí sí vi mi suerte.

P: Me imagino, me imagino.

M: Porque si ya había yo estado en la escuela donde ya los habíamos más o menos pulido. Llegué aquí con problemitas

P: Por eso la mandaron .

M: Sí, sí, sí, sí.

M: Bueno, gracias a Dios ahorita sí han habido cambios, ¿no? Porque, por ejemplo, ahorita el Instituto de las Mujeres también ha logrado, a lo mejor no mucho, pero unas pequeñas cosas, ¿no? Porque hablar de los derechos a las mujeres es algo maravilloso para poner límites a lo mejor en los mismos hogares.

P: Claro, sí.

M: Porque antes, por ejemplo, xochimilco se caracterizaba de mucho machismo y violencia. Antes era de armas tomar como esas, antes era de pistolas, de machetes y demás. A mí me tocó esa parte. Por eso lo comento, ¿no? Entonces digo que ya hayan habido cambios. Es algo maravilloso porque, por ejemplo, nosotros no estamos como la India. Tenemos la bendición de estar aquí con esa libertad, por eso lo comento y me tocó ir al Instituto de las Mujeres, las señoras no llegaban porque le tenían miedo al esposo. Entonces sí, muchas limitaciones. Porque tenemos hoy la libertad de estar aquí con toda la tranquilidad.

M: Pero también es malo en cuanto a derechos del alumno. Porque ahora ya hay más perjuicios para ellos. Entonces ahora cualquier llamada de atención ya es violencia psicológica. Quedan en indefensión a nosotros.

M: Está bien, sí, pero no se ha sabido manejar igualmente.

M: No se ha establecido también las responsabilidades. Porque tenemos que establecer las dos partes. Porque precisamente son normas de equilibrio. No se ha especificado. Los maestros también tenemos que... Bueno, no terminé la carrera. Nos actualizamos en algunas cosas. Nos limitamos. Y la verdad tenemos que innovarnos porque nos quedamos así como a la mitad.

M: De hecho, el último año que labore ya como docente, porque después de cambiar mi actividad, tomé un curso que se llamaba ¿Cómo detectar la agresividad en el aula? Y ahí te das cuenta que los maestros conscientes o inconscientemente también agredimos a los alumnos, entonces nos enseñaron dinámicas técnicas para lo cual manejar a los niños, entonces fui a, en esos últimos años aprendía que ya no llamar, darles dinámicas de tal manera, encabezar a los chicos, a que llegaban, pasaban junto a mí, entraban al salón, sus mangas ya no las arrastraban, sino que las colocaban

P: Voy a retomar, para ya terminar la sesión, ya son las 10: 15. ¿Se acuerdan de la dinámica que teníamos para la carta 1? Como que hicimos el diálogo para yo escribir algunos puntos, y en base a esos puntos pude hacer la carta grupal. Bueno, aquí en la segunda carta es importante, o lo importante sería, recabar alguna vivencia o algunas vivencias que hayan marcado como este camino, el vivir con una enfermedad crónica, incluso el acompañamiento familiar, o el acompañamiento médico, ¿cómo ustedes lo han vivido a lo largo de estos años? Para las personas que ya tengan muchos años con la enfermedad o que apenas están iniciando, ¿cómo ha sido su experiencia viviendo con una o varias enfermedades crónicas? En general, ¿Qué podríamos compartir?

M: Yo soy de una familia del hipertenso por 40 o 50 años, para mí la experiencia es que parte fundamental es el apoyo de los amigos, y seguir en la medida de lo posible la recomendación del médico.

Empecé con mi abuela y mi abuelo hace unos 30 años con mi madre, siempre la diagnosticaron como pre-diabetes, nunca llegó a diabetes, pero ella era una persona muy disciplinada, y el médico que nos

tocó nos llamó, éramos tres hermanos mujeres, y un día nos pusimos las cuatro. La pregunta primera fue, ¿ustedes pueden acompañar a la señora? Bueno, entonces la dieta no es, o no dieta, las restricciones no son para la señora, son para las cuatro, y lo que garantizo es que van a bajar unos cuatro o cinco kilos y nos mandaron a caminar, a hacer ejercicio y las tres nos turnábamos para acompañarla en ese tipo de ejercicio, sobre todo era caminar, y la dieta pues tratábamos de seguirla y sobre todo una de mis hermanas era la que estaba con ella a la hora de la comida y si llegábamos ocasionalmente, pues nos servían lo mismo, y entonces luego yo, yo le decía, Tere, no seas desgraciada, me quitaste un arroz, porque era una cucharada de arroz y ella tiraba dos granos a la mañana, a media mañana, debía comer o dos calabazos de su hervidas, o una manzana, y como no estábamos a esa hora, pues confiábamos en que era de la comida. Pero a media tarde estábamos todos, incluido mi marido y a media tarde, un día tomaba pepitas, otro día tomaba cacahuates, otro día tomaba palomitas, pero ahí el problema es que de una medida de maíz palomero, pues ahí, salía una bolsa, entonces se sentaba y estaba comiendo cuando llegábamos y pasaba don Fulano y le decía, unas palomitas y el don Fulano, pues, se las comió. Al otro que iba pasando ella, sobre todo mi marido, unas palomitas que nadie, ya le ayudé, ya son suyas. Osea, pero la doctora constantemente nos decía, miren, ella está muy bien, pero debo reconocer que ustedes acompañamientos son fundamentales, porque no la ven como alguien enfermo, es parte de ustedes, ustedes se han hecho parte de ella. Entonces, lo que yo considero es que es fundamental ser apoyo para el enfermo. Si lo vemos con el enfermo y allá con sus problemas. Se trata de hacer parte y participar de todos los servicios.

P: Eso es muy importante, sí. Muy, muy importante.

M: Lo mismo con los hipertensos, porque en la casa todos eran Hipertensos. Incluida yo

M: Es que es importante dispensar el apoyo de la familia. En este caso, mis papás fueron los que más me han apoyado. Bueno, me apoyaron porque ya fallecieron. Entonces, este tipo de enfermedades, Pero para mí, mi conclusión personal y yo espero que les sirva a cada uno de ustedes, es que a la menor señal que presente la parte dañada de tu cuerpo, inmediatamente acudir al médico, ¿Por qué? Porque a mí me llegó a pasar, porque esto del glaucoma, Qde repente me ocurrió un dolor espantoso, pero hasta inflamado y entonces nos decían en el hospital Conde de Valenciana. Que es donde me están atendiendo. Vengase inmediatamente. Oye, pues acompañame al punto. Me iba yo sola, Antes sí me atendían a mí sola. Ahora ya me obligan a llevar acompañante. Entonces, ¿qué pasa? ¿Qué tiene usted? ¿Inflamación? Revisaban entre todos, Pagaba la consulta de urgencia, ya es de alto precio, ¿Tiene usted epiescleitis? Algo así, Bueno, pues ya me dan tratamiento, Venga, dentro de 10 días y ya iba bajando la inflamación. Entonces, ya iba uno, no, es que lo que usted tiene es uveitis. Y la vamos a canalizar al servicio de uvea, bueno y de ahí, bueno usted pertenece a la clínica del glaucoma-Uveitis, que era el mismo servicio del glaucoma. Pero así considero y lo mismo de la diabetes, oues a la menor señal, o que ya subió la glucosa, mejor atenderlo, ¿no? Porque mal es para nosotros si lo dejamos. Ya se va a pasar. Generalmente es lo que hacemos. ¿Y qué pasa? Que no nos damos cuenta que nosotros mismos nos estamos perjudicamos.

P: ¿Alguien más? ¿Algún tema que quisieran que se toque? O sea, es importante. Es lo mismo como esta pregunta ¿De qué queremos comunicar?

M: Pensando en como acompañante, ¿no? Lo que decía, Bueno, en mi caso, a lo mejor no he sentido esa necesidad. Porque gracias a Dios, nunca he tenido, Yo, bueno, yo soy hipertensante ¿Por qué? A veces dicen, no de decir soy, sino tengo ese parecimiento. ¿Por qué es importante? Osea mis presiones nunca han sido así, la más alta creo que fue una vez 150, osea, no han sido de grave, y no he sentido esa necesidad de que me acompañen, ni aún así cuando pasa, Osea, bueno, voy a que nunca le tomé mucho en cuenta eso, pasaron años y seguí tomando el mismo medicamento y nunca fui deirme checa al checa, que es un gran error. Me dijeron y cada vez que me dolía la cabeza o me tomaba la presión, ah, pues usted que está tomando en enalapril, ah, sí, pues siga, ¿no? Pero a raíz de que vine aquí, bueno, aquí llegué por la mastografía. Que por cierto, mala experiencia que tuve aquí por que al momento de que vine a pedir mi diagnóstico, bueno, mi resultado, salió una señorita, una enfermera y dijo, salió y dijo, ya le pedí mi, ah, ahorita. Y ella dice, bueno, es que yo nada más, me hablaron y dice, ah, sí, es que yo nada más estoy dando los positivos. ¿Qué quiere decir cuando le dice eso? Entonces, este, inclusive venía mi hija por que yo me iba a dar de alta, ella me iba a dar de alta en el seguro. Ya traíamos todos los papeles porque estaba de vacaciones y eso. y entonces, pues, que es un shock y luego, luego, lo que le dije a mi hija, prepárate, por que me acaban de decir

esto. Entonces, este, ya me salgo y todo y ya me dice, ah, pase al consultor donde está y ya me dijo los médicos que están ahí entregando por que realmente el médico pase aquí, ¿no? Este, dice, pues, es que está como, perdón, no era mastografía, es siempre del confundo, el papanicolao y dice, pues, es que no está muy definida y como que la prueba no sale muy bien, ¿verdad? Entonces, el primer, cuando alguien te dice algo que no tiene la veracidad, o sea, qué mal, ¿no? Porque luego, luego te dice algo que ahora sí que compruebas o no. Y entonces, este, está como que, no, está muy definido aquí, este, pero vamos a ver. Y entonces, gracias a Dios, ellos dijeron, ¿sabe qué? Esperese, a ver si tiene un tiempesito la doctora, este, que lo vea, que la atienda, y la doctora vino y dijo, ni se espante, porque esto no es, este, aquí no hay una, vamos a volver a hacer, y gracias a Dios me lo volvieron a hacer la doctora, este, Terrazas, que yo la verdad le agradezco mucho porque es una muy buena doctora, este, y a ella cuando ella me, tuvo toda la paciencia inclusive para hacerme, para juntarme, para el examen, porque muy mal que me habían hecho el, este, aparte, por lo mismo salió mal, porque en la mesa del camionsinto no habían tomado ninguna muestra, me lastimaron, y por eso dijo, está indefinido, dijo, no, este, la doctora Terrazas le digo, toda la paciencia, volvimos a hacerle aquí el estudio y gracias a Dios no había eso. Entonces, este, por eso de que llegué aquí, ah, ella fue la que me hizo vayar, este, por la, de la hipertensión. Entonces, nunca he sentido realmente que necesite ese acompañamiento, más en ese momento, ¿no?, que, hújole, quien estaba ahí, pues mi hija, para comentarles, y, este, hasta, como que pasen, este, bueno, me refiero al acompañamiento, yo lo viví, más bien, con mi papá, el acompañarlo, a él, en su, en su enfermedad, y la conclusión es que, pues, al acompañarlo, nunca trataba yo de, nunca hacía de hablarle, o de que nos enfocáramos, ay, y se enfermaron, sino que traer, porque él era muy positivo, él era muy positivo, y aunque le habían dado lo de que tenía el aneurisma aquí, y que, o sea, cosas, siempre decía, este, ¿no?, salíamos del hospital, no, no, no, lo primero que hay que comer, y nos íbamos a, él era su cafecito, él, aunque le hubieran dicho el café, ¿no?, se cuidaba, porque sí se cuidaba después, no lo hizo anteriormente, pero hubo un tiempo en que, en que, sí llegó a cuidarse mucho, pero ya, ya era lo mejor, y no es porque fuera tarde, pero sí, ya había el daño, entonces, no busqué el café, y decían, este, pues, ¿qué caso tiene la vida?, y llegaba y su cafecito, entonces lo primero era, él siempre fue positivo, ay, no, no vamos a desayunar, o si tenía su consulta en la tarde, no, vamos a comer, y salíamos, y ya, pero no era de estar, este, era de ser, más bien, positivo, inyectar cosas positivas, o distraerlo con otras cosas, platicar de otras cosas, no enfocarse en eso, porque, pues, era como más, ¿no?, echarle más leña al fuego, entonces yo digo eso, era la compañía misma.

P: En su caso, por ejemplo, que usted tiene hipertensión, ¿cómo ha sido este manejo que le ha dado a lo largo de los años?, o sea, ¿ha cambiado, no ha cambiado?, ¿sigue siendo igual?

M: No

P: ¿ha tenido un impacto conocer a más personas con esta enfermedad, estar en este grupo?

M: Sí, definitivamente, desde que yo entré aquí, bueno, vuelvo a repetir, a lo mejor son insistentes, pero yo digo entré desde hace, desde el grupo con la doctora Mercado, claro, tenía su sistema, tenía su plataforma, pero ya al cambiarme el medicamento, llegué descontrolada realmente, o no controlada, no con unas presiones, porque nunca he sido de presiones súper altas, pero al cambiarme, pues sí, al llegar con la doctora Terrazas y mandarme al grupo, pues ya empezó a cambiar, y luego empezó el nuevo grupo con la doctora vivar, y todo eso, o sea, ya ella tenía, o tiene otro sistema totalmente diferente a la doctora Mercado, y que puntos que ella maneja, como son independientes a lo que es la medicina alopata, y que pues sí, ya los había oído antes, ya los había practicado, pues sí, fueron una ayuda también, un cambio.

P: ¿Cómo que?, un ejemplo puntual

M: El cambio, pues es el grupo, el intercambio debe saber que, como siempre se ha dicho, saber que no estás solo, que compartes afinidades, y en cuestiones de... Lo que cambió, ¿sabes qué? Lo que cambió, siento, es también en que yo creo que es una manera también de ya meterse más, investigar más, y como aquí nos han orientado a que teníamos que ir con la nutriología, con psicóloga... Bueno, yo nunca he ido con la psicóloga. Nunca he ido. ¿Por qué? Porque todos tenemos tratamientos y todo eso, y seguir con la doctora vivar que platicamos, ¿no?, del yoga, bueno, son asistidas que ya en la anterioridad también ya conocíamos y que ella las fue reafirmando también, la herbolaria, muchas cosas. Pero yo siento que mucho es que antes, o bueno, también no había en un tiempo donde a mí me diagnosticaron, a lo mejor esa orientación que tuve aquí, y ahora también más información, porque

ahora ya entra, ya cambió en esta situación, pues la forma de alimentación, la forma de alimentarse. Pues el ejercicio también ha sido, pero como si siempre, bueno, no siempre, desde que tenía yo 19 años pues lo practique, entonces pues eso ha sido algo que algo que pues a lo mejor lo traigo, ¿no? Pero sí, todo el grupo, toda pues toda la información que he recibido aquí y que ha cambiado, ¿no?, o sea, sobre todo, pero que me da a investigar o a discernir qué es lo que a mí me conviene, qué es lo que a mí me cae, como dijo la doctora Vivar, lo que te vibra, eso tiene que ser. Y yo creo que lo que me gusta del grupo es que es democracia, y también respeto a las ideas, y que me gusta que yo respeto sus ideas y que respetan las mías.

P: Claro. La buena convivencia.

¿Alguien más? Esto es importante, por ejemplo, me surgieron dos preguntas como ¿qué impida el control o qué facilita el control a lo largo de todos estos años? ¿Cómo iniciamos? ¿Y cuáles han sido estos aspectos que me han facilitado llevar el control de mi enfermedad? O por el contrario, al inicio, ¿qué eran estas cosas que me impedían o que me dificultaban mantener el control de mi enfermedad? Tanto externos como internos. Esta reflexión, porque es un caminar, ya lo vimos en las primeras cartas, mencionaban que es un pasajero que va contigo toda la vida, y que hay que aprender a convivir con ese otro yo que tiene estas dificultades, como la hipertensión, la diabetes, el glaucoma, que me va a acompañar para toda mi vida y es un proceso. Entonces, en este proceso, ¿qué ha sido lo que me ha ayudado? Aquí, una cosa importante es el acompañamiento de la familia, también el seguimiento médico que es muy importante, que la persona, que el médico, más que ser una entidad que te dice tómame esto y adiós, sea una entidad de acompañamiento y que te dé estas otras alternativas, como el ejercicio físico, la yoga, la alimentación. En alguna carta mencionaban que hay una dietista o de nutrición que facilita el control, entonces, eso hay que recuperar en esta segunda carta, y si alguna tiene una experiencia que quisiera compartir que tuvo un impacto en su como un antes y un después, ¿esto fue algo?

M: Yo quiero compartir mi experiencia, por ahí de mis 18, o antes, 16 a 18 años, yo fui muy gordita. Bueno, siempre fui como llenita porque la cara la tengo redonda, entonces cualquier gramo que subo pues ya se me ve más cacheta, pero en mi adolescencia sí subí bastante de peso. En la cuestión médica, por ejemplo, pues yo no podía bajar. Me hacen la curva esta de la glucosa y lo único que comenta el médico es que tengo resistencia a la insulina, algo así, intolerancia a la insulina, una cosa de ese estilo. Pero no hay ninguna recomendación más que después de las, bueno, la recomendación fue después de las 5 de la tarde, entre las 5 y las 7 es lo último dulce que puedes comer. Pero hasta ahí ya no hubo mayor seguimiento, ya no necesitas más, pues sigue tu vida normal, ¿no? Sí bajé un poco de peso, no mucho, pero sí, sí bajé. Entre las actividades que incluye la de escuela, realmente yo pienso que bajé no tanto por seguir un estilo de vida, sino porque uno se malpasa entre las desveladas y que corres de una escuela a otra y tus tareas, uno ya ni come, entonces llegas y ni comes ni tomas agua. Así pasaron toda la cuestión escolar. Ya cuando empiezas lo laboral, obviamente entramos a otra dinámica donde ahora el estrés juega un papel bastante importante y vuelvo a subir de peso. Ahí pues yo no entiendo por qué si yo seguía, bueno, eso de que seguía sin comer las cosas dulces después de las 7, pues realmente era como un poco engañarme sola, ¿no? Porque pues entre la adolescencia y la el adultez joven, pues hay muchas cosas que se dan en cualquier momento, entonces pues si lo único que podía comer era un yogurt a las 8 de la noche, comer un yogurt a las 8 de la noche o las papitas que venden en la universidad antes en las canastas, pues era lo que había situación, ¿no? Mi abuelita pues sí padecía de diabetes, ella sí fue muy estricta, entonces yo compartía con ella tiempos y ella sí hacía el té para todos, porque siempre hemos consumido té, pero para todos era sin azúcar. Entonces, bueno, ahí se van dando ciertos cambios de querer o no, pero no conscientes por mí, sino porque ya era un estilo que mi abuelita había adoptado no solo para ella, sino para el resto. Al principio ella empezó con que hacía cosas con dulce o con sal para nosotros, y después para sin sal o sin dulce para ella, después dijimos, ¡ay, no, no! O sea, no. Todo igual y que quien quiera le pone, ¿no? Entonces, bueno, eso pues ya no era lo mismo el uno tener que hacerlo, entonces todos adoptamos ese estilo de vida, pero no lo hicimos, bueno, al menos yo no lo hice consciente. Después empiezo otra vez a bajar de peso, pero ayudada por un médico en el que, bueno, me dice vas a cambiar ciertas cosas y empiezo otra vez como a bajar de peso. Pues yo me mido unos 151 y estaba en 45 kilos, después del embarazo me fui hasta los 68 kilos. De ahí, pues he venido así como que subiendo y bajando hasta que no sé si llamarlo complicación, pero se dan otros diagnósticos donde el médico ahí sí fue pues más consciente, yo creo, hasta ahí encontré

un médico que realmente fue consciente que me dijo o cambias tu alimentación o sea te va a complicar y se van a venir una serie de situaciones que pues tienes un pequeño y pues tu esposo está joven, puede encontrarle una mamá sustituta y pues adiós, ¿no? Entonces, como que entras en un choque. Sí me lo dijo así, ya después como que vino el apapacho, primero fue el regaño después el apapacho. Y así fui cambiando ahí fue el cambio de alimentación fue muy drástica porque yo consumía hasta un litro de leche en licuado diarios y ahí me dijeron cero lacteos y cero es cero y si hoy había desayunado eso y en la tarde me dicen eso para la noche yo ya no tomé ese licuado bueno en la tarde sí también y otro día tampoco obviamente si viene así como que la ansiedad de querer consumir todo lo que yo quería

M: ¿Entraste en abstinencia?

M: Sí, efectivamente pero pues también ahí empecé como bueno el trabajo pues tampoco me permitía como quedarme muchos tiempos entonces era de que te quedas a guardia lo que traían de cenar pues eran las tacos, las pizzas ¿no? y así como que ya era que como entonces ahí empezó también como el preocuparme por otras formas ya el apoyo de casa sí, mi mamá me preparaba ensaladas entonces me llevaba hasta dos, tres toppers de ensalada por las largas jornadas que tenía pero los médicos finalmente de la empresa pues te dicen no pasa nada o sea estás mal, todo esto que estás consumiendo ahora que el médico particular te dijo pues no es así y o nos haces caso o no hay las incapacidades o lo que puedas tú requerir entonces viene como un choque entre pues yo les voy a decir que sí estoy haciendo esto pero no lo voy a estar haciendo entonces ahí empecé a conocer más de todo lo que es las todo lo alternativo y complementario empecé a tomar yo les decía pócimas unas pócimas muy diferentes dejé empecé a pues por ejemplo si me daban para gastritis todo lo de los medicamentos que conocemos de gastritis que nos dan los dejé pero les decía que sí y empecé a tomar lo alternativo pues era la papa, la zanahoria y cosas de ese estilo, aunque los médicos decían no, sí y me daban cajas porque además tampoco era un seguimiento como que ah bueno, te voy a ver en los 7 días te veo en 2 meses entonces en 2 meses pues podían pasar muchas cosas entonces pues ahí me detectaron otras situaciones ahí ya me dijeron que tenía ya no era solo la resistencia a la insulina sino que ya era prediabetes entonces ya de un punto pues ya había dado varios pasos justo porque entre las actividades del trabajo y el que de este lado o sigues este tratamiento o no hay la cuestión de acompañamiento, bueno, justificación o lo que sea entonces bueno ahí viene ya también otra la detección de lesiones cancerosas donde obviamente también pues me preocupé pues si estoy ya comiendo mejor porque no, entonces ya entran otras en acción otro tipo de medicina complementaria que fue empezar con la fitoterapia ya más enfocada y bueno ahí empecé a buscar pero empecé a buscar acudir a clases pues fui a la universidad de Chapingo, pero ahí fue desde, ya no sólo era la leche, ahora ya era cero carnes, cero harinas. Entonces, uno hace como que lo físicamente posible, ¿no? Y después empecé con otros procedimientos que ya iban más hacia lo emocional, lo espiritual, hasta que llegué a este grupo donde como que se ve más enfocado a lo emocional, sin soltar los tratamientos alópatas, y pues ya así como que el volver a tomar, el meditar, el relajarse, pues todo lo alternativo, es donde yo empiezo como a otra vez, ya no estar en picos, sin destabilizarme, en equilibrarme. Me ha costado trabajo, por ejemplo, bajar de peso, pero creo que he ido poco a poquito. Cuando yo llegué aquí al grupo estaba pesando 68 kilos, ahorita estoy en 56, entonces todavía me falta, me dicen, pero pues sí ha sido a través de todo el apoyo emocional que nos ha, bueno ya mencionaron a la doctora Vivar, pero yo creo que no solo ha sido también la doctora, sino todo el equipo médico de ese momento, que fue la doctora Vivar, ha trabajado la sociano Olivia, el enfermero Omar, que estaba aquí, por ejemplo, ahorita pues no ha venido, ahorita está asignando Jesús, pero Omar estuviera o no estuviera, la doctora de cabecera, él estaba aquí tomando los signos vitales a todos, cuando sube un poquito la glucosilada, oye, te estás pasando y luego, luego no, el semáforo, pues hay que empezar a bajar ahora los horarios, ahora ya no soy de las 7 como inicialmente me dijeron, ahora es de las 3 de la tarde para empezar a bajar la cuestión, porque pues por edad la cuestión hormonal y estas situaciones, pues ya no es a las 7 ni a las 5, sino ahora es a las 3. Que obviamente, no sé si haga bien o no, pero procuro cuidarme toda la semana, porque los fines de semana luego son las fiestas, entonces pues ahí ya uno se da un poquito de espacio, pero pues esta ha sido mi aventura con la cuestión de la glucosa, pero yo creo que cuando somos jóvenes, en ese momento pues tampoco hubo como la preocupación ni de parte médica, de la parte médica ni de parte mía, y pues también influyó la ignorancia de que no hubo ese acompañamiento, dar pasos hacia una enfermedad que afortunadamente no la tengo, pero pues si los niveles de repente suben,

bajan, suben, bajan, y como tal una sintomatología pues tampoco he tenido tan marcada, porque por ejemplo lo único que sí últimamente he estado padeciendo ha sido la boca seca, y el sabor a la moneda, que hasta yo me siento luego incómoda por la resequedad, pues digo no, mejor no hablo, porque qué tal, entonces, pero en sí me dicen, es que eso no es una sintomatología de picos de glucosa, ahora ya con el conocimiento digo, claro que es una sintomatología de la glucosa, pero hasta que tiene uno más conocimiento, de otra manera pues yo sigo estando normal, excepto lo de la boca, y me dicen, no, todo es normal eso, pues le falta, digo no, pues sí he tomado agua, digo hay ocasiones en que digo no, sí me faltó, pero no debiera ser el que sí está uno ya tomando agua, no es una como que algo normal, no debiera ser normal, entonces hay pequeños focos que a veces uno no los considera, porque todo el tiempo te están diciendo que como no eres, o no lo padeces, pues es normal, déjalos pasar, porque es pasajero, y no es cierto, entonces todo esto se da, ahora ya aprendí que 10 años antes de la enfermedad, ya te está diciendo, pero como nadie te dice, y sobre todo el choque, el choque que al menos fue mi experiencia de que los médicos de la empresa, me decían de la parte alternativa mexicana, pues incluye esto, quita esto, y ellos me decían no, incluye esto, aquí me decían sin carne y aquí me decían mucha carne, aquí me decían leches y aquí me decían leche, aquí sin leches y aquí con mucha leche, por el cálcio y aquí me dicen no, pues es la ajonjolí para el cálcio, no necesitas nada, y efectivamente si uno ya hace todo este recuento, ahora sí ya conscientemente uno dice, si los mamíferos, porque somos de la rama animal, ningún mamífero está tomando leche, solo el humano, y el humano es el único que tiene todas las enfermedades del mundo, entonces como que algo está siendo malo, afortunadamente de la parte naturista, ya se parece más la forma de alimentación con la última versión que tenemos del plato del bien comer, todo lo demás pues estaba más hacia lo industrial, que finalmente pues es en beneficio de ellos, porque de este lado pues les damos a la farmacéutica, le damos, bueno ahora hasta a los funerales, porque ya seguimos ahora pagando después de, seguimos pagando, pero ellos nos enferman, ellos nos controlan y ellos nos cobran renta después de, entonces cuando uno ya lo empieza a diferenciar, pues dice, bueno ya uno toma la decisión hacia donde te vas, pero es muy importante la cuestión emocional, porque qué hago, me sigo por aquí, me sigo por allá, y ya con el acompañamiento, como bien comentaban las cuestiones complementarias, pues es desde desintoxicarte a través de pediluvios, las constelaciones familiares, auriculoterapia, que la doctora vivir nos enseñó, y por qué, el día que naciste, qué influencias tienen, entonces son cosas que dice, uno pues, no le damos esa importancia como nuestro, o sea, ha sido así, y pues tiene que ver con nosotros, con nuestro desempeño y buena salud.

P: Yo puedo recuperar que justo hablábamos de este proceso, y yo creo que tiene que ver mucho incluso con nuestra madurez personal, y madurez me refiero a madurar la idea de estar consciente de tu cuerpo, y de lo que le va pasando a él poco a poco, y no va a ser de la noche a la mañana, sino que es todo un proceso en el que, bueno, tengo primero que entender o como concientizar que estoy con una condición, ahora qué es lo que tengo que hacer, y poco a poco a lo largo de la vida, y integrando todas estas formas que a mí me funcionen, de forma personal y de forma que nadie, y era lo que queríamos recuperar, al final nadie se conoce mejor que uno mismo, el médico no le va a decir o no nos va a decir, el médico va a decir, haz esto y haz el otro, y el médico te puede decir una cosa y hacer otra, pero hasta que uno se observe y dice, si me hace bien, no, no me hace bien, no tengo por qué hacerle caso a alguien que no me conoce, y me está dando una recomendación genérica, que a alguien le puede hacer bien de al lado, pero si yo estoy viendo que no me hace bien a mí, pues no tengo, o sea si escucho mi cuerpo, pues no lo tengo que tomar, y muchas veces pasa esto, los médicos dicen, no, es que la persona, el paciente miente, no, pues claro que te va a decir lo que quieres escuchar, si cuando le dices lo contrario, te regaña, te invalida, invalida lo que tú piensas, lo que tú quieres, pues claramente es más fácil decirle, bótate, te digo lo que quieres escuchar y me voy, porque no hay esa confianza, porque no hay esa, está realmente una relación buena con nuestro médico, entonces realmente es cambiar, por lo menos ese es el trabajo que queremos lograr en el modelo, cambiar esto de entender, por ejemplo ellos que son pasantes, hacerles ver que la persona, o sea no, la persona que mejor se conoce es uno mismo, y hacerles entender que primero tenemos que conocer a la persona que estamos atendiendo, para realmente saber qué es lo que ella necesita, y no nuestras aberraciones de yo le tengo que dar esto porque es así, entonces eso es importante, ¿lba a decir algo usted?

M: Sí, bueno lo que decía, yo digo, viendo esto, lo que platicaba, me quedé pensando que también en cuestión médica es bien importante que, por ejemplo lo que decía, tengo el sabor de un metalico, pero

es que muchas veces no es de especular, sino que también nos hicieran algo más profundo, un estudio, porque no sabemos realmente qué, lo digo también otra vez, porque cuando le digo nunca he sentido realmente esas presiones, pero al mandarme con el cardiólogo, que yo nunca había habido, entonces ahí ya sale nuestro rosario, y como dijo el cardiólogo, todos los que llegan aquí salen con sorpresas, entonces no podemos saber, eso es lo que no nos hacen estudios proponentes, de ahí exactamente, ¿no?

M: El cuerpo es súper sabio, el cuerpo se adapta, el cuerpo podemos nosotros manejar presiones altísimas e ir por la vida normal, sin sentir síntomas, ¿por qué? Porque el cuerpo es tan sabio, y el cuerpo es tan adaptable, que ya nos detecta como, o sea, él se autorregula.

M: Pero voy a decir que ya a veces ya hizo daño, no a veces siempre, ya hizo daño.

P: Hasta que tenemos como complicaciones severas, que ya son después de muchos años con esta presión alta sin saberlo, pues tenemos estas, exacto, estas complicaciones.

M: Ajá, y entonces por ejemplo, en este caso dos experiencias, una de mi papá que ya, pues, por no llevarlo, hizo daño, ¿no? Hizo un daño fuerte, aunque siempre fue positivo, nosotros, no sé si habías oído, pero sí consultamos, yo de joven y mi papá ya de grande, que lleva un tratamiento con el Dr. Chayam Lucha, no sé si lo conoces, es el originario de la herbolaria ¿no? Bueno, ya no, creo que ya murió, dejó a su esposa, pero llevábamos, inclusive él era mucho de Chilepiquín, sí, les digo, yo fui con él, y mi papá también lo trató cuatro meses, no, no mi papá, hasta me decía, hígole, es bien cansado, ve cuánta, ¿por qué no vivía conmigo, o con nosotros, con mis hijos y nosotros, si no vivía aparte? Y cuando nos veíamos decía, hígole, se me llevó tantas horas haciéndolos, y que ahí ya volvemos a lo mismo, él no tenía realmente, él decía que los jugos, ahora se dice que no, ahora se dice que hay que comer las frutas, y él no, él era de jugos, era de manzana, de perejil, de no sé qué, de su famoso chile piquín, sí, pongan el chile piquín, y sí, mi papá estuvo cuatro meses, bajo muchísimo, pero ya el daño estaba hecho, ya estaba hecho, o sea, sí con ayudarse, con eso, porque sí, sí se sentía dentro de todo, él era diabético e hipertenso, pero digo, es eso, buscarle a lo que ya, antes de, en mi caso me pasa cualquier cosa, que ya hicieron daño a la presión.

P: También es importante, porque este es un proyecto de prevención, y uno diría, ¿cómo de prevención si ya estamos enfermos? ¿o cómo de prevención si puede ir dirigido a personas con enfermedades crónicas? Pero justamente, uno tiene la, esta idea de que como ya estoy enfermo, ya no puedo hacer nada más por mí, y es esta, pues, no errónea, pero, el trabajo que se puede hacer, todavía abarca muchas cosas dentro del espectro de la enfermedad. De complicaciones graves, incluso prevenir complicaciones graves, y agudas, y mantener una calidad de vida buena, o sea, no porque estemos enfermos, nos tenemos que decir, bueno, ya estoy enfermo, y entonces es lo que me toca, y ya está todo perdido, sino, el doctor Víctor tiene, quien es quien implementa este modelo, tiene una frase que me gusta mucho, y que tiene mucha razón, que decía, que dice, hay que vivir como si no tuviéramos la enfermedad, o sea, ese es el logro máximo al que todos aspiramos, estoy enferma, pero realmente yo aspiro a vivir como si no la tuviera, y esto no significa seguir comiendo lo que yo quiera, o teniendo, a lo mejor, hábitos que no me hacen bien, sino al contrario, adoptarnos de tal forma que pueda vivir como si no tuviera esta enfermedad, y prevenir justamente estos daños, ¿no? complicaciones.

M: Sí, porque él dijo así. Bueno, todos nos decimos, así lo dijo. P: Exacto.

M: No, y la verdad, sí, muy, es un doctor muy bueno, y no está aquí, ¿cómo se llama? También bajo ley, tuvo la misma experiencia. Nada aquí, nada, nada. Sí, los listos de especialistas.

M: yo estoy escuchando, creo que no tengo así esas verdades, pero bueno, como que yo voy todo hacia los doctores, ¿no? Yo voy, es que bueno, también veamos el lado de los doctores, ¿no? O sea, primero, cuántos pacientes les mandan a los doctores, por ejemplo, en el ISSTE, en el IMSS, ¿no? Hay alguna para empezar. Sí. La otra, luego no tienen los suficientes, ¿qué medicamentos puedo dar? Por ejemplo, hay hermanos que manejan, por ejemplo, el seguro, el ISSTE, el otro, ¿no? O sea, por parte de ellos, ¿no? Yo, o sea, le digo, ¿por qué? Yo tengo el seguro, tengo el ISSTE, bueno, realmente estoy aquí de centro de salud, y realmente, no, no voy ni a uno, ni a otro, ni a otro, por lo mismo, porque primero, las citas son alejadas, la otra, el medicamento no hay, luego le dicen, por ejemplo, yo tengo migraña ¿no? Entonces me dice el doctor del ISSTE, es que no tengo más que el paracetamol no le duda, el seguro que me da, pues mejor me voy a otro particular, que me está

tratando, y digo, me la llevo muy tranquila con eso, ¿no?, pero digo, o sea, no es tanto los doctores, no es tanto el, a lo mejor, además, Bueno, por ejemplo, yo soy la profesora familiar, y me enseñó, estaba yo escuchando, les conversé muy respetuosamente todo, con cada quien, pero decíamos, cada quien en su hábito que vive, lo ve uno, ¿no? Nosotros como profesores, vemos eso, ¿no? Que decimos tanto caso, de tanto niño, que llega el momento en que dice, ya, hasta aquí, ¿no? Sí, y las mamás no apoyan, las mamás no apoyan, o aquí con el caso de los doctores, por lo que yo estoy escuchando, ellos les dicen, yo les receto esto, les recomiendo esto, pero si hace lo contrario, ¿A dónde avanza, no? Y son pocas las personas como Carmen que ella sí se preocupa, ¿No? Procura investigar, se mete por una, por otra cosa, eso, ¿No? Pues como la persona, ¿No? No puedes tomar coca y escondidamente se toma su coca. Sí. Sí, ¿No? Pasa eso, ¿No? Yo digo también es conciencia de de las personas.

P: Claro.

M: Digo, no es tanto el algo así, ¿No? Sí, no, por cierto, hay todo, doctores son muy sensibles. No, pero eso.

P: Pues sí. La sensibilidad, ¿No? Sí,. Pues es que.

Igual que ya es como un dice, oye, ¿Cómo se apunta a tu vida con tantos niños? Pues por lo mismo es como los doctores, pues ya tantos pacientes, se saturan.

P: Y entiendo que también hay hay doctores que a veces, sí, recurren a a lo que han mencionado mucho que es a al asustar a la persona. Si no haces esto te vas a morir. si no haces esto vas a dejar a tu hijo y a tu esposo solos y él se va a conseguir a otro y y uno dice pero que le llegan por donde creen ellos que les van conectando con las emociones de el miedo, la preocupación, ¿No? Han visto que funciona lamentablemente, esa es la idea que ellos tienen, ¿No? Si no lo asustan realmente que se va a morir, la persona no va a salir. Y es algo lamentable porque justamente a veces la impresión que uno tiene es muy fuerte, o sea, va ahí de caído ya con depresión de que ya me voy a morir, ¿No? Y a veces da un mensaje inadecuado. La ventaja es que hay otros médicos y creo que ya poco a poco que esperamos. Porque también es verdad que la medicina es muy violenta con los médicos también.

M: Así es.

P: La medicina es muy violenta y los no digo que no los este tengan jornadas muy largas, una carga de trabajo muy largo, este, pero pues justo, ¿No?

M: Pero no es justificable.

P: Exactamente, No se justifica, el dar unos, por lo menos una atención, pues, de calidad y humana, ¿No? Es lo mínimo, este, esperado. Entonces, así como usted relató todo este camino, en la carta, puede ser eso, ¿No? Relatar, pues, el camino que hemos cruzado y los cambios que se han tenido, ¿No? Eso sería lo valioso de poder recuperar en sus cartas, ¿Sí? Les digo, en la siguiente sesión, vamos a a presentarles la primera parte y esperando poder ya recopilar la segunda parte. Con esas de 18 cartas a 6 cartas, necesitamos recuperar esas cartas. Si no hicieron su carta o si aún quieren hacer la carta, una nueva carta, con esta, o sea, ya como llevándonos esta reflexión a la casa, de que quiero comunicar en esta carta, en este libro, podemos hacer la segunda carta y se la pueden entregar a a John sin ningún problema. Si John me está haciendo el favor de de tanto de escanear la carta para que no se nos vaya a perder por ningún motivo y transcribiendo las cartas. Yo las ordeno y las vamos a ir trabajando, ¿OK? Entonces, pues, ya son las once, ya nos podemos retirar

Se da por terminada la sesión y salen las personas del auditorio

Relatoría Número 4 voces en papel

P: Paulina

J: John

L: Laura Piedra

M: Mujer

H: Hombre

* Los pacientes ingresan al auditorio del Centro de Salud y se registran en una lista de asistencia para el control del departamento de trabajo social, después de eso se le pide a los integrantes que tomen asiento, se degustan alimentos y se da inicio a la sesión *

Paulina: Buenos días, como parte del 7º encuentro de pacientes que viven con enfermedad crónica, tenemos la idea de hacer como un paquete, por así decirlo, con todos los resultados de todos los consejos asesores, incluyendo el nuestro, para que hagan como una gira, entonces todos los resultados van a hacer la gira en todos los centros de salud, los centros de salud en los que participa la UAM y en los que participa el modelo son 21 centros, entonces sí son bastantes centros de salud. No todos van a hacer este proyecto, pero tienen talleres y también ya hicieron cosas. El día de hoy traje, iba a traer otro pero no me di cuenta que lo baje, pero sí traje este y ahorita les enseño de todos modos el otro de forma digital, porque sí lo tengo ahí. Este es, bueno, en un centro de salud, específicamente de la jurisdicción de Milpa Alta, decidieron que sería buena idea para ellos hacer un diario de salud como un tipo carnet, de los que te dan en el centro de salud pero hecho por ellos y que tuviera otros elementos diferentes. Este es del de Gastón Melo, del centro de salud de Gastón Melo, y por ejemplo en la portada decidieron poner, ah bueno, el objetivo de enseñarles yo este y el otro que les voy a enseñar es que ustedes lo vean con ojos críticos y les ayudemos para que si hay algún cambio o creemos nosotros como pacientes también que no es buena idea algún elemento de aquí, pues podrérselo compartir y ayudarles a hacer como una tipo de evaluación del avance. Este no es el producto final, es un avance, entonces todavía podemos hacer modificaciones, ¿sí? Entonces en la portada ellos decidieron poner como un pequeño espacio para una etiqueta con sus datos personales. Los datos personales que incluye son nombre, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, su edad, tipo de sangre, si tienes alguna alergia, el centro de salud al que perteneces, tu número de expediente y tu diagnóstico o tus diagnósticos. Esto es lo que viene en la etiqueta de identificación. Ah, bueno, también el tamaño lo decidieron para que pudiera ser fácil meterlo en la bolsa y no fuera como un cuaderno tan grande. Bueno, en todos los cuadernillos, todos, todos, todos, va a ir una hoja de colaboradores. Aquí vamos a aparecer nosotros en esta lista, todos los nombres, todas las personas que participaron en la elaboración van a salir aquí como colaboradores. Bueno, aquí pusieron de ejemplo el mes de octubre con un pequeño calendario en el cual están los días de la semana, algunos están considerando colocar la hora para que aquí sea como para que ustedes planifiquen si tienen citas, si tienen cursos, si tienen, por ejemplo, aquí nosotros tenemos los días de ejercicio, entonces todos los jueves pues pondríamos aquí las reuniones que hacemos y pues para un pequeño espacio para poner notas. Bueno, aquí en este otro espacio están los medicamentos. Aquí los pusieron con íconos de la mañana, en la tarde y en la noche y pues los espacios para ponerlos. Y después pusieron los desafíos del mes. Aquí colocaron hacer ejercicio, sí y no y por qué y cómo me fue, desayuno, comida y cena saludables, escribir cómo me siento el día de hoy, tomar suficiente agua, asistir a todas mis citas y reír al menos cinco veces al mes máximo. Ok, después colocaron cómo dormí este mes. Para estas personas de Gastón Melo es importante colocar pues el sueño. También dejaron un espacio grande para describir si tuvieron algún sueño y que quisieran recordar. A qué hora se acostaron, a qué hora se levantaron, cuántas veces despertaron durante la noche, si despertaron a hacer del baño o por alguna otra razón y cómo descansé. Aquí utilizaron un código de caritas para evaluar cómo fue el descanso. Esto es importante porque como sabemos cuando no dormimos bien pues nuestros niveles de tensión arterial aumentan o podemos tener ahí un desajuste. Y pues aquí evaluación del ejercicio físico. Hasta aquí tienen algún comentario, alguna duda o algo que quieran comentar de estas dos citas, del calendario y de estas.

M: Van bien

M: ¿Y esto qué se tiene que llenar? ¿Todo el mes, diario o cómo?

P: Aja, Pueden ser elementos que se llenen al mes, como aquí. Y aquí estos son los desafíos del mes. Y aquí sí pueden ser tus medicamentos también del mes. Y algunos elementos sí van a ser por semana. Hay elementos por mes y elementos por semana. ¿Ok? Como aquí

M: Sí. Ese es más bien, un compromiso con uno mismo.

P: Sí. Este es un diario personal. Nos podemos ayudar de nuestro médico porque por ejemplo, bueno, aquí nos podemos ayudar de nuestro médico. Pueden pedirle que nos anote nuestras cifras que obtuvimos de glucosa o presión, para tenerlo como más a la mano y no estar cargando con

los estudios o así. Podemos tener nuestras cifras que obtuvimos a lo largo de la semana, del mes, de todo. Aquí ellos pusieron también un pequeño diagrama que nos va a ayudar a identificar cuando nuestra presión, por ejemplo, es alta, ¿no? Para identificarla de forma fácil. Y abajo, las metas de control también de glucosa, para que cuando no las comemos nosotros sepamos si estamos bien o estamos un poco elevados o bajos. ¿Sí? Igual aquí, aquí tuvimos una observación nosotros que pusieron intensidad. Ah, bueno, aquí ponen. ¿Cómo me sentí este mes? Y después intensidad. Insoportable, fuerte, leve y normal. ¿Y nosotros cómo?

M: No, pero sí puede pasar.

P: Y ellos se refieren al dolor. **Y falta corregir el dolor.** ¿Cómo fue el dolor? ¿Cómo fue la intensidad del dolor? Insoportable, fuerte, leve o normal. Y esto es para colocar.

M: Yo pensaba que la emoción es.

P: Nosotros también. Por eso dijimos si se trata de emoción, en el mes insoportable no va. Porque ahí es muy agresivo

M: Un poco fuerte. y agresivo.

P: Y las comidas favoritas de este mes, ¿no? Aquí colocaron el desayuno, la comida o la cena. ¿Sí? Aquí hasta este momento, ¿qué les parece? ¿Cómo está aquí?

H: Muy bien.

M: Sí, esta bien

P: También si tienen alguna idea que podamos aportarles, como el grupo Nemontemi, pues también lo podemos hacer. Y ya yo les hago llegar el mensaje.

L: Doctora, esto se acaba de implementar ahorita. ¿Quiere explicarle, doctor?

J: No hay que confundirnos con lo que nosotros vamos a implementar del carnet.

Esto es el proyecto que está haciendo la UAM. Pero nosotros ya tenemos nuestro carnet que vamos a estar trabajando estos meses, el de Nutri Hábitos, que es el circulito que rellenamos la vez pasada y registrando como... Ajá. Pero esto es otra cosa.

L: Es otra cosa, ajá. También tenemos nuestro carnet.

P: Bueno, como no en todos los centros existen todas estas herramientas, pues ellos creyeron importante hacerlas, ¿no? Aquí colocaron lo de los alimentos, lo de sus comidas. Y luego abajo, cuál fue mi mayor logro en la semana y cómo me sentí. El espacio ya es mucho más grande para que nosotras nos podamos desahogar o escribir lo que nosotros queramos. Y así durante la semana. Estos sí son elementos que se llenan por semana y aquí abajo lo dicen Del día 1 al día 7, Del día 8 al día 14, Del día 15 al 21, del 22 al 28. Sí, entonces este es el documento que están haciendo en gastronomía. ¿Tienen alguna aportación? Pues les digo, yo lo puedo llevar al centro de salud para platicar con ellos. Pero... ¿Cómo lo ven? Esto es lo que... Les digo, este es el primer avance. Ya cuando sea el encuentro, que ahorita John nos va a decir cuándo es y todos los pormenores, lo vamos a ver ya terminado. Este y otros cuadernillos, además de nuestro, ¿verdad? ¿Tienen algún comentario, alguna duda, alguna observación, o lo que sea?

M: Como diario, pues sí, esos son los requisitos, no que uno pone un diario, que es de diario.

M: ¿Y está bien? Sí, está bien.

P: ¿Sí les parece que es bueno?

M: Sí. **Es un poco estresante.** Es un poco estresante. Sí, para mí sí.

M: Sí, para mí también. Porque yo también no tengo quien me ayude a rellenarlo

P: . Ah, bueno, sí, también. Ok, sí.

M: ¿Habría posibilidad que ese día nos uno a cada uno ?

P: Sí, eso es lo que... Esa es como una meta que quisiéramos nosotros, poder repartir el material. Todo el material que se genere, poderlo repartir a todos. Eso está aún en cálculos. Sí, en cálculos. Ajá. Sí, porque, pues, es que al doctor Víctor le gusta imprimir a color y bonito y así. Entonces, pues, sí es un poco... Nosotros tenemos ahí una impresora porque el doctor Víctor compra... Sí, sí. Bueno, con los presupuestos de los proyectos se compra material. Entonces, solamente es cosa de hacer los cálculos y para ver si se puede abastecer. Lo que sí se les va a entregar va a ser el que nosotros hagamos. Ese sí se les va a entregar a todos ustedes. John me va a entregar una lista para tener el número exacto y yo poderlo imprimir. Ahorita les voy a enseñar qué es lo que hemos estado trabajando. Lo quise traer... Ahorita lo vamos a ver. Lo quise traer en editable por si ustedes tienen algún comentario lo pueda yo modificar de una vez y poder seguir avanzando. Entonces, yo creo que si quieren podemos pasar al... Sí, ahora sí.

M: ¿No se podrían sacar copias, doctor? ¿Sí? Es que eso es lo... Todos me dicen eso.

M: Si no se pueden, nosotros les sacamos copias.

P: Pero, pues es que lo que menos queremos es que gasgen me explique. ¿No? Sí.

P: Bueno vamos a ver el nuestro porque es importante verlo y después les enseño otro cuadernillo que también estamos trabajando. Porque les digo, se van a trabajar muchos temas. Se van a trabajar tratamiento de diabetes, se va a trabajar tratamiento de hipertensión, crisis hipertensivas, etcétera, etcétera.

L: Qué bonito.

P: Sí. Yo traje esta propuesta pero para nada es la propuesta final. Aquí hay que discutirlo porque hasta en la foto podemos organizarnos y tomar una foto ya oficial. O sea, yo solamente quería que vieran cómo se ve con una foto ¿no? del grupo y qué. Al

final, ya ven que habíamos platicado de la portada y del título. De verdad, yo lo hice.

Hice el árbol y todo eso, pero sentía que no me transmitía que estábamos hablando de personas. Así que íbamos a ver las cartas y no sé por qué me metí al grupo y descubrí esta foto. Yo dije, no, pues perfecto. Creo que queda más una foto en la que salgamos todos y si no sale alguien les digo, no es la oficial pero puede ser una propuesta de en la siguiente semana igual venir o que John me haga el favor de tomar la foto. Y pues ponernos guapas y guapos y tomarnos una foto ya oficial y que salgamos todos.

M: Con la playera.

M: Sí, sí, sí. Con la playera.

P: Ya ustedes deciden como quieren. Yo ahorita puse esta solo les digo para que vieran cómo se ve. Arriba, es muy importante, yo ya les puse el nombre que ustedes me habían comentado el Consejo Asesor de Montemi porque pues tienen un nombre ya establecido. El Centro de Salud Xochimilco y el título se colocó Voces en el papel. Haciendo alusión pues que vamos a poder captar pues todos, ¿se acuerdan que habíamos dicho que a veces no era para nosotros tan fácil hablar pues así publico? ¿verdad? y que a veces no será más fácil hacerlo en papel. Entonces por eso le puse ese nombre y abajo ya de forma más descriptiva lo que estamos tocando que son cartas de personas con enfermedades crónicas. Y pues bueno, me falta colocar, quiero hacer, bueno le pedía a la señora que me mandara el logo porque también iría aquí nuestro logo de Nemontemi.

M: Ah, sí.

P: Iría aquí. Ahí va nuestro logo junto con los de las instituciones. Y voy a preguntarle también a la doctora Piedra igual al director si yo he visto que algunas jurisdicciones y es que todas tienen un logo.

L: Sí, es el del IMSS Bienestar

P: Exactamente, yo tenía esa duda si ya se podía colocar.

L: Ya se debe de colocar. El del IMSS-Bienestar.

P: Entonces si usted lo tiene o no lo puede proporcionar para poder colocarlo

P: Ahora si lluvia de ideas de si están de acuerdo que sea esta portada, ¿no? Sí.

M: Sí. O sea, espontáneos.

M: Sí, a mí me gusta. A mí, bueno, me gusta más a color. Lo que si **el título Voces en papel, no voces en el papel.**

P: Ah, el título dice

M: Voces en papel. Voces en papel.

M: ¿Voces en papel? Yo digo que voces en papel.

P: Ok. Voces en papel.

M: Sí, suena mejor.

P: ¿Suena mejor? ¿Sí? Le cambia este.

M: Sí, y pues lo de abajo, cartas de personas con enfermedades. ¿Ese sí está bien? Sí. P: La foto.

L: Así de inclinada está bien,,ada más completa, porque creo que son algo como 11 o 12, faltan personas.

P: Faltan personas. Yo entiendo que van a faltar personas. Otra señora salía hasta atrás y traté de recuperarla, pero no, no pude.

M: Sí.

M: Entonces, ¿planeamos tomarnos otra foto? donde salgamos todas

P: Planeamos tomarnos otra foto

M: Peinaditas. En esa posición del selfie, como más relajado, más...

P: ¿En blanco y negro les gusta o a color?

M: Si a blanco y negro

P: ¿Cómo ven? Si quieren con la playera o vestimenta igual así, relajada. Ustedes digan.

¿Con la playera o así? Incluso hasta pueden como, pues ese día ponerse lo que más les guste, algo que les haga sentir bien, para que unos no lleguen con playera y otros sin la playera y se vea raro, disparateo

M: Pues que los levanten la mano ¿Quién quiere con la playera?

11 personas levantan la mano

H: Bañarnos y peinado, por favor.

M: Con la playera. ¿Quién quiere la foto? Ok. Con la playera.

M: Si va a ser en blanco y negro y luego la playera, la playera blanca.

M: Ay, no sé, va a haber... ¿Vencen en blanco y negro? ¿Vencen en blanco y negro?

P: Vamos a tomar las fotos para la siguiente sesión. Para lo que viene, ya ven que les dije que van a aparecer como colaboradores. Bueno, pues también vamos a poner una fotito y abajo vamos a poner sus nombres. Más que nada para que ya se quede de acuerdo que van a ser con ropa normal o con la playera.

Se acuerda vestimenta normal

J: Pues el jueves de la siguiente semana la tomamos.

P: Pero entonces hay que procurar venir todos los que quieran salir

M: Sí, sí.

P: Ok, entonces ya, podemos avanzar. Yo puse una frase, pero también en el grupo pueden mandar una frase que les guste, pero que sea alusiva a, pues vivir a lo mejor dificultades o fortalezas de vivir con una enfermedad crónica. Puede ser, si tienen alguna frase, se me hizo padre poner una frase inicial y ya después, pues al inicio. La pueden mandar al grupo para que les dé tiempo de buscarla o de pensarla, si ya

tienen una, pues ahí por el grupo la pueden mandar.

Bueno, a ver si luego no se cortaba. Y pues yo le puse como un fondito de letras, ¿no? M: Muy bien.

P: Nada más como que va a ser nuestra contraportada. Este es un fragmento de Jaime Sabines, un poeta. "Amargo como esa voz amarga, prenatal, substancial, que dijo nuestra palabra, que anduvo nuestro camino, que murió nuestra muerte y que en todo momento descubrimos" Hace alusión justamente a todas las dificultades que podemos pasar a través de nuestras vidas, pero pues que al final salimos, pues nos sobreponemos a todas esas dificultades. Pero les digo, si tienen una frase, pues la enviamos. Muy bien.

Aquí esta hoja se llama hoja legal, en esta hoja legal van a ir todas las personas involucradas, por así decirlo, en la elaboración del cuadernillo. Aquí puse las que son estándares, las que nunca cambian y se repiten, obviamente vamos a agregar a las doctoras del centro de salud, a John, al director del centro de salud. John me va a hacer favor de pasarme todos estos nombres para poderlos colocar. Entonces, pues en primer lugar es la Universidad de Xochimilco, la UAM, el Instituto, estos dos van al inicio porque son las instituciones que están a cargo del programa, después va a venir una segunda hoja con toda la personal de Secretaría de Salud. Las doctoras que se mencionan, incluso les digo el director, los asesores clínicos, por ejemplo y John.

P: Y no sé por qué no se ve bien.

J: No, creo que no está cargando.

P: La foto no se ve así, la foto sí se ve nítida, les digo, aquí repetiríamos la foto para que todos estemos. Y ahí irían todos los nombres de las personas que enviaron su cuarto. Y pues la de John y la de... Solo la de John, ¿verdad? No hay otro.

J: No hay otro, No sé si Maricruz, pero era...

M: ¿Puede ser Maricruz? ¿la asante pasada?

P: Sí, claro... Muy bien. ¿Lista? Bueno, les voy a leer la presentación. Cada libro tiene una presentación. En esta puse... Dice así. La propuesta de escribir cartas para narrar nuestras experiencias con una enfermedad crónica surge del deseo de hacer escuchar nuestra voz en un mundo donde nuestras historias y vivencias quedan en silencio mientras buscamos cuidar nuestra salud, el grupo de Montemi fue fundado hace un tiempo con el respaldo del Centro de Salud

Xochimilco, donde hemos conseguido establecer una colaboración constante con los directivos del centro en beneficio de nuestra atención. Hemos comprendido que el fortalecer una comunidad de pacientes impacta en el manejo y control de nuestras enfermedades, no solo a nivel físico, sino también emocional. Cada carta que presentamos aquí es un reflejo de todo lo que significa vivir una enfermedad crónica. Es una invitación a entender los desafíos que acompañan nuestras realidades. A través de la palabra, descubrimos no solo el dolor y las dificultades, sino también las fortalezas, aspiraciones y la esperanza que brota en los momentos más difíciles. Este cuadernillo no solo busca visibilizar la experiencia de quienes vivimos con enfermedades crónicas, sino también favorecer la empatía y el entendimiento en nuestra comunidad.

Esperamos que estas cartas inspiren conversaciones, brinden apoyo y sirvan como un recordatorio de que somos personas, que podemos lograr vivir una vida como si no tuviéramos enfermedad. Agradecemos a cada persona que contribuyó para que este cuadernillo fuera posible, a quienes compartieron sus cartas y a quienes leen estas páginas. Sabemos que juntos podemos construir un espacio donde las experiencias sean escuchadas, valoradas y comprendidas. Consejo Asesor de NMONTEMI

Aplausos en el auditorio

P: Igual les puedo pasar el texto y si tienen alguna sugerencia le podemos cambiar algo. M:No, está muy bien.

P: Lo podemos hacer sin problema.

P: Bueno, esa es la presentación. La que sigue John. Bueno, la idea es que cada capítulo tenga un título, como un libro. Entonces, cada capítulo va a tener un título. ¿Se acuerdan de la estructura que habíamos planeado al inicio? Sí. Del momento de diagnóstico, como el primer tiraje de cartas, en esa obtuvimos 18 cartas. John las transcribió, yo las ordené y las he estado clasificando. Esta carta habla de esto, esta carta habla de esto otro. Para darle una secuencia y un orden, es importante algo que decimos cuando hacemos este tipo de relatos es ¿qué historia queremos contar? Y es importante darle un orden y darle como una historia, un seguimiento. Entonces, como iniciamos, creo que desde el inicio tuvimos un buen acierto, porque desde el inicio pusimos una estructura bastante obvia, como inicia todo, con un diagnóstico, después, en general las experiencias que hemos tenido y al final a donde queremos llegar o la meta que queremos cumplir es algo que nos haya hecho las acciones para llegar a nuestro cuidado, a algo de éxito, de que ya logré controlar mi enfermedad y si aún no estamos en ese momento podemos hacerlo de forma de inspiración llegar a ese momento, ese el momento cumbre, como aquí, de que ustedes tienen un objetivo claro con lo que están trabajando con la doctora Piedra, por ejemplo. Aquí yo le puse donde todo inicia, así es el título de nuestro primer capítulo, imagina que un buen día te dicen que tienes una enfermedad crónica, con hipertensión o diabetes, y que debido a esto tendrás que comenzar a hacer cambios en tu vida para siempre, lo primero que sientes es miedo, preocupación y angustia por tu futuro y lo que podría pasar pasa el tiempo, lo piensas cada día más y tus emociones comienzan a cambiar, ahora sientes enojo, rabia y desesperación por todo lo que pudiste haber hecho diferente para evitar desarrollar alguna de estas enfermedades, ese torbellino de emociones puede ser abrumador, la realidad de la enfermedad se asienta en tu mente y aunque intentas mantener la calma, la incertidumbre te aborda. Te preguntas ¿por qué a mí? ¿qué hice para tener esto? Las noches se llenan de pensamientos angustiantes y las mañanas se vuelven pesadas. Sin embargo, con el tiempo, esta mezcla de emociones puede transformarse, el miedo y el enojo dan paso a una reflexión más profunda, empiezas a considerar lo que realmente significa vivir una enfermedad crónica. A pesar de la angustia, comienzas a buscar información, a explorar opciones y a buscar apoyo.

Te das cuenta de que no estás solo en este camino, hay otros que han enfrentado la misma batalla y han encontrado formas de vivir de forma saludable con su enfermedad crónica. Así comienza un viaje de autoconocimiento y aceptación. Es un proceso que no se realiza de la noche a la mañana, pero cada día cuenta, las cartas que vendrán a continuación reflejan este viaje del grupo Nemontemi. Las emociones y las experiencias que han vivido desde el momento del diagnóstico y cómo cada día se presenta como una nueva oportunidad para encaminarnos al logro de nuestro cuidado. Esperamos que todas y todos podamos explorar las complejidades de vivir con una enfermedad crónica y encontrar el apoyo en la comunidad y en uno mismo. **Ahí me faltó un punto, pero sí.** Eso.

Ese es como un poco de ir ya encaminando a lo que viene el primer tema que me pareció bueno comentar. Algunas personas en sus cartas mencionaron que antes de recibir el diagnóstico comenzaron con síntomas, no todos para no no en todos fue así, pero para llevarlos lo que les digo esta historia podemos iniciar así con la sospecha de tener una enfermedad crónica.

M: Maestra, yo puedo hacer un comentario

P: Sí, sí, claro que sí.

M: **Por ejemplo, aquí dice, imagino que un buen día**, a mí si me dan ese diagnóstico, no es un buen día, entonces yo le quitaría el buen, pues sí. Gracias.

P: Claro que sí.

P: Así es que si es un buen día. Porque es algo desconocido.

M: Sí, cuando empezó a leer usted dijo en lugar de decir donde todo, porque ahí sería donde todo **inició, verdad? Con acento que usted dijo donde todo inicia.**

P: Ah, ok.

M: Entonces, cuál es? O usted dígame, donde todo inició.

M: Donde todo inició.

P: Ok, sí. ¿Alguna otra observación? ¿No?

M: Bueno, yo sí. Digo al final como quedó esta lema, pero a mí sí me parece bien que diga que un buen día, porque al final es un día donde vas a empezar a tomar conciencia de lo que está ocurriendo. Entonces, si no tienes esa oportunidad, pues ahí se quedan para mí.

P: **Ok. Lo consideramos entonces ambos, ¿no? Ambos escenarios.**

El segundo título es Ecos del Cuerpo. Se me ocurrió esta idea, pero ahorita lo podemos discutir. Alguna analogía que se refiera justo a estos avisos o advertencias que nos da el cuerpo que estamos empezando a experimentar cambios, ¿no? Entonces yo lo coloqué así, Ecos del Cuerpo. Este es nuestro segundo capítulo. Ahí ya van a empezar a ser un poquito más largos, esto es una propuesta de poner los globos y alusión a que lo hace una persona. Yo no quise poner una imagen en concreto, por eso está en negro, por eso está así, ¿no? Para que todos nos podamos identificar. No poner una persona joven, ni poner una persona mayor, ni poner nada. Pero está en discusión, porque al final es lo que ustedes quieran, ¿no? Pero bueno.

La vida avanza con la rutina normal. El trabajo, la familia, las responsabilidades diarias.

Sin embargo, en medio de esa normalidad, el cuerpo comienza a interrumpir con pequeñas señales, sutiles ecos que resuenan tan ligeramente que a veces pasan desapercibidos, así empieza la historia de muchos que, sin saberlo, se acercan a un diagnóstico que cambiará sus vidas. Como es el caso de Mayra. Ella cada mañana despertaba llena de energía, lista para comenzar su día, pero en los meses previos a su diagnóstico algo comenzó a cambiar. Y ahí pondría un fragmento. Ya ven que hemos platicado también sobre si colocar la carta completa o ir colocando fragmentos, hice yo las dos versiones de ver cómo funcionaba con la carta completa y con los fragmentos, a veces en las cartas, como va la secuencia, pues pueden hablar de una cosa, y después de otra, y después de otra, y al final meten otra cosa, otro tema, y me dificultaba mucho seguirle como, pues les digo, como contar una historia en si, la carta al final va a salir completa, o sea, voy a hablar todas las partes, pero como llevando esta secuencia narrativa, les digo, si no les gusta así, puedo colocar toda la carta completa, aunque hable de temas diferentes, o que trate varios puntos, para esto agarré este fragmento que dice, de Mayra: Empecé con los siguientes síntomas, cansancio, dolor de cuerpo, desganado, con mucho sueño. Ese sí no se puede modificar, todo lo que esté entre comillas, eso sí no se modifica o como el caso de, y yo le puse XXX porque esa carta era anónima, no puso nombre, entonces por ahora lo coloqué así. Si la autora de esta carta quiere darme su nombre o quiere darme un seudónimo, ahí lo colocaría. Continúo, o como el caso de, que además de tener cansancio, presentó problemas con su visión, esta se volvía borrosa, especialmente al final del día, las cosas parecían desdibujarse, lo que la llevó a pensar que tal vez necesitaba un nuevo par de lentes, además, su sed se volvía cada vez más persistente, consumía el agua necesaria y aún así sentía que su boca estaba seca. A todos estos problemas se les dio una solución simple, convencida que con el tiempo se solucionarían, antes de ser diagnosticada, los síntomas se hicieron presentes, aproximadamente tres meses antes, mucho sueño, mala visión, sed, pero como no quería admitir que podría ser diabetes, me engañaba diciéndome que mis lentes ya no servían, que tenía mucha sed porque hacía mucho calor, etc. Esa es la primera hoja.

¿Cómo la ven?

M: **Creo que esa es mi carta. Es cierto que en la primera no puse mi nombre.**

P: ¿Cómo se llama?

M: Concepción López Díaz, Coni para los conocidos

P: Pues tú dime. Ya, ya la ubiqué. Pues usted diga.

M: Sí, sí, está bien. Lo que pasa es que en la primera vez no habían dicho que teníamos que poner nombre y por eso no lo hicimos.

P: De hecho, o sea, sí tenemos que poner nombre.

M: Pero no tengo problema en que se ponga mi nombre

P: ¿Pero de la estructura o como la idea?

M: De donde dice ecos del el cuerpo, ¿Tiene alguna relación que tenga que ser así? No. ¿Está encerrado en un círculo?

P: ¿Qué, qué página es?

J: Es la, es la siete.

M: Porque este, pues, el color, desdibujan las letras.

P: Ok. De abajo, ¿no? A lo mejor como... Ah, sí, como no se dejan ver bien.

M: Ajá, **como tinta de agua, nos si distraen un poco.**

P: Sí, más clarito. Ok. Sí. El título.

M: Sí, está bien

M: .Ah, sí, está bien. Sí, porque es lo que hablamos.

M: Sí, sí. Es lo que está repitiendo, pero que no le hacemos pasar.

P: Sí, exacto. Sí. El ícono también más o menos, ¿verdad?

M: Sí. Más bajito, más alto y más bajito,

P: Y la estructura después, de colocarlo como en fragmentos. ¿Cómo veM?

M: Está bien

M: Si está bien. No cansan la letra.

P: Eso es lo que yo no quería, como, que la carta... Hay partes muy importantes que tienen que tener su espacio especial.

M: Exacto.

P: Exacto, ¿no? Entonces, a lo mejor en una carta completa, pues, te puede impactar cierta parte y ya otra parte la dejas

M: Ya la lees sin interés también.

P: Entonces, al tener como estos fragmentos, yo creo que refuerza, pues, todo el relato

M: Osea, lo más relevante, ¿no?

P: Ajá. Creo que tengo otro John, No me acuerdo.

J: Sí. Ah, bueno.

P: También, ¿puedes regresarla? También yo tenía duda sobre los íconos. Eso también no estaba segura y quería aprovechar ahorita para... Si tienen ideas de cómo plantearlo o así está bien. Yo creo que el, o sea, me pareció bonito el color, es que ese rojo y que fuera, pues, toda esa gama de colores de todo el libro.

M: Sí.

P: ¿Está bien este color o adejimos otro color?

M: No, está bien.

M: Está bien.

M: Perfecto.

M: Sí, porque eso es neutro, como no tiene cara ni tiene expresión, pues es neutro y bueno, cada quien ya lo va interpretando, ¿no?

P: Sí, eso también quería, como no poner uno específico, pero si están de acuerdo podemos poner a imágenes o íconos.

M: Está bien.

M: Está Bien.

M: A mí se me hace bien

M: A mí también.

P: Y bueno, lo de abajo solo para hacer alusión de un hombre, pero es mujer.. Bueno, es darle continuidad. Ambos, Mayra y Concepción continuaron sus vidas ignorando las señales que sus

cuerpos les enviaban, a pesar de sus esfuerzos por seguir con sus actividades diarias y llevar una vida sin contratiempos, los síntomas persistieron, un día, tras varios momentos preocupantes, decidieron finalmente buscar atención médica.

Para ambos fue una consulta donde escucharon las palabras que les cambiarían sus vidas. ¿Diabetes? Ahí le puse hipertensión, pero es diabetes también, ¿no?

M: Sí, yo yendo las dos

P: Y ahí va a colocar otro fragmento. Para muchas otras personas, estas situaciones vividas... Ah, bueno, también. Hay que recalcar que el objetivo de esto es hacer o despertar invitar a la reflexión. Entonces, después de cada fragmento, pues colocar esto, ¿no? Muchas otras personas... Para muchas otras personas, estas situaciones vividas por Mayra y Concepción no son distintas. ¿Cuántos de nosotros no dejamos pasar estas señales del cuerpo? Como un acto de autoengaño, un mecanismo de defensa que nos permite, por un momento, evitar un cambio en nuestra vida, como ya vimos, los primeros síntomas de una enfermedad crónica, como la fatiga, la sed o la visión borrosa, se presentan de manera sutil, por lo que puede resultar fácil justificarlos por las actividades diarias, el estrés, etc. Sin embargo, al validar estas señales, corremos el riesgo de dejar que esta condición avance y empeore. Y lo que comenzó con señales sutiles se convierte en situaciones de riesgo, sabemos que el diagnóstico no sólo trae miedo y angustia, sino también un descubrimiento, lo que decíamos. Esas señales que se habían dejado pasar eran advertencias, ecos del cuerpo que pedían atención. Se comienza a reflexionar sobre la prevención y el cuidado de la salud. Y ahí ya damos paso al siguiente tema.

M: **Solo ahí donde dice, ¿cuántos de nosotros no dejamos pasar las señales? Más bien, ¿sí dejamos pasar las señales?**

P: ¿Dónde?

M: Como un acto de autoengaño. En el segundo párrafo. ¿Cuántos de nosotros no dejamos pasar?

P: ¿Así? Más bien

M: **¿sí dejamos pasar? Sí, dejamos pasar.**

P: Ahí, ahí

J: Aquí.

P: Borrar el no.

P: Exacto. Ahí. Y pues bueno, ya después de esta, ya iría como tal el recibir el diagnóstico y todos los... Ese sí es un tema muy grande que notamos del proceso emocional que se vive tras recibir el diagnóstico. ¿No? Y ese sería el otro tema.

Este... ahorita les quería preguntar también si, por ejemplo, en la siguiente reunión para ya... Ya en la siguiente reunión ya yo lo... tengo escrito en un... En un borrador, ajá. Pero quería primero aclarar ciertos detalles, por ejemplo, si sí lo querían... si sí estaban bien en fragmentos o cartas completas para no avanzar más y regresar. Este... Y si están de acuerdo, seguiré revisando por medio de... o sea, con el proyector. ¿Sí? Porque también la otra era que yo imprimiera un... uno, porque como no es el avance, solo podrá imprimir uno o dos para repartirnos y que lo vaya leyendo y ahí hace observaciones. ¿Cómo quiere?

M: Mejor así.

P: ¿Sí, seguras?

M: Sí.

P: Ok, creo que está ahí, Hasta ahí tengo.

J: Hasta ahí sí, es todo.

P: Sí. Bueno, este les digo, ya tengo en un Word... ordenado y clasificado las cartas solamente ya para ir las separando y hacer la profundidad, pero pues hasta este momento, ¿cómo lo ven?

M: Bien.

M: Muy bien.

M: Está bien.

P: Para que pues se imprima y... y si sale todo bien, pues que... yo creo que este es uno de los trabajos mas poderosos, no por echarme de corazón, ni echarme de corazón ustedes, pero es uno de los trabajos más poderosos que tiene toda la serie de resultados, porque vamos a rescatar su voz y en las otras hicieron más guías, como algo más práctico, ¿no? Como una guía de

hipertensión, una guía de dolor. Estoy haciendo también una guía de dolor articular. Ahí también está John, si quieres la puedes poner. Ahí está. Y está padre también, ¿no? Funciona y también es útil. Pero no hay nada, o sea, ningún otro centro de salud está haciendo algo como lo que nosotros estamos haciendo.

M: Es más íntimo, ¿no?

M: Es algo que más difícil

M: Ya es algo... Ya íntimo. Ya hay más personas íntimas. Más sensibles.

P: Sí, y la verdad sí es un poco más, como usted dice, ¿no? Es dedicado también estar yo leyendo sus cartas, tratarlas con respeto, con... La importancia que cada uno le dio a esa carta, ¿no? Entonces pues sí, ha sido para mí bastante... Pues ha sido para mí bastante bonito leer sus cartas. Ha sido para mí bastante también de autodescubrimiento en mí misma y de verme... De verdad, de verdad se los digo, al leer sus cartas uno sí se refleja en ustedes. De decir, esto me podría pasar a mí. El crearme yo sana y al final darme cuenta que no soy sana, ¿no? Ok, puede mi cuerpo tener estos cambios. Entonces sí, es un producto yo creo que muy poderoso. Y pues se los quería compartir.

Este es otro... otra guía que estoy haciendo, que estoy haciendo junto con los de Pedregal de las Águilas en Tlalpan. Ellos decidieron hacer una guía para el manejo del dolor articular. ¿Alguien de aquí tiene dolor articular?

H: Sí, sí, sí,

M: Bueno, tengo prótesis por el momento.

M: A veces me duele la rodilla.

P: Es la carta legal que ya les he platicado. Aquí nos falta tomar foto de las personas para igual, mi idea es que también se reconozca a las personas, y yo espero que en todos los demás lo hagan, pero en el que yo estoy haciendo sí van a ir sus fotos, porque para mí es muy importante hacerlo. Y este es el contenido de la guía, que es una articulación.

Para las personas era muy muy importante que es una articulación y saber primero eso, después qué era lo que los causaba y factores que contribuían, en modo de que conocer esto lo veían ellos como prevención. Para las personas que no tenemos dolor articular, saber qué lo causa y qué factores contribuyen nos ayuda a prevenirlo. Y cómo puedo cuidarlo.

Básicamente se engloba en tres aspectos: Actividad física, alimentación y manejo de salud emocional. Apenas ayer vieron alimentación en el manejo de dolor articular, entonces apenas lo voy a agregar. Es una presentación igual. Aquí pusimos objetivos de aprendizaje, ya que es una guía, para nosotros es importante que al final de la guía se cumpla el objetivo con el que queremos hacerlo, que se conozcan las articulaciones, sus funciones, sus tipos, etc. Aquí también coloqué, no son testimonios, pero lo saqué de las relatorías, por ejemplo, John también hace aquí Relatorías, y de ahí yo saco más información, aparte de las cartas, todo lo que decimos aquí también es material con el que yo hice la presentación. Yo no me saqué la presentación de ronco pecho, fue de ustedes, igual.

Y aquí ya va la información: Qué es una articulación, las articulaciones son puntos de unión de dos o más huesos, estas son fundamentales para permitir que nuestro cuerpo se mueva, y a lo largo de toda la guía colocamos como ejercicios o como cosas que ustedes puedan interactuar con la guía. Dibuja otra articulación que utilices para hacer una de tus actividades diarias.

Las funciones de las articulaciones y su respectiva actividad. Elige algunas actividades en donde utilices cada una de las funciones de las articulaciones. Una actividad en la que estés en movimiento, una actividad en la que, por ejemplo, nuestras rodillas absorban el impacto, por ejemplo de brincar, o que proporcionen estabilidad.

Esta me ha recibido varias críticas, a ver cómo la ven ustedes. ¿Cuáles son los tipos de articulación? Se divide en tres: Articulaciones inmóviles, articulaciones semimóviles y articulaciones móviles.

Las articulaciones inmóviles no permiten el movimiento. Por ejemplo, las suturas que tenemos en el cráneo, esas no se mueven, imagínense. Se mueven y ahí todos chocan.

¿Pero ustedes conocen alguna otra? Que sepan. Que no se mueva.

M: Las del tórax.

M: ¿Las del tórax?

P: Las del tórax. ¿Ok? Y pues dicen que está difícil, entonces estoy en veremos.

M: Pero la del tórax no va junto con... Sí, la del tórax no se mueve.

P: No sé, a ver, pregúntenle al John.

M: No, no se mueve.

P: Eso era lo que yo quería. Como a lo mejor no sabemos realmente que hay articulación inmóvil, pero vamos a empezar a hacer un recuerdo de qué articulación tengo, cuál se mueve, cuál no. ¿No? Eso era lo que yo quería generar esa duda. ¿Tenemos articulaciones en la... Sabíamos. No, no, no. Aquí les puse un ¿sabías qué?

¿Sabías que tenemos 360 articulaciones en el cuerpo? Tenemos articulaciones en donde menos te imaginas. Por ejemplo, tenemos articulaciones que permiten que los dientes se mantengan en nuestra mandíbula y estas pertenecen al tipo de articulación inmóvil. Yo no sabía eso. ¿Tú sabías eso? John

J: No sabía.

P: Muy bien. Esto dice que está un poco difícil, entonces todavía estoy...

M: Pero está bien,

M: Está bien, porque eso no lo sabía. No, estoy en...

P: O modificar la actividad ... Aquí esta muy complicada hacerla

¿Qué componentes forman una articulación? Aquí puse un codito, el de hace grande, y ya, la articulación más de cerca. Y las partes que lo conforman.

M: ¿En el codo también hay menisco?

P: No, sí.

P: No, no, ¿verdad? No, decía del mismo en el codo. Qué buena observación. ¿Sabes por qué? Porque justamente dependiendo de la articulación cambian los componentes, es verdad. Sí, ahí me equivoqué. Qué bueno que lo estoy presentando para quitarlo.

H: ¿Pero el menisco del codo? El menisco del codo es el de la rodilla, ¿no? Esto es una rodilla.

P: Ok, ahí están las causas y los factores que contribuyen.

Y ahí ya se coloca qué es el dolor articular, los tipos de dolor, y las manifestaciones en el cuerpo. ¿Cómo ven esa página?

M: Está bien.

P: ¿Está bien?

M: Está muy ilustrativa.

P: ¿La ven muy cargada, no cargada? ¿Las imágenes más grandes, mejor? ¿Sí?

M: ¿Y por qué no le quitamos eso de podemos decir? Porque pues... Pues no podemos decir realmente lo es.

P: Sí, el dolor articular se refiere a cuándo no.

M: Cuando dice podemos decir que, pero pues no podemos decir realmente lo es, que es un malestar.

P: Sí. Bueno, las causas pueden ser emociones como esguince, torceduras, fracturas o confusiones. Las confusiones son golpes. También las inflamatorias, Como artritis reumatoide, la gota. Ahí falta llenar información.

M: Y ahí entra lo que es la esclerosis múltiple.

P: La esclerosis múltiple no.

M: Pero cuando se forman las... ¿Cómo se llaman? Los nudillos.

M: Ah, es esa. Esa osteoartritis, ¿no?

P: Exactamente.

M: Pero es la osteoartritis. Tiene reversion

J: no se quita pero se pausa, como retrasar.

P: Cómo es una enfermedad degenerativa, si no se va cuidando, teniendo estos cuidados, pues va a aumentar.

Los factores que contribuyen, como diferentes cosas con las que tenemos contacto y pueden contribuir a desarrollar un dolor crónico, como las condiciones del trabajo, nuestra edad, nuestras condiciones emocionales, nuestro estilo de vida, tabaquismo, aspectos genéticos, el sexo y nuestros roles como mujer-hombre, la obesidad, etc.

Vamos a ver algunos. Para el grupo de Pedregal de las Águilas era muy importante ver el genético, entonces producimos lo de la predisposición genética, es decir, si algún familiar tiene, por ejemplo, artritis reumatoide o osteoartritis, esto puede aumentar la probabilidad de que nosotros lo tengamos. Sin embargo, esto no es un factor determinante. No que mi mamá o mi papá o mis hermanos la tengan, significa que yo lo tendré, solo aumenta mi probabilidad. Esto tiene que ver con lo que dice hasta abajo, interacción genética y ambiental. Mi predisposición genética que vimos arriba no se presenta de forma aislada, a menudo cuando interactúa con otros factores es cuando se detona.

La obesidad, mayor carga en las articulaciones, inflamación en todo el cuerpo y menor movilidad. La obesidad sí es un factor que contribuye al dolor articular, por todos estos factores. La obesidad es un estado de inflamación en el cuerpo. Entonces cuando es de forma sostenida, pues aumenta que haya dolor. Y por último, las emociones y el dolor articular. El dolor afecta tus emociones y tus emociones afectan el dolor articular. El dolor puede ser una expresión del estado de ánimo, cuando yo me siento triste, sin ganas, el dolor puede aumentar. Porque mi percepción puede cambiar también de mi dolor. Si yo estoy con mi familia, disfrutando, estando en compañía y todo, puedo percibir que mi dolor aún baja. La depresión y la ansiedad pueden intensificar también nuestros sentimientos y el dolor, la percepción, el estrés, mucho. Y una cosa importante también es que a veces tenemos miedo al dolor. Entonces, como tenemos miedo al dolor, evitamos ciertas acciones para presentar el dolor. Por ejemplo, el ejercicio físico. Como creemos que nos va a dar dolor, ¿qué cambia? Cuando puede ser al contrario. Algunos ejercicios o estiramientos nos pueden ayudar.

M: Pero mi hermana tiene dolor DE ciático, entonces ya no hace ejercicio.

P: No todo el ejercicio es bueno, pero algún tipo de ejercicio le podría ayudar.

M: Sí, claro.

P: Y bueno, también es importante que nosotros sepamos identificar nuestro dolor. La historia del padecimiento. Hacer un registro de nuestros síntomas. ¿Cuándo me dolió? ¿Dónde me dolió? ¿Por qué me dolió? Evaluar cuáles han sido mis factores de riesgo. Bueno, yo que tengo, ¿no? Que contribuya que tenga dolor. Evaluar con qué actividades me duele más y con qué actividades me duele menos. Y siempre importante, esto nos va a ayudar para que cuando vayamos a consulta con el especialista o con nuestro médico, podamos decirle toda la información.

M: Más claramente.

P: Bien, aquí sigue el último capítulo sobre el manejo y el cuidado. Apenas lo estoy elaborando. Pero la idea es colocar cómo influye el ejercicio físico en el dolor articular.

Por ejemplo, los ejercicios de fuerza o los ejercicios de flexibilidad, y qué aporte tienen en nuestras articulaciones, también voy a incluir ejercicios. Entonces, qué ejercicios podemos hacer en casa que nos ayuden con nuestras articulaciones, ya sea de fuerza, de flexibilidad, de equilibrio y estiramientos. Hay personas que, por ejemplo, si tiene dolor articular por desgaste de cartílago, no la vamos a poner a hacer ejercicio, por ejemplo, de impacto, de fuerza, etc. Pero sí podemos hacer estiramientos que le ayuden. Porque cuando tu articulación no deja de moverse, empieza a ser rígida y el dolor empieza a aumentar. Entonces, hasta ahí voy. ¿Qué les parece? Sean rudos.

M: Esto vendría siendo como un monitoreo, un prólogo.

P: ¿Esto guía? Pues sí, es como un cuadernito de trabajo.

M: O sea, tanto información como... Pero no sirve.

P: Exacto. Cada sesión con el Centro de Salud de Pedregal, agarramos un tema. Por ejemplo, el tema de causas. Bueno, ustedes qué creen que causa el dolor articular. Y ya la gente empieza a decirlo. Entonces, ya después nosotros nos podemos estudiar para ver cuáles son las causas e integrar lo que se dijo en el grupo. Entonces, eso es lo que hacemos cada sesión. Y así como resultado está guía. ¿Cómo lo ven? ¿Cómo ven los colores, el tamaño de letra, la importación? ¿Creen que es pesada?

M: Sí, un poquito.

M: Si un poco larga

P: Sí, ya lo bueno es que puedes tú irte a donde quieras ... Pues sí, el capítulo ahora sí que tú quieras y ya. Pero...

M: Pues está bien, ¿no? Es como siempre. El que quiere leer, pues lee. Y el que no, que esté hermoso... Ahí lo guarda.

P: Muy bien. Pues bueno, esto es lo que yo les quería enseñar el día de hoy. También estamos haciendo carteles. Otros centros de salud están haciendo carteles que también vamos a imprimir. Ahí sería en un tamaño mucho más grande. Y el día del encuentro los van a poder ver. Y pues bueno, creo que eso ya sería todo de mi parte.

En la siguiente sesión entonces nos tomaríamos la foto. ¿Qué sería? ¿Cuándo? ¿La siguiente sesión?

M Pues el próximo jueves

J: Bueno, si queremos que sí. Nosotros en el calendario que teníamos era el 17. El 17 Tenemos una plática de Psicología, pero podemos tomar la foto

*Se da por terminada la sesión
y se acuerda tomar la foto el jueves 17 de octubre*

Relatoría Número 5 voces en papel

Jueves 27 de Marzo de 2025

Consejo Asesor CST-III xochimilco

J: MPSS. John Anthony Garcia Hernandez

P: Dra. Laura Piedra Mendoza

M: Mujer

H: Hombre

G: MPSS. Jeronimo Benites Aviles

S: Dra. Silvia

Ingresan las personas y se colocan en circulos

J: Bueno, entonces ya todos estamos en nuestro lugar, ya vamos a dar comienzo a esta sesión del consejo asesor. Primero que nada, pues hay que recordar las reglas que tenemos acá, la primera de ellas, ¿recuerdan cuál es? Acá se respeta el uso de la palabra, la segunda regla es que no juzgamos las opiniones de los demás, no interpretamos las opiniones de los demás, no damos consejos y lo más importante lo que se dice aquí se queda aquí, ¿vale? Entonces, bueno, damos inicio a la sesión.

El primer punto y con él me gustaría comenzar, es con respecto al libreto de voces en papel, para poder concluir y poder corregir las cosas que no nos gustaron del libreto y también ver las opiniones y los puntos de mejora que tenemos respecto al libreto.

Ya todos tuvimos mucho tiempo de revisarlo, ya hicimos una sesión previa con las aclaraciones que queríamos hacer, entonces, no sé si hay alguien que quiera comenzar con cuál es uno de los puntos a corregir o voy haciéndolo yo el recordatorio de los puntos que tocamos la vez pasada y vamos agregando información de qué más corregir. Ustedes díganme cómo llevamos la dinámica.

M: Pues yo creo que comienzas tú

M: Perdón comienzas tú porque la verdad ya tiene mucho tiempo y ya, bueno, yo, hablando por mí, ya se me olvidó

S: Bueno, buenos días a todos, soy Silvia, soy médico, también vengo de la UAM, soy asesora de investigación aquí, mucho gusto a todas, quiero conocernos sobre todo para saber quiénes estuvieron implicadas en el proyecto de voces en papel anteriormente, y quiénes no conocen el proyecto. ¿Todas, todas, se conocen? porque me comentaron que había personas nuevas en el proyecto

M: Si todas nos conocemos

M: No, todas. No, de hecho, sí hay un par de personitas que ustedes han incorporado, entonces, bueno, no están en sus cartas, pero el 95% somos los que hicimos esas cartas.

J: Bueno creo, que debimos comenzar presentándonos todos, para que las compañeras de la UAM que nos estarán apoyando, sepan quien es cada una de usted

M: Muchas gracias. Soy María de Carmen Torres. Carmen Torres, sí. Y, bueno, pues, entre todos vamos a decirlo, pues, el trabajo. Gracias.

S: Muchas gracias.

P: Bueno pues yo soy Paola, igualmente soy asesora de investigación y así como nos tocó el caso de ustedes, pues, hemos ido a otras instituciones, a otras alcaldías, para ver como están trabajando y sobre todo para que no se pierda el objetivo que ustedes tienen de plasmar todo lo que ustedes quieren, ¿no? Ahorita, justamente, tenemos ese propósito, que es ver qué parte quisieran mejorar de ese trabajo que ustedes hicieron en voces en papel, para que al final sea algo que, pues, es su trabajo y sea para ustedes. Entonces, lo que podamos mejorar, siéntanse libres de expresarlo y lo vamos a cambiar.

S; Además, más que para ustedes, sobre los propósitos que tenemos ahora en los consejos asesores, ustedes en su momento lo saben, van a llegar a los encuentros de personas con enfermedades crónicas. Ya tenemos la oportunidad, al menos yo, de estar en dos de ellos, a vivir el tercero cercano a próximas fechas, aproximadamente Julio y Agosto, y uno de los propósitos que tenemos es retomar el trabajo que se hizo en los encuentros anteriores para difundir este material. El propósito ahora es retomar ese material que se hizo en cada uno de los centros de salud, reformar lo que no crean que esté bien o lo que quieren mejorar de cada uno de ellos, y en su momento difundirlos, ya sea en los centros de salud o en nuestros encuentros.

Entonces ese es el propósito, justo de que volvamos a ese papel, que me parece que es un trabajo precioso de los más destacados dentro de los encuentros anteriores, y que justo nos gustaría saber que quede ya pulcro para llevarlo al siguiente encuentro y que se pueda difundir con el resto de personas que no conocen el proyecto que se hizo.

J: Bueno, entonces les parecería buena dinámica para que ellas las conozcan un poquito más, que nos hablemos diciendo el nombre de cada una

M: Carmen Torres.

M: Rocío Morales Sandoval.

M: Marina Isabel Hernández Rodríguez.

M: Concepción López Díaz.

M: Graciela Reyes Alejo.

M: María Elena Sánchez Martínez

M: María Rodríguez.

M: Olga Orozco.

M: Juana Ruiz.

M: Esperanza

M: Eulalia Granados.

M: Yolanda Márquez Rosas.

M: Carmen Hernández.

M: Rosa Poblano Olivares.

M: Ofelia Poblano.

J: Ok, muchas gracias, i ya en ese momento, ya que nos conocemos todos, hay que retomar los puntos que debemos tocar en cuanto a Voces en Papel.

Recuerdo el más importante, **fue la lista de nombres de los autores de quienes participamos**, que había personas que no estaban y había personas que estaban y que no habían participado, que tuvieron un periodo muy corto de tiempo y no participaron más que con una carta. Que en ese apartado me hicieron llegar a ustedes una lista, que me parece que ustedes ya habían cotejado previamente. ¿Quieren que revisemos esa lista? ¿Recuerdan la lista o recuerdan que la cotejaron?.

Yo recuerdo que la última vez que nos vimos, la lista me la entregaron y ya estaba cotejada, de que esas eran todas las personas que habían participado en el proyecto y que no había nadie más, que nos hizo la favor la compañera Carmen de realizar.

M: Pues esa lista la hicimos entre todos, para que todos revisaran quién faltaba o quién sobraba, y esa última es la que se pasó. La correcta. Y si hubiera alguna duda, pues igual la vamos a revisar, en caso, pero ya está.

J: Bueno, el segundo punto era el tema de las cartas, que había muchas que no corresponden con el nombre o que estaban mezclados fragmentos, ¿no? ¿Lo recuerdan?

M: No, nada más faltaba una, la de Rocío, que se nos hacía importante porque...

J: Ah, exactamente.

M: Bueno, sí que no mencionaron el glaucoma como complicación de la diabetes, que es una de las causas, al subir demasiado la glucosa, pues obviamente, por el desprendimiento de retina o de la glaucoma, Pero eso no lo mencionan ustedes.

No lo mencionan como enfermedad, pero digamos que no fue causa de, no fue por la diabetes, sino por herencia. Pero sí tendrían que haberlo mencionado como causa de la diabetes y como complicación.

J: Complicación de la diabetes. Ajá. Sí, ese era un punto también que habíamos comentado, ¿no? También de ver la posibilidad de que se incluyera una de las cartas en braille

M: Sí. En braille de la que usted nos dio.

J: Sí, ese era un punto.

M: Sí, porque las entregué, las tres cartas, las tres cartas.

M: Bueno, también comentábamos que así como se redactaron esos fragmentos, íbamos a quitarles el nombre, porque no necesariamente era de una sola persona, sino de varias. Entonces, se quitaba el nombre para no decir, ah, bueno, pues fue de esto.

M: Entonces, entre todos lo hicimos y ya se mezclaron, porque así se refería solo a una, Entonces, quitamos el nombre.

M: Y la posibilidad de hacer las tres, los tres apartados, porque ahorita fue todo como enfermedad crónica, pero tenemos algunos que todavía no llegamos, solo estamos luchando por no llegar en la parte preventiva, que están los que ya están, se están controlando, y está la parte de cuidadores, cuidadores de personas con este tipo de padecimientos.

Entonces, ahí decíamos que a lo mejor nada más era como darle la importancia a esos otros dos puntos, porque ya todo el trabajo está centrado en el padecimiento crónico, pero ya la partecita, antes de que llegues a esto, prevenir con esto.

M: Como nosotros vemos a los pacientes que ya tenemos algún semáforo en amarillo, pero no queremos pasar a lo otro. Y está la parte justamente de los cuidadores, que de una u otra manera estamos en esta parte de la enfermedad

S: ¿Cómo les gustaría separar el trabajo? ¿Con un capítulo? ¿Con un título previo? ¿Lo habían platicado?

M: No, eso fue uno de los puntos que no llegamos a platicar, porque solamente lo quedamos como sugerencia para ver si lo podíamos agregar o ya no. Pero justamente es algo que ya que nos abordó.

P: Como etapas, ¿no?

J: Sí, como si un capítulo antes al inicio, y un capítulo al final del cuidador, o ver en qué... S: ¿Les gustaría trabajar en una edición de este documento, o como un segundo volumen?

M: Porque también, bueno, siguiendo con... Bueno hablando que en alguna ocasión, que se mencionó, que podría hacerse una conclusión, no sé, ¿te acuerdas que decías que no hicimos nada como concluyente? O sea, un capítulo, decías una conclusión, algo en general, que al final fuera... No sé si ahí tendría que ir algo referente a eso para no meter algún capítulo.

M:: ¿Los podemos revisar por acá?

M: Sí, también tengo que decir algo, una conclusión, ¿no?

M: Una introducción, ¿no?

J: No, introducción sí tiene.

P: Sí, tenemos una introducción. Acá la traemos. Sí, tenemos la dedicatoria, en la página 4 están los agradecimientos. En la 5 están los colaboradores.

J: Que eso es lo que hay que corregir de la lista.

S: En la 6 está la presentación.

J: Sí, es que el orden en el que se hace la presentación y la primera carta es como la introducción, porque es donde todo inicia. Ese es el modo de introducción.

M: Bueno, a lo mejor nos está faltando el decir que las cartas las hicimos en tres fases. La primera es cómo recibimos el diagnóstico, la segunda parte fue cómo empezamos todo el proceso y al final cómo nos sentimos en este momento porque varios de nosotros ya estamos en un éxito, entonces ahora ¿cómo nos vamos a mantener? Ese es en sí lo que está plasmado.

P: Vivir la evolución del padecimiento,

J: Sí, por lo que yo entiendo lo que ustedes dicen que hace falta es poner una parte en la introducción de explicar cómo es que se llegó a todo el libreto.

Cómo escribir el grupo Nemontemi, realizó tres cartas individualmente con las temáticas que acabamos de mencionar y así fue como se elaboró toda la historieta en general. Algo así, por lo que entiendo, es lo que quieren plasmar ¿No?

S: Ahora, en la presentación dice "Cada carta que presentamos aquí es reflejo de lo que significa vivir con una enfermedad crónica, es una invitación a entender los problemas que acompañan nuestra realidad, a través de la palabra descubrimos no solo el dolor y las dificultades sino también las fortalezas y aspiraciones en este camino que busca en nuestra salud, este libro no solo busca visibilizar la experiencia de quienes vivimos con enfermedades crónicas sino también favorecer la empatía y el entendimiento de nuestra comunidad. Esperamos que estas cartas inspiren conversaciones, brinden apoyo y sirvan como un recordatorio de que somos personas que podemos lograr vivir una vida sana y feliz.

Hay agradecimiento.

M: Yo creo que ya está.

M: Ya está.

M: Muy bien.

M: Ahí nada más les gustaría decir justamente eso de las tres partes de cómo lo han vivido. No sé si ya está ahí

M: Lo único que decíamos es que a lo mejor nos faltaba ver él antes de llegar a esas cartas que yo puse. Yo estoy diagnosticada como prediabetica. Entonces hago todo lo posible para no llegar. Entonces ahí en mis cartas es que lo expresé.

Entonces hay otras compañeras que estamos en el mismo caso, consideramos que algo se debiera decir como preventivo. A ver, si ya sabemos, no queremos llegar a lo que ya está plasmado.

Como que en un otro momento ya estamos ahí entonces ahora también estamos apoyando porque somos cuidadores de alguien que ya padeció y que ya pasó por eso cosas

Y a lo mejor algo nada más como que lo Sí, como que, se mostrara que se viera bien y con eso a lo mejor se pasa. No sé, Bueno, algo así habíamos comentado. Pero bueno, ustedes lo saben. Ayúdenos

C: Claro, por eso les preguntaba si les gustaría agregar esa parte de la prevención y la parte del hecho de no solo incluirlo sino además ser un tipo de cuidador ¿Lo quieren agregar a esa edición? ¿O quisieran proyectarlo como un trabajo consecuente? ¿Qué les gustaría hacer?

M: Perdón, perdón, ya me perdí

J: Sí,

M: En el mismo libro folleto Bueno, en el mismo cuadernillo se va a volver a editar

S: Si ustedes quisieran

M: Y en ese cuadernillo estamos hablando que igual se pueden integrar las personas nuevas Porque si se va a volver a imprimir se puede aprovechar. Luego, la otra opción es lo que dice Carmen de integrar lo que es pre lo que es hoy, lo que pasamos y lo que hoy es el hoy.

Eso es lo que dices en el cuadernillo en caso de que se volviera a imprimir

S: Sí, si quieren hacerle nosotros en este proyecto por lo que entiendo es que justo si quisieran agregar cosas podríamos hacerlo. Agregarle cosas a ese cuadernillo y reimprimirlo en una nueva versión o solamente hacer las modificaciones técnicas que hablan sobre la lista de colaboradores lo de quitar los nombres esas adecuaciones que ya son editoriales y en un segundo volumen realizar ese trabajo

M: Yo creo que tendría que volver a imprimir porque también, si mal no recuerdo había muchas partes de ortografía que tú comentaste había partes de ortografía había muchos detallitos

S: Claro

M: Era en cuestiones de redacción

S: Sí, justo, de hecho se va a volver pero hay dos partes, una es en editorial nosotros nos dedicamos a hacer los cambios que ustedes nos sugieren como la lista de colaboradores, verificar toda la ortografía y reimprimirlo y la otra es regresar incluso el proyecto de editorial a aquí para que trabajen sobre esas partes que quieren

M: Yo creo que es importante que se hagan las modificaciones porque aquí como grupo como les comentamos, ya también estábamos viendo como que el segundo proyecto ya hemos platicado con el doctor John que es la cuestión de la activación que nos parece importante en un grupo de personas, esa activación no es exactamente igual hay otras sintomatologías que se tienen en reserva de su opinión

S: La mejor opinión es la suya

M: Sí, porque teníamos el proyecto es muy amplio, muy extenso y si están diciendo que para junio, junio no sé ya por eso

M: Sí, por eso es importante enfocarse ya en ese proyecto

M: A mí me parece que ya se corrija voces en papel que está bien

M: Lo que se va a ocupar para imprimir los papeles que en su momento se dijo en ejercicio que fue algo que se comentó y se sugirió Mejor que se ocupe para el proyecto de ejercicio y el cuadernillo

J: Bueno, entonces a modo de conclusión En voces de papel quedamos que solamente hacemos las correcciones técnicas y listo, de edición, la lista de los nombres borrar que solamente es una colaboración grupal y que no especificar en cada carta de quién es cada carta y las correcciones ortográficas

Ahora, en cuanto al tema de la carta en braille si tuve una reunión con el doctor Victor Ríos que es el director de este proyecto y tratamos de ver la posibilidad de que se pudiera pero por temas de editorial es muy difícil imprimir y plasmar una carta en braille dentro del porque no sabemos la manera técnica de realizarlo. Si lo llegamos a plantear pero no sabemos si técnicamente es posible hacerlo o no hacerlo por el formato en el que imprimían

S: Creo que es más importante sumar parte de esta carta en braille, nosotros nos encargamos de buscar soluciones a esa parte editorial y traerles o hacerles llegar una respuesta qué alternativas podemos dar o incluso si es factible hacer las impresiones al menos en un número específico de ejemplares y les damos respuesta mediante el medico M: Gracias

J: Sí lo llegué a plantear con él y Como conclusión, nada más hacemos las correcciones técnicas de voces en papel y ya no agregamos ningún capítulo más y nos enfocamos en lo siguiente que viene del siguiente proyecto.

Hay que considerar que ya tenemos poco tiempo para el siguiente encuentro pero tiene que ser un trabajo que realicemos bien y bien planificado.

Yo creo que de aquí a que tengamos el encuentro tenemos el tiempo suficiente para poderlo hacer de buena manera y si no, va a pasar otra vez como pasó con voces en papel que alguien más le dio continuidad, entonces, por el tema de tiempos tenemos que delimitar bien el tema para saber en qué sesiones lo vamos a llevar

Ya que tuvimos la discusión la sesión previa ¿Cómo tenemos la idea? ¿En qué formato lo vamos a hacerlo? ¿En un formato híbrido? ¿Vamos a hacer solamente el video o el folleto? M: Habíamos dicho que híbrido ¿no?

M: Ya habíamos quedado de acuerdo En un folleto en la parte de abajo se va a poner un link para ver el video

J: Bueno así lo dejamos vamos a hacer el folleto con las especificaciones para que lo pueda leer alguien y también vamos a hacer el formato de video.

No delimitamos bien el grupo de personas al cual iba a ir dirigido, Ya ven que habíamos comentado con la maestra Subimendi que no era el mismo ejercicio que realizaba una persona de 30 o 40 años al que realizaba alguien de 60 o 70 por las consideraciones que hay que tener en cuanto al tema de lesiones. Nosotros tenemos un rango amplio de edad de los que venimos aquí ¿Cómo quieren que abordemos eso? ¿De qué población dirigirnos? Nuestro rango de edad es muy amplio Incluso vienen compañeros de 42 o 47 años

M: A partir de 50

M: El rango ya ha quedado de 60 a 70

P: Levanten la mano ¿Quién tiene entre 60 y 70?

M: Yo tengo mucho más de 70

M: ¿Quién tiene más de 70?

M: Bueno, de 60

P: Tenemos dos de 58

J: Sería de 60 a 75 Es donde tenemos la mayoría ¿No?

J: No hay nadie de 80

M: ¿No es que si no estaría bien de 50 en adelante?

M: Lo que pasa es que efectivamente por tiempo de edad de 60 en adelante sí se maneja diferentes ejercicios Algunos los 50 todavía pero es que de 50 en adelante como que sí se puede manejar con un poquito más de impacto de ejercicio Pero ya de 60 en adelante ya es menos el ritmo lento.

M: La mayoría es de 60 años Si más no recuerdo porque no tuve la oportunidad ahora de ir en este encuentro Pero de ahí afuera yo creo que los encuentros son más de 60 Entonces igual ahí fue donde podemos despegar de adelante de 60 en adelante

M: Sí porque hoy nos comentaba el profesor de los ejercicios que nos daba a saber de que hay gente de 20 en adelante y no hace los ejercicios que nosotros los hacemos a pesar de la diferencia de edad Entonces a veces si es impedimento pero a veces nosotros nos esforzamos más para realizarlos Que quizás los gente de más de 50 años

M: O sea ahí como que puede ser más generalizado

J: Entonces, de sesenta en adelante, ¿no?

M: Sí. Sí, nos enfocamos en este grupo de edad, que es donde cae el promedio.

P: El promedio, además, pues es sesenta...

J: Ahora, una parte importante que también debemos ver, porque recuerden que nosotros hacemos la función de Consejo Asesor y también hacemos la función de Grupo de Ayuda Mutua. Entonces, en el Centro de Salud también nos van a exigir que tengamos algunas sesiones como Grupo de Ayuda

Mutua. Ya ven que tenemos tres sesiones. ¿Les parece bien que utilicemos dos sesiones para ser Consejo Asesor y una sesión para ser Grupo de Ayuda Mutua o al revés?

M: No, sería dos para el proyecto y una para el grupo de ayuda.

M: ASÍ, una para el grupo, sí, porque así cuando tuvimos más tiempo nolo hicimos

M: También puede ser que, como usted ha proponiendo, dos sesiones de Consejo Asesor, pero en la tercera sesión tomemos media hora para ver lo que tenemos pendiente. Así, con casi un reloj de reloj en mano. En Media hora revisamos esto, qué tenemos pendiente del Consejo Asesor para que el resto ya quede.

J: Sí, sí, porque también tenemos que tener en cuenta que la sesión que tengamos somatometría no vamos a poder reunirnos en este aspecto.

M: Pero ahí, en esa sesión, por ejemplo, cuando nos midan y pesen, podemos empezar ahí a hacer como si fuera un círculo y empezar a trabajarlo.

M: Pero considerando que se encuentra aquí a junio, en el estricto sentido, eso debería ser esto

S: Recuerden que los proyectos del encuentro, lo que buscan es hacer un consenso de todo el trabajo que se está haciendo en cada área. Entonces, si su proyecto ya está decidido, si ya tienen avances, es lo que se presenta.

J: No necesariamente tenemos que acabar en junio, lo ideal si se puede acabar en junio estaría perfecto, pero lo importante es que sea un producto que les gusta a ustedes, que se sientan cómodos haciéndolo, que no se sientan estresados haciéndolo, que se sientan cómodos. Llevar un ritmo en el que aprendamos a realizar ejercicio y podamos dejar un material bonito para los demás. Y hacerlo a la carrera muchas veces no nos lleva a eso, por eso también quería ver eso del tiempo.

Porque ya ven que no habíamos podido reunirnos para poder avanzar el proyecto, siempre nos salía algo extra. Y que a lo mejor se hiciera una agenda del día. Haremos una carta de cómo vamos a ir a llevar las sesiones, como ya vamos con la doctora Paulina, que veíamos qué carta íbamos a ver, qué era lo que íbamos a trabajar. Y eso es lo que vamos a realizar, por eso era importante delimitar bien el tema y cuáles son.

Ahora el siguiente punto, cuáles son los puntos que vamos a tocar en los videos, en los videos y en el folleto. Porque qué es de lo que vamos a hablar, vamos a hablar de lo que es el ejercicio, o vamos a únicamente mostrar que es una rutina de ejercicio.

Porque si vamos a hablar de lo que es el ejercicio, pues hay que definir muchas más cosas, hay que definir qué tipo de ejercicio es el que es el más beneficios aporta, la duración, cada cuánto se tiene que hacer, la intensidad con la que la tiene que hacer cada persona.

Entonces vamos a tocar esos puntos dentro de los videos y el folleto, o únicamente nos vamos a enfocar en crear una rutina y que los demás lo sigan.

M: Lo que recuerdo que estuvimos platicando es que íbamos a integrar a un del escrito para lo que, por qué, para qué, junto, y vamos a poner el link para referirse al tipo de ejercicio. Entonces, como que van las dos, un poquito tenemos que decirle para qué se nos refiere el ejercicio dentro de las enfermedades.

Más a lo mejor uno, dos, tres ejercicios, algo así.

J: Sí, sí, sino como en el folleto poner la importancia del ejercicio y en los videos mostrar cómo se realiza el ejercicio, ¿no? Que es lo que yo había entendido la vez pasada que íbamos a realizar..

J: Bueno, entonces si vamos a tocar estos puntos que estábamos diciendo, pues tenemos que definir en qué tipo de ejercicio nos vamos a enfocar. No es lo mismo realizar ejercicio cardiovascular que realizar el tipo de ejercicio que realiza con ustedes el maestro Víctor, que me parece que es en tapete, ¿no? Con, ¿qué le haces traer? Y de pil.

M: Y de pie. Sí, sí, depende de si es de pie, de cardio, de resistencia, de elasticidad. Para el corazón.

P: Pero entonces él está solicitando que se integre el grupo, tendríamos que cuadrarlo para que se siga.

M: Ya le dijimos que dijo que sí, que podría ayudarnos en ese sentido, que explique para qué sirve cada ejercicio que él nos da, en qué rango de edad, etc. Entonces si pudiera venir alguna vez a la sesión, también le gustaría mucho para que ustedes sobre todo ya vieran cómo trabajan.

J: Sí, para orientarnos de lo que hacen y cuál es el objetivo que él tiene con las rutinas, ¿no? Y que corrobore que lo que estemos llevando nosotros como avances del proyecto, pues sea algo adecuado, que él tiene muchos conocimientos, supongo, en el tema de activación física y de actividad física.

M: Por ejemplo, el día que no nos da la activación porque nos van a tomar los signos vitales, podría aprovechar para que él nos dijera para qué son, que son los ejercicios que nos pone

S: Ah, bueno, una pregunta que me gustaría hacer es ¿cuanto tiempo lleva dándoles la clase?

M: Mas de dos años

S: Una propuesta que me gustaría dar a la mesa, que es justo que al final en dos años de hacer actividad física ustedes tienen suficiente experiencia para determinar algún ejercicio que les guste de específico y parte de la información que necesitan para saber si es bueno o no, que es lo que haya causado en su cuerpo, cómo se sienten al realizar ese ejercicio, si se sienten más fuertes, si no se sienten más fuertes, si les ha ayudado con la flexibilidad, con un movimiento en casa en específico. Esa información podría ser mucho más valiosa que bien ustedes a que tal vez solamente nosotros le digamos, ah, eso está bien para personas de 60 o 70 años, teniendo toda la experiencia que tienen, No se olviden que realmente ustedes tienen todo el conocimiento que han adquirido en dos años ustedes en las clases últimas con una persona que les ha enseñado.

M: Bueno, yo había entendido que efectivamente si iba a ser un proyecto híbrido en el cual se iba a tratar únicamente para personas de 60 o 70 años con enfermedades diabéticas e hipertensas. Para ello iba a haber una rutina, precisamente por eso el profesor nos iba a dar como una guía de qué ejercicios son aptos para estas personas de 60 o 70 años con personas diabéticas, con personas hipertensas, a través de la experiencia real. Eso es lo que yo había entendido, porque aquí siento como que nos estamos elevando mucho, ¿no? Bueno, así pienso, por eso estoy expresando esta opinión. Entonces, si así habría un poquito más de énfasis, ¿cuál va a ser la rutina y qué es lo que nos ha funcionado a nosotros?

Por ejemplo, a mí en lo personal me ha funcionado mucho el hacer ejercicio en colchoneta, porque no es lo mismo estar sentada que estar en colchoneta. A mí me ha servido, y yo pensaba que ese tipo de rutinas eran las más apropiadas para personas con 60 o 70 para evitar caídas o fracturas.

Entonces, yo me imaginaba que era por ahí como que la guía, como que el proyecto híbrido que se iba a hacer, pero no lo sentí.

M: Es que lo que acabas de decir es cierto. Sí, ya lo habíamos hablado. Hace día que no habíamos caminado, ya lo habíamos comentado. Sí, es cierto. Todo lo que acabas de decir, sí es cierto.

Y ya estamos volviendo al mismo...

M: Así como que otra vez a repetir lo que ya habíamos dicho.

M: O sea, que ya habíamos quedado con algo.

M: No sé si era la toma que se estaba comentando antes.

M: Sí. Quería apoyarlos con el profesor para que esto que sí estamos viendo que nos ha funcionado a los niveles que vamos a atender, que los usemos de una mejor manera, junto con ustedes, porque al hablar de la redacción

S: ustedes son los expertos.

J: Sí. A mí una cosa que me gustaría aclarar y comentar es que justamente el objetivo de los consejos asesores es que el material sea creado en base a la experiencia de ustedes como personas viviendo con la enfermedad crónica. Sí está bien tener un apoyo técnico para corroborar que todo lo que

estamos diciendo esté bien, pero yo creo que aportaría mucho más a toda la comunidad que sea algo hecho en base a la experiencia de ustedes, porque ustedes ya llevan justamente dos años trabajando los ejercicios físicos. Ustedes saben cuáles son los ejercicios que sí les han funcionado, cuáles son los que no, con cuáles se sienten más cómodos, con cuáles hay algún riesgo de que se lesionaron o si alguna vez se lesionaron haciendo algún ejercicio.

Y yo creo que eso es lo valioso de este proyecto, que no sea un material hecho muy técnico, muy científico, porque pues eso lo hacen todos, ya lo encontramos ya hecho.

M: Yo creo que podíamos retomar la base de las cartas ¿no? No van a ser cartas como tal, pero sí voy a escribir algunas más, este ejercicio me hizo sentir más flexible, este me hizo estirarme y me sintió mejor, este me dolió y me costó mucho. Eso sí lo podríamos plasmar. A lo mejor la siguiente sesión traerlo todo lo que no me gustó y luego ponerlo y

M: Entonces podríamos empezar a trabajar así para, sería como que la idea sería ya traernos para hacer el desarrollo.

M: Yo voy a empezar con los ejercicios positivos. El que nos ha ayudado creo que es el más conveniente porque este ejercicio no me gusta porque me dolió y quedé muy adolorida. Yo en el profesional lo siento como que es fórmula y yo creo que si nos vamos mejor a lo positivo de que este ejercicio en el tapete, en el piso, me ha funcionado invertiremos más tiempo. Se podría decir lo positivo, que en este no lo hago porque me duele, pero sin embargo llegamos a ver con el profesor Víctor y alguna dolió al máximo por lo mismo. Pero yo mi punto de vista es de una vez este me ha ayudado.

L: Sí, quería proponerles que a partir de, por ejemplo, si el profesor Víctor les va a ofrecer una guía de ejercicios, una rutina, a partir de ella pueden trabajar sobre qué quieren quitar, qué quieren dejar y opinar al respecto de cada uno de los ejercicios.

J: Esa sería una forma de trabajar.

M: A mí me gustaría desde mi punto de vista escuchar las experiencias de mis compañeras, lo que les han enseñado a ellos. Si yo me voy a un libro, puedo leerlo y es lo que creo que es mi punto de vista. Por ejemplo, a mí me ha sonado mucho la yoga. Yo no tengo ninguna condición de diabetes ni de obesidad arterial, pero a mí me calman los niveles de obesidad la yoga. Entonces, ¿qué sería mi experiencia? Por ejemplo, yo quisiera escuchar a Coni o a Carmen cuál es su vivencia con ese ejercicio. O sea, siento que es más real y como que sería más nutritivo. Ese es mi punto de vista.

M: Yo mi punto de vista es todos los ejercicios al principio te duelen. Así es que no hay ningún ejercicio que tú empieces a hacer hoy y que no te duela. Y si no te duele en este momento, vas a amanecer mañana que te duele todo y no te puedes levantar. Yo digo que todos los ejercicios, puede que cualquiera te duele. Ese es mi punto de vista o será por mis pequeños 15 años que tengo encima que me duele

M: También debemos hacer conciencia que a veces, aunque no nos gusten las cosas, las tenemos que hacerlo. Porque si eso de que a mí porque no me gusta esto no lo voy a hacer, y si a mí me está haciendo falta, pues creo yo que es para mi propio beneficio. Y eso es lo que debemos de hacer conciencia. No nada más hacer lo que me salga fácil o lo que no se me dificulte, porque a veces las cosas más fuertes es lo que nos ayuda, porque hacemos un esfuerzo. Es mi punto de vista.

M: Bueno, para mí yo creo que lo importante del ejercicio es que yo me sienta bien, que me guste, que me agrade ese ejercicio, porque también me puede ponerme a mí, y si no me convence. También es una manera individual.

M: Yo creo que individualmente también tenemos ciertos deseos o propósitos, o para mí no funciona eso, para mí no funciona eso.

M: Y bueno, por ejemplo, como decía ella en yoga, a mí me gusta mucho el Zumba, me gusta oír la música, o me gusta ir a trotar, me gusta el aire, o sea, sí, claro, haces de fuerza y eso, pero para la masa

muscular, por nuestra edad, pero que te satisfaga, que te guste, que sientas que eso te ayuda. Para mí es ejercicio

G : Aquí lo que se trataría de hacer es hacer un convenio de ejercicios que en general beneficien para que otras personas, que incluso si no las conocen, se puedan beneficiar, y a lo mejor un ejercicio que las benefició a todas, a una persona de fuera, la va a lesionar.

Entonces, sí es importante mencionar las experiencias individuales de cómo se sienten, pero llegar a un consenso de ejercicios.

J: También una cosa importante es que una parte pues sí es la experiencia que hemos tenido nosotros, pero cotejada con evidencia de que está funcionando, que es juntar la parte científica con la parte de experiencia.

M: Yo ya tengo más fuerza, yo me felicito, que desde tú ya tienes más fuerza.

P: Miren, ustedes acaban de explicar que ya tienen dos años con el profesor, se han sentido muy bien, pero ahorita para definir, todas hablan ejercicio, pero siempre en un ejercicio hay ejercicios de cardio, de resistencia, de elasticidad y de respiración

S: Bueno, a partir del comentario que hizo el doctor, realmente el conocimiento se construye en comunidad y todas las experiencias individuales que están teniendo, eso lo conocimiento de nuevo. Realmente lo que ustedes quieran aportar al resto de la comunidad, viene de lo que ustedes quieran mostrarles. Por ejemplo, si en este proyecto vinieran algunas de las opiniones que nos acaban de dar, como quien nos dice, siempre nos va a darle un ejercicio nuevo, pero aunque no te guste, lo tienes que hacer por tu salud. Pero, yo prefiero hacer algo que me haga sentir bien, si el proyecto empieza a tener ese tipo de opiniones, bueno al final, sigue teniendo conocimiento de cada una de ustedes como personas y en colectividad.

Entonces, estoy un poquito de desacuerdo, tal vez en hacer generalizado, porque justo el objetivo es que no hagamos algo institucional, para eso ya está la Secretaría de Salud Pública que nos autoriza a guías de ejercicios para poblaciones en comunidad, sino que si no hay nada, es justo las experiencias y conocimientos que tienen al respecto. Sientanse libres por compartirlo dentro de su trabajo y por incluso, pues al final, comentar conocimientos. Creo que es muy importante, tal vez, coleccionar parte de esas experiencias y ver que justo que les está ayudando a ustedes y que les recomiendan a otras personas, porque ustedes son esas personas, son las personas en este rango de edad que pueden obtener estas enfermedades, quienes ya están haciendo ejercicio, invitando a otras que lo realicen. Eso es lo más importante realmente.

J::Lo importante en este trabajo, creo yo, el objetivo que tiene este proyecto es ver sus experiencias de ustedes, no es crear un trabajo institucional que esté muy cargado de información científica, sino más bien lo que ustedes sienten, lo que han sentido, lo que los ha motivado a realizar el ejercicio y lo que les ha funcionado a ustedes.

S: Ustedes ya deciden cómo sumarlo, si lo quieren agregar como pequeñas frases dentro de un proyecto, puede ser incluso que mientras hacen el video, mientras están haciendo ejercicio, que haya una opinión de fondo de alguien que esté hablando respecto al ejercicio que se está haciendo, eso también podría ser un trabajo.

M: Sí, porque bueno, entonces como decía el doctor, hay conceptos ya establecidos y vamos a buscar, que es el ejercicio, eso es una definición, pero que se puede plasmar como decía, y que todo el mundo, es general, o practica cinco veces a la semana, eso es en general a lo mejor, pero ya entonces va junto, se plasmaría más o menos la experiencia, o sea cosas ya generales que están en un diccionario, que están en una información, esas podrían ser, independientemente del proceso.

M:Entonces podríamos empezar como cada uno de nosotros, manifestar que sí es para nosotros el ejercicio, porque con eso entonces ya vemos lo que significa el ejercicio y la opinión que más suene,

pues esa puede ser como lo que es para el grupo, el consejo, asesor, lo que representa y que comparten a la comunidad, eso sí podríamos hacerlo, por decir para la siguiente clase, traer todos, decirle que es para cada uno de nosotros porque significa diferente, entonces de todas esas, sacar un general, pero ya como grupo, ya no de un individuo, de una definición, sino es nuestra propia definición como consejo, asesor, que es lo mismo, es el ejercicio que representa para nosotros, entonces dentro del universo que estamos manejando, que somos 60 y más, con participación de uno y más, el hacer algo que finalmente el grupo de la comunidad, pues es de entender esto.

J: Bueno, siguiendo en este apartado, entonces por lo que entiendo, antes de meternos de lleno, de empezar a hablar de ejercicios y todo, hacer un preámbulo, como una introducción de qué es para nosotros hacer el ejercicio y cómo ha impactado positivamente en mi vida hacer el ejercicio, entonces les gustaría que en un apartado del folleto, la primer parte que sea, qué es para mí hacer el ejercicio y qué impacto positivo ha tenido en mi vida y cómo los hace sentir, el sentimiento que generan después realizar ejercicio, cómo ha impactado en su vida, para darle un poco de orden y para poder estar platicando a partir de una misma idea para poder ya ir concretando cosas, entonces pues esa sería nuestra primer parte, esa sería como nuestra introducción, cómo me hace sentir el ejercicio y qué es para mí el ejercicio, ¿vale?

Entonces... Primero es qué es para mí el ejercicio, lo siguiente qué significa o qué impacto tiene en mi vida y el tercero es cómo me siento al hacer ejercicio. ¿Les parece bien escribir estos 3 puntos y comentarlo en ese orden la siguiente sesión?

M: Si

J: Buenos entonces llegando a este acuerdo damos por concluida esta sesión del consejo asesor.

*Se despiden del consejo asesor y se reprograma cita grupal el día jueves 10 de abril *

Segundo semestre del servicio social

Después del 7º encuentro el consejo asesor quedó conformado por la misma cantidad de personas a excepción del señor Roman Coloapa Santillan quien desafortunadamente falleció.

Por la gran motivación que tuvieron después de recibir muchas felicitaciones, las personas del consejo asesor decidieron que tomaríamos 2 sesiones para hacer correcciones ortográficas del libreto de voces en papel y posteriormente iniciamos la creación de una guía visual de cómo realizar un rutina de ejercicios así como un video tutorial. La idea nació como la creación de un video tutorial de una rutina de ejercicio pero debido a que hay una gran cantidad de personas del consejo asesor que no saben utilizar las redes sociales se optó por hacer un material híbrido mediante un folleto en el cual se explica mediante dibujos como realizar la rutina de ejercicios y que las personas que no tuvieran acceso a internet pudieran tener la información.

La metodología para realizarlo fue mediante 8 reuniones en donde la primera se dedicó a concluir con la corrección ortográfica y de redacción de voces en papel, la segunda sesión se utilizó para ver el alcance, y contenido del folleto, en donde se determinó se trabajó con estrategia de grupo focal para construir una idea colectiva que es el ejercicio, beneficios que es el ejercicio, que significa para mí y cual es la importancia que ha tenido en mi vida, la tercera sesión se usó para planificar cuáles serían los ejercicios que se utilizarían la rutina, la duración del video, la vestimenta que se utilizará, la cuarta sesión se grabó la sesión de ejercicios y se decidió grabar un tiktok en el cual se hiciera un tutorial de como caer, la quinta sesión se utilizó para trabajar el tiktok sobre cómo caer, la sexta sesión se utilizó para realizar la guía visual en el folleto, eligiendo la forma de realizar los dibujos(estilo, color, diseño) , la séptima sesión se mostró la propuesta de edición del video y la octava sesión se dio por terminado el folleto y el tiktok que se presentaría en el 8º encuentro en donde todo el consejo asesor estuvo de acuerdo en el resultado final.

En esta ocasión el proceso de realizar el proyecto durante el segundo semestre fue mucho más fácil ya que se tenía una dinámica favorable de trabajo con el grupo y ya estábamos acoplados de una mejor manera para coordinar al grupo y asignar tareas a cada integrante del consejo asesor. El grupo quedó muy satisfecho y orgulloso del trabajo realizado y por seguir siendo innovadores en el tema de promoción de la salud además de sentirse motivados de tener una cuenta de Tiktok para seguir creando mas contenido y tener mucho mas alcance.

Segundo semestre del servicio social

Después del 7º encuentro el consejo asesor quedó conformado por la misma cantidad de personas a excepción del señor Roman Coloapa Santillan quien desafortunadamente falleció.

Por la gran motivación que tuvieron después de recibir muchas felicitaciones, las personas del consejo asesor decidieron que tomaríamos 2 sesiones para hacer correcciones ortográficas del libreto de voces en papel y posteriormente iniciamos la creación de una guía visual de cómo realizar un rutina de ejercicios así como un video tutorial. La idea nació como la creación de un video tutorial de una rutina de ejercicio pero debido a que hay una gran cantidad de personas del consejo asesor que no saben utilizar las redes sociales se optó por hacer un material híbrido mediante un folleto en el cual se explica mediante dibujos como realizar la rutina de ejercicios y que las personas que no tuvieran acceso a internet pudieran tener la información.

La metodología para realizarlo fue mediante 8 reuniones en donde la primera se dedicó a concluir con la corrección ortográfica y de redacción de voces en papel, la segunda sesión se utilizó para ver el alcance, y contenido del folleto, en donde se determinó se trabajó con estrategia de grupo focal para construir una idea colectiva que es el ejercicio, beneficios que es el ejercicio, que significa para mí y cual es la importancia que ha tenido en mi vida, la tercera sesión se usó para planificar cuáles serían los ejercicios que se utilizarían la rutina, la duración del video, la vestimenta que se utilizará, la cuarta sesión se grabó la sesión de ejercicios y se decidió grabar un tiktok en el cual se hiciera un tutorial de como caer, la quinta sesión se utilizó para trabajar el tiktok sobre cómo caer, la sexta sesión se utilizó para realizar la guía visual en el folleto, eligiendo la forma de realizar los dibujos(estilo, color, diseño) , la séptima sesión se mostró la propuesta de edición del video y la octava sesión se dio por terminado el folleto y el tiktok que se presentaría en el 8º encuentro en donde todo el consejo asesor estuvo de acuerdo en el resultado final.

En esta ocasión el proceso de realizar el proyecto durante el segundo semestre fue mucho más fácil ya que se tenía una dinámica favorable de trabajo con el grupo y ya estábamos acoplados de una mejor manera para coordinar al grupo y asignar tareas a cada integrante del consejo asesor. El grupo quedó muy satisfecho y orgulloso del trabajo realizado y por seguir siendo innovadores en el tema de promoción de la salud además de sentirse motivados de tener una cuenta de Tiktok para seguir creando mas contenido y tener mucho mas alcance.

¿Qué es el ejercicio?

Para el grupo NEMONTENI

“Para nosotros el ejercicio es mucho más que una actividad física, es una herramienta poderosa de transformación, tanto a nivel físico como mental y emocional. Es un espacio que me permite reconectarme conmigo mismo, liberar tensiones, y fortalecer no solo mi cuerpo, sino también mi voluntad y mi disciplina.”

¿Qué significa el ejercicio?

“El ejercicio significa el compromiso con mi bienestar, respeto por mi cuerpo, amor propio, constancia y disciplina. Cada vez que entreno, estoy eligiendo cuidarme, superarme y construir una mejor versión de mí mismo que me permite ser consciente de mi propia salud.”

Beneficios que me ha traído el ejercicio

- Físicamente, me siento con más energía, más fuerte y con mejor salud.
- Mentalmente, me ha ayudado a lidiar mejor con el estrés, a mejorar mi estado de ánimo y aumentar mi autoestima.
- Emocionalmente, me ha enseñado a ser más paciente y resiliente, a confiar en mi proceso, y a celebrar los pequeños logros.

En resumen, el ejercicio se ha convertido en una parte esencial de mi vida. Es mi terapia, un desafío diario, y una fuente constante de motivación y crecimiento personal. Recuerda que siempre es necesario que un entrenador capacitado te asesore en el proceso.

Consulta video tutorial

CENTRO DE SALUD-TIHI
XOCHIMILCO

Guía para realizar UNA Rutina DE EJERCICIO

+ Grupo NEMONTENI

Estructura de la Rutina

Estiramiento

- 10 minutos de duración

Ejercicio cardiovascular

- 20 minutos de duración

Ejercicio de resistencia

- 20 minutos de duración

Estiramiento

Ejercicio Cardiovascular

Ejercicio de Resistencia

Enfriamiento



Datos del Consejo Asesor que quedó formado:**Integrantes**

Nombre Completo	Edad	Sexo	Enfermedad crónica	Número de teléfono para contactar
Maria Aurelia Alcibar Romero	56	Femenino	Diabetes mellitus tipo 2	5512955144
Concepcion Lopez Diaz	66	Femenino	Hipertensión Arterial Sistémica + Diabetes Mellitus Tipo 2 + Sobrepeso + hipotiroidismo	5530758560
Maria Elena de la Rosa Jimenez	65	Femenino	Hipertensión Arterial Sistémica + Diabetes Mellitus Tipo 2 + Obesidad	5611598685
Felipa Olga de la Rosa Jimenez	68	Femenino	Diabetes mellitus tipo 2 + Obesidad + Hipertensión	5556419750
Maria del Carmen Rodriguez Sanchez	75	Femenino	Dislipidemia	5518169767
Adriana Martines Garcia	60	Femenino	Prediabetes	5524335448
Armando Palma de la Cruz	67	Masculino	Insuficiencia cardiaca + Hipertensión arterial	5536708469
Josefina Coapio Cortez	65	Femenino	EPOC + Hipertension arterial	5536708469
Clara Castillo de la Cruz	42	Femenino	Diabetes Mellitus Tipo 2 + Hipertensión	5518542243
Fidelia Rosales Ortega	69	Femenino	Diabetes mellitus + Hipertensión arterial	5528050960
Leticia Castañon Paez	55	Femenino	Diabetes Mellitus + Hipertensión arterial	5548416838
Graciela Reyes Alejo	56	Femenino	Hipertensión arterial	5525050846
Maria del Pilar Castañon Paez	54	Femenino	Diabetes Mellitus + Hipertensión arterial + dislipidemia	5581388387
Yolanda Sandoval Velazco	68	Femenino	Dislipidemia	5573379536
Maria de la Esperanza Membrillo Jimenez	77	Femenino	Hipertensión Arterial Sistémica + Prediabetes + Sobrepeso	5531339235
Olga Orozco Jimenez	72	Femenino	Diabetes Mellitus Tipo 2 + Obesidad Grado I	5576762197
Eustolia Juana Aquino Guines	66	Femenino	Hipertensión Arterial Sistémica + Diabetes Mellitus Tipo 2	5515322897

Rosa Poblano Olivares	64	Femenino	Diabetes Mellitus + Hipertensión Arterial	5627272880
Ofelia Poblano Olivares	56	Femenino	Dislipidemia	5627272880
Juana Ruiz Sanches	54	Femenino	Diabetes Mellitus + Hipertensión Arterial	5525249363
Marina Isabel Ramires Rodriguez	68	Femenino	Hipertensión arterial	5610280716
Eulalia Granados Camacho	66	Femenino	Hipertensión Arterial	5615381075
Celia Cruz Lopez		Femenino	Prediabetes	5527306606
Maria del Rocio Mercedes Moran Sandoval	70	Femenino	Diabetes Mellitus Tipo 2	5536985025
Maria del Carmen Torres Rodriguez	64	Femenino	Dislipidemia + Prediabetes	5518169767
Irene Paredes Alonso	72	Femenino	Hipertensión arteria	5540220019

Trabajo en equipo

Variable	Indicadores	Nivel de logro (Muy alto, alto, medio, bajo, no lo logran)
Participación	Interacción entre las y los integrantes del grupo	Muy alto
Roles	Compromiso con el grupo	Muy Alto
Trabajo individual	Investigación, búsqueda de información por su cuenta	Alto
Proactividad	Ayuda, apoyo a las actividades del grupo Propuestas creativas	Muy Alto
Expresión de ideas	Ideas propias y aceptación de otras ideas	Alto
Reconocimiento	Valoración positiva del trabajo en equipo	Muy alto
Soluciones	Plantea alternativas viables ante las dificultades	Bajo

Capacidades para el autocuidado

Variable	Indicadores	Nivel de logro (Muy alto, alto, medio, bajo, no lo logran)
Resolver problemas	Identifican necesidades y problemas relacionados con sus enfermedades crónicas	Muy alto
Tomar decisiones	Acuerdan por consenso: Ponderar necesidades y problemas Elegir la necesidad o problema con mayor viabilidad de ser atendida Organización y planeación del trabajo	Alto
Hacer uso eficiente de recursos	Identifican recursos a su alcance real Personales Familiares Comunitarios Institucionales Establecen y siguen mecanismos para acceder a esos recursos	Medio
Establecer relaciones de colaboración	Interpersonales Con el equipo de pasantes Con otras instancias del centro de salud	Alto
Establecer metas y valorar logros	Acordaron metas viables y las lograron	Medio

Perspectivas para 2025		
Variable	Indicadores	Nivel de logro (Muy alto, alto, medio, bajo, no lo logran)
Aspiraciones	Continuidad del grupo Emprender nuevos talleres y o proyectos Fortalecer al grupo con Nuevas personas Las relaciones interpersonales	Muy alto
Necesidades	Disponibilidad de tiempo para participar (día, horario, frecuencia) Espacio para reunirse idóneo	Muy alto
Modificar el entorno	Nuevo taller o proyecto Otro tipo de actividad del Consejo	Muy alto

3.4 Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III Xochimilco a cargo de MPSS John Anthony García Hernández

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

Tabla No.1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025
Centro de Salud T-III Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2024	46	60.52
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2024	28	36.84
Recuperados a partir de agosto de 2024	2	2.64%
Total	76	100%

Nota: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Se incrementó el número de pacientes en una cantidad considerable y se cuenta con alta capacidad para incorporar a nuevas personas, el objetivo global junto con mi compañero MPSS Tadeo Alejandro Cordero García es llegar a la meta de 100 pacientes en 2025.

Nuevo ingreso se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre agosto de 2024 y julio de 2025.

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre agosto de 2024 y julio de 2025.

Tabla No.2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2024 – julio 2025
 Centro de Salud T-III Xochimilco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Condición de participación	No	%
Activas	75	81.52
No activas	18	18.48
Total	93	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Nota: Solo tuvimos una persona durante nuestro periodo que dejó de estar activa y es debido a que lamentablemente falleció.

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo julio 2024 – julio 2025.

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

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo agosto 2024 – julio 2025
 Centro de Salud T-III Xochimilco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	3	16.67
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	2	11.11
Falleció	1	5.55
Otro motivo	0	0
Se ignora	12	66.67
Total	18	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Nota: Muchas personas nunca contestaron las llamadas por lo que se ignora el motivo por el cual se encuentran inactivos, además de que Xochimilco solo cuenta con un Médico pasante lo cual hacía que se perdiera la continuidad de la atención clínica, lo que hacía que muchas personas abandonaran el programa.

2. Información demográfica.

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo a sexo
 Centro de Salud T-III Xochimilco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Sexo	No	%
Femenino	67	73.68
Masculino	20	26.32
Otra asignación	0	0
No hay dato	9	0
Total	76	100%

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Nota: sigue la tendencia general con los servicios de atención de la salud con mayor proporción de mujeres respecto hombres

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad

Centro de Salud T-III Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	No	%
20 - 29 años	0	0
30 - 39 años	0	0
40 - 49 años	8	10.53
50 - 59 años	16	21.05
60 - 69 años	32	42.10
70 - 79 años	18	23.69
80 y más años	2	2.63
Total	76	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Nota: La población que se atiende normalmente son adultos mayores con una gran mayoría siendo mayores de 60 años

Tabla No.6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T-III Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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	4	7.15	4	20	8	10.53
50 - 59 años	10	17.85	6	30	16	21.05
60 - 69 años	28	50	4	20	32	42.10
70 - 79 años	13	23.21	5	25	18	23.69

80 y más años	1	1.79	1	5	2	2.63
Total	56	100	20	100	76	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos

Nota: sigue la tendencia con la edad en donde se encuentra igualmente la mayor concentracion de la poblacion en persona mayores de 60 años sin importar el sexo .

3. Diagnóstico y seguimiento.

Tabla No. 7
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a edad
Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

No de consultas	No de pacientes	%
1	4	5.27
2	5	6.57
3	9	11.85
4	7	9.21
5	8	10.52
6	9	11.85
7	14	10.52
8	10	18.42
9	1	13.15
10	1	1.32
11	0	0
12 y más	1	1.32
Total	76	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.8
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	12	15.8
Diabetes Mellitus tipo 2	13	17.1
Dislipidemia	1	1.32
Obesidad e hipertensión	3	3.94
Obesidad y diabetes	2	2.63
Obesidad y dislipidemia	1	1.32
Diabetes e hipertensión	28	36.85
Obesidad, hipertensión y diabetes	9	11.84
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	2.63
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	2.63
Hipertensión y dislipidemia	1	1.31
Diabetes y dislipidemia	2	2.63
Total	76	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025
de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	10	17.85	2	10	12	15.8
Diabetes Mellitus tipo 2	7	12.5	6	30	13	17.1
Dislipidemia	1	1.78	0	0	1	1.32
Obesidad e hipertensión	2	3.57	1	5	3	3.94
Obesidad y diabetes	2	3.57	0	0	2	2.63
Obesidad y dislipidemia	1	1.78	0	0	1	1.32
Diabetes e hipertensión	21	37.5	7	35	28	36.85
Obesidad, hipertensión y diabetes	7	12.5	2	10	9	11.84
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	1.78	1	5	2	2.63
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	3.57	0	0	2	2.63
Hipertensión y dislipidemia	1	1.78	0	0	1	1.31
Diabetes y dislipidemia	1	1.78	1	5	2	2.63
Total	56	100	20	100	76	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.10
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de **hipertensión**
 Centro de Salud T- III Xochimilco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	8.4
60 – 69 años	5	41.6
70 – 79 años	6	50
80 y más años	0	0
Total	12	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No. 11
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
 Centro de Salud T. III:
 Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	3	23.07
50 – 59 años	3	23.07
60 – 69 años	4	30.79
70 – 79 años	3	23.07
80 y más años	0	0
Total	13	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos. 5

Tabla No.12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Centro de Salud T-III Xochimilco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos. 5

Tabla No.13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	2	66.67
60 – 69 años	1	33.33
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

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	2	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

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

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas con diagnóstico diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	3	10.72
50 – 59 años	5	17.85
60 – 69 años	13	46.43
70 – 79 años	5	17.85
80 y más años	2	7.15
Total	28	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, diabetes y Hipertension arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	11.11
50 – 59 años	2	22.22
60 – 69 años	5	55.56
70 – 79 años	1	11.11
80 y más años	0	0
Total	9	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas con diagnóstico de Hipertensión arterial, Diabetes 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	1	50
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	0	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 – julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas con diagnóstico Obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	50
70 – 79 años	1	50
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No. 21

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, y dislipidemia

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

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

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No. 22

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2024 - julio 2025 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

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

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No.23

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
Periodo agosto 2024 - julio 2025
Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	51	91.07	30	53.57	81	72.33
Fuera de control	5	8.93	26	46.43	31	27.67
Total	56	100	56	100	112	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.24

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
Periodo agosto 2024 - julio 2025
Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

Parámetro de	No	%
Control	25	54.35
Fuera de control	21	45.65
Total	46	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.25
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control
 Periodo agosto 2024 - julio 2025
 Centro de Salud T. III:
 Jurisdicción Sanitaria:

Parámetro de	No	%
Control	44	78.57
Fuera de control	12	21.43
Total	56	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No.26
 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico
 Periodo agosto 2024 - julio 2025
 Centro de Salud T-III Xochimilco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	3	75
Fuera de control	1	25
Total	4	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

Tabla No. 28

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

Periodo agosto 2024 - julio 2025

Centro de Salud T. III:

Jurisdicción Sanitaria:

Parámetro de	No	%
Control	2	50
Fuera de control	2	50
Total	4	100

Fuente: Los datos fueron obtenidos mediante resúmenes clínicos ya que RedCap no se pudo obtener los datos.

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

Duran este módulo y en general durante el diplomado se realizo la revision de casos clinicos presentados por Medicos Pasantes de otra centro de salud pertinentes al programa con el objetivo de poder conocer cómo era la población y los casos complejos a los que se enfrentaban otros compañeros para poder debatir el abordaje que deberían tener, así como tener una retroalimentación por parte de los asesores clínicos, durante la presentación de casos clínicos se realizaban con una enfoque centrado en la persona en donde se busca presentar la historia de vida de cada persona, su red de apoyo, motivaciones y experiencia que tenía de vivir con una enfermedad crónica, teniendo en cuenta las intervenciones farmacológicas, resultados de estudios paraclínicos de cada persona.

Los casos clínicos que se presentaron siempre fueron interesantes y el cual inició con la compañera Elia Sofía Sanchez Santiago quien presentó a uno de sus pacientes más peculiares y de difícil control, ya que para ella representaba un reto tratar con una personalidad tan fuerte como lo era la persona que nos presentó, y en donde se tenía el objetivo de hablar sobre el manejos hipertensivos equivalentes y de cómo intercambiar un antihipertensivo por otro, el caso clínicamente mostraba a una persona con hipertensión de difícil control , en donde nos enfrentamos al reto de describir porque era que no se lograba el control hipertenvio a pesar de realizar un escalonamiento adecuado de los fármacos antihipertensivos de primera línea, en donde surgieron diversas hipótesis relacionadas a que probablemente se podría tratar de una hipertensión sistólica aislada la cual tiene una forma peculiar de escalar el medicamento con respecto a la hipertensión arterial primaria y la otra teoría fue la falta de apego al manejo no farmacológico, pero además gracias a la participación de los asesores clínicos se logro comprender cual es la manera correcta de realizar el cambio de medicamentos antihipertensivos cuando no existe la disponibilidad en el centro de salud del medicamento de base y es imposible comprarlo de manera externa.

El segundo reto que se planteó durante este módulo fue presentar casos clínicos enfocado en pacientes con esquemas de insulina que no se lograba el control con la final de discutir el tema de manejo de insulinas, en donde el compañero Misael Nieto del CST-III Jose Castro Villagrana presento a una Persona femenina de 56 años que no logra un adecuado manejo a pesar de iniciar terapia de insulina a dosis relativamente altas, quien durante su evolución presentó diversos cambios en el esquema de tratamiento que resultaron progresivamente en un deterioro en el control metabólico, en donde se planteó la hipótesis de que tal vez esta paciente era candidata para enviarse a segundo nivel probablemente por una patología endocrinológica subyacente como hipotirismo que dificulta el manejo de la diabetes mellitus.

En esta Sesión tuvimos la oportunidad de presentar a Jose una persona del sexo masculino de recién ingreso al programa quien presentaba una peculiar historia al vivir con diabetes, ya que el

debuto a una edad relativamente joven a los 42 años con una crisis hiperglucemia de tipo cetoacidosis diabetica que lo llevo a ser hospitalizado, debido a que en ese momento los medicos que lo trataron no le explicaron el echo de que al vivir con diabetes iba a tener que tomar medicamentos de manera cronica y cambias sus habitos vida, no le tomo importancia y no tomo medicamentos por 5 meses hasta que nuevamente presento otro episodio de cetoacidosis diabetica, y quien durante un periodo de 1 año y 6 meses estuvo controlado con antidiabeticos orales pero progresivamente iba perdiendo efecto y elevaban los niveles de glucosa. Él acudió por primera vez al consultorio 9 con cifras de glucosa capilar al azar 317 mg/dl y una hemoglobina glicosilada de 14.77 por lo cual se decidió que se debía insulinar de inmediato. Jose se dedica a ser chofer de bicitaxi por lo que tiene una jornada laboral larga que no le permite tener horarios de comida establecidos, además de que no cuenta con una buena red de apoyo que le permitiera seguir un plan alimenticio. Con él se presentó cuál era la manera de iniciar un esquema combinado de insulina combinado de insulina de acción rápida e insulina de acción lenta como lo es la insulina Lispro/Lispro Protamina. Particularmente esta persona resultó ser uno de los casos de éxito más complejos durante este año de servicio social ya que al tener un descontrol metabólico por tantos años, encontrar un esquema de tratamiento adecuado fue complicado pero gracias a la ayuda de los asesores clínicos se logró adquirir la habilidad para poder prescribir un esquema complejo de insulina como lo es la insulina lispro/lispro protamina además de que requiero poder en practica todo el conocimiento y habilidades adquirida en el programa para conectar con Jose y crear un alianza terapéutica que permitiera ayudar a mejorar la calidad de vida, y después de varios meses se puede decir que hemos creado una relación médico paciente de confianza que permite a jose sentirse apoyado y comprendido, dándole la libertad de expresar sus sentimientos, emociones, dudas e inquietudes en cada consulta, que lo han llevado a realizar cambios en su alimentación y estilo de vida, lo cual ha llevado una mejoría notable en sus niveles de glucosa.

La tercera sesión estuvo a cargo de los asesores clínicos quienes dieron el tema de síndromes geriátricos y envejecimiento saludable en donde se discutió el tema de las escalas y mediciones que se le deben de hacer a los pacientes geriátricos para asegurar un manejo integral en este tipo de población, además de la importancia de la vigilancia del cuidador para evitar la sobrecargada de este, así como las acciones esenciales que debemos de hacer como médicos de primer nivel para tener un envejecimiento saludable.

Caso clinico

CST-III Xochimilco

MPSS. John Anthony Garcia Hernandez

Ficha de identificación

- Nombre de la persona: Jose A. PM
- Sexo: masculino
- Edad: 47 años
- Lugar de origen: CDMX
- Escolaridad: secundaria
- Ocupacion: Chofer de bicitaxi



Evolución de diabetes mellitus 2

Tratamiento farmacológico al momento de la consulta

- Insulina Glargina 15 unidades cada 24 horas que se aplica por mañanas
- Glibenclamida 5 mg cada 24 hrs que se toma antes de la comida
- Metformina 500 mg que se toma eventualmente antes de su primer alimento y en la cena

Tratamiento NO farmacológico al momento de la consulta

- Plan de alimentación negado
- Realiza 3 comidas al día
 - Desayuna normalmente un pan con cafe
 - Comida: lo que haya en la cocina económica que frecuente
 - Cena: tacos de la calle o algún pan con refresco
- Rutina estructura de actividad física: negada
- Su actividad física es su empleo donde trabaja de 7:00 - 19:00 (Bicitaxi)

Limitantes observadas y condicionantes del tratamiento

- Bajo ingreso económico: aproximadamente \$5000 mensuales de ingreso
- Red de apoyo deficiente → solo vive con su madre mayor de edad
- Trabajo demandante que no le permite apego a una programa de alimentación adecuado
- Mal apego al tratamiento y desinterés por el mismo
- Imposibilidad de preparar sus alimentos
- Renuencia a realizar cambios en el estilo de vida
- Nula conciencia de enfermedad
- Poco conocimiento sobre su padecimiento



Motivo de consulta

- Paciente que acude a cita para control de enfermedades crónicas, el cual es referenciado por un compañero de la unidad para que se le realice ajuste al tratamiento y se incorpore al modelo de atención centrado en la persona
- Signos vitales
 - TA: 124/68 mmHg
 - FR: 18 rpm
 - FC: 90 lpm
 - Gls 317 postprandial
 - Temp 36.6
- Somatometría
 - Peso: 53.3 Kg
 - Talla: 1.58 mts
 - IMC 21.4
- Al momento del interrogatorio inicial el paciente menciona que solo está interesado en que se le surta su receta con medicamentos, se refiere asintomático y menciona que tiene prisa porque esta su bicitaxi parado sin poder trabajar, y lleva varias horas de espera

Motivo de consulta

- Laboratorios del 20.12.2024
 - BH: Leucos 5.9, Eritrocitos: 5.39 Hb 17.2 HTO 48.9 PTH
 - HbA1C: 14.77
 - Perfil de lípidos: CT 152 LDL 66.92 HDL 58.96 TG 131
 - QS: GLS 559.98 AU 4.35 CR 0.86 UREA 50.03
- Se realiza interrogatorio en cual se pregunta
 - Como se aplica la insulina → respuestas favorables para una adecuada colocación de insulina
 - Como guarda o preserva su insulina → adecuada
 - Se le explica como funcionan las consultas en el modelo de atención centrado en la persona
 - Se le pide que dentro de sus posibilidades adquiera un equipo para monitoreo de glucosa, a lo cual dice que hará un ahorro para poderlo comprar y poder tener un seguimiento de su glucosa
- Se observan cifras previas de glucosa en consultas anteriores
 - 14.12.2018: 340 mg/dl en ayuno
 - 08.05.2024: 432 mg/dl en ayuno
 - 26.11.2024: no se toma glucosa
 - 19.12.2024: 373 mg/dl postprandial
 - 21.01.2025: 317 mg/dl postprandial

Esquema terapéutico propuesto

- Se trata de explicar la importancia del control metabólico
- Se explica las ventajas de tener un seguimiento en el modelo de atención y se firma consentimiento informado
- Se toma la decisión de incrementar dosis de insulina de manera progresiva, ya que no le gusta la idea de colocarse muchas unidades de insulina
- Menciona que no puede costear adquirir medicamentos fuera del catálogo de existencias del centro de salud y que se le brindara lo mejor posible con total decision del medico, sin querer participar en la elección de los medicamentos
 - Antidiabéticos orales en existencia en ese momento
 - Linagliptina 5 mg
 - Metformina/ glimepirida 500 mg/ 1 mg
 - Glibenclamida 5 mg
 - Insulinas
 - Glargina en frasco
 - NPH en frasco
 - Lispro/lispro protamina
 - Accion regular
- No cuenta con glucómetro en casa, se acuerda que vendrá al módulo de detecciones todos los días por la mañana y reportará la glucosa en el consultorio y vendrá a cita de valoracion en 3 días

Esquema terapéutico propuesto

- Insulina Lispro/lispro protamina 25/75 UI en frasco
 - Aplicar 14 unidades por la mañana y aplicar 8 unidades por la noche
- Linagliptina 5 mg tabletas: tomar 1 tableta cada 24 hrs
- Peso 53.4 → se calcula dosis de insulina 0.4 → 22 unidades
 - 14 en la mañana: 3.5 UI rapida; 10.5 UI intermedia
 - 8 en la noche: 2 UI rapida; 6 UI intermedia

Evolucion

- 22.01.2025 → 189 mg/dl en ayuno
- 23.02.2025 → 239 mg/dl en ayuno
- 24.01.2025 → no acude a reportar glucosa
- 27.01.2025 → no acude a reportar glucosa ni a cita de control y ajuste
- 28.01.2025 → se marca a teléfono celular y menciona que se siente bien y que tuvo una cifra de glucosa de 198 en la mañana ; por motivos de trabajo no pudo acudir a su cita
- 29.01.2025 → no acude a monitorio

4. Conclusiones.

Durante el año correspondiente al servicio social resultó una experiencia única y enriquecedora que complementó de manera ideal la formación académica que recibí en la Universidad Autónoma Metropolitana, diferente a cualquier otra modalidad de servicio social ya que no únicamente se centraba en realizar las funciones de un médico general, sino también aprender nuevas habilidades sociales y de relación humana con las personas, cambió radicalmente la percepción y el modo de dar una consulta médica porque logré entender la importancia de ver más allá de un conjunto de signos y síntomas, ya que el entender que no atendemos pacientes si no persona es fundamental para dar un enfoque más humanizado y de empatía lo cual a la larga se traduce en una gran recurrencia en las consultas médicas y apego a las medidas farmacológicas y no farmacológicas, además de que facilita la obtención de información relevante en la atención de cada individuo, permitiendo dar una medicina más personalizada según las necesidades de cada persona.

El tener un diplomado que complementa el servicio social es de mucha ayuda, ya que además de complementar la formación académica, ayuda a tener una práctica clínica más fluida y con el respaldo de tener asesores clínicos que te apoyan y van de la mano contigo en el proceso de ser tu el médico responsable de la salud de una comunidad, además de que tener un ambiente dual, en el que asistas a la universidad y al centro de salud hace que sea más dinámico y no se vuelva monótono este año de servicio social.

El modelo de atención funciona y se ve reflejado en el índice de satisfacción de las personas que participan en él, así como en las cifras de control de cada patología ya que respaldado en las cifras de los resúmenes clínicos se encuentran porcentajes de control superiores al 70% en cada enfermedad, lo cual es sumamente difícil de lograr. El punto central de este modelo y del diplomado son las personas ya que gracias a ellos es posible que este se lleve a cabo, y es sumamente gratificante ver que lo aceptan de una manera adecuada y que lo ven como una herramienta que suma para que ellos logren una mejor calidad de vida.

El tratar con un grupo de personas durante un año es reto ya que en ningún momento de nuestra formación se nos educa para crear una relación médico paciente que sea duradera y empática, los cambios siempre son difíciles y pasar del modelo paternalista tradicional de nuestro modelo salud tradicional es complicado ya que implica perder el control y la zona de confort a la que estamos acostumbrados, pero una vez que logramos salir de ella es una experiencia maravillosa ya que te permite entender no solamente la enfermedad o patología que tiene una persona si no cómo es que repercute en la vida de ella lo cual hace que cada consulta sea un universo de posibilidades. En la población del CST-III Xochimilco resulta fácil hacer la transición del modelo de atención porque ya lo conocen y las mismas personas te apoyan para poder implementarlo desde el día 1, en el caso de personas que no lo conocen resulta complicado las primeras consultas ya que el tener que intervenir y participar en las decisiones de salud no es algo a lo que están habituados, pero con el paso de las consultas esta barrera desaparece.

El tener este modelo de atención en la SEDESA representa más ventajas que desventajas dentro de las ventajas se encuentra que la persona que es atendida se encuentra altamente satisfecha con su atención médica, lo cual aumenta el índice de recurrencia y seguimiento que se puede realizar, al tener un mayor seguimiento las acciones de prevención primaria se llevan a cabo en cada uno de ellos, lo cual a la larga previene la aparición de complicaciones, al tener una mayor interferencia y conocimiento de la persona es más fácil crear cambios en el estilo de vida lo cual disminuye el consumo de medicamentos lo cual se verá reflejado en una disminución en la cantidad de fármacos que toma y en términos de salud pública el costo será menor. Las desventajas son que hay que dedicar una mayor cantidad de tiempo en consulta para aplicar de una manera adecuada el modelo, lo cual disminuye la cantidad de consultas que se pueden dar por turno, pero en un balance general es sacrificar la cantidad de consultas dadas por la calidad de cada consulta.

Me llena de satisfacción ver que al final de este año se logró el objetivo de que las personas a las que les dimos seguimiento mejoraron su calidad de vida y alcanzaron una perspectiva general

de poder vivir como si no tuviesen una enfermedad crónica, pero cambiando sus hábitos alimenticios y de ejercicio.

Al término de esta año logre desempeñar el conocimiento adquirido durante el pregrado, aplicando mi conocimiento teórico a la práctica clínica de un centro de salud de una manera adecuada en un primer nivel de atención, pero haciendo un especial énfasis de que esta etapa sirvió para volver más humano y abierto con las personas, lo podría concluir que participar en implementar el modelo de atención centrado en la persona me dio la capacidad de implementar el conocimiento clínico de una manera más humana y en favor de la salud de todos los participantes en el modelo, lo cual resulta un reto para poder conservar los principios del modelo de atención en mi futura formación como médico especialista, pero de lo cual no tengo de que se podrá realizar e impactará de manera positiva en un cambio global en la manera en que el personal médico atiende a las personas.

5. Referencias bibliográficas

- Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(2):115-120.
- Martín-Fernández J, et al. Relación médico-paciente en atención primaria: evaluación mediante el PDRQ-9. *Atención Primaria*. 2020;52(9):587–593.
- Los hombres consideran ir al médico una amenaza a su masculinidad. *Gaceta UNAM*;2018.<https://www.gaceta.unam.mx/hombres-consideran-ir-al-medico-una-amenaza-a-su-masculinidad/#:~:text=Los%20hombres%20tienden%20a,por%20ciento%20contra%2027.0%2>
- Vázquez-Salas RA, Poblano-Verástegui O, Morales-Romero J, et al. Utilización de servicios de salud y su relación con el género en México. *Salud Pública Méx*. 2019;61(6):792–801.
- Barker G, Contreras JM, Heilman B, Singh AK, Verma R, Nascimento M. *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)*. Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW); 2011.
- Pérez-Cárdenas C, Blanco-Vega C, Cornejo-Murrieta E. Masculinidad hegemónica y salud: prácticas de los hombres en torno al cuidado. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2016;18(1):43–54.
- Fernández-Castillo R, et al. Validación del cuestionario PDRQ-9 en población mexicana con enfermedades crónicas. *Rev Med IMSS*. 2021;59(3):315–322.
- Vázquez-Segovia LA, et al. Género y uso de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*. 2020;62(2):182–190.
- De Keijzer B. La masculinidad como factor de riesgo. *Gaceta Médica de México*. 2018;154(1):32–39.
- The Health Foundation. *Person-centred care made simple*. Londres; 2016.
- Van de Velde D, De Zutter F, et al. Conceptual analysis of patient empowerment in chronic illness: A review. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1325-1340.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(2):115–20.
- Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*. 2010;42(4):196–205.
- Fernández Castillo KN, Corral Frías NS, Valenzuela Hernández ER. Validación y adaptación al español del cuestionario de relación médico-paciente en pacientes de diabetes mellitus tipo 2 en el norte de México (PDRQ-9). *Psicumex*. 2021;11:e339.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796–804.
- Health Foundation. *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. London: Health Foundation; 2016.
- Paez G, López MP. Decisiones compartidas: explorando la relación entre medicina centrada en el paciente y medicina basada en evidencia. *Linacre Q*. 2021;88(3):272–80.
- Mendoza F Alfonso. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2017 Oct [citado 2025 Feb 06]; 63(4): 555-564.

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=es.

- Dois Castellón A. LA ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA COMO EJE DE DEL MODELO DE SALUD. rhe [Internet]. 30 de agosto de 2022 [citado 6 de febrero de 2025];33(2):97-9. Disponible en: <https://rchd.uc.cl/index.php/RHE/article/view/53035>
- Páez G, Forte DN, Gabeiras M del PL. Exploring the relationship between shared decision-making, patient-centered medicine, and evidence-based medicine. The Linacre Quarterly. 2021;88(3):272-80. doi:10.1177/00243639211018355
- Zanini, C. , Sarzi-Puttini, P. , Atzeni, F. , Di Franco, M. , & Rubinelli, S. (2014). Doctors' insights into the patient perspective: a qualitative study in the field of chronic pain. BioMed research international, 2014(1), 514230., editor. Zanini, C., Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F., Di Franco, M., & Rubinelli, S. (2014). Doctors' insights into the patient perspective: a qualitative study in the field of chronic pain. BioMed research international, 2014(1), 514230 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1155/2014/514230>
- Guerra Vaquero AY. El paciente como sujeto de derechos. La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas. BP [Internet]. 26 de octubre de 2016 [citado 6 de febrero de 2025];(12):153-62. Disponible en: <https://revistas.uam.es/bajopalabra/article/view/6694>
- Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enferm Clin [Internet]. 2014;24(1):44–50. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001691>
- Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, María Consuelo Company-Sancho, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. Enferm Clín (Engl Ed) [Internet]. 2019;29(2):99–106. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2445147918301061>

CONSEJO ASESOR NEMONTEMI
C.S T-III Xochimilco

Voces en papel

Cartas de personas con enfermedades crónicas



9.1 INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA.

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PASANTE	JOHN ANTHONY GARCIA HERNADEZ
NOMBRE DE LA CARRERA	MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA- UNIDAD XOCHIMILCO
PROMOCIÓN	AGOSTO 2024-JULIO 2025
UNIDAD DE SALUD DE	C. S. T III. XOCHIMILCO JURISDICCION XOCHIMILCO
PERIODO QUE REPORTA:	AGOSTO 2024-JULIO 2025
FECHA DE ENTREGA:	23 DE JULIO DE 2025

2.- ACTIVIDADES

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

2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
DURANTE TODO EL AÑO					
ACTIVIDADES EXTRAMUROS					
Elaborar contenidos audiovisuales y virtuales, de información, comunicación y de difusión para promover la salud de la población. (trípticos, periódicos murales y carteles).	5	6	3	8	22
Promover, participar y realizar sesiones educativas con la población (talleres y foros)	10	9	9	12	40
Participar en los Grupos de ayuda mutua de la población usuaria de los servicios: embarazadas, estimulación temprana, personas adultas mayores, personas que viven con hipertensión y diabetes, para mejorar la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades.	8	12	9	12	41
Apoyar en la referencia de casos de violencia familiar o de pareja.	0	0	0	0	0
Participar en la integración de los Comités	0	1	1	0	2
Promover actividades físicas y de prevención de accidentes con énfasis en caídas.	8	12	12	12	44

Realizar actividades de información, prevención de infecciones de transmisión sexual.	4	10	9	10	33
---	---	----	---	----	----

2.2 EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
TRES					
ACTIVIDADES INTRAMUROS					
Procesar la información referente a las enfermedades de notificación obligatoria. (SUIVE)	0	0	0	0	0
Identificar las principales causas de morbilidad de la población que acude a la Unidad de Salud.	0	0	0	0	0
Analizar los factores de riesgo (relativo y atribuible) de la población con padecimientos de interés epidemiológico (transmitidas por vectores e infectocontagiosas).	0	0	0	0	0
Identificar los factores de riesgo para la prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.	0	0	3	0	0
Apoyar en la atención de población agredida por mordedura de mamíferos.	1	0	1	0	2
Apoyar en la identificación y atención de los ESAVIS (evento atribuible a vacunación o inmunización).	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES EXTRAMUROS					
Participar en las Jornadas Nacionales y locales de Salud Pública.	2	3	1	1	7
Participar en las campañas de vacunación, e identificar los productos biológicos manejados en el programa de vacunación.	1	1	1	1	4
Conocer y manejar el contenido de la cartilla nacional de salud por grupo etario.	5	3	50	76	134
Apoyar en la realización de estudio de casos y apoyo a cercos epidemiológicos.	0	0	0	0	0
Realizar la detección de signos y síntomas de hipertensión arterial, diabetes, menopausia y cáncer de la mujer, cáncer de próstata, adicciones e infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.	46	50	2	75	173

5.2 ATENCIÓN MÉDICA

ACTIVIDAD	1er TRIMESTRE	2DO. TRIMESTRE	3ER. TRIMESTRE	4TO. TRIMESTRE	ANUAL
SEIS MESES					
ACTIVIDADES INTRAMUROS					
Consulta médica con apego en la normatividad, (Guías de Práctica Clínica de cada programa y del expediente clínico).	124	79	202	145	550
Elaborar y/o actualizar historia clínica y notas médicas.	HC:3 NM:121	HC: 1 NM: 78	HC:1 NM:201	H:0 NM: 145	HC:5 NM: 545
Elaborar plan de tratamiento, receta médica e indicaciones.	92	78	202	145	517
Programar cita para seguimiento y evolución de los pacientes atendidos.	98	78	202	145	517
Solicitar e interpretar estudios de laboratorio y gabinete, con la tutoría del personal de base.	72	60	109	145	386
Buscar signos de violencia en la exploración física de la población.	0	4	15	10	29
Atender las enfermedades de los Programas prioritarios relacionados por grupo de edad, con apego a la normatividad y a las Guías de Práctica Clínica.	92	78	202	145	517
TRES					
PROGRAMAS PRIORITARIOS					
Consultorio de Enfermedades Crónicas: Atención y seguimiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas.	121	78	202	145	546
Consultorio de Salud materna: Atención y seguimiento de la mujer desde la preconcepción, control prenatal y puerperio.	0	0	0	0	0
Consultorio de Atención a la mujer: Brindar atención a la mujer en sus distintas etapas de la vida, incluyendo la detección oportuna del cáncer de la mujer (mama, CACU y de ovario)	0	0	0	0	0
Planificación familiar: Brindar orientación y atención a la población sobre la diversidad de métodos anticonceptivos, priorizando a la población adolescente, así como sensibilizar a la misma sobre el ILE (interrupción legal del embarazo).	0	0	0	0	0

Consultorio de Control del Niño Sano (EDI) Evaluación del Desarrollo Infantil Brindar atención y seguimiento a los menores en conjunto del cuidador para identificar factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz y nutricional. Identificación oportuna de signaos y síntomas de cáncer	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

2.4 CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA

ACTIVIDAD	1er. TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	4to. TRIMESTRE	ANUAL
Curso de inducción en la Jurisdicción Sanitaria.	1	1	1	1	4
Curso de inducción en la Unidad de Salud.	1	0	1	1	3
Sesiones académicas en la Jurisdicción Sanitaria.	0	2	2	2	6
Sesiones de capacitación en la Unidad de Salud.	12	12	12	12	48
Sesiones clínicas en la Unidad de Salud.	4	4	12	12	32
Cursos en Línea.	12	0	0	1	13